

Alkol Bağımlılığında İçselleştirilmiş Damgalanma: Depresif Belirtilerle İlişki

Elif Yıldırım*, Deniz Akyıl Sokullu**, Özcan Köknel***

İstanbul Üniversitesi

Internalized Stigma In Alcohol Dependence: Association With Depression

Özet

Alkol bağımlılığında, hastaların yaşadıkları damgalanmayı içselleştirmeleri ve buna eşlik depresif belirtiler hem hastaların sosyal ve mesleki açıdan verimli bir hayat yaşamalarını engellemekte hem de tedavi süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Bu araştırmada alkol bağımlılarının yaşadıkları içselleştirilmiş damgalanma ve depresyon ilişkisi ve demografik ve klinik değişkenlerin içselleştirilmiş damgalanma üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışmaya yatarak ve ayakta tedavi gören 50 alkol bağımlısı hasta alınmıştır. Çalışmada demografik-klinik veri formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Sonuçlar içselleştirilmiş damgalanma puanı ile BDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu, yatarak tedavi görenlerin, düşük eğitim düzeyinin ve işsizliğin içselleştirilmiş damgalanmayı olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Tartışma bölümünde depresyon ve damgalanma ilişkisi ele alınmış ve içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili bulgular ilgili literatür ışığında incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Alkol, Bağımlılık, Damgalanma, Depresyon

Abstract

The internalised stigma and depressive symptoms in alcohol dependency could have negative impacts on patient's social and occupational life and treatment processes. The main aims of this research are to examine the relation between internalized stigma and depression and to determine the effects of demographic and clinical variables on internalized stigma in alcohol dependency. Patients who attended the study were receiving outpatient and inpatient alcohol dependency treatment. In this research demographic-clinic data form, Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) and Beck Depression Inventory were used. Results indicated that internalized stigma was positively related to depression. In addition, depression and outpatient treatment, low educational level and unemployment were found as the risk factors for internalized stigma. Findings regarding the relation between internalized stigma and depression were discussed in reference to existing literature.

Key Words: Alcohol, Dependency, Stigmatization, Depression

* Psikolog, İstanbul Üniversitesi Sinirbilim Anabilim Dalı

** Psikolog, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Psikoloji Dalı

*** Emekli Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı

Alkol Bağımlılığında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Depresyon

Damgalanma (stigmatizasyon) bir kişiyi diğerlerinden ayıran bir “saygınlığını yitirmişlik” ya da “gözden düşmüşlük” işaretidir (Byrne, 2001). Birçok toplumda damgalanma ilk olarak akıl hastalarına karşı geliştirilmiştir ve kültürden kültüre damgalanma düzeyi değişse de insanlar, ruhsal hastalığı olanları damgalanmakta ve dışlamaktadırlar (Byrne, 2000; Crips, Gelder, Rix, Meltze, & Rowlands, 2000; Florez, 2003; Lee, Lee, Chiu, & Kleinman, 2005).

Damgalanmanın bir kısmı, hastalığın neden olduğu düşünülen olası şiddet stereotipi çağrışımından, iletişim problemlerinden ve hasta kişilerin nasıl davranacakları konusunda tahmin edilemezlikten kaynaklanmaktadır (Smith, 2002). Damgalamanın büyük bir kısmının oluşmasında ise ruhsal hastalıklara ilişkin yetersiz ve/veya yanlış bilgiler etkilidir.

Temelinde insanların doğuştan sahip oldukları farklılıkları algılama davranışı yatan damgalanma, tanı koyma, tedavi ve sonlanım gibi hastalığın tüm evrelerinde olumsuz bir rol oynar (Byrne, 2001; Smith, 2002). Ayrımcılığa maruz kalan hasta kendini ve çevresini olumsuz değerlendirerek yaşadığı damgalanmayı içselleştirir; hastanın kendine saygısı azalır ve kendini rahatsız hisseder (Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003).

İçselleştirilmiş damgalanma, kişinin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kabullenerek, değersizlik duygusu,

utanç, gizlilik ve sosyal geri çekilme yaşamasıdır (Corrigan, 1998). İçselleştirilmiş damgalanma, zaten toplum tarafından damgalanan hastaların yaşamalarını daha da zorlaştırmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma yaşayan hastalarda aynı zamanda depresif belirtiler görülmektedir ve bu belirtilerin şiddeti, hastaların yaşadıkları içselleştirilmiş damgalanmanın seviyesinin yüksekliği ile ilişkilidir. Fakat bu ilişkinin nasıl olduğu yani depresyonun bir sonuç mu yoksa damgalanma için bir belirleyici mi olduğu konusu tartışmalıdır.

Bazı yazarlar tarafından depresyonun oluşumu, hastaların toplum tarafından kalıplaştırılmış önyargıları içselleştirmeleri ve bu nedenle de hastada kendisine ve çevresine ilişkin olumsuz duygusal tepkiler oluşması ile açıklanmaktadır (Corrigan, Larson & Kuwabara, 2010). Bir başka teori ise (Vauth, Kleim, Wirtz & Corrigan, 2007) damgalanma ile başa çıkmaya çalışan hastaların hastalıklarını gizlemeye çalışmaları ve sosyal olarak geri çekilmeleri sonucu yaşadıkları kaygının arttığı ve bu nedenle kendilerine ilişkin yetkinlik duygularını kaybederek depresif belirtiler yaşadıklarını iddia etmektedir. Bu teoride ayrıca içselleştirilmiş damgalanmanın, hastaların toplumsal hayatını olumsuz yönde etkilemesinin yanı sıra, hastaların mesleki hayatlarında işten ayrılma, mesleki işlevselliğin azalması gibi sorunlara neden olduğu düşünülmektedir. Diğer bir taraftan da depresyonun kişilerdeki öz saygıyı

ve yerterlilik duygularını azalttığı ve bu nedenle de depresif belirtileri olan hastaların yaşadıkları damgalanmayı içselleştirmeye yatkın hale geldikleri de iddia edilmektedir (Corrigan, Rfacz & Rüşch, 2011). Yaşanan damgalanma, işsizlik, barınma problemleri ve sosyal uyum sorunları gibi çoklu negatif sonuçlarla ve tedaviye yönelimde azalma, düşük öz saygı ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Penn ve Martin, 1998; Perlick ve ark., 2001). Ayrıca içselleştirilmiş damgalanma yaşayan hastalarda hastalık belirtileri daha şiddetli olmakta ve yatarak tedavi görme daha sık yaşanmaktadır (Corrigan, Rafacz & Rüşch, 2011).

Yapılan araştırmalarda (Crips ve ark, 2000; Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003; Luty ve Gerewal, 2002; Mukherjee, Fialho, Wijetunge, Checinski, & Surgenor, 2002) damgalanmayı en çok yaşayanların şizofreni hastaları kadar, madde ve alkol bağımlıları olduğu belirtilmektedir. Özellikle ciddi akıl hastalığı olan kişilerin (Corrigan ve ark., 2003) ve madde bağımlılığı olan kişilerin (Link, Struening, Rahav, Phelan, & Nuttbrock, 1997) daha fazla ayrımcılığa maruz kaldığı belirtilmektedir. Şizofreni ve diğer ağır ruhsal hastalığı olan kişilerden farklı olarak alkol ve madde bağımlılığı olan kişiler toplum tarafından ruhsal hastalığı olan kişiler olarak değil, yaşadıkları durumu kendi yaratmış kişiler olarak algılanmakta ve bu nedenle daha fazla olumsuz olarak yargılanmakta ve ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Fakat şaşırtıcı bir şe-

kilde, bağımlılığı olan kişiler toplum tarafından şizofreni hastaları kadar tehlikeli ve beklenilmedik davranışlara sahip kişiler olarak algılanmaktadır (Shomerus ve ark., 2011a).

İçselleştirilmiş damgalanma şizofreni, bipolar bozukluk gibi hastalıklarda sıklıkla incelenmiş olmasına rağmen alkol bağımlılığında çok fazla konu ile ilgili çalışma yapılmamıştır. Oysa ki, alkol bağımlılığında bağımlı davranışlarında değişimin sağlanması ve uygulanan farmakolojik ve psiko-sosyal tedaviye uyumun artırılması için hastaların öz yetkinliklerinin ve öz saygılarının artırılması ve dolayısıyla da içselleştirilmiş damgalanmalarının azalması gerekmektedir (Schomerus ve ark., 2011b).

Bu araştırmada tedavi görmekte ve remisyonda olan alkol bağımlısı hastalardaki içselleştirilmiş damgalanma ile bu damgalanmaya eşlik eden depresif düzeyin saptanması ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, alkol bağımlılığı kliniğinde yatarak tedavi gören ve tedavisi bitmiş ve dışarıdan periyodik grup terapilerine katılarak tedavi gören alkol bağımlılığı hastalarının içselleştirilmiş damgalanma puanlarının eğitim, cinsiyet, çalışma durumu gibi demografik ve hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı gibi klinik değişkenlere göre nasıl farklılaştığı sorgulanmış ve damgalanma puanlarının depresif belirti puanları ile ilişkisi incelenmiştir.

Yöntem

Örneklem

Bu çalışmanın örneklemini, DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994) tanı ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı ile Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Anatolia Klinikleri Alkol Bağımlılığı Tedavi Servisi'nde yatarak tedavi görmekte olan 25 ve daha önce hastanede tedavi görüp grup toplantılarına katılan ve tedavileri gündüz hastanesinde sürdürülen 25 hastadan oluşmaktadır. Çalışma grubuna dahil edilen kişilerde 18-65 yaş arasında olma, alkol bağımlılığı ve Major Depresyon tanısı dışındaki herhangi bir Eksen I ve Eksen II tanısının olmaması ve katılımın gönüllü olması şartı aranmıştır. Hastaların klinik ve psikiyatrik geçmişlerine ilişkin bilgilere hastaların dosyaları incelenerek ulaşılmıştır ve uygun olan hastalar çalışmaya alınmıştır. Grup toplantılarına katılan gruptaki kişiler içinse ek olarak son 3 aydır alkol kullanmamış olma şartı aranmıştır.

Araştırmada yer alan 50 kişinin 7'si (%14) kadın, 43'ü (%86) erkektir. Yaş ortalaması kadınlar için 40,86 (Ss=11,1); erkekler için 41,30 (Ss=10,62) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde, 10 kişinin (%20) bekar, 32 kişinin evli ve 8 kişinin (%16) boşanmış ya da dul olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların 2'sinin (%4) ilkokul, 4'ünün (%8) ortaokul, 20'sinin (%40) lise, 19'unun üniversite ve 5'inin lisansüstü eğitim mezunu olduğu saptanmıştır. 34 katılımcının (%68) herhangi

bir işte çalıştığı, 16 katılımcının (%32) ise çalışmadığı belirlenmiştir. Alkole başlama yaşı incelendiğinde, 15 kişinin (%30) 15-20 yaş arasında, 18 kişinin (%36) 20-25 yaş arasında, 9 kişinin (%18) 25-30 yaşları arasında ve 8 kişinin (%16) 30 yaşından sonra alkole başladığı ve bağımlılık süresinin 6 ay ve 25 yıl arasında değişmekte olduğu bulundu ve bağımlılık süresinin ortalaması 8,4 yıl ($\pm 6,09$) olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin, 11'inde aile bağımlılık öyküsü bulunurken, 39 kişide herhangi bir bağımlılık öyküsü bulunmamaktadır. Daha önceki bırakma deneyimleri incelendiğinde 40 kişinin (%80) bırakma deneyimi yaşadığı, 10 kişinin (%20) ilk bırakma deneyimini yaşadıkları saptanmıştır. Daha önce bırakma deneyimi yaşayan kişilerin 21'inin (%52,6) 6 aydan az süreli, 7'sinin (%17,5) 6 ay-1 yıl süreli, 4'ünün (%5) 1-2 yıl süreli ve 10 kişinin (%25) 2 yıldan fazla süreli ayık kaldığı belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Demografik-klinik Veri Formu:

Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan "Bilgi Toplama Formu" kullanılmıştır. Formda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumuna ilişkin temel demografik bilgiler ve hastalık süresi, alkole başlama yaşı, aile bağımlılık öyküsü, daha önceki bırakma deneyimlerine ve ayık kalma sürelerine ilişkin klinik bilgilerin toplanmasına yönelik maddeler yer almaktadır.

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ): Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş ve ülkemizdeki geçerlilik güvenilirlik çalışması Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçek 29 maddeden oluşan ve hastaların yaşadıkları damgalanmayı içselleştirmelerini değerlendiren likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin: 1. Yabancılaşma (6 madde), 2. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde), 3. Algılanan Ayrımcılık (5 madde), 4. Sosyal Geri Çekilme (6 madde) ve 5. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde) olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında tüm ölçek için elde edilen iç tutarlık katsayısı ise .93, ölçeğin iki-yarım güvenilirliği ise .89 olarak bulunmuştur (Ersoy ve Varan, 2007). Bizim çalışmamızda ise tüm ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı. 86 olarak hesaplanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve ark. (1961); tarafından deneklerin depresif düzeylerini belirlemek amacıyla tasarlanmış 21 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli (1988; 1989) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı .80 olarak bulunmuştur.

İşlem

Çalışma Nisan - Haziran 2008 tarihleri arasında Balıklı Rum Hastanesi vakfı Anatolia Klinikleri Alkol

Bağımlılığı Tedavi Servisi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yapılması için Balıklı Rum Hastanesi Anatolia Klinikleri'nde gerekli izinler alınmış olup, çalışmaya katılması uygun olarak belirlenen hastalara çalışmanın amacı ve yöntemi sözel olarak açıklanmış ve hastalardan sözel olarak gönüllü onamı alınmıştır. Görüşmeler sessiz ve rahatsız edilmeyen bir odada bireysel olarak 2 psikolog araştırmacı tarafından yapılmıştır. Görüşmede ilk önce, çalışmaya katılan hastalara araştırmacılar tarafından sosyo-demografik veri formu uygulanmıştır. Ardından hastalara ikiside öz-bildirim ölçeği olan BDÖ ve RHİDÖ verilmiş ve hastalardan bireysel olarak bu ölçekleri doldurmaları istenmiştir.

Bulgular

Bu çalışmada yer alan katılımcıların RHİDÖ ile ölçülen içselleştirilmiş stigma düzeylerinin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumu ile alkol bağımlılığına ilişkin araştırmada sorgulanan klinik değişkenlere göre nasıl farklılaştığı incelenmiştir ve RHİDÖ ve BDÖ puanları arasındaki ilişki araştırılmıştır.

RHİDÖ toplam puanının ortalaması 44,18 (\pm 13,29) olarak bulunmuştur, ölçeğin 5 alt ölçeğine ilişkin ortalamalar ise şu şekildedir: Yabancılaşma alt ölçeği 14,86 (\pm 3,44), Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçeği 15,54 (\pm 3,81), Algılanan Ayrımcılık alt ölçeği 11,57 (\pm 3,42), Sosyal Geri Çekilme alt ölçeği 13,92 (\pm 4,32) ve Damgalanmaya

Karşı Direnç alt ölçeği 12,65 ($\pm 2,22$).

RHİDÖ toplam ve alt ölçekler puanları, hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu ve gelir dilimine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonucuna göre eğitim düzeyi düşük olanların RHİDÖ toplam puanı istatistiksel olarak eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır ($X^2_{(2)} = 10,141$, $p < 0,01$). Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği dışında kalan yabancılaşma ($X^2_{(2)} = 9,116$, $p < 0,01$), kalıp yargıların onaylanması ($X^2_{(2)} = 10,546$, $p < 0,05$), algılanan ayrımcılık ($X^2_{(2)} = 7,074$, $p < 0,05$) ve sosyal geri çekilme ($X^2_{(2)} = 9,431$, $p < 0,01$) alt ölçeklerinden alınan toplam puanlar eğitim seviyesinin yüksekliğine göre azalmaktadır. Hastalar, Mann-Whitney U testi ile çalışma durumu açısından incelendiğinde, anlamlı bir farka ulaşılmış ve çalışan kişilerin RHİDÖ toplam puanları çalışmayan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha az bulunmuştur ($z = 2,662$, $p < 0,01$). RHİDÖ puanları daha ayrıntılı incelendiğinde, kalıp yargıların onaylanması ($z = -2,537$, $p < 0,01$) ve sosyal geri çekilme ($z = -2,333$, $p < 0,05$) alt ölçekleri toplam puanları çalışma durumuna göre değişirken, yabancılaşma, algılanan sosyal ayrımcılık ve damgalanmaya karşı direnç alt ölçekleri toplam puanları çalışma durumuna göre değişmemektedir.

Klinik veriler incelendiğinde ise RHİDÖ puan ortalamalarının bağımlılık süresi ve bırakma deneyimi olan

bağımlıların ayık kaldıkları süre göre farklılaşmadığı görülmüştür. Yapılan Kruskal Wallis analizine göre, damgalanmaya karşı direnç ($X^2_{(2)} = 11,296$, $p < 0,01$) alt ölçeğinden alınan puanın alkole başlama yaşına göre değiştiği bulunmasına rağmen diğer alt ölçekler ve RHİDÖ toplam puanı alkole başlama yaşına göre değişmemektedir. Öte yandan, yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre RHİDÖ toplam puanları yatarak tedavi görüp görememe durumuna ($z = -2,719$, $p < 0,01$) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmektedir. Halen hastanede tedavi görmekte olan kişilerin remisyonunda olan grup toplantılarına katılan kişilere kıyasla RHİDÖ puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine aynı şekilde daha önce bırakma deneyimi yaşayanların ortalama RHİDÖ toplam puanı ($z = -2,282$, $p < 0,05$) ile algılanan sosyal ayrımcılık ($z = -2,498$, $p < 0,01$) ve sosyal geri çekilme ($z = -1,895$, $p < 0,05$) alt ölçeklerinden alınan toplam puanlar daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca ailesinde alkol kötüye kullanım öyküsü olan hastaların damgalanma karşı direnç ($z = -2,020$, $p < 0,05$) alt ölçeği puanı, ailesinde alkol problemi olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur fakat RHİDÖ toplam puanı ve diğer alt ölçekler puanı aile alkol kullanım öyküsüne göre değişmemektedir. Demografik ve klinik değişken kategorilerine göre RHİDÖ ortalama puanları Tablo1'de verilmiştir.

Tablo1. RHİDÖ toplam puanlarının demografik ve klinik değişkenlere göre dağılımı

	RHİDÖ toplam	Yabancılaşma	Kalıp Yarguların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç
CİNSİYET						
Kadın (N=7)	41,7 (±4,8)	14,62 (±3,62)	15,88 (±3,73)	11,78 (±3,56)	14,07 (±4,58)	12,76 (±2,31)
Erkek (N=43)	44,6 (±14,1)	16,28 (±1,38)	13,42 (±3,86)	10,28 (±2,21)	13,00 (±2,23)	12,00 (±1,53)
MEDENİ DURUM						
Evlü (N=32)	36,9 (±15,7)	13,80 (±3,76)	13,70 (±5,39)	10,50 (±4,50)	11,9 (±5,97)	13,10 (±2,72)
Bekar (N=10)	45,8 (±13,0)	14,78 (±3,31)	16,53 (±3,19)	11,74 (±3,02)	14,51 (±3,93)	12,83 (±2,20)
Boşanmış/dul (N=8)	46,6 (±9,5)	16,50 (±3,38)	13,87 (±2,53)	12,25 (±3,58)	14,12 (±2,94)	11,37 (±1,06)
EĞİTİM DURUMU						
İlk-ortaokul mezunu (N=6)	58,83 (±12,9)	18,66 (±2,66)	19,17 (±1,72)	14,33 (±2,16)	17,33 (±3,88)	13,66 (±1,50)
Lise mezunu (N=20)	45,4 (±8,6)	14,80 (±2,09)	15,90 (±2,95)	11,94 (±2,94)	15,00 (±3,31)	12,68 (±2,81)
Üniversite ve lisansüstü mezunu (N=24)	34,5 (±14,1)	13,96 (±3,93)	14,33 (±4,24)	10,58 (±3,68)	12,20 (±4,48)	12,37 (±2,18)
ÇALIŞMA DURUMU						
Çalışıyor (N=34)	37,4 (±13,0)	14,00 (±4,06)	13,56 (±3,36)	10,13 (±3,44)	11,73 (±4,00)	12,93 (±2,91)
Çalışmıyor (N=16)	47,4 (±11,4)	15,26 (±3,09)	16,47 (±3,68)	12,20 (±3,26)	14,88 (±4,15)	12,57 (±1,87)
ALKOLE BAŞLAMA YAŞI						
15-20 yaş (N=15)	49,67 (±13,53)	15,53 (±2,74)	17,33 (±3,54)	13,07 (±4,06)	15,92 (±4,68)	13,42 (±1,87)
20-25 yaş (N=18)	42,0 (±9,74)	14,66 (±2,99)	16,00 (±2,52)	11,11 (±2,80)	13,50 (±3,58)	13,39 (±2,25)
25 ve üstü (N=12)	41,64 (±15,47)	14,47 (±4,41)	13,47 (±3,45)	10,82 (±3,24)	12,70 (±4,39)	11,23 (±1,82)
TEDAVİ						
Yatarak (N=25)	49,1 (9,3)	16,20 (±3,61)	17,00 (3,66)	13,08 (±3,54)	15,24 (±4,75)	13,16 (±2,26)
Ayaktan (N=25)	39,3 (±14,9)	13,52 (±2,71)	14,08 (±3,42)	10,00 (±2,50)	12,54 (±3,40)	12,12 (±2,09)
AİLEDE BAĞIMLILIK						
Var (N=11)	48,0 (±8,7)	15,36 (±2,80)	16,36 (±2,57)	12,91 (±2,21)	14,73 (±3,16)	13,72 (±1,79)
Yok (N=39)	43,1 (±14,2)	14,72 (±3,62)	15,30 (±4,08)	11,18 (±3,63)	13,68 (±4,61)	12,34 (±2,58)
BIRAKMA DENEXİMİ						
Var (N=40)	46,2 (±13,3)	15,12 (±3,57)	15,87 (±3,74)	12,12 (±3,34)	14,50 (±4,12)	12,60 (±1,94)
Yok (N=10)	36,2 (±10,2)	13,80 (±2,78)	14,20 (±3,96)	9,11 (±2,76)	11,33 (±4,47)	12,88 (±3,33)
AYIK KALINAN SÜRE						
6 aydan az (N=21)	47,52 (10,47)	15,66 (±2,78)	16,71 (±3,50)	12,38 (±2,92)	15,04 (±3,27)	12,62 (±1,83)
6 ay-24 ay (N=9)	38,89 (±13,31)	13,67 (±4,76)	13,77 (±2,63)	10,78 (±3,83)	12,33 (±3,87)	12,55 (±1,81)
24 ay ve üstü (N=10)	49,90 (±17,15)	15,30 (±3,97)	15,30 (±3,97)	12,80 (±3,70)	15,30 (±5,52)	12,60 (±2,46)

Araştırmaya katılan hastaların depresyon puanları incelendiğinde, BDÖ ortalama değer $13,37 \pm 8,95$ olarak bulunmuştur. İçselleştirmiş damgalanma seviyesi ile depresif belirti şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi için Spearman Korelasyon testi kullanılmış ve RHİDÖ ve BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Bir başka deyişle, BDÖ puanları da arttıkça, RHİDÖ toplam puanları da artmaktadır ($r=0,533$ $p<0,001$). Bu ilişki RHİDÖ alt ölçekleri açısından incelendiğinde ise yabancılaşma ($r=0,558$, $p<0,01$) algılanan sosyal ayrımcılık ($r=0,563$ $p<0,01$), sosyal geri çekilme ($r=0,474$; $p<0,01$) ve kalıp yargıların onaylanması ($r=0,299$, $p<0,05$) alt ölçekleri ile BDÖ toplam puanı ilişkili olarak saptanmıştır.

Tartışma

Daha önceki çalışmalara uyumlu olarak (Anthony, Arria, & Johnson, 1995; İnce, Doğruer, & Türkçapar, 2002) çalışmamızdaki erkek hastalar kadın hastalara göre daha fazladır hatta bu oran 1/6 olarak saptanmıştır. Çalışmamıza katılan erkeklerin yaş ortalaması 41,3 olarak bulunmuştur ve katılanların %66 gibi büyük bir çoğunluğu alkole 15-25 yaş arasında başlamıştır. Bu bulgu erkeklerin alkol kullanımına onlu yaşların sonunda ve yirmili yaşların başında başladığı ve ilk klinik tedavi girişiminin otuzlu yaşların sonunda veya kırklı yaşların

başlarında olduğu bilgisi ile benzerlik taşımaktadır (Goodwin, 1989). Bu durum alkol kullanımının sosyal olarak kabul edilmesi ve alkolün olumsuz etkilerinin daha çok geç yaşlarda ortaya çıkmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyinin düşmesinin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Bu bulgu literatürdeki bilgilerle (Alonso ve ark., 2009; Corrigan ve ark., 2003; Wahl, 1999) uyumludur. Brockington, Hall, Levings ve Murphy'nin (1993) yaptıkları çalışmada sosyo-ekonomik düzeyleri yüksek kişilerin ruhsal hastalıklarla ilgili olarak daha bilgili oldukları ve ruhsal hastalığı olan kişilere daha ılımlı oldukları belirtilmiştir. Bu açıdan, gelir ve eğitim düzeyi daha yüksek olan kişilerin ruhsal hastalıklara karşı sergiledikleri bu ılımlı yaklaşımı kendilerine karşı da sergileyebilecekleri tahmin edilebilir, buradan hareketle de eğitim ve gelir düzeyinin yüksek olmasının içselleştirilmiş damgalanma açısından koruyucu bir etken olabileceği düşünülebilir (Ritsher ve ark., 2003).

Çalışmamızda bulunan bir diğer bulgu çalışmayanların içselleştirilmiş damgalanma puanlarının çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğudur, bu bulgu işsizliğin içselleştirilmiş damgalanmayı arttırmada kolaylaştırıcı bir faktör olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Daha önceki çalışmalarda da işsizlik damgalanma ile ilişkilendirilmiştir (Alonso ve ark., 2009; Anger-

meyer, 2003; Corrigan ve ark., 2003; Wahl, 1999). Özellikle de kalıp yargıların onaylanması ve sosyal geri çekilme alt ölçeklerinden alınan puanın hastaların çalışma durumlarına göre değişmesi, ruhsal hastalığı olan kişilerin işverenler tarafından ayrımcılığa maruz kalabileceği ve içselleştirdikleri damgalanma nedeniyle iş fırsatlarını değerlendirmede zorlanabileceği akla gelebilir (Wahl, 1999). Bu iddiaya ek olarak işsizliğin öz saygı üzerindeki olumsuz etkisi ve zihinsel sağlığın iş bulma ile olan etkileşimsel ilişkisi içselleştirilmiş damgalanmanın işsizlikle artmasını açıklayıcı niteliktedir (Taris, 2002).

Çalışmamızdaki bulgularla benzer şekilde Semple, Grant ve Patterson'ın (2005) metamfetamin bağımlılarıyla, Luoma ve arkadaşlarının (2007) alkol ve madde bağımlılarıyla yaptıkları çalışmalarda, daha önceki bırakma deneyimlerinin ve tedavi girişimlerinin damgalanmayı arttırdığı bulunmuştur. Başarısız bırakma deneyimlerinin ve daha önceki tedavi sayılarının, hastaların damgalanmayı içselleştirmelerini kolaylaştıracağı düşünülebileceği gibi, kendine yönelik damgalanma düzeyinin fazlalığının tedaviye dirence neden olacağı da akla gelmektedir. Bizim çalışmamızda, daha önce alkolü bırakma deneyimi olan hastaların özellikle sosyal geri çekilme ve algılanan sosyal ayrımcılık puanlarının yüksek olması, başarısız bırakma deneyimlerinin hastaların kendilerini başarısız

ve toplumdan dışlanmış hissetmesine yol açacağı ve böylelikle de hastalarda toplumsal olarak içe kapanma yaşanabileceği yönünde yorumlanmıştır.

Araştırmanın ana eksenini oluşturan içselleştirilmiş damgalanma ve depresif belirti şiddeti incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılmış ve Link ve arkadaşlarının (1997) bulguları ile paralel olarak içselleştirilmiş damgalanma ve depresyon düzeyi arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur. Depresif belirtilerle en güçlü ilişki algılanan sosyal ayrımcılık, yabancılaşma ve sosyal olarak geri çekilme alt ölçekleri arasındayken; kalıp yargıların onaylanması ile olan ilişki orta kuvvettedir. Bu ilişki analizi, toplumsal olarak yalnızlaşma, içe kapanma gibi davranışsal ve duygusal tepkilerin bilişsel tepkilere göre depresif belirtilerle daha bağlantılı olduğu şeklinde açıklanabilir. Bunun dışında, damgalanmanın başarılı bir tedavi uygulansa bile depresif belirtileri devam ettirici bir etkisi bulunduğu ve depresif belirtiler ile içselleştirilmiş damgalanmanın etkileşimsel bir ilişki içinde olduğu düşünülmektedir (Link ve ark., 1997; Ritsher ve ark., 2003). Ayrıca alkol bağımlıları, damgalanmanın getirdiği nefreti içselleştirip utanca, değersizlik hissine ve karamsarlığa dönüştürmekte ve bu gibi depresif belirtilerle nefretin etkilerinden korunmuş olmaktadır. Bunun yanısıra bu bireyler alkol bağımlılıklarının kendi hataları olduğunu düşünerek kendilerini

suçlamaya ve hiçbir şey yapamayacak kadar güçsüz olduklarını düşünmeye başlamak ve bu şekilde yaşadıkları damgalanmayı içselleştirmektedirler (Heeren, Edwards, Dennis, Rodkin, Hingson, & Rosenbloom, 2008).

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan birincisi örneklem sayısının azlığıdır. Bu bağlamda diğer çalışmalarda örneklem sayısının artırılması gerekmektedir. Çalışmamızda alkol bağımlılığı hastalarının sadece depresyon düzeyleri saptanmıştır. Fakat kaygının ve özellikle sosyal fobinin alkol bağımlılığı ile güçlü bağlantıları bulunmaktadır, bu nedenle anksiyete ve diğer psikiyatrik belirtilerin taranması önem taşımaktadır. Ayrıca alkol bağımlılarının tedaviyi bırakma girişimlerinin ve başarısızlıkla sonuçlanan tedavilerin sayıca fazla olması, hastaların kendine güvenlerini azaltmakta, damgalanma duygularını arttırmakta ve tedaviye uyumu azaltmaktadır. Bu açıdan depresyon ve içselleştirilmiş damgalanma dışında hastalardaki öz saygı, öz yeterlilik, kendine güven gibi özelliklerinin bütüncül olarak değerlendirilmesi ile tedaviye uyumun artırılması sağlanabilir. Bu nedenle sonraki çalışmalarda bu faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir. Son olarak sosyal çevrenin ve sosyal desteğin içselleştirilen damgalanmayı etkilediği bilinmektedir. Bu açıdan hastaların aile ve sosyal çevre ile ilişkilerinin ve aldıkları sosyal desteğin incelenmesi faydalı olabilir.

Sonuç olarak damgalanma, hastalarda yarattığı sosyal içekapanma, düşük özsaygı, düşük kendilik değeri, dışlanmışlık hissi, depresyon ve olumsuz tedavi seyri gibi olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu nedenle toplum tarafından yapılan damgalamanın ve bu damgalanmanın hastalar tarafından içselleştirilmesinin önlenmesi gerekmektedir. Özellikle de alkol bağımlılığındaki tedavi başarısının davranışsal değişikliklere ve dolayısıyla da hastalardaki ruhsal yapının güçlülüğüne bağlı olması nedeniyle hastaların damgalanmışlık hislerinin azaltılması büyük önem taşımaktadır. Bu açıdan kalıplaşmış yargıların kırılması için toplumsal bilinçlendirme çalışmalarının yapılmasının yanında, hasta gruplarında toplumla bütünleşmeyi sağlayacak ve sosyal geri çekilmeyi önleyecek çalışmaların yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras S., Graff, R., Haro, J.M., Girolamo, G., Bruffaerts, R., Kovess, V., Matshinger, H. & Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders* 118, 180–186.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. baskı (DSM-IV) (1994) E., Köroğlu. (Çeviri Editörü), *Hekimler Yayın Birliği*. Ankara.
- Angermeyer, M.C. (2003). The stigma of mental illness from the patient's view

- an overview. *Psychiatrische Praxis*, 30 (7), 358-366.
- Anthony, J.C., Arria, A.M. & Johnson, E.O. (1995). Epidemiological and public health issues for tobacco, alcohol, and other drugs. In J.M. Oldham & M.B. Riba (Eds.), *Review of Psychiatry*, 14, American Psychiatric Press.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1991). An inventory for measuring for depression. *Archive of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Brockington, I.F., Hall, P., Levings, J. & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *The British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65 -72.
- Byrne, P. (2001). Psychiatric stigma. *British Journal of Psychiatry*, 178: 281-284
- Corrigan, P. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive Behavior Practice*, 5, 201-222.
- Corrigan, P., Markowitz, F.E., Watson, A., Rowan, D. & Kubiak M.A. (2003). An attribution model of public discrimination towards people with mental illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 44, 162 -179.
- Corrigan, P.W., Larson, J.E. & Kuwabara, S.A. (2010), Social psychology of stigma for mental illness: public stigma and self-stigma. In: Maddux, J.E., Tangle, J.P. (Eds.), *Social Psychological Foundations of Clinical Psychology*, Guilford Press, New York.
- Corrigan, P.W., Rafacz, J. & Rüsch N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189, 339-343.
- Crips, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I. & Rowlands, O.J. (2000). The stigmatization of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Ersoy, M.A. & Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe Form'unun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.
- Florez, J.A. (2003). Considerations on the stigma of the mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 645-650.
- Foster, J.H., Peters, T.J. & Kind, P. (2002) Quality of life, sleep, mood and alcohol consumption: a complex interaction. *Addiction Biology*, 7(1), 55-65.
- Goodwin, D.W. (1989). Alcoholism. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*, Williams & Wilkins.
- Heeren, T., Edwards, E.M., Dennis, J.M., Rodkin, S., Hingson, R.W. & Rosenbloom, D.L. (2008). A comparison of results from an alcohol survey of a pre-recruited internet panel and the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(2), 222-229.
- Hisli, N. (1998). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-126.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6, 3-13.
- İnce, A., Doğruer, Z. & Türkçapar, H.M. (2002) Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5, 82-91.
- Luoma, J.B., Twhig, M.P., Waltz, T., Hayes, S.C., Roget, N., Padilla, M. & Fisher, G. (2007). An investigation of stigma

- in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviours*, 32(7), 1331-1346.
- Lee, S., Lee, M.T.Y., Chiu, M.L.Y. & Kleinman A. (2005). Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 153-157.
- Link, B.G., Struening, E.L., Rahav, M., Phelan, J.C. & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38 (2), 177-190.
- Luty, J.S. & Gerewal, P. (2002). A survey of British public's attitudes towards drug dependence. *Journal of Substance Use*, 7, 93 -95.
- Mukherjee, R., Fialho, A., Wijetunge, A., Chęcinski, K. & Surgenor, T. (2002). The stigmatization of psychiatric illness. *Psychiatric Bulletin*, 26, 178-181.
- Penn, D.L. & Martin, J. (1998). The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly. Special Issue: New Frontiers in the Psychiatric Rehabilitation of Schizophrenia*, 69, 235-247.
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Sirey, J.A., Salahi, J., Struening, E.L. & Link B.G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar effective disorder. *Psychiatric Services*, 52, 1627-1632.
- Ritsher, J.B., Otilingam, P.G. & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31 -49.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M.G. & Angermeyer, M.C. (2011a). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112.
- Schomerus, G., Corrigan P.W., Klauer, T., Kuwert P., Freyberger, H.J. & Lucht M. (2011b). Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 114, 12-17.
- Semple, S.J., Grant, I. & Patterson, T.L. (2005). Utilization of drug treatment programs by methamphetamine users: The role of social stigma. *The American Journal on Addictions*, 14, 367-380.
- Smith, M. (2002). Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 317-325.
- Taris, W.T. (2002). Unemployment and Mental Health: A Longitudinal Perspective. *International Journal of Stress Management*, 9, 43-57.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M. & Corrigan, P.W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 58: 875-884.
- Wahl, O.F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (3), 467-478.