T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

ŞİZOFRENİ TANISIYLA İZLENEN OLGULARIN KENDİLİK YAŞANTILARI AÇISINDAN NİTELİKSEL OLARAK İNCELENMESİ

Dr. Göker AKÖZGÜRER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2021

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

ŞİZOFRENİ TANISIYLA İZLENEN OLGULARIN KENDİLİK YAŞANTILARI AÇISINDAN NİTELİKSEL OLARAK İNCELENMESİ

Dr. Göker AKÖZGÜRER

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2021

TEŞEKKÜR

Sağladığı bilimsel ve akademik çalışma ortamı için Hastanemiz Başhekimliği'ne,

Asistanlığım boyunca desteğini ve koruyucu bakışlarını her daim üzerimde hissettiğim, kendisinden sadece psikiyatriyi değil kavramsal düşünmeyi ve ilgi alanlarımı disipline etmeyi de öğrendiğim Saygıdeğer Klinik Şefim Uzm. Dr. Şahap Nurettin ERKOÇ'a,

Birçok disipline dair engin bilgisi, merakı ve enerjisiyle hayranlık uyandıran, tezime destek vermeyi kabul etmekle kalmayıp her aşamasında ufuk açıcı önerilerle yolumu aydınlatan Sevgili Tez Danışmanım Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM'a,

Başta sorumlu hemşiremiz Hafize GENÇ olmak üzere mensubu olmaktan büyük gurur duyduğum ve mutlulukla çalıştığım 2.PSİKİYATRİ KLİNİĞİ'nin tüm uzman, hemşire ve personellerine,

Bakırköy'ü Bakırköy yapan, birlikte mücadeleyi ve yardımlaşmayı öğrendiğim, isimleri ve önemleri anmakla bitmeyecek olan, birlikte çalıştığım tüm Asistan Arkadaşlarıma,

Sevgili dostlarım Uzm. Dr. Rıdvan GÖÇER, Uzm. Dr. İbrahim AKBAŞ, Dr. Serdar SALMAN, Uzm. Dr. Sinem ACAR BAHADIR ve Burak ÇAKIR'a,

Asistanlığımın henüz başında kendimi felsefe şeytanına kaptırmama neden olan, bana psikiyatride yeni ufukların kapısını açan, dostum ve hocam Uzm. Dr. Barış ÖZGÜR'e,

Sevgi, güven ve destek ile beni bugünlere getiren Annem, Babam ve kardeşim Gamze'ye ve küçük dostum Martin'e,

O olmasaydı hiçbir şeyin aynı olmayacağı, O varken kelimelerin olmadığı Sevgili Merve'ye,

ve hayatlarını bana açarak beni büyüten, heyecanlandıran, geliştiren yolumuzun kesiştiği tüm hastalara,

en içten teşekkürlerimle.

Dr. Göker AKÖZGÜRER

İstanbul, 2021

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR ..... **i**

İÇİNDEKİLER ..... **ii**

SİMGELER ve KISALTMALAR ..... **v**

TABLO LİSTESİ ..... **vi**

ÖZET ..... **vii**

ABSTRACT ..... **viii**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. ŞİZOFRENİ **4**

2.1.1.Tanım ve Tarihçe 4

2.1.2.Epidemiyoloji 5

2.1.3.Etiyoloji 6

2.1.4.Tanısal Özellikler ve Sınıflandırma 7

2.1.5.Klinik Gidiş ve Prognoz 9

2.2. KENDİLİK KAVRAMI VE ŞİZOFRENİDE KENDİLİK BOZUKLUĞU **10**

2.2.1.Kendilik Kavramı 10

2.2.2.Şizofrenide Kendilik Bozukluğu 12

2.3. ŞİZOFRENİDE KENDİLİK VE NİTELİKSEL ARAŞTIRMALAR **15**

3. YÖNTEM VE GEREÇLER **21**

3.1. ÖRNEKLEM **21**

3.2. ARAŞTIRMA TİPİ VE YÖNTEMİ **22**

3.3. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI **23**

3.3.1.Tanı Görüşmesinde Kullanılan Ölçüm Araçları 25

3.3.1.1. Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu: 25
3.3.1.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği: 25
3.3.1.3. Şizotipi İçin Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Form : 25
3.3.2.Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Rehber Formu 26
3.4. ARAŞTIRMA VERİLERININ NİTELİKSEL ANALİZİ 28
3.5. ETİK KONULAR VE ARAŞTIRMA İZİNLERİ 29
3.6. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ 29
3.7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI 29
4. BULGULAR 31
4.1. BİLİNÇ AKIŞI 38
4.1.1.Düşünce Baskısı ve Ambivalans 38
4.1.2.Dikkat ve Eylemlerinin Farkındalığı 40
4.1.3.Yönelimselliğin Modalitelerini Ayırt Edememe 41
4.1.4.Düşüncenin İyeliği 43
4.1.5.Düşüncenin Algısallaşması 45
4.1.6.Ben Bölünmesi 46
4.1.7.Düşüncenin Mekansallaşması 47
4.2. KENDİLİK FARKINDALIĞI 48
4.2.1.Temel Kendilik Hissi 49
4.2.2.Derealizasyon ve Depersonalizasyon 50
4.2.3.Azalmış Buradalık 52
4.2.4.Varoluşsal Oryantasyon 52
4.2.5.Geçişkenlik ve Sınırlar 53
4.3. BEDENSEL YAŞANTILAR 55
4.3.1.Bedenin İyeliğinde Düzensizlik 55
4.3.2.Bedenin Failliğinde Düzensizlik 57

4.3.3.Senestetik Yaşantılar 58
4.3.4.Canlılıkta Azalma 58
4.4. ÖTEKİLER İLE İLİŞKİ 59
4.4.1.Ötekiler ile Mesafe İhtiyacı 60
4.4.2.Temel Alınganlık Fenomenleri 60
4.4.3.Toplumsal Sağduyu Kaybı 61
4.4.4.Güvensizlik ve Anlaşılama 63
4.5. ANLATISAL KENDİLİK VE HASTALIKLA İLİŞKİLENME 64
4.5.1.Kendiliğin Salt İyi Olarak Tarifi 64
4.5.2.Hastalığın Kaynakları 65
4.5.3.Hastalıkla Mücadele ve Baş Etme Stratejileri 67
4.5.4.Hastalığın Yıkıcı Etkileri 68
5. TARTIŞMA 71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 89
7. KAYNAKLAR 93
8. EKLER 101
EK 1 - EASE (TKYÖ) Eğitimi Katılım Belgesi 101
EK 2 - Aydınlatılmış Onam Belgesi 102
EK 3 - Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği Görüşme Formu 104
EK 4 - Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu 105

SİMGELER VE KISALTMALAR

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis / Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz

TKYÖ : Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği

TDYÖ : Tuhaf Dünya Yaşantıları Ölçeği

İng. : İngilizce

Alm. : Almanca

Lat. : Latince

DSM : Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

SAPS : Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

SANS : Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

PANSS : Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

BPRS : Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği

ICD : International Classification of Diseases

BSABBS : Bonn Temel Semptomları İnceleme Ölçeği

UYR : Ultra Yüksek Risk

SIS-R : Şizotipi İçin Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği

SCID : Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Hasta Formu- Structured Clinical Interview for Axis I Disorder

OG : Olgu Grubu

KG : Kontrol Grubu

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: DSM-5 Şizofreni Tanı Kriterleri 8
Tablo 2: Andreasen Remisyon Kriterleri 10
Tablo 3: Olgu Grubu Katılımcı Listesi 31
Tablo 4: Kontrol Grubu Katılımcı Listesi 32
Tablo 5: Sadece Olgu Grubunda Beliren Temalar ve Belirme Sıklıkları 33
Tablo 6: Olgu Grubunda Değerlendirmeye Alınan Temaların Üst Temalara Göre Dağılımı 35
Tablo 7: Sadece Kontrol Grubunda Beliren Temalar ve Belirme Sıklıkları 36
Tablo 8: Kontrol Grubunda Değerlendirmeye Alınan Temaların Üst Temalara Göre Dağılımı 37

ÖZET

ŞİZOFRENİ TANISIYLA İZLENEN OLGULARIN KENDİLİK YAŞANTILARI AÇISINDAN NİTELİKSEL OLARAK İNCELENMESİ

Dr. Göker AKÖZGÜRER

AMAÇ: Kendilik bozukluğu şizofreni için çekirdek bir patoloji olarak kabul edilmektedir. Şizofreni kavramının kendisi kadar eski bu kendilik patolojileri üzerine son yıllarda çok sayıda çalışma yapılmakta ve kendilik düzensizliklerinin diğer hastalıklardan farklı olarak şizofreni spektrumunda kümelendiği gözlenmektedir. Çalışmamızda öncelikli olarak şizofreni tanısıyla izlenen olguların kendilik yaşantılarının niteliksel olarak incelenmesi hedeflenmiştir. İkinci olarak, olgularda incelenmesi planlanan bu yaşantıların, kendiliğin iki katmanı olan anlatısal kendilik ve minimal kendilik bağlamında tartışılması amaçlanmaktadır. Son olarak ise olguların ifadelerinde ortaya çıkan kendilik yaşantılarının, çalışmaya dahil edilen sağlıklı kontrol grubunun kendilik yaşantılarıyla niteliksel olarak karşılaştırılması hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Şizofreni tanısıyle takip edilmekte olan ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan 15 olgu ve yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu açısından denkleştirilmiş 15 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. Her bir katılımcıyla ilki tanı amaçlı ve diğer ikisi niteliksel veri toplama amaçlı toplam üç görüşme yapılmıştır. İlk görüşmede SCID'in yanı sıra olgu grubuna remisyonu tespit etmek için PANSS, kontrol grubuna ise şizotipiyi dışlamak için SIS-R uygulanmıştır. Son iki görüşme, birinde anlatısal kendiliğe, diğerinde ise minimal kendiliğe dair nitel veri toplayabilmek amacıyla yarı-yapılandırılmış rehber form eşliğinde yapılmış, bu görüşmelerde ses kaydı alınmıştır. Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz (IPA) prosedürü ile analiz edilen veriler, temalara dönüştürülmüş, sonrasında üst temalar altında gruplandırılmıştır.

BULGULAR: Analiz işlemi sonrası her iki grupta belirli bir sayıdan çok olguda, birden çok kez beliren temalar değerlendirmeye alınmıştır. Olgu grubu için yirmi dört tema belirlenmiş ve bunlar beş üst tema (bilinç akışı, kendilik farkındalığı, bedensel yaşantılar, ötekiler ile ilişki, anlatısal kendilik ve hastalıkla ilişkilenme) altında sınıflandırılmıştır. Kontrol grubunda ise değerlendirilmeye alınan on sekiz tema için dört üst tema (bilinç akışı, bedensel yaşantılar, ötekiler ile ilişki ve dünya düzeni, anlatısal kendilik ve zamansallık) belirlenmiştir. İki grubun ifadelerinde minimal kendilik, bedensel yaşantılar, sağduyu ve zamansallık bağlamlarında belirgin niteliksel farklılıklar elde edilmiştir. Anlatısal kendilik ile ilgili temalara kontrol grubunda, minimal kendilik ile ilgili temalara ise olgu grubunda daha sık rastlanmıştır.

SONUÇ: Minimal kendilik ile ilgili düzensizlikler anlatısal kendiliğin uygun bir şekilde kurulamaması sonucunu doğurmaktadır. Minimal kendilik düzeyindeki bozuklukların ifadesi olarak çalışmamızda öne çıkan kavramlar; bedensel yaşantılar, sağduyu ve zamansallık olmuştur. Bedensel yaşantılar ve sağduyu toplumsal ilişkilerin kurulmasında; zamansallık ise anlatısal kendiliğin inşasında temel bir rol üstlenmektedir. Şizofrenideki çekirdek patolojiyle ilişkileri bakımından bu kavramlara yönelik ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Kendilik Bozuklukları, Fenomenoloji, Psikopatoloji, Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz, Anlatısal Kendilik, Minimal Kendilik

İletişim adresi: gokerakozgurer@gmail.com

ABSTRACT

A QUALITATIVE INVESTIGATION OF SELF-EXPERIENCES IN CASES DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA

Dr. Göker AKÖZGÜRER

AIM: Self disorder is considered as a core pathology for schizophrenia. In recent years, many studies have been conducted on these self pathologies as old as the concept of schizophrenia itself, and it has been observed that self disorders are clustered in the schizophrenia spectrum unlike other diseases. In our study, it was primarily aimed to examine the self-experiences of cases followed up with a diagnosis of schizophrenia qualitatively. Secondly, it is aimed to discuss these experiences, which are planned to be examined in cases, in the context of the two layers of the self, the narrative self and the minimal self. Finally, it was aimed to qualitatively compare the self-experiences emerging in the expressions of the cases with the self-experiences of the healthy control group included in the study.

METHOD: Fifteen patients who were followed up with a diagnosis of schizophrenia and met the inclusion criteria and 15 healthy controls who were matched in terms of age, gender and educational status were included in the study. A total of three interviews were conducted with each participant, the first for diagnostic purposes and the other two for qualitative data collection. In the first interview, in addition to SCID, PANSS was applied to the case group to detect remission, and SIS-R was applied to the control group to exclude schizotypy. The last two interviews were conducted with a semi-structured guide form in order to collect qualitative data on the narrative self in one and minimal self in the other, and voice recording was recorded during these interviews. The data analyzed with the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) procedure were transformed into themes and then grouped under supreme themes.

RESULTS: After the analysis process, themes that appeared more than a certain number of cases in both groups were evaluated. Twenty-four themes were determined for the case group and classified under five supreme themes (stream of consciousness, self-awareness, bodily experiences, relationships with others, narrative self and illness). In the control group, four supreme themes (stream of consciousness, bodily experiences, relationships with others and world order, narrative self and temporality) were determined for the eighteen themes that were evaluated. Salient qualitative differences were obtained in terms of minimal self, bodily experiences, common sense and temporality in the expressions of the participants in two groups.

CONCLUSION: Disturbances of minimal self result in the narrative self not being constructed properly. As the expression of minimal self disorders, the prominent concepts in our study are bodily experiences, common sense and temporality. Bodily experiences and common sense plays a fundamental role in establishing social relations; also temporality is crucial for the construction of narrative self. Further research is needed for these concepts in terms of their relationship with the core pathology in schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia, Self Disorders, Phenomenology, Psychopathology, Interpretative Phenomenologic Analysis, Narrative Self, Minimal Self

Contact adress: gokerakozgurer@gmail.com

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, çoğunlukla ergenlik veya genç erişkinlik çağlarında başlayan, kronik ve yıkımla seyreden ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (1). Heterojen bir sendrom olan şizofreninin semptomları kişiden kişiye önemli farklılıklar göstermekte, bu durum şizofreninin tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında geçmişten günümüze önemli tartışmaları beraberinde getirmektedir (2).

Günümüzde semptom kümelerine yaklaşımda operasyonel yöntem daha yaygın olarak tercih ediliyor olsa da bu yaklaşıma alternatif olarak şizofreniye özgü bir çekirdek patoloji arayışını temel alan yaklaşımlar, hastalığın ilk tanımlandığı zamandan bugüne kadar devam etmiştir (3,4). Bu ikinci yaklaşım ilk olarak Bleuler tarafından, hastalığın esasını teşkil eden bir sürecin ifadesi olan temel semptomları tarif ederken gündeme taşınmış, sonrasında Schneider ve Jaspers gibi psikopatologlarca da benimsenip ileriye taşınmıştır (5). Dolayısıyla Bleuler'in dört temel bulgusu, Schneider'in birinci sıra semptomları ve Jaspers'in anlaşılabilirlik (Alm. Verstandlichkeit) kavramı gibi yapısal tarifler, bu çekirdek patoloji arayışları çerçevesinde değerlendirilmelidir (6). Şizofreninin tanımlanmasında tarihsel olarak operasyonel metodolojiyi önceleyen bu fenomenolojik yaklaşım, yakın zamanda klinik ve kavramsal olarak yeniden gözden geçirilmiş ve hastalığın temelini teşkil ettiği düşünülen psikopatolojiler veya anormal yaşantılar "Kendilik Bozuklukları" (İng. Self Disorders) ve "Tuhaf Kendilik Yaşantıları" (İng. Anomalous Self-Experiences) kavramları çatısı altında bir araya getirilmiştir (7). "Tuhaf Kendilik Yaşantıları", Huber ve arkadaşlarının 1970'lerden beri şizofreni tanısıyla takip edilen olgularla yaptıkları çalışmalarda kullandıkları "temel semptom" (Alm. basis Symptomen) kavramının daha geniş bir yorumu olarak önerilmektedir (8).

Güncel psikopatoloji literatüründe adı geçen ve yukarıda da anılan kendilik bozukluğunda atıf yapılan kendilik kavramı, anlamını fenomenoloji geleneğinden

alan “minimal kendilik”tir (İng. minimal self). Zaman ve uzama tabi olmayan bu kendilik, herhangi bir anlatının öncesinde kişide hazır bulunan ve üzerine düşünülmesine gerek kalmaksızın kişiye verili olarak gelen birinci şahıs perspektifidir (9). Klinik psikopatoloji ve fenomenoloji geleneğinde temel alınan kendilik nosyonu olan bu “minimal kendilik” kavramının yanı sıra, daha çok sosyal bilimlerde ve hermenötik gelenekte karşımıza çıkan ikinci bir kendilik katmanı daha bulunmaktadır. “Anlatısal kendilik” adı verilen bu kavram, kişinin yaşamının başlangıcında var olmayan, konuşma ve ötekilerle ilişkiler ile ortaya çıkıp toplumsal söylemlerle sınırlanıp şekillenen bir kendiliktir (10). İlkinden farklı olarak bu ikinci katmandaki esas nokta, kişinin kendisini zaman içerisinde bir anlatının baş karakteri olarak inşa etmesidir. Bu iki kendilik katmanı da şizofreni bağlamında üzerine teorik ve klinik çalışmalar yürütülen konulardır.

Çalışmamızın yukarıda bahsedilen teorik zeminde üç temel amaç çevresinde şekillendiğini söyleyebiliriz. Çalışmamızın öncelikli amacı, şizofreni tanısıyla izlenen olguların kendilik yaşantılarının niteliksel olarak incelenmesidir. Bu inceleme sırasında fenomenolojik bir bakış açısına yerleşmek ve şizofreni için çekirdek bir özellik olarak kabul gören tuhaf (minimal) kendilik yaşantılarını niteliksel olarak analiz edebilmek hedeflenmiştir (11). Bu amaçla şizofreni tanısıyla izlenen olgularla derinlemesine görüşmeler yapılması ve bu yarı yapılandırılmış görüşmelerde “Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği”ndeki (TKYÖ) konular temel alınarak oluşturulan bir görüşme rehberinin temel alınması planlanmıştır. Nitel verilere dönüştürülerek analiz edilecek bu görüşme dökümleri ile birlikte, şizofreninin altta yatan temel sürecine ve bu sürecin tezahürlerine dair zengin ve detaylı tariflere ulaşabilme imkanına erişilmesi beklenmektedir.

Çalışmamızın diğer bir amacı da bahsedilen iki farklı kendilik katmanının, şizofreninin altında yatan temel düzensizlikler ile olan ilişkilerini incelemektir. Fenomenolojik yönelimli çalışmalarda minimal kendilikteki düzensizliklerin, şizofreni psikopatolojisi için çekirdek bir özellik olduğu yaygın kabul gören bir görüştür (12,13). Söylemsel psikolojiyi ve sosyal inşacılığı temel alan bir çok çalışmada da anlatısal kendiliğin kurulamaması, şizofrenideki bir çok temel semptomun nedeni olarak görülmektedir (14,15). Şizofreninin psikopatolojisi üzerine

bu iki farklı görüşü, bahsedilen iki kendilik kavramı arasındaki ilişki bağlamında inceleyen klinik bir çalışmaya literatürde rastlanmamaktadır. Çalışmamızda, elde edilen bulgular doğrultusunda şizofreni "Gestalt"ı içerisinde minimal kendilik ve anlatısal kendiliğin nereye düştüğü ve birbirleriyle ne gibi bir ilişki içerisinde oldukları sorusuna yanıt aranmaktadır. Bu amaçla görüşmelerde yukarıda bahsedilen minimal kendiliği hedef alan ilk görüşmeye ek olarak, kişilerin o sıradaki anlatısal kendiliklerinin keşfini sağlayacak ikinci bir görüşme hedeflenmiştir. Analiz sırasında bu iki kendilik katmanı, birbirleriyle ilişkileri bağlamında ele alınacaktır.

Çalışmamızın başka bir amacı ise şizofreni tanısıyla izlenen olguların kendilik yaşantılarını, sağlıklı kontrol grubunun kendilik yaşantılarıyla karşılaştırabilmektir. Şizofreni tanısıyla izlenen olgularla ve sağlıklı gönüllüler ile yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda her iki grupta minimal kendilik ve anlatısal kendilik katmanlarında öne çıkan yaşantıların niteliksel olarak karşılaştırılması mümkün olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Şizofreni, çoğunlukla ergenlik veya genç erişkinlik çağlarında başlayan, kronik ve yıkımla seyreden ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (16). Başlıca semptomları; halüsinasyon, hezeyan, dezorganize davranışlar, dezorganize konuşma, düşüncede fakirleşme, duygulanımda küntleşme, avolüsyon ve sosyal durumlardan geri kalma şeklinde tarif edilmektedir (1). Günümüzde henüz etiyolojisine dair herhangi bir etken veya mekanizma saptanmamış olan şizofreninin; kliniği, etiyolojisi, prognozu ve tedaviye yanıtı farklılıklar gösteren bir grup bozukluğu kapsayan genel bir isimlendirme olduğu kabul edilmektedir (17).

Şizofreni, antik çağlardan bu yana bilinen bir klinik örüntü olsa da herhangi bir hastalıkla ilişkilendirilmesi ve tanı sistemlerine dahil edilmesi için 19.yüzyıl sonlarının beklenmesi gerekmiştir. 20. yüzyıl öncesinde Pierre Janet ve Moreau de Tours gibi bazı Fransız psikopatologlar, kişinin kendiliğinde ve bilinç bütünlüğünde bazı bozuklukları tariflemişler ancak bunları herhangi bir hastalık kategorisinde değerlendirmemişlerdir. 1861'de Wilhelm Griesinger, "kişiliğin çözüldüğü, zihnin bölündüğü, kendiliğin istila edildiği" bazı hastalık durumlarından bahsetmiştir (18). Aynı fenomenleri gözlemleyen Emil Kraepelin, çekirdek özelliği "bilincin bölünmüşlüğü" olan bir hastalık tarif etmiş ve bu hastalığa "dementia praecox" ismini vermiştir (19). Aynı hastalığa, doğasına daha uygun olduğunu düşünerek "Şizofreniler" adını veren Eugen Bleuler, Kraepelin'den farklı olarak bazı "temel semptomlar"ın hastalığın esasını oluşturduğunu öne sürmüştür (20). Bleuler, şizofrenide bahsettiği bu temel sürece tepki olarak ortaya çıkan ikincil semptomların, temel semptomlardan ayrılması gerektiğine dikkat çekmiştir. Bleuler'in bu yaklaşımından etkilenerek şizofrenide altta yatan temel bir süreç olduğunu ve bu

süreçle ilgili gördükleri bazı semptomların tanısal olarak diğerlerinden daha güvenilir olduğunu öne süren daha bir çok psikopatolog da olmuştur.

Yakın zamana kadar güncel tanı sistemlerimizde ağırlığı olan "Birinci Sıra Semptomlar" tarifiyle tanınan Kurt Schneider, tariflediği bu semptomların ortaya çıkışının "kendiliğin sınırlarının kaybı"nın bir sonucu olduğunu ifade etmiştir (21). Schneider'e göre şizofrenilerin temelinde "bilinç sahasında radikal bir niteliksel değişim" bulunmaktadır ve kişinin kendi yaşantı alanındaki bu değişim, "şizofrenik özgüllüğün derecesini" belirlemektedir (19). Şizofreniyi diğer bozukluklardan ayırt eden temel yapı arayışlarına Karl Jaspers de farklı bir yöntemle dahil olmuştur. Dönemin fenomenoloji geleneğinden etkilenen Jaspers, hastaların öznel yaşantılarını inceleyerek şizofreniye özgü olabilecek yaşantıları ortaya koyma çabasına girmiştir. Jaspers'e göre şizofrenideki temel bozulma "kendiliğin farkındalığında" (Alm. Ich-Bewusstsein) meydana gelmektedir. Kişinin kendini, diğerlerini ve etrafını yaşantılama tarzını temelden etkileyen bu bozulmayı, bağlamı tümüyle anlaşılmaz olan hezeyanlar takip etmektedir (22). 1932'de Oswald Bumke, Şizofreni için "Ben'i yaşama bozukluğu" tarifini kullanmış, Gustav Störring ise 1939'da şizofreninin "kendiliği derinden etkileyen, içsel ve dışsal durumları denetim altına almakta bir yetersizlik" olduğunu öne sürmüştür. Klaus Conrad 1958'de, aynı hastalığın "bir bütünlük duygusunun ve yaşantısal sürekliliğin devam ettirilememesi" özelliğini vurgulamıştır (23). 1971'de şizofreniyi "kendiliğin, evrenin ve özneler arası ilişkilerin kurulmasında bir yetersizlik" olarak tarifleyen Wolfgang Blankenburg da şizofreni ve kendilik ilişkisini öne çıkaran bu geleneğin bir takipçisi olmuştur (24).

2.1.2. Epidemiyoloji

Şizofreninin, çeşitli çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığı ortalama %1 (%0,5-1,5), yıllık insidans hızı ise 100 binde 10 ile 54 arası olarak belirtilmiş olup morbidite riski de ortalama %1 (%0,5-1,6) olarak ifade edilmektedir (25,26). Yaygınlık açısından kadın ve erkek arasında belirgin bir fark bulunmamaktadır. Hastalığın başlangıç yaşı erkeklerde 15-25 yaşları olarak belirtilirken kadınlar için bu aralık 25-35 yaşlarıdır. Erkeklerden farklı olarak kadınlarda 55-64 yaş arasında ikinci bir zirve daha gözlenmektedir (25,27).

Şizofreniye ait risk faktörlerini saptamaya yönelik yapılan çalışmalarda maternal stres (28), maternal enfeksiyonlar (29), beslenme yetersizlikleri (30), intrauterin gelişim gerilikleri, gebelik, doğum komplikasyonları (31,32) gibi bir çok nörogelişimsel etkenin risk faktörü olabileceği belirtilmiştir. Düşük sosyoekonomik durum (33), son iki nesilde göç öyküsünün olması (34) ve şehirde büyümek (35) gibi sosyal etkenler de risk faktörü olarak belirtilmiştir. Bunlar dışında kış sonu veya bahar başında doğmanın veya babanın ileri yaşta olmasının (36) da risk faktörü olma özelliği olduğunu söyleyen çalışmalar bulunmaktadır.

2.1.3. Etiyoloji

Günümüzde şizofrenin etiyolojisini açıklayabilecek, hastalığın ortaya çıkışına dair nedensellik gösteren herhangi bir etken veya mekanizma saptanmamıştır (37). Şizofreniye dair yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında bazı önemli veriler elde edilmiş olsa da hastalığa özgü bir fonksiyonel veya anatomik anormallik saptanabilmiş değildir (38).

Şizofreniye dair güncel yaklaşım, hastalığın nörogelişimsel ve nörodejeneratif süreçlerin birlikte etkilediği "progresif nörogelişimsel" bir bozukluk olduğudur. Bu görüşü test etmek amacıyla yapılan bir çok çalışmada, hastalık belirtileriyle çeşitli beyin bölgelerindeki yapısal veya fonksiyonel değişiklikler arasında bağlantıların kurulmasına çalışılmaktadır (38,39). Bu çalışmalarda çıkan önemli bir sonuç, prefrontal korteksteki hacim azalmalarıyla bazı bilişsel kusurlar arasında bir ilişki olduğudur (40). Beynin bir çok bölgesinde gri ve beyaz cevher hacminde azalma gözlenmiş, özellikle temporal bölgede belirgin bir gri cevher azalması dikkat çekmiş, bu azalmanın ise hastalığın ilerlemesiyle korele olduğu gösterilmiştir (41,42). Beyin görüntüleme çalışmalarının bize verdiği önemli verilerden birisi de psikotik semptomların oluşumunda dopaminerjik yolaklardaki bozulmaların etkili olabileceği bilgisidir (43). Ancak başka çalışmaların bize gösterdiği, dopaminerjik yolaklar teorisinin hastalığın tamamını açıklamakta yeterli olmadığıdır. Bu çalışmalarda, hastalık patogenezinde dopaminerjik yolakların yanı sıra glutamaterjik sistemin de rol oynadığı ve bu sistemde oluşan aksamaların hastalığın başta bilişsel olmak üzere bir çok belirtisinden sorumlu olabileceği ortaya konulmuştur (44,45).

2.1.4. Tanısal Özellikler ve Sınıflandırma

Şizofreni, DSM-IV'te en az altı ay süren ve bu altı ayın en az bir ayında aktif dönem belirtileri olan hezeyanlar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma, ileri derecede dezorganize veya katatonik davranış ve negatif belirtilerden iki veya daha fazlasını içeren bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (46). DSM-IV'te özelliklerine göre paranoid, hebefrenik, katatonik, farklılaşmamış ve rezidüel tipler olarak beş tipte yapılmış olan hastalık gruplandırması, DSM-5 ile birlikte kaldırılmıştır. Bu değişikliğin gerekçesi olarak bu ayrımların klinik olarak az kullanılması ve tedavi konusunda bir fayda sağlamaması gösterilmiştir (1). DSM-5'te tanı ölçütleri açısından yapılan başka bir önemli değişiklik de Schneiderian belirtilere ayrıcalık sağlayan A tanı kriterindeki dip notun kaldırılması olmuştur (47).

DSM-5'e göre Şizofreni için tanı kriterleri şu şekildedir:

Tablo 1: DSM-5 Şizofreni Tanı Kriterleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.
    a. Sanrılar.
    b. Varsanılar.
    c. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma).
    d. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.
    e. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi bir ya da birden çok başlıca alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süre giden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az 1 aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağan dışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

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

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

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

DSM-5'te tanı kriterlerine ek olarak, tanıya dayanak olabilecek eşlik eden özellikler şu şekilde sıralanmıştır: kendine yabancılaşma, bilişle ilgili işlevsel bozulmalar, duyusal işlemlerde ve eylemi durdurma yeterliliğinde olağan dışılıklar, dikkatte azalma, diğer insanların niyetleriyle ilgili çıkarımda bulunma yeterliliğinde

azalma, ilgisiz olaylara veya uyaranlara önem atfetme ve bunlara ilişkin açıklayıcı sanrısal düşünceler (1).

2.1.5. Klinik Gidiş ve Prognoz

Şizofreni, seyrinde farklılıklar gösteren bir hastalık olsa da genel görüşe göre tekrarlayan ataklarla ve kısmi remisyonlarla seyreden kronik bir rahatsızlıktır (48). İzlem çalışmalarından edinilen bilgilere göre kişilerin %50'sinde hastalığın akut olarak başladığını, geri kalan %50'sinde ise uzun bir prodromal dönem sonrasında ortaya çıktığını söylemek mümkündür (49). Çoğunlukla negatif semptomların ön planda bulunduğu prodromal dönemin ortalama 1-2 yıl sürdüğü, her atak dönemiyle giderek arttığı ve kalıcı hale geldiği söylenmektedir (50,51).

Amerikan Psikiyatri Birliği hastalık seyrini üç fazda incelemektedir: ağır pozitif veya negatif semptomlarla seyreden akut faz, semptomların şiddetinin göreceli olarak azaldığı stabilizasyon fazı ve şiddeti azalmış olan semptomların durumlarını korudukları sabit faz. Bu fazlar birbirleriyle zamansal bir devamlılık gösterse de iç içe geçmiş olduklarından, birbirinden kolaylıkla ayırt edilememektedirler (52).

Hastalığı remisyonda olarak değerlendirmek için oluşturulmuş farklı kriterler vardır. Bunlardan bizim de çalışmamız için esas aldığımız Andreasen ve arkadaşlarının önerdiği remisyon kriterleri şu şekildedir (53).

Tablo 2: Andreasen Remisyon Kriterleri

Psikopatoloji Boyutu	DSM - IV Ölçütleri	SAPS/SANS Ölçütleri	PANSS Ölçütleri	BPRS Ölçütleri
Psikotisizm	Sanrılar	Sanrılar	Sanrılar	Grandiyözite
				Şüphecilik
			Sıradışı Düşünce İçeriği	Sıradışı Düşünce İçeriği
	Varsanılar	Varsanılar	Varsanılı Davranış	Varsanılı Davranış
Dezorganizasyon	Dezorganize Konuşma	Pozitif Formel Düşünce Bozukluğu	Kavramsal Kargaşa	Kavramsal Kargaşa
	Ağır biçimde Dezorganize veya Katatonik Davranış	Garip-Acayip Davranış	Manyerizm/ Postür Alma	Manyerizm/ Postür Alma
Negatif Semptomlar	Negatif Semptomlar	Afektif Düzleşme	Künt Affekt	Künt Affekt
		Avolüsyon, Apati, Anhedoni,	Sosyal Geri Çekilme	
		Aloji	Spontanlık Kaybı	

2.2. KENDİLİK KAVRAMI VE ŞİZOFRENİDE KENDİLİK BOZUKLUĞU

2.2.1. Kendilik Kavramı

Kendilik (İng. self) kavramı, psikiyatri dışında zihin felsefesinde, sosyal inşacılıkta, kültürel çalışmalarda, gelişimsel psikolojide ve bilişsel sinirbilimde de sıklıkla kullanılan bir kavramdır. Kendilik, en özet haliyle bir kişinin psikofiziksel bütünlüğüne verilen isimdir.

Dan Zahavi, bir kavram olarak kendiliğin çeşitli kullanımlarını tarihsel olarak üç grupta sınıflamıştır (10). Kantçı bir anlamda kullanılan kavramın ilk anlamı olan kendilik; kişinin yaşadığı sürece bir ve aynı olan, zaman ve mekanda değişmeyen, her türlü yaşantının öznesi ve faili olan bir kendiliği ifade etmektedir. Anlatısal (İng. narrative) kendilik olarak da ifade edilmekte olan, kavramın ikinci anlamı ise hermenötik (yorumbilimsel) geleneğin savunduğu tariftir. Bu tarifte, kişinin

yaşamının başlangıcında var olmayan, "ben kimim?" sorusunun dile gelişiyle başlayıp kişinin yaşamı boyunca kendi üzerine düşünmesi ve konuşmasıyla gelişip farklılaşan bir kendilikten bahsedilmektedir. Anlatısal kendilik, ilk tarifte belirtilmiş olan kavramın aksine, hiç bir zaman sabit kalmamaktadır; ötekilerin anlatılarıyla iç içe girmekte, toplumsal söylemlerle sınırlanmakta ve şekillenmektedir (9). Fenomenolojik gelenek tarafından kendilik kavramına yüklenmiş olan üçüncü anlam ise kendiliğin yaşantısal boyutuna gönderme yapmaktadır. Michel Henry, diğer tariflerinden ayırmak için kelimenin Latince karşılığını, "ipseity"yi kullanmakta ve özelliklerini şöyle sıralamaktadır; birinci şahıs perspektifine içkin, üzerine düşünülmesine gerek kalmaksızın kişiye verili olarak gelen, gözlenemeyen, sadece bir farkındalık öznesi olarak hissedilen (54). Gallagher ise anlatısal kendiliğin aksine zaman ve uzama tabi olmayan bu kendiliğe "minimal kendilik" ismini vermektedir (9).

Fenomenolojinin temel aldığı bu kendiliğin bir benzeri de bilişsel sinirbilimde görülmektedir. Bilinç, Antonio Damasio tarafından ikiye ayrılmaktadır. Bunlardan ilki, kişinin bilinçli yaşamının zemininde, yaşam boyu sabit ve göze çarpmaksızın varlığını sürdüren, düşünce süreçlerini önceleyen "çekirdek bilinç"tir. Düşünce süreçlerinin dahil olmasıyla daha kompleks hale gelen ikinci bölüm ise "genişletilmiş bilinç" olarak adlandırılmaktadır. Damasio'ya göre bu iki bilinçlilik hali, iki farklı kendiliği oluşturmaktadır. Çekirdek bilinç, çekirdek kendiliği (İng. core self) oluştururken; genişletilmiş bilinç ise yazarın "otobiyografik kendilik" ismini verdiği yapıyı meydana getirmektedir (55). Burada ilk adı anılan çekirdek kendiliğin, fenomenolojik kavramlar olan "ipseity" ve "minimal kendilik" ile yakın bir anlama sahip olduğu söylenebilir.

Kendilik ile ilgili benzer bir ayrım sosyal inşacılıkta da görülmektedir. Kendilik, Romano Harré tarafından üç farklı kategoride (kendilik1, kendilik2, kendilik3) değerlendirilmektedir (56). Harré'ye göre kendilik1; kişinin zamansal ve mekansal konumundan ileri gelen eşsiz bir bakış açısına sahip tekil bir vücut-bulmuş (embodiement) varlığı işaret etmektedir. Bu kendilik, herhangi bir sosyal etkileşim öncesi oluşmuştur. Kendilik2'yi, primer kendiliğin üzerine inşa edilmiş, kişinin belirli bir zamandaki yetenekleri, becerileri ve inançları oluşturmaktayken; kendilik3 ise kişinin diğerlerinin gözündeki kendisine dair fikirlerine ve inançların

farkındalığına işaret etmektedir. Burada Harré tarafından kendilik1 olarak tariflenen ve merkezinde bir bedene sahip olmanın ilk elden yaşantısını içeren "primer kendilik", kendiliğin fenomenolojik atfıyla ve psikopatolojideki kendilik araştırmalarının nesnesiyle de yakın bir ilişki içerisindedir.

2.2.2. Şizofrenide Kendilik Bozukluğu

ICD'nin 1992'ye kadar kullandığı şizofreni tanımlarına Schneider ve Jaspers'in kendilik kavramlarının etkisi büyüktür. ICD-9'da şizofreni, "normalde kişiye en temel işlevi bireylik, tekillik ve kendini yönlendirebilme hissini veren kişilikte kökten bir bozulma" olarak tariflenmiştir. Buradaki kişilik kavramı altındaki özellikler Jaspers ve Schneider'in psikopatolojisindeki tariflerdir, aynı kavram günümüz psikopatolojisinde "kendilik" veya "öznellik" olarak karşılık bulmaktadır. Bugün kişilik olarak tariflenen kavram ise daha çok zaman içerisinde değişiklik göstermeyen mizaca ve yineleyici davranış örüntülerine karşılık gelmektedir (19).

Schneider ve Jaspers'in izinden giderek şizofreniye özgü temel bir süreçte bozukluk olup olmadığına dair arayışlar, günümüze kadar "kendilik bozukluğu" ve "tuhaf kendilik yaşantıları" kavramları zemininde devam etmektedir. Kişinin öznelliğinde (İng. subjectivity) bir takım yapısal değişimlerin sonucu olan kendilik bozukluğu, hem klasik hem çağdaş psikopatolojik literatürde şizofreninin çekirdek özelliği olarak tarif edilmektedir (57). Şizofrenideki jeneratif bozuklukluğun bir kendilik düzensizliği olduğunu ve kendilik bozukluğunun, şizofreni spektrumunda bir incinebilirlik (İng. vulnerability) fenotipi olarak kabul edilmesi gerektiğini de söyleyen çalışmalar da bulunmaktadır (58).

Kendilik düzensizliği ile ilgili süreçleri tarif etmekte kullanılan diğer bir kavram da "tuhaf kendilik yaşantıları" dır. İlk olarak Josef Parnas, kişinin birinci tekil şahıs perspektifinde, bedenini yaşantılayışında, zihin akışı içerisinde, diğer insanları ve etrafı anlamlandırmasında psikotik düzeyde olmayan bir takım tuhaflıkları nitelerken "tuhaf kendilik yaşantıları" kavramını kullanmıştır (59). Parnas için bu yaşantılar, şizofreninin zeminini teşkil eden "kendilik bozukluğu" ile yakından ilişkili fenomenler olup "kendilik bozukluğu" denebilecek bir seviyede

olmayan prepsikotik ve subpsikotik kişilerde, ayrıca şizotipal bozuklukta sıklıkla rastlanılan yaşantılardır (60).

Louis Sass, çekirdek kendilikte ortaya çıkan yapısal bozukluğun, fenomenolojik olarak birbiriyle ilişki içerisindeki üç bileşene sahip olduğunu ve bu bileşenlerin şizofreninin tüm major semptomlarının kökensel nedeni olabileceğini ifade etmektedir (13). Bu üç komponentin ilki, kişinin bir farkındalık öznesi veya eylemlerinin faili olarak var olduğu hissinde yaşantısal bir azalma olarak tarif edilen "azalmış buradalık" (İng. diminished self-presence) veya "azalmış etkilenim"dir (İng. diminished self-affection). "Artmış düşünüm" (İng. hyperreflexivity) olarak çevirebileceğimiz ikinci komponent ise kendilik farkındalığının abartılı bir hali olarak anlaşılabilir. Bu aşırı düşünüm hali temelde, kişinin normalde kendisine ait olan ama süreç içerisinde nesne haline gelerek dışarıdan gözlemlenmeye başlanan bir kendilik parçası (beden, bir düşünce, duygular vs) üzerinedir (61). Bunların yanı sıra, dünyanın bilişsel ve algısal olarak kavranmasında bir bozulma ile giden üçüncü bir komponent daha bulunmaktadır. Bu komponent temel olarak, kişi için dünyanın zamansal-uzamsal yapısında bir kayba ve algılanan, hatırlanan, hayal edilen yaşantıların birbirinden ayırt edilebilmesinde bir düzensizliğe atıfta bulunmaktadır (62). Burada bahsedilen komponentler öncelikle betimleyici kavramlar olarak ele alınmıştır ancak patogenez açısından baktığımızda da bu komponentlerden bazılarının, şizofreni gelişimindeki bazı süreçlerde birincil veya temel bir rol oynadığını, bazılarının ise ikincil rollere sahip olduğunu söylemek mümkündür (2). Bu komponentlerin, birincil ve ikincil önemleriyle ve olası nörobiyolojik korelatları ile ilgili yapılmış önemli çalışmalar bulunmaktadır (2,63).

Literatürde uzun süredir kendine yer bulan kendilik bozukluğunu ampirik olarak da değerlendirebilmek ve ölçebilmek için 80'li yıllardan itibren bir çok ölçek çalışması da yapılmıştır. Bunlardan ilki, 1987 yılında Gerd Huber ve Gisela Gross'un oluşturduğu Bonn Skalası'dır (Bonn Temel Semptomları İnceleme Ölçeği, BSABBS). Bonn Skalası, literatürde kendilik bozukluğu ile ilişkilendirebilecek semptomların bir araya getirilmesiyle oluşturulmuş ve ilk kez şizofreni tanısıyla izlenen olguların yakınlarında şizotipiyi araştırmak için kullanılmıştır (64).

Parnas ve arkadaşları 2005 yılında, Bonn Skalası'nın daha geniş bir yorumu olan yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesi "Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği"ni (TKYÖ) şizofreni tanısı alan olgularda uygulamak için geliştirmişlerdir (59). Bu ölçek klinisyenlere, kendilik yaşantılarının asli veçheleri olan beş sahayı (Biliş ve Bilinç Akışı, Kendilik Farkındalığı ve Buradalık, Bedensel Yaşantılar, Sınırlar ve Geçişkenlik, Varoluşsal Yeniden Konuşlanma) öznel boyutlarıyla araştırma imkanı sunmaktadır. Niteliksel araştırmaya da imkan veren bu çizelge, tanısal bir amaç taşımamakta; şizofreni tanısı alan olgulardaki kendilik bozukluklarının ölçümü için kullanılmasının yanı sıra, psikoz için risk taraması ve kendilik yaşantılarındaki tuhaflıkları tespit etme amaçlarıyla da kullanılmaktadır (59). TKYÖ'nün, şizofreni grubunda uygulanmasının uygunluğu ve ultra yüksek risk grubu için öngörücü bir özellik taşıdığı, kullanıldığı bir çok çalışmada gösterilmektedir (19). Tuhaf kendilik yaşantıları, şizofreni tanısıyla izlenen olguların yakınlarıyla yapılan aile çalışmalarında ve risk gruplarında da oldukça sık oranda saptanmaktadır (65). Bu yaşantıların, prodromal dönemdeki hasta yakınlarında, sağlıklı olanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir (66). İlk atak şizofreni olgularıyla bipolar bozukluğu tanısı olan kişiler kıyaslandığında da bu yaşantıların sıklıklığı anlamlı derecede yüksektir (58). Ultra yüksek risk (UYR) grubunda yapılan izlem çalışmalarında da tuhaf kendilik yaşantılarının, şizofreni başlangıcını yüksek oranda ön görebildiği iddia edilmektedir (67).

Şizofreninin, minimal kendilikteki yapısal bir değişimle giden bir bozukluk olduğu görüşü, son yıllarda ampirik kanıtlarla da desteklenmektedir. Hur ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı, 25 yayını, 690 şizofreni tanılı olguyu ve 979 sağlıklı kontrolü içeren bir meta analiz çalışmasında, şizofreni ile kendilik bozukluğu arasındaki güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (68).

2.3. ŞİZOFRENİDE KENDİLİK VE NİTELİKSEL ARAŞTIRMALAR

Niteliksel araştırma yöntemleri psikiyatrik araştırmalarda sık tercih edilen yöntemler olarak kabul görmemektedir. Her ne kadar son yıllarda niteliksel çalışmalarda gözle görünür bir artış dikkat çekiyor olsa da niceliksel yöntemlerin hala psikiyatri literatüründeki baskın araştırma yöntemleri olduğu rahatlıkla söylenebilmektedir (69). Son dönemde niteliksel araştırmalarla ilgili yapılan tartışmalarda bu araştırmaların, niceliksel araştırmaların alternatifi veya yerini alması gereken araştırmalar olmadığı, aksine niceliksel araştırmaların tamamlayıcısı olarak görülmeleri gerektiği sıklıkla vurgulanmaktadır (70). Niteliksel araştırmalar, doğası itibariyle sadece belirli araştırma sorularını cevaplayabilmekte, niceliksel araştırmaların genellemeler yaptığı ve nedensel ilişkilerini ortaya serdiği fenomenlerin öznel bir bakış açısıyla aydınlatılmalarını hedeflemektedir (71).

Niteliksel araştırma yöntemleri, tek bir kurama veya disipline ait yöntemler değildir. Ağırlıklı olarak sosyal bilimlerin tercih ettiği bu yöntemlerin büyük bir teorik şemsiye altında bulundukları ifade edilmektedir (72). Niteliksel çalışmacılar arasında bir çok kuramsal ayrımı görmek mümkündür. Sosyal inşacılık, fenomenoloji, söylemsel psikoloji, bilişsel davranışçı ve metakognitif bilimler sıklıkla niteliksel yöntemleri kullanmaktadırlar. Geniş bir kuramsal bağlantı ağına sahip olan bu yöntemlerden, sadece çalışmamızda temel alınan fenomenolojik yönelimli niteliksel araştırma yöntemlerinin detayına girilecektir.

Husserlci felsefenin etkisi altındaki fenomenolojik yöntemin hedefi; yönelimsel (İng. intentional) bilinci, indirgeyici olmayan bir tarzda yani onun özgünlüğüne ve ayırt edici niteliklerine saygı duyarak araştırmaktır (73). Bu yöntemde esas nokta, kişi için düşünüm (İng. reflection) öncesi verili olan yaşantılara yoğunlaşmak ve kişinin edimi ile ediminin nesnesi arasındaki özsel korelasyona dair içgörüleri elde etmektir (74). Bu amaçla araştırmacı, diğer bilimsel disiplinlerden kaynaklanan teorik önyargıları paranteze almalı, önceden belirlenmiş kavramların ötesinde kişinin birinci şahıs perspektifi yaşantılarına dair özgün tariflerine karşı uyanık olmalıdır. Bir niteliksel-fenomenolojik araştırmacı için öznel yaşantının dile getirilmesi, yaşantının anlamlandırılması ve içgörü kazanılması öncelikli hedefler arasında yer almaktadır.

Niteliksel araştırmalarda görüşme yöntemi olarak yapılandırılmış görüşmelerden ziyade yarı-yapılandırılmış veya yapılandırılmamış görüşmeler tercih edilmektedir. Bu üç görüşmenin birbirinden farkı, görüşmelerin akışı içerisinde sorulan soruların ve cevaplara yapılacak olası müdahalelerin ne kadarının önceden belirlenmiş olduğu ile ilgilidir (75). Yapılandırılmış görüşmelerde araştırmacının önünde kapalı uçlu sorular yer almaktadır ve etkileşimi nicel veriye dönüştürmeye yönelik bu görüşmelerde, çok sayıda veri kaybının bulunduğu ifade edilmektedir. Bu görüşmelerde önceden tanımlanmış zihinsel nesneler, bilgi olarak sayılan ve bir kişide zaman içerisinde süreklilik arz ettiği düşünülen şeyler aranmaktadır (76). Doğası gereği niteliksel bilginin önemini daha öne çıkaran yapılandırılmamış ve yarı yapılandırılmış görüşmeler ise açık uçlu sorular sayesinde yaşantıyı sınırlamaz, tipik olarak nicel kodlarda korunmayan bilgilerin niteliğine ayrıcalık tanır (77). Bununla birlikte, araştırmalardaki teşhis yapıları için herhangi özel bir ontolojik yapı olduğunu varsaymadan, görüşülen kişiden gelecek nitel veriler doğrultusunda bütüncül bir bakışa sahip olabilmektedir (78). Bu noktada, depresyondaki bir kişiye mutsuzluğunun belirli bir sayısal değer dahilinde kaç puan alacak kadar kötü olduğunu soran ve mutsuzluğunun nasıl bir şey olduğunu soran iki farklı yaklaşım örnek olarak verilmektedir (79).

Niteliksel çalışmaların veri toplama, verileri analiz etme ve yorumlama işlemlerinde, esas aldıkları kuramsal temele göre şekillendirilmiş bazı prosedürler bulunmakta ve araştırma işlemi bu prosedürler çerçevesinde yürütülmektedir. Çalışmamızda esas aldığımız kuramsal konum olan fenomenolojik yönelimli niteliksel araştırmalarda belli başlı üç prosedür dikkati çekmektedir. Bunlar Amadeo Giorgi'nin "Betimleyici Fenomenolojik" yöntemi (80), Max van Manen'in "Hermenötik Fenomenoloji"si (81) ve Jonathan Smith'in "Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz"idir (82).

Niteliksel araştırmalar çağdaş pozitif bilimsel paradigmanın karşıtı değil, aksine ona yardımcı olabilecek tamamlayıcı bir çok özelliğe sahip araştırma yöntemleridir. Buradan elde edilen veriler, çağdaş paradigmalara eleştiriler getirebileceği gibi bu sayede onların gelişmesine de katkıda bulunabilmektedir (75).

Kendall ve Jablensky, tarih boyunca hastalıkların sınıflandırılmasında iki temel anlayışın egemen olduğunu ifade etmişlerdir. Bunlardan ilki fizyolojik, anatomik, histolojik, kromozomal veya moleküler anormallikler hususunda ortaklık içeren kategoriler aracılığıyla tanı sınıflandırılmasına gidilmesi iken, ikinci anlayışta –bahsedilen bu ortak kategorilerin bulunmadığı durumlarda- elde edilen verilerdeki niteliksel açıdan güçlü ayrımlar aracılığıyla kategoriler oluşturulmaktadır (83). Yazarlar, psikiyatrideki güncel tanı sistemlerinin bahsedilen ikinci anlayış çerçevesinde inşa edildiğini eklemektedirler. Elbette psikiyatri alanında da ilk anlayışta bahsedilen biyolojik korelatlara dair bir çok çalışma yapılmakta ve bir çok tanı kategorisindeki etiyolojik ve patogenetik faktörler ortaya serilmektedir ancak diğer tıbbi disiplinlerden farklı olarak psikiyatride, öncelikle niteliksel ayrımlara dayanılarak kategoriler oluşturulmakta, sonrasında bu kategorilere yönelik etyopatogenez araştırmaları yapılmaktadır.

Psikiyatrik bozukluklarda genel olarak biyolojik verilerden çok, kişilerin ifadelerinden elde edilen niteliksel verilerin baskın olması durumu, tanı sınıflandırmalarıyla ilgilenen yazarları hastalık belirti ve işaretleri konusunda daha yoğun çalışmaya yönlendirmiş; böylece tanı kriterleri oluşturulurken daha sık görünen veya hastalık için daha spesifik olduğu düşünülen bazı belirtilere öncelik verilmeye başlanmıştır (84). Çağdaş psikiyatrik sınıflandırmanın önemli bir problemi olarak, hasta görüşmelerinden elde edilen büyük bir semptom havuzundan hangilerinin seçilerek hangi tanı kriterlerinin oluşturulacağı sorunu işaret edilmektedir. Günümüzde bu problemin çözümü olarak görülen ve baskın sınıflandırma sistemlerinde de kullanılan "operasyonel kriterler" aracılığıyla hangi semptomların birleşiminden hangi hastalık tanısının koyulabileceği klinisyenlere öneri olarak sunulmaktadır. Güncel psikopatoloji literatüründe bu operasyonel kriterler anlayışına çok sayıda itiraz bulunmaktadır. Bu itirazlardan en önemlisi, tek tek semptomların keşfini hedefleyen bir psikiyatrik görüşmenin hastalığın yapısal bütünlüğünü (Alm. Gestalt) kaçırdığı iddiasıdır (85). Bu görüşe göre iki kişiye koyulabilecek aynı tanı için niteliksel benzerlikleri içeren örüntü formları tanınır olmalıdır. Bu örüntü bir Gestalt'ın kendisi veya onun tezahürleri olabilir. Tanı için böylesine bir bütünsellikte ısrar etmenin bilim dışı olmadığını vurgulayan bu yazarlar, mevcut bilimsel paradigmaya niteliksel bir bakış açısının da dahil edilmesi

gerektiğinde ısrar etmektedirler (86), (87). Böyle bir yaklaşım ile birlikte, hastaların ifadelerinde sıklıkla yer bulan ancak mevcut sınıflandırma rehberlerindeki kriterlerin dışında kalan pek çok semptomun da tanı süreçlerine dahil edilmesinin mümkün olacağı ifade edilmektedir.

Operasyonel kriterler anlayışına başka önemli bir itiraz da bu tanı sisteminde, farklı hastalıklarda aynı ismi alan semptomların birbirinden niteliksel olarak farklı olduklarının kaçırılıyor oluşudur (88). Bu konuda verilen ve sadece niteliksel bir bakış açısıyla keşfedilebileceği öne sürülen örnekler; şizofrenideki ve dissosiyatif bozukluktaki derealizasyonun, şizofrenideki ve afektif bozukluklardaki depresyonun, şizofrenideki ve organik psikozdaki pozitif psikotik semptomların birbirinden hastalıkların yapısal bütünlükleri açısından ayırt edilebilir farklılıklar taşıyor olmalarıdır (89). Yapılandırılmış görüşmelerde sıklıkla gözden kaçan bu durumun, mevcut paradigmanın niteliksel araştırmalardan yararlanmasıyla üstesinden gelinebilecek bir zorluk olduğu ifade edilmektedir. Bu yüzden psikopatoloji kendine has bağlamı içerisinde niteliksel suretlerinin tüm zenginliği içerisinde değerlendirilmelidir (90).

Farklı tanı gruplarında görülen aynı isimli semptomlar arasındaki niteliksel farklılıklar, geçmişten günümüze pek çok çalışmaya konu olmaya devam etmektedir. Örneğin DSM ve ICD geleneğinde çökkünlük, üzüntü veya melankolinin, özü itibariyle ayrılan belirtiler olmadığı, bu gelenekte bir semptom olarak çökkünlüğün olağan üzüntüden net bir şekilde ayırt edilemediği, bu ayrımların ve depresyonun ne zaman bir ruhsal hastalık adını alabileceğinin sadece niteliksel görüşmeler ile netlik kazanabileceğini iddia eden çalışmalar bulunmaktadır (91), (92). Aynı zamanda farklı hastalık gruplarındaki (örn. şizofreni, major depresyon, organik psikozlar) depresif yakınmaların niteliksel değerlendirmeye alınmamasının ve hastalığın bütünselliği içinde değerlendirilmemesinin, psikiyatride bir eş tanı sorunu ortaya çıkardığı iddia edilmektedir (93), (94).

Psikopatoloji literatürünün uzun geçmişinde yer alan niteliksel tariflerin bugün kullandığımız tanı sistemlerine önemli etkisi olduğu söylenebilir. Şizofreni ile ilgili tanısal tartışmalar da kavramın ilk ortaya çıkışından itibaren semptom ve bulguların niteliksel özellikleri etrafında dönmektedir. Örneğin Schneider'in birinci

sıra belirtilerinin tamamı niteliksel tariflere dayanmaktadır. Bilinçlilikte kökten bir değişimin niteliksel ifadesi olan bu semptomlar, kişilerin salt dışarıdan gözlemlenmeleri veya belirli ölçüm yöntemleri sonucunda elde edilen veriler değildir. Öznel yaşantıda gerçekleşen bu değişimlerin kavranabilmesi için mutlaka hastaların bizi yaşantılarının derinliklerine götürmesi ve bunların detaylı tariflerini vermesi gerekmektedir (95).

Nitel çalışmalardan elde edilen veriler, şizofreni ayırıcı tanısında da sıklıkla kullanılmaktadır. Örneğin şizofreni ve organik psikoz hastalarındaki pozitif psikotik belirtilerin her iki hastalıkta niteliksel olarak nasıl farklılıklar gösterdiğini ortaya koyan çalışmaları bulmak mümkündür. Bu çalışmalardaki genel kanı, organik psikozda şizofreninin aksine işitsel olmayan varsanılar ve sistematize olmayan hezeyanların baskın olduğu yönündedir. Bunun yanı sıra her iki hastalıktaki hezeyanların niteliksel karşılaştırmasında, şizofrenide kişinin olayın merkezinde ve kuşatıcı bir güvensizlik içerisinde olduğu, hezeyana konu olan olayların kişiyi hedef alan veya onu referans gösteren temalardan kurulu olduğu; organik psikozlarda ise kişinin etrafında dönen bir oyundan haberdar olduğu ancak bir güvensizlik yaşamadığı, aksine bunu bir kayıtsızlık içerisinde izlediği ifade edilmektedir (96), (97), (98), (99). Psikotik bulguları ayırt etmekte kullanılan bu gibi ayrımlar, şizofreniyi içgörüsü olmayan obsesif kompulsif bozukluktan veya bipolar bozukluktaki psikotik özellikli ataklardan ayırt etmeyi de sağlamaktadır (100). Obsesif kompulsif fenomen ve obsesif kompulsif bozukluktaki obsesyonların ayrımının güçlü bir niteliksel temeli olduğu gibi, obsesyon ile hezeyan ayrımı da muayenede elde edilen niteliksel ayrımlar sayesinde mümkün olmaktadır (101). Mevcut tanı sistemlerinde niteliksel özelliklerin arka plana atılmasına yönelik başka bir eleştiri de özellikle şizofreni konusunu ilgilendirmektedir. Güncel paradigmada şizofreni tanısı için belirgin bir psikotik atak görülmesi zorunludur. Hezeyan, varsanı veya dezorganize semptomlar gelişmeden önce şizofreni tanısı koymak mümkün görünmemektedir. Bu durum, hastanın yaşantısındaki niteliksel değişimler olan ve literatürde psikotik yaşantıların öncüsü kabul edilen prepsikotik ve subpsikotik yaşantıların, belirgin pozitif semptom olmadıkça gözden kaçırılmasına yol açmaktadır. Niteliksel ve derinlemesine görüşmelerle ortaya serilebilen bu yaşantılara; bazı algısal bozulmalar, geçişkenlik fenomenleri, sanrısal duygudurum,

bazı bedensel değişimler ve morbid geometrizm gibi bazı fenomenler örnek olarak verilmektedir (102).

Diğer yandan erken tanı koyulmasının ve tedaviye erken başlanmasının önemi üzerinde duran çok sayıda çalışma bulunmaktadır (103), (104). Erken tanı ve tedavinin olgular için özellikle sosyal ve mesleki işlevsellik alanında önemli fayda sağladığını gösteren çalışmalara rastlamak mümkündür (105). Prepsikotik ve subpsikotik denilen dönemi niteliksel olarak inceleyen bu çalışmalar ile birlikte tanı kriterlerine uymayan ancak ileride belirgin psikotik dönemler geçirmesi olası olguların tespitini yapmak mümkün hale gelmektedir. Şizofreni üzerine yapılan çok sayıda niteliksel çalışmanın ortak özelliğinin, olguların öznel yaşantılarına odaklanarak hastalığın –tanı kriterlerinin ötesinde- yaşantısal düzeydeki bütünlüğünü ortaya sermek olduğu söylenebilir. Bu bütünlüğün kavranabilmesiyle bir Şizofreni Gestalt'ından bahsedilebilecek, öne çıkan yaşantıların biyolojik korelatlarının keşfiyle birlikte etyopategenez çalışmalarına fenomenolojik bir temel sağlanabilecek, hastalığın erken tanı ve taraması mümkün hale gelebilecektir (106).

Literatür incelendiğinde şizofreni tanısıyla izlenen olguları konu alan bir çok niteliksel çalışma olsa da aralarında kendilik yaşantılarını konu edinen çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Meehan'ın söylem analizini kullanarak şizofrenide kendilik yapılanmasını araştırdığı çalışması (14), Henriksen'in şizofrenide kendiliği, otizm ve afallama (İng. perplexity) fenomenlerini çıkış noktası alarak incelediği çalışması (107), Arnfred'ın şizofrenideki artmış-düşünüm (İng. hyperreflectivity) üzerinden kendilik bozukluğunu incelediği çalışması (108), Stanghellini'nin bedensel yaşantıları merkeze alarak kendiliği incelediği fenomenolojik çalışması (109), Galbusera'nın IPA prosedürünü kullanarak beden yönelimli psikoterapi ve kendilik hissi arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışması (110), Lysaker'in metakognitif bir bakış açısıyla şizofrenide kendilik yaşantısını araştırdığı çalışması (111) ve Englebert'in şizofreni tanılı 4 olguya TKYÖ uygulayarak, saptadığı tuhaf kendilik yaşantılarını niteliksel olarak tarifleyen çalışması (112), erişilebilen bu az sayıdaki niteliksel çalışmalara örnek gösterilebilir.

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. ÖRNEKLEM

Çalışmamıza, S.B.Ü. Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde şizofreni tanısıyla ayaktan takip edilmekte olup 1-30 Ekim 2020 tarih aralığında polikliniğe başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 15 olgu ve bu olgularla yaş, cinsiyet, eğitim durumu açısından denkleştirilmiş 15 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir.

Olgu grubu, DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış, Andreasen'in Şizofrenide Remisyon Kriterlerine göre remisyonda olan (remisyon PANSS skoru ile tespit edilmiştir), halen tekli antipsikotik kullanımı olan, şizofreninin prodromal dönemi dışında tanı öncesi başka bir psikiyatrik tanı almamış olan, bilgilendirme metni okutulmuş, bilgilendirilmiş onamı alınmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden, en az lise mezunu, 18-65 yaş arası, ayaktan takipli kadın ve erkek olgular alınarak oluşturulmuştur.

Kontrol grubu ise; bilgilendirme metni okutulmuş, bilgilendirilmiş onamı alınmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden, en az lise mezunu, kendisinde veya birinci derece yakınlarında herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan, "Şizotipi İçin Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği" (SIS-R) puanı eşik altında olan, 18-65 yaş arası ve yaş, cinsiyet, eğitim durumu açısından diğer olgularla denkleştirilmiş sağlıklı gönüllülerden oluşturulmuştur.

Son 6 ay içerisinde Elektro Konvülzif Tedavi öyküsü olanlar, klinik olarak saptanmış mental retardasyonu veya nörokognitif bozukluğu olanlar, epilepsi tanısı olanlar, kafa içi bir girişim geçirmiş olanlar, alkol veya psikoaktif madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olanlar, genel tıbbi durumu ilgilendiren herhangi bir hastalık tanısı almış olanlar, görüşmeler sırasında alkol veya psikoaktif madde etkisinde olanlar, 11 yıldan az örgün eğitim görmüş olanlar çalışmaya alınmamıştır. Geçmişte madde kullanım öyküsü dışlama kriteri olarak kabul edilmemiştir. Bununla

birlikte olgu grubu için DSM-5 tanı ölçütlerine göre Şizofreni dışı ek bir ruhsal bozukluğu olanlar; sağlıklı kontrol grubu için ise DSM-5 tanı ölçütlerine göre herhangi bir ruhsal bozukluğu olanlar da çalışmaya dahil edilmemişlerdir.

3.2. ARAŞTIRMA TİPİ VE YÖNTEMİ

Bu çalışmanın metodolojisi niteliksel ve fenomenolojiktir. Çalışmada metot olarak bir nitel araştırma metodu olan "derinlemesine görüşme" kullanılmıştır. Bireylerin öznel yaşantılarına, tutumlarına, duygularına, belirli konulardaki görüşlerine ve inançlarına ilişkin bilgi elde etmeyi amaçlayan bir görüşme metodu olan derinlemesine görüşme, yapılandırılmış görüşmelerde ortaya çıkması güç olan, kişi için daha öznel konuların anlaşılmasına ortam yaratmaktadır.

Bir hipotez ortaya koyarak onu yanlışlama sürecini temel alan niceliksel araştırmanın aksine bu çalışmada, başlangıç noktasını bireye ve onun yaşantılarına yönelterek tikelden bir tümevarıma ulaşmaya çalışan niteliksel araştırma yöntemi tercih edilmiştir (71). Bu nedenle, çalışmada yöntemin doğası gereği herhangi bir hipotez bulunmamaktadır. Bir hipotezin olmaması ilk bakışta bir dezavantaj olarak görülebilecek olsa da nitel araştırma teorisyenlerine göre bu durum, araştırma sırasında araştırmacıyı herhangi bir ön yargıdan uzaklaştırdığı için bir avantaj sunmaktadır (113). Böylelikle araştırma altındaki fenomene ön yargısız olarak erişmek ve söz konusu fenomenin zengin ve ayrıntılı tariflerine ulaşmak mümkün olabilmektedir. Niteliksel ve fenomenolojik araştırmalarda bir hipotezin varlığının yerini tutan şey, araştırma sonunda elde edilebilecek tümevarımsal çıkarımdır. Bu çalışmada, metodolojisinin doğası gereği, araştırılan kişilerin kendiliklerine dair nedensel ilişkilerden ziyade, her bireyin tek tek kendiliğine dair yaşantılarıyla ve bunların nasıl anlamlandırıldığıyla ilgilenilmektedir.

Çalışmamızın veri toplama, kodlama ve analiz işlemlerinde, Smith ve arkadaşlarının fenomenolojik çalışmalardaki bu işlemler için yol gösterici bir prosedür olarak ortaya koydukları "Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz" (Interpretative Phenomenological Analysis -IPA) temel dayanak olarak alınmıştır (82). IPA sıklıkla, esas hedefi kişilerin yaşantılarını nasıl anlamlandırdıklarını

araştıran nitel araştırmacılar tarafından kullanılmaktadır (114). Görüşülen kişinin kendi beyanlarının detaylı analizini takiben araştırmacının yorumuyla şekillenen yaşantısal temaların temel hattını oluşturduğu IPA prosedürü, kuramsal temeline fenomenolojiyi, hermönetiği (yorumbilim) ve idiografiyi alır. Fenomenolojik yönemli olmasından kasıt, Husserl'in "eidetik redüksiyon" yöntemini temel alıyor olmasıdır. Paranteze alma veya "epoché" olarak da adlandırılan bu yöntemde esas nokta, dikkatimizin bilincimizin nesnelerinden bu nesnelere ilişkin bilincimize döndürülmesidir, böylece fenomenolojik bir düşünüm (reflection) sürecine girmek mümkün olur (115). İdiografi ile bahsedilen ise, her bir vakayı kendi özgünlüğünde herhangi bir genellemeden önce detaylı olarak incelemektir. İdiografi tümel olandan ziyade tikel olandan hareket eder. Bu kavramları temel almanın pratikteki yansıması şu şekildedir; her bir vakanın analizi sırayla ve birbirinden etkilenmeksizin (diğer vakaların analizinden elde edilen bilgileri paranteze alarak) yapılmakta ve genellemelere tüm vakaların analizi bittikten sonra ulaşılmaktadır. Farklı vakalarda tema belirlerken özen gösterilmesi gereken bir konu, her yeni vakada yeni temaların belirmesine izin verebilmek, önceki vakaların etkisi altında kalmamaktır. Bir önceki vakada belirlenmiş olan temalar, o vakanın özgüllüğünde kullanılan kavramlar olduğu için paranteze alınıp ilerlenmesi gerekmektedir. Vakalar arasında kurulacak bağlantıların tüm vaka analizleri bittikten sonra yapılması IPA için özel önem arz etmektedir.

IPA'nın üstlendiği önemli bir nitelik, bir yandan vakalardaki kendine has eşsizliğini temsil etmeye çalışırken, diğer yandan da vakalar üstü bir bağlantıya işaret etmeyi hedeflemesidir.

3.3. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Çalışmamız boyunca her katılımcıyla her biri ortalama 40'ar dakika süren üç görüşme yapılmıştır. Tanı görüşmesi niteliğindeki ilk görüşmede, katılımcılara Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu ve SCID-5'e ek olarak, remisyon durumlarını teyit edebilmek için olgu grubuna PANSS uygulanmıştır. Uygulanan ölçeklerin sonunda remisyonda olmadıkları tespit edilen olgular ile ikinci ve üçüncü görüşmeler yapılmamış, bu olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Sağlıklı kontrol

grubunda ise Şizotipal kişilik bozukluğunu ayırt edebilmek amacıyla "Şizotipi İçin Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği" (SIS-R) uygulanmış ve ölçek sonuçları şizotipi lehine bulunanlarla diğer görüşmeler yapılmamıştır.

İkinci ve üçüncü oturumda niteliksel veri toplamaya yönelik fenomenolojik yönelimli görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerin yöntemi bir nitel veri toplama yöntemi olan "derinlemesine görüşme" olarak belirlenmiştir. Katılımcılara bir süre kısıtlaması olmadığı söylenmiş ve kendilerini rahat hissetmeleri sağlanmaya çalışılmıştır. Açık uçlu sorular tercih edilmiş, katılımcıyı yönlendirebilecek yorumlardan kaçınılmıştır. Görüşmelerde serbestliğe müdahale edilmemiş olsa da hedeflenen konulardan uzaklaşıldığında bazı ufak müdahalelerde bulunulmuştur. İki bölüm olarak tasarlanan görüşmenin bu niteliksel kısmında iki ayrı görüşme rehberi kullanılmıştır. İlk görüşme rehberinde gündelik hayatı ilgilendiren ve katılımcıda rahatsızlık uyandırmamaya dikkat eden sorular bulunmaktadır. Bu sorularla hedeflenen, kişinin kendisini tanıtmasını, kendilik tarifini kendi sözcükleriyle vermesini sağlamak ve kişiyi, dünya ile kurduğu bağ ve sosyal ilişkileri hakkında konuşmaya teşvik etmektir. İkinci bölümde kullanılan rehberin hazırlanmasında, bir yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi olan "Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği" (TKYÖ) temel alınmıştır. Kullanılan rehber formlarının ayrıntılarına ilgili bölümde değinilmiştir.

Niteliksel veri toplanmasının amaçlandığı oturumlarda, katılımcılardan yazılı onam alınarak, ses kaydı alınmıştır. Pilli bir ses kayıt cihazı aracılığıyla yapılan kayıt, mp3 formatında bilgisayara aktarılmış, araştırmacı tarafından ses kayıtları dinlenmiş ve yazıya dökülerek deşifre edilmiştir. Bu işlem sırasında katılımcının kimlik bilgileri ve gerçek kimliklerini ifşa edebilecek her türlü bilgi değiştirilmiştir. Yazıya dökülmüş ve analiz için uygun hale getirilmiş veriler, nitel analize tabi tutulmuştur.

3.3.1. Tanı Görüşmesinde Kullanılan Ölçüm Araçları

3.3.1.1. Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu:

Çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış, çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerine ve yaşam öykülerine ilişkin bazı soruları içeren görüşme formudur.

3.3.1.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği:

Klinik çalışmalarda şizofreni psikopatoloji ölçekleri arasında en sık kullanılan ölçeklerden birisidir. Hem klinik uygulamada hem de araştırma alanında olguların gözleminde ve olgulardaki değişimlerin değerlendirilmesinde yaygın kabul görmektedir. Şizofrenin pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptomlarının varlığını, yokluğunu ve şiddetini değerlendirmeyi amaçlayan 30 öğelik bir ölçektir. Bu 30 öğe; yedi pozitif sendrom alt ölçeği öğesi, yedi negatif sendrom alt ölçeği ögesi ve 16 genel psikopatoloji sendrom alt ölçeği ögesi şeklinde düzenlenmiştir. Puanlama için her öğenin bir tanımı ve taban değeri verilmiştir. 30 öğenin her biri yedili puan ölçeği üzerinden skorlanmaktadır (1=yok; 7=aşırı). Yapılandırılmış görüşmeye dayanması, sağlam faktör boyutları, geçerliliği, ayrıntılı dayanak noktalarının erişilebilirliği ve güvenilirliği PANSS'ın kuvvetli taraflarıdır (116). Bu çalışmada PANSS niteliksel görüşme öncesi, olguların Andreasen'in remisyon kriterlerine göre remisyonda olduğunun tespiti için kullanılmıştır.

3.3.1.3. Şizotipi İçin Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Form:

Şizotipal özellikleri belirlemek amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. 15 alt başlıkta şizotipi belirtileri taranmaktadır. Taranan belirtiler sırasıyla; sosyal izolasyon, içe dönüklük, aşırı duyarlılık, referansiyel düşünce (izlenme), referansiyel düşünce (anlam çıkarma), şüphecilik, kısıtlanmış duygudurum, büyüsel düşünce, ilüzyonlar, psikotik belirtiler, depersonalizasyon/ derealizasyon, düşüncenin amaca yönelik olması, çağrışımlarda artış, konuşmadaki yoksunluk ve tuhaflıktır. Görüşme iki bölümden oluşmaktadır, birinci bölümde katılımcıya yarı yapılandırılmış bir görüşme şeklinde sorular sorulmakta ve genelde nasıl hissettiği yönünde cevap vermesi gerektiği vurgulanmaktadır; ikinci bölüm ise gözleme dayanmaktadır, katılımcının çeşitli davranışları puanlanmaktadır. Bu

çalışmada SIS-R, niteliksel görüşme öncesi, sağlıklı kontrol grubunda anlamlı düzeyde şizotipal özellikler bulunmadığının tespiti için kullanılmıştır.

3.3.2. Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Rehber Formu

Detayları önceki bölümlerde aktarıldığı üzere, bu çalışmada kendiliğin iki ayrı katmanına yönelik bir inceleme yapılmaktadır. Bu iki katmanla uyumlu olacak şekilde birbirinden tematik olarak ayrılmış iki derinlemesine görüşme planlanmıştır. Nitel veri toplama amacıyla katılımcılarla yapılan bu iki görüşmede kullanılmak üzere, araştırmacı tarafından iki farklı rehber form hazırlanmıştır. Her biri, kullanılacağı görüşmenin gündemini oluşturacak şekilde planlanan bu formların yarı yapılandırılmış bir nitelikte olduğu söylenebilir. Bu formlarda katılımcı tarafından mutlaka cevaplandırılması istenen sorular bulunmamakta, bunlar yerine katılımcı tarafından detaylandırılması istenen bazı konular yer almaktadır. İlk görüşme, anlatısal kendiliğe yönelik bir incelemeyi hedeflemektedir. Bu görüşme için hazırlanan form öncelikle kişinin kim olduğuna, kendini nasıl nitelendirdiğine, toplum içerisinde bir birey olarak var olmasına ve kişinin değerlerine yönelik soruları kapsamaktadır. Bu soruları sorarken görüşmecinin esas aldığı nokta herkese aynı soruları sorabilmek değil, görüştüğü herkesin aynı konular hakkında konuşmasını sağlamaktır. Soruların niteliği ve derinliği, görüşmede sağlanan güvene, görüşmenin akışına ve bir önceki soruya verilen yanıtlara göre farklılık gösterebilmektedir. Görüşmede rehber bir form olmasının görüşmenin doğal akışına ve görüşülen kişinin istediği konulardan bahsetmesine engel olmamasına özen gösterilmiştir.

İlk görüşme rehber formunda bulunan bazı soru taslakları için şu örnekler verilebilir:

- Kendinizi nasıl birisi olarak tarif edersiniz?
- Yakınlarınız (aileniz veya arkadaşlarınız) sizi nasıl birisi olarak tarif eder?
- Kendi ruh sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Diğer insanlarla bir arada yaşamak size nasıl geliyor?
- Dünya sizce nasıl bir yer?
- Sizin için yaşamınızda daha öncelikli olan, değer verdiğiniz neler var?
- Gündelik hayatın akışı içerisinde karşılaştığınız sorunlar var mı?

İkinci görüşme rehber formu ise Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği'nde (TKYÖ) içerilen saha ve ögeler temel alınarak hazırlanmıştır. TKYÖ, kendilik farkındalığı düzensizliklerini işaret eden yaşantısal ve öznel anomalilerin keşfini amaçlayan, yarı-yapılandırmış deskriptif-fenomenolojik bir görüşme çizelgesi ve semptom yoklama listesidir (59). Beş saha altında toplanmış toplam 57 öğeden oluşmaktadır. Genel olarak sahaların ve her öğenin kısa bir tarifinin bulunduğu yönergesinde, niteliksel çalışmalar için de uygun olduğu bilgisinin yanı sıra, istenildiği takdirde niceliksel çalışmalarda kullanılabilmesini mümkün kılan puanlama yönteminin tarifi de bulunmaktadır. Bu ölçeğin uygulanmasında görüşmelerin yarı yapılandırılmış bir şekilde yürütülmesi, görüşmecinin tutumunun sorgulayıcı veya aşırı meraklı olmaması, olabildiğince tarafsız fakat ilgili olması önerilmiştir. Ölçeğin yönergesinde belirtildiği üzere, görüşmeci puanlama açısından incelenen öğeyle ilgili yaşantıya dair evet veya hayır şeklindeki cevaplarla yetinmemeli, niteliksel tariflerin peşinde olmalı, puanlama yapılacaksa da söz konusu yaşantıya dair tam bir tarif alana kadar puanlamayı ertelemelidir. Son yıllarda ölçeğin kullanıldığı ön görücü veya ayırıcı tanısal özelliklerini konu alan yayınları gözden geçiren bir derleme de mevcuttur (59). Bizim çalışmamızda ölçeğin kullanılmasındaki amaç ölçeğin puanlanması değil, araştırma nesnesi olan kendilik yaşantılarını kapsamlı olarak ele aldığı düşünülen bu formdaki temaların gündeme getirilmesini sağlamaktır. Görüşmeler sırasında beş temel saha olan Biliş ve Bilinç Akışı, Kendilik Farkındalığı ve Buradalık, Bedensel Yaşantılar, Sınırlar ve Geçişkenlik, Varoluşsal Yeniden Konuşlanma sahalarının tamamını gündeme getirmeyi amaçlayan, bu sahalara dair genel sorularla başlanmış, kişinin ifadelerinde herhangi bir sahaya dair bir tarifin tespit edilmesi halinde, söz konusu sahanın içerdiği ögelere dair sorular sorulmuştur. Ancak görüşülen kişi tarafından bu sahalara ait herhangi bir yaşantı gündeme getirilmedikçe kişide öge ve alt ögelerin sorgulanması yapılmamıştır.

3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNIN NİTELİKSEL ANALİZİ

Katılımcılarla yapılan görüşmelerin ses kayıtları, araştırmacı tarafından kelimesi kelimesine yazıya dökülmüş, sonrasında bu dökümler metne aşina olunana kadar tekrar tekrar okunmuştur. Bu okumalar sırasında her bir metne derkenar notlar alınmıştır. Bu notlar üç düzeyde tekrarlanmıştır; ilk düzey, katılımcının ifadesinde aktarmaya çalıştığı yaşantının ne olduğuyla, katılımcının hakkında konuştuğu, düşündüğü şeyle ilgilidir. Daha betimleyici olan bu düzeydeki notlarda, bahsedilen önemli yaşam olayları, kişinin emosyonel tepkileri, konuşmada kişiye has özelliklerin de içerilmesine özen gösterilmiştir. Bu aşamada metin belirli anlam ünitelerine bölünmüş ve her üniteye bir yorum tahsis edilmiştir. İkinci düzeyde katılımcının dil kullanımına odaklanılmıştır, bu düzeyde alınan notlarda kullanılan metaforlar, sentaks ve pragmatikte yapılan hatalar, zamir kullanımı, akıcılık gibi konularda dikkat çeken özelliklere yer verilmiştir. Kavramsal yorumlara ayrılan üçüncü düzeydeki notlarda ise daha yorumlayıcı olunmuştur. Fenomenolojik tavrın korunmasına özen gösterilmiş, araştırmacının kendi deneyimini mümkün olduğunca dışarıda bırakan, katılımcının yaşantısını kavramaya yönelik soruların ön plana çıkarılmasına çalışılmıştır. Bu düzeydeki notlarda sıklıkla, prosedürde önerildiği üzere, temel kendilik, zamansallık ve yaşantının failliği gibi fenomenolojik konuların yorumlayıcı bir tarzla ele alınmasına çalışılmıştır.

Betimleyici ve yorumlayıcı notlar tamamlandıktan sonra detaylıca çıkarılmış notlarla çalışılmış, her bir anlam ünitesindeki notların üzerinde beliren temaların saptanmasına çaba gösterilmiştir. Prosedürde bu temalar, parçanın bütün ile uyumlu olduğu hermenötik döngüyle uyumlu hale getirilmiş özlü ifadeler şeklinde tanımlanmaktadır (82). Herhangi bir tema, sadece katılımcının özgün düşüncesi veya sadece araştırmacının yorumu olmamalı, tarif ve yorum arasında seyreden bir söz olmalıdır. Temaların belirlenme sürecinde bu önerilere sadık kalınmaya çalışılmıştır.

Tema isimlerinin belirlenmesinde, görüşmelerdeki rehber görüşme çizelgesi olan TKYÖ'de geçen saha ve ögelerin etkisi büyüktür. Görüşmelerde, ölçekte tarif edilen fenomenlere yakınlık gösteren yaşantıların tarif edilmesi halinde bu ögelerin isimleri kullanılmıştır. Tabii ki bu, görüşmelerin analizinde ölçek maddelerinin arandığı ve tüm analizin ölçeğin tersten bir şekilde puanlanması şeklinde ilerlediğini

göstermemektedir. Ortaya çıkan tema içerisinde önceden bulgular kısmına yerleştirilmesi planlanmış bir kavram bulunmamaktadır. Bu bölümde ortaya konulacak ve tartışılacak olan temaların tamamına, görüşmelerden elde edilen verilerin belirme sıklıklarına göre karar verilmiştir. Bu süreçte TKYÖ'nin katkısı, tarif edilen fenomenleri doğru şekilde adlandırabilmek için bir rehber olarak kullanılmış olmasıdır.

Her bir vaka için bu analiz ve tema belirleme işlemleri detaylı olarak tekrarlandıktan sonra sıradaki işlem, tüm temaları bir araya getirerek bunlar arasında benzer örüntüler ve bazı üst düzey temalar aramak olmuştur. Bu işlemin detayları ve sonucunda elde edilen veriler, bulgular kısmında tartışılmıştır.

3.5. ETİK KONULAR VE ARAŞTIRMA İZİNLERİ

Çalışmamız için Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 21.09.2020 tarihinde 2020-19 karar numarası ile onay alınmıştır.

Katılımcılardan ilki çalışmanın başında, ikincisi ise kaydın deşifre edilmesinin sonrasında olmak üzere, çalışmanın içeriğini anlatan ve sesli görüşme kaydı alınacağını ifade eden iki adet yazılı onam alınmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ

Araştırma için mevcut formların kağıt sarf gideri ve ses kayıt cihazı için kullanılan piller haricinde başka kalemde harcama yapılmamıştır. Kırtasiye ve sarf masrafları araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Ek ücret talep edilmemiştir.

3.7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmanın önemli bir kısıtlılığı, niteliksel çalışmaların doğasından kaynaklanan bir durum olan sonuçların genellenemeyecek olmasıdır. Niteliksel çalışmalar, büyük gruplarda ortak olan bir nedenselliği veya yapıyı aramaktan çok, belirli bir toplulukta belirli bir konuyu veya olguyu incelemeyi ve anlamayı amaçlamaktadır. Bu yüzden sonuçların genellenmesi çalışmanın öncelikli

hedeflerinden biri değildir (113). Çalışmamızdaki bulgular ve tartışma sonrası elde edilen sonuçlar genellenemeyecek olsa da çalışmamızda bulunan yaygın örüntülerin ve teorik sonuçların, benzer özelliklere sahip popülasyonlarda da benzerlik taşıma ihtimali unutulmamalı ve bu veriler, genellenebilme potansiyeli taşıyan teorik kesitler olarak düşünülmelidir (117).

Üçüncü basamak bir ruh sağlığı hastanesinde şizofreni tanısıyla ilaç tedavisi almadan takip edilen remisyonda bir olguya ulaşmanın zorluğu nedeniyle ilaç kullanımı tek antipsikotik ile sınırlandırılmıştır. Ancak bu tekli antipsikotik kullanımı da çalışma için bir kısıtlılık olarak kabul edilmelidir. Çünkü Thompson'un 2019 yılındaki çalışmasında ifade edildiği gibi antipsikotik kullanımı, kişinin kendilik hissini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (118).

Araştırmadaki görüşmelerin, katılımcıların daha önce tanımadığı bir ruh sağlığı profesyoneli tarafından yapılmış olması da başka bir kısıtlılığı beraberinde getirmektedir. Bu kısıtlılığı aşmak için katılımcılarla üç görüşme yapılması planlanmış olsa da kendilik yaşantıları gibi kişi için görece mahrem ve derinlikli konuların bir yabancıyla konuşulması kolay olmamaktadır. Görüşme yapan kişinin doktor kimliği de –her ne kadar sıcak bir görüşme ortamı yaratmaya çalışarak bundan kaçınılmaya çalışılsa da- görüşme tarafları arasında bir asimetri yaratmakta; kişiler, hastalık lehine yorumlanabilecek yaşantılarını bir tanı ve tedaviden çekindikleri için kolaylıkla anlatamamaktadırlar. Bir klinik çalışmada her zaman bu zorluk mevcut olsa da uzun süredir takibi yapılan olgularda bu ve benzeri çalışmaların yapılması kişinin yaşantılarını kolaylıkla anlatabilmesi için daha elverişli olacaktır.

Bir başka kısıtlılık ise çalışmaya alınan olgu ve kontrol gruplarının yüksek eğitim almışlar arasından seçilmiş olmasıyla ilgilidir. Bu çalışmada bulgularda yer alan daha incelikli ve detaylı tarifler, sıklıkla yüksek introspeksiyon seviyesine sahip ve sözel meziyetleri bunlara yeten olgular tarafından yapılmıştır. Her ne kadar çalışmanın amacı şizofreni tanısıyla izlenen olguları daha geniş bir yelpazede değerlendirmek olsa da bahsedilen yaşantıların ifade edilmesinin belirli bir eğitim ve verbalizasyon yetisi gerektirmesinden ötürü bu çaba belirli bir grupla sınırlı kalmaktadır.

4. BULGULAR

Her iki gruptaki toplam 30 katılımcıyla, ilki tanı görüşmesi olan toplam üç görüşme yapılmıştır. Niteliksel veri toplama için yapılan sonraki iki görüşmenin toplamı her bir katılımcı için ortalama 80 dakikadır. Görüşme yapılan her iki gruptaki katılımcıların sosyodemografik verileri Tablo 3 ve 4'de gösterilmektedir.

Tablo 3: Olgu Grubu Katılımcı Listesi

Grup	Kod	Yaş, Cinsiyet	Eğitim	Medeni Durum	Çalışma Durumu
Olgu Grubu (OG)	Olgu 1	33, E	Yüksek Lisans	Bekar	Çalışmıyor
	Olgu 2	26, E	Lise	Bekar	İşçi
	Olgu 3	22, K	Üniversite	Bekar	Öğrenci
	Olgu 4	38, K	Üniversite	Bekar	Memur
	Olgu 5	33, E	Yüksek Lisans	Bekar	Çalışmıyor
	Olgu 6	31, E	Üniversite	Evli	İşçi
	Olgu 7	27, E	Lise	Evli	İşçi
	Olgu 8	48, K	Üniversite	Bekar	Emekli
	Olgu 9	20, E	Üniversite	Bekar	Öğrenci
	Olgu 10	57, E	Üniversite	Evli	Emekli
	Olgu 11	59, E	Üniversite	Evli	Emekli
	Olgu 12	24, K	Üniversite	Bekar	İşçi
	Olgu 13	42, K	Yüksek Lisans	Evli	Çalışmıyor
	Olgu 14	21, E	Üniversite	Bekar	Öğrenci
	Olgu 15	36, E	Üniversite	Evli	Memur

Tablo 4: Kontrol Grubu Katılımcı Listesi

Grup	Kod	Yaş, Cinsiyet	Eğitim	Medeni Durum	Çalışma Durumu
Kontrol Grubu (KG)	Kontrol 1	33, E	Üniversite	Evli	Serbest Meslek
	Kontrol 2	29, K	Yüksek Lisans	Evli	Memur
	Kontrol 3	23, K	Üniversite	Bekar	Öğrenci
	Kontrol 4	24, K	Üniversite	Bekar	Öğrenci
	Kontrol 5	24, E	Üniversite	Bekar	Öğrenci
	Kontrol 6	28, E	Üniversite	Bekar	İşçi
	Kontrol 7	43, E	Yüksek Lisans	Evli	Akademisyen
	Kontrol 8	36, E	Yüksek Lisans	Bekar	Akademisyen
	Kontrol 9	33, E	Lise	Evli	İşçi
	Kontrol 10	42, K	Üniversite	Evli	Çalışmıyor
	Kontrol 11	47, K	Lise	Evli	Çalışmıyor
	Kontrol 12	55, E	Üniversite	Evli	Emekli
	Kontrol 13	48, E	Üniversite	Evli	Memur
	Kontrol 14	39, K	Yüksek Lisans	Evli	Serbest Meslek
	Kontrol 15	22, E	Lise	Bekar	İşçi

Her iki gruptaki katılımcıların görüşmelerinin yazıya dökümleri yapıldıktan sonra bu dökümlerin, yöntem bölümünde detayları verildiği şekilde analizleri yapılmıştır. Analiz işlemi sırasında her görüşme için önce betimleme ve yorum içeren kodlar, daha sonra ise temalar belirlenmiştir. Olgu grubunda herhangi bir olguda birden çok tekrarlayan temalar not edilmiş ve 132 sayısı bulunmuştur. Bunlar arasından birden çok olguda birden çok defa tekrarlayan ortak temalar belirlenmiş ve bu sayı 97 olarak bulunmuştur. Olgu grubunun analizi yapıldıktan sonra elde edilen temaların karşılaştırılması kontrol grubu analizinden çıkan temalarla yapılmış, olgu ve kontrol grubunda ortak olarak tekrarlayan temalar elenmiştir. Bu noktada olgu grubunda beliren ancak kontrol grubunda belirse de farklı bir bağlamda ifade edilmiş temalar olgu grubunun bulguları içerisinde de sunulmak için tema listesine dahil edilmiştir. Bu ortak temalar, bulgular içerisinde ait olduğu başlıkta ayrıca belirtilmiştir. Olgu grubunda belirip aynı bağlamda kontrol grubunda da beliren

temalar çıkarıldıktan sonra elde kalan ve değerlendirmeye alınan toplam tema sayısı 78 olmuştur. Daha sonra bu temalar, görüşmede belirme sıklıkları açısından değerlendirmeye tabi tutulmuş, 15 olgu içerisinde 5 veya daha fazla belirme sıklığı olan temalar değerlendirme için bir üst basamağa alınmıştır. 5'ten daha az sıklıkla beliren temalardan birbiriyle ilişkili olabilecek ve tek çatıda birleştirilebilecek temalar ise ayrı bir isimle veya bileşenlerinden birinin ismiyle bir sonraki analiz basamağına dahil edilmiştir. Tablo 5'te, bir üst basamağa dahil edilen 24 tema, 15 olgudaki tekrar belirme sıklıkları da gösterilerek listelenmiştir.

Tablo 5: Sadece Olgu Grubunda Beliren Temalar ve Belirme Sıklıkları

Temalar	**Belirme Sıklığı**
Kendiliğin Salt İyi Olarak Tarifi	11
Hastalığın Olası Kaynakları	10
Ötekiler ile Mesafe İhtiyacı	10
Düşünce Baskısı ve Ambivalans	9
Hastalığın Yıkıcı Etkileri	9
Dikkat ve Eylemlerinin Farkındalığı	8
Yönelimselliğin Modalitelerini Ayırt Edememe	8
Bedenin İyeliğinde Düzensizlik	8
Temel Kendilik Hissinde Azalma	8
Temel Alınganlık Fenomenleri	8
Düşüncenin İyeliği	7
Hastalıkla Mücadele ve Baş Etme Stratejiler	7
Beden Failliğinde Düzensizlik	7
Toplumsal Sağduyu Kaybı	7
Düşüncenin Algısallaşması	7
Ben Bölünmesi	7
Derealizasyon ve Depersonalizasyon	6
Azalmış Buradalık	6
Senestetik Yaşantılar	6
Varoluşsal Oryantasyon	5
Canlılıkta Azalma	5
Güvensizlik ve Anlaşılmama	5
Düşüncenin Mekansallaşması	5
Geçişkenlik ve Sınırlar	5

Bu işlem sonrasında elde edilen 24 tema bir araya getirilmiş, bunlar arasında benzer örüntüler ve bazı üst temalar aranmaya başlanmıştır. Bu işlem sırasında birbiriyle ilişkili olanlar aynı üst temalara dahil edilirken, farklı olan ve birbirleriyle

bir yakınlık göstermeyen temalar daha alt bir önem sırasına yerleştirilmiştir. Bu gruplara ayırma işleminde, aynı olgularda birlikte veya benzer bağlamda belirme sıklıkları ve yorumlayıcı analiz sırasında tespit edilen yapısal bağlantılar dikkate alınmıştır. Gruplara ayırma işlemi sırasında TKYÖ'deki ögelerin gruplandırma sisteminden de yardım alınmıştır. TKYÖ, kendilik incelemesini belirlenen beş sahada ele almaktadır. Bu sahalar Biliş ve Bilinç Akışı, Kendilik Farkındalığı ve Buradalık, Bedensel Yaşantılar, Sınırlar ve Geçişkenlik, Varoluşsal Yeniden Konuşlanmadır. Kişilerin tariflediği yaşantılar sonucu elde edilen temaların TKYÖ'deki ögelerle tam bir örtüşme göstermesi durumunda tema isimlerinin bu ögelerden alındığı önceki bölümlerde belirtilmiştir. Üst tema isimlerinin belirlenmesinde de benzer bir yola gidilmiştir. Yapısal benzerlikleri açısından birbiriyle ilişkili temalar beş ayrı üst tema grubunda toplanmış, bu üst temaların kavramsal bütünlükleri ve genel hissiyatının TKYÖ'deki beş sahadan birisiyle örtüşmesi halinde bu isimler, üst temanın adlandırılmasında kullanılmıştır. Yapılan bu değerlendirme sonucu belirlenen ilk üç üst temaya TKYÖ sahalarıyla da ilişkili olarak "Bilinç Akışı", "Kendilik Farkındalığı" ve "Bedensel Yaşantılar" isimleri verilmiştir. Diğer iki üst temadan, temelde toplum içerisinde olmaya ve başkalarıyla ilişki içerisinde olmaya dair sorunların tarif edildiği dördüncü temaya "Ötekiler ile İlişki" ismi verilmiş, kendiliğin daha çok anlatısal boyutuna vurgu yapan ve kişinin hastalık ile kurduğu bağların dile getirilmesini de içeren beşinci üst temaya ise bu özellikleri nedeniyle "Anlatısal Kendilik ve Hastalıkla İlişkilenme" adı uygun görülmüştür. Tablo 6'da değerlendirmeye alınan 24 temanın üst temalara dağıtılmış şekli listelenmektedir.

Tablo 6: Olgu Grubunda Değerlendirmeye Alınan Temaların Üst Temalara Göre Dağılımı

Bilinç Akışı	**Kendilik Farkındalığı**	**Bedensel Yaşantılar**	**Ötekiler İle İlişki**	**Anlatısal Kendilik ve Hastalıkla İlişkilenme**
Düşünce Baskısı ve Ambivalans	Temel Kendilik Hissinde Azalma	Bedenin İyeliğinde Düzensizlik	Ötekiler ile Mesafe İhtiyacı	Kendiliğin Salt İyi Olarak Tarifi
Dikkat ve Eylemlerinin Farkındalığı	Derealizasyon ve Depersonalizasyon	Bedenin Failliğinde Düzensizlik	Temel Alınganlık Fenomenleri	Hastalığın Olası Kaynakları
Yönelimselliğin Modalitelerini Ayırtedememe	Azalmış Buradalık	Senestetik Yaşantılar	Toplumsal Sağduyu Kaybı	Hastalığın Yıkıcı Etkileri
Düşüncenin İyeliği	Varoluşsal Oryantasyon	Canlılıkta Azalma	Güvensizlik ve Anlaşılamama	Hastalıkla Mücadele ve Baş Etme Stratejileri
Düşüncenin Algısallaşması	Geçişkenlik ve Sınırlar			
Ben Bölünmesi				
Düşüncenin Mekansallaşması				

Şizofreni tanısıyla takip edilen olguların niteliksel yaşantılarını incelemenin yanı sıra, araştırmamızın bir diğer amacı da olgu grubundaki kendilik yaşantılarını kontrol grubuyla karşılaştırmaktır. Kontrol grubunun yaşantılarını incelemek bu araştırmanın konusu olmadığı için kontrol grubunda beliren temalar tek tek başlık olarak alınmamış ve sağlıklı kontrollerin ifadelerine bulgular içerisinde yer verilmemiştir. Ancak amaçladığımız karşılaştırmayı yapabilmek için olgu grubunda belirmeyen ancak kontrol grubunda beliren temalara ve bu temaların belirme sıklıklarına yer verilmesi gerekli görülmüştür. Kontrol grubunun görüşme dökümleri olgu grubuyla benzer bir analiz işleminden geçirilmiş, bu işlem sonrası elde edilen temalardan olgu grubunda belirmemiş ve en az beş farklı sağlıklı kontrolde belirmiş

olanlar seçilmiştir. Tablo 7'de bu temalar ve temaların belirme sıklıkları görülebilmektedir.

Tablo 7: Sadece Kontrol Grubunda Beliren Temalar ve Belirme Sıklıkları

Temalar	**Belirme Sıklığı**
Aile Yaşamının Önceliği	13
Kendini Beceri ve Etkinlik ile Tarif Etme	12
Kariyer Planları	12
Başkalarına Yararlı Olmak	10
Düzenin Adaletsizliği	9
Maddi Sorunlar	9
Kendini Gerçekleştirmek	8
Yanlış Anlaşılma Korkusu	8
Kendini İdeal Benliği ile Kıyaslama	8
Odaklanma Sorunları	7
Kendini Eleştiren Düşünceler	7
Beden İmajı ile İlgili Sorunlar	6
Motivasyon Eksikliği	6
Sekonder Ruminasyon	6
Dünyaya Değer Katmak	5
Yakınlarına Zarar Geleceği Korkusu	5
Yalnızlığın Verimliliği	5
Dünyanın Geleceği ile İlgili Endişe	5

Analiz işlemi sonrası elde edilen bu on sekiz tema, olgu grubunda olduğu gibi üst temalar altında gruplandırılmıştır. Tema ve üst tema adlandırılmasında öncelikli olarak TKYÖ saha ve ögeleriyle bir örtüşme aranmış ancak hiç bir öge ile örtüşme bulunamadığından temalara söz konusu yaşantıları yansıtabilecek isimler verilmeye çalışılmıştır. Üst temaların adlandırılmasında ise karşılaştırma yapabilmek için öncelikle olgu grubuyla benzer gruplar oluşturulmaya çalışılmış ancak olgu grubundan farklı olarak –ilgili bir tema elde edilemediği için- "kendilik farkındalığı" üst temasına yer verilememiştir. Bir başka farklılık ise olgu grubunun beşinci üst teması olan "anlatısal kendilik ve hastalıkla ilişkilenme" grubu ile ilgilidir. Sağlıklı kontrol grubunda beklendiği gibi anlatısal olarak herhangi bir hastalıkla ilişkilenme

görülmemiş bu yüzden üst temadaki bu ibare kaldırılmıştır. Ayrıca kişilerin görüşmelerde kendilerine dair bir anlatı inşa ederken belirgin olarak zamansallık atfı olan temaları tercih etmeleri nedeniyle bu üst temanın ismi "anlatısal kendilik ve zamansallık" olarak değiştirilmiştir. Tablo 8'de kontrol grubundaki temaların dört üst temaya göre dağılımları görülmektedir. Olgu ve kontrol grupları arasındaki temalar ve üst temalar düzeyindeki farklılıklar, tartışma bölümünde detaylarıyla ele alınmıştır.

Tablo 8: Kontrol Grubunda Değerlendirmeye Alınan Temaların Üst Temalara Göre Dağılımı

Bilinç Akışı	**Bedensel Yaşantılar**	**Ötekiler İle İlişki ve Dünya Düzeni**	**Anlatısal Kendilik ve Zamansallık**
Odaklanma Sorunları	Beden İmajı ile İlgili Sorunlar	Aile Yaşamının Önceliği	Kendini Beceri ve Etkinlik ile Tarif Etme
Kendini Eleştiren Düşünceler		Başkalarına Yararlı Olmak	Kariyer Planları
Motivasyon Eksikliği		Düzenin Adaletsizliği	Kendini Gerçekleştirmek
Sekonder Ruminasyon		Maddi Sorunlar	Kendini İdeal Benliği ile Kıyaslama
		Yanlış Anlaşılma Korkusu	Dünyaya Değer Katmak
		Yakınlarına Zarar Geleceği Korkusu	
		Yalnızlığın Verimliliği	
		Dünyanın Geleceği ile İlgili Endişe	

Araştırma bulgularının bundan sonraki kısmı, olgu grubuna ait üst temalar olan "Bilinç Akışı", "Kendilik Farkındalığı", "Bedensel Yaşantılar", "Ötekiler ile İlişki" ve "Anlatısal Kendilik ve Hastalıkla İşkilenme" başlıkları altında sunulmuştur. Her başlık altında o üst tema altında sınıflanan ve en sık beliren temalar sıralanmış, bu temaların adını verdiği alt başlıklarda ise her bir temanın ayrıntılarına ve temaya örnek teşkil edebilecek alıntılara yer verilmiştir.

4.1. BİLİNÇ AKIŞI

Bu üst tema; kendiliğinden verili olan, zamansal bir süreklilik gösteren ve mekansal olmayan şeffaf bir bilincindelik halinin ve bu olağan halden bazı sapmaların tariflerini içermektedir. İnsanın normal bilinç akışında, kişinin kendisine ait olduğundan şüphe etmediği, -algılama yetisine gerek duyulmaksızın- kendisinin olarak doğrudan erişebildiği düşünceleri bulunmakta ve kişi, düşüncelerinin gerçeklikle olan bağlantısını bilişsel yetileri sayesinde kolaylıkla kurabilmektedir. Bu üst tema çatısı altında, kişilerin söylemlerinden elde edilen ve sık tekrarlayan temalardan; düşüncelerin akışı, dikkat, bilincindelik ve düşüncelerin gerçeklik ile ilişkilendirilmesi konularıyla yakından bağlantılı olanlar birleştirilmiştir. Bu temalardan birden çok vakada en sık tekrarlayan temalar sırasıyla şöyledir; Düşünce Baskısı ve Ambivalans, Dikkat ve Eylemlerin Farkındalığı, Yönelimselliğin Modalitelerini Ayırt Edememe, Düşüncenin İyeliğinin Kaybı, Düşüncenin Algısallaşması, Ben Bölünmesi ve Düşüncenin Mekansallaşması.

4.1.1. Düşünce Baskısı ve Ambivalans

Bu tema, analiz sırasında yapısal olarak ilişkili oldukları düşünüldüğü ve örneklerde sıklıkla iç içe geçtiği gözlemlendiği için birleştirilen iki alt temanın (düşünce baskısı ve ambivalans) bir araya getirilmesiyle oluşturulmuştur. Bu temada birleştirilen yaşantılar genel olarak, anlam veya duygu olarak zıtlık içeren, birbirinden farklı veya ilişkisiz düşüncelerin kişide yarattığı rahatsızlıklara veya bunların dışavurumlarına dairdir. Kişinin düşünceleri üzerindeki kontrol eksikliği, rahatsız edici düşüncelerin tekrarlaması ve sıklıkla karşıt düşünceler arasında karar verme zorluğu sık vurgulanan yaşantılar olmuştur.

"... o kadar hızlı, o kadar hızlı düşünüyorum, o kadar düşünceler geliyor ki, devamlı aklım yani bir senaryo üretiyor, devamlı bir senaryo içerisindeyim...okuyorum mesela bir cümleyi, ıh, o cümlenin üzerine belki yüz tane daha fikir üretebiliyorum, yüz tane düşünce üretebiliyorum, ama bunları karar veremiyorum, iyi düşünce midir, kötü düşünce midir. Hani çıkıyor ortaya. Böyle yani, durdurması ve kontrol etmesi zor, düşünceleri kontrol etmesi zor." (OLGU 1)

"Bu karar, kararsız kalıyordum hocam mesela, bir şey alsam mesela param olsa, kararsız kalıyorum acaba alsam mı almasam mı, ya da başka bir şeyim olsa o soruyu çözsem mi çözmesem mi, başka gün mü çözsem, o gün çözmeyeceğim..." (OLGU 9)

"o kadar düşünce geliyor ki, yani, okudukça devamlı, okudukça hani daha bir böyle bir şey oluyorum. Mesela okuyorum, karar veremiyorum, bu doğru mu, yanlış mı söylüyorum, kendi süzgecimden geçiremiyorum, şeyi. Hani mesela bir şey söylüyor diyelim kitaptaki yazar ya da cümle, karar veremiyorum bunun üstüne, yani iyi mi dedi kötü mü dedi, mesela düşündüm mesela bir yazar şey demiş onu okudum geçenlerde işte sen ı ben sana izin verdiğim için sen gittin, yani benden ayrıldın diyor, mesela bunun üstüne çok düşündüm, ben de hayatımda izin verdiğim kişiler oldu, benden ayrılanlar oldu, yani ben mi diyorum acaba bunlara izin verdim, ama sonra düşündüm ki bunlar yanlış yani, hayatından gitmek isteyen birisini de zorla tutamazsın, bu yazar böyle söylemiş ve bunu bilmem kaç kişi beğenmiş yani mesela, ama bence dedim bu doğru değil, düşündüm ama baya, düşündüm yani, bir gecemi buna ayırdım, hani, işte gitmek isteyen, bırakma diyor gitmek isteyeni de ama gitmek isteyeni de zorla tutamazsın yani, sonra bu karara vardım, okudukça böyle nasıl diyeyim, daha çok aklım karışıyor." (OLGU 1)

"...yani bendeki izlenimi ne, ve çabuk çok çabuk karar değiştiriyorum. Hani, yani her şeyde çabuk karar değiştiriyorum." (OLGU 15)

Kararsızlığın yol açtığı harekete geçememenin yanı sıra, salt düşünce çokluğundan kaynaklanan eylem ketlenmesi de görüşmelerde vurgulanan diğer bir yaşantı olmuştur.

"...enerjim var aslında ama o düşünce çokluğundan bir şey yapmaya alıkoyuluyorum." (OLGU 3)

"Ben, aklıma bir düşünce geliyordu ama bunu uygulayamıyordum, hep düşünceler vardı sadece, düşünce düşünce düşünce ama icraat yok." (OLGU 7)

4.1.2. Dikkat ve Eylemlerinin Farkındalığı

Bu tema, analiz sırasında yapısal olarak ilişkili oldukları düşünüldüğü ve örneklerde sıklıkla iç içe geçtiği gözlendiği için birleştirilen üç alt temanın (dikkat sorunları, yakın bellek düzensizliği ve kendi eylemlerinin farkındalığında düzensizlik) bir araya getirilmesiyle oluşturulmuştur. Kişilerin tarif ettiği dikkat sorunları temel olarak iki farklı tipte gözlenmiştir. Çoğunlukla tarif edilen sorun, sabit bir eyleme dikkatini verememe ve dikkati bölememe ile ilgili olmuştur.

> *"Dikkatim zaten çok dağınık, dikkatimi zaten toplayamıyorum, zaten bundan önceki ihracat işinde bundan dolayı zorluk çektim. Şey giriyorlardı, veri giriyordum, 15 bin 20 bin euroluk şey, liste vardı ama listeye konsantre olamıyorum yani, devamlı zihnim dağılıyor. Devamlı konsantrasyonum bozuluyor, hani böyle oluyor." (OLGU 15)*

> *"Kalabalıksa biraz dikkatimi bozuyor, dikkatimi dağıtıyor ama yine toparlıyorum hocam, bir an çok insanlar birikti mi ortada, o an dikkat dağılıyor, sonra ben diyorum ki dikkati dağıtmayacağım direkt odaklanacağım, o an geçiyor." (OLGU 9)*

> *"Bir iş yaparken başka bir iş aklıma gelip düşünürsem o iş takılıyor yani o işi yapamıyorum, mesela bazı arkadaşlar çalgılarını çalarken çok rahat konuşabiliyorlar ama ben başka bir şey yapamıyorum, o çalgıyı çalarken sadece ona odaklanıyorum" "tam konsantre olmuşken, tam kendimi vermişken çalgıya, dışardan bir karga ötse gak! diye, o sihirli şey, o dünya bozuluyor." (OLGU 11)*

Dikkat ile ilgili tarif edilen ikinci tip sorun ise dikkatin algısal alandaki bir detaya takılıp kalması ile ilgilidir.

> *"-Dikkatim iyi değil dediniz, bu nasıl oluyor, örnek verir misiniz?*
>
> *-Bazen şöyle, evet, ya böyle şu telefona bile böyle bakakalıyorum, bakıyorum bakıyorum bakıyorum.*
>
> *-Onda ilgi çekici şey ne peki?*
>
> *-Nedeni yok, sadece bakıyorum, sadece bakıyorum, garipsiyorum.*
>
> *-Onda bir şey daha mı fazla dikkatinizi çekiyor?*
>
> *-Evet, bir şey daha çok dikkatimi çekiyor, her her, çok büyük bir şey de olabilir, çok küçük bir şey de olabilir, hareketli bir şey de olabilir, hareketsiz bir şey de olabilir." (OLGU 3)*

"Yani genelde mesela ne bileyim, nasıl diyeyim, insanların dişlerine çok bakıyorum mesela, bunun gibi, o bende bir takıntı, genelde gözüm kayıyor yani, kadın olsun erkek olsun, dişlere karşı bir fetişim var yani. dişle dişlere kayıyorum yani, kendimi kontrol etmeye çalışıyorum ama, olmuyor." (OLGU 1)

Her ne kadar dikkat sorunlarından ayırt etmek kolay olmasa da yakın bellekte düzensizliğe dair tariflere başka bir alt tema olarak şu örneklerle yer verilebilir.

"Aklımda kalan yok, aklımda tutamıyorum çünkü bazı şeyleri" (OLGU 13)

"konsantre sorunlarım var, kitap okuyorum diyorum ama okuyorum kitabı bir yerlere gelmişim, ne okumuşum yok, dönüyorum kaldığım yerden, yeni baştan, en fazla yarım sayfa.." (OLGU 8)

"... gerçekten çok unutkandım, biri bana örneğin çalıştığım yerde üç kola iki fanta getir diyordu, bir kola bir fanta alıp geliyordum, yani saniyesinde unutuyordum, işte onların da öyle öyle biraz üzerine giderek.. yani böyle" (OLGU 7)

Aynı tema altında birleştirilme nedeni olarak kişilerin ifadelerin sıklıkla birlikte yer almalarının yanı sıra yapısal olarak birbirinin devamı olarak da düşünülebilme imkanının söylenebileceği üçüncü alt tema olan eylemlerinin farkındalığında düzensizliğe de bazı örnekler vermek mümkündür.

"...aniden kesiliyor, tamamen beynim boşalıyor, mesela bundan üç dört ay önce metroda Bağcılar'dan bindim Emniyet'e geldim, tamamen kopmuşum, o o süreç arasında bir bilincim yok, nasıl gittiğim hiç bir.. ayakta kalmışım öyle, kendime bir geldim Emniyet durağındayım, Aksaray'a bir durak kalmış.

-Normalde o durağa gitmeyecek miydiniz?

-Gitmeyecektim, Esenler'e gidecektim.

-Baya uzun bir süre o zaman?

-Tabi, baya uzun, yarım saat koptum, yarım saat kırk dakika koptum yani, tamamen hayat hayat bağım kalmadı yani o an, kendimi aklımı topladığımda emniyete gelmiştim." (OLGU 15)

4.1.3. Yönelimselliğin Modalitelerini Ayırt Edememe

Bu temada konu edinilen yaşantılar, kişinin herhangi bir anda yöneldiği düşüncelerinin, algılarının, eylemlerinin, hatıralarının veya hayallerinin bilincinde olması ve bunları birbirinden farklı modaliteler olarak ayırt edebilmesiyle ilgilidir. Bu başlık içerisine alınan tariflerde temel mesele, kişinin yaşantıladığı olayın bir

hatıra mı veya güncel bir algı mı yoksa bir hayal mi olduğuna dair kafa karışıklıklarıdır. Bu yaşantıların diğer kişilerle birlikteyken önemli bir sorun haline geliyor olması, tariflerde vurgulanan önemli bir noktadır.

"-Mesela buraya gelmeden önce, şu korona sürecinde, kahvede, kıraathanede bana bir video izlettiklerini.. varsaydım, videoda da benim bir kulaklık kablosu aldığımı göstermişlerdi, yani göster.. aldığımı farzettim, ondan bana kızmışlardı

-Öyle bir şey oldu mu yoksa bu bir anlık hayal gibi mi bir şeydi?

-Onu sordum öyle bir şey yok dediler, demek ki hayalmiş yani, o an zihnimde öyle canlanmış" (OLGU 1)

"...acaba diyorum gerçekten bunu yaşadım mı, yalan mı yalan mıydı, bazen evet kendimin doğruluğundan da şüphe ediyorum, ben yalan mı söylüyorum diye, böyle bazen gerçekten gidip geliyorum sanki.

-Ne mesela?

-Bazen yaşadığım bütün kötü şeyler, şeymiş gibi geliyor, hani ben böyle düşünüp yaratmışım gibi geliyor.

-Ne mesela?

-Atıyorum, ablamla erkek arkadaşımın, eski erkek arkadaşımın yaşadığı şey, sonra bir anda hayır diyorum bu yaşandı, gerçekten yaşandı, bazen işte herhangi bir olay karşısında bu gidiyor, algım gidiyor.. Ben mi bunu kafamda kuruyorum acaba diyorum ama sonra biri diyor ki yok biz bunu konuştuk, kelimelere döktük böyle bir şey var, ama buna en küçük bir örnek verdim, herhangi bir şeye karşı böyle gidip gelebiliyorum.

-Hayal kurduğunuz bir şeyin gerçek olup olmadığını karıştığınız oluyor, doğru mu anlıyorum?

-Evet, örnek vermiştim hatta, bir gün yatağımdayım uyumuyorum sadece uzanıyorum, bardak var, su içtiğimi sanıyorum ama içmiyorum, bu şekilde de olabiliyor, bu en küçük örnek, bir düşünce olarak da olabiliyor, bir eylem olarak da olabiliyor, yapıyor muyum yapmıyor muyum.. Mesela şimdi resepsiyondan çalışıyorum, sürekli arıyorum kapatıyorum arıyorum kapatıyorum, aradığımı sanıyorum ama hiç aramamışım.

-Peki aradığınıza dair bir anınız oluyor mu?

-Evet, aradığımı sanıyorum gerçekten. Birileri geliyor; biz sizi aradık neden dönüş yapmadınız ya da.. atıyorum kafadan, dolap kilitli kalmış beni aramışlar, ben sanıyorum ki birini dolap için yönlendirdim ama yok öyle bir şey yapmamışım, bunu düşünüyorum, hatta sorun bile yaşadım bunun için, böyle yaptığımı sandığım için." (OLGU 3)

Bir olguda, bu temanın özel bir farkındalık şekli ile belirmesi ve "soyut ile gerçek" olarak betimlediği farklı modaliteler arasında savrulmaya karşı uyguladığı bir strateji şu şekilde tarif edilmiştir:

"...ben soyuttan gerçeğe doğru ilk çıkmaya başladığım anlar hep not ediyordum.

-Yazdığınız şeyler nelerdi?

-Aslında onlar evde duruyorlar hala.. yani soyut ve gerçek arasındaki her farkı, fark ettiğim şeyleri yazıyordum..o gün neleri keşfettiysem ne yapıyorsam onları yazıyordum ki bana kılavuz olsun diye"

"hani bir soyut bir gerçek, bir soyut bir gerçek, bir soyut bir gerçek, ben ikisiyle de uğraşmak istemedim çünkü uğraştıkça daha da çoğalıyor, ben dedim bunlarla ilgilenmeyeceğim, akışına bırakacağım dedim, öyle bir zamanla gerçeklik dünyam oturdu."

"yani soyut ve gerçek arasındaki her farkı, fark ettiğim şeyleri yazıyordum."

"Şunu fark etmiştim, soyuttayken benim karakterim de değişiyordu, düşüncelerim değişiyordu, her şeyim değişiyordu soyutta, gerçeğe döndükçe kendimi fark ettim, eskimi, eskilerimi fark ettim, o arada diyordum soyut, ama fark ettiğim zaman bunu anlıyordum, yine o saçmalıklar vesaire başladığında dur diyorum kendine haksızlık etme, şu an sen soyuttasın gerçekte değilsin, gerçeğe yönelmeye çalışıyordum zaten yöneldikçe çoğunu bir daha yapmıyordum, ama çok ruhsal boşluklara düştüğüm zamanlar oldu soyut ve gerçek arasında, onları fark ettikçe soyutta biraz daha, ondan biraz daha uzaklaşıp gerçeğin üzerine düşünmeye başlıyordum ama bir dağıldığım zaman yeniden her şey başa dönüyordu." (OLGU 7)

Kişinin burada tarifledikleri, düşünce süreçleri ve dış gerçeklik ayrımında yaşadığı zorlukların tezahürü olarak yorumlanabilir. Kişi, yaşantısındaki hangi bileşenin kendi düşüncesinden, hangi bileşenin dış dünyadaki olaylardan kaynaklandığının kendiliğinden farkına varamıyor gibidir. Bu ayrımlardan herhangi birinin farkına vardığında bunu yazarak farkındalığını sonraki benzer olaylarda kalıcı hale getirmeye çalışmaktadır.

4.1.4. Düşüncenin İyeliği

Bir düşüncenin üretildiği kaynak olarak kişinin kendisini göstermesi ve düşüncesinin her safhada kendi düşüncesi olduğunun farkındalığı, normal düşünce süreçlerinin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir. Bu temada tasvir edilen yaşantılar, düşüncenin iyeliğinin kaybı olarak adlandırılan ve kişinin kendi düşüncesine yabancılaşmasını içeren bir takım tuhaf yaşantıları listelemektedir.

Düşüncenin iyeliğinin kaybı birkaç farklı düzeyde tariflenebilir; bu tema altında kişinin, düşüncenin sahibinin ve kaynağının kendisi olmadığını hissettiği ancak kaynağın kim veya neresi olduğu hakkında fikir belirtmediği veya bu konuda bilgi sahibi olmadığı yaşantılar listelenmiştir. İyelik kaybının başka bir düzeyinde düşüncenin faili, kişinin "içinde" irade sahibi farklı bir varlık olarak tarif edilebilir veya kendisine ait olmayan bu düşünce, bir dış kaynağa aittir. Tasvir edilen bu ikinci yaşantı düzeyi farklı bir tema olarak kodlanmış ve sonraki başlıklardan biri olan "Ben bölünmesi" temasına dahil edilmiştir. Bu temanın ve sonraki iki tema olan "Düşüncenin Algısallaşması ve Ben Bölünmesi"nin elde edilen verilerde sıklıkla birlikte gözlendiği, tariflerde iç içe geçtiği ve muhtemelen birbiriyle yapısal bir ilişki içerisinde oldukları vurgulanmalıdır. Buna rağmen üç temanın tek bir temada birleştirilmemesinin nedeni, bu temaların kişiler tarafından sıkça tarif edilmiş ve tekrarlanmış olmalarıdır.

> *"...aslında bu ses gelmeden önce, böyle bir rahatsızlığım olduğunu aslında ben kendi düşüncem kendi şeyim zannediyordum bunu, geçer diyordum, geçer diyordum"(OLGU 15)*

Bu tarifte kişinin yaşadığı sıkıntıyı hastalık olarak tarif etmeye başlayıp yardım talebinde bulunması, düşüncesinin iyeliğini kaybetmesiyle başlamaktadır. Düşüncenin kendisine ait olmadığı fikri ve bu düşüncenin ses haline gelmesi eşzamanlı olarak tariflenmektedir.

> *"...ses olarak değil de vesvese olarak, içten içten bir his, içten bir şey, hani böyle ses değil.*
>
> *-Bu vesvese dediğiniz sizin düşünceniz mi yoksa dışarıdan gelen bir şey mi?*
>
> *-Dışarıdan, çünkü hemen düşüncemin karşılığını söylüyordu, hani içimden düşünüyordum şuraya dışarı çıkacağım falan, çık çıkma veya bir şey yap, yapma içten düşünce diyordu" (OLGU 6)*
>
> *"...konuşma değil de hisler var, önsezi, sezgiler var, önsezi var, o bazen bana sezgilerim mesela bu yoldan yürüyorum hayır o yoldan git diyor, o da bir sezgi, sonra bunda bir iş var o yoldan oradan yürüyorum ama buna hiç kafayı takmadım."(OLGU 11)*

Bu son iki örnekte, algısallaşmamış ancak iyeliğini kaybetmiş düşünceler için "vesvese", "sezgi", "önsezi" gibi ifadeler kullanıldığı görülmektedir.

"...o şimdi kötü düşünce sürekli içimde dönüp duran düşünce aslında benim düşüncem değil, kendisi düşünüyor sürekli konuşuyor, acaba diyorum insanlar o düşüncelerimi duyup da bana mı gülüyorlar bana mı şey yapıyorlar, o zaman n'oluyor evde duruyorum, çalışamıyorum" (OLGU 6)

Son tarif edilen yaşantıda, iyeliğini kaybetmiş -kişinin kendisine ait olmadığı yargısına vardığı- düşüncenin bu özelliğinden ötürü özneler arası bir alana ait olabileceği ve bu yüzden başkaları tarafından da duyulabileceği fikri dikkat çekicidir.

4.1.5. Düşüncenin Algısallaşması

Bu tema altında listelenmiş yaşantılar temel olarak kişinin kendi düşüncesinin veya iyeliğini kaybetmiş ve kişinin yabancılaştığı düşüncelerin kişi tarafından ses olarak algılanmasıdır. Kişi bu sesleri, kendi zihni içerisindeki düşüncelerin duyulur hale gelmesi olarak tarif edebileceği gibi, kendi bedeninin dışından gelen duyumlar olarak da tarifleyebilir.

"Sesler, sesler var, söylediğimi tekrar ediyor ama benim sesim değil, tekrar ediyor ama benim sesim değil, erkek, onun kendi sesi." (OLGU 6)

"...benimki gibi de başkasının sesiymiş gibi de oluyordu veya ben bazen konuştuğumu fark etmiyordum iç ses gibi, yani böyle"(OLGU 7)

" ...sürekli bir sesler duyma durumu vardı, yani sesleri tam olarak ayırt edemiyorum, hangisinin ses hangisinin benim gerçek düşüncem olduğunu çözemiyorum, fakat kendimi iyi bir insan olarak nitelendirdiğim için aklıma gelen her kötü düşüncenin bu sesleri var ettiğine inanıyorum, aynı zamanda.

-Bu kötü düşünceler mi sesleri yaratıyor sizce?

-Yok, sesler aklıma gelecek olan kötü düşünceleri var ediyor diye düşünüyorum.

-Peki bu seslerin kendisi, düşünceniz mi değil mi onu ayırt etmekte mi zorluk yaşıyorsunuz?

-Evet, onu ayırt etmekte zorluk yaşıyorum, yani çok belirgin bir ses değil bu." (OLGU 5)

"Bu nasıl bir ses, yani, içimden bir ses şöyle yap böyle yap, arada bazen konuştuğum bir ses, ama kimsenin duymadığı, arada konuşuyoruz yani böyle ama, var yani böyle bir ses." (OLGU 2)

4.1.6. Ben Bölünmesi

Bu temada içerilen yaşantılar, düşüncenin iyeliğinin kaybı ve düşüncenin algısallaşması temalarıyla yakından ilişkilidir. Ancak bu iki temadan farklı olarak burada, iyeliği kaybedilen veya algısallaşan düşüncenin faili olarak irade sahibi bir varlık işaret edilmektedir. Burada tarif edilen yaşantılarda, kişinin dikkatini yönelttiği ve bilincinde olduğu ruhsal süreçler kendiliğinin bir kısmını karşılamakta, bölünmüş olan ve başka bir iradeye yüklenmiş olan düşünce süreçleri kişi tarafından kendi iradesi kapsamında değerlendirilmemektedir. Kişilerle yapılmış olan görüşmelerde bu bölünmenin, kişinin içindeki "başka biri" veya "düşünce zıtlığı" olarak tariflendiği gibi, "dostum" veya "şeytan" gibi iyi ve kötü özellikleri ön plana çıkarılan ayrı bir irade olarak tariflendiği de gözlenmektedir. Kişinin kendisinden ayrı, irade sahibi bu varlığın zaman zaman kişinin eylemlerini ketlediğine dair tarifler de görüşmeler içerisinde kendine yer bulmaktadır.

"...özellikle öfkelendiğim anlarda, en zayıf olduğum anlar öfkelendiğim anlar, öfkelendiğim anlar kontrolümü tamamen kaybettiğim anlar, tam anlamıyla onun eline geçtiğim anlar, çünkü o bunu en çok sevdiği nokta, benim öfkelendiğim noktalar.

-O dediğiniz kim?

-O içimdeki şeytan işte, o lanet şey, beni hep kötü şeyler yapmaya, hep insanlığa zarar vermeye, hep böyle agresif olmama, sinirli olmama, aynı zamanda kırıcı, yıkıcı, gaddar bir insan olmama sebep olan kişi, bunun farkındayım, ben normalde böyle bir insan değilim, bunu da biliyorum... ben bütün suçun bunda olduğunu düşünüyorum, benim yaptığım bütün kötü şeylerin hepsinin sebebi bu lanet şey, gerçekten de öyle" (OLGU 5)

"...belki diyorum o beni izliyordur, bu kadar hayatımın içinde olması beni de izlediği anlamına geliyor, hep yanımda yani, his değil de bir ses değil de dışarıda varmış sanki, artık bir insan benim için, o boyuta gelmiş hissediyorum.

-Her şeyimi biliyor demiştiniz.

-Evet, arkadaşım gibi, hani sürekli yanımdaymış gibi" (OLGU 3)

"Böyle ses, ses duyuyorum sadece, mesela böyle spor yapmak istiyorum, spora çıkasım geliyor, diyor ki hayır gitme, komik, böyle hani biri beni bu eylemden alıkoyacak şeyler söylüyor. İşte, komik gözüküyorsun, spor senin neyin gibisinden, sürekli böyle yani, ben de bu sefer kötü hissediyorum, sporu da yapmıyorum, tam

böyle bir şey yapıcam, o beni alıkoyuyor, insanlar sana güler gibisinden, hani böyle..”(OLGU 14)

“...içimdekini dışımdakini yani yaşadığın her şeyi söylüyorlar, anlatabildim mi hocam, insanın da ağırına gidiyor, zoruna gidiyor yani düşünsenize şunu yapmışsınız, okula gitmişsiniz, bir kız sevmişsiniz veya bir kız şey yapmışsınız, ne bileyim konuşmuşsunuz, anlaşamamışsınız, onların hepsini söyledi sesler.

-Sizin her şeyinizi bilen bir ses...

-Her şeyi biliyor, çok içimde bir şey, her şeyimi biliyor, o derece, ondan sonra doktora gitmeye karar verdim.”

“...daha çok benim hep eksiklerimi arıyor hocam, eksiklerimi arayıp eksiklerimi söylemeye çalışıyor, bir bir süre daha devam ediyor ondan sonra kapatıyor, bir iki gün sonra tekrar devam ediyor, bir bir süre sonra onu söylemekten bıkıyor ya da şey yapıyor yani yoruluyor ben inanmayınca ben karşı tepki vermeyince, kendisi düşüyor bu sefer başka bir şeye geçmeye çalışıyor”(OLGU 6)

“Yani eşim de bana söyledi, ‘nasıl bu kadar rahat davranıyorsun’ dedi, dedim ki ‘içimden gelen sese kulak veriyorum’ dedim, o da bana dedi ki, ‘ya içinden gelen ses sana kötü bir şey yapmanı söylerse’ dedi, ha o zaman bi durdum düşündüm, dedim ‘ben onunla dostum, herhalde o bana öyle kötü bir şey yaptırmaz, söylemez.” (OLGU 11)

Burada bahsedilen yaşantıyı tersten ifade eden bazı tariflerle de karşılaşılmıştır. Hastalık sürecinde bu bölünmeden dolayı rahatsızlık yaşadığını ifade eden kişilerin tedavi sonrasında bir “yalnızlık” hissi ifade etmeleri de dikkat çekicidir.

“...ilacı ilk kullandığım zaman inanılmaz bir histi, o an anlatamadığım bir duygu, hayatımda ilk kez kendimi yalnız hissettim, ben sadece ben vardım, hiç bir şey yok, bir berraklık, bir temizlik, çok mutlu olmuştum” (OLGU 5)

“...beş gün ilacı içtim düşüncelerim falan çok sakindi, rahattım, durağandı yani güzeldi ama beş günden sonra yine bu vesvese tarzı düşünce karışıklığı gibi bir şey oldu hocam ama ilk dört beş gün iyiydim hocam, çalışırken böyle düşünce zıtlığım yoktu” (OLGU 6)

4.1.7. Düşüncenin Mekansallaşması

Olağan bilinç akışı süreçlerinde mekandan bağımsız bir varlığı olması beklenen düşünceler, olguların bir kısmında bir mekana gönderme yapılarak tarif

edilmiş, bu kişiler belirli düşüncelerinin farkındalığının mekansal bir düzeyde gerçekleştiği yönünde bilgiler vermişlerdir. Bu tema ile gündeme taşınan yaşantıların üçüncü üst temada bahsedilecek "senestetik yaşantılar" ile de yakın bir ilişki içinde olduğu düşünülmektedir. Her ne kadar bu yaşantılar, fenomenolojik incelemesinde mekana yapılan atıflar nedeniyle bu başlık altında gruplandırılmış olsa da burada bahsedilen yaşantıların, kişinin bedeninde yaşadığı bir duyumun anlamını arama çabası sonrası bu duyumlara bir mekan atfetme girişimi olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

> *"...şu an bile dolu yani beynim, öyle bir şey ki beş kiloluk torba taşıyormuşum gibi, o kadar ağır ki yani beynim, onu hissediyorum yani ağır olduğunu hissediyorum. Önceden on sekizli yaşlarımda böyle hissetmiyordum ama şu an mesela, sanki ne bileyim dediğim gibi, bir dambıl taşıyormuşum gibi, yük taşıyormuşum gibi beynimi taşıyorum" (OLGU 1)*

> *"...sanki beynimin sol tarafı biraz daha böyle baskın hissediyorum, sol tarafı sanki daha baskın, daha fazla ağrıyormuş gibi oluyor, daha yoğun oluyor...sol tarafım daha yoğun olduğunu hissediyorum, beynimin sol tarafını daha fazla kullandığımı, yani sol lobunu daha fazla çalışıyormuş gibi hissediyorum. Şu an da öyleyim, şu an beynimin sağ tarafı hafif ama sol tarafı daha böyle yoğun, daha bi üretmeye yatkın" (OLGU 15)*

> *"...hocam istediğim bölüm değildi, yapamadım sınavda çünkü...o gün pek beynimi kullanamadım nedense, böbreğimle düşünüyordum.*
>
> *-Ne demek istiyorsunuz böbreğimle düşünüyordum derken?*
>
> *-Ya hocam bazen oluyordu öyle, o gün de sınavda buralarım ağrıyordu hep (elleriyle böbrek lojunu gösteriyor), nedense beynimden hiç sinyal gitmedi.. e böbrekle düşününce de bu kadarı oldu bence" (OLGU 14)*

4.2. KENDİLİK FARKINDALIĞI

Olağan bir kendilik farkındalığında kişi kendisini, herhangi bir zamanda, üzerine düşünmesine gerek kalmaksızın, belirli bir bedende ve içinde bulunduğu dünya tarafından çevrelenmiş olarak kendiliğinden kavrar. Bu kavrayış, kişinin eylemlerinin failinin kendisi olduğu ve dünyaya erişiminin birinci şahıs perspektifiyle olduğu -kendisi ve dünyayla arasında yaşantısal bir mesafe olmadığı-

farkındalığını da beraberinde getirir. Araştırmada analiz sonrasında elde edilen temalardan kendilik farkındalığı ve buradalık (İng. presence) sahasıyla yakın ilişkide görülenler bu üst temada bir araya getirilmiş, her tema ile ilgili açıklamaları ve ilgili alıntılar her temanın kendi başlığı altında incelenmiştir. Bu üst temaya dahil edilen temalar kişilerin söylemlerinde belirme sıklığına göre şu şekilde sıralanmıştır; "Temel Kendilik Hissi", "Derealizasyon ve Depersonalizasyon", "Azalmış Buradalık", "Varoluşsal Oryantasyon" ve "Geçişkenlik ve Sınırlar"

4.2.1. Temel Kendilik Hissi

Bu temaya dahil edilen yaşantılar, kişinin içinde bulunduğu bedende ve dünyada eylemlerini sabit bir kendilik tutarlığı içerisinde birinci elden yapıyor olma hissiyle ilişkilidir. Bu başlık altında incelenen tariflerde genel olarak, kişiyi o kişi yapan sabit bir dayanak bulma ihtiyacına ve zamansal bir süreklilik içerisinde tutarlı bir kendilik bulamama nedeniyle yaşanan rahatsızlığa dair ifadeler dikkat çekmektedir.

> *"...hani ben bomboştum tamamen, manevi olarak, ruhen, o güne kadar topladığım ne varsa sanki birden silindi." (OLGU 7)*

> *"...biliyorum benim kafam değişebilir, düşüncelerim farklılaşıyor her geçen gün" (OLGU 5)*

> *"...çünkü öyle bir hastalık ki bazen kendimi iyi hissediyorum, hiç bir şey yokmuş gibi, bazen de aklım, fikrim, düşüncelerim, algılamam, karar vermem tamamen bozuluyor" (OLGU 1)*

> *"benim farkındalığım zaten şu bir avuç kadar bir şey, bunun içinde de bunu şey yapabiliyorum, farkındalığımın içinde" (OLGU 13)*

Tutarlı bir kendilik hissini tarif eden içeriklerden bazılarının, bu hissi kişinin hafızasındaki tutarlığa dayandırdığı da görülmektedir. Aşağıda verilen alıntıdaki "format atılmış gibi" metaforu, kişinin kendiliğine atfettiği özelliklerin hastalık sürecinde silindiğinin ve bunun sonucunda eylemlerini yönlendirmesinde sorun yaşadığının ifadesi olarak yorumlanabilir.

"...format atılmış gibi oluyordum sanki, yani bir gün başlıyorum, diyorum ki bunu yapacağım şunu yapacağım, yarın uyandığım zaman format atılmış gibi ben bu güne kadar ne yaşadım neler yaptım hiçbir şey hatırlamıyordum ve ne yapacağım onu da bilmiyordum, korkuyordum ve bilinçsiz şuursuz şekilde duvara bakıyordum, yani bitki gibi ot gibi."

"...ne yapacağımı bilmiyordum her şeyden önce, tam mesela bugün diyorum bunu yapacağım ama yarın oluyor öğrendiğim şeylerin hiçbiri yok, annemle ailemi görüyordum karşımda ama ben bugüne kadar ne yaşadım ailemle hiçbirini hatırlamıyorum, hatırlamıyordum. Daha çok şey var da hatırlamıyorum." (OLGU 7)

4.2.2. Derealizasyon ve Depersonalizasyon

Analiz sırasında iki ayrı alt tema olan "derealizasyon" ve "dissosiyatif depersonalizasyon" tariflerinin birleştirilmesiyle oluşturulan bu tema, kişinin bedenini veya çevresini algılamasındaki bazı tuhaflıkları içermektedir. Kişinin kendi bedeninden ruhsal olarak çözülme yaşamasına dair hisler bu tema içerisine dahil edilmişken, diğer bedensel yabancılaşma türleri üçüncü üst tema olan "Bedensel Yaşantılar" bölümünde ele alınmıştır. Görüşmelerdeki derealizasyon tariflerinde, çevrenin fiziksel olarak değiştiği algısı veya çevrenin kişiye hissettirdiklerinde bütünsel bir farklılık hissi sık vurgulanan konular olmuştur.

Görüşmelerin birisinde derealizasyon yaşantısının görüşme sırasında yaşanıyor oluşu bir olgu tarafından şu şekilde tarif edilmiştir.

"...şu an size bakarken bir yabancılaştınız bi, farklı bir şey oldu, anlamadım.

-Nasıl oldu tarif eder misiniz?

-Bir an böyle yabancılaştım size, bir anda oldu şimdi geçti... çok farklı, değişik, bir anda öyle geldiniz gözüme, farklı geldiniz.. Bazen anneme bile olabiliyor, yani böyle uzaklaşıyorum, siz bir an önce anlatıyordunuz, koptum bir garip oldum, ne oluyor diye, korku oldu, korktum yani, çok garip geldiniz, ya nasıl anlatayım çok farklı geldiniz, şu an göründüğünüz gibi gelmediniz gözüme.

-Yüzüm değişiyormuş gibi mi?

-Evet evet bir an farklılaştı zaten, gözleriniz bakışlarınız falan.

-Sık olur mu bu?

-Çok olmuyor, çok da uzun sürmüyor, ama bir gün böyle kendi arkadaşımı tanıyamadım, yanımdaydı, bir anda sen kimsin dedim, çok farklı geldi ama, bu o değildi sanki.

-Bu sadece his mi yoksa görünüşü de değişiyor mu?

-Görünüş görünüş,ya genelde görünüştür yani, bir anda, his değil, görünüş" (OLGU 3)

Görüşmelerde dış dünyanın yabancılaşması tarif edilirken, buna eşlik eden "yapaylık hissi" de vurgulanan bir diğer özellik olmuştur. Aşağıdaki alıntıda göze çarpan "oyuncak gibi" metaforu, bu yapaylık hissi çerçevesinde değerlendirilebilir.

"Ben buraya ilk geldiğimde bana ruhsal karakteristik bozukluk demişlerdi, iç dünyam da dış gerçeklik dünyam da yoktu, tamamen yoktu, sıfırdı, bana her şey oyuncak gibi görünüyordu gözüme, her şey çok saçma, oyuncak.." (OLGU 7)

"o karşımdaki insan o an diyordu ki, ne oldu ne yapıyorsun, yani böyle bu tür konuşmalar yapıyordu mesela hocam, o an ben çok garip geliyordu sanki o konuşmuyor da başka biri konuşuyormuş gibi geliyordu, tuhaf bir şeydi." (OLGU 9)

"...bundan beş altı ay önce falan, böyle anneannem.. böyle evde duruyorum, bir anda her şey farklı geliyor bana, böyle bir şey de olmuştu.

-Farklı dediğiniz fiziksel görünüş olarak mı, bir his mi yoksa bu?

-His, his.. yani görünüş olarak farklı görmedim, sanki daha dikkatli bakıyormuşum gibi, görmediğim şeyi görüyormuşum gibi, biraz tedirgin edici.. Şu an tam hatırlayamadım, yani gözümün önüne geldi de yani sanki böyle "n'oluyo burada" falan gibi oluyor, garipsiyorum"(OLGU 12)

Görüşmelerde tarif edilen bu derealizasyon yaşantılarının yanında daha az sıklıkla da olsa depersonalizasyon tariflerine rastlanmıştır. Ancak depersonalizasyon tariflerini gündeme getiren kişilerin aynı görüşme içerisinde derealizasyon yaşantıları da tarifleyen kişiler olması bu iki yaşantının yapısal bir birliktelik içerisinde olabileceğini düşündürmektedir.

"...orada sanki durup kendime baktım biraz, işte hocayla konuştuktan sonra öyle bir şey oldu, durdum ve kendime baktım, ne yapıyorum dedim.

-Kendinizi dışarıdan izliyormuşsunuz gibi mi?

-Evet oldu, öyle oldu, kendimi bedenen de gördüm yani, önceden de oluyordu bu, otururken, şeyde de oluyor, bir kere daha olmuştu, oturuyoruz arkadaşlarla, oradan sanki bize bakıyormuşum gibi." (OLGU 12)

4.2.3. Azalmış Buradalık

Bu tema altında kişinin, etrafını çevreleyen olaylar, nesneler, insanlar tarafından etkilenmesinde ve bütünüyle dünyaya katılmasında bir azalmayla giden yaşantılar bir araya toplanmıştır. Kişi kendisiyle dünya arasında yaşantısal bir mesafe olduğunu hissetmekte, bir şekilde kendini burada, dünyada olmaktan uzak olarak kavramaktadır. Buradaki örneklerde öne çıkan "hayatın akan zamanıyla uyuşmazlık", "hayatla bağda kopukluk", "görünmüyor olma" gibi tarifler bu tema çerçevesinde değerlendirilmiştir.

> *"zaten ben hayatın akan zamanına göre hareket edemiyordum, yani nasıl diyeyim bu alanla sanki bir bağlantım yok, kafama göre rastgele hareket ediyorum." (OLGU 15)*

> *"Her şeyden, hayattan, insanlardan yani her şeyden kopmuştum, ya nasıl mesela, ben hani demiştim ya bir ot gibiydim resmen, gerçekten düşünemiyorsunuz, ee.. bir şey yapacaksınız yapamıyorsunuz, hayatla bir alakanız yok, mesela hani normal hayatla ilişkisi kopmayan bir insan gezer, bir şey yapar, çalışır, bende bunların hiç biri yoktu, yani hastalıktan dolayıydı ama arkadaşlarım bana diyordu mesela git biraz gez arkadaş edin geçer ama bu öyle bir şey değil, tamamen kendi içinde çözebileceğin bir şeydi, yani dışarıdaki hayat veya somut bir şekilde değil, soyut olarak çözebileceğin bir şeydi." (OLGU 7)*

> *"böyle bir anda yalnız kaldığımı hissettim, böyle etrafımda kimse yoktu falan böyle, aslında herkes işte goygoy yapıyor birileriyle mesela, ben böyle ortada duruyorum, insanlara bakıyorum, tek başıma, tek başımayım yani böyle sanki onlardan ayrı duruyormuşum gibi falan, öyle bir şey oldu...onlar beni görmüyormuş gibi" (OLGU 12)*

4.2.4. Varoluşsal Oryantasyon

Kişinin metafizik dünya görüşünün veya değerler hiyerarşisinin yeni yaşantılar sonucu kökten bir değişikliğe uğraması veya bu konularla önceye göre daha fazla ya da daha az ilgileniyor olmasıdır. Bu tema, ait olduğu üst tema olan kendilik farkındalığındaki bazı tuhaflıkların varoluş düzeyinde ifade edilmesi olarak da anlaşılabilir. Görüşmelerde sıklıkla dünyanın anlamı veya öte dünyanın varlığıyla ilgili konular gündeme getirilmiştir. Bu konulardan bahsedilirken başlıca öne çıkan tema, kişilerin hastalık süreci sonrasında bu konudaki görüşlerinin değişmiş

olduğudur. Bir "aydınlanma" yaşantısının veya böyle bir aydınlanmanın peşinde olmanın, birden çok olguda yinelendiği görülmüştür.

> *"Benim Tanrı ile aramda böyle bir şey var, onun varlığıyla ilgili, onun işte yaratılış sebebimizle ilgili falan bu tip şeyleri çok düşünürüm, çok takıyorum kafama... hani tamam biz varız da biz nasıl var olduk, işte hani hadi Allah da var diyelim, Allah bizi yarattı ama neden yarattı, bu Allah bu kadar güçlüyse biz ne için varız ki, o tek başına kendi kendine yetemiyor muydu da biz ortaya çıkmışız falan, bu düşünceler kafamda yer eder ama sonra sonra bir ara inanmadım falan acaba, daha doğrusu inanmak da değil de hep böyle aradaydım, acaba var mıdır yok mudur, nasıl oluyor bu falan, ama sonra işte bazı şeyler yaşadım, o yaşadığım şeylerin sonucunda da onun varolduğuna kesin olarak yüzde yüz emin oldum, ya insan biriyle.. konuştuğu birisinin nasıl var olmadığını anlayabilir ki, nasıl inkar edebilir ki, düşünün yani, ben o seviyeye geldim, gerçekten o seviyeye geldim" (OLGU 5)*

> *"...çok meraklıydım, çok araştırmak istiyordum, durmadan okumak istiyordum, üretmek istiyordum, her şeyi anlamaya çalışıyordum işte yazmak üretmek bir kenara, her şeyi anlamak istiyordum, doğayı insanları, her şeyi, her şeyi anlamak istiyordum.... Ama sonra hepsini bıraktım, şu an özellikle kaçıyorum." (OLGU 7)*

> *"...en çok düşündüğüm kendime getirdi beni, yani bazı şeyleri kendimi düşünerek buldum yani uğraştım onun için, artık kendi kendimi telkin ediyorum, bazı şeylerin artık sebebini biliyorum, ondan sonra bu bu sebepten oluyormuş diyorum, öbürü de o sebepten dolayı, yani kendimi daha iyi tanımamı sağladı." (OLGU 15)*

> *"Her insan dünyaya bir görevle gelir, sen ne için geldin' derdi bana, ondan sonra hep düşünürdüm ben, acaba ben neden geldim, benim ne işim var diye, bu böyle sürdü bugüne kadar.." (OLGU 11)*

4.2.5. Geçişkenlik ve Sınırlar

Bu tema genel olarak kendilik-dünya sınırının kaybı ile ortaya çıkan sorunları kapsamaktadır. Tarif edilen yaşantılarda sıklıkla kendi ruhsal süreçlerinin diğer insanlar tarafından erişilebilir olduğuna yönelik şüphe ve kaygı öne çıkmaktadır. Kişinin yaşantısının dışarıdan bilinebileceğine yönelik bir kanının yanı sıra kendi ruhsal süreçlerinin dış dünyaya büyüsel denebilecek düzeyde bir etkide bulunduğuna yönelik inançlar da bu tema içerisine alınmıştır. Burada tariflenen yaşantılar sıklıkla, bir önceki üst temada değinilen düşünce iyeliğinin kaybı ile de ilişkili

görünmektedir. İyeliği kaybolan düşüncenin başkasına atfedilmesi, başkalarıyla olan sınırda bir kaybı da beraberinde getirebilmektedir.

> *"Acaba diyorum insanlar bunları biliyor da ben evde tekim, evde oturuyorum yatıyorum hocam, şey, normal film izliyorum başka türlü kötü düşünceye kendisi dalıyor ya benle birlikte, acaba diyorum insanlar o düşünceleri duyuyorlar mı bana böyle yapıyorlar diyorum acaba, öyle bir kıstasa giriyorum ki hocam" (OLGU 6)*

Bazı durumlarda ise bu sınırdaki kaybın başlangıcı, belirli ve ayrıcalıklı bir ana, bir bakışa veya bir söze indirgenebilecek şekilde tarif edilmiştir. Aşağıda alıntılanan görüşme parçasında kişi, diğerleri tarafından biliniyor olmaya dair kuşatıcı yaşantısını belirli bazı etkileşimlere bağlayarak anlamlandırmaktadır.

> *"...o çocuk vardı, o işte sarışın, dedi ki sen ileride hasta olacaksın, sana bir şey olacak sonra eskisi gibi olacaksın, sanki onların beni her şeyi bilmiş gibi davranıyorlardı, ileride olacakmış gibi davranıyorlardı, o ileride benim ne yapacağımı nasıl yaşayacağımı..*
>
> *-O an mı size öyle geliyordu, yoksa şimdi düşününce gerçekten bilmiş gibiler mi?*
>
> *-Evet, bilmiş gibiler, sanki biliyorlar beni tanıyorlar, onlar da garip çocuklardı onlarda da bir sorun var ama, onlar kendini saklıyorlardı.*
>
> *-Bu insanlara özgü müydü sizi tanımak, yoksa diğer insanlar genelde bilir mi sizi?*
>
> *-Mesela bazı insanlar bakıyor, bakmış bana, bana bakıyor ben de onlara bakıyorum, beni çözdüler! o kişi beni çözmüş gibi geliyor, beni biliyor, benim nasıl davranacağımı biliyor, benim nasıl hareket ettiğimi, ne yaptım ne ettim, bilmiş gibi davranıyorlar, ona göre bakıyorlar geçiyorlar, ama bana göre o an bilmiş gibi geliyor, acaba o an o şekilde anlıyor mu acaba?*
>
> *-Rastgele insanlar mı bunlar?*
>
> *-Rastgele, dışardan geçen insanlar*
>
> *-Siz onu, o bir bakıştan anlayabiliyor musunuz, sizi çözüp çözmediğini?*
>
> *-Bana bakıyor, beni çözmüş gibi geliyor, çözdü beni! bakışlarıyla, ama gelip geçiyor, öyle bir şey, bir de o an bana öyle geliyor, o an düşünüyor mesela çözmüş gibi, benim yapımı biliyor gibi davranıyor, baktı, şöyle yaptı böyle yaptı, yoldan geçti önümden geçti böyle bakıyorlar, öyle geliyor hocam, öyle bir yanılgı, düşünce oluyor." (OLGU 9)*

Yukarıdaki örneklerden farklı olarak sınırlardaki geçişkenliğin ters yönde hissedildiği durumlar da tariflenmiştir. Bu ters yönden kastedilen, kişinin kendi içsel süreçlerinin dış dünyaya fiziksel bir etkide bulunduğuna yönelik inançlardır.

"...mesela biri çamaşır asıyor, onu sanıyorum ki ben kontrol ediyorum, o an rüzgar kontrol ediyor ama diyorum ki kendime tamam işte bak düşüncemle oldu, onu ben kontrol ediyorum" (OLGU 3)

"...bazen yolda yürüyemediğim durumlar da oluyor, ben düz zemin, düz yolda yürüyorum, tümsek olduğunda, oraya bastığımda sanki bir şey olacak gibi, sanki benim yüzümden bir şey olacak gibi, hani dönüp birine bakıyorum ama bir şey oldu mu diye, ben bastım diye ama olmuyor, olmuyor, sadece bana öyle geliyor.

-Nasıl bir bağlantı kuruyorsunuz böyle bir durumda?

-Yanacakmış gibi geliyor ya da ona bir şey olacakmış gibi geliyor yanlış bir yere bastığımda ya da biri yere bir şey attı ben bastım o da basarsa bir şey olur mu gibi" (OLGU 14)

4.3. BEDENSEL YAŞANTILAR

Kişinin herhangi bir zamanda, kendiliğinden verili bir psiko-fiziksel bütünlüğün farkındalığına sahip olduğu söylenebilir. Bedeni, ne sadece üzerinde etki sahibi olduğumuz salt bir nesne ne de sadece onun aracılığıyla eyleme geçtiğimiz salt bir özne olarak tarif etmek mümkündür; bedenin eşzamanlı olarak her ikisi birden olduğunu ifade etmek daha doğru olacaktır. Bu üst temaya dahil edilen temalar, bedensel yaşantının bahsedilen bu iki kutbundan herhangi birisine dair yaşantılanan tuhaflıkların tarifleridir. Burada listelenen temalar, kişilerin söylemlerinde belirme sıklığına göre şu şekildedir; "Bedenin İyeliğinde Düzensizlik", "Bedenin Failliğinde Düzensizlik", "Senestetik Yaşantılar" ve "Canlılıkta Azalma"

4.3.1. Bedenin İyeliğinde Düzensizlik

Bu temada içerilen tarifler genel olarak, bedenin bir nesne olarak kişinin kendisine ait olmasını kendiliğinden kavramadaki yetersizlikler ve bu kavrayıştaki tuhaflıklar ile ilgilidir. Buradaki tariflerde sıklıkla, kişinin kendi bedenine veya bedeninin dışarıdan göründüğü şekline yabancılaşması öne çıkmaktadır. Görüşmelerde bu temada en sık dile getirilen yaşantı, kişinin aynada oluşan imgesi karşısında yaşadığı tuhaf hislere dairdir.

"Evet hocam, başka bir sima görüyorum sanki baktığımda, yüzüme baktığım zaman, bazen de şey ediyorum, vesvese ediyorum kapat diyorum" (OLGU 6)

"...aynaya baktığımda ben değilim, sanki ben değilim gibi, aslında ben iyiyim, bende bir şey yok, o an aynaya bakıyorum, ben aynada kendime nasıl yöne verirsem, o şekil aynaya nasıl bakarsam, ayna bana daha farklı bakıyor, sanki bu ben değilim gibi, ben değilim ama ben değilim daha garip gözüküyor, daha tuhaf gözüküyor

-Sizin bakışınızla mı ilgili nasıl göründüğünüz?

-Evet, aynaya bakınca öyle oluyor, aynaya bakıyorum hocam, ben değil farklı bir insan gibi duruyor, bilmediğim bir kişinin, daha garip duruyor, daha değişik duruyor, daha, ben istemediğim gibi duruyor, ama yine de hoşuma gidiyor (gülüyor)" (OLGU 9)

"O dönem bir rahatsızlandım, annem geldi İstanbul'dan yanıma, epey bir kilo vermiştim, yüzüm de korkunç bir hal almıştı, aynaya baktığım zaman o gün bi korktum, çok kötüydü." (OLGU 10)

Ayna görüntüsü ile ilgili tariflerin yanı sıra, kişinin bedenine hissedişi bakımından yabancılaşması da gündeme gelen diğer bir konu olmuştur.

"...Mesela bazen böyle gözlerim açılıyor böyle, ya bazen şey gibiyim robot gibiyim abi, arada.

-Sizin isteminiz dışında mı oluyor bu?

-Evet istem dışı, o gözler açılıyor bazen, aynaya bakarken falan, istemdışı yani o şekil." (OLGU 2)

"şöyle bakıyorum bedenime şöyle yapıyorum mesela (sağ eliyle sol önkolunu kavrıyor) benim bedenim değilmiş gibi geliyor, sanki bu beden benim değilmiş gibi, çok garip gözüküyor, böyle hareketlerim daha farklı, bu yüzüm daha farklı, bu yürüyüşüm daha farklı, yürüyüşümü de göstereyim, geceleri yürüyüşüm daha farklı oluyor, böyle çöküyorum, sanki psikopat tarzı bir yürüyüş mesela, daha değişik böyle kabadayı gibi, sanki böyle ellerim benim değilmiş gibi" (OLGU 14)

Aşağıda alıntılanan görüşme parçasında görülebileceği gibi, kişinin başkasının gözünden göründüğünü düşündüğü imgeyle özdeşleşerek kendi bedenine yabancılaşması da görüşmelerde tariflenen başka bir yaşantı olarak dikkat çekmiştir.

"...evde daha iyiyim ama dışarı çıktığımda insanlar yine gülecek, insanlar yine hareket yapacak, kafamın üzerine bakacak, kafama bakacak

-Kafanızın üzeri..

-Kafamın üzerine bakacak, kafamın üzerinde birisi varmış gibi, bakıp gülüp şey yapacak, ağız hareketleri falan

-Siz kafanızın üzerinde birisi var gibi hissediyor musunuz?

-Öyle, diğer insanlar öyle gördüğü için, evdekiler de annem babam da öyle bazen

-Bunu size söylüyorlar mı yoksa siz bunu bir şekilde anlıyor musunuz?

-Bir şekilde anlıyorum hocam, insanların duruşundan davranışından gör görü.. bakmalarından, yüzüme bakıp gülmelerinden işte" (OLGU 6)

4.3.2. Bedenin Failliğinde Düzensizlik

Bu tema altında toplanan tarifler, bedenin iyeliği temasından farklı olarak bedenin özne konumundaki çarpıklıklarını gündeme taşımaktadır. Bu yaşantıların ortak özelliği, bedenin hareketlerinin kişi tarafından yönlendirilmesinde bir aksamanın olmasıdır. Bu aksamalar, beden parçalarının istemsizce hareket etmesi gibi daha hafif düzeydeki sorunlar şeklinde tariflendiği gibi, bedenin bir dış güç tarafından idare ettiriliyor oluşu gibi daha kapsamlı bir sorun olarak da dile getirilmiştir.

"-Ya bazen böyle istemsizce hareketler, konuşmalar oluyor yani.

-Kendiniz kontrol edemiyor musunuz bunları?

-Edemiyorum" (OLGU 2)

"...kendimi zihnimden yönlendiremiyordum, mesela çalıştığım yerde benden bir şey istemişlerdi, onu bırakacağım yere götüreceğime kapıdan dışarı doğru gidiyordum." (OLGU 7)

"Dış dünyam şöyle, bir güç tarafından kontrol edildiğimi düşünüyordum o zamanlar, böyle hareketlerimi ben yapmıyorum gibi ya da istemeden yapıyormuşum gibiydim." (OLGU 11)

"o anda bir duygu yoğunluğu yaşadım ve ağlamaya başladım, gözlerim doldu ve duramadım, bu çok zor bir şey dedim, yani nasıl olacak ben bununla nasıl mücadele edeceğim dedim, resmen bana bir şey söyledi ve ben bunu yapıyorum dedim ya" (OLGU 5)

4.3.3. Senestetik Yaşantılar

Yukarıda detaylandırılan bedensel yaşantılardan farklı olarak senestetik yaşantılar, kişinin bedeninde hissettiği sıradışı duyumlar olarak tarif edilebilir. Normalde algılanması için bir kaynağı bulunmayan veya nedensel bir bağlantı gösterilemeyecek çeşitli tuhaf duyum tarifleri bu tema altında toplanmıştır. Bu tariflerde sıklıkla sanrısal olarak yorumlanan uyuşma, karıncalanma, yanma, ağrı, uğultu gibi hisler yer almaktadır.

> *"Şimdi şöyle, şu kısımda şu kısımda (başının üst kısmını gösteriyor) böyle bir gerilme oluyor, böyle bir kasılma oluyor ve saçımı usturaya vurmak zorunda kalıyorum, on beş günde bir, onu vurmasam saçlarım böyle yanar gibi çekilir gibi oluyor, yanıyormuş gibi oluyor, ondan sonra kepekleniyor, kabuk bağlıyor, egzema oluyor, belki bu ilaçlar da yapıyor bilmiyorum, belki seboreik bir durum oluyor vücudumda, şu kaşlarımın orada" [tarifl ediği duyumların kaynağını, yirmi yıl önce bir kadının çayına madde koyması olarak temellendiriyor] (OLGU 10)*

> *"...ya ben delireceğim anı bile hatırlıyorum, o yaşadığım süreç içerisinde, hani insan zihninde tuhaf bir acı hissediyor, adını koyamadığınız tuhaf bir acı, tüm bedenimi etkisi altına alan bir şey, ben delireceğimi hissettiğim o andı" (OLGU 7)*

> *"bir de kulaklarımda uğultu vardı hocam, hani böyle televizyonun sesini kısarsınız bir ses çıkar ya hocam, aynen öyle, bazen çoğalıyor, bazen azalıyor, bu sefer o da olunca diyorum ki acaba insanlar dinliyor da kulağım.. şey yapıyor böyle mi gülüyorlar."*

> *"...ağzımın içinden çıktı gitti hocam, hani bir ürpertiyle birlikte, elektriklenme ile birlikte çıktı gitti."*

> *"...sabah namazına durdum, dualar okutmuyordu, namaza durdum, duaları okutmuyordu, ağzımdan sanki cin akıyordu" (OLGU 6)*

> *"o zaman öldürecekler gibi geldi, beni öldürecekler gibi geldi, çünkü sürekli barut kokusu alıyordum, burnuma barut kokusu geliyordu, silah patlamadan önce şey yayar etki yayar insana, o şekilde sanki öldürülecekmişim gibi geliyordu." (OLGU 11)*

4.3.4. Canlılıkta Azalma

Yapılan bir etkinliğin yorgunluğu veya fiziksel bir hastalığın semptomları ile açıklanamayan yaygın, süreğen halsizlik ve enerjisizlik durumlarının tarifleri bu

tema altında birleştirilmiştir. Çok basit ve temel bedensel faaliyetlerin dahi yapılmasında zorluk yaşandığına dair ifadeler bu temada öne çıkmaktadır. Kişiler tarafından nedenleri sıklıkla var olan ruhsal hastalığa bağlanan bu halsizliğin, gelecek zamanda artarak kötüleşeceği korkusu da görüşmelerde tekrarlayan içerikler arasındadır.

"...daha az canlılık oluyor. Enerjim daha düşük Doktor Bey.

-Bir şey yapmakta zorlandığınız oluyor mu?

-Oluyor tabi, çok oluyor, çok oluyor zorlanma, hani diyorum ya bazen elimi kaldırmak, traş olmak, banyo yapmak, ölüm geliyor ölüm yani.

-Planlıyorsunuz da mı yapamıyorsunuz?

-Tabii ki, evet, elim ayağım kalkmıyor, neden olduğunu bilmiyorum ama zorlanıyorum yani, en çok korktuğum şey, tamamen aklımı kaybedip yani tamamen aklımı kaybedip yani günlük bu işleri yani eylemleri yapamayacak hale geleceğimden korkuyorum." (OLGU 1)

"... Çok yoruluyorum, gerçekten çok yoruluyorum, artık böyle hani hiçbir şey yapmaya hevesim kalmıyor, gücüm yok sanki, hem çok enerjim var, hem hiç enerjim yok." (OLGU 3)

"...kendi başıma iş yapamıyorum, tek başıma yemek yapamıyorum, kızıma öğretmiştim yazın fakat şimdi ona sorumluluk vermek de istemiyorum, ileride zaten yapacak diye benim yapmam gerekir diye düşünüyorum fakat bunun için de gücüm yok, bunun üzüntüsü var."

"eşim mesela şey diyor, hadi şuradaki şeye gidelim ben yok, gücüm artık yetmiyor, gücüm derken mental olarak standart bir hayat yaşantısına yetmiyor" (OLGU 13)

4.4. ÖTEKİLER İLE İLİŞKİ

Bu üst temada, toplumsal bir varlık olarak nitelendirilebilecek insanın, diğerleriyle bir arada olma ve sosyal etkileşimde bulunma ile ilgili sorunlarını içeren temalar bir araya getirilmiştir. Bu üst temaya dahil edilen temalar, kişilerin söylemlerinde belirme sıklığına göre şu şekilde sıralanmıştır: "Ötekiler ile Mesafe İhtiyacı", "Temel Alınganlık Fenomenleri", "Toplumsal Sağduyu Kaybı" ve "Güvensizlik ve Anlaşılamama"

4.4.1. Ötekiler ile Mesafe İhtiyacı

Bu temada kişilerin, diğer insanlar ile bir arada yaşamakla ilgili duyduğu sıkıntıların tarifleri içerilmektedir. Görüşülen kişiler, hastalıkları veya semptomlarıyla ilişkilendirmeksizin yalnız yaşama isteklerini veya diğerleriyle mesafe ihtiyaçlarını gündeme taşımışlardır.

> *"...hayalim, hani nasıl desem, böyle bir imkanım olsa tek başıma yaşamayı isterim... hepsinden uzaklaşmak istiyorum, tek başıma yani... Valla, her şeyden uzağa gitmek istiyorum, yani param olsa, olsa tek başıma bir hayat düşünürüm, o şekilde yani, uzaklaşmak istiyorum, tek başıma bir hayat istiyorum." (OLGU 2)*

> *"...bu sinir savaşları da beni çok üzüyor, insanların birbirleriyle tartışmaları, sürtüşmeleri, kavgalar, münakaşalar, kaçıyorum artık." (OLGU 8)*

> *"-Nasıl annenizle aranız?*
>
> *-İyi fakat araya sınır koyuyoruz (gülüyor), onunla bile... fazla yüz göz olmuyoruz, herkes kendi dünyasında yaşıyor."*
>
> *"Benden kaynaklanan bir sorun yok, fakat dış, dış kaynakların mesela gürültü veyahut başka bir şey olduğu zaman düzenim bozuluyor, dengem bozuluyor" (OLGU 5)*

> *"...iki üç sene önce bir Doktor Hanım vardı, kendilerine söyledim 'ben artık bu şeyle yaşayamıyorum, toplum içinde, insanlar içinde yaşayamıyorum, acaba bana hastaneden bi oda verseniz, bir iş verseniz bir şey götürüp getirir gibi' dedim, 'yok olmaz öyle' dedi Doktor Hanım." (OLGU 11)*

4.4.2. Temel Alınganlık Fenomenleri

Burada bahsedilen yaşantılar, deskriptif psikiyatri pratiğinde rahatlıkla referans fikirler veya referans hezeyanları olarak da tanımlanabilecek ve kişilerin psikotik semptomları ile ilişkilendirilebilecek tariflerdir. Ancak bu yaşantıların, kişilerin ifadelerinde diğer insanlar ile bir arada yaşamayı zorlaştıran durumlar olarak nitelendirilmiş olmaları ve görüşme içerisinde bu bağlamda belirmiş olmaları nedeniyle bu üst tema içerisine alınması uygun görülmüştür. Buradaki tariflerdeki temel mesele, kişi için dış dünyadaki nesnelerin (aynı zamanda sözlerin ve bakışların) kendisine gönderme yapan bir işaretler ağı olarak algılanıyor oluşudur. Bu işaretler sisteminin kişide uyandırdığı anlama, tedirgin edici ve kuşatıcı bir duygu

hali eşlik etmekte ve bunun oluşturduğu rahatsızlık hissi, başka insanlar ile bir aradayken daha da şiddetlenmektedir.

> *"...mesela o an bir şey oluyordu, ben de olayın içinde olduğum için sanki, gözlerinin bana baktıklarını gördüğüm için, şey değil ama, benimle sanki bir ilgileri yok ben kendi kendime alınganlık ediyorum değil, gerçekten bana bakıyorlardı (gülüyor), konuşuyorlar, ben de diyordum ki benim hakkımda konuşuyorlar heralde." (OLGU 7)*

> *"Biz gittik kafeye oturduk, o anda hastaneden çıkmıştım, yok hastaneye yatmadan.. kafeye girdik böyle bir canlı müzik vardı, 'içimde bir ses' (gülerek) falan, ben dedim 'bu ne diyor' arkadaşıma, 'içimde biri var' diyor, şimdi sen ne anlarsın abi bundan? (gülerek)"*
>
> *-Bu bir şarkı değil mi?*
>
> *-Evet şarkı, ben, tesadü.., ben de orada olmam, insan şüpheleniyor yani...benimle ilgili, içimdeki sesi söylüyor gibi*
>
> *-Yani şarkıdaki 'içimde biri var'ı siz, sizinle ilgili gibi düşündünüz o an, öyle mi?*
>
> *-Sanki her şey öyle şey olmuş, oradaki insanlar falan, hani ben gelmeden ayarlanmış gibi hissettim, yani kim olsa böyle hissetmez mi abi?" (OLGU 2)*

> *"...çok arada böyle plakalara gözüm takılıyor bazen, sanki ii.. yine şüphecilik oluyor yani*
>
> *-N'oluyor plakalar ile ilgili?*
>
> *-Yani mesela bir şey görüyorum böyle, benimle ilgili gibi yani, mesela ben Ankaralıyım, 99 doğumluyum, mesela oradan geçiyor 9906. Bilmiyorum, işte bunu anlayamıyorum, kafam.. bir türlü anlayamadım yani" (OLGU 14)*

> *"parkta oturduğum zamanlar oluyordu yani tek başıma otururum, insanlar geçiyor önümden bana bakıyor, sadece diyordum ki insanlar bana niye bakıyor acaba, niye öyle görüyor, acaba bende bir şey mi var ki bana bakıyorlar ya da bende bir hastalık mı var, ondan mı şüpheleniyorlar, ya da bana mı öyle geliyor" (OLGU 9)*

4.4.3. Toplumsal Sağduyu Kaybı

Bu temada genel olarak sosyal etkileşimde diğerleriyle uyum sağlayamama ve sosyal ilişkilerin doğasını kendiliğinden kavrayamama ile ilgili sorunların tarifleri bir araya toplanmıştır. Görüşmelerde sıklıkla diğer insanların davranışlarını anlayamadıkları ve diğerleri gibi doğal ve kendiliğinden davranamadıklarına dair

tarifler öne çıkmıştır. Aşağıda alıntılanan ilk örnek bu durumun tipik bir tarifini sunmaktadır: Burada, normalde sağduyumuz sayesinde üzerine düşünmeksizin gerçekleştirdiğimiz gündelik davranışları kavramakta güçlük yaşayan bir olgunun tarifine yer verilmiştir. Kişi, yoksun olduğu için kendiliğinden kavrayamadığı bu etkileşim düzlemini, "almaç" ve "vermeç" adı altında iki kavram oluşturararak anlamlandırmaya çalışmaktadır.

> *"İletişimsizliğin sebebini çözdüm, insanlar, normal insanlar arasında bir şey alışverişi var, yani kelimelerle anlatılmaz, bazı şeyleri söylemezsiniz de karşınızdaki hemen anlar ya, öyle bir iletişim var ama normal insanlar, onları gözlüyorum bazen, bende o eksik, yani bütün normal insanlarda almaç bir de vermeç var, bende şey yok, vermeç var almaç yok, düşündüğümü başkaları hemen çözebiliyor ama ben onların düşündüklerini hemen sezemiyorum, o eksiklik var" (OLGU 11)*

> *"Net olsun istiyorum her şey, dünya maalesef öyle değil, mesela su yüz derecede kaynar dediğimizde, fahrenayt şeyle ölçüdüğünüzde su yüz derecede kaynar, yani kaynamama ihtimali yok, ama insanlara baktığınızda öyle değil, anlayamıyorum" (OLGU 1)*

Bu kişiler, toplumsal sağduyunun kaybı ile birlikte sosyal ilişkilerde "oyunun kuralını" anlayamaz hale gelmektedirler. Bu sorunu çözebilmek amacıyla kişilerin açık bir formül, algoritma veya kurallar dizisi keşfetme veya oluşturma ve bu şekilde anlama yoluna gitme çabaları da görüşmelerde vurgulanan bir diğer konudur.

> *"...insanlar ne yapıyorsa ben de onu yapmalıyım diyordum, gözlemeye başladım, gerçek ne normal ne onun peşine düştüm, böyle böyle zamanla gerçeklik dünyam daha da oturdu, dünyaya adapte oldum, işe hayata adapte oldum, öyle oldum mu da yavaş yavaş düzelmeye başladım zaten."*

> *"ben soyuttan gerçeğe doğru ilk çıkmaya başladığım anlar hep not ediyordum... soyut ve gerçek arasındaki her farkı, fark ettiğim şeyleri yazıyordum...o gün neleri keşfettiysem ne yapıyorsam onları yazıyordum ki bana kılavuz olsun diye" (OLGU 7)*

> *"Yani en basitinden, mesela minü.. metro.. metrodasın, birine çarptın mesela, ben çarptığında vururum mesela, ya da bağırırım, hani mesela örnek veriyorum, bu çok basit bir tepki, erkek tepkisidir ama mesela bir kadın öyle tepki vermez mesela, başka bir şey düşünür, laf sokmaya çalışır, ne bileyim laf sokar, ters bir bakış atar, ama erkek vurur yani, daha düz mantık." (OLGU 1)*

4.4.4. Güvensizlik ve Anlaşılama

Bu tema, analiz sırasında, sıklıkla aynı kişilerin görüşmelerinde birlikte belirdiği ve yapısal olarak ilişkili olabilecekleri düşünüldüğü için birleştirilen iki alt temanın (toplumsal güvensizlik ve başkaları tarafından anlaşılamama) bir araya getirilmesiyle oluşturulmuştur. Burada başkaları ile birlikteyken güvende hissetmede veya başkalarıyla güven çerçevesinde bir ilişki kurmada yaşanan zorluklar tarif edilmekte, tariflerin bir kısmında yaşantısının başkaları tarafından anlaşılmamasından dolayı hissedilen rahatsızlık da öne çıkmaktadır.

> *"Normalde hani iyi bir insanım, insanım, şu anda işte gerçekler bunlar, bilmiyorum neden ama böyle, insanlara güvenim kalmadı yani, insanlara pek güvenim kalmadı, tek, yani bazen böyle bir arkadaşa insan ihtiyaç duyuyor, ama iyi bir arkadaş şu anda yok hayatımda" (OLGU 2)*

> *"Bu hastalıktan sonra insanlara karşı biraz güvensiz oldum galiba, beni anlamadıkları için pek iletişim kurmak da istemiyorum, onun dışında bir sorunum yok, tek bu kaldı sanırım, ama hastalığımın mümkün olduğunca yaşantımı etkilememesine dikkat ediyorum" (OLGU 8)*

> *"Kutu kutu ilaçlar yazılıyor, her geliyorum görüşmede, bir de herkes aynı şeyi söylüyor, görüşme beş dakika sürüyor, kimse beni dinlemiyor, kimse benim içimde ne yaşadığımı bilmiyor, burada geliyorsun Doktor sana soruyor, iştah durumun nasıl, uykunda problem var mı, paranoya var mı, e tamam evet iştah durumum iyi uykumda problem yok, tamam da paranoya var mı, bu soru çok saçma bir soru, bir şizofreni hastasına siz paranoya var mı diye sorabilir misiniz, paranoya varsa o size paranoya var mı diyecek, adam bunun ayrımını yapamıyor yani, e nasıl olacak, bunların hiç birine yok diyorsun, tamam ilacı al git diyor sonra gidiyorsun, e noldu şimdi, noldu yani, bu görüşme bana ne sağlayabilir, bu görüşme bana ne katabilir" (OLGU 5)*

> *"yani o insanları pek sevmiyorum aslında, güvenmiyorum da, beni nasıl gördüklerinin de bir önemi yok, onlar benim hasta olduğumu da biliyorlar fakat bu hastalığı çok ciddiye almıyorlar, neyin ne olduğunun farkında değiller onlar ben onlara bazen ilk zamanlar anlatıyordum kendimle ilgili, işte yaşadıklarım falan, artık onlara bunlardan da bahsetmiyorum çünkü baktım beni anlayamıyorlar, ne olduğunun farkına varamıyorlar yani, o yüzden bu ayrımı yapamadıkları için onlara bunlardan da bahsetmiyorum yani beni nasıl gördüklerinin de bir önemi yok aslında" (OLGU 15)*

"Ablalarım. Bilmiyorum yani abi, değişik insanlar, benim gibi değiller yani, ben şu anda daha tecrübeliyim, onlar, bilmiyorum yani, anlayışlı değiller, anlamıyorlar beni hiç, o şekilde yani, ben hepsinden uzaklaşmak istiyorum." (OLGU 2)

4.5. ANLATISAL KENDİLİK VE HASTALIKLA İLİŞKİLENME

Temel kendiliği konu edinen önceki üst temalardan farklı olarak bu üst temada farklı bir kendilik katmanı olan anlatısal kendilik ile ilişkilendirilebilecek temalar bir araya getirilmiştir. Kişiye dil ve düşünce süreçlerinin yardımı olmaksızın doğrudan beliren ve kendiliğinden kavranabilen temel kendilikten farklı olarak anlatısal kendilik, kişinin dil ve düşünce aracılığıyla sonradan inşa ettiği, söylemin etkisinde değişen ve dönüşen, tariflendikçe elde edilen bir kendiliktir.

Buradaki temalar, genellikle kişiye doğrudan kim olduğu ve ne yaşadığı ile ilgili sorulan soruların cevapları olarak gelen ve dil aracılığıyla anlamlandırdığı kendilik tariflerini içermektedir. Burada kültürel söylemin etkisi belirgindir, aynı zamanda nedensellik kurma ve yaşantıları bir kaynağa bağlayarak anlamlandırma çabaları dikkat çekmektedir.

Bu üst temaya dahil edilen temalar, kişilerin söylemlerinde belirme sıklığına göre şu şekilde sıralanmıştır; Kendiliğin Salt İyi Olarak Tarifi, Hastalığın Kaynakları, Hastalıkla Mücadele ve Baş Etme Stratejileri, Hastalığın Yıkıcı Etkileri

4.5.1. Kendiliğin Salt İyi Olarak Tarifi

Kişilerin görüşme sırasında kim oldukları ve kendilerini nasıl tarif ettiklerine yönelik sorulara verdikleri yanıtlar sıklıkla "iyi bir insan" oldukları yönünde olmuştur. Kontrol grubunda bu sorulara verilen yanıtlarda sıklıkla kişinin kendinde beğendiği ve beğenmediği yönler bir arada tarifleniyorken olgu grubundaki yanıtlarda, kişilerin kendilerini belirgin olarak iyi yanlarıyla tarif ediyor olmaları dikkat çekmiştir. Bu olguların söylemlerinde kötü özellikler gündeme geldiğinde ise bu kötülüklerin dış bir odakla ilişkilendirilmesi tekrarlayan bir örüntü olarak göze çarpmıştır.

"Safım temizim, çocukluğumda da hep böyleydim, saf, temiz kalpli, neşeli, mutlu, iyi niyetli, kimseye karışmaz, kimseyi üzmez, hep kendi halinde, arkadaşlarımla hep o şekildeydi..genelde hep temiz kalpli, iyi niyetli" (OLGU 9)

"...hassas, duygusal, arkadaş canlısı, iyi, hiç kimseye zararı olmayan, evinde, işinde gücünde, böyle kötü bir alışkanlığı olmayan, yuvasına düşkün, evine düşkün, asla.. sözünün eri, yalan söylemeyen... ben bir kere çok duygusalım, hiçkimseye kötülük yapamıyorum, kötülük düşünemiyorum, iş hayatımda da öyle oldu, iş hayatımda da işimi yaparım, kimseye bulaşmam, yok komplo kurayım yok onun ayağını kaydırayım değil öyle bir niyetim yok." (OLGU 10)

"Ben neyim, sakin, sessiz, sosyal olmaya çalışan, kitap gazete okuyan, kitap okuyan, dürüstüm, her şeye herkese karşı çok dürüst bir yapım var... yani iyi bir insan olarak tanır, iyi bir insan olduğumu düşünürler genelde." (OLGU 8)

"Mesela benim odama bir sinek veya böcek girse beni sokuyor, ben düşüyorum sinek kalıyor, ben çıkıyorum sinek odada kalıyor, o noktadayım yani, o şekilde veya bu şekilde birine zarar vermeyi asla düşünmem." (OLGU 4)

"Aslında bir şey söyleyeyim mi, ben dört dörtlük bir insanım, hoşgörülüyüm bir kere, yardımseverim, hayvanlara saygım var, ama en çok zoruma giden şey haksızlıktır, haksızlığa tahammülüm yok, eğer birisi birisine bir haksızlık yapılıyorsa kesinlikle bunun arkasında dururum ve hiç olmadık yerlerde hiç olmadık kişilere bir şeyler söylerim yani o haksızlığa karşı görüyorsam kendimi, yani bilmiyorum bir insanın kendini böyle nitelendirmesi doğru mu değil mi ama ben bütün suçun bunda olduğunu düşünüyorum, benim yaptığım bütün kötü şeylerin hepsinin sebebi bu lanet şey." (OLGU 5)

4.5.2. Hastalığın Kaynakları

Kişilere hastalıkları hakkında ne düşündükleri sorulduğunda belirtilen görüşlerin en dikkat çeken yanı hastalık başlangıcını veya hastalığın varlığını bir nedene bağlama gereksinimleri olmuştur. Bu nedenlerden en sık gündeme gelen ise hastalığa dini bir referans göstermek veya hala öyle düşünülmese de hastalıkla yaşanan ilk deneyimi dini bir referans ile anlatmak olmuştur.

"- Yani hastalık mı, yoksa yani tam emin değilim ne olduğuna yani, gerçekten aa bak hastalık bu diyemiyorum, çünkü bazı şeyler bunu şey yapıyor yani, ne bileyim ses duymam, bu seslerin benim iyiliğim için olanları, yani söylediği için, yani bunun hastalık mı yoksa Allah tarafından mı olduğunu tam ayırt edemiyorum yani

- Nasıl bir şey kastediyorsunuz?

- Yani bilemiyorum, sonuçta hepimiz şeyiz yani, Allah'ı biliyoruz, şeyi biliyoruz, olabilir yani, sonuçta en büyük Allah yani, hasta.. o yüzden diyorum yani hastalık mı yoksa şey mi" (OLGU 2)

"- ...ben biliyorum aslında neden bana öyle sesler geldiğini... onlar koruyucu meleklerimdi benim, ihtiyacım olduğu Tanrı tarafından biliniyordu, bana doğru yolu göstersinler diye gönderildiler..

- Şimdi o sesleri duymuyor olmayı nasıl yorumluyorsunuz?

- Artık ihtiyacım kalmadı çünkü, hayatıma çeki düzen verdim, aynı hataları artık yapmıyorum, o yüzden artık ihtiyacım yok."(OLGU 5)

"Bir gece kalktım bir ses duyuyorum, ben psikiyatriyi hiç bilmediğim için o yaşıma kadar da hiç hastalanmadığım için, inanın ki ben bu sesleri gerçek zannettim, çünkü aslında şöyle.. bilmiyorum, yani psikiyatride öyle bir ses oluştuğuna tahmin edemiyorum, o an kurgulayamıyorum, ben o dönemde bu seslerin birisinin bana dinen geldiğini düşündüm" (OLGU 4)

Dini referanslara dahil edebileceğimiz başka bir tarifte de kişinin bazı tuhaflıklar olarak hissettiği bu hastalığın, adını koyamadığı bazı varlıklar tarafından oluşturulmuş olabileceği kuşkusu yer almaktadır.

"Hocam şöyle bir şey, bu benim ilkokulda yaşadığımı lisede yaşadığımı üniversitede neler yaptığımı, hemen hemen her şeyi söylüyordu ilk başlarda, 'ya sen şöylesin ya sen böylesin' diyordu, bu acaba bu varlık mıdır, bir şey midir ya da bu beyinde oluşan bir rahatsızlık mıdır hocam?" (OLGU 6)

Görüşmelerde bir nedensellik ilişkisi içerisinde atıfta bulunulan diğer konular ise sevgi ve aile bağlarıdır. Bazı kişilerin, yeterince sevgi görmedikleri için veya aile içerisindeki bazı problemler nedeniyle bu hastalığın meydana geldiğine dair açıklamaları da göze çarpmaktadır.

"Tam emin değilim yani neden olduğunu, çünkü ben 9 yaşımdan beri babasız büyüdüm, şu an babam da hayatta yok zaten, baba nedir bilmiyorum açıkçası, beni annem büyüttü yani, öksüz mü derler ne derler, belki ben çok acı çektim babamla annem ayrıldıktan sonra ki ayrılmadan önce de hep kavga, annemi döverdi, babam işte ayrıldıktan sonra ben çok hata yaptım, yani bunları ben mi yaptım düşününce yani nasıl yaptım, yani bi çocuk, diğer emsallerime göre niye ben böyle daha şeydim, bunu düşünüyorum bazen, bir şey bulamıyorum."

"Yani babam olsaydı belki ben şu an bu halde olmazdım diye düşünüyorum, kimse bana.. hani babalar şey yapar ya abi, ne derler ona, ya insan babasını örnek alır diye düşünüyorum bazı konularda, benim örnek alacak kimsem yoktu yani, bana

akıl veren, şöyle yap böyle yap diyen olmadı, o yüzden yani abi, o şekilde yani, yani belki babam olsaydı şu an bu durumda olmazdım yani belki." (OLGU 2)

"Kendimden çok uzaklaşıyorum, insanlar da benden uzaklaşıyor, bazen diyorum ki acaba sevgisizlik yüzünden mi böyle oldum bilmiyorum" (OLGU 3)

Daha az sıklıkta olmakla birlikte, hastalık öncesi prodromal evredeki belirtilerin hastalığın nedeni olarak tarif edilmesine de görüşmelerde rastlanmaktadır.

"Benim hiçbir şeyim yoktu aslında, kötü bir dönemdi, ailem birden gelmiş gibi düşünüyor ama birden geldiğini düşünmüyorum, şöyle olduğunu düşünüyorum bunu kafamda kurguladığım zaman, çok kötü bir dönemdi, çalışmıyordum, iş hayatım hiç yoktu, hem de baya yoktu, üç sene falan yoktu, 35 yaşındaydım, aileme göre yediğin önünde yemediğin arkanda, çalışmamam bir problem değil, ama benim için öyle değildi, çok etkilendim bundan, çok üzüntülüydüm aşırı üzgündüm, odadan çıkmamaya başlamıştım." (OLGU 4)

4.5.3. Hastalıkla Mücadele ve Baş Etme Stratejileri

Yapılan görüşmelerde kişilerin hastalıklarından bahsederken öne çıkardıkları önemli bir tema da hastalıkla bir mücadele halinde olmalarıdır. Bu mücadele içerisinde kişilerin kendilerini bir kazanma ve kaybetme ikiliği içerisinde görüyor olmaları da sık tekrarlayan bir konu olmuştur.

"Bu zamana kadar onu hep düşman gibi görüyordum hocam, bilmediği bir şey yapmadığın birisi, insan mıdır başka bir şey midir veya insan başka bir şekilde mi konuşuyordur, hani böyle bir şeyi vardır da çok böyle şey yapmaya çalıştım ama her seferinde düştüm hocam, hiç kazanamadım." (OLGU 6)

"Yani bu tür hastalıklarda, hastalığı ben kendim için gördüm, hastalığı yenebilmek için öncelikle hasta olduğumuzu kabul etmemiz lazım ama hastalığı kabullenmememiz lazım, yani ben hastayım bir sorun var, bunu çözmek için uğraşmalıyım ama ben hasta oldum diyip bunu böyle kabullenirsem hiçbir şey yapamam, geçmez, çok zor."(OLGU 7)

"...ama tabi zaman zaman düştüğüm oluyor, ben birazcık üzüldüğümde falan, böyle işle ilgili falan bir problem yaşadığımda, hani böyle bir takıldığım anlar, birazcık alıngan olduğum anlar ya da düşündüğüm anlar oluyor sonra çıkamıyorum, ben ona düşme diyorum, hastalığa yenik düşüyorum yani..." (OLGU 4)

"...ama o seslere aldanmayıp iyileştim, zaten buradan taburcu olurken de zekanızla iyileştiniz, çok iyi atlattınız diye bir yorumda bulunmuşlardı bana" (OLGU 8)

Görüşmelerde kişilerin hastalıkla giriştikleri bu mücadeleden kazanarak çıkmak için bazı yöntemler keşfettiklerine veya var olan bazı yöntemleri uyguladıklarına dair tarifler de bulunmaktadır. Bu stratejilerden en çok dile getirileni, kişinin çözüm olarak gündelik hayatta eyleme daha çok yönelmeyi tercih etmesi olmuştur.

"Çalıştığım bir yerde biri demişti, ben hep böyle anlattığım için soyut olarak, onlara da saçma geliyordu, dedi ki 'yaptığın bir şeyi söyle, ne yaptın, ne aldın' dedi, işte dedim 'ayakkabı aldım', hah! dedi 'bak, ayakkabı almışsın, bunlarla gel bana' demişti, ben de o an bir şeyler yapmak istemiştim, yaptıkça sanki algılarım açıldı, zihnim açıldı, öyle olunca da fark ettim o gerçekle soyut arasını, hep gerçeğe yönelmeye çalıştım, o zamanlar bir de çok zordu, hep soyut olduğum için ona alıştığım için soyuttan da çıkmak istemiyordum."

"O an ne yaşamıştım, soyuttan nasıl işte o soyutla gerçek arasındaki farkı bulup gerçekten gittiğimi, işte o an anlamıştım, 'ayakkabı aldım!', o biraz beni uyandırmıştı, aradaki farkı fark ettim." (OLGU 7)

"Çalışmaktan çok zevk alıyorum, daha çok mutlu ediyor beni, iyi ol.. iyi yönde de mutlu ediyor beni, iyi olmamı sağlıyor, bazı dalgınlıklarımı olsun, dikkat bozukluğu olsun, bunları çalışarak tolerans edebiliyorum, iyi geliyor...hastalansam, darılsam ya da üzülsem, bir şey elde edemeyip başaramadığım zaman, bunu arkadaş üzerinden tolere edebiliyorum." (OLGU 9)

"..yani konuşmamda ifade edememe bilmem ne, düşüncede falan bir zorluk yok, kendim şey yaptığım zaman, sadece kısa ve net cümleler kuruyorum, eskiden uzun cümleler kuruyordum, rahatsızlığım olduğu için kendime öyle bir çözüm yarattım, kısa net, uzun süreye girersem eğer konuşamıyorum şey yapamıyorum, ifadede zorluk çekiyorum, o yüzden kısa net cevaplar vermeyi.." (OLGU 6)

4.5.4. Hastalığın Yıkıcı Etkileri

Görüşmelerde hastalık ile ilgili konuşmaların içerisinde öne çıkan bir diğer tema da hastalığın kişinin gündelik hayatına –özellikle de işlevsellik alanında- yaptığı yıkıcı etkilerdir. Bu temada sıklıkla öne çıkan iki etki boyutu gözlenmektedir.

İlk boyut, hastalığın kendisinin kişi üzerinde yaptığı bazı ruhsal ve bedensel etkiler nedeniyle yarattığı iş gücü kaybıdır. Daha sık tarif edilmiş bu durumda kişi, kendisi de normal bir çalışma hayatını sürdüremiyor olduğunu kabul etmekte ve bununla ilgili rahatsızlığını dile getirmektedir.

> *"Bu hastalık olmadan önce hareketliydim yani, spor, ne desem ki spor yapıyordum bir şey yapıyordum, şimdi hiçbir şey, ne bileyim yani hiç eskisi gibi değilim artık" (OLGU 2)*

> *"Bu hastalık bir kere çalışmamı zorlaştırdı, zor çalıştım, içimde sıkıntı vardı, kendimi çok zorladım çalışmak için, emekliliğimi aldım ama uzun süre bir yerde kalamadım, mesela çalışıyordum bir iki yıl, bir altı ay bir yıl ara veriyordum, ondan sonra sürekli çalışıp bir mevkiye gelemedim, hep kısmi.*

> *-Neye bağlıyorsunuz bu durumu?*

> *-İşte ilaçlardan ve hastalıktan dolayı, çünkü işimde devamlı bir sıkıntı, devamlı bir halsizlik, hatta ilk zamanlar aşırı sinirlilik vardı." (OLGU 10)*

> *"Dikkatim zaten çok dağınık, dikkatimi zaten toplayamıyorum, zaten bundan önceki ihracat işinde bundan dolayı zorluk çektim. Şey giriyorlardı, veri giriyordum, 15 bin 20 bin euroluk şey, liste vardı ama listeye konsantre olamıyorum yani, devamlı zihnim dağılıyor. Devamlı konsantrasyonum bozuluyor, hani böyle oluyor." (OLGU 15)*

Bu tema ile ilgili ikinci boyutta ise kişi, eski haline ve diğer insanlara kıyasla bir iş gücü kaybı tariflemez, çalışma olanağının devam ettiğine inanıyordur, bu konuda isteklidir ancak bir hastalık tanısı ve tanıya ilişkin raporu olması nedeniyle iş bulma konusunda zorluk yaşıyordur.

> *"Bu vesayetten dolayı gemiye gidemiyorum, aynı zamanda yapı denetleme şirketinde denetçilik yapıyorum ama devam edemiyorum imza yetkim gittiği için, patron 'kusura bakma' dedi, 'bir müddet ara verelim' dedi ama dedi 'işleri yoluna koyarsan şirketimizde yerin hazır' dedi." (OLGU 10)*

> *"Döndükten sonra ise iş bulamamaya başladım, bu şizofreniye olan yaklaşımlarından dolayı insanların, bu hastalık benim sağlık raporu almamı engelliyor, kurumsal bir firmaya girdiğiniz zaman da sizden sağlık raporu istiyorlar, sağlık raporu alabiliyorsunuz ama bu hastalığınız orada belirtiliyor yani, hasta olduğunuz atipik psikoz diye geçiyor, benim şu an %45 bir engelli raporum var, engelli fakat çalışabilir raporu bunu da çıkarmamın sebebi şuydu hani engelli iş ilanlarına başvurup oradan belki yer edinip engelli kontenjanından yararlanıp bir*

işe girmekti ama iş görüşmelerimin çoğu ilk başlarda olumlu geçiyor, kendimi tanıtttığım zaman anlattığım zaman ifade ettiğim zaman ama en son 'engel durumunuz ne' sorusuyle karşılaştıktan sonra, şizofreni de demiyorum raporda yazan atipik psikozu söylüyorum, o ne falan diyor bazılar, anlamıyor, bazıları ilaç mı kullanıyorsun diye farkına varıyor, ya durum belli olunca 'aa tamam o zaman, biz sizi ararız' her zamanki muhabbet işte, veya 'aa tamam notumuzu alalım tekrar görüşmek üzere', muhabbet kapanıyor, uzun süredir işsizim." (OLGU 5)

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, şizofreni tanısıyla izlenen olguların kendilik yaşantılarının niteliksel olarak incelenmesi amaçlanmıştır. Kendilik yaşantılarını özellikle inceleme isteğimizin nedeni, bu yaşantılardaki düzensizliklerin, şizofreni psikopatolojisi için çekirdek bir özellik olarak kabul ediliyor olmasıdır. Bu amaç doğrultusunda, araştırmaya alınan katılımcılarla derinlemesine görüşmeler yapılmış, bu görüşmelerde kişilerin önceden belirlenen rehber formlar çerçevesinde kendilik yaşantıları üzerine konuşmaları sağlanmıştır. Bu görüşmeler, anlatısal kendiliği ve minimal kendiliği temel alan iki ayrı rehber form kullanılarak yapılan iki ayrı oturum şeklinde gerçekleşmiştir. Çalışmanın başka bir amacı ise şizofreni tanısıyla izlenen olguların, kendilik yaşantıları açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasıdır. Bu nedenle sağlıklı kontroller ile de aynı görüşmeler yapılmıştır. Çalışmamızda, psikiyatrik araştırmalarda geleneksel yöntem olan ölçek ve soru formlarına dayanan yapılandırılmış görüşmeler yerine niteliksel ve yarı-yapılandırılmış bir yöntem seçmemizin nedeni, araştırma nesnemiz olan kendilik yaşantılarının, kolayca fark edilemeyen ve dile getirilmesi zor bir doğada olmalarıdır.

Çalışmamızın veri toplama, kodlama ve analiz işlemlerinde, Smith ve arkadaşlarının fenomenolojik çalışmalardaki bu işlemler için yol gösterici bir prosedür olarak ortaya koydukları "Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz" (Interpretative Phenomenological Analysis) (IPA) temel dayanak olarak alınmıştır. Bu prosedür çerçevesinde belirlenen ve analizleri yapılan temalar, belirme sıklıkları ve birbirleriyle yapısal ilişkilerine göre gruplara ayrılmıştır. Çalışmanın öncelikli hedefi şizofreni tanısıyla izlenen olguların yaşantıları olduğu için, kontrol grubunun ifadeleri ve alıntıları bulgular kısmına taşınmamış, sadece olgu grubundan yapılan alıntılara yer verilmiştir. Tablolarda ise olgu grubu ve kontrol grubunda beliren temaların tamamına yer verilmemiş, yalnızca olgu grubunda beliren ve yalnızca kontrol grubunda beliren temalar olmak üzere iki tablo hazırlanmıştır. Tartışma da bu

iki farklılıklar ekseni üzerinden ilerleyecektir. Öncelikle sadece olgu grubunda belirmiş ancak kontrol grubunda belirmemiş temalar belirme sıklıkları ve birbirleriyle ilişkileri bakımından tartışılacaktır. Bu temalara, bulgular kısmında görüşmelerden alıntılanan ifadeler ile birlikte detaylarıyla yer verilmiştir. İkinci olarak ise sadece kontrol grubunda belirmiş ancak olgu grubunda belirmemiş temaların tartışmasına geçilecektir. Bu temalara bulgular kısmında bir tablo olarak yer verilmiş ancak çalışmanın temel amacının sağlıklı gönüllülerin yaşantılarının incelenmesi olmadığı için bu ifadelere detaylı olarak yer verilmemiş, olgu grubunda bu temaların belirmemiş olması bakımından bir tartışma ilerletilmiştir.

Literatür incelendiğinde şizofreni tanısıyla izlenen olguları konu alan bir çok niteliksel çalışma olsa da aralarında kendilik yaşantılarını konu edinen çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Meehan'ın söylem analizini kullanarak şizofrenide kendilik yapılanmasını araştırdığı çalışması (14), Henriksen'in şizofrenide kendiliği, otizm ve afallama (İng. perplexity) fenomenlerini çıkış noktası alarak incelediği çalışması (107), Arnfred'ın şizofrenideki artmış-düşünüm (İng. hyperreflectivity) üzerinden kendilik bozukluğunu incelediği çalışması (108), Stanghellini'nin bedensel yaşantıları merkeze alarak kendiliği incelediği fenomenolojik çalışması (109), Galbusera'nın bizim çalışmamızdaki prosedür olan IPA'yı kullanarak beden yönelimli psikoterapi ve kendilik hissi arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışması (110), Lysaker'in metakognitif bir bakış açısıyla şizofrenide kendilik yaşantısını araştırdığı çalışması (111) ve Englebert'in şizofreni tanılı 4 olguya TKYÖ uygulayarak, saptadığı tuhaf kendilik yaşantılarını niteliksel olarak tarifleyen çalışması (112), erişilebilen bu az sayıdaki niteliksel çalışmalara örnek gösterilebilir. Bu bölümde, elde ettiğimiz veriler hem kendi içlerinde hem de bu çalışmaların sonuçları ile karşılaştırılacak ve tartışılacaktır.

Olgu grubuyla yapılan görüşmelerin analizi sonrası yalnızca olgu grubunda beliren temalara, belirme sıklığına göre bulgular bölümünde yer verilmiştir (Tablo 5). Bu tabloda da görülebileceği gibi tüm temalar içerisinde en sık beliren tema "anlatısal kendilik" ile ilgili bir tema olan "kendiliğin salt iyi olarak tarifi" olmuştur. Beşinci üst tema içerisine alınan "anlatısal kendilik" ile ilgili temalardan üçünün bu listede ilk beş sıra içerisinde yer alması dikkat çekici bir bulgu olmuştur. Öncelikle

bu durumun beklenilen bir durum olduğunu ifade etmek gereklidir. Anlatısal kendiliğe, diyalog içerisinde kendisini üreten doğası nedeniyle serbest akışlı bir görüşmede minimal kendiliğe göre daha sık rastlanması doğal karşılanmalıdır. Bu durumda, önceden tanınmayan bir olguyla görüşmenin ve karşısında bir ruh sağlığı profesyoneli olarak bulunmanın da etkisi vardır. İlk defa karşılaşılan birisine kişinin kendisini anlatırken, kendiliğini bir hikaye etrafında kurgulaması beklenen bir durumdur. Bizim görüşmelerimizde de hastalarla belirli bir aşinalık kazanana kadar kendiliğin anlatısal suretlerinin gündeme gelmesi bu şekilde yorumlanmıştır. Analiz süreci içerisinde anlatısal kendilik üst temasına dahil edilmiş olan diğer bir konu da kişinin kendi hikayesi içerisinde hastalıkla ilişkilenmesi olmuştur. Burada da katılımcının, bir doktor karşısında hasta konumunda olan bir kişi olarak yer almasının etkisi büyüktür. Özellikle anlatısal kendiliği konu alan ilk görüşmelerde katılımcıların bu konumu üstlendikleri ve gündeme getirilen birçok konuyu hastalıkla ilişkileri bağlamında ifade etmeye çalıştıkları görülmüştür. Bir sonraki görüşmede gerekli aşinalık sağlandıktan ve görüşmecinin esas hedefinin hastalık süreci değil de görüşülen kişinin kendini ve dünyayı yaşantılamasına dair süreçler olduğuna dair bir farkındalık kazanıldıktan sonra, kişinin anlatısal kendiliği kurmaya dair çabalarından uzaklaşıp daha içsel yaşantılarından bahsetmeye başladığı görülmüştür.

Bu noktada Meehan'ın atıfta bulunulan çalışmasıyla uyuşmayacak bazı sonuçlara varmış bulunmaktayız. Romano Harré'nin söylem analizi yöntemini kullanarak, şizofrenide kendiliğin inşasını araştırdığı çalışmasında Meehan, şizofrenide kurulması daha güç olanın sosyal kendilik olduğunu ve hiçbir olguda kişinin bireysel-bedensel kendiliğinin kurulmasında sorun görülmediğini ifade etmektedir (14). Burada Meehan ile aynı fikirde olmamamızın nedeni Meehan'ın primer kendilik (İng. self1) ve bizim minimal kendilik tanımlarımızın farklı olmasından kaynaklanmaktadır Harré, üç farklı düzeyde kendiliği tariflerlerken (İng. self1,self2,self3) ilk düzey olan self1 kavramıyla, herhangi bir sosyal etkileşimin öncesinde insanın kendini belirli bir zamanda ve mekanda, vücut-bulmuş (İng. embodied) tekil bir varlık olarak inşa etmesini anlatmak istemektedir (56). Meehan'ın çalışmasındaki bulguların detaylarından da benzer şekilde bu self1'in kişinin kendisini dil içerisinde bir zarf kullanımı ile ifade ederek inşa ettiğine vurgu yapıldığı anlaşılmaktadır. Çalışmada görüşme içerisinde kişiler tarafından ifade

edilen tüm "ben, bana, benim, benimki (İng. I, me, my, mine)" sözcüklerinin, self1 düzeyinde bir kendilik inşasının varlığı lehine yorumlandığı görülmektedir. Sosyal inşacılığın primer düzey olarak adlandırdığı ve kendiliği kurmaya başladığı bu yaklaşım, bizim bulgularımız yardımıyla da varlığını ileri sürdürdüğümüz daha temel düzeydeki kurucu bir kendiliği yansıtamamaktadır. Dilsel iletişime katılmanın ve bu dizgedeki zamirleri yerli yerinde kullanıyor olmanın kişinin kendini bir bedende var hissedebilmesiyle aynı şey olmadığını düşünmekteyiz. Dilde ben ve öteki ayrımını yapabilmek, alıntılanan görüşme dökümlerinde de rahatlıkla görülebileceği gibi kişinin kendisini bir bütün olarak dış dünyadan, ötekilerin düşüncelerinden, bedenlerinden ayırabileceği anlamına gelmemektedir.

Meehan'ın çalışmasıyla yaptığımız bu kıyastan hareketle, kendilik nosyonuna fenomenolojik bakışın temel sorusu olan ama sosyal inşacı ve söylem analizi temelli çalışmalarda sıklıkla ihmal edildiğini gördüğümüz noktanın; dil ve söylemden –hatta düşünceden- önce salt yaşantı düzeyinde varlığını sürdüren ve kişinin kurduğu kendi hikayesine temel teşkil eden bir kendilik düzeyi olduğunu söyleyebiliriz. Üstlendiğimiz fenomenolojik bakış açısı nedeniyle görüşmelerde ve verilerin analizinde çeşitli emarelerini aradığımız bu seviye "minimal kendilik" düzeyidir.

Harré'ye referansla değindiğimiz vücut-bulma (İng. embodiment) kavramı sosyal inşacı teorinin yanı sıra fenomenolojik psikopatolojide de kendilik nosyonu içerisinde temel bir rol oynamaktadır. Yukarıda örneklendiğinin aksine fenomenolojik bakış açıyla vücut-bulma, dil ve düşünce süreçlerini önceleyecek şekilde bir bedene sahip olma ve bir beden olarak var olma yaşantısıdır. Bir beden olma / bir bedene sahip olma diyalektiği ile ilgili tuhaf hisler, literatürde "normal-dışı bedensel fenomenler" (İng. abnormal bodily phenoma) olarak adlandırılmaktadır. Vücut-bulmuş bir varlık olma yaşantısı, kendiliğin başat suretlerinden birisi olarak tariflenmekte ve bu yaşantıların temel kendilikteki düzensizlikten doğrudan etkilendiği ifade edilmektedir (7,83), Klinik olarak aşikar olmayan bu bedensel yaşantılardan, şizofreninin çekirdek özelliklerinden biri olarak söz eden, hatta bunların şizofreni için öngörücü bir özellik taşıdığı ve şizofreni dışı ruhsal bozukluklarda çok daha az sıklıkla görüldüğünü ifade eden çalışmalar bulunmaktadır (71,84,85). Bu yaşantıların sorgulanması psikiyatrik muayene sırasında hekimler

tarafından genellikle ihmal edilmekte, tarif edilmelerinin zorluğu nedeniyle de görüşmelerde kendiliğinden dile getirilmemektedir. Daha önce bu eksikliği gidermek çabasıyla yolan çıkan ve bu bedensel yaşantıların detaylı sorgulanmasını hedefleyen bazı soru formları da oluşturulmuştur. Bu konuda en güncel ve kapsamlı olanı Stanghellini ve arkadaşlarının hazırladığı "normal-dışı bedensel fenomenler ölçeği"dir (122). Beş saha ve sekiz ögeyi içeren ve bedensel yaşantılardan hareketle şizofreniyi diğer psikotik bozukluklardan ve afektif bozukluklardan ayırt etmeyi amaçlayan bu form, çok sayıda araştırmacı tarafından kullanılmıştır. Bu araştırmalarda şizofreni tanılı olguların yüzde yetmiş gibi bir oranında bu normal-dışı yaşantıların bulunduğu, bu yaşantıların şizofreniyi afektif bozukluklardan ayırt etmede güçlü bir belirteç olduğu, özellikle ölçekte "dinamizasyon" ve "mekanizasyon/şeyleştirme" adı verilmiş olan iki sahada şizofreniye özgü denebilecek yaşantıların olduğu sonuçlarına varılmıştır (71,87). Bunlardan dinamizasyon, beden sınırlarının kaybına dair tekinsiz bir his olarak tarif edilmektedir. Bedensel yapının bütünlüğüne dair bir kafa karışıklığı ile birlikte, bu bütünlüğün dış bir güç tarafından tehdit altında olduğuna, bedeni çevreleyen sınırların değişmekte olduğuna dair tuhaf hisler bu sahanın tarifinde yer almaktadır (122). İkinci özgül saha olarak tariflenen "mekanizasyon/şeyleştirme" ise bedeni dünyadaki sıradan bir nesneymiş gibi cansız olarak deneyimlemek olarak tariflenmektedir (109).

Kendilik incelemesinde temel ölçek olarak aldığımız TKYÖ'de de bahsedilen bu bedensel yaşantılara ayrı bir sahada yer verilmektedir (59). TKYÖ'deki "bedensel yaşantılar" sahası içerisinde, dokuz öge bulunmaktadır. Bunlar; morfolojik değişim, aynayla ilişkili fenomenler, somatik depersonalizasyon, psikofiziksel eğretilik, bedenin tümüyle ayrışması, bedensel yaşantıların mekansallaşması, senestetik yaşantılar, motor yaşantılar ve mimetik yaşantılardır (59). Bizim çalışmamızda, çalışmanın yöntemi nedeniyle bu yaşantılar teker teker sorgulanmamış, görüşmenin seyri sırasında bir beden içerisinde olmanın genel hissiyatı ile ilgili konuya gelinmiş ve hastanın bu konuda söyledikleri temel alınarak analiz sırasında bazı temalar oluşturulmuştur. Görüşmelerde öne çıkan temalar ile TKYÖ'de adı geçen ögelerde tarif edilen yaşantılar arasında bazı örtüşmeler saptanmış ancak bazı ögelere dair yaşantılar hiç dile getirilmemiştir.

Yapılan görüşmelerde beden ile ilgili öne çıkan temalar; bedenin iyeliğinde düzensizlik, bedenin failliğinde düzensizlik, senestetik yaşantılar ve canlılıkta azalma olmuştur. Bu temalardan sadece birisi görüşülenlerin yarısından fazlasında yinelemiş, 15 olgunun 5 tanesi herhangi bir bedensel yaşantı tariflememiştir. Bu haliyle çalışmamızdaki normal-dışı bedensel yaşantı oranının, Stanghellini ve arkadaşlarının verdiği oranın altında olduğunu söyleyebiliriz (109). Çalışmamızın doğası gereği her bir ögenin özellikle sorgulanmamış olmasının ve niteliksel bir araştırma olduğu için örneklemin küçük olmasının, bu oranın düşük olmasında etkisinin olabileceği söylenebilir.

Görüşmelerimiz içerisinde en sık tekrarlayan tema olan "bedenin iyeliğinde düzensizlik" temasının, yukarıda bahsedilen çalışmalarda şizofreniye özgü olduğu belirtilen "mekanizasyon/şeyleştirme" ögesiyle olan yakın bağlantısı, çalışmamız ve güncel literatür arasında birbirini destekleyen bir bulgu olarak dile getirilebilir.

Referans verilen çalışmalarda şizofreniye özgüllüğünden bahsedilen diğer bir öge olan "dinamizasyon"un bizim çalışmamızda tarif edilmemiş olması belirgin bir farklılık olarak vurgulanmalıdır. Dinamizasyondaki temel mesele olan bedensel sınırların düzensizliği konusu bizim görüşmelerimizde karşılaşılan bir tema olmamakla birlikte, görüşmelerde ben ve ben-olmayan arasındaki sınır düzensizliğiyle ilgili meseleler katılımcılar tarafından –bedensel değil- düşünsel düzlemde dile getirilmiş ve bu nedenle bu bağlamdaki temalar ikinci üst tema olan "kendilik farkındalığı" bölümü içerisine alınmıştır.

Sağlıklı kontrollerle yapılan görüşmelerde de katılımcılardan beden konusu ile ilgili konuşmaları istenmiştir. Bu görüşmelerde beden konusu, olgu grubuyla yapılan görüşmelere göre farklı bağlamlarda gündeme gelmiştir. Burada beliren temalar büyük çoğunlukla "beden imajı" ile ilgilidir. Katılımcıların çoğunluğu bu konu ile ilgili söyleyebilecek pek bir şeyleri olmadığını iletmiş, beden ile ilgili bir sıkıntı yaşamadıklarını eklemişlerdir. Daha az sıklıkta olan ve beden konusu açıldığında bir sıkıntı dile getiren kişilerde öne çıkan tema ise kişinin dış görünüşünden duyduğu rahatsızlık hissi olmuştur. Bu konuya dair verilen örneklerden en sık olanları, kişinin kilosundan rahatsız olması iken birkaç kişi boylarından ve saçlarının seyrekliğinden dolayı duyduğu rahatsızlığı dile getirmiştir.

Olgu grubunda ise burada bahsedildiği gibi beden imajına yönelik bir rahatsızlık, kendiliğinden dile getirilen bir konu olmamıştır. Bu grupta genel olarak "beden şeması"nda bir düzensizlikle ilişkilendirebileceğimiz temalar olan beden iyeliğinde düzensizlik ve bedenin failliğinde düzensizlik en sık rastlanan iki tema olmuştur. En sık beliren iki temadaki ortak nokta, bir kişi için hem nesne hem özne konumunda yaşantılanması beklenen bedenin, bu ikili diyalektiğin içerisine yerleştirilememesidir. Bunun sonucu olarak kişiler, bedenlerinin kimi zaman özne kimi zaman ise nesne kutbuna erişmekte güçlük yaşamakta, kendilikleri ile bedenlerinin bu kutuplarından biri arasındaki aşılmaz bir mesafenin sıkıntısını çekmektedirler.

Bu noktada yukarıda adı geçen ve fenomenolojik psikopatoloji geleneğinde beden üzerine tartışılırken sıklıkla atıfta bulunulan iki farklı kavrama dikkat çekmek yerinde olacaktır. Bunlar "beden imajı" ve "beden şeması"dır. Beden imajı ile kastedilen; fiziksel, nesnel, mekansal bir varlığı olan, üçüncü şahıs perspektifinden bir bakışın nesnesi olan bedendir. Şizofrenideki bedensel yaşantılar için referans verilen, yaşantının öznesi olan, birinci şahıs perspektifinden bir bakışın bedenini tarif etmek için ise beden şeması kavramı kullanılmaktadır (88,89).

Fenomenolojik yaşantının merkezi olan bu öznel beden, Merleau-Ponty'e göre kendilik farkındalığının, özneler arasılığın ve çevreleyen dünyadaki nesnelere bir anlam bahşedilmesinin hareket noktası olan bedendir (126). Bu öznel beden aracılığıyla kurulan "bedenler arası" (İng. intercorporeality) gerçeklik sahası sosyal uyumun temelidir. Beden sahibi bir birey, diğer bir insanı bir "alter ego" gibi tanır, onun eylemlerini kendinden hareketle duyumsar. Görüşmelerimizde tuhaf bedensel yaşantılar tarif eden olguların, sosyal ilişkilerde yaşanan zorlukların tarif edildiği dördüncü üst tema içerisine alınan temaları da sıklıkla gündeme taşımış olması bu perspektifte tartışılabilir. Kişinin beden sahibi bir özne olarak kendiliğini kuramaması, ötekini kuramaması ve sosyal bir birey olamaması sonuçlarını da beraberinde getirmektedir. Şizofreni tanısıyla izlenen olgularda sıklıkla görülen sosyal işlevsellik kaybına neden olan bileşenlerden birisi olarak, kişinin öznel bedeninin bütünlüğündeki bir düzensizliğe işaret etmek mümkündür.

Görüşmelerde beliren başka bir tema olarak senestetik yaşantılardan söz etmek de gereklidir. "Senestetik" veya literatürde ileri derecede bir bozukluğu ifade

eden ismiyle "senestopatik" yaşantıların, şizofreni semptomatolojinde önemli bir yeri olduğuna dair ifadelerin uzun bir geçmişi vardır. Karl Jaspers, şizofreniye özellikle başlangıç dönemlerinde eşlik ettiğini ifade ettiği bu yaşantılara "beden farkındalığı bozukluğu" olarak ayrı bir isim vermiş, daha güncel bir isim olan Gerd Huber, tuhaf bedensel duyumlarla karakterize, vejetatif, motor, algısal bozuklukların eşlik ettiği bir alt tip olarak "senestopatik şizofreni"yi tariflemiştir (127). Henri Ey, bu duyumların anlamlandırılamasını, şizofrenide dil yetisindeki sorunlara bağlamış ve kişinin metafor kullanamamaya bulduğu çözümün, bedenini nesne konumuna alması ve bedenini kendi dışında yaşayan bir varlık olarak algılaması olduğunu ifade etmiştir (128). Sass, senestetik yaşantıların normalde de olduğunu ancak farkedilmediğini ifade ederken şizofrenide kendilik bozukluğunun sonucu olarak kişinin bedeniyle arasında artan yaşantısal mesafenin sonucu olarak kişinin bedeni üzerine düşünümünün artmasıyla (İng. hyperreflection) bu yaşantıların farkedilmesinin mümkün hale geldiğini söylemektedir (62).

Bizim görüşmelerimizde senestetik yaşantılardan sık olarak bahsedildiği söylenemez ancak burada elde edilen verileri, literatürde bu konuyla ilgili yapılan ve yukarıda değinilen açıklamalarla birlikte tartışmak verimli olacaktır. Duyuma bir neden bulamama vurgusu belirgin olan bu yaşantılar, Henri Ey'ın vurguladığı gibi hezeyanlara zemin sağlıyor olabilir. Bulgularda alıntılanan örneklerde kişiler, önce kaynağını kendiliğinden kavrayamadığı bir duyumla karşı karşıya kalmakta sonra bunun anlamı üzerine düşünmektedirler. "Barut kokusu geldiği için öldürüleceğini" düşünen veya "kulakları uğuldadığı için dinleniyor olduğunu" düşünen olgu örneklerimizde bunları görebilmek mümkündür. Her ne kadar bunları bedensel yaşantıların ötesinde bir düşünce bozukluğu olarak görmek daha doğruysa da tartışmamızın bu noktasında yer verilmesinin nedeni, bunların görüşmelerde duyumun önceliği bağlamında gündeme getirilen ifadeler olmalarıdır.

Bu noktada Lysaker'in şizofrenide kendilik yaşantılarındaki değişimi konu aldığı niteliksel çalışması ile bir karşılaştırma yapmak yerinde olacaktır (111). Bu çalışmada, şizofreni tanısıyla izlenen ve terapi alan olguların kendilik yaşantılarının tarifleri içerik analizine tabi tutulmuş ve kendilik ile ilişkili sekiz tema tespit edilmiştir. Bu temalardan üçü olan "anlatısal bütünlük", "yaşantının failliği hissi" ve

“acıyı anlamlandırma” şizofrenideki kendilik bozukluğunun temeli olarak ifade edilmiştir. Lysaker’in öne çıkardığı bu temalardan son ikisi, çalışmamızın temalarından olan ve kendilik açısından önemini yukarıda tartıştığımız “beden failliğinde düzensizlik” ve “senestetik yaşantılar” ile örtüşmektedir. Lysaker’deki ilk tema olan “anlatısal bütünlük” de bizim çalışmamızın beşinci üst teması olan “anlatısal kendilik” ile örtüşmektedir. Ancak bizim çalışmamız sonuçları içerisinde yer alan ilk iki üst temamız “bilinç akışı” ve “kendilik farkındalığı” ile yakın olduğu söylenebilecek bir temaya Lysaker’in sekiz teması içerisinde rastlanmamaktadır. Bu durumun Lysaker’in kendilik kavrayışını, diyalojik (İng. dialogic) model çerçevesinde şekillendirmesinin sonucu olduğu söylenebilir. Diyalojik model, Hubert Hermans’ın merkezi bir çekirdeğe sahip olmayan, bunun yerine birbiriyle diyalog halinde çok sayıda kendilik seslerinin kişide bütünlüklü bir hikaye kurmaya yarayan bir kendilik kavrayışını temel alan bir kendilik teorisidir (129). Diyalojik kendilikte, sosyal etkileşimin niteliğine göre ortaya çıkan, birbirleriyle konuşan, birbirini olumsuzlayan ve bir hiyerarşiye bağlı olarak çalışan çok sayıda kendilik sesi (İng. self voices) bulunmaktadır. Lysaker’in çalışması, şizofrenide bu kendilik sesleri arasındaki konuşmada bir eksiklik olduğunu ve bunun da kişinin hikayesini kurabilmek için zayıf bir anlatısal yapıya yol açtığını öne sürmektedir. Şizofreni kliniğindeki birçok temel semptomu da bu anlatı yoksunluğuna indirgeyen bu teori, kişinin kendiliğini yalnız dil içerisinde ve eylem anında kurduğunu ifade etmekte, özneyi yapısal bir çekirdekten yoksun bırakmaktadır. Çalışmamızda ortaya çıkan ve ilk iki üst temamız altında toplanan temaların, Lysaker’in sonuçları ile örtüşmemesinin nedeni olarak da bu gösterilebilir.

Çalışmamızda “bilinç akışı ve “kendilik farkındalığı” isminde iki üst tema oluşturulmuştur. Bu üst temalar TKYÖ’de aynı isimle bulunan iki kendilik sahasıdır. Bunların, şizofrenide minimal kendilik araştırmalarında en çok üzerinde durulan ve en çok veri bulunan alanlar olduğu söylenebilir. Svendsen’in şizofreni olgularıyla yaptığı yedi yıllık bir izlem çalışmasında, olgularda pozitif semptomlar gerilemiş olsa da bu iki sahaya ait yaşantıların, yıllar içerisinde en stabil olan yaşantılar olduğu ortaya koyulmuştur (130). Bizim çalışmamızda da en çok tema sayısına sahip olan üst tema grubu bu iki alandır. Beş üst temadan bu ikisinin, çalışmadaki toplam tema

sayısının yarısına sahip olması bu sahaya ait yaşantıların sıklığının yanında çeşitliliğine de işaret etmektedir.

Çalışmamızda bilinç akışı ile ilgili konuların, hem olgu grubu hem kontrol grubu ile yapılan görüşmelerde konuşulması mümkün olmuştur. Kontrol grubundaki görüşmelerde kişilerden düşüncelerinin akışı ile ilgili konuşulması istendiğinde sıklıkla gündeme getirilen ilk konu, kişinin sekonder ruminasyonları olmuştur. Burada tarif edilen düşünce yinelemesinin, belirli noktalarda olgu grubuyla belirgin farklılıklar gösterdiği söylenebilir. Farklılık olarak söylenebilecek ilk nokta kontrol grubunda bu yaşantıların yalnız duygusal yoğunluğu olan bir olay sonrasında gerçekleştiğinin tariflenmesidir. Bu gruptaki katılımcılar günlük hayatın akışı içerisinde karşılaştıkları zorlukların zihinlerini tekrar meşgul ettiğini; sinirlendikleri ve üzüldükleri bir olayı yeniden yaşantıladıklarını vurgulamışlardır. Olgu grubunda ise böyle bir vurgu ile karşılaşılmamış, özellikle düşünce baskısı ve ambivalans temasındaki alıntılardan da anlaşılabileceği üzere bu olgulardaki istenmeyen düşünce yoğunluğu herhangi bir konuda olabilmekte, kişi için duygusal önemi olmayan en ufak konudaki fikirler bile kişinin zihninde tekrar edebilmektedir.

Bu alandaki ikinci önemli farklılık, tarif edilen düşünce yoğunluğu sonrası karar verme süreçleriyle ilgilidir. Olgu grubu için bu üst tema içerisinde en sık dile getirilen yaşantılar düşünce yoğunluğu ve karar verme süreçlerindeki zorluk ile ilgilidir. Bu grupta gündelik hayata dair en ufak konularda bile kararsızlığa düşmek çok sık vurgulanan bir yaşantıdır. Henri Ey, karar verme süreçlerindeki bu sıkıntılara dikkat çekerek şizofreni için "özgürlüğün patolojisi" tarifini kullanmıştır (128). Kontrol grubunda ise yalnız gelecek ile ilgili önemli kararlarda bu tarz ikilemler vurgulanmıştır, bunu dile getiren kişilere gündelik hayata dair benzer ikilemlerde de aynı sorunu yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda alınan cevap genel çerçevesi itibariyle bu ikilemin anlık olarak yaşanıp geçtiği olmuştur. Bu üst tema içerisindeki diğer görüşme verilerini incelediğimizde ilk temalarda düşünce baskısı ve karar verememe olarak kendini gösteren bir düşünce ikiliği, sonraki temalarda kişinin iyeliğinden kopan bir kutup yaratmakta ve ayrışan düşünce, bir zıtlık olarak kişinin yaşantısında kendini göstermektedir. Kimi olgular bu zıtlığı ayrı bir varlık olarak

tariflemekte, hatta bazıları bu varlığa kişinin düşünceleri veya bedeni üzerinde irade sahibi bir rol biçmektedir.

Görüşmelerden elde edilen veriler ve bu karşılaştırmanın sağladığı imkanla birlikte şizofrenideki düşünce süreçlerine dair şöyle bir yorumda bulunmak mümkün olabilir. Olağan bilinç akışında, kişinin kendisini kesitsel olarak değerlendirdiği herhangi bir anda bilince getirilen düşüncenin tek bir kaynaktan, tek sesli ve kişi için tek anlamlı bir şekilde bilinçte belirdiğini söyleyebiliriz. Sağlıklı popülasyonda duygusal yoğunluk içeren bir yaşantının, tekrarlaması ve karar almada zorluğa yol açması mümkün gibi görünmektedir ancak bu durumda bile –olgu grubundan farklı olarak- zıt düşünceleri diyalektik bir ilişkiye sokmak ve bu ikilemi bir sentezle sonuçlandırmak mümkün olmaktadır. Ruhsal olarak bir zorlanma olmaksızın sürekli ikilemde kalma hali, bahsedilen diyalektik işlemi sonuçlandıran bir yapının aksaması veya bir yetideki yetersizlik nedeniyle olabilir. Başlangıç düzeyindeki bu aksamanın telafi edilememesi, ikileşmiş düşünce süreçlerinden birisini ben-olmayan olarak tanınmaya götürebilir. Ben ve ben-olmayan ayrımında sembolik bir başarısızlık olduğunu söylemek mümkündür, görüşmelerde sıklıkla karşılaşılan "sürekli beni izliyormuş gibi" ifadesini bu şekilde anlayabiliriz.

Minimal kendilik ile yakından ilişkili bu iki sahayı inceleyen başka bir çalışma olarak Englebert'in çalışmasını gösterebiliriz. Şizofreni tanılı dört olguya TKYÖ uygulayarak, saptadığı tuhaf kendilik yaşantılarını niteliksel olarak tarifleyen bu çalışma, bizim çalışmamıza tematik ve metodolojik olarak yakın bir araştırma olarak gösterilebilir. Englebert'in bu çalışmasının üstünlüğü olarak, sonradan TKYÖ'nün tamamlayıcısı olarak Sass ve ark. tarafından geliştirilen Tuhaf Dünya Yaşantıları Ölçeği'nin (TDYÖ) de kullanılmış olması gösterilebilecek olsa da çalışmadaki örneklem sayısının düşüklüğü ve başka bir grupla karşılaştırılmamış olması önemli bir kısıtlılık olarak değerlendirilmelidir (131). Bu çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak, görüşme rehberi olarak TKYÖ kullanılmış olsa da sadece minimal kendiliğe odaklanan bir rehber form kullandığı için anlatısal kendilik ile ilgili veri sağlanamamıştır. Bizim çalışmamızın iki kendilik düzeyini de kapsamaya yönelik bir çaba içerisinde olması bakımından farklı olduğu söylenebilir. Englebert'in çalışmasında yine bizim çalışmamızdan farklı olarak, görüşmelerde

TKYÖ sahaları konuşma gündemi olarak getirilmemiş, bunun yerine TKYÖ'deki her öge ve alt ögenin detaylı sorgulanmasına girişilmiştir. Bu çalışmada, TKYÖ ögelerinden %45'inin olguların kendilik yaşantılarıyla örtüştüğü, en sık beliren sahanın kendilik yaşantıları olduğu, bu saha içerisinde de birinci şahıs perspektifinde çarpıklık olduğu, ikinci sık rastlanan sahanın bilinç akışı sahası olduğu ve burada da düşünce sokulması ve artmış düşünüm ögelerinin en çok ifade edilen ögeler olduğu sonuçları elde edilmiştir.

Olgulara TKYÖ ve TDYÖ'nün her ikisinin birden uygulandığı bu çalışmanın başka bir sonucu da bu iki ölçek arasında bir bağlantı noktasına işaret etmesidir. Bu çalışmada kendilik yaşantılarını ölçen TKYÖ'deki "kendilik farkındalığı" sahasına ait bir öge olan "sağduyu kaybı ve afallama" ile TDYÖ'deki "diğer kişiler" sahası arasında anlamlı düzeyde bir örtüşme gösterilmiştir. Bu sonucun bizim çalışmamızdaki bulgularla da yakın bir ilişki içerisinde olduğunu söyleyebiliriz. Bizim çalışmamızda da sağduyu kaybı ile ilgili tarifler, olguların sıklıkla bu yaşantıları sosyal etkileşimde yaşadıkları zorlukları anlatırken gündeme getirmiş olmaları nedeniyle TKYÖ'de yer aldığı gibi kendilik farkındalık sahasında değil, "toplumsal sağduyu kaybı" adındaki bir tema içerisine ve dördüncü üst tema olan "ötekilerle ilişkiler" grubunun altına alınmıştır. Englebert'in buradaki fikri, yetkin bir kendilik incelemesi için TKYÖ'de eksik olduğunu düşündüğü özneler arası alana, ölçek içerisindeki sağduyu kavramını öne çıkarak ve kavramı ötekilerle ilişki bağlamında ayrıca ele alarak bir destek oluşturmaktır. Biz de benzer bir çabayı, tema gruplandırma sırasında sağduyu kavramını ötekiler sahasında konumlandırarak göstermeye çalıştık.

Sağduyu (İng. common sense) kavramı, hem klasik hem çağdaş psikopatoloji literatüründe sıklıkla şizofreniyle birlikte anılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Immanuel Kant, 1798 tarihli metni "Antropoloji için Pratik Yaklaşım"da akıl hastalığının genel özelliğinin sağduyu (Lat. sensus communis) kaybı olduğunu ifade etmektedir (132). Kant, bu kayıpla birlikte "sensus communis"in yerini "sensus privatus"a bıraktığını, böylece kişinin başkaları tarafından doğru alana yönlendirilme yetisini kaybedip kişinin kendine has bir anlayış geliştirmesine neden olduğunu ifade eder. Tarihsel öneminin yanı sıra

psikopatoloji literatüründe de sağduyu kaybı, şizofreni fenomenolojisinde temel bir yerde durmaktadır. Blankenburg bu kayıptan, şizofrenik otizmin esası olarak bahseder ve şizofreninin "sağduyuda global kriz" problemi olduğunu söyler (24,97),. Çağdaş fenomenolojik çalışmalarda sağduyu kaybı ve afallama (İng. perplexity, Alm. Ratlosigkeit) birlikteliğinin şizofrenideki merkezi rolü sıklıkla vurgulanmaktadır. Bu fikre göre sağduyu kaybı olarak nitelendirilen, bağlamla ilişkili neyin sosyal olarak uygun olduğunu sezme ve buna göre davranma yeteneğindeki kayıpla birlikte kişide bir afallama hali ortaya çıkar, afallamış kişi diğerlerinin kendiliğinden kavradıklarını kavrayamaz. Toplumsal ilişkileri temelden sarsan bu kayıp, öznelerarası alanın sağlıklı bir şekilde kurulmasını da imkansız hale getirir (98, 99). Bahsettiğimiz bu afallama kavramı sadece sağduyu kaybı ile ilişkili değildir, ilk kez Störring'in "dışsal ve içsel durumları denetimi altına almadaki yetersizliğin acılı bir farkındalığı" şeklinde tariflediği bu afallama hali, kendiliği derinden etkiler. Bahsedilen bu afallama ve sağduyu kaybı birlikteliği dünyayla ve özneler arası alanla derin bir uyum kaybı yaratır, Minkowski buna "gerçeklikle yaşamsal bağın kaybı" adını vermiştir (136).

Teorik arka planı ve birbirleriyle ilişkisini kısaca özetlediğimiz sağduyu ve afallama kavramlarından ilkinin, bizim çalışmamızda dördüncü üst temada yer aldığını belirtmiştik. İkinci kavram olan afallama ile çalışmamızda doğrudan örtüşen bir tema olmamakla birlikte, tariflenen bu fenomenin çalışmamızdaki birçok tema ile yakın ilişkisi olduğunu belirtmek yerinde olacaktır. Bulguları incelediğimizde afallamanın, ilk üst temada yer alan "yönelimselliğin modalitelerini ayırt edememe" ve ikinci üst temada yer alan "azalmış buradalık" temalarıyla ilişkili olduğu görülebilmektedir. Ötekiler ile ilişkiler grubuna aldığımız sağduyu ile yakın bağlantısı olan bir kavram olan afallamayı çok daha farklı bir grup olan ilk iki grupla yakın bir şekilde değerlendirmemiz, ilk bakışta bir çelişki gibi gelse de yukarıda detayına girdiğimiz teorik nedenlerden ötürü böyle anlaşılmaması gerekmektedir. Bu iki kavram tam da kendilik-dünya sınırının tesisindeki aksamaları yansıtmakta ve minimal kendilikteki bir düzensizlik sonucu peşi sıra birbirini etkileyerek hem kendilik sınırlarının kaybının belirgin hale gelmesine neden olmakta hem de özneler arası alanda bir düzensizlik oluşturmaktadırlar.

Kendilik ile ilgili sınırlara değindiğimiz bu noktada, çalışmamızı başka bir fenomenolojik-niteliksel çalışma olan Henriksen ve arkadaşlarının çalışmasıyla karşılaştırmak yararlı olacaktır (107). Henriksen şizofrenide kendilik-dünya ilişkisinde bozulmayı hastalığın merkezine alıp bu bozulmanın çekirdeğine de otizm (İng. autizm) ve afallamayı yerleştirmektedir. Teorik olarak merkeze aldığı bu iki kavramın hastalarda nasıl yaşantıladığını niteliksel olarak inceleyen bu çalışmada araştırmacılar, yaptıkları fenomenolojik analiz sonucunda şizofrenide, diğer semptomların gelişimi için de öncü olan üç temel semptom olduğunu iddia etmektedirler. Bunlar yabancılaşma, anksiyete ve maruziyetdir (İng. exposure). Henriksen bu yaşantıların şizofrenide incinebilirliğin (İng. vulnerability) yaşantısal korelatları olduğu ve bunların tanı ve ayırıcı tanıda, hatta yüksek risk gruplarında erken tarama için de kullanılabileceğini öne sürmektedir. Heideggerci bir ontolojiye dayanan bu nitel çalışmadaki bulguların bizim çalışmamız sonucunda ortaya çıkan bulgularla örtüştüğü söylenemez. Bahsedilen bu üç tema, bizim temalarımızın birkaçı ile benzerlik taşıyor olsa da birebir örtüşen bir tema bulunmamaktadır. Bu bariz farklılığın nedeni olarak araştırmacıların, analiz ettikleri olgunun tariflerini Heideggerci kavramların çerçevesinde ele almaları ve Heidegger'in dünya içinde varolma (İng. being-in-the-world) ve ihtimam gösterme (İng. care) kavramları aracılığıyla şizofrenik otizmi yorumlama yoluna gitmiş olmaları gösterilebilir (107). Bizim çalışmamızda böyle bir felsefi ön kabul bulunmadığı için aynı sonuçların görülmemesi doğal karşılanmalıdır.

Aynı olgu grubunda aynı prosedür uygulanarak yapılmış bir çalışma olması bakımından karşılaştırmak istediğimiz bir başka çalışma da Galbusera'nın çalışmasıdır. Bu çalışmada, beden yönelimli psikoterapi almış 6 olgudan tedaviyle değişen kendilik hissine dair konuşmaları istenmiş, bu ifadelerin IPA prosedürüyle analizi sonrası şizofreni tanısıyla izlenen olguların kendilik hissini nasıl anladıkları ile ilgili bazı sonuçlar çıkarılmıştır (110). Bu çalışmada belirlenen kendilik hissi ile bağlantılı 6 tema; kendini eşsiz ve değerli hissetmek, bir fail olarak var olmak, bir beden ve zihin bütünlüğüne sahip olmak, sosyal etkileşimde rahatlama ve artış, bir grubun parçası olmak ve geleceğe umutla bakmak olmuştur. Galbusera ve arkadaşları bu bulgulardan, şizofrenideki kendilik bozukluğunun bu temalardaki bazı aksamalardan kaynaklandığı sonucuna varmışlardır (110). Bu sonuçları bizim

çalışmamızla karşılaştırdığımızda bahsedilen altı temanın yarısının, bizim dördüncü üst temamız olan "ötekiler ile ilişkiler" başlığı altında toplanan temalarımızla örtüştüğü görülmektedir. Buradaki iki tema, bizim çalışmamızda bedensel yaşantılar içerisindeki temalarla örtüşmekteyken "geleceğe umutla bakmak" teması kontrol grubunda da belirdiği için bulgular kısmına alınmamıştır. Bu karşılaştırmadan çıkarabileceğimiz ilk yorum, terapi sonrası kişilerde ilk düzelen veya iyilik hali hissedilen yaşantıların bedensel ve toplumsal düzlemde olduğudur. Bu sonuç, daha önce değindiğimiz Svendsen'in çalışmasındaki şizofrenide yıllar içerisinde en stabil olan yaşantıların bizim ilk iki üst temamıza tekabül eden sahalardaki yaşantılar olduğu sonucuyla uyumludur (130). Bu çalışmada bizim ilk iki üst temamız ile örtüşen bulguların çıkmamış olması bunların olgulardaki kendilik yaşantılarında belirmedikleri şeklinde yorumlanmamalıdır. Bu çalışmadaki soru, tedavi sonrası olguların kendilik ile ilgili hangi alanda değişiklik hissettikleri olduğu için, bu çalışmadan bizim bulgularımızda üçüncü ve dördüncü üst temalarla (bedensel yaşantılar ve ötekiler ile ilişkiler) örtüşen yaşantıların tedaviye en iyi cevap veren yaşantılar olduğu sonucunu çıkarmak gerekmektedir. Beşinci üst temamız olan anlatısal kendilik ile ilgili bir temaya bu çalışmada rastlanmamasını da çalışmanın sadece minimal kendiliği araştıran bir şekilde tasarlanmış olmasına bağlayabiliriz.

Çalışmamızın bu bölümünde gündeme getirmeyi önemli gördüğümüz diğer bir konu da görüşmelerimizde kontrol grubunda belirmiş ancak olgu grubunda belirmemiş temaların tartışılmasıdır. Bulgular kısmındaki Tablo 7 ve Tablo 8'de görülebileceği üzere sadece kontrol grubuyla olan görüşmelerde dile getirilen on sekiz tema değerlendirilmeye alınmış ve bunlar dört üst tema altında gruplandırılmıştır. Çalışmamızın amacı bakımından burada tartışmamızın odak noktası, bu temaların kontrol grubunda neden dile getirildikleri değil, bunların olgu grubunda neden dile getirilmedikleri olacaktır. Şizofreni tanısıyla izlenen olgulardaki kendilik yaşantıları açısından neyin fazla ve belirgin olduğunu tartıştığımız önceki bölümlerden farklı olarak, şu an ilgilendiğimiz bu araştırma sorusu ile birlikte, olgu grubunda kontrol grubuna göre kendilik yaşantıları açısından eksik olana odaklanma imkanımız olacaktır.

İki grubun bulguları arasındaki ilk göze çarpan farklılık, olgu grubundaki üç üst temanın kontrol grubunda farklı şekilde oluşturulmuş olmasıdır. Olgu grubunun ikinci üst teması olan "kendilik farkındalığı", kontrol grubunda bu üst temaya dahil edilebilecek bir tema elde edilemediğinden oluşturulamamıştır. Bu önemli sonuç bize, şizofrenideki temel düzensizliklerden birinin mahali olarak kendilik farkındalığını işaret etmektedir. Olağan bir kendilik farkındalığında kişi kendisini, herhangi bir zamanda, üzerine düşünmesine gerek kalmaksızın, belirli bir bedende ve içinde bulunduğu dünya tarafından çevrelenmiş olarak kendiliğinden kavrar. Bu kavrayış, kişinin eylemlerinin failinin kendisi olduğu ve dünyaya erişiminin birinci şahıs perspektifiyle olduğu -kendisi ve dünyayla arasında yaşantısal bir mesafe olmadığı- farkındalığını da beraberinde getirir. Burada bahsedilen kendilik farkındalığı olağan olan kişilerle yapılan görüşmelerde, burada işaret edilen tuhaflıklara dair ifadelerin gündeme gelmesi beklenmemektedir. Bu üst temaya dahil olan temaların yalnız olgu grubunda belirmiş olması bize, niteliksel bir bulgu olarak kendilik farkındalığındaki aksamalara dair ifadelerin, şizofrenide izini aradığımız temel sürecin bir tezahürü olabileceği fikrini vermektedir.

İki grup arasında üst tema düzeyindeki ikinci bir farklılık, olgu grubu için beşinci üst tema olan "anlatısal kendilik ve hastalıkla ilişkilenme"nin, kontrol grubunda tema analizi sonrası "anlatısal kendilik ve zamansallık" ismini almış olmasıdır. Görüşme yapılan sağlıklı gönüllüler herhangi bir tanı ile takip edilmedikleri için bu grupta herhangi bir hastalık ile ilişkilenme içeren bir temanın yer almıyor oluşu doğal karşılanmıştır. Ancak isim değişikliğinde tartışılması gereken nokta, temaların analizi sonrası eklenmiş olan zamansallık kavramıdır. Olgu grubundan farklı olarak görüşülen sağlıklı gönüllülerin kendilik tariflerinde sıklıkla zamansal vurgular dikkat çekmiştir. Kendilerinden bahsederken şu an oldukları kişi, gelecekte olmak istedikleri kişi ve geçmişte nasıl birisi oldukları kişilerin anlatısında birbiriyle iç içe geçmektedir. Kişilerin şimdiki ifadelerinde geçmişin ve geleceğin baskısı kendini hissettirmekte, ne zamandır böyle olduğu, gelecekte nasıl birisi olmak istediği, kariyer planları ifadelerde sıklıkla yer almaktadır. Anlatısal kendilik üst teması içerisine dahil edilen dört temadaki (kariyer planları, kendini gerçekleştirme, kendini ideal benliği ile kıyaslama, dünyaya değer katma) zamansallık vurgusu belirgindir. Buradaki temalardan biri olan "dünyaya değer

katma" isteğinde, kalıcı olma ve şimdiden geleceğe (belki de sonsuzluğa) bir köprü kurma kaygısı belirgin olarak seçilmektedir. Bu önemli farklılıklarda bizi daha çok ilgilendiren, olgu grubuyla yapılan görüşmelerde bu belirgin zamansal atıfların bulunmuyor olmasıdır. Kontrol grubunun aksine olgu grubunda anlatısal kendilik baskın olarak –iyi bir insan olma gibi- ahlaki kavramlar etrafında kurulmuş, özellikle gelecek ile ilgili bir vurgu gözlenmemiştir.

Bu dikkat çekici bulgu ile birlikte şizofrenide, zamansallıktaki (İng. temporality) bir aksama sonucu anlatısal kendiliğin olağan bir şekilde kurulamadığını söylemek mümkün görünmektedir. Bu bulgu, anlatısal kendiliğin koşulu olarak zamansallığı koyutlayan sosyal inşacı teorileri desteklemektedir. Ancak burada dikkat çekilmesi gereken bir nokta, bahsedilen zamansallık aksamasının, anlatısal kendiliğin bizce koşulu olan minimal kendilik düzeyinde bir aksama olabileceği veya temelinin buraya dayanabileceğidir. Yukarıda tartıştığımız sosyal inşacı teoriler ve sosyal psikoloji teorileri (bkz. Harré, Lysaker, Hermans) zamansallığın aksadığı nokta olarak sosyal etkileşimi ve dil sistemini işaret etmekte, kişinin yaşantısına içkin bir zamansallık sorununu kabul etmemektedir. Fenomenolojik yönelimli psikopatoloji literatürünü incelediğimizde ise bahsedilen problemin minimal kendiliğe içkin bir problem olduğu görüşü baskındır. Bu görüşe göre bizler, zamanı geçmişten gelen ve geleceğe doğru seyreden bir hareketin şimdide ve kendimizde kesişimi olarak yaşantılamaktayız. Şizofrenide bu hareket, geçmişin de, geleceğin de, şimdiye ve kendimize doğru yöneldiği bir donukluk halindedir (137). Zamanın olağan akışı yaşantılanmadığından, geçmişte olanın gelecekte kesin olarak tekrar edebileceği gibi; gelecekte olabilecek olan ise çoktan olmuş gibi yaşantılanabilir. Kişi geleceğe yönelmediği için kendisiyle, diğerleriyle veya etrafıyla temasa geçmek için bir hamle yapma ihtiyacı duymamaktadır (138). Şizofreninin diğer psikopatolojilerden farklı olarak temelde içsel zamansallıkta bozukluk ile giden bir hastalık olduğu görüşünü savunan Bin Kimura, zamansallığı bozulmuş bu yaşantıyı "ante-festum" kavramını kullanarak açıklamaya çalışmıştır (139). Çalışmamızdaki olgu grubunda, anlatısal kendiliğin kurulmasındaki eksikliğin nedeni olarak dikkat çeken zamansallık kaybının, aynı grup için minimal kendilikte bozulma ile birlikte gitmesi bakımından, mevcut literatürü destekleyen niteliksel bir bulgu olduğu ifade edilebilir.

İki grubun üst temaları arasındaki başka bir farklılık da olgu grubunun dördüncü üst teması olan "ötekiler ile ilişkiler" ile ilgilidir. Kontrol grubunda aynı üst tema, içerisine dahil edilen farklı bir bağlam nedeniyle "ötekiler ile ilişkiler ve dünya düzeni" adını almıştır. Burada kontrol grubunda olup olgu grubunda yer almayan ve "dünya düzeni" bağlamında eklenen temalar "düzenin adaletsizliği", "maddi sorunlar", dünyanın geleceği ile ilgili endişe"dir. Bu grupta, olgu grubundan farklı olarak "dünyanın düzeni", katılımcıların ifadelerinde; kişinin isteklerini gerçekleştirmesine engel olan, "kader"ine etki eden ve üzerine konuşulması gereken fiziksel bir gerçeklik olarak yer almaktadır. Olgu grubu için kişinin ifadelerinde, bireysel varoluş düzeyinde veya evrensel/mistik bir düzeyde ortaya çıkabilen bu "kader"e etki eden güçler; kontrol grubunun ifadelerinde, dış dünyada –sembolik de olsa- bir gerçekliği olan ve ortak kabul gören siyasi, etik veya iktisadi bazı sistemler olarak yer almaktadır. Kontrol grubu için aynı üst tema içerisinde yer alan "ötekiler ile ilişkiler" bağlamındaki temaların da olgu grubundan nicelik ve nitelik olarak farklılık gösterdikleri söylenebilir. Öncelikle kontrol grubunda belirlenmiş olan tüm temalarının yarısının bu üst tema içerisinde yer aldığı söylenmelidir. Yani çalışmamızdaki sağlıklı gönüllülerin, olgu grubuna kıyasla yoğun olarak ötekilerle ve dünyanın düzeniyle ilgili konuştukları söylenebilir. Olgu grubunda ise bu yoğunluğun olguların kendi bilinç akışı ve kendilik farkındalıkları ile ilgili olduğunu, yani kontrol grubuna göre dikkatlerini çok az ötekilere ve dünyaya verdiklerini söylemek mümkündür. Niteliksel farklılık olarak ise olgu grubunda bu temalar sıklıkla ötekilere mesafe alma ve ötekilerle etkileşimde zorlanma şeklinde iken, kontrol grubu için ifadelerde öne çıktığı şekliyle öteki ile ilişkiler, ötekileri ve aralarındaki ilişkiyi önemseme zemininde gerçekleşmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Kendiliğin, araştırmamızda incelediğimiz iki katmanından biri olan anlatısal kendilik, minimal kendiliğe göre diyalog içerisinde daha sık beliren temalara sahip görünmektedir. Minimal kendilik, görüşmelerde katılımcı tarafından kolaylıkla ifade edilebilecek veya görüşmeci tarafından kolaylıkla kavranabilecek düzeydeki yaşantılar değildir. Nasıl ki kişi anlatısal kendiliğini, minimal kendilik zemini üzerine inşa ediyorsa; anlatısal kendilik de, minimal kendiliğe ulaşmak için katedilmesi gereken bir katmandır. Minimal kendilikteki düzensizlikler, kişinin kendiliğini anlatısal bir bütünlük olarak kurmasının önündeki en önemli engel olarak görülebilir.

- Araştırmamızdaki her iki grup için de kendiliğin temel suretlerinden birisi beden olarak ifade edilmiştir. Ancak bu konunun her iki grup için de farklı bir katmanda ifade ediliyor olması özellikle dikkat çekicidir. Olgu grubu, bedenin minimal kendilik düzeyindeki bir belirlenimi olan beden şeması ile ilgili sorunlar üzerine konuşmaya eğilimli iken; kontrol grubu, bedenin anlatısal bir olgu haline geldiği beden imajı ile ilgili yaşadığı sorunları görüşmelerde öne çıkarmıştır. Her iki grubun beden konusunu dile getirmekte aldığı bu farklı tutumlar, bedensel yaşantıların sorgulanmasının şizofreni ayırıcı tanısında bize yol gösterebileceğini işaret etmektedir.

- Olgu grubunda, beden şemasında düzensizlik tarifleriyle sosyal ilişkilerde yaşanan sorunlara dair tariflerin iç içe geçmiş olması, bu ikisi arasındaki bağlantıya dikkatimizi çekmektedir. Özneler arası alanın kurucusu olarak beden, kişiyi sosyal bir özne olarak sorunsuz bir şekilde toplumsal alana dahil etmeden önce minimal kendilik katmanında bir bütünlüğe ihtiyaç duymaktadır. Bedenin -kontrol grubunda gördüğümüz şekliyle- anlatısal düzleme dair sorunlarının, belirgin sosyal problemler ile birlikte anılmıyor oluşu; vücut-bulmuş özne ve toplumsal özne arasındaki aksayan ilişkinin,

minimal kendilik katmanına dair bir sorun olduğuna işaret etmektedir. Şizofrenide sosyal işlevsellik kaybı araştırmalarına da ışık tutabilecek bu konu, daha incelikli olarak araştırılmaya değerdir.

- Çalışmamızda, benzer konuları ele alıyor olmamızın bir sonucu olarak, sosyal inşacı kuramların kendilik kavrayışlarıyla sıklıkla karşılaştırmaya gitmemiz gerekmiştir. Bu karşılaştırmaları da temel alarak çalışmamızın bir diğer sonucunu şu şekilde ifade edebiliriz. Kontrol grubunda belirgin olmasa da şizofreni tanısıyla izlenen olgularda, sosyal inşacı kendilik teorilerinin ötesinde başka bir kendilik katmanının izlerine rastlanmaktadır. Bu katman, yukarıda da adını andığımız ve fenomenolojik bir bakış açısıyla kavranabilecek minimal kendiliktir. Sağlıklı popülasyonda kolayca fark edilemediği için kendiliğin kuramsal tartışmalarında gerektiği yeri bulamayan bu kendilik katmanı, sağlıklı popülasyonda da araştırılmayı ve sosyal bilimler tarafından da ele alınmayı hak eden bir konu olarak dikkat çekmektedir.

- Çalışmamızda dikkat çeken bir sonuç da sağduyu kavramının, kendiliğin iki farklı katmanını ilgilendiren üst temalarda ortak olarak ifade edilmiş olmasıdır. Genel itibariyle minimal kendiliğe ve anlatısal kendiliğe ilişkin kavramlar farklı üst temalarda kümelenmiş olsa da sağduyu kavramının net bir şekilde bir kümeye dahil edilememesinin, kendilik ve toplum ilişkisi bağlamında diğer yaşantılara kıyasla bu kavramın ayrıcalıklı yerine işaret ettiği söylenebilir. Şizofreni ve sağduyu ilişkisi üzerine çok sayıda niceliksel çalışma olsa da bu konuda yapılacak ve bağlantıları yaşantı düzeyinde ortaya serecek nitel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

- Çalışmaya alınan iki grup arasındaki önemli bir farklılık da anlatısal kendiliğin kurulmasında zamansallık boyutunun etkisidir. Kendiliğini akıp giden bir zaman içerisinde konumlandırarak kendi hikayesini yaratan ve kendisi hakkında konuşma imkanını bulan insan için zamansallık, kendilik farkındalığı için kurucu bir rol oynamaktadır. Çalışmamızdaki kontrol grubunda; gelecek ve kariyer planları, maddi konular ve geleceğe değer bırakmak gibi zamansallık ile iç içe geçmiş temalar gözlenmekteyken, olgu

grubu için aynı şeyi söyleyememekteyiz. Olgu grubunun anlatısal kendilik temaları, şimdiye, hastalık tanısına ve nedenlerine, genel geçer ahlaki tanımlara sıkışmış bir durumda gözlenmiştir. Elde edilen bu veri bize, zamansallığın şizofrenideki kendilik yaşantıları bağlamında altta yatan temel bir süreç ile bağlantılı olduğunu ve ileri incelemeyi hak eden incelikli bir konu olduğunu düşündürmektedir.

- Kıyaslanan iki grup arasında dikkat çeken diğer bir farklılık ise tema sayıları ve dağılımı bakımından katılımcıların öncelikli olarak konuşmayı tercih ettikleri konular olmuştur. Olgu grubundan farklı olarak kontrol grubunda belirgin olarak "ötekiler ile ilişkiler ve dünya düzeni" hakkında konuşulmuştur. Kontrol grubuna ait tüm temaların yarısının bu üst temaya ait olması dikkat çekici bir sonuçtur. Bu sonuçtan hareketle kontrol grubunda konuşma içeriğinin büyük ölçüde, kişinin duygusal bağ kurduğu yakın çevresinden ve tabi olduğu siyasi ve iktisadi sistemden bahsetmesinden oluştuğu söylenebilir. Olgu grubunda ise bu belirgin kümelenmenin olmadığı ve olguların içsel dünyalarına dair konuşmalara önemli bir yer ayırdığını söylemek mümkündür.

- Çalışmamızdaki olgu grubu için belirlenen üst temalardan en fazla tema çeşitliliğine sahip olanın, minimal kendiliği ilgilendiren ilk iki üst tema (bilinç akışı ve kendilik farkındalığı) olması da önemli bir sonuçtur. Dilin şekillendirici etkisine daha fazla maruz kalmış olan anlatısal kendiliğe dair yaşantılar, belirli temalar etrafında kümelenirken; minimal kendiliğe ait yaşantıların çeşitliliğini, bunların kişinin ortak kavramlarla ifade edilmeye direnen biricik yaşantıları olmalarıyla açıklayabiliriz. Şizofreni tanısıyla izlenen olguların, önemli ayırt edici özelliklerinden birisi, bu kişilerin toplum içerisinde kabul gören bir söylem içerisinde yer alamıyor oluşlarıdır. Tanı sınıflamalarımızda da bu toplumsal söylem içerisinde yerleşmiş bazı genel kavramları kullanıyor olmak, araştırılan bu olguların yaşantılarıyla örtüşmemektedir. Bu yüzden bizim çalışmamızda da olduğu gibi yaşantıları tarif edecek kavram sahasında bazı öznel boşluklar bırakmak ve olgulardan bu yaşantıları kendilerinin tarif etmelerini istemek, güncel sınıflandırma

sisteminin ötesinde bir çeşitlilikte tarifler ortaya çıkarmıştır. Bu yaklaşımı şizofreninin altta yatan süreçlerine bütünlüklü olarak yaklaşılması açısından önemli bulmaktayız.

- Şizofreni tek bir semptom veya semptomlar kümesine indirgenebilecek bir hastalık değildir. Şizofreniyi anlamak, temelindeki kendilik düzensizliğinin tezahürlerine dikkat kesilmeyi, bunları izole semptomlar olarak değil bir yaşantılar bütününün parçası olarak anlamayı gerektirir. Bu yüzden şizofreni tanısı için bir semptom havuzundan seçilen kriterlere odaklanmak yerine, temeldeki düzensizliğin tezahürlerini aramak, şizofreniyi diğer hastalıklardan ayıran bütünleştirici bir örüntünün ya da "Gestalt"ın izini sürmek gerekmektedir. Benzer yöntemle yapılacak çalışmaların bahsedilen "Gestalt"ı ortaya koymada önemli katkılarda bulunacağına inanmaktayız.

- Günümüz bilimsel paradigması içerisinde niteliksel çalışmalara verilen değer düşük olsa da tam da üstlendiği bu yöntem nedeniyle çalışmamızın, şizofreninin altında yatan temel süreçleri, odaklandığı yaşantısal bütünlüğü işaret etmesi bağlamında ortaya koymaya katkıda bulunduğuna inanıyoruz. Şizofreni üzerine yapılan bu ve benzeri niteliksel çalışmaların klinisyenler için tanısal ve prognostik değerinin olacağını, terapistler için ise elde edilen kavramsal araçlar sayesinde, bu kişilerin kompleks yaşantı dünyalarının içine giden yolu açabileceğine düşünüyoruz.

- Çalışmamızda ortaya çıkan ve olgu grubu için daha özgül olduğu düşünülen temalar, biyolojik korelatları olan temalardır. Bu korelatların keşfini amaçlayan ve fonksiyonel görüntülemeleri de içeren ampirik ve niceliksel çalışmalardan önemli yarar sağlanacağı görüşündeyiz. Şizofreni için birer endofenotip adayı olduğunu düşündüğümüz bu temaların yeterli ampirik verinin sağlanması halinde, erken tanı ve tarama amaçlı kullanılabileceğine inanmaktayız.

7. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington. 2013. 991 p.

2. Borda JP, Sass LA. Phenomenology and neurobiology of self disorder in schizophrenia: Primary factors. Schizophr Res. 2015;169(1–3):464–73.

3. Mullen PE. A modest proposal for another phenomenological approach to psychopathology. Schizophr Bull. 2007;33(1):113–21.

4. Raballo A, Sæbye D, Parnas J. Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: An empirical study. Schizophr Bull. 2011;37(2):344–51.

5. Huber G. The psychopathology of K. Jaspers and K. Schneider as a fundamental method for psychiatry. World J Biol Psychiatry. 2002;3(1):50–7.

6. Moe AM, Docherty NM. Schizophrenia and the sense of self. Schizophr Bull. 2014;40(1):161–8.

7. Parnas J, Henriksen MG. Disordered Self in the Schizophrenia Spectrum. Harv Rev Psychiatry. 2014;22(5):251–65.

8. Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: Examination of anomalous self-experience. Psychopathology. 2005;38(5):236–58.

9. Gallagher S. The Phenomenological Mind. The Phenomenological Mind. 2007.

10. Zahavi D. Subjectivity and Selfhood. Subjectivity and Selfhood. 2018.

11. Cermolacce M, Naudin J. The “minimal self” in psychopathology: Re-examining the self-disorders in the schizophrenia spectrum. Conscious Cogn. 2007;

12. Parnas J, Jansson LB. Self-Disorders: Clinical and Conceptual Implications for the Diagnostic Concept of Schizophrenia. Psychopathology. 2015;48(5):332–8.

13. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia , Consciousness , and the Self. 1998;427–44.

14. Meehan T, MacLachlan M. Self construction in schizophrenia: A discourse analysis. Psychol Psychother Theory, Res Pract. 2008 Jun;81(2):131–42.

15. Lysaker PH, Lancaster RS, Lysaker JT. Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. Vol. 76, Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2003. p. 285–99.

16. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry. Kaplan Sadock´s Synopsis of Psychiatry. 2015. 387–391 p.

17. Tandon R. The Nosology of Schizophrenia. Toward DSM-5 and ICD-11. Vol. 35, Psychiatric Clinics of North America. 2012. p. 557–69.

18. Fuentenebro F, Berrios GE. The predelusional state: A conceptual history. Compr Psychiatry. 1995;

19. Parnas J, Henriksen MG. Disordered self in the schizophrenia spectrum: A clinical and research perspective. Harv Rev Psychiatry. 2014;22(5):251–65.

20. Häfner H. The Concept of Schizophrenia: From Unity to Diversity. Adv Psychiatry. 2014;

21. Hirjak D, Breyer T, Thomann PA, Fuchs T. Disturbance of Intentionality: A Phenomenological Study of Body-Affecting First-Rank Symptoms in Schizophrenia. PLoS One. 2013;

22. Jaspers K. General Psychopathology.

23. Mishara AL. Klaus Conrad (1905–1961): delusional mood, psychosis, and beginning schizophrenia. Schizophr Bull. 2009;36(1):9–13.

24. Mishara AL. On Wolfgang Blankenburg, Common Sense, and Schizophrenia. Philos Psychiatry, & Psychol. 2001;

25. Levent Mete. Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, editor. 1997. 321–353 p.

26. Ceylan ME. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni, Cilt 1. 3. Baskı, İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş.,; 2005. 83–123 p.

27. Erdal Işık. Güncel Şizofreni. Format Matbaacılık; 2006. 18–62 p.

28. Khashan AS, Abel KM, McNamee R, Pedersen MG, Webb RT, Baker PN et al. Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events. Arch Gen Psychiatry. 2008;65(2):146–52.

29. Khandaker GM, Zimbron J, Lewis G JP. Prenatal maternal infection, neurodevelopment and adult schizophrenia: a systematic review of population-based studies. Psychol Med. 2013;43(2); 239.

30. Brown AS. Epidemiologic studies of exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia and autism. Dev Neurobiol. 2012;72(10):127.

31. AS. B. The environment and susceptibility to schizophrenia. Prog Neurobiol. 2011;93(1):23–5.

32. Cannon M, Kendell R, Susser E JP. Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia. Epidemiol Schizophr. 2003;74–99.

33. Allardyce J BJ. Environment and schizophrenia: review: the wider social environment and schizophrenia. Schizophr Bull. 2006;32(4):592–.

34. Cantor-Graae E PC. Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration: a Danish population-based cohort study. JAMA psychiatry. 2013;70(4):427–.

35. Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA LC. Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. Schizophr Bull. 2012;38(6):1118.

36. McGrath JA, Nestadt G, Liang K-Y, Lasseter V, Wolyniec PS, Fallin MD, et al. Five latent factors underlying schizophrenia: analysis and relationship to illnesses in relatives. Schizophr Bull. 2004;30(4):855–73.

37. Matheson SL, Shepherd AM CV. How much do we know about schizophrenia and how well do we know it? Evidence from the Schizophrenia Library. Psychol Med. 2014;44(16):338.

38. Linden DEJ. The challenges and promise of neuroimaging in psychiatry. Neuron. 2012;73(1):8–22.

39. Jarskog LF, Miyamoto S LJ. Schizophrenia: new pathological insights and therapies. Annu Rev Med. 2007;58:49–61.

40. Lewis DA. Cortical circuit dysfunction and cognitive deficits in schizophrenia–implications for preemptive interventions. Eur J Neurosci. 2012;35(12):187.

41. Haijma S V, Van Haren N, Cahn W, Koolschijn PCMP, Hulshoff Pol HE KR. Brain volumes in schizophrenia: a meta-analysis in over 18 000 subjects. Schizophr Bull. 2012;39(5):1129.

42. Vita A, De Peri L, Deste G SE. Progressive loss of cortical gray matter in schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression of longitudinal MRI studies. Transl Psychiatry. 2012;2(11):e190.

43. Howes OD MR. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. Lancet. 2014;2014;383(9.

44. Moghaddam B JD. From revolution to evolution: the glutamate hypothesis of schizophrenia and its implication for treatment. Neuropsychopharmacology. 2012;37(1):4– 1.

45. Kantrowitz JT JD. N-methyl-d-aspartate (NMDA) receptor dysfunction or dysregulation: the final common pathway on the road to schizophrenia? Brain Res Bull. 2010;83(3):108–.

46. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision) Details : American Psychiatric Association. Diagnostic Stat Man Ment Disord DSM-IV-TR. 2000;282.

47. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. Schizophr Res. 2013;150(1):3–10.

48. Jobe TH HM. Schizophrenia Course, Long-Term Outcome, Recovery, and Prognosis. Curr Dir Psychol Sci. 2010;19(4):220–.

49. Okkels N, Vernal DL, Jensen SOW, Mcgrath JJ, Nielsen RE. Changes in the diagnosed incidence of early onset schizophrenia over four decades. Acta Psychiatr Scand. 2012;127(1):62–8.

50. Häfner H. Course and outcome of schizophrenia. Schizophr Second Ed. 2003;101–41.

51. Świtaj P, Anczewska M, Chrostek A, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J, et al. Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. BMC Psychiatry. 2012;12(1):193.

52. Association AP. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006. American Psychiatric Pub; 2006.

53. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. Vol. 162, American Journal of Psychiatry. 2005. p. 441–9.

54. Henry M. Philosophy and Phenomenology of the Body. Philosophy and Phenomenology of the Body. Springer Netherlands; 1975.

55. Damasio A. The feeling of what happens: Body. Emotion and the Making of Consciousness, Vintage. New York: Harcourt Brace; 1999.

56. Harré R. The singular self : an introduction to the psychology of personhood. Sage Publications; 1998. 192 p.

57. Henriksen MG, Nordgaard J. Schizophrenia as a disorder of the self. J Psychopathol. 2014;

58. Nordgaard J, Parnas J. Self-disorders and the schizophrenia spectrum: A study of 100 first hospital admissions. Schizophr Bull. 2014;40(6):1300–7.

59. Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: Examination of anomalous self-experience. Psychopathology. 2005;38(5):236–58.

60. Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. Compr Psychiatry. 2003;44(2):121–34.

61. Nelson B, Whitford TJ, Lavoie S, Sass LA. What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia?: Integrating phenomenology and neurocognition. Schizophr Res. 2014;

62. Sass LA. Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions). Schizophr Res. 2014;152(1):5–11.

63. Sass LA, Borda JP. Phenomenology and neurobiology of self disorder in schizophrenia: Secondary factors. Schizophr Res. 2015;169(1–3):474–82.

64. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. BSABS: Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen Bonn Scale for the assessment of basic symptoms manual, kommentar, dokumentationsbogen. Springer-Verlag; 2013.

65. Henriksen MG, Parnas J. Clinical manifestations of self-disorders and the gestalt of schizophrenia. Schizophr Bull. 2012;38(4):657–60.

66. Moller P, Husby R. The Initial Prodrome in Schizophrenia: Searching for Naturalistic Core Dimensions of Experience and Behavior. Schizophr Bull. 2000 Jan 1;26(1):217–32.

67. Raballo A, Pappagallo E, Dell'Erba A, Lo Cascio N, Patane' M, Gebhardt E, et al. Self-disorders and clinical high risk for psychosis: an empirical study in help-seeking youth attending community mental health facilities. Schizophr Bull. 2016;42(4):926–32.

68. Hur JW, Kwon JS, Lee TY, Park S. The crisis of minimal self-awareness in schizophrenia: A meta-analytic review. Schizophr Res. 2014 Jan 1;152(1):58–64.

69. Crawford MJ, Ghosh P, Keen R. Use of qualitative research methods in general medicine and psychiatry: Publication trends in medical journals 1990-2000. Int J Soc Psychiatry. 2003 Dec 27;49(4):308–11.

70. Jones R. Why do qualitative research? Vol. 311, BMJ. British Medical Journal Publishing Group; 1995. p. 2.

71. Silverman D. Qualitative research: Meanings or practices? Inf Syst J. 1998;8(1):3–20.

72. Pope C, Mays N. Qualitative Research: Reaching The parts other methods cannot reach: An introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ. 1995 Jul 1;311(6996):42.

73. Zahavi D. Fenomenoloji: İlk Temeller. Çev. Seçim Bayazıt: Ayrıntı Yayınları; 2019. 136–137 p.

74. Zahavi D. Husserl's phenomenology. 2003;

75. Goering P, Boydell KM, Pignatiello A, Englander M. The phenomenological method in qualitative psychology and psychiatry. Int J Qual Stud Health Well-being. 2008;11(3):1–11.

76. Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D, Parnas J. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. World Psychiatry. 2012;11(3):181–5.

77. Churchill SD. Phenomenological Analysis. Impression Formation During a Clinical Assessment Interview. In: Qualitative Research Methods for Psychologists. Elsevier Inc.; 2006. p. 79–110.

78. Segal, D. L., Maxfield, M., and Coolidge FL. Diagnostic interviewing. In: Handbook of clinical psychology, Volume 1. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.; 2008. p. 371–94.

79. Segal, D. L., Mueller, A. E., and Coolidge FL. Structured and semistructured interviews for differential diagnosis: Fundamentals, applications, and essential features. In: Adult Psychopathology and Diagnosis, Sixth edition. 2012.

80. Giorgi AP, Giorgi BM. The descriptive phenomenological psychological method. In: Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design. American Psychological Association; 2004. p. 243–73.

81. Van Manen M. But Is It Phenomenology? Vol. 27, Qualitative Health Research. SAGE Publications Inc.; 2017. p. 775–9.

82. Smith JA. J.A. Smith, P. Flower and M. Larkin (2009), Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research . Qual Res Psychol. 2009 Nov 25;6(4):346–7.

83. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Vol. 160, American Journal of Psychiatry. American Psychiatric Publishing; 2003. p. 4–12.

84. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. Dialogues Clin Neurosci. 2010 Sep;12(3):271–87.

85. Parnas J. A disappearing heritage: The clinical core of schizophrenia. Schizophr Bull. 2011;37(6):1121–30.

86. Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: Validity, structure, and subjectivity. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2013 Jun 23;263(4):353–64.

87. Parnas J. DSM-IV and the founding prototype of schizophrenia: are we regressing to a pre-Kraepelinian nosology? In: Philosophical issues in psychiatry II: nosology. Oxford University Press, Oxford;

88. Raballo A, Parnas J. The silent side of the spectrum: Schizotypy and the schizotaxic self. Schizophr Bull. 2011;37(5):1017–26.

89. Sass LA, Byrom G. Self-Disturbance and the Bizarre: On Incomprehensibility in Schizophrenic Delusions. Psychopathology. 2015;48(5):293–300.

90. Jansson LB, Parnas J. Competing definitions of schizophrenia: What can be learned from polydiagnostic studies? Vol. 33, Schizophrenia Bulletin. Oxford Academic; 2007. p. 1178–200.

91. Maj M. “Psychiatric comorbidity”: An artefact of current diagnostic systems? Vol. 186, British Journal of Psychiatry. Br J Psychiatry; 2005. p. 182–4.

92. Maj M. Depression, Bereavement, and “Understandable” Intense Sadness: Should the DSM-IV Approach Be Revised? Am J Psychiatry. 2008 Nov 1;165(11):1373–5.

93. Stanghellini G RR. Emotions and personhood. In: Exploring fragility – making sense of vulnerability. Oxford University Press, Oxford;

94. Skodlar B. Three different meanings of depression in schizophrenia. A phenomenological perspective. Psychiatr Danub 21. 2009;88–92.

95. Nordgaard J, Arnfred SM, Handest P, Parnas J. The Diagnostic Status of First-Rank Symptoms. Schizophr Bull. 2007 Oct 27;34(1):137–54.

96. Keshavan MS, Kaneko Y. Secondary psychoses: an update. World Psychiatry. 2013 Feb 1;12(1):4–15.

97. Cutting J. The phenomenology of acute organic psychosis. Comparison with acute schizophrenia. Br J Psychiatry. 1987;151(SEPT.):324–32.

98. Jansson L, Nordgaard J. Considering Organic Pathology. In: The Psychiatric Interview for Differential Diagnosis. Springer International Publishing; 2016. p. 109–27.

99. Peralta V, Cuesta MJ, Martinez-Larrea A, Serrano JF. Differentiating primary from secondary negative symptoms in schizophrenia: A study of neuroleptic-naive patients before and after treatment. Am J Psychiatry. 2000 Sep 1;157(9):1461–6.

100. Haug E, Moller P. Self-disorders at the onset of psychosis differentiate between schizophrenia and bipolar disorder. Early Interv Psychiatry. 2010;

101. Markova; IS, Jaafari N, Berrios GE. Insight and Obsessive-Compulsive Disorder: A Conceptual Analysis. Psychopathology. 2009 Aug;42(5):277–82.

102. Jansson L, Nordgaard J, Jansson L, Nordgaard J. Indicators of Psychosis. In: The Psychiatric Interview for Differential Diagnosis. Springer International Publishing; 2016. p. 129–68.

103. Møller P, Haug E, Raballo A, Parnas J, Melle I. Examination of anomalous self-experience in first-episode psychosis: Interrater reliability. Psychopathology. 2011;44(6):386–90.

104. Raballo A, Sæbye D, Parnas J. Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: An empirical study. Schizophr Bull. 2011;37(2):344–51.

105. Haug E, Øie M, Andreassen OA, Bratlien U, Nelson B, Melle I, et al. High levels of anomalous self-experience are associated with longer duration of untreated psychosis. Early Interv Psychiatry. 2017;11(2):133–8.

106. Parnas J. From predisposition to psychosis: Progression of symptoms in schizophrenia. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement. 1999.

107. Henriksen MG, Škodlar B, Sass LA, Parnas J. Autism and Perplexity: A Qualitative and Theoretical Study of Basic Subjective Experiences in Schizophrenia. Psychopathology. 2010 Oct;43(6):357–68.

108. Arnfred SM, Møller P, Davidsen AS. Approaching patients with hyperreflectivity and perplexity: An empirical qualitative investigation. Trends Psychiatry Psychother. 2018 Jul 1;40(3):216–25.

109. Stanghellini G, Ballerini M, Blasi S, Mancini M, Presenza S, Raballo A, et al. The bodily self: A qualitative study of abnormal bodily phenomena in persons with schizophrenia. Compr Psychiatry. 2014;55(7):1703–11.

110. Galbusera L, Fellin L, Fuchs T. Towards the recovery of a sense of self : An interpretative phenomenological analysis of patients ' experience of body-oriented psychotherapy for schizophrenia. 2017;3307(May).

111. Lysaker PH, Kukla M, Belanger E, White DA, Buck KD, Luther L, et al. Individual psychotherapy and changes in self-experience in schizophrenia: A qualitative comparison of patients in metacognitively focused and supportive psychotherapy. Psychiatry (New York). 2015;78(4):305–16.

112. Englebert J, Monville F, Valentiny C, Mossay F, Pienkos E, Sass L. Anomalous Experience of Self and World: Administration of the EASE and EAWE Scales to Four Subjects with Schizophrenia. Psychopathology. 2020 Jan 1;52(5):294–303.

113. Leung L. Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. J Fam Med Prim Care. 2015;4(3):324.

114. Pietkiewicz I, Smith JA, Pietkiewicz I, Smith JA. A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. Czas Psychol Psychol J. 2014;20(1):7–14.

115. Smith DW. Husserl. Alfa Yayıncılık; 2019.

116. Kostakoğlu A, Batur S, Tiryaki A, Dergisi AG-TP, 1999. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği.

117. Ritchie J, Lewis J. Qualitative Research Practice: A Guide For Social Science Students and Researchers. 2013.

118. Thompson J, Stansfeld JL, Cooper RE, Morant N, Crellin NE, Moncrieff J. Experiences of taking neuroleptic medication and impacts on symptoms, sense of self and agency: a systematic review and thematic synthesis of qualitative data. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2020;55(2):151–64.

119. Fuchs T. Corporealized and Disembodied Minds. Philos Psychiatry, Psychol. 2005;12:95–107.

120. Ferri F, Frassinetti F, Mastrangelo F, Salone A, Ferro FM, Gallese V. Bodily self and schizophrenia: The loss of implicit self-body knowledge. Conscious Cogn. 2012;21(3):1365–74.

121. Jenkins G, Röhricht F. From cenesthesias to cenesthopathic schizophrenia: A historical and phenomenological review. Psychopathology. 2007;40(5):361–8.

122. Stanghellini G, Ballerini M, Cutting J. Abnormal Bodily Phenomena questionnaire. J Psychopathol. 2014;20(2):138–43.

123. Nyboe L, Moeller MK, Vestergaard CH, Lund H, Videbech P. Physical activity and anomalous bodily experiences in patients with first-episode schizophrenia. Nord J Psychiatry. 2016;70(7):514–20.

124. Fuchs T, Schlimme JE. Embodiment and psychopathology : a phenomenological perspective. 2009;

125. Stanghellini G. Embodiment and schizophrenia. World Psychiatry. 2009;8(1):56–9.

126. Landes MM-P-, Routledge L and NY, 2012 undefined. Phenomenology of Perception, translated by Donald A.

127. Huber G. “Cenesthetic schizophrenia” - A subtype of schizophrenic disease. Neurol Psychiatry Brain Res. 1992;

128. Lewis A. Henri Ey - Traité des Hallucinations. By Henri Ey. Paris: Masson. 1973. Br J Psychiatry. 1974 Sep;125(586):321–2.

129. Hermans HJM. The Dialogical Self as a Society of Mind. Theory Psychol. 2002 Apr 17;12(2):147–60.

130. Svendsen IH, Øie MG, Møller P, Nelson B, Melle I, Haug E. Stability in basic self-disturbances and diagnosis in a first treated psychosis: A seven year follow-up study. Schizophr Res. 2018;202:274–80.

131. Sass L, Pienkos E, Skodlar B, Stanghellini G, Fuchs T, Parnas J, et al. EAWE: Examination of Anomalous World Experience. Psychopathology. 2017;50(1):10–54.

132. Kant anthropology pragmatic point view | Philosophy texts | Cambridge University Press.

133. Blankenburg W. Towards a psychopathology of" common sense.". Confin Psychiatr. 1969;

134. Vodušek V V., Parnas J, Tomori M, Škodlar B. The phenomenology of emotion experience in first-episode psychosis. Psychopathology. 2014;

135. Pienkos E, Sass LA. Expressions of alienation: Language and interpersonal experience in schizophrenia. J Psychopathol. 2016;22(1):62–70.

136. Minkowski E. Lived time: Phenomenological and psychopathological studies. Northwestern University Press; 1970.

137. Fuchs T, Van Duppen Z. Time and Events: On the Phenomenology of Temporal Experience in Schizophrenia (Ancillary Article to EAWE Domain 2). Psychopathology. 2017;50(1):68–74.

138. Stanghellini G, Ballerini M, Presenza S, Mancini M, Raballo A, Blasi S, et al. Psychopathology of Lived Time: Abnormal Time Experience in Persons with Schizophrenia. Schizophr Bull. 2016;42(1):45–55.

139. Pringuey D, Kohl F-S, Schwartz M. Schizophrenia as a temporal mode of being: an existential “ante-festum” impatience.

8. EKLER

EK 1 - EASE (TKYÖ) Eğitimi Katılım Belgesi



FACULTY OF HEALTH AND MEDICAL SCIENCES
UNIVERSITY OF COPENHAGEN

EASE introductory workshop

We hereby confirm that

Göker Aközgürer

Has participated and completed 3 days of
Examination of Anomalous Self-Experience – EASE introductory workshop

Held on June 13th – June 15th, 2018
Psychiatric Hospital Glostrup/Hvidovre, University of Copenhagen

Hvidovre, June 15th, 2018

Josef Parnas
MD, DMsci

Andreas Rosén Rasmussen
Ph.D-fellow, Course Director

Faculty of Health and Medical Sciences
University of Copenhagen

EK 2 - Aydınlatılmış Onam Belgesi

"Şizofreni Tanısı Alan Olguların Kendilik Yaşantıları Açısından Niteliksel Olarak İncelenmesi" isimli bu çalışma Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım ve Dr. Göker Aközgürer tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmayla, adı geçen hastalık grubunun sağlıklı kontroller ile kendilik yaşantıları açısından nitel bir analiz yöntemi ile karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Niteliksel bir araştırma olarak planlanan bu çalışmaya Şizofreni tanısı almış 15 olgunun yanı sıra 15 sağlıklı kontrol alınması planlanmıştır. Çalışmaya dahil edilecek olan toplamda 30 kişiyle klinik görüşme yapılacak, görüşme sırasında belirlenen bazı ölçekler uygulanacaktır.

Çalışmada katılımcılarla her biri yaklaşık kırk dakika sürecek olan üç görüşme yapılacak, ikinci ve üçüncü oturumdaki görüşmeler, pilli bir ses kayıt cihazı aracılığıyla kaydedilecektir. Ses kayıtları, kayıt işlemi sonrasında deşifre edilecek; deşifre sırasında olgunun kimlik bilgileri ve gerçek kimliklerini ifşa edebilecek her türlü bilgi değiştirilecektir. Bu değişikliklerin sonrasında metin, katılımcıya tekrar okutulacak ve mevcut bilgilerin kullanılması hususunda ikinci bir onam alınacaktır. Söz konusu kayıt cihazındaki veriler, çalışmanın amacına uygun bir şekilde analiz edildikten sonra silinecek ve hiçbir şekilde başka bir amaçla kullanılmayacaktır.

Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan soru formları uygulanacaktır. [Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Şizotipi İçin Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Form (SIS-R) ve Derinlemesine Görüşme Rehber Formu]. Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öğe içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. Araştırmanın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır. Çalışmaya dahil olduktan sonra 24 saat boyunca aklınıza takılan sorular olursa size verilen telefon numaralarından Dr. Göker Aközgürer'e veya Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım'a ulaşabilirsiniz.

Katılımcının Beyanları

İlk Onam (Araştırmaya Katılım)

Araştırmacı tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde araştırmaya gönüllü olarak katılmayı ve yapılacak görüşmelerde ses kaydının alınmasını kabul ediyorum. İstediğim herhangi bir anda, hiçbir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Katılımcı İsim:	**Uygulayan İsim:**	**Şahit İsim:**
İmza:	**İmza:**	**İmza:**
Tarih:	**Tarih:**	**Tarih:**

İkinci Onam (Verilerin Kullanımı)

Araştırmacı tarafından bilgilendirildim. Ses kayıtlarının deşifre edilmiş metinlerini okudum, verilerimin mevcut haliyle araştırmada kullanılmasına izin veriyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiçbir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Katılımcı İsim:	**Uygulayan İsim:**	**Şahit İsim:**
İmza:	**İmza:**	**İmza:**
Tarih:	**Tarih:**	**Tarih:**

EK 3 - Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği Görüşme Formu

TUHAF KENDİLİK YAŞANTILARI ÖLÇEĞİ

1	**BİLİŞ VE BİLİNÇ AKIŞI**
1.1	**Düşünce Sokulması**
1.2	**Düşüncenin İyeliğini Kaybetmesi**
1.3	**Düşünce Baskısı**
1.4	**Düşünce Bloğu**
1.4.01	Blok
1.4.02	Sönümlenme
1.4.03	Karma
1.5	**Sessiz Düşünce Ekosu**
1.6	**Rüminasyonlar - Obsesyonlar**
1.6.01	Birincil rüminasyon
1.6.02	İkincil rüminasyon
1.6.03	Gerçek obsesyonlar
1.6.04	Yalancı obsesyonlar
1.6.05	Ritüeller/kompülsiyonlar
1.7	**İç Sesin veya Düşüncenin Algısallaşması**
1.7.01	İçsel
1.7.02	Eşdeğerleri
1.7.03	İçsel, Birinci sıra semptomu olarak
1.7.04	Dışsal
1.8	**Yaşantının Mekansallaşması**
1.9	**Ambivalans**
1.10	**Yönelimselliğin Modalitelerini Ayırt Edememe**
1.11	**Düşünce İnsiyatifi veya Düşüncenin Yönelimselliğinde Bozukluk**
1.12	**Dikkat Bozuklukları**
1.12.1	Detaylara takılıp kalma
1.12.2	Dikkati bölememe
1.13	**Yakın Bellek Düzensizlikleri**
1.14	**Zaman Yaşantısında Bozukluklar**
1.14.1	Öznel zamanda bozukluk
1.14.2	Varoluşsal zamanda (zamandalıkta) bozukluk
1.15	**Kendi Eylemlerinin Farkındalığında Süreksizlik**
1.16	**Kastedilen ve İfade Edilen Sözlerin Uyumsuzluğu**
1.17	**Dilin İfade İşlevinde Bozukluklar**
2	**KENDİLİK FARKINDALIĞI VE BURADALIK**
2.1	**Temel Kendilik Hissinde Azalma**
2.1.01	Erken yaşamda başlayan
2.1.02	Ergenlikte başlayan
2.2	**Çarpık Birinci Tekil Şahıs Perspektifi**
2.2.01	Bana aitlik / Öznelik
2.2.02	Yaşantısal mesafe
2.2.03	Kendiliğin mekansallaşması
2.3	**Psişik Depersonalizasyon Durumları (Kendiliğine Yabancılaşma)**
2.3.01	Melankoliform depersonalizasyon
2.3.02	Tanımlanmamış depersonalizasyon
2.4	**Azalmış Buradalık**
2.4.01	Etkilenmeme
2.4.02	Dünyaya mesafelilik
2.4.03	Dünyaya mesafeliliğe ek olarak derealizasyon
2.5	**Derealizasyon**
2.5.01	Akışkan global derealizasyon
2.5.02	Sokulgan derealization
2.6	**Uygunsuz Tefekkür; Artmış Fikriyat**
2.7	**Ben Bölünmesi**
2.7.01	Şüphe uyandıran ben bölünmesi
2.7.02	"Miş gibi" yaşantısı
2.7.03	Somut olarak mekansallaşmış yaşantı
2.7.04	Sanrısal değerlendirme
2.8	**Dissosiyatif Depersonalizasyon**
2.8.01	"Miş gibi" fenomeni
2.08.2	Dissosiyatif görsel varsanı
2.9	**Kimlik Karmaşası**
2.10	**Kronolojik Yaşla ilişkili Değişim Hissi**
2.11	**Cinsiyetle ilişkili Değişim Hissi**
2.11.1	Duruma göre homoseksüel olma korkusu
2.11.2	Karşı cinsiyettenmiş gibi bir duygu
2.12	**Sağduyu Kaybı/Afallama/Bariziyet Kaybı**
2.13	**Anksiyete**
2.13.1	Otonom Semptomlarla Giden Panik Atak
2.13.2	Psişik zihinsel anksiyete
2.13.3	Fobik anksiyete
2.13.4	Sosyal anksiyete
2.13.5	Yaygın, serbest dolaşan ve kuşatıcı anksiyete
2.13.6	Paranoid anksiyete
2.14	**Ontolojik Anksiyete**
2.15	**Bilincindeliğin Şeffaflığının Azalması**
2.16	**İnisiyatifte Azalma**
2.17	**Hipohedoni**
2.18	**Canlılıkta Azalma**
2.18.1	Durumsal
2.18.2	Yapısal
3	**BEDENSEL YAŞANTILAR**
3.1	**Morfolojik Değişim**
3.1.01	Değişimin duyumu
3.1.02	Değişimin algısı
3.2	**Aynayla İlişkili Fenomenler**
3.2.01	Değişimin aranması
3.2.02	Değişimin algısı
3.2.03	Diğer fenomenler
3.3	**Somatik Depersonalizasyon (Bedensel Yabancılaşma)**
3.4	**Psikofiziksel Eğretilik ve Psikofiziksel Bölünme**
3.5	**Bedenin Tümüyle Ayrışması**
3.6	**Bedensel Yaşantıların Mekansallaşması**
3.7	**Senestetik Yaşantılar**
3.8	**Motor Bozukluklar**
3.8.01	Bedenin yalancı hareketleri
3.8.02	Motor sokulma
3.8.03	Motor blok
3.8.04	Motor parezi hissi
3.8.05	Hareketlerde otomasyon kaybı
3.9	**Mimetik Yaşantılar**
4	**DEMARKASYON VE GEÇİŞKENLİK**
4.1	**Başkasıyla Karıştırma**
4.2	**Kişinin Görünen İmgesini Karıştırma**
4.3	**Tehdit Edici Bedensel Temas ve Bir Başkasıyla İç İçe Geçiyormuş Duygusu**
4.3.01	Hoşnutsuzluk hissetmek, anksiyeteye neden olan
4.3.02	Belirsizleşme duygusu, yok oluş
4.4	**Edilgenlik Mizacı**
4.5	**Diğer Geçişkenlik Fenomenleri**
5	**VAROLUŞSAL YENİDEN KONUŞLANMA**
5.1	**Temel Alınganlık Fenomenleri**
5.2	**Merkeziyet Duygusu**
5.3	**Kişinin Yaşantısal Alanını Gerçekliğin Tek Uzamıymış Gibi Hissetmesi**
5.4	**Gerçekliğin Gizli Boyutlarına ya da Kişinin Kendisinin veya Başkalarının Zihinlerine Dair Olağanüstü İçgörüye veya Olağanüstü Yaratıcı Bir Kuvvete Dair "Miş Gibi" Duyguları**
5.5	**Bir Şekilde Sadece Görünür, Yanılsatıcı veya Aldatıcıymış da Yaşantılanan Dünyanın Hakikaten Gerçek veya Var Olmadığına Dair "Miş Gibi" Duyguları**
5.6	**Öznenin Yaşantılama Yoluna Bağlı Büyüsel Fikirler**
5.7	**Varoluşsal veya Entelektüel Değişim**
5.8	**Solipsistik Büyüklenme**

EK 4 - Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu

*Verilen Bilgiler **Kesinlikle** Bilimsellik Dışı Bir Amaçla Kullanılmayacak ve Gizli Kalacaktır

1) Ad ve Soyadınız: Telefonunuz:

2) Yaşınız:

3) Cinsiyetiniz: Erkek / Kadın

4) Eğitim Durumunuz: ……. Yıl

5) Medeni Durumunuz: 1) Bekar 2)Evli 3)Boşanmış/Ayrı/Dul

6) Çalışma Durumunuz: 1)Çalışıyor/Öğrenci 2)Çalışmıyor 3) Emekli

7) Kaç yaşınızdayken size hastalık tanısını koyuldu?:

8) İlaç tedavisine başladığınız yaş nedir?:

9) Hastaneye toplam kaç yatışınız var?:

10) Daha önce mahkemelik oldunuz mu? 1) Evet 2) Hayır

11) Geçmişte hiç intihar girişiminiz var mı?: 1)Var, Sayısı……. 2)Yok

12) Şu an aldığınız ilaçlar nelerdir?:

13) Alkol kullanımınız var mı? 1)Evet 2) Hayır

14) Uyuşturucu madde kullanımınız var mı?: 1)Evet, hangisi:.....
2)Hayır

15) Ailede psikiyatrik hastalığı olan var mı?: 1)Var, neyiniz:……..... tanısı:.....
2)Yok

16) Daha önce size başka bir psikiyatri tanısı koyuldu mu?: 1)Evet, nedir:.....
2)Hayır

17) Psikiyatri dışında herhangi bir hastalığınız var mı?: 1)Evet:.....
2)Hayır