



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyoloji Anabilim Dalı

**Kırsal ve Kentsel Alanlarda
Akıl Hastalığı ve Delilik Olgusu**

Merve Bayraktar

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2022

**KIRSAL VE KENTSEL ALANLARDA
AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK OLGUSU**

Merve Bayraktar

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyoloji Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2022

TEŞEKKÜR

Bu tezin yazılış süreci de dâhil olmak üzere tüm eğitim hayatım boyunca benden ilgilerini ve desteklerini esirgemeyen sevgili annem Fatma Fırat BAYRAKTAR, babam Mehmet Zeki BAYRAKTAR'a ve amcam Kemal BAYRAKTAR'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin her aşamasında bana yol gösteren, emeği ve sabrıyla bana örnek olan, umutsuzluğa kapıldığım her anda yeniden ayağa kalkıp devam etmemi sağlayan ve sadece bu tez süresince değil hayatım boyunca yanımda olacağını değerli hocam Prof. Dr. Tuğça POYRAZ'a ve eleştiri, öneri ve katkılarıyla jüri üyesi hocalarım Doç. Dr. Selda TAŞDEMİR AFŞAR ve Dr. Öğr. Üyesi Belma TOKUROĞLU teşekkürü borç bilirim.

Araştırmamda bana zamanlarını ayıran katılımcılarıma ve verileri toplama süresince bana her türlü desteği sağlayan Gizem ÇELİK ve Gökçe ÇELİK'e çok teşekkür ederim.

Lise zamanlarımdan beri yaptığımız uzun yürüyüşlere eşlik eden sohbetlerimizin ve sohbetlerimize eşlik eden yürüyüşlerimizin hissini birlikte atıldığımız tez süresince de farklı şehirlerde olmamıza rağmen aynı şekilde hissettiren canım arkadaşım Tuğçe SÖZER'e, sesini duymadan bir gün geçirmedığım, desteği ve önerileriyle hiç sıkılmadan yanımda olan sevgili arkadaşım Merve ŞAHİN'e teşekkür ederim.

Tüm hayatım boyunca, arkadaşım, dostum, kardeşim, kuzenim ve herhangi bir aitlik eki olmaksızın sadece varlığıyla yaşamımı daha iyi ve güzel bir yola sokmam konusunda bana ışık olan Ece ÖZCAN'a sonsuz teşekkürler.

ÖZET

Bayraktar, Merve. Kırsal ve Kentsel Alanlarda Akıl Hastalığı ve Delilik Olgusu. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2022.

Bu araştırma, kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan bireylerin normal-anormal, delilik ve akıl hastalığı olgularını nasıl tanımladıkları ve bu şekilde nitelendirilen bireylerle nasıl ilişki ve etkileşim kurduklarını köy ve kent bağlamında karşılaştırmalı olarak ele almayı amaçlamaktadır. Araştırma kapsamında, bireylerin yaşadıkları mekânın ilişki dinamikleri ve kültürüyle ilişkili olarak deli ya da akıl hastası olarak nitelendirilen bireylerin damgalanma, sosyal dışlanma ve kabul süreçlerinin nasıl olduğunun anlaşılması hedeflenmektedir. Araştırma, kentsel alan olarak Ankara ve kırsal alan olarak ise Samsun'un Elmaçukuru Köyü'nde gerçekleştirilmiştir. Kentsel alan olarak Ankara'nın tercih edilmesinde hem büyükşehir hem de başkent olması sebebiyle kentsel ilişkilerin yoğunluğu, kırsal alan olarak Elmaçukuru Köyü'nün tercih edilmesinde ise, şehir merkezine uzak, izole bir dağ köyü olması sebebiyle kırsal ilişkilerin yoğunluğu etkili olmuştur. Nitel araştırma yönteminin uygulandığı araştırmada kentten ve köyden 8'er katılımcı olmak üzere toplamda 16 kişiyle derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Ayrıca araştırmanın kırsal sahasını oluşturan Elmaçukuru Köyü'nde katılımlı gözlem uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda köy ve kent ilişki dinamiklerine bağlı olarak, bireylerin akıl hastalığı ve delilik tanımlarına, kurdukları ilişkilerin mahiyetine ve damgalanmış bireyleri toplumsal dışlama ve kabul süreçlerine ilişkin anlamaya dönük sonuçlara ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler

Akıl hastalığı, delilik, normal-anormal, kır-kent, damgalama.

ABSTRACT

BAYRAKTAR, Merve. Mental Illness and Madness in Rural and Urban Area. Master of Science Thesis. Ankara, 2022.

This research comparatively examines how individuals living in rural and urban areas define the phenomenon of normal-abnormal, insanity and mental illness, and how they relate and interact with individuals who are characterized as such. Within the scope of the research, it is aimed to understand how the stigma, exclusion and social acceptance processes of individuals who are described as insane or mentally ill in relation to the relationship dynamics and culture of the place they live. The research was carried out in Ankara and Samsun's Elmaçukuru Village. These places were chosen because they are places where urban and rural features are seen intensely. Since Ankara is both a metropolitan and capital city, urban relations are visible, and Elmaçukuru Village is a place where rural relations are more intense because it is an isolated mountain village far from the city center. In-depth interviews were conducted with 16 people in total, with 8 participants from the city and the village. In addition, participatory observation was made in Elmaçukuru Village, which constitutes the rural area of the research. As a result of the research, depending on the village and city relationship dynamics, the definitions of mental illness and insanity of individuals, the nature of the relationships they have established, and the conditions of exclusion and social acceptance of individuals have been reached.

Key Words

Mental illness, madness, normal-abnormal, rural-urban, stigma.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLOLAR DİZİNİ.....	xii
RESİMLER DİZİNİ.....	xiii
GİRİŞ.....	1
1.BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN KAPSAMI, KONUSU VE YÖNTEMİ.....	4
1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU, AMACI VE ÖNEMİ.....	4
1.1.1. Araştırmanın Konusu.....	4
1.1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	6
1.1.3. Araştırmanın Problem Cümleleri.....	7
1.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	7
1.2.1. Araştırmanın Veri Toplama Aracı ve Veri Toplama Süreci.....	8
1.2.2. Araştırmanın Veri Değerlendirme Süreci.....	10
1.2.3. Araştırmanın Avantajları ve Dezavantajları.....	11
1.3. LİTERATÜR ÖZETİ	11
2. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ.....	16
2.1. NORMAL VE PATOLOJİ	16
2.1.1. Tıp Biliminde Normal ve Patoloji.....	16
2.1.2. Psikoloji Biliminde Normal ve Patoloji.....	19
2.1.3. Sosyoloji Biliminde Normal ve Patoloji.....	21

2.2. ANTİKÇAĞDAN GÜNÜMÜZE DELİLİK VE AKIL HASTALIĞININ DEĞİŞEN ANNLAMLARI.....	25
2.3. KÖY/KENT KAVRAMLARI VE İLİŞKİ DİNAMİKLERİ.....	31
3.BÖLÜM: OSMANLI DEVLETİ VE TÜRKİYE’DE AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK VE KÜLTÜRLERARASI YAKLAŞIM.....	38
3.1. OSMANLI DEVLETİ VE TÜRKİYE’DE AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK.....	38
3.1.1. Osmanlı Devleti Döneminde Delilik ve Akıl Hastalığı.....	38
3.1.2. Türkiye Cumhuriyeti’nde Akıl Hastalığı.....	40
3.2. PSİKOLOJİK RAHATSIZLIKLARIN KÜLTÜRLE İLİŞKİSİ, KÜLTÜRLERARASI ÇALIŞMALAR VE SOSYOKÜLTÜREL BAKIŞ AÇISI.....	42
4. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN KURAMSAL ÇERÇEVESİ.....	47
4.1. Deli veya Akıl Hastası Olarak Nitelendirilen Bireylerin Damgalanması.....	47
4.2. “Normal Anormaller” Psikolojik Tanı Konmuş Bireylerin Toplum Tarafından Kabul Edilmesi.....	50
4.3. Serge Moscovici’nin Sosyal Temsil Kuramı	54
4.4. Yapısalcılıktan Postyapısalcılığa.....	57
4.4.1. Michel Foucault: Deliliğin Dışlanması, Disipline Edici İktidar ve Büyük Kapatılma..	59
5.BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN BULGULARI.....	63
5.1. DEMOGRAFİK BULGULAR.....	63
5.2. ANORMALLİK: TANIMLAMALAR VE İLİŞKİLER.....	64
5.2.1. ANORMALLİĞİN TANIMLANMASI.....	65
5.2.1.1. Kentte Anormallik.....	66
5.2.1.2. Köyde Anormallik	68
5.2.2. ANORMALLE İLİŞKİ BOYUTU.....	71
5.2.2.1. Anormallerin Damgalanması.....	71
5.2.2.2. Sosyal İzolasyon.....	73
5.2.2.3. Kültürel Değerlere Uygunluk.....	75

5.3. KIRSAL VE KENTSEL ALANDA AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK: TANIMLAMALAR VE İLİŞKİLER	77
5.3.1. AKIL HASTALIĞI VE DELİLİĞİN TANIMLANMASI.....	77
5.3.1.1. Delilik Tanımı.....	78
5.3.1.2. Akıl Hastalığı/ Delilik Ayrımı.....	81
5.3.1.3. Kırsal/Kentsel Alana Göre Farklılaşma.....	83
5.3.1.4. Akıl Hastalığı ve Deliliğin Nedenlerine İlişkin Görüşler	87
5.4. AKIL HASTASI VEYA DELİ OLARAK NİTELENDİRİLEN BİREYLERLE İLİŞKİLER.....	91
5.4.1. Toplumsal Hafıza Olarak Damga.....	91
5.4.2. İletişim/Etkileşim Boyutu.....	99
5.4.2.1. Yüzyüze Bireysel İletişim/Etkileşim.....	99
5.4.2.2. Topluluk İçinde İletişim/Etkileşim.....	103
5.4.2.3. İletişim/Etkileşimde Tanıdık Olma Durumu	106
5.4.3. Akıl Hastalığına Sahip Olan Bireylerle İletişimde Hastalığın Derecelendirilmesi ve “İletişim Eşiği).....	111
5.4.4. İkinci Dereceden Damgalama Yerine Bütünleşme İçin Güvenli Bir Tampon İlişki Alanı: Deli veya Akıl Hastası Olarak Nitelendirilen Bireylerin Ailesi.....	113
5.5. AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK: KURUMLAR.....	115
5.5.1. Uzmanlaşmanın En Görünür Mekânı Kentlerde Uzman İktidarını Kaybediyor Olabilir mi?.....	115
5.5.2. Kuruma Kapatılmanın Şartı: “Saldırgansa Kesinlikle Kapatılmalı” Ama Nereye? Devam Eden İkilem: Akıl Hastanesi mi? Hapishane mi?.....	120
5.6. EK BULGULAR:.....	126
5.6.1. Covid-19.....	126
5.6.1.1. Covid-19’un Psikososyal Etkileri.....	127
5.6.1.2. Yeni Normal- Eski Normal Kavramı.....	131
SONUÇ.....	134
KAYNAKÇA.....	139

EK1: GÖRÜŞME SORULARI.....	149
EK2: ORJİNALLİK RAPORU.....	152
EK3: ETİK KOMİSYON İZİNİ.....	154
EK4: FOTOĞRAFLAR.....	155

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Anormallik: Tanımlamalar ve İlişkiler.....	65
Şekil 2. Kentsel ve Kırsal Alanda Akıl Hastalığı ve Delilik: Tanımlamalar ve İlişkiler.....	77
Şekil 3. Akıl hastalığı ve Delilik: Kurumlar.....	115
Şekil 4. Covid-19: Psikososyal Etkiler ve Eski Normal/Yeni Normal.....	126

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1:DSM-5'e Göre Bozukluklar.....	19
Tablo 2: Modern Delilik Deneyimi.....	29
Tablo 3: Kırsal Dünya ve Kentsel Dünya Ayrımı.....	33
Tablo 4: Ülkelerin Bireysellik ve Toplulukçuluk Özellikleri.....	42
Tablo 5: OECD Ülkelerinin Mental Rahatsızlık Üzerinden Sıralaması.....	43
Tablo 6: Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri.....	62

RESİMLER DİZİNİ

Resim 1. Bosch-Deliler Gemisi.....	26
------------------------------------	----

GİRİŞ

Akıl hastalığı ve delilik kavramının oluşma koşulları ve tarihsel süreç içerisindeki değişimi, birçok toplumsal dinamik ve disiplinlerarası tartışmaları da içermektedir. Akla olan inanç ve vurgu Platon, Aritoteles, Descartes ve Kant gibi düşünürlerde olduğu gibi Batı düşünce geleneğinin merkezini oluşturmaktadır. Descartes, geleneksel akıl anlayışına karşı yeni bir zihin-beden ikiliği ve bu ikilik üzerinden bir düşünce sistemi geliştirmiştir. Batı düşünce geleneğinde, Aydınlanma Dönemi ve sonrasında zıtlıklar üzerinden akla karşı olan her türlü fikir ve oluşum eleştirilmekte ve bunun bir sonucu olarak da akıldışı olarak nitelenen her şey toplumsal ve kurumsal hayatın dışına itilmektedir. Akıl hastalığına ve deliliğe dair bakış, bu dikotomik düşünme sistemi ve rasyonelliğe olan vurgunun başat olması sebebiyle, “Işık ile karanlık, düzgün ile çarpık birbirinin nasıl karşıtıysa, delilik de akıl ve sağduyunun karşıtıdır.” şeklinde tanımlanmıştır.

Modernleşme, uzmanlaşma ve kentleşme gibi toplumsal değişimlerle birlikte, disiplinlerin söylem ve normal/anormal tanımlarını oluşturmaları, yeni özne anlayışını ortaya çıkarmıştır. Bu özne anlayışıyla birlikte, anormal olarak değerlendirilen kişiler toplumsal alanlardan dışlanmışlar, damgalanmaya ve bu damgalanma sonucunda da iletişim/etkileşim alanlarında da birtakım kısıtlamalarla karşılaşmışlardır. Yani tarihsel süreç incelendiğinde normalliğin bir kurgu olup olmadığıyla ilgili tartışmalarında ortaya çıkmaya başladığı görülmektedir. Bu nedenle neyin normal ve neyin patolojik olduğuna dair yapılan tanımlamaların sosyal ve kültürel olarak değerlendirilmesi gerekli olmaktadır. Foucault, normalin söylem olarak inşasından, toplumların disipline edilme sürecine girildiğinden ve bunun rasyonellik ve modern bilim kullanılarak yapıldığından bahsetmektedir. Postyapısalcı ve postmodernist düşünürler ise, aklın başat konumda olmasını eleştirmekte ve modernizmin, hümanizmin ve insanlığı mutluluğa ulaştırma idealinin başarısızlıklarını göstermeye çalışmaktadırlar.

Modern dönem ürünü olan kentsel alanların oluşması ve kentli kültürü, bireylerin hem ekonomik hem de sosyal anlamda refaha ulaştığı ve çoklu seçeneklerin önlerine serildiği bir anlayışla karakterize olmaktadır. Rasyonel düşüncenin görünür olduğu bu alanlara rağmen, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre giderek artan oranda antidepresan kullanımı bulunmaktadır. Kent yaşantısının kendi başına bir stres unsuru haline geldiği de görülmektedir.

Yine günümüzde kentlere özgü varolan birçok sosyal problem bulunmaktadır. Varolan sosyal problemler gözönünde bulundurulduğunda kişilerin psikolojilerinin, toplumsal olaylar ve gelişmelerden etkilendiğini ve hatta kitlesel olarak da bazı sonuçlar doğurabildiği görülmektedir. Son dönemde gerek Türkiye’de gerekse dünyanın genelinde yaşanan ekonomik, ekolojik, siyasi krizler ve savaş gibi olaylar hem küreselleşme hem de medya vasıtasıyla kişilerin tanıklık etme durumunu artmasına sebebiyet vermekte ve gerek psikolojik yaşamları gerekse gündelik yaşamları üzerinde etkide bulunmaktadır.

Kentsel alanlara göre kırsal alanlar ise daha geleneksel ve birincil ilişkilerin yoğunlaşmış olduğu bölgelerdir. Yani akıl hastalığı ve delilik olgusunun mekânsal ilişki dinamiklerine bağlı olarak nasıl tanımlandığı ve böyle bireylerin etkileşim/iletişim alanlarında nasıl bir konuma yerleştirildiği önem arz etmektedir. Yaşanılan yerdeki ilişki ve etkileşim dinamikleriyle birlikte insanların anlam dünyasında yer almayan ve pratik etmediği şeyleri delilik olarak nitelendirmesi de bu kavramın değişkenliğini görebilmek açısından önemlidir. Gündelik hayat bu açıdan normların, sosyal kodların ve davranış biçimlerinin görünür olduğu olduğu ortak bir zemin olmaktadır. Gündelik hayat içerisindeki tekrarlanan pratikler insanlarda ontolojik güvenlik hissi yarattığından bireyler o ortak zemin sorgulamaktan kaçınmakta ve bunu sarsacak şekilde davranan ya da düşünen bireyleri de tehdit unsuru olarak görebilme eğiliminde olabilmektedirler.

Bu araştırma kapsamında kent ve kırsal alanlarda yaşayan bireylerin akıl hastalığı ve deliliği nasıl tanımlandığı ve böyle bireylerle olan ilişkilerinin ne yönde olduğu sorunsallaştırılmaktadır. Araştırmada deliliğin ve akıl hastalığının nasıl deneyimlendiği, bu şekilde damgalanmış tanıdıkları olan insanların gündelik hayattaki etkileşim süreçleri üzerinden anlaşılmaya çalışıldığından nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın kent sahasını oluşturan Ankara ve köy sahasını oluşturan Samsun/Elmaçukuru Köyü’nde toplam 16 kişiyle derinlemesine mülakatlar gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte köydeki veri toplama sürecinde köyde bir hafta süresince kalınmış ve bu sırada katılımlı gözlemlerde bulunulmuştur.

Kentsel ve Kırsal Alanlarda Akıl Hastalığı ve Delilik Olgusu isimli bu çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın ilk bölümünü, araştırmanın konusu, kapsamı ve yöntemi oluşturmaktadır. Bu bölümde çalışmanın kapsamı çerçevesinde sorunsallaştırdığı konuya, araştırmanın amacı ve önemine, problem cümlelerine, araştırmanın avantaj ve dezavantajlarına yer verilmektedir. Yöntem kısmında ise, araştırmada kullanılan yöntem, veri toplama aracı ve

veri toplama süreci ve verilerin değerlendirme süreci ele alınmıştır. İlk bölümün sonunda ise araştırmanın konusuyla ilgili olarak literatüre yer verilmektedir.

Çalışmanın ikinci bölümünü araştırmanın kavramsal çerçevesi oluşturmaktadır. Bu bölümde, normal ve patolojik ayrımının tıp, psikiyatri/psikoloji ve sosyoloji bilim dallarında nasıl ele alındığına yer verilmiş, daha sonra delilik ve akıl hastalığı olgusunun tarihsel süreç içerisinde nasıl değişime ve dönüşüme uğradığına değinilmiş ve son olarak da kent ve köydeki ilişkisel dinamiklerin nasıl olduğu ve tanımlanma problemlerinin üzerinde durulmuştur.

Araştırmanın üçüncü bölümünü akıl hastalığı ve deliliğin bulunduğu coğrafya içinde gerek toplumsal anlamlandırma pratikleri gerekse kurumsallaşma ve uygulanan politikalar bağlamında tarihsel açıdan anlaşılabilmesi için Osmanlı Devleti'nde ve Türkiye'de akıl hastalığı ve delilik olgusuna yer verilmiş. Bununla birlikte deliliğin kültürlerarası çalışmalarda nerede konumlandığı ve sosyokültürel bakış açısı üzerinden nasıl değerlendirildiğine yer verilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünü, araştırmanın kuramsal çerçevesi oluşturmaktadır. Bu bölümde, akıl hastalığı ve deliliğin damgalanması (stigma), bu şekilde nitelendirilen bireylerin toplumla bütünleşmesi, sosyal temsiller, postyapısalcılık ve postyapısalcılık başlığı altında Foucault'da deliliğin dışlanması, disipline edici iktidar ve büyük kapatılma kuramına yer verilmiştir.

Araştırmanın beşinci ve son bölümünde ise elde edilen verilerin analiz edilmesiyle ulaşılan bulgulara yer verilmiştir. Yapılan derinlemesine mülakatlardan elde edilen veriler deşifre edilmiş ve sonrasında kodlanarak sistematik olarak düzenlenmiştir. Çalışmada, normal ve anormallik, akıl hastalığı ve delilik temalarına ulaşılmıştır. Bu temalar, kuramsal çerçeveye ilişkisi kurularak yorumlanmıştır. Sonuç bölümünde ise, araştırmanın bulguları değerlendirilmiştir.

1. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN KONUSU, KAPSAMI VE YÖNTEMİ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU, AMACI VE ÖNEMİ

1.1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Araştırmanın konusunu, “delilik” ve “akıl hastalığı” kavramlarının değişen ve dönüşen anlamlarının, anlam-atıf ilişkilerinin, bağlamsallık içinde ve toplumsal grubun ilişkisel özellikleriyle bağlantılı olarak bireyler tarafından nasıl tanımlandığı, toplumsal grup içerisinde bu şekilde nitelendirilen bireylerin hangi özellik ya da özelliklerinin grup tarafından kabul edildiği ya da dışlandığı; modernleşmenin, uzmanlaşmanın ve gelişen disiplinlerin bu ilişkisel alandaki görünümünün anlaşılması ve açıklanmaya çalışılması oluşturmaktadır. Bu bağlamda tezde delilik, akıl hastalığı, normal-patoloji kavramlarının ilişkisel olduğu, yani zamana ve yaşanan mekana göre farklı anlamlar taşıyabileceği kabulüyle kent ve kırsal toplumlarda bu anlamların açığa çıkarılması konu edilmektedir.

Yüzyıllar boyunca farklı isimler alan ve farklı şekillerde tanımlanan delilik kavramı, kimi zaman yanlış anlaşılmalı, kimi zaman yadırganmış ve mahkum edilmiş, kimi zaman da önemli bir hastalık olarak topluma sunulmuştur. Ancak modernite tüm bilim dallarını fazlasıyla etkilediği gibi delilik kavramını da etkilemiştir. Modernite ile beraber, insanın rasyonel bir nesne olarak tanımlanmaya başlaması, aklın (reason, raison) kavramsallaştırılması meselesini gündeme getirmiştir (Narter, 2003:35). Delilik durumu ve özellikle Aydınlanma sonrasında insan aklının önemli hale gelmesiyle çok daha geniş bir “farklılık”, “genelden farklı olma” şemsiyesi altında konumlanmış olan alışılmadık davranış, tavır ve iletişim şekillerinin; akılla alakalı bir problemden, normal olmayan bir akıl durumundan kaynaklandığı anlayışını ortaya çıkarmıştır. Delilerin ya da akıl hastalarının bu anormal ve farklı olarak nitelendirilme durumunu Foucault (2017, s.277): “Deli başkalarına göre başkadır...” diyerek ifade etmiştir.

Bilimsel bilginin, bilgi formları üzerindeki hakimiyetinin - modernitenin bilgiye yaklaşımı ve bilgi üretme yöntemi- ardından yeni bir "deli" tanımı gündeme gelmiştir (Narter, 2003, s.42). Bununla birlikte modern dönemde kentleşmenin getirmiş olduğu yoğun ve stres yüklü yaşam, karşımıza yeni psikiyatrik rahatsızlıkları da çıkarmıştır. Simmel'in "Metropol ve Zihinsel Yaşam" (1903) adlı kitabında ortaya koyduğu üzere kent ve kır yaşamı birbirine etkileşimler, algılamalar, ruhsal durumlar gibi konularda karşıtlıklar sergilemektedir. Ona göre kent hayatında modern insanın karşı karşıya kaldığı o kadar farklı uyarıcı vardır ki insanların sinir uyarılarının buna uyarlanması gerekmektedir. Kırsal bölgelerde metropoldeki kadar uyarıcı yoktur, bu nedenle daha derin ve duygusal ilişkiler vardır. Simmel, metropol insanının önüne çıkan her uyarana tıpkı kırsal bölgelerde yaşayanlar gibi tepki vermesinin insan zihnini atomlara parçalayacağını belirtir. Kırsal bölgelerde hayatın işleyişi yavaş olduğundan beklenmedik olaylar ve şok düzeyinde algılamalar olmaz. Sosyal hayat alışkanlıklar üzerine kurulu olduğundan hayata bilinç katılmasına gerek yoktur. Oysa metropol yaşamı üst düzeyde bilince ihtiyaç duymaktadır.

Furedi (2017, s.36) de günümüzde insanın başarısızlıklarını anlamlandırmak için insanları etkileyen çeşitli tıbbi ve psikolojik bozukluklara başvurulduğunu belirtmektedir. Ona göre yeni risklerin icat edilmesiyle, yeni bozuklukların keşfi birbiriyle bağlantılıdır. Risk altında olan insanların yeni bir tıbbi ya da psikolojik rahatsızlığın pençesinde oldukları varsayılmaktadır. Bu anlamlandırma meselesinin de gösterdiği üzere aslında farklı dönemlerde, farklı davranışlar ve ilişkiler akıl hastalığı ya da delilik olarak nitelenebilmekte, kabul edilmekte ya da dışlanabilmektedir.

Szasz ise deliği ya da akıl hastalığını, bizden temelde farklı olduğunu düşündüğümüz, dengimiz olarak değil de aşağı (nadiren de üstün) olarak görmeye meyilli olduğumuz kişileri tanımlamakta kullandığımız bir kavram olarak nitelendirmektedir (akt. Goffman, 2016, s.376). Deli olmanın ya da akıl hastalığına sahip olma durumunun farklılık üzerine konumlandırılması sebebiyle bu farklılığı anlayabilmek için farklı olana değil, olağan olana bakmak (Goffman, 2018, s.178) kavramların değişen ve dönüşen anlamlarının izini sürmek için önemli ve gerekli olmaktadır.

Normallik kavramının inşası sözkonusu olduğunda üyesi olunan topluluğun ya da toplumun ilişkisel yapısı ve kültürü önem arz etmektedir. Kentte ya da köyde yaşıyor olmak kişilerarası ilişkilerde ve etkileşimlerde farklılık yaratabilmektedir. Kırsal ve kentsel alanlardaki toplumsal ilişkilerin niteliğiyle ilgili olarak özellikle geleneksellikten modernliğe geçiş ve kentleşmeyle birlikte insan ilişkilerinde yaşanan dönüşümler konusunda hem bu geçiş sürecinde (Durkheim vb.), hem modernlikten kopuşun tam gerçekleşmediği sadece değişikliğe uğradığı anlayışıyla (Habermas, Giddens vb.) hem de modernlikten tamamen kopuşun yaşandığı ve keskin bir dönüşümün olduğu (Baudrillard, Harvey vb.) iddiasıyla birçok çalışma ve analiz karşımıza çıkmaktadır.

İnsan ilişkilerindeki dönüşümler ve süreklilikler içerisinde herhangi bir toplumsal olgunun konumu, toplumsal alan içerisindeki anlamları ve bu anlamlara bağlı olarak yapılan düzenlemeler değişiklik gösterebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında delilik ve akıl hastalığı olgusu ve buna sahip olan insanların topluluk içerisindeki etkileşimi, iletişimi, bütünleşmesi ve dışlanmasıyla ilgili pratiklerde farklılaşma görülebilmektedir. Bu nedenle bir grupta, köyde, kentsel ya da metropol alanda insan ilişkilerinin niteliği, o olgunun ilişkisellik içerisinde anlamını kazandığını ve delilik-akıl hastalığına sahip olma özelliğinin o durumsallık içerisinde ortaya çıktığı anlayışını getirebilmektedir. Bu araştırmada da delilik ve akıl hastalığı olgusu bu anlayış çerçevesi içerisinde ele alınmaya çalışılacaktır.

1.1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

İnsanın, bir toplum içinde var olma suretiyle insani özellik kazandığı ve bir birey psikolojisinden bahsedebilmek için de bir topluluğun ya da grubun üyesi olarak “insan” ın ele alındığı bilinmektedir. Bir bireyin deli ya da akıl hastası olarak nitelendirilme ve toplumdan dışlanma ya da dâhil edilme süreçleri, içinde bulunulan toplumun ilişki ve etkileşim dinamikleriyle yakından ilişkilidir.

Bu araştırmanın temel amacı; kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan bireylerin, “delilik” ve “akıl hastalığı” kavramlarından ne anladıkları, bu iki kavram arasında tezatlık ya da benzerlik ilişkisi kurup kurmadıkları, kendi iletişim ve etkileşim alanları içerisinde klinik olarak teşhis konsun veya konmasın bu şekilde niteledikleri ya da nitelendiklerini bildikleri kişileri toplumsal hayat içerisinde nerede konumlandıklarını anlamaya çalışmak ve ortaya koymaktır. Kırsal ve

kentsel alanlardaki gerek nüfus olarak nicel yoğunluk farklılıkları, gerekse ilişki dinamiklerinin ve etkileşim biçimlerinin farklılık göstermesi sebebiyle dışlanma, dayanışma veya toplumsal kabullenme süreçlerinin hangi yönleriyle benzerlik ve farklılık gösterdiğini ortaya çıkarmak amaçlanmaktadır. Araştırmanın diğer bir amacı ise mekânsal ve ilişkisel olarak farklı yaşam alanları olmaları sebebiyle deli ya da akıl hastası olarak nitelenen kişilerin kentte ve kırdaki kendilerini ifade edebilme ve toplumun parçası olabilme açısından, bu mekânsal ilişki dinamiklerinin avantaj ya da dezavantaj sağlayıp sağlamadığının anlaşılmasıdır.

Günümüzde artan ve değişen yaşam koşulları sonucunda ortaya çıkan psikolojik rahatsızlıklar ve kişilerin psikolojik sağlıklarını koruyabilmeleri için yapmaları gerekenlerle ilgili medyada ve gündemde sıkça karşımıza çıkan açıklamalarla birlikte, kişinin toplumla olan ilişkisinin delilik, akıl hastalığı, psikolojik- ruhsal bozukluklar açısından ele alınması ve anlaşılması bu konudaki çalışmaların önemini arttırmaktadır. Çalışmanın konusuyla ilgili olarak literatürde sınırlı çalışmanın bulunması nedeniyle, akıl hastalığı ve delilik olgusu kırsal ve kentsel alanlarda karşılaştırmalı olarak ele alınarak hem daha derin bilgi elde etmek hem de literatürdeki boşluğu doldurmak amaçlanmaktadır.

1.1.3 ARAŞTIRMANIN PROBLEM CÜMLELERİ

Araştırmanın odaklandığı problem cümleleri aşağıda sıralanmaktadır:

- Normal ve anormal tanımları kentsel ve kırsal alanda farklılaşmakta mıdır?
- Kentsel ve kırsal alanda kimler anormal-deli-akıl sağlığı yerinde olmayan şekilde tanımlanmaktadır?
- Bu şekilde tanımlanan kişiler ile etkileşimler nasıl kurulmaktadır? Bu etkileşimde sosyal dışlama ve dâhil etme dinamikleri nasıl deneyimlenmektedir?
- Normal-anormal tanımının kişilerin üyesi olduğu topluluğun/toplumun değerleriyle ilişkisi nasıl değerlendirilebilir?
- Kişilerin akıl hastası olarak nitelenen kişiyle tanıdıklık/yakınlık durumu o kişilerin akıl hastalığı/ delilik algısını etkilemekte midir?

1.2 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bir araştırma tasarımı oluşturulurken ve yöntem belirlenirken, ele alınacak konuyla ilgili nasıl bir bilgiye ulaşılmak istendiği ve araştırmanın konu edindiği problemin nasıl ele alınacağı belirleyici olmaktadır (Perri ve Bellamy, 2012, s.82). Sosyal bilimlerde birçok yöntem ve yaklaşım bulunmaktadır. Sayer (2010)'e göre bu yöntem ve yaklaşımların güçlü ve zayıf yönleri vardır, araştırmanın amaç ve sorularına göre uygun olan yöntemin kullanılması gerekmektedir.

Araştırmanın temel amacı, kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan bireylerin, delilik ve akıl hastalığı tanımlarını neye göre yaptıkları, nasıl bir anlam yükledikleri ve böyle nitelendirilen bireylerle iletişim ve etkileşimlerinin nasıl olduğunun anlaşılmasına çalışılmasıdır. Yorumsamacı/nitel araştırma, insanların dış dünyaya ve eylemlere yükledikleri anlamları keşfetmeyi amaçlar. (Porta ve Keating, 2008, s.26). Akıl hastalığı ve delilik olgusunun tanımlanması ve böyle nitelendirilen bireylerle kurulan ilişkiler katılımcıların kendi deneyimleri üzerinden anlaşılmasına çalışılacağından çalışmada yorumsamacı bir yaklaşım benimsenmiş ve nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma yönteminde, bağlam içerisinde anlamın elde edilmesi önemlidir (Neuman, 2006, s.233). Yine bu yöntemin kullanıldığı çalışmalarda belirli bir kültürel ve sosyal bağlamda bireylerin ya da grupların gerçekliklerini etkileyen fenomenlerin incelenmesi amaçlanmaktadır (Mills ve Birks, 2014, s.9). Araştırmanın uygulama sahası seçilirken, bireylerin yaşadıkları yerin, kültürlerinin ve ilişki dinamiklerinin delilik ve akıl hastalığı olgusunu tanımlamaları, anlamlandırmaları ve ilişki kurmaları açısından önemli olduğu varsayılmaktadır. Kent hayatının ve kentteki bireylerin birbirleriyle olan ilişkilerinin kırsal alandaki yakın ve samimi ilişkilerden farklı olması, akıl hastalığı ve delilik olgusunun yaşanılan yere göre nasıl anlamlandırıldığına ortaya çıkarılması ve anlaşılması için kentsel alan olarak Ankara ve kırsal alan olarak şehirle bağlantısı zor, izole bir konumda olan Samsun/Elmaçukuru Köyü seçilmiştir.

1.2.1 Araştırmanın Veri Toplama Aracı ve Veri Toplama Süreci

Araştırmada verilerin toplanması için nitel araştırma yönteminin katılımlı gözlem ve derinlemesine görüşme teknikleri kullanılmıştır. Katılımlı gözlem tekniği, araştırmanın kırsal

sahasını oluşturan Samsun Elmaçukuru Köyü'nde gerçekleştirilmiştir. Köyde bir hafta kalınmış ve köyde yaşayan bireylerin ilişki biçimleri ve yaşamları gözlemlenerek notlar alınmıştır.

Derinlemesine görüşme yöntemi için ise yarı yapılandırılmış soru formu oluşturulmuştur. Yarı yapılandırılmış soruların avantajı, araştırmacının önemli soruları sorduktan sonra katılımcının verdiği cevaplara göre soruların sırasını değiştirmekte ya da daha detaylı bilgi alabilmek için soruları özelleştirmekte özgür olmasıdır. (Fielding ve Thomas, 2008, s.246). Bu çalışma kapsamında da katılımcıların hepsine sosyo-demografik sorular yöneltilmiştir. Daha sonra normal-patolojik tanımlamalarını ve bu tanımlamalar üzerinden kurdukları ilişkileri, delilik ve akıl hastalığı tanımlamalarını ve böyle nitelenen bireylerle dışlama ve dâhil etme ilişkilerinin nasıl kurulduğunun anlaşılmasına yönelik sorular sorulmuştur. Kent ve kırsal alanlardaki etkileşim alanları ve sosyal faaliyetler farklılaştığından dolayı, deli veya akıl hastası olarak nitelenen bireylerle birlikte sosyal faaliyetlere katılma durumları o yerleşim alanlarındaki sosyal faaliyetlerin içeriğine göre sorulmuştur. Veriler toplandıktan sonra hem katılımlı gözlem notları hem de derinlemesine görüşmelerden elde edilen veriler birleştirilerek analiz edilmiştir.

Çalışmaya dâhil edilecek katılımcılar seçilirken “amaçlı örneklem” göz önünde bulundurulmuştur. Amaçlı örneklem: “Araştırmacının bireyleri ve mekânları çalışma için seçmesi anlamına gelir. Çünkü bu kişiler çalışma probleminin ve çalışmanın merkezi fenomenin anlaşılmasına yönelik istekli olarak bilgi verebileceklerdir.” (Creswell, 2013, s.156). Araştırmanın örneklemini Ankara’da ve Samsun Elmaçukuru Köyü’nde yaşayan katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcılar, 8’i kentsel alanda, 8’i kırsal alanda olmak üzere toplam 16 kişidir. Katılımcıların hepsi on sekiz yaşından büyüktür. Katılımcıların, meslek ve yaş açısından farklılık göstermesine özen gösterilmiştir. Araştırmaya dâhil olan katılımcılara kartopu örneklem tekniğiyle ulaşılmıştır. Başka bir ifadeyle görüşülen katılımcıların yönlendirmesiyle diğer katılımcılara ulaşılmıştır. Kırsal alanda görüşmeler yapılırken köyde yaşayan bir kişi araştırmacıya yardımcı olmuş ve araştırmacıyla katılımcıların biraraya gelmesinde rol oynamıştır. Görüşmeler, pandemi sürecine denk geldiğinden ve karantina döneminin hemen sonrasındasaha çalışması yapıldığından katılımcılara kendilerini rahat hissedecekleri mekân kendileri seçebilecekleri söylenmiştir. Kentteki katılımcıların hepsinin evinde, maske ve mesafe kurallarına uyularak yüzyüze görüşmeler gerçekleştirilmiş, köydeki katılımcılardan ise 3 kişinin evinin bahçesinde, 5 kişinin ise yine kendi evlerinde yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler, katılımcıların hepsinin izni alınarak, ses kaydına alınmış, ardından yazıya geçirilmiştir. Araştırmanın veri toplama süreci Ağustos 2021- Kasım

2021 tarihleri arasında yaklaşık üç ay sürmüştür. Görüşmeler ortalama 30 dakika ile 90 dakika arasındadır. Katılımcılara, araştırmanın konusu ve amacı açıklandıktan sonra gönüllü katılım formu sunulmuş ve imza alındıktan sonra görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara gönüllü katılım formunun yanında ayrıca sözel olarak da görüşme başladıktan sonra istedikleri herhangi bir aşamada görüşmeyi sonlandırabilecekleri belirtilmiştir.

Çalışmada kırsal alanlarda delilik ve akıl hastalığı olgusu ele alınırken, sadece yapıyı ya da sadece bireyi ön plana çıkartan açıklamalardan kaçınılmaya çalışılmıştır. Araştırmada daha çok bağlam içerisindeki ilişkisel süreçlere ve bu süreçlerin delilik-akıl hastalığını anlamlandırmayla ilişkisi üzerinde durulmaya çalışılmıştır. Bu anlamda çalışmada bütüncül bir yaklaşım benimsenmiştir.

1.2.2 ARAŞTIRMANIN VERİ DEĞERLENDİRME SÜRECİ

Yarı yapılandırılmış soru formları kullanılarak gerçekleştirilen derinlemesine mülakatlar sonucu elde edilen verilerin analiz sürecinde nitel veri analizi teknikleri kullanılmıştır. Veri analizi yapılırken, öncelikle görüşmeler deşifre edilmiştir. Verilerin deşifresinden sonra, tekrarlayan okumalar yapılmış ve tekrarlayan ifadeler kodlanmıştır. Veriler kodlanırken, Strauss ve Corbin'in (1990, 1998'dan akt. Creswell, 2016, s.195) geliştirmiş olduğu açık, eksnel ve seçici kodlamalardan yararlanılmıştır. Açık kodlama yapılırken, transkripsiyonu yapılmış görüşmelerin ve saha notlarının anlamlı bilgi kategorilerine ulaşmak amacıyla incelenmiştir. Açık kodlamadan sonra bu kategorilerin birbirleriyle ilişkilendirildiği ve bir üst düzey soyutlama düzeyi olan eksnel kodlama yapılmıştır. Eksnel kodlama süreci, “merkezi fenomeni etkileyen, nedensel koşullar, fenomeni ele alan stratejiler, stratejileri şekillendiren bağlam ve müdahil koşullar ve stratejileri üstlenmenin sonuçlarıdır.” olarak tanımlanmaktadır. (Creswell, 2016, s.196). Eksnel kodlamadan sonraki aşama ise, elde edilen bu kodların birbiriyle ve kategorilerle ilişkilendirilmesi aşamasıdır. Bu aşama seçici kodlama olarak adlandırılmaktadır. Veriler bu aşamada bir üst soyutlama düzeyinde bir araya getirilmiştir.

Araştırma sürecinde, kent ve kırsal alanda toplanan verilerde birçok açık koda ulaşılmıştır. Elde edilen açık kodların soyutlaması gerçekleştirilirken, kategoriler oluşturulmuş ve bu kategoriler de alt kategorilere ayrılmıştır.

Verinin analizi sürecinde, bilgi türleri üzerinde düşünmenin bir başka yolu olarak gösterilen boz-yap analizine başvurulmaktadır. Bu analiz yönteminin alt stratejilerinden biri olarak ifade edilen yanlış bir ayrımı ortaya çıkarma, bir ikilemi ortadan kaldırma kullanılmıştır. (Czarniawska, 2004 akt. Creswell, 2016, s.186). Araştırmada anormal/anormal, deli-akıl hastası/ akıllı ayrımının üzerinde durulmaktadır.

Nitel araştırma yönteminin kullanıldığı bu araştırmada bir sonraki aşamayı ise, verilerin yorumlanması oluşturmaktadır. Bütünsel olarak kodlamayla başlayan yorumlama süreci, verilerin mevcut kuramsal görüşlerle ve literatürdeki çalışmalarla ilişkilendirilerek ve karşılaştırılarak değerlendirme sürecini içermektedir.

1.2.3 ARAŞTIRMANIN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI

Öncelikle araştırma konusunun delilik ve akıl hastalığıyla ilgili olması sebebiyle, araştırmanın içeriğiyle ilgili bilgi verilmeden önce katılımcılar, bunu psikolojik bir test olarak algılama eğiliminde olmuşlardır. Özellikle köydeki katılımcılar, yapılan araştırmanın tıbbi bir yönü olabileceği düşüncesinden hareketle kendi fiziksel hastalıklarını anlatmaya çalışmışlardır. Araştırmanın içeriğinin anlatılması, araştırmacının kadın ve öğrenci olduğu bilgilerinin verilmesi özellikle köydeki katılımcılarla güven ilişkisinin sağlanmasını ve kendilerini ifade ederken daha rahat olmalarını sağlamıştır. Neuman (2013, s.555), bir yere erişimi denetlemek için resmi veya gayriresmi otoritesi olan kişileri “kapıcı” olarak tanımlamaktadır. Araştırmanın veri toplama sürecinde de köyde yaşayan bir kişi araştırmacıya yardımcı olmuştur. Bu kişi, duvar ustasıdır ve köydeki her haneyle iletişim halindedir. Köyde yaşayan diğer kişiler tarafından bu kişiye saygı duyulmakta ve bu kişinin düşüncelerine önem verilmektedir. Görüşme yapmak için köydeki hanelere gidilirken “kapıcı” olarak nitelendirdiğimiz kişi araştırmacıya eşlik etmiştir. Köyde yaşayan diğer insanların saygı duyduğu birisinin araştırmacıya eşlik ediyor olması, katılımcıların araştırmaya gönüllü olarak dâhil olmalarını ve kendilerini daha rahat hissetmelerini sağlamıştır.

Araştırma devam ederken ortaya çıkan Covid-19 Pandemisi sebebiyle, sokağa çıkma yasağı, tam kapanma ve şehirlerarası yasakların uygulanmasının yanında tedbir olarak fiziksel temasta bulunulmaması gerektiğinden sahaya çıkma tarihi planlanan tarihin ilerisine ertelenmiştir. Beklenen katılımcı sayısı araştırma başında 30 kişi olarak planlanmasına rağmen, belirtilen

nedenlerden ötürü 16 kişiye düşürülmüştür. Sahaya çıkmak için aşılamanın başlaması ve iki doz aşı olunması beklenmiştir. Kentte yaşayan katılımcıların mülakat sırasında daha rahat oldukları, köydeki katılımcıların ise araştırmacının başka bir şehirden gelmesi sebebiyle Covidtaşıyıcısı olabileceği düşüncesiyle tedirginlik yaşadıkları gözlemlenmiştir. Bu sebeple mülakatlarda katılımcılara araştırmacının Covid-19 aşılmasını yaptırdığı bilgisi de verilmiştir. Yine köydeki etkinlikleri yakından gözlemlemek amacıyla katılmanın avantaj sağlayacağı düşünülen yayla şenlikleri pandemi nedeniyle iptal edildiğinden şenliklere katılım sağlanamamış ve gözlem yapılamamıştır.

Çalışma kapsamında verilerin toplanacağı yerler; araştırmanın amacı doğrultusunda, kentsel ve kırsal alanların ilişki dinamikleri önem arz ettiğinden büyükşehir olan Ankara ve kentle bağlantısı zor olan ve izole bir yer olan Samsun'un Elmaçukuru Köyü'dür.. Araştırmacının, Ankara kentinde ve Samsun'un kırsal bölgelerine erişim konusunda network sağlamış olması sebebiyle, köy ve kent olarak bu yerlerin seçilmesi, katılımcılara erişim konusunda avantaj sağlamıştır. Bununla birlikte Samsun'un Elmaçukuru Köyü'nün bir dağ köyü olması ve yüksek rakımda bulunması, yoğun ormanlık alan içermesi sebebiyle köye ulaşım zordur. Bu bir dezavantaj gibi görülse de aslında belirtildiği gibi bu köyde yaşayan katılımcıların kent merkezine gitmeyi tercih etmemesi ve kırsal ilişki dinamiklerinin daha görünür olması konusunda bir avantaj sağlamıştır.

1.3. İLGİLİ LİTERATÜR ÖZETİ

Araştırmanın konusuyla ilgili olarak literatür tarandığında, kırsal ve kentsel alanlardaki akıl hastalığı ve damgalanma süreçleriyle ilgili olarak daha çok nicel çalışmaların olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, akıl hastalığının nasıl tanımladığıyla ilgili nitel çalışmalar da bulunmaktadır. Bu kısımda, araştırmanın kapsamı için bulguları bakımından yol gösterici olan çalışmaların özeti verilecektir.

Bakacak ve Boyacıoğlu (2012)'nin yapmış oldukları araştırma, bireylerin akıl/ruh sağlığı tanımlamalarının nasıl olduğuyula ilgili yapılmış bir çalışmadır. Çalışmada 45 kişiyle derinlemesine mülakat gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, katılımcıların çoğunluğu, akıl sağlığı-ruh sağlığı tanımlamalarında ikisinin birbirinden farklı olduğunu

belirtmişlerdir. Akıl hastalığını daha çok fizyolojik (beyinde meydana gelen bir problem) olarak değerlendirirken, ruh hastalığını ise kişinin daha çok duygusal ya da manevi bir problem olarak değerlendirmişlerdir. Araştırmaya katılan 11 kişi ise akıl hastalığı ve ruh hastalığının aynı şeyler olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmanın sonuç kısmında da değinildiği üzere, tanımlamaların kişinin kültürüyle ilişkili olduğu ve buna göre değiştiği görülmektedir.

Akıl hastalığı ve ruhsal hastalık kavramlarının etiketlenme ve damgalanma açısından araştırıldığı bir çalışmaya (Özmen, Taşkın, Özmen, Demet, 2004) göre ise, psikiyatrik rahatsızlıkları, akıl hastalığı olarak değerlendirenlerin ruhsal hastalık olarak değerlendirenlere göre daha dışlayıcı tavrda oldukları, böyle kişilerin topluma karışmamaları gerektiği ve saldırgan olabilecekleri konusunda görüş belirttikleri ortaya çıkmıştır.

Taşkın, Şen, Özmen ve Aydemir'in (2006), kırsal kesimde gerçekleştirmiş olduğu, depresyonlu hastalara karşı olan tutumun ve dışlanmalarına neden olan etmenlerin araştırıldığı çalışmanın sonuçları özellikle kişilerarası ve grup-kişi arasındaki etkileşim ve iletişim konusunda depresyonlu hastalara karşı olan bakışı göstermesi bakımından önem arz etmektedir. Araştırma, Manisa'nın Çeşmebaşı isimli köyünde gerçekleştirilmiştir. 230 kişiye anket uygulanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre, katılımcıların %75'i depresyonlu bir kişiyle evlenmek istemeyeceğini, %50'si depresyonlu bir komşusu olmasından rahatsız olacağını, %57'si böyle bir kişiye evini kiralamayacağını belirtmiştir. Katılımcıların %50,5 ise depresyonlu kişiyi saldırgan olabilecek biri olarak değerlendirmiş ve yine %50'si toplumda serbest gezmeleri gerektiğini belirtmiştir. Araştırmanın diğer bir sonucuna göre ise, özellikle sosyal yakınlık ve kişisel ilişki gerektiren konularda kişilerin daha fazla dışlama eğiliminde olduğu, kişisel olmayan alanlarda ise sosyal kabulün daha fazla olduğu yorumlanmıştır. Bu sonuçlar, Arkar'ın 1991 yılındaki Akıl Hastasının Sosyal Reddedilimi isimli çalışması sonuçlarıyla da uyumludur. Çalışmaya göre evlilik ya da aynı odayı paylaşma gibi sosyal sorumluluk getiren durumlarda kişiler, etkileşim ve iletişimi azaltmaya yönelik tavrda bulunmaktadır.

Yine Manisa'nın Çeşmebaşı Köyü'nde ve şehir merkezinde gerçekleştirilen araştırmada (Taşkın, Şen, Aydemir, Özmen, Demet, İçelli, 2002) şizofreni hastalığının iyileşmesine yönelik inanç ve tutumlar ölçülmeye çalışılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre kırsal kesimdeki kişiler kentsel alanda yaşayanlara göre şizofreniyi daha fazla akıl hastalığı olarak değerlendirme eğilimindedirler. Bununla birlikte, şizofreninin nedenini sosyal sorunlara bağlayanların oranı

%75, kişiliğe bağlayanların oranı ise %61,5'tir. Araştırmaya göre şizofreniyi ruhsal bir problem ve aşırı üzüntü olarak değerlendirenler, sosyal problemler çözülmeden hastalıkta da iyileşme olmayacağını düşünmektedirler. Bu sonuçlar, kişilerin psikolojik problemlerle sosyal sorunlar arasındaki kurduğu ilişkinin ortaya çıkarılması açısından de önemlidir. Bununla birlikte araştırmada kırsal yaşamın ya da kentsel yaşamın hangi özelliklerinin bu şekilde sonuçlara neden olabileceği konusunda bir değerlendirmeye gidilmediği görülmektedir. Bu araştırmada da aynı problem üzerinde durulacak ve literatürdeki boşluk doldurulmaya çalışılacaktır.

Toplumsal olarak, belli başlı olgularla ilgili yaşanmışlıkları ve algıları ortaya koyan atasözlerinin değerlendirilmesi de önemlidir. Çelik (2016), toplumun delilik algısını atasözleri üzerinden analiz eden bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada, birçok atasözü incelenmiş ve deliliğin özellikleri sınıflandırılarak analiz edilmiştir. Atasözlerine göre yapılan sınıflandırmada, toplumun algısında delilik, akılsızlık-budalalık, Allah tarafından sakınılma, atılganlık-cesaret, güvenilmezlik, hareketlilik, saldırganlık-tehlikeli olma vb. özellikler bulunmaktadır. "Köyün delisi" kavramı ise, köyün deliyi etkileşim-iletişim alanına dâhil etmesi olarak değerlendirilmiştir.

Angermeyer ve Dietrich (2006), akıl hastalığı olan insanlara yönelik kamusal inançları ve tutumları, 1990-2004 yılları arasında yayınlanmış çalışmalar üzerinden değerlendirmektedir. Çalışma, çoğunluğu Avrupa ülkesi olan 33 ulusal, 29 yerel ve bölgesel çalışmalara odaklanılan bir derleme çalışmadır. Çalışmanın sonuçlarına göre halkın önemli bir kısmı belirli mental bozuklukları tanıyamamaktadır. Fakat patolojik davranışla karşılaşıldığında, bu davranışın nedenin psikososyal stresle bağdaştırıldığı ve bu davranışların tedavisi için psikolojik müdahale önerildiği sonucuna ulaşılmaktadır. Halkın çoğunluğu, mental bozukluğu olan insanları yardıma muhtaç olarak değerlendirmekte ve korumacı tepkiler vermektedir. Ancak, önemli bir çoğunluk da bu şekilde nitelendirilen kişileri öngörülemeyen ve tehlikeli olarak değerlendirmekte ve korktuklarını belirtmektedirler. Bu kişiler, mental bozuklukları olan kişilerden uzaklaşma eğilimindedirler. Mental hastalıklardan şizofreni ya da alkolizme sahip olanlar depresyon ve anksiyete bozukluğuna sahip olanlara göre daha tahmin edilemez ve şiddete eğimli olarak değerlendirilmektedir. Toplumsal cinsiyet ile mental hastalığa sahip olan kişilere yönelik tutumlar arasında ilişkilerin tutarsız olduğu, yaş ve eğitim düzeyiyle ise güçlü bir ilişki olduğu belirtilmekte fakat genel olarak sosyo-demografik özelliklerin tek başına tutumları açıklama konusunda yetersiz olduğu ifade edilmektedir. Eğer bireylerin herhangi bir mental bozukluğa aşinalığı varsa, bireyler mental bozukluğa sahip olan insanlara karşı daha kabullenici

olmaktadır. Benzer şekilde, bireyler mental bozukluğu olan bireylerle daha önce iletişimde bulundularsa negatif tutumlarının daha az olduğu belirtilmektedir. Damga teorilerinin ilişkilerin sistematik olarak incelenmesinin önünü açmasının önemli olduğu belirtilmekte ve etiketlenmenin akıl hastalığına sahip olan kişilere karşı sosyal mesafe ve yapısal ayrımcılığı açıklamada kilit kavramlardan biri olduğu ifade edilmektedir. Çeşitli ülkelerin ve ülkelerdeki bölgeler ve etnik grupların mental bozukluklara sahip olan kişilerle ilgili inanç ve tutumları karşılaştırılmalı olarak incelendiğinde farklılıkların olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Batılı olmayan etnik gruplardan gelen bireylerin mental hastalıklar konusunda daha az bilgi sahibi olduğu ve hastalığın nedeninin bireylerin kendisinden kaynaklı olduğuna dair bir yaklaşımda oldukları ifade edilmektedir.

Robinson vd. (2012)'lerinin kırsal alanlardaki mental hastalık deneyimlerini damgalama süreçleriyle bağlantılı olarak, mental hasta ve hastanın ailesi üzerinden konu edinmiş olduğu çalışma 8 kırsal toplulukta, odak grup görüşmeleri yapılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, kentsel alanlarda mental hastalığa sahip olan bireyler değişik derecelerde zorluklarla karşılaşsa da kırsal alanlarda bu daha ağır olabilmektedir. Diğer bir ifadeyle mental hastalıklara sahip olan bireylerin damgalanması kırsal alanlarda kentsel alanlara göre daha fazla olmasa da kırsal alanlardaki kaynakların kısıtlı olması nedeniyle damganın etkisi ve sonucu daha fazla olabilmektedir. Şehirde yaşayan mental hastaların aksine kırsal alanda yaşayanların hareketleri daha yakından gözetim altında olmakta, bu sebeple de mental hastalığa sahip bireyler tarafından damga içselleştirilmekte ve birey kendini izole, yalnız ve güçsüz hissedebilmektedir.

2. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Araştırmanın kavramsal çerçevesini, normal-patoloji kavramları, delilik, akıl hastalığı ve köy-kent kavramları oluşturmaktadır.

2.1. NORMAL VE PATOLOJİ

Akıl hastalığına sahip bireylerin ve delilik kavramının toplumda nasıl algılandığıyla ilgili olan bu çalışmada öncelikle normal ve patoloji kavramlarının tıp, psikopatoloji ve sosyoloji disiplinlerinde nasıl tanımlandığına ve nasıl değişim/dönüşüme uğradığına değinilecektir.

2.1.1 Tıp Biliminde Normal ve Patoloji

İnsanlar kendilerini fiziksel ya da mental olarak rahatsız hissettiklerinde bunu düzeltme ihtiyacı içinde olmaktadır. “Kendini rahatsız hissetme” durumunun da kültürel ve sistematikleşmiş düşünce kalıplarıyla ve pratiklerle karşılıklı bir ilişki içerisinde olduğu yadsınamaz. Bu rahatsızlık halinin tanımlanması, teşhis edilmesi ve düzeltilmesiyle ilgili tarihsel süreç içerisinde hem bilgi birikimi hem araştırmalar hem de eşlik eden teknolojik gelişmelerle farklı kurumsallaşmış pratikler ve teknikler oluşmuştur.

Normal ve patoloji kelimelerinin etimolojik kökenlerine bakıldığında Canguilhem’in aktardığı üzere Littre ve Robin’in Tıp Sözlüğü, normal (normalis, norma yani kuraldan gelir) kurala uygun, düzenli olarak tanımlamaktadır. Lalande’in Teknik ve Eleştirel Felsefe Söz Dağarcığı çalışmasına göre ise etimolojik olarak norma, gönye anlamına gelmektedir. Bu da normalin tanımlanmasında hem nicel bir ortalama anlayışının hem de ölçülebilir bir değer atfedildiğinin göstergesi olmaktadır. (Canguilhem, 2018). Bu normal anlayışıyla birlikte patoloji kelimesinin kökenine bakıldığında ise Yunan kökenli “pathos” kelimesinin hastalık anlamına geldiği görülmektedir (Wissler,1978). Erken tarihsel dönemlerden beri gerek felsefi gerek tıbbi

açıklamalarda “normal” kavramının istenen ve arzu edilen bir durum olarak görüldüğü karşımıza çıkmaktadır.

Doğa olaylarının çözümlenmeye başlamasıyla birlikte “hemostatik denge” üzerinde durulmaya başlanmıştır. Hippokrat’a göre (M.Ö 460-411), “Sağlık aşırı uçların dengelenmesi durumunun bir ifadesidir ve bu dengedeki herhangi bir bozukluk hastalığa yol açar.” (Kargı ve Özer,2007, s.9). Yine Galen (M.S 131-201) vücuttaki sıvıların dengesi ya da dengesizliği üzerinden bir açıklamaya gitmektedir. (Kargı ve Özer,2007).

16. yüzyılda anatomi çalışmalarının öncelikli olarak “normal” insan üzerine yoğunlaştığı ve “normal insan anatomisi”nin anlaşılması için yapıldığı görülebilmektedir. Ressam olarak tanınan fakat aynı zamanda anatomist olan Leonardo Da Vinci (1452-1519) çizimleriyle insan anatomisiyle ilgili çalışmalara katkıda bulunmuştur. Andreas Vesalius (1514-1564) ise diseksiyon (dokunun yerinden çıkarılması) işleminin üniversitelerde yapılmasını ve yaygınlaştırılmasını sağlamıştır. Daha sonraları ilginin patolojik anatomiye kaydığı ve özellikle otopsilerin yapılma sıklığı arttıktan sonra birçok hastalık tanımlamasının yapılmaya başlandığı görülmektedir. Bu konuda Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) çalışmalarının önemli olduğu belirtilmektedir. (Usubütün ve Gediklioğlu, 2007). Fakat bu dönemde hastalıklar anormallik ya da düzensizlikten ziyade daha çok -hypo ya da hyper- olarak belirtilmekte bu da hastalığın ve sağlığın niteliksel olarak birbirine karşıt olarak algılanmadığını göstermektedir (Canguilhem, 2018).

18. ve 19. yüzyıldaki teknolojik gelişmelerle birlikte mikroskop ve diğer test araçlarının gelişmesiyle artık patoloji incelemeleri de hücre düzeyine kadar sınıflandırılabilir hale gelmiş ve nicel bir değer üzerinden, belli aralıkta olma durumunun normal olarak değerlendirilmesi anlayışını da beraberinde getirmiştir (Bott,1971). Claude Bernard (1813-1878), hastalığı oluşturan nedenlerin ortaya çıkarılmasında deney yöntemini kullanmıştır. Bu aynı zamanda manipüle edilebilir laboratuvar koşulları içinde bir hastalığın oluşturulması ve tedavi yöntemlerinin çözümlenmesi konusunda yeni bir alan açmıştır(Kazancıgil,2004). Normal ve patoloji arasındaki ilişki, zaman içerisinde ne kadar farklılaşmış olsa ve yeni anlayışlarla ele alınsa da günümüzde teşhis konulurken yapılan bazı klinik test ve tahlillerde ölçümü yapılan hormon, kan değeri, herhangi bir hastalığın kendini gösterdiği semptomlarda belirtilen normal değer aralıklarının dışında kalma durumunun patolojik sonuç olarak değerlendirilmesinde kendini göstermektedir. Sigerist’in çalışmasında, normal ve patolojik arasındaki ilişkiler

üzerine tıbbi yaklaşımların getirdiği teori, Canguilhem'e göre "canlı organizmalarda görülen fenomenler, karşılık gelen fizyolojik fenomenlerin azlık ya da çokluğuyla belirlenen niceliksel değişimlerden başka bir şey değildir." şeklinde eleştirilmektedir (Canguilhem,2018, s.30). Tıpta normal-anormallik anlayışının dönüşümü beden ve öznelerin tıbbi bakış üzerinden nasıl kurulduğunun görülmesi açısından önem arz etmektedir.

Foucault, *Kliniğin Doğuşu* isimli çalışmasında 19. yüzyıl başlarında artık normal ve patoloji ayrımının tıp biliminin kurumsallaşmasında merkezi bir rol oynadığını ve sağlıklı olma durumunun normal olmakla eş tutulduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte hasta ve hastalık ayrımının da hasta-doktor diyalogu içinde kendini gösterdiğini ve "Neyiniz var?" sorusunun artık "Nereniz ağrıyor?" sorusuna evrildiğini belirtir. (Foucault,2014). Günümüzde artan uzmanlaşma ve disiplinlerin mikro çalışan alt dallarının da oluşmasıyla birlikte tıp bilimi altında patoloji de ayrı bir disiplin olarak yer almaktadır. Türkiye Patoloji Dernekleri Federasyonu, patoloji bilim dalını, hastalıklara yol açan nedenleri ("etyoloji"), hastalıkların gelişim süreci ve mekanizmalarını ("patogenez"), bunların doku ve organları etkileme biçimlerini, hastalığın seyri (prognoz), tedavi seçenekleri ve ilişkili yanıtın değerlendirmesini inceleyen bilim dalı olarak tanımlamaktadır.

Tüm bu yaklaşımlar değerlendirildiğinde normalliğin tanımı, sınırları belli salt ve tek bir gerçek doğru şeklinde anlaşılmamalıdır. Bulunulan dönem, gelişmeler, coğrafi etmenler, kültürel yaşayış ve beslenme tarzı bedensel olarak insanları değiştirmekte ve genel geçer bir ortalama normal anlayışından uzaklaştırmaktadır. Bununla birlikte, patolojik bir durumun basitçe insan fizyolojisinde meydana gelen niceliksel bir değişimle bir tutulması (Canguilhem,2018) da eksik ve niteliği yok sayan bir anlayış olmaktadır. Bu noktada da "Normal ve patolojik birbirinden ayırt edilemez derecelenmeler, uyum ya da süreklilikler gösterebilir." (Canguilhem,2018,s.57). Bu sebeple patolojik ya da anormal olma durumu bir ilişki içerisinde tanımlanabilen ya da tanımlanamadan kesin ayrımlar yapılamadan kalabilen olgular olabilirler. Organizma düzeyinde bunu ele alacak olursak özellikle çoklu organ yetmezliğinde organların arasındaki ilişkinin bozulmuş olması, patolojik olarak tanımlanan organların görevlerini yerine getirememesi durumunda sadece o organın normale döndürülmesinde sıkıntılara neden olabilmektedir. Çünkü bir organın normale döndürülmesi için gereken tedavi sürecinde alınması gereken ilaçlar ve yapılması gereken destekleyici yöntemler diğer organ için tam tersi bir durum oluşturabilmektedir. Bu sebeple normal ve patolojik anlayışının kesin bir "zıtlık"

olarak değerlendirildiği tıp biliminde dahi belli bir ilişkisellik içerisinde ele alınması gerektiğinin önemi vurgulanmaktadır.

2.1.2. Psikoloji Biliminde Normal ve Patoloji (Psikopatoloji)

Akıl hastalıklarının biyolojik etkenleriyle ilgili çalışmalar tıp ve nöroloji alanında sürerken, 18.yüzyıl sonlarına doğru bu bozuklukların psikolojik etkenlerini ön plana çıkartan yaklaşımlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Sigmund Freud (1856-1939),çalışmalarıyla bilinçdışı çatışmaların, insanların patolojik davranışlarıyla ilgisini vurgulayan bir psikopatoloji kuramı geliştirmiştir (Butcher vd.,2013). Freud’a göre insan zihni id, ego ve superegodan oluşmaktadır. İd, yemek yeme, cinsellik gibi hayatta kalma dürtüleridir ve eksikliğinde gerginlik yaratmaktadır. Ego ise bilinçli kısmı temsil etmektedir ve görevi gerçeklikle mücadele etmektir. Superego ise, kişinin onaylanma ihtiyacıyla ilgili bazı değerleri içselleştirilmesiyle bağlantılandırılmış ve kişinin vicdanı olarak tanımlanmıştır (Kring ve Johnson,2019). Psikanalitik yaklaşım içerisinde psikopatolojilerin tedavi edilebilmesi için serbest çağrışım, hipnoz ve rüya yorumu gibi teknikler kullanılmıştır (Burger, 2006). Freud’un çalışmaları ve psikopatolojiyle ilgili kavramsallaştırmalarına bakıldığında “normal”i anlayabilmek için önce “patolojik” olanı anlamaya yönelik bir yaklaşım içinde olduğu söylenebilir. Freud’un ilk dönem çalışmaları eleştirilse de hala psikanalitik kuram geliştirilmeye ve üzerinde çalışılmaya devam edilmektedir. Daha sonra yine ruh hastalıkları, psikoloji disiplini içerisinde davranışsal, bilişsel-davranışsal, evrimsel-nörogelişimsel ve sosyo-kültürel yaklaşımlarla da değerlendirilmekte ve çalışılmaktadır (Butcher vd.,2013; Millon vd.,2019).

Psikoloji disiplini içerisinde de normal ve patoloji kavramlarıyla ilgili olarak net bir tanım ve ayırma gidilemediği ve evrensel bir görüş birliği sağlanamadığı görülmektedir. Tek başına anormalliği tanımlamak için yeterli olmasa da bireylerin çektikleri belli başlı zorluklar üzerinden zihinsel bozukluğa sahip olma olasılıkları üzerinde durulmaktadır. Bunlar, *acı çekme, uyumsuzluk, sapkınlık, toplum standartlarını çiğneme, sosyal rahatsızlık, akıldışı ve öngörülemez olma* gibi zorluklardır (Lilienfeld ve Marino,1999; Seligman vd., 2001 akt. Butcher vd.,2013).

Psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasıyla ilgili ilk çalışmaları Alman bilim insanı Emil Kraepelin(1856-1926) gerçekleştirmiş ve ruhsal hastalıklarla beyin patolojisi arasında bağlantı kurmuştur. Bu çalışmalar ve sınıflandırmayla ilgili yaklaşımın Ruhsal Bozukluklar Tanı Ölçütü Elkitabı'nın oluşturulmasında da önemli bir rolü olmuştur (Altınbaş vd.,2011 s.322). Psikiyatristlerin ve psikologların başvurduğu ve ruhsal hastalıkların(psikopatolojilerin) tarif edildiği DSM (Ruhsal Bozukluklar Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı) 1952'de Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanmıştır (Kring ve Johnson,2019). İlk basım, askeri amaçlı olarak, 2. Dünya Savaşı sırasında görev alanların ruh sağlığının anlaşılabilmesi için basılmıştır. Fakat daha sonra tüm anormal davranışlar için başvuru bir kaynak haline gelmiştir (Millon vd.,2019). DSM, yapılan çalışmalarla daha güvenilir kategoriler oluşturmak amacıyla güncellenmektedir. En son DSM-5, Mayıs 2013'te yayınlanmıştır (Kring ve Johnson,2019).

Tablo 1:DSM-5'e Göre Bozukluklar

Nörogelişimsel Bozukluklar
Dışa Atım Bozuklukları
Artık yaş gruplarına göre ayrılmayan, daha çok DSM boyunca bölümlerde içerilmiş bozukluklar
Nörobilişsel Bozukluklar
Maddeye Bağlı ve Bağımlılık Bozuklukları
Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar
İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar
Depresyon Bozuklukları
Kaygı Bozuklukları
Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar
Travma ve Strese Bağlı Bozukluklar
Disosiyatif Bozukluklar

Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar
Cinsel İşlev Bozuklukları
Cinsiyet Disforisi
Parafili Bozuklukları
Beslenme ve Yeme Bozuklukları
Uyku-Uyanıklık Bozuklukları
Yıkıcı Davranış, Dürtü-Kontrol ve Davranış Bozuklukları
Kişilik Bozuklukları
Diğer Zihinsel Bozukluklar
Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar
İlaça Bağlı Hareket Bozuklukları ve Diğer İstenmeyen Etkiler

Kring, Ann M., Johnson, Sheri L. (2019). Anormal Psikoloji. Muzaffer Şahin (çev.), s.70

DSM-5 ölçütleri de dâhil olmak üzere normal ve patoloji kavramları sosyal ve kültürel olarak da değerlendirilmesi gereken kavramlardır. Bireyler bir topluluk içinde ve o topluluğun alışkanlıkları, kültürü ve kalıplaşmış birtakım pratikleri içinde yaşamlarını sürdürmektedirler. DSM-5, Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından oluşturulmuştur ve tanımlanan herhangi bir bozukluk, belirti olarak aynı olsa da farklı şekilde değerlendirilebilir ve o toplum ya da küçük grup tarafından bir bozukluk olarak nitelendirilmeyebilir. Normal tanımı, o grup içerisindeki yerleşmiş alışkanlık ve davranış pratiklerine göre normal olarak değerlendirilmektedir. Yine, “Patoloji, rahatsızlık, illet, hastalık, bozukluk tanımları değer yüküdür ve döngüseldir.” (Feinstein,1977 akt. Millon vd.,2013 s.14). Bu sebeple, normal ve patoloji tanımlamaları yapılırken, bütüncül bir biyopsikososyal bakış açısı önem arz etmektedir (Butcher vd., 2013).

2.1.3 Sosyoloji Biliminde Normal ve Patolojik

Sosyoloji bilimi içerisinde normal/patolojik kavramları gerek metodolojik olarak gerekse bu kavramların tarihsel süreç içerisindeki değişim/dönüşümleri ve bazı kurumların oluşmasındaki etkisiyle önem arz etmektedir. Normal/patolojik kavramlarıyla alakalı Auguste Comte, Emile Durkheim, Michel Foucault, Erving Goffman ve Howard Becker'in yaklaşımlarına yer verilecektir.

İlk olarak, Comte (1798-1857), toplumsal fizik dediği ve daha sonra sosyoloji adını verdiği düşünceyi geliştirmiştir (Pickering,2000 akt. Ritzer ve Stepnisky, 2014 s.15). Comte'un normal ve patoloji anlayışının Broussais'in teori ve çalışmalarından etkilendiği ve Comte'un patolojiden önce normalin ne olduğunu açıklamaya yönelik bir anlayışı olduğu belirtilmektedir. (Canguilhem, 2018, s.31).

Comte, evrimci anlayışla üç aşama yasasını dünyayı açıklamak için kullanmaktadır. Üç aşamalı yasaya göre toplumlar, bilimler, bireyler ve hatta zihinler bu üç aşamadan geçmektedir. İlki teolojik aşamadır, bu aşamada hâkim düşünce doğüstü varlıkların her şeyin kökeninde olduğudur. Metafizik aşama; doğa vb. gibi soyut güçlere dayandırılarak yapılan açıklamaların olduğu dönemdir. Son aşama ise pozitif aşamadır, artık insanlar yaşadıkları dünyanın yasalarını keşfetmek için bilimsel anlayışa ve gözlem gibi yöntemlere başvurmaktadırlar (Ritzer ve Stepniksy, 2014 s.15). Comte'a göre bu üç felsefenin aynı anda, birlikte varolması krizlere neden olmaktadır. Bunlardan herhangi birinin hâkim felsefe olması sosyal düzenin olmasını sağlayabilir. Fakat teolojik ve metafizik aşama bu özellikten yoksundur.

“Gerçek bir sosyal düzenin ilk koşulu, fikirlerdeki durulmadır. Ortak bir doktrin kurabilecek güçteki birkaç genel fikir etrafında bireysel zekâlar birleşmedikçe, milletlerdeki bu devrim hali sona ermeyecektir. Alınacak siyasi tedbirler ne olursa olsun, bu durum devam edecektir, kurulacak bütün kurumlar geçici olmaya mahkûmdur. Zekâlar ortak ilkeler etrafında toplanır toplanmaz, böyle bir düzene uygun kurumlar zorunlu olarak ortaya çıkacaktır, hem de hiçbir tehlikeli sarsıntıya yol açmadan, zaten en büyük sarsıntı bu yolla önlenmiş olacaktır. Öyleyse toplumun tabii ve düzenli olan normal haline gelmesine isteyen herkes bu noktaya dikkat etmelidir.”

(Auguste Comte,1694, Pozitif Felsefe Dersleri çev. Ümit Meriç 2004, s.233)

Buradan da anlaşılacağı üzere Comte'da normallik; düzen ve stabil olmakla eş tutulmakta ve zihinsel farklılıkların ya da devrimsel hareketlerin istenen bir şey olmadığı vurgulanmaktadır. Fakat Comte'un normal ve patoloji ayrımındaki bir diğer çıkmaz ise bu nitelendirmelerin

özellikle uzun devrimsel dönüşümlerde neyin normal neyin patolojik olduğuna dair açıklamalarda belirsiz olmasıdır (Gane,2017, s.6). Comte, bir fenomenin normal ya da patolojik olduğunun ayrımının nasıl yapılacağıyla ilgili bir ölçüt belirtmemektedir (Canguilhem,2018,s.40). Örneğin, modernliği metafizik aşamada olmasından dolayı negatif bir fenomen olarak değerlendirmekte fakat bunu geçici bir normallik ya da patolojik bir süreç olarak nitelendirilmektedir. Bu durum Comte'un teorisine göre pozitif felsefenin doktrin haline gelmesiyle ve tamamlanmasıyla ideal düzene geçilerek son bulacaktır(Gane,2017, s.10).

Durkheim (1858-1917), sosyolojinin bilimsel bir disiplin olarak tanınmasında önemlidir. Toplumsal olguların nasıl bir metodolojiyle ele alınması gerektiğiyle ilgili çalışması *Sosyolojik Metodun Kuralları*'nda, normallik ve patolojikliği bir yöntem meselesi olarak ele almaktadır. Durkheim'a göre olguların gözlemlenmesi birbirinden farklı olan normal ve patolojik kategorileri birbiriyle karıştırma riski taşımaktadır. Bu sebeple toplumsal olguların anlaşılabilmesi için normal ve patolojik fenomenlerin ayrımının yapılması gerekmektedir. (Durkheim,1994, s.89). Durkheim, olması gerektiği gibi olanlar ve yaygın olan fenomenleri normal, olması gerektiğinden farklı olanlar ve istisna olan fenomenleri ise patolojik olarak değerlendirmektedir. Bu ayrımı yaparken Durkheim, hastalık ve sağlıklı olma durumlarını da karşılaştırır. Kadınların regl dönemlerinin ağrılı ve hassas bir dönem olması sebebiyle hastalık kategorisine dâhil edilme hatasının olabileceğini fakat aslında organizma açısından bu dönemlerin sağlıklı olma göstergesi olduğunu belirtir. Yine aşı uygulamalarının aslında bilinçli olarak vücuda düşük düzeyde bir hastalık bulaştırma olduğunu fakat bunun aslında bağışıklık sistemini güçlendirerek patolojik ağır vakaların önüne geçilmesini sağladığından bahsetmektedir (Durkheim,1994, s.94-95).

Durkheim'ın normal patolojik ayrımı, toplumsal olgu olarak suç ve intihar açıklamalarında da görülmektedir. Durkheim suç olgusunu normal olarak değerlendirmektedir (Aron,2010, s.244). Suçun varlığı Durkheim'a göre kaçınılmazdır ve toplumun olduğu her yerde suç da var olmaya devam edecektir. Suç, cezalarla, yaptırımlarla ve toplumun verdiği tepkilerle aslında toplum içerisinde ortak inançların ve dayanışmanın yeniden tesis edilmesini sağlamaktadır (İçli, 2013, s.98-99). Durkheim intiharın ise toplumda belli bir orana kadar görülmesini normal olarak değerlendirirken bu oranın artmasını patolojik olarak görmektedir. Çağdaş toplumlarda birey, toplumla yeteri kadar bütünleşememekte bu da intihar olaylarında artışa neden olmaktadır. (Aron,2010, s.244). Modern dönemde bencillik ve anominin(kuralsızlık) arttığı ve bireylerin artık varolan değer ve normlarla bu krizlerle başedemedikleri belirtilmektedir

(Turner,2020,s.225). Anomi, insanın kendisinden ne beklendiğini tam olarak bilememesi ve toplumsal bilincin zayıflamasıdır (Ritzer ve Stepnisky,2013, s.19). İntiharın toplumsal faktörlerle olan ilişkisinin ortaya çıkartılması açısından önem arz eden bu açıklamaların yanında diğer disiplinlerin de açıklamaları intiharın anlaşılabilmesi için gereklidir (Bilton vd, 2009, s.473).

Normal/patolojik ayrımının Comte ve Durkheim açısından metodolojik bir araç olarak kullanılması ve normalliğin pozitif olarak değerlendirilmesine karşın Foucault (1926-1984), normal/anormalliği inşa edilen ve tarihi süreç içerisinde değişen anlamları üzerinden analiz etmektedir. Foucault'nun,

“Aslında bu normal insan, insan tarafından yaratılmıştır ve eğer bir yere yerleştirilmesi gerekiyorsa, doğal bir mekâna değil de, socius ile hukuk öznesini özdeş kılan bir sistemin içine konulmalıdır; bunun sonucu olarak deli, bir hastalığın onun normalin sınırlarına sürüklenmesinden ötürü değil de, kültürümüzün onu kapatmaya toplumsal olarak karar vermesi ile hukuk öznelerinin yeterliliklerini fark eden hukuki bir bilginin buluşma noktasına yerleşmiş olmasından ötürü deli olarak tanınmaktadır...”

(Foucault,2017,s.210)

Yukarıda da belirttiği üzere, normallik, söylemler ve disiplinler aracılığıyla oluşturularak aslında yeni bir özne tanımı yaratılmaktadır. Bununla birlikte, Foucault, öznelleştirme pratiklerinden bahsetmekte ve bunu, sınıflandırma ve ayrıştırma pratikleri olarak ikiye ayırmaktadır. Foucault'ya göre bilginin üretildiği beşerî bilimlerde (tıp, psikiyatri, kriminoloji vb.) insan düalist mantığa uygun olarak akıl/akıldışı, normal/patolojik vb. olarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırma pratiklerinden sonra ise toplumsal düzenin sağlanması adına insanları ayrıştırma ve normalleştirme amacı taşıyan ayrıştırma pratiklerinden söz eder ve bu pratiklerin örgütlenip, kurumsallaştığını belirtir (Turner ve Elliot, 2017, s.179). Disipline edici güce sahip olanlar, normalleştirici yargılarda bulunarak neyin normal olduğunu belirlemekte ve bu belirli alanın dışına çıkan davranışlarda bulunanlar anormal olarak tanımlanmaktadırlar. Anormal olarak nitelendirilenler ise gözetime, denetime ve cezaya maruz kalmaktadırlar (Ritzer ve Stepnisky, 2013, s.196).

Goffman (1922-1982) ise normallik ve anormalliği “stigma” (damga)’yla bağlantılı olarak açıklamaktadır. Goffman'a göre damga kendilerini “normal” olarak görenlerin farklı olarak addettikleri kişi ya da gruplara karşı itibarsızlaştırıcı etkisi olan bir sıfatlaştırmadır.

(Goffman,2018,s.29) ve “toplumsal bir utanç işaretine” göndermede bulunmaktadır (Turner,2020,s.177).

Goffman damgalamada, itibarsızlaştırılabilir veya itibarsızlaştırılmış bir vasfa sahip olmak ve bu vasfı üzerine, muhtemel kişiyi anormal olarak tanımlamaya götüren bir yargıda bulunmak (Ünsaldı,2018, içinde Goffman,2018,s.16) şeklinde ayrıma gitmektedir.

Yani asıl olarak damga, bir bakış açısı ve ilişki türüdür. Bulunulan toplumsal durumlara göre değişebilmekte ve sahip olunan vasfı da o ilişki içerisinde normal ya da anormal olarak nitelenebilmektedir (Goffman, 2018, s.192). Bireyler potansiyel olarak damgalanma tehlikesiyle karşı karşıyadırlar (Turner, 2020, s.177). Bu sebeple de sosyal etkileşim kurallarının araştırılması normallığın nasıl inşa edildiğinin keşfedilmesinde önemlidir (Misztal, 2001, s.314).Goffman, sembolik etkileşimci perspektiften normallik ve anormallik üzerine çok boyutlu, değişken ve etkileşim süreçlerinin kavramların açıklanmasına dâhil edildiği bir anlayış ortaya koymaktadır. Benzer bir yaklaşım da sapkınlık sosyolojisi çalışmalarıyla bilinen Howard Becker’in yaklaşımıdır. Becker, sapkınlığın nedenlerinin patolojik bir durum olarak görüldüğü ve altında hastalıklı bir durumun var olduğunu savunan tıbbi görüşün sorunlu olduğunu savunur. Sapkın olan kişilerin akıl hastası olduğu yönündeki açıklamalar yaygındır. Fakat Becker, insanların sağlıklı davranış-hastalıklı davranış ayrımı konusunda net olmadığını ve belli bir uzlaşma alanının da problematik olduğunu belirtir (Becker, 2015, s.25-26).

2.2. ANTİKÇAĞDAN GÜNÜMÜZE DELİLİK VE AKIL HASTALIĞININ DEĞİŞEN ANLAMLARI

Kavramsal çerçevenin bu kısmında, delilik ve akıl hastalığının tarihsel süreç içerisinde değişen ve dönüşen anlamlarına odaklanılmaktadır.

Antikçağda deliliğin ve akıl hastalığının doğaüstü güçlere atfedilerek açıklanmaya çalışıldığı görülmektedir. O dönemde anormal davranış olarak nitelendirilen davranış ve durumların nedeni, bedeni ele geçiren iyi ya da kötü varlıklarla ilişkilendirilmekteydi. Kişi eğer mistik ve dini konuşmalarla anormal bir davranış içerisindeyse kişinin iyi ruhlar tarafından ele geçirildiği, dini inanışlarla ters düşen hareket ve davranışlarda bulunuyorsa Tanrı'nın o kişiye karşı hoşnutsuz olduğu, kendi korumasından mahrum bıraktığı ve şeytan tarafından ele geçirildiği düşünülmekteydi (Butcher vd., 2013). Bu düşünce erken Çin, Mısır, Babil ve Yunan

kaynaklarında da örneklendirilmekte ve demonoloji olarak adlandırılmaktadır (Kring ve Johnson, 2019).

Eski Yunan'daki gelişmeler, tedavi için tapınakların inşa edilmesi, Hippokrat'ın (MÖ. 461-377) çalışmaları gibi dönüşümlerle akıl hastalığıyla ilgili anlayışlarda yeni fikirler ortaya çıkmaya başlamıştır. Hippokrat, akıl hastalıklarının da diğer hastalıklar gibi doğal nedenlere dayandığını ve tedavi edilebileceğini öne sürmüştür. (Butcher vd., 2013). Hippokrat ruhsal hastalıkları üç kategoride sınıflandırmaktadır. Bunlar mâni, melankoli ve menenjittir. Hippokrat, ayrıca beynin işlevleriyle ruhsal bozukluklar arasında bir ilişki kurarak beynin işlevlerinin ruhsal sağlık üzerinde etkili olduğunu ileri sürmüştür. Beynin normal bir şekilde işlevlerini yerine getirebilmesini de kan, kara safra, sarı safra ve balgam gibi vücut sıvılarının dengede bulunmasına bağlamaktadır (Kring ve Johnson, 2019). Hippokrat'ın tıp anlayışında hastalıktan çok hasta üzerinde durulmakta ve bozulan vücut dengesinin yeniden denge durumuna getirilmesi tedavi anlayışının ana noktasını oluşturmaktadır (Akın,2014, s.69-74)

Hippokrat'ın ruhsal hastalıklarla ilgili çalışmaları önem arz etmektedir. Özellikle ruhsal hastalıkların doğal nedenlerine odaklanması, beynin işlevleriyle alakalı bağlantılar konusundaki fikirleri daha sonraki çalışmalar için bir başlangıç noktası oluşturmaktadır (Butcher vd., 2013).

Foucault, *Deliliğin Tarihi* isimli çalışmasında deliliği “öteki” söylemiyle ele alır ve bu ötekileştirme sürecinin de tarihsel olarak nasıl oluştuğunu, inşa edildiğini, değiştiğini ve disipline edici iktidar vasıtasıyla “büyük kapatılma”ya nasıl konu olduğunu ortaya koymaktadır. Deliliğin Tarihi'nde de bahsedildiği üzere orta çağda deliler daha serbest ve gezgin bir hayata sahiptirler. Fakat kentlerin sınırlarının dışına çıkartılmak ve kırsal alanlara gönderilmek için tüccar veya hacı gruplarına verilmekteydiler. Hatta buldukları yerden uzaklaştırmak için deliler nehir gemilerine bindirilmekte ve kendi kaderlerine terkedilerek başka kentlere taşınmaktaydılar (Foucault,2017, s.22).

Resim 1:



Bosch-Deliler Gemisi

<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bosch-Narrenschiff.jpg>

Avrupa’da orta çağ döneminde psikolojik rahatsızlıkların tedavisinin insancıl yaklaşım ve tedavi uygulamalarından oldukça uzakta olduğu görülmektedir. Ruhsal hastalığı olan kişilerin tedavileri için dinsel nitelik taşıyan ritüelleri gerçekleştiren ruhbanlara başvurulduğu vedua, kutsanmış nesnelere dokunma, rahiplerin nefesi, kutsal yerleri ziyaret ya da şeytan çıkarma gibi yöntemler kullanıldığı belirtilmektedir. Manastırlar ruhsal hastalığa sahip olanlar için barınak ya da koğuş olarak kullanılabilmekteydi. Orta çağda psikolojik rahatsızlıklarla ilgili olarak karşımıza çıkan bir diğer anlayış ise akıl hastalığına sahip olan kişilerin cadı olarak suçlanıp suçlanmadıklarına dair olan tartışmaları içermektedir (Butcher vd.,2013, s.54-55). Bir kısım çalışmada cadı olarak suçlanan kişilerin ruhsal hasta olarak değerlendirilebileceği üzerinde durulmasına rağmen daha sonraki çalışma ve analizlerde büyü yaptığına inanılan sağlıklı insanlardan itiraf almak amacıyla yapılan işkencelerin bir sonucu olarak birtakım semptomların oluşması üzerinde durulmaktadır (Schoeneman,1977 akt. Kring vd.,2019, s.10).

Akıl hastalarının toplumsal yaşamla ilgili olan etkileşimlerinin sınırları orta çağda döneminde de görülmektedir. O dönemde kilise hukuku, gündelik hayat içerisinde varolan evlenme, vaftiz gibi ritüelleri akıl hastalarına yasaklamamasına karşın akıl hastalarının kiliselere girmeleri engellenmekteydi (Foucault,2017, s.35).

Anadolu’da ise, Selçuklularda, akıl hastalıklarının tedavisinde dua okunması, diyet ve hamam gibi uygulamalarla birlikte hastanın tecrit edilmesi gibi yöntemler kullanıldığı belirtilmekte ve bu anlayışların uzun süre etkili olduğu ifade edilmektedir (Tunaboğlu-İkiz, 1999, s.160-161).

Erken modern çağda ya da diğer ifadeyle yeniçağda, Avrupa’da delilik ve akıl hastalığıyla ilgili dini açıklamalara alternatif yeni açıklamalar ve görüşlerin ortaya çıkması ileriki dönemlerde bu olguların bilimsel anlayışla ele alınması sürecinin temelini oluşturmuştur. Akıl hastalıklarının nedenlerini doğüstü güçlere bağlayan yaklaşımı eleştirenlerden biri Paracelcus (1490-1541)’tur. İsveçli doktor olan Paracelcus zihinsel bozuklukların nedenlerinin psikolojik olabileceğini öne sürmüş ve şeytanın ruhu ele geçirmesi anlayışını eleştirmiştir. Bununla birlikte Paracelcus, anormal davranışların oluşmasında ay ve yıldızların etkilerinin de olduğunu savunmuştur (Butcher vd, 2013, s.55-56). Günümüzde de burç, dolunay ya da tutulmaların insanların davranışları üzerinde etkili olabileceğine ilişkin inancı olan bireyler olabilmektedir.

Bu dönemde akıl sağlığının nedenleriyle ilgili önemli görüşler belirten ve bu konuda uzmanlaşan ilk kişilerden biri de Johann Weyer (1515-1588)’dir. Weyer, cadı avlarını eleştirmiş ve karşı çıkmıştır. Melankolinin psikosomatik olduğunu ve hem beden hem de akıl sağlığını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Weyer’e göre akıl sağlığıyla ilgili hastalıkların teşhis edilmesi uzmanlar tarafından gerçekleştirilmelidir ve cezalandırma yerine hasta, tıbbi gözetim altında tutulmalıdırlar (Akın, 2014, 406-408). Bu yaklaşımlar Weyer’in psikopatolojinin kurucusu olabileceği yönünde nitelendirmeleri de getirmektedir (Butcher vd., 2013, s.56). Fakat Weyer’in özellikle melankoli açıklamalarında kadınlara karşı yönelik tutumu ve cinsiyetçi açıklamaları eleştirilmektedir.

Modernite, tarihsel olarak 16. yüzyıldan 20. yüzyıla kadar olan, Reform, Rönesans ve Aydınlanma gibi toplumsal dönüşümlerin yaşandığı, sanayileşmenin, kentleşmenin ve buna bağlı kültürel değişimlerin olduğu dönem olarak nitelendirilmektedir. Modern dönem, insan ve toplum yaşamında rasyonelleşmenin ve bilimin başat konuma gelmesi, kapitalist ekonomik sistemin güçlenmesi ve ilerici bir tarih anlayışının egemen olması gibi özelliklerle karakterize edilmektedir (Şaylan, 2009, s.72-75). Toynbee’ye göre modern dönem, sosyal istikrarın ve ilerlemenin gerçekleştiği bir dönem olarak nitelendirilmektedir (Ward, 2010, s.7). Fakat modern dönemle ilgili olarak Durkheim, toplumsal bağların zayıflaması nedeniyle anomi kavramını ortaya koymuş ve bireylerin ani değişim-dönüşümlerde toplumsal destekten mahrum kalmaları nedeniyle anomik intiharlardaki artışlarla ilgilenmiştir. Max Weber, ise rasyonelleşme ve bürokratikleşme süreçleriyle ilgili analizlerde bulunmuştur. Weber’e göre bürokratikleşmenin geldiği nokta “demir kafes”tir ve rasyonelliğin tam zıttı olarak işlemeye başlamıştır. Rasyonellik bu durumda artık irrasyonelleşmiştir. Karl Marx ise kapitalizmin

oluşumu ve çelişkileri üzerine insan ve toplum üzerinde yarattığı yabancılaşmanın ve sömürünün üzerine sosyo-ekonomik-politik analizlerde bulunmaktadır (Giddens, 2010).

Modern dönem ve bu dönemin kendine has felsefesi toplumsal yapılarda ve kurumlaşma süreçlerinde de kendini göstermektedir.

“Modernlik.... İlerleme, iyimserlik, rasyonellik, bilim, teknoloji, toplum ve politikada mutlak bilgi arayışı, gerçek benliğin bilgisini edinmenin, diğer bütün bilgileri edinmenin yegâne kaynağı olduğu fikri...”

(Ward,2010, s.8-9)

Modernlik, Ward’ın yukarıda belirttiği fikirler üzerine temellenmiş fakat sonuçları bakımından değerlendirildiğinde, mutluluk, özgürlük gibi ideallerin zıttı durumları da ortaya çıkarmıştır.

Modern dönem içinde delilik ve akıl hastalığı konusu değerlendirildiğinde özellikle Foucault’un öznenin dönüşümü ve normallik/anormalliğin oluşturulması üzerinden yaptığı çalışma, modern dönemin karakteristik özelliği olan bilginin ve bilgiye sahip olmanın üzerinden ilerlemektedir. Bilgiye sahip olmanın iktidara sahip olmak ve söylem üretme yetkisini kendinde toplamasıyla birlikte, delilik artık tıbbileştirilmiş ve normalleştirilme pratiklerine maruz bırakılmıştır (Foucault, 2014). Yani modernlik, akıl hastası gibi bir özne, akıl hastaneleri gibi kurumlar ve gerçeğin bilgisine sahip bilim insanları gibi öznelerin üretilmesi durumunu getirmiştir (Tekelioğlu, 2003, s.55)

Tekelioğlu (2003, s.58) modern delilik deneyimini iki zıt eğilim olarak aşağıdaki gibi tablolamaktadır:

Tablo 2: Modern Delilik Deneyimi

Liberal/ Olumsal Eğilimler	Koruyucu/Olumsuz Eğilimler
-----------------------------------	-----------------------------------

1.Deliliği öteki akıldışı durumlardan ayırt etmek	1. Deliliği doğruya döndürebilmek için ona özel ayrıcalıklı alan açmak
2.Hastaneyi tıbbi bir muayene fikriyle kurmak	2. Deliyi “tıbbi” hapishaneye kapatmak
3.Deliliği günlük yaşamın gerçeğinde normalleştirmek	3.Deliyi kaçınılmaz determinizmlerin sonuçlarından biri olarak tanımlamak
4.Bireyin “anormal” biçimlerde de kendini ifade etme hakkını kabul etmek	4.“Sapkın” davranışı tespit etmek için tıbbi bir araç bulmak
5.Deliliği mutsuz bilincin ve tutarsız yaşam değerlerinin bir sonucu olarak tanımlama	5.Toplumsal yaşamı moral çelişkilerde tanımak
6.Deliliği biricik bir deneyim olarak kabul etmek	6.“Sapkınlığı” uyumlu toplumsal değerlerle karşılaştırmak
7. Sanatsal alanda uç biçimlerde de delice ve sapkın ifadelerde bulunabilmek için bir alan açma	7. Yaşamı “gerçek” ve “gerçek olmayan” şeklinde ayırıp sanatsal/edebi alanı “gerçek olmayan” alana “rüya alemine” iliştiirmek

Tekelioğlu (2003, s.58)

Giddens’a göre modernite hem kurumları hem de toplumsal hayatı dönüştürerek, bireylerin kişisel hayatlarını da etkilemektedir. Modern dönemde bilim, teknoloji ve uzmanlık önemli bir konumdadır. Giddens bu gelişmelerin, bireylerin deneyimlerinin tecrit edilmesi üzerinde rol sahibi olduğundan bahsetmektedir. Ona göre, toplumsal hayat gerçek doğadan, sorunlardan ve farklılıklardan uzaklaşmaktadır. Bunun bir sonucu olarak da delilik ve akıl hastalığı özelinde değerlendirmek gerekirse, bu şekilde nitelendirilen kişiler normal addedilen nüfustan tecrit edilmektedirler. Deliliğin tıbbileştirilerek “akıl hastalığı” olarak yeniden kavramsallaştırılmasının yanında deliliğin nedenleri toplumsal koşullarla bağlantılandırılmakta ve bu sebeple tedavi, davranışın kontrolü üzerinden değerlendirilmektedir. Genel bir kanı olarak, akıl hastalarının diğer bireylere saldırabileceği fikrinin yaygınlık kazanması önem arz etmektedir. Bununla birlikte dezavantajlı gruplarda yoğun olarak görüldüğü algısı da akıl hastalığının modern hayatın kendi işleyişinden kaynaklanan bir risk olarak değerlendirilmesi sonucunu getirmektedir. Giddens, akıl hastanelerinin amacının, psikolojik rahatsızlıkları olan bireyleri ilaçla tedavi etmenin yanında bireyin tecrit edilmesi olduğunu söylemektedir. Burada

delilik durumunda olan bireylerin ıslahı bir yandan da ahlaki bir boyuta gönderme yapmaktadır. Delilik, toplumsal hayatı sürdürememe, yani diğer bir deyişle toplumsal güçsüzlükle nitelendirilmektedir. Rahatsız edici olarak görülen davranışlar toplumsal hayattan dışlanmakta ve akıl hastaneleri vasıtasıyla ıslah edilemez olarak görülen kişilerin bile kendi kontrolünü sağlaması amaçlanmaktadır. Akıl hastanelerinin yaygınlaşmış olması da toplumsal hayat içerisinde delilerle olan ilişkileri azaltmaktadır (Giddens, 2019, s.211-213).

2.3. KÖY/KENT KAVRAMI VE İLİŞKİ DİNAMİKLERİ

Araştırmanın konusu kırsal ve kentsel alanlarda delilik ve akıl hastalığı olgusu olduğundan, köy ve kent kavramları önem arz etmektedir. Araştırmanın konusu kapsamında kırsal ve kentsel alan bu alanlardaki ilişki dinamikleri üzerinden ele alınmaktadır. Kırsal ve kentsel alanlardaki insan ilişkileri söz konusu olduğunda, bu ilişkilerin farklılığı üzerine birçok kuramsal açıklama bulunmaktadır. Bu açıklamalar, özellikle klasik kuramcılarının modernleşmeyi açıklama çabaları üzerine oturmaktadır.

Ferdinand Tönnies (1887)'in cemaat (*gemeinschaft*) ve cemiyet (*gesellschaft*) kavramları kırsal ve kentsel alanlardaki ilişkileri anlamak açısından önem arz etmektedir. Tönnies'e göre cemaatvari ilişkiler sıcak ve samimidir. Mahrem ilişkiler cemaatte önem taşımaktadır. Bireyler doğdukları anda cemaatin içine girmekte ve onun bir parçası haline gelmektedirler. Dil, töre ve inanç kavramları da cemaatvari ilişkiler içindedir. Tönnies, cemiyeti ise kamusal hayat olarak nitelendirmektedir. Bireyler cemiyete sonradan dâhil olmaktadır. Bununla birlikte cemiyetvari ilişkiler, şehir kültürünün gelişmiş olduğu her yerde bulunmakta ve birbirine yabancı kişilerin yan yana bulunduğu bir ilişki biçimini de ifade etmektedir. (Tönnies,2020, s.41). Tönnies, cemaati, homojen bir yapıda olan, sosyal kontrolün sıkı olduğu, toplumsal olarak hareketliliğin ve değişimin daha az olduğu köy topluluklarıyla ilişkilendirmektedir. Cemiyetvari ilişkiler ise, modern kent yaşamındaki bireylerin kişisel olmayan ilişkilerine gönderme yapmaktadır. Tönnies, yine cemaatvari ilişkiler içinde bireylerin doğal iradeye sahip olduğunu, cemiyetvari ilişkilerde ise rasyonel iradenin olduğunu belirtmektedir. (Slattery,2008, s.59-60). Delilik ve akıl hastalığı olgusuyla birlikte değerlendirildiğinde ise yaklaşımlardan bazıları, kırsal alanlardaki başat olan yüz yüze ve yoğun ilişkilerin varlığını, bireylerin diğer bireylerle ilgili mahrem hayatlarıyla ilgili bilgilere sahip olunmasının ve bireyler arasında güçlü bağlar olmasının bir sonucu olarak sosyal anlamda destek sağlayıcı unsurları barındırdığını

belirtmektedir. Bu yaklaşım özellikle şehir hayatının getirmiş olduğu izolasyon, yabancılaşma ve ahlaki krizin yerine bireylere duygusal ve pratik destek sağlandığını göstermektedir. (Kane ve Ennis, 1996 akt. Philo, 2003,s.272). Bu yaklaşıma zıt olarak, cemaatvari ilişkilerin, bireylerin daha görünür olmaları ve damgalanma tehdidine daha açık olmaları, kültürel ahlak kodlarının daha sert olması gibi durumların varlığı tartışılmaktadır. (Philo, 2003, s.273)

Diğer bir kuramsal yaklaşım, Durkheim'in "Toplumsal İş bölümü" isimli çalışmasında karşımıza çıkmaktadır. Durkheim, artan bireyselleşmeye paralel olarak bireyler arasındaki artan bağımlılığa dikkat çekmekte ve bunu giderek kompleks bir hale gelen iş bölümü üzerinden açıklamaktadır. İş bölümünün gelişimiyle birlikte, toplumsal dayanışma da dönüşmektedir. (Kivisto, 2021, s.105). Toplumsal uyum, işbölümünden kaynaklanmaktadır ve her bireyin kendi çıkarları peşinde koşmasıyla birlikte otomatik olarak üretilen bir işbirliğiyle karakterize olmaktadır (Durkheim, 1982, s.200). Durkheim, mekanik dayanışmalı toplum ve organik dayanışmalı toplum olarak bir ayrım yapmaktadır. Mekanik dayanışmalı toplumdaki bireyler ahlaki ve toplumsal olarak homojen özellikler göstermektedirler. Kolektif bilinç güçlü olduğundan bireyler benzer düşünmekte, benzer davranışlarda bulunmaktadırlar. Bireyselleşme azdır. Bireyler arasındaki ahlaki bağ kuvvetlidir ve herhangi bir suç katı bir şekilde baskı ya da cezaya maruz kalmaktadır. Din ve geleneğin etkisi güçlüdür ve bireyler için önem arz etmektedir. Fakat endüstrileşmeyle ve değişen dayanışmayla birlikte bireylerin üzerinde gelenekselliğin etkisi ve bağlayıcılığı azalmaktadır. Artan uzmanlaşma ve bireyselleşmeyle birlikte ahlaksal, düşünsel ve inançsal farklılaşmalar da artar. Durkheim, artan bu farklılaşmanın sonucu olarak, toplumun çözülmesini engelleyen ve hala bireyleri birarada tutan şeyin iş bölümü olduğunu belirtmektedir. Diğer bir deyişle, bireyler hayatlarına devam edebilmek için diğer bireylerin uzmanlığına ihtiyaç duymakta ve iş bölümünde bulunmak zorunda kalmaktadırlar. Bu dayanışma, organik dayanışma olarak adlandırılmaktadır. (Swingewood, 1998, s.140-141). Kırsal ve kentsel alanlar özelinde ele alındığında, kırsal alanlarda endüstri öncesi toplumlardakine benzer şekilde, sosyal ilişki dinamikleri açısından, mekanik dayanışmalı toplum özelliklerinin daha görünür olduğu, endüstrileşmenin etkilerinin daha yoğun olarak etki ettiği kentlerde ise organik dayanışmalı toplum özelliklerinin daha görünür olduğunu söylemek mümkündür.

Weber ise, geleneksel toplumdaki modern topluma geçişi incelemektedir. Kapitalizmin ortaya çıkmasıyla birlikte modern toplumun örgütlenme biçimiyle özel olarak ilgilenmekte ve toplumun rasyonalleşmesini analiz etmektedir. Weber, Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhunu

isimli çalışmasında, kapitalizmin yaygınlaşmasını Marx'ın söylemiş olduğu ekonomik koşullar yerine Protestan ahlakını ve kültürün getirmiş olduğu inanç ve değerlerin toplum üzerindeki etkisini ve dönüşümünü açıklamak için kullanmaktadır. Weber'e göre 17.yy öncesindeki geleneksel değerlerin güçlü olması ve bilgiyi doğrulama yöntemi olarak da geleneksel eylem biçimlerine başvurulması modern toplumun oluşumu önünde engel teşkil etmekteydi. Gelenekler, kuşaktan kuşağa aktarılan inançlar ve bilme biçimleridir. Bireyler eylemlerini gerçekleştirirken bu eylemlerin doğruluğunu zamansal olarak uzun bir süreç içerisinde kabul edilmiş ve tekrarlanmış bir pratik olarak, sorgulamadan gerçekleştirmekte ve doğruluğuna inanmaktadırlar. Yine din, gündelik hayat içerisinde güçlü bir konumda bulunmaktadır. (Turner, s.246-247). Püriten ahlak ve Protestanlığın gelenekselliği dönüştürmeye başlamasıyla ve kapitalizmin ortaya çıkış koşullarından biri olmasıyla beraber, toplum rasyonelleşmeye başlamakta ve duygu, değer ve geleneklerin yerine bireyler araçsal-rasyonel eylem biçimlerine yönelmektedirler. Araçsal-rasyonel eylem, modern toplumlarda bireylerin sık başvurduğu, planlanmış ve kar-zarar hesabının dikkate alınarak gerçekleştirildiği eylemlerdir (Turner, s.259). Weber'in geleneksel toplum ve modern toplumla ilgili analizi dikkate alındığında ise, özellikle kırsal alanların daha geleneksel toplum modeline yakın olduğu ve bireylerin eylemlerinde gelenekselliğin etkisinin ön plana çıktığı, kentlerin ise hem kapitalizmin hem de modernleşmenin bir sonucu olarak ortaya çıkmış olmasından dolayı, ilişki dinamikleri boyutundan da değerlendirildiğinde, bireylerin araçsal-rasyonel eylemlere başvurdukları söylenebilmektedir.

Sorokin ve Zimmerman (1969) ise, kırsal dünya ve kentsel dünya olarak kavramsallaştırma yapmakta ve sekiz farklı boyut üzerinden değerlendirmektedir. Bu değerlendirme aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 3: Kırsal Dünya ve Kentsel Dünya Ayrımı

	Kırsal Dünya	Kentsel Dünya

Meslek	Tarımla uğraşanlar ve onların aileleri.	Kişilerin tümü çoğunlukla imalat, mekanik işler, zanaat ticaret, uzmanlık, yönetim ve diğer tarım dışı işlerle ilgilenir.
Çevre	Antropososyal çevreye doğaüstüdür. Doğayla direkt ilişki kurulur.	Doğadandaha izole bir yaşam. Doğal çevre üzerinde insan yapımı çevrenin baskınlığı.
Topluluk büyüklüğü	Açık çiftlikler ya da küçük topluluklar, ziraat ve topluluk büyüklüğü negatif ilişkilidir.	Kural olarak, aynı ülkede ve aynı dönemde, kentsel topluluğun büyüklüğü kırsal topluluktan çok daha büyüktür. Diğer bir deyişle kentsellikle topluluk büyüklüğü pozitif korelasyon gösterir.
Nüfus yoğunluğu	Aynı ülkede ve aynı zamanda kentsel topluluklara göre yoğunluk daha düşüktür. Genellikle yoğunluk ve kırsallık negatif ilişkilidir.	Kırsal topluluklara göre daha fazladır. Kentsellik ve nüfus yoğunluğu pozitif korelasyon gösterir.
Nüfusun çeşitliliği ve homojenliği	Kentsel nüfusla karşılaştırıldığında kırsal toplulukların nüfusu, ırksal ve psikososyal özellik açısından daha homojendir. (Heterojenlikle negatif ilişkilidir.)	Aynı ülkede ve aynı zamanda kırsal alanlara göre daha heterojendir. Kentsellik ve heterojenlik pozitif korelasyon gösterir.
Sosyal farklılaşma ve tabakalaşma	Kırsal farklılaşma ve tabakalaşma kente göre daha azdır.	Farklılaşma ve tabakalaşma kentsellikle pozitif korelasyon gösterir.

Hareketlilik	Nüfusun, bölgesel, mesleki ve diğer sosyal hareketlilik çeşitleri nispeten daha az yoğunudur.	Daha yoğun. Kentsellik ve hareketlilik pozitif korelasyon gösterir. Sadece toplumsal felaket dönemlerinde kentten kıra göç, kırdan şehre göçten daha fazladır.
Etkileşim sistemi	Kişi başına daha az sayıda temas. Üyelerinin ve bütünü etkileşim sisteminin daha dar alanı. Kişisel ve nispeten dayanıklı ilişkilerin daha baskın olması. İlişkilerin karşılaştırmalı basitliği ve samimiyeti. Kişi bir insan olarak etkileşime girer.	Daha çok sayıda kişi ile temas. Kişi ve üye başına daha geniş etkileşim sistemi alanı. İkincil temasların baskınlığı. Kişisel olmayan gündelik ve kısa ömürlü ilişkilerin baskınlığı. Daha fazla karmaşıklık, çok yönlülük, yüzeysellik ve ilişkilerin standartlaştırılmış formalitesi. Kişi bir “numara” ve “adres” olarak etkileşime girer.

Sorokin ve Zimmerman (1969) s.56-57

Sorokin ve Zimmerman'in yapmış olduğu bu kavramsallaştırma ve boyutlar dikotomik bir ayırım olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ayırımı birbirine karşıt ve kesin özellikler üzerinden değerlendirmek yerine, değişim ve dönüşüme açık olması ve gelişen iletişim ve ulaşım ağları da dikkate alınarak değerlendirmek önemlidir.

Modern dönemde metropol hayatı ve metropoldeki bireyle ilgili olarak Simmel, “Metropol ve Zihinsel Yaşam” isimli çalışmasında 19.yy’da artan özgürleşme ve farklılaşmayla birlikte

uzmanlaşmayı ve bu uzmanlaşmanın getirmiş olduğu bireylerarası bağımlılığı sorunsallaştırmaktadır. Simmel, metropol tipi kişilikten bahsetmekte ve bu kişiliğin ruhsallığının sınırlar üzerindeki uyarıcıların yoğunluğunun oluşturduğunu ifade etmektedir. Metropolde birey çok fazla uyarana maruz kalmaktadır. Bu uyaranlar aynı zamanda kesintisiz, hızlı ve değişkendir. Kırsalda ise daha yavaş, düzenli ve alışıldık bir hayat ve ritim bulunmaktadır. Bu nedenle kent hayatı taşra hayatına göre ruhsal hayat bakımından karşıtlık içerisindedir demektir. Bu farklılık sebebiyle Simmel, metropol yaşantısının bireyde farklı bir bilinç oluşturduğunu bahsetmektedir. Bu metropoldeki insanın ruhsal dünyasını daha karmaşık hale getirmektedir. Kır yaşamındaki ilişkilerde ise alışkanlık ön plana çıkmaktadır. Simmel zihin ve ruhu tanımlarken, zihni ruhun bilinçli ve en yüksek katmanı olarak ifade etmekte ve uyum yeteneğini en güçlü olan içsel güç olarak değerlendirmektedir. Bu nedenle değişimlere karşı zihin daha dayanıklı bir özellik göstermektedir. Ruh ise, uyum sağlayabilmek için daha fazla sarsıntıya maruz kalmaktadır. Bu sebeple metropol tipi kişilik, kendini koruyacak ve daha iyi uyum sağlayabilecek bir şekilde olaylara duygusal değil mantığıyla tepki vermektedir. (Simmel, 2003, s.85-87). Metropolde yaşayan insanların olaylara ve bireylerarası ilişkilere karşı ihtiyatlı yaklaşması içsel dünyasını korumaya yönelik bir tavır olarak değerlendirilmektedir. Kırsalda yaşayan bireylerin çevredeki herkesi tanıyor ve ilişki kuruyor olması metropolde yapılması mümkün olmayan bir durumdur. Hem psikolojik nedenler hem de metropolün kendi hızlı iç dinamikleri sebebiyle bireyler bu tavrı takınmak durumunda kalmaktadırlar. Bu sebeple metropolde yaşayan bireyler kırsalda yaşayan insanlara göre daha soğuk ve kalpsiz olarak nitelendirilebilmektedir. Simmel'e göre metropol insanı davranışlarını kendi gerçekleştiremediğinden dolayı parçalanmış bir kişiliktir. Bu sebeple de yabancıdır. (Kivisto, 2021, s.220).

Kentteki ilişki dinamikleri ve kent insanıyla ilgili olarak Louise Wirth ise, "Bir Yaşam Biçimi Olarak Kentlileşme" isimli makalesinde analizlerle bulunmaktadır. Wirth, kentlerde ilişkilerin kişiselliğe dayanmadığı koşulların var olduğunu ve böyle alanlarda bireylerin ilişkide bulunduğu insanların sayısının fazla olmasının insan ilişkilerinde bir bölünme yarattığını ifade etmektedir. Kentteki "şizoid" kişilik özelliğini de insan ilişkilerindeki bölünmeyle ilişkilendirmektedir. İfade edilen bu durum nicelik olarak kentsel alanlarda yaşayan bireylerin kırsal alanlarda yaşayanlara göre daha az sayıda tanıdığı olmasından değil, gündelik hayat içerisinde ilişkide ve iletişimde buldukları kişiler hakkında daha az bilgiye sahip olmasından dolayıdır. Yani diğer bir ifadeyle, kentsel alanlarda yaşayan bireyler iletişimde buldukları

insanlarla ilgili derin bir bilgiye sahip değillerdir ve daha yzeyssel bir ilişki içerisinde bulunarak bireyi daha kısıtlı olarak tanımaktadırlar. Wirth, kentlerde yaşayan bireylerin diğer bireylerle etkileşim içinde bulunurken parçalanmış rollerle karşı karşıya geldiğini belirtmektedir. Kentlerde yaşamlarını sürdüren bireyler kırsal alanda yaşamlarını sürdüren bireylere göre daha fazla sayıda insana ihtiyaç duymaktadırlar. Bununla birlikte daha fazla örgütlenmiŐ gruplarla iş birliği içine girmektedirler. Fakat kentli insanın çok sayıda insana ihtiyaç duymasına rağmen belli insanlara karşı bağımlılığı düşüktür. Bireylerin birbirlerine olan bağımlılıkları, diğer bireylerin eylem alanlarıyla kısıtlanmaktadır. Kentte daha çok ikincil ilişkilerin yoğun olduğunu söylemek mümkündür. Wirth, kentte kurulan ilişkilerin özelliklerini, parçalı, kişisel, yapay ve geçici olarak ifade etmektedir. Kentli insandaki soğuk ve kayıtsız tavrın ise diğer insanların beklenti ve isteklerine karşı koymak için oluşturulan bir strateji olabileceğini ifade etmektedir. Kentteki bireylerin, yakın bağlar kurmuş olduğu bireylerin duygusal denetiminden kurtulmak için karmaşık ve ussal bir tavırda bulunması, kentteki ilişkilerin geçiciliği ve kendi kiŐiselliđini ortaya koymamasıyla bağlantılandırılmaktadır. Böylelikle, kentli insan daha yzeyssel ilişkilerde bulunmaktadır. Bu yüzeysellik bir taraftan, duygusal denetimden kişinin kaçınmasını sağlarken diğer taraftan bireyin kendini ifade etmesinde ve bir toplumun parçası olurken yaŐayacađı katılım duygusundan mahrum olmasına neden olabilmektedir. Bu aynı zamanda Durkheim'ın anomi kavramıyla ilişkilendirilmektedir. Kişinin bulunduğu toplumla olan bağlarının çözülmesi ve moral olarak kendini destekleyecek mekanizmalardan mahrum kalması gibi durumlar bir kuralsızlık ve toplumsal boşluk durumunun oluŐmasına neden olabilmektedir. (Wirth, 2002, s.83)

3. BÖLÜM

OSMANLI DEVLETİ VE TÜRKİYE'DE DELİLİK VE AKIL HASTALIĞI VE KÜLTÜRLERARASI YAKLAŞIM

3.1. Osmanlı Devleti ve Türkiye'de Delilik ve Akıl Hastalığı

Araştırmanın bu bölümünde delilik ve akıl hastalığı anlayışının nasıl olduğuyla ilgili bilgi edinebilmek için Osmanlı Devleti ve Türkiye'de delilik ve akıl hastalığı olgusu tarihsel bağlamda ele alınmıştır.

3.1.1. Osmanlı Devleti Dönemi'nde Delilik ve Akıl Hastalığı

Akıl hastalığı, tarihsel olarak ele alındığında Anadolu coğrafyasında 600 yıl kadar etkili olmuş ve varlığını sürdürmüş olan Osmanlı Devleti'nde, akıl hastalığının toplumsal hayat içerisinde nasıl konumlandırıldığı, akıl hastası olarak nitelendirilenlerin nasıl uygulamalara ve tedavi yöntemlerine maruz kaldığı önem arz etmektedir. Osmanlı Devleti'nin uzun bir tarihsel dönemi kapsıyor olması orta çağdan modern çağa kadar değişen ve dönüşen sosyokültürel durumları ve kurumsallaşma süreçlerini de dikkate almayı gerektirmektedir.

Osmanlı Dönemi'nde özellikle halk anlatılarında deliliğe karşı olumlu bir yaklaşım olduğu görülmektedir. Dede Korkut ve Köroğlu anlatılarında delilik, yiğitlik olarak nitelendirilmektedir. 15. yüzyılda Osmanlı Devleti, ordusunda deliler olarak gruplandığı süvari birlikleri oluşturmuştur. Bu birliklerin cesaretli ve ataklıklarıyla bilindikleri belirtilmektedir. (Aça,2013, s.94 akt. Kurtuluş, 2016,s.107). Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda deli olarak nitelendirilen bireylere ordu içerisinde yer verilmesi ve ataklıklarının ön plana çıkartılması belki de bu bireylerde bulunan agresyonun kullanılması olarak düşünülebilir. Bireylerin bilinçli bir şekilde ordu görevinde bulunup bulunmadığı bu durumda bir soru işareti olarak kalmaktadır.

Bu bilgilere ek olarak orta çağ döneminde Osmanlı Devleti'nde delilerin kamusal alandan uzaklaştırılmadığı ve iyileştirilebilir, mağdur ve muhtaç kişiler olarak görüldüğü belirtilmektedir. Akıl ve akıldışılık ayrımı yapılmasına rağmen Evliya Çelebi'nin eserlerinde akıldışılığa bir kutsallık atfedildiği ve meraklı, hoşgörülü yaklaşıldığı ifade edilmektedir. Mecnunluk yani aşk yüzünden kendinden geçme ve delirme olarak nitelendirilen durum,

sevdiği kişiye kavuşamadığından aklını kaybeden kişiler için kullanılmaktadır. Meczupluk da denilen bu durumdaki kişiler halkla iç içe yaşamışlar ve dışlanmamışlardır. Fakat 17. ve 18. yüzyılda Osmanlı toplumunun delilik olgusuna yaklaşımının bir göstergesi olarak sufi hikâyelerinde belirtilenlere göre sufi meczupların deli olarak nitelendirildikleri ve bu sebeple de sözlerine pek itimat edilmediği görülmektedir. (Kurtuluş,2016,s.108-110).

Osmanlı Dönemi'ndeki tıp anlayışında ise akıl hastalığına "Kafa Hastalığı" denmektedir. O dönemin ünlü doktorlarından Mukbilzade hastalıklarının nedeni olarak merkezi sinir sistemindeki sorunları göstermekte ve organik kökenli bir açıklamaya gitmektedir. Mukbilzade'nin akıl hastalıklarının sınıflandırılmasıyla ilgili fikirleri de önem taşımaktadır. Fakat bu sınıflandırmalarında semptom-sendrom karmaşası bulunmakta bu da hastalığın tanımlanmasında belirsizliklere neden olabilmektedir. Akıl hastalıklarının tedavisinde babadan oğula geçen tekke geleneğindeki uygulamaların oldukça yaygın ve güçlü bir konumda olduğu görülmektedir. Buralarda akıl hastalarını tedavi etmek için organik ve ilaç tedavileriyle birlikte dini telkin ve inançla ilgili uygulamaların birlikte kullanıldığı belirtilmektedir. (Tunaboşlu-İkiz, 1999,s.161-162).

19. yüzyılda Osmanlı Devleti'ndeki batılılaşma hareketi ve modernleşme çabaları sosyal hayattaki ve kurumlardaki değişimlerde de kendini göstermiştir. Akıl hastalarıyla ilgili kurumsallaşma noktasındaki en önemli değişiklik de akıl hastalarına özel hastanelerin kurulmaya başlanmasıdır denilebilir. (Artvinli ve Etker, 2013, s.1). Bu hastaneler, Haseki, Süleymaniye ve Sultanahmet Darüşşifası'dır. Bunlarla birlikte Balıklı Rum Hastanesi ve Ermeni Hastanelerin'de de sayıları diğer hastanelere göre az olmakla birlikte akıl hastalarının da bulunduğu belirtilmektedir. Fakat bu hastanelerle birlikte en önemli ve temel kurum niteliğini taşıyan Toptaşı Bimarhanesi'dir ve 1924'e kadar da akıl hastalarının tedavi edildiği hastane olmayı sürdürmüştür. (Kılıç,2013, s.92). Bu hastanelerdeki fiziksel koşulların yetersizliği, salgın hastalıklar ve hastanelerdeki uygulamaların (hastaların zincirlenmesi ve şiddet gibi) insani olmayan durumların varlığı, o dönemde Toptaşı Bimarhanesi'nin başında bulundan İtalyan Dr. Montgomeri tarafından eleştirilmiştir. (Kurtuluş,2016,s.105). Dr. Montgomeri'nin çalışmaları ve çabalarıyla birlikte Bimarhane Nizamnamesi çıkartılmış ve bu yasal düzenlemeyle kötüye kullanımların önüne geçilmesi amaçlanmıştır. Dr. Montgomeri ayrıca bimarhaneye gönderilecek olan kişilerin kabul edilmesi için çeşitli sorulardan oluşan bir form oluşturmuştur. (Artvinli ve Etker, 2013,s.5).

Toptaşı Bimarhanesi'ne girebilmek için kişinin çevresine tehdit oluşturması ve kontrol edilemeyecek halde bulunması gibi şartlar getirilmiştir. Bununla birlikte taşradaki hastaların hastaneye girmesi yasaklanmıştır. Hastaneden çıkış izninin verilmesi için ise kendisi ve çevresindekiler için tehlike oluşturmaması ve daha sakin bir halde bulunması ve ayrıca kişinin ailesinin de kefil olması gerekmektedir.(Kılıç,2013,s.93-97). Bu gelişmeler deliliğin ve akıl hastalığının Osmanlı Devleti'nde tıbbi olarak kurumsallaşmasının ve yasalarla düzenlenmesinin de açık bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Sosyal hayat ve kurumlardaki batılılaşma hareketleriyle birlikte toplumdaki uzak yeni akıl hastanelerinin kurulmasıyla ilgili çalışmalar yapılmıştır. Fakat burada belki de dikkat edilmesi gereken en önemli nokta Kılıç'ın (2013) çalışmasında da belirtildiği üzere, hastaneler şehrin içinde de olsa kişiler bir kere akıl hastanesine girdikten sonra toplumsal hayata katılımlarının sınırlı olması ya da tamamen izole olma durumlarının ortaya çıkmasıdır.

Cumhuriyet hükümetinin kurulmasından sonra, 1924'te Mazhar Osman'ın teklifi sonucu Bakanlar Kurulu'nun vermiş olduğu kararla Bakırköy'de bulunan Reşadiye Kışlası'nın akıl hastanesi olarak kullanılması gündeme gelmiştir. Hastane ilk olarak, İstanbul Emraz-ı Akliye ve Asabiye Hastanesi adıyla hizmet vermeye başlamıştır. Daha sonra Toptaşı Bimarhanesi'ndeki hastalar Bakırköy'e taşınmaya başlamış ve 1927 yılında Toptaşı Bimarhanesi tamamen kapatılarak tüm hastaların nakli gerçekleştirilmiştir (Artvinli, Erkoç ve Şahap, 2020, s.1-2). Yeni ismiyle Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Türkiye Cumhuriyeti tarihinde ve psikiyatri alanında önemli bir sağlık kuruluşu olmuş, çok fazla filme mekân sahipliği yapmıştır.

3.1.2 Türkiye Cumhuriyeti'nde Akıl Hastalığı

Türkiye'de ruhsal hastalıklarla ilgili olarak kapsamlı bir çalışma 1998 yılında Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi'nin iş birliği ile gerçekleştirilmiş olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasıdır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, şehirlerde ruhsal hastalık görülme oranı kırsal alanlara göre ve batı bölgelerinde ruhsal hastalık görülme oranı doğu bölgelerine göre yüksektir. Erişkinlerde ruhsal hastalık görülme sıklığı % 17,2, çocuk ve gençlerde ise görülme sıklığı %11 olarak bulunmuştur. Araştırmada kadınlarda ruhsal hastalık görülme oranı erkeklere göre iki kat fazladır. Ruhsal sorunu olanların %39'u psikiyatri uzmanına, %33'ü psikiyatri dışı uzmanlara, %21'i pratisyen doktora, %3,6'sı ise üniversite öğretim üyelerine

başvurmaktadırlar. (Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu,1998). Fakat bu çalışmanın üzerinden çok uzun süre geçmiş olması ve bu süre içerisinde ekonomik, sosyal ve toplumsal yapı olarak değişimler yaşanması sebebiyle yeni bir çalışmanın gerekliliği belirtilmektedir. (Kılıç, 2020, 185).

Yine kırsal kentsel alanlardaki ruhsal hastalık yaygınlığı ile ilgili 1987 yılında Küey vd.'lerinin yaptığı çalışma sonucunda da ruhsal bozuklukların kentsel alanlarda kırsal alanlara göre dahafazla olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmaların verilen sonuçlarında bu farklılığın nedenleri belirtilmemiştir. 2010'da Binbay vd.'lerinin yaptığı çalışmada ise kırsalda ruhsal hastalıkların kentlere göre daha az olmasının nedeni sağlık hizmetlerinin o bölgelerde yetersiz kalması olarak gösterilmektedir.

2013 yılında T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda "Ruh Sağlığı Sorunları" çalışmasının sonuçlarında ise, araştırmaya katılanlardan 9'u kendilerine depresyon tanısı konduğunu belirtmişlerdir. Kadınlarda görülme sıklığı 1998 yılındaki çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu olarak erkeklerden daha fazladır ve kentlerde kırsal alanlara göre daha yaygındır. Erkekler için kır-kent farkı bulunmadığı belirtilmektedir. Toplam ruh sağlığı bozukluğu olarak değerlendirildiğinde ise kentlerde %12, kırsal alanlarda %11 olarak bulunmaktadır. 75 yaş üzeri bireyler ise ruh sağlığı sorunlarının en yüksek olduğu grup olarak bulunmuştur. (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013, s.235)

Dünyadaki diğer ülkelerle birlikte Türkiye'de son yıllarda ruhsal hastalıklar ve buna bağlı psikiyatrik ilaç kullanımındaki artış dikkat çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Türkiye için açıklamış olduğu rapora göre, Türkiye'de nüfusun %17'si ruhsal hastalıkla karşı karşıyadır, 3.2 milyon kişi depresyonla mücadele etmektedir. Son beş yılda antidepressan kullanımı ise %56 oranında artmıştır. Her yıl yaklaşık 9 milyon kişi ise, ruhsal hastalıklarıyla ilgili destek için uzmana başvurumaktadırlar.

<https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2020/supporting-turkish-mental-health-policy-and-service-delivery>

Bu adresi bakınız olarak dipnot şeklinde verip, bağlantıyla ilgili kısa bir açıklama yapalım

Ruhsal hastalıklarla ilgili en önemli gelişmelerden biri olarak, özellikle 1961 yılında İtalya'da başlayan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri gösterilebilir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmeti,

kişinin evinde, iş yerinde yani aslında sosyal hayatını devam ettirirken kişiye destek sağlanmasını esas almaktadır. (Çiçekoğlu ve Duran, 2018). Yine toplum temelli ruh sağlığı sisteminin olumlu yanlarıyla ve nasıl olması gerektiğiyle ilgili de çalışmalar bulunmaktadır. (Alataş ve Karaoğlan, 2009; Songur ve Kıran, 2017; Kılıç ve Yılmaz, 2018).

Türkiye’de 2006 yılında Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası oluşturulmuştur. 2011 yılında ise Ruh Sağlığı Eylem Planında da ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden organize edilmesi ve hastane temelli ruh hastalığı hizmetlerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetine geçilmesi, ruh sağlığının geliştirilmesi damgalama ve ayrımcılığa karşı farkındalık oluşturulması gibi eylem planlarına yer verilmektedir. Bu, özellikle ruh hastalığına sahip olan bireylerin kapatılması (Foucault) ve damgalanması (Goffman) sorunlarına karşı, bir çözüm üretme arayışını bize göstermektedir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, kişiyi sosyal izolasyon ve dışlanmaya uğramadan hayatına devam etmesiyle ilgili gerçekleştirilen önemli bir adım olarak değerlendirilebilir.

3.2. Psikolojik Rahatsızlıkların Kültürle İlişkisi, Kültürlerarası Çalışmalar ve Sosyokültürel Bakış Açısı

Psikolojik rahatsızlıkların bir vaka olarak görülmesi ve toplumların çoğunda rastlanılması ile ilgili olarak evrensel özellikler taşıdığına ilişkin yaklaşımlar bulunmaktadır. Fakat psikolojik rahatsızlıkların toplum içinde ya da küçük gruplarda algılanma, hissedilme biçimleri, hatta hastalığın belirti ve tedavi edilme yöntemlerinin seçimleri dahi kültürel anlayıştan etkilenmekte hatta o kültürel anlayışa içkin olarak gelişmektedir. Sosyokültürel faktörler hangi hastalığın ortaya çıkacağını, yaygınlığını ve seyrini etkilemektedir. Sosyokültürel bakış açısı da kültürün ve sosyal çevrenin psikolojik sağlık üzerindeki etkisinin ortaya çıkartılması ve çok yönlü bir analiz sağlamaya katkısı nedeniyle önemlidir. (Butcher vd, 2013, s.172-172). Kültürel olarak yerleşmiş fikirler ve deneyimler önemlidir. Örneğin, transa girmiş bir kişiyi kendi kültüründen bağımsız genel geçer psikiyatrik terimlerle psikoz, hasta olarak değerlendirmek yanlış olabilmektedir. (Chodorow, 2007, s.205-206)

Kültürler üzerine veyakültürlerarası yapılan çalışmalarda karşılaşılan en önemli boyut bireyci ve kolektif kültür ayrımı olarak değerlendirilmektedir. (Kağıtçıbaşı,2010,s.399; Burger,2006,s.32). Hofstede (2001), kültürün altı boyutu olduğunu ifade etmektedir. Bu

boyutlardan biri de bireysel kültür ve toplulukçu kültür karşılaştırmasıyla açıklanmaktadır. Kültürün bireycilik-toplulukçuluk boyutuyla ele alınması, esas olarak grup içerisindeki insanların birbirleriyle olan ilişkilerinin dinamiklerini ortaya koymak açısından önem arz etmektedir. Bireyci kültürlerde yaşayan insanlar arasındaki bağlar güçlü değildir, bununla ilişkili olarak bireysel kültürün hâkim olduğu yerlerde yaşayan insanlardan sadece kendilerine ve ailelerine bakmaları beklenmektedir. Toplulukçu kültürde ise, bireyler, ilişkisel olarak birbirlerine daha sıkı bir şekilde kenetlenmiş bir topluluğun parçası olarak görülmektedirler. Bu toplulukta yaşayan bireylerde akrabalık ilişkileri yoğundur ve kişiler herhangi bir sorgulama yapmadan sadakat duygularıyla aile ve akrabalarını korumaya çabalamaktadır. (Hofstede, 2001, s.225).

Hofstede (2011), ülkelerin bireysellik ve toplulukçuluk özellikleri arasındaki on farkı aşağıdaki gibi tablolandırmaktadır:

Tablo 4: Ülkelerin Bireysellik ve Toplulukçuluk Özellikleri

Bireysellik	Toplulukçuluk
Toplumda birey sadece yakın ailesiyle ve kendisiyle ilgilenmekten sorumludur.	İnsanlar, sadakatle koruyacakları geniş aile ya da klanlarda dünyaya gelirler.
“Ben” bilinci hakimdir.	“Biz” bilinci hâkimdir.
Gizlilik hakkı bulunur.	Ait olma vurgulanmaktadır.
Konuşmak sağlıklı olarak değerlendirilir.	Uyum her zaman korunması gereken bir şey olarak değerlendirilmektedir.
Değerleri, bireyler olarak sınıflandırılır.	Değerleri iç-grup ya da dış-grup olarak sınıflandırılır.
Bireylerin kişisel fikirlerinin olduğu anlayışı vardır: bir kişi bir oy	Fikirler ve oylar grup içerisinde belirlenmektedir.
Normların geçersizliği suçluluk duygusuna neden olur.	Normların geçersizliği utanç duygusuna neden olur.
Dil kullanımında “Ben” sözcüğü önemlidir.	“Ben” sözcüğünün bulunmadığı diller bulunmaktadır.
Eğitimin amacı, nasıl öğrenileceğini öğrenilmesidir.	Eğitimin amacı nasıl yapılacağını öğrenilmesidir.
Görev ilişkilerden önce gelmektedir.	İlişkiler görevlerden önce gelmektedir.

Hofstede, 2011, Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context, s.11

Bu araştırma kapsamında da kentsel alanlar daha çok bireyselci kültür özellikleri, kırsal alanlar ise daha fazla toplulukçu kültür özellikleri gösterdiğinden Hofstede’in bu çalışması, araştırma kapsamında önemli olmaktadır.

Bireyselci kültür, Kuzey Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletleri'nde hâkim olan kültürdür. Bu kültürde bireysel başarı ve gereksinimler ön planda tutulmakta ve kişisel bağımsızlık değerlerine önem verilmektedir. Kolektif kültürler ise daha çok grup değerlerinin ve başarısının önem arz ettiği ve iş birliğinin değerli olduğu kültürlerdir. Asya, Afrika, Orta ve Güney Amerika gibi ülkelerin kültürleri kolektif kültür olarak değerlendirilmektedir. (Burger, 2006, s.32-33). Bu ayrımlar yapılırken göz önünde bulundurulması gereken küreselleşme süreci de bulunmaktadır. Özellikle iletişim teknolojisindeki gelişmeler ve medya ve sosyal medyanın yaygınlaşmasıyla birlikte kültürel ürünler çok daha hızlı bir şekilde yayılmakta ve kültürlerin değişip, dönüşmesine ya da baskın bir kültürlleşmeye karşı yerel kültürel hareketlerin ortaya çıkması gibi sonuçlar üretebilmektedir. (Ritzer,2011).

2018 yılı verileri kullanılarak 2020 yılında Boz, Özdemir ve Çalgı'nın gerçekleştirmiş olduğu çalışmada OECD (Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü Ülkelerinin) 10 farklı mental rahatsızlık üzerinden sıralamalarına yer verilmektedir. Mental rahatsızlıklar; bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu, dikkat dağınıklığı/hiperaktivite bozukluğu, davranış bozukluğu, idiopati gelişimsel zihinsel engel, diğer mental bozukluklar, şizofreni, depresyon şeklinde sıralanmaktadır.

Tablo 5: OECD Ülkelerinin Mental Rahatsızlık Üzerinden Sıralaması

Sıra	Ülke	MOORA Skoru	Sıra	Ülke	MOORA Skoru
1	Japonya	0.013160535	19	İngiltere	0.027891316
2	Polonya	0.014211796	20	Türkiye	0.028333158
3	Kore	0.014883804	21	İsveç	0.028521308
4	Çekya	0.016323468	22	İtalya	0.028548365
5	Slovakya	0.016456327	23	Şili	0.028766744
6	Macaristan	0.017290739	24	Avusturya	0.029743092
7	Slovenya	0.018361461	25	Almanya	0.029769934
8	Meksika	0.018441185	26	Norveç	0.031952261
9	Estonya	0.020803793	27	Fransa	0.033259949
10	Letonya	0.022123454	28	Hollanda	0.034618592
11	Danimarka	0.024703818	29	ABD	0.034773312
12	Litvanya	0.024716619	30	İsviçre	0.035969322
13	İsrail	0.024859445	31	İrlanda	0.037776401
14	İzlanda	0.025293776	32	Yunanistan	0.037807426
15	Kanada	0.025461822	33	İspanya	0.042165137
16	Finlandiya	0.025963491	34	Yeni Zelanda	0.04326642
17	Belçika	0.026273631	35	Portekiz	0.046719302
18	Lüksemburg	0.027101956	36	Avustralya	0.047077892

Yapılan analiz sonuçlarına göre, mental hastalıkların yaygınlığının en düşük olduğu ülke Japonya'dır. (Boz, Özdemir ve Çalgı,2020, s.250). Öte yandan Japonya'da diğer kişiyi utandırma korkusu olarak ifade edilen "taijin kyafusho" sendromu bulunmaktadır. Bu sendromun göz teması kurma vb. gibi sosyal kaygı bozukluğu belirtileriyle benzerlik gösterdiği fakat Japonya'daki başkalarının duygu ve düşüncelerine aşırı önem verme ve kendi hislerini ifade etmeye çok fazla alan açmayan kültürleriyle de ilgili olabileceği belirtilmektedir (McNally, 1997 akt. Kring vd, 2019, s.180-181). Bu sıralamalar değerlendirilirken o toplumların kendi kültürel değerlerini ve o toplum içerisinde mental rahatsızlıklarla ilgili genel kanılarını da göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Toplumlarda akıl hastalığının olumsuz olarak değerlendirilmesi ve bu sebeple damganın yoğun olması bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurmaları konusunda çekincelere neden olabilir. Bu da mental hastalıkların görülme sıklığıyla ilgili olarak yapılan sıralamalarda kültürel ve toplumsal boyutun önemini de ortaya çıkarmaktadır.

Kültürlerarası yapılan diğer çalışmalara bakıldığında Kleinman (1986,1988)'nın yaptığı çalışmalar önemlidir. Tayvan ve Çin Halk Cumhuriyeti'nde yaşayan Çinlilerin stresle başa çıkma yollarının Batılılarla karşılaştırdığı çalışmasında; Batı toplumlarında bireysel strese depresyon tepkisi verildiğini, Çinlilerin ise strese, kendini bitkin hissetme, zayıflık, fiziksel yakınmalar gibi tepkiler verdiğini ve bildirilen depresyon oranının da düşük olduğunu belirtmiştir. Kleinman'ın Good'la birlikte gerçekleştirdiği 1985 yılındaki çalışmada ise farklı kültürlerdeki depresyon deneyimleri incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre Batı toplumlarında yaşanan suçluluk duygusu gibi bazı depresyon unsurlarının diğer birçok kültürde görülmediği ve üzüntü, çaresizlik, mutsuzluk gibi belirtilerin de farklı toplumlarda farklı anlamlar taşıdığı belirtilmektedir. (Butcher vd, 2013, s.173).

Psikolojik bozukluklarla ilgili yapılan çalışmalarda sosyokültürel etkenlerin yeme bozukluğu davranışı üzerinde de çok önemli bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Son 50 yılda değişen beden ve güzellik standartlarıyla birlikte, ağırlıklı olarak kadınların kendi beden imajlarında daha memnuniyetsiz hale geldikleri belirtilmektedir. Özellikle daha zayıf olmayı destekleyen ve ödüllendiren medya araçları da etkili olmaktadır. (Kring vd., 2019, s.348). Yeme bozukluğunun Batı kültüründen çok az etkilenmiş toplumlarda da görüldüğü fakat özellikle şişmanlama korkusunun Batı toplumlarında çok daha fazla (Keel ve Klump,2003) olduğu belirtilmekte, başta tıkinircasına yeme ve daha sonra kendini kusturma şeklinde devam eden

blumiya nevroza hastalığının ise Batılı kültürler haricindeki kültürlerde görülmediği (Keel ve Klump,2013) ifade edilmektedir. (Kring,2019, s.349).

Psikolojik rahatsızlıkların kültürden kültüre değişmesiyle ve farklı şekilde anlamlandırılmalarıyla ilgili olarak daha pek çok örnek karşımıza çıkmaktadır. Bu örneklerden bazılarına değinecek olursak; Hopi Kızılderililerinde üzüntü hissi yaygın olarak görülmektedir. Üzüntü hissini ciddi bir şekilde kişiyi rahatsız etme durumu bu hissini süresinden ziyade kişinin toplumsal beklentileri karşılayamama noktasına geldiğinde ortaya çıkmaktadır. Diğer bir ifadeyle batı literatüründeki depresyon belirtilerinden farklı olarak aslında toplumsal pratikleri yerine getirememesi durumunun ön plana çıktığı görülmektedir. Kişinin doğaüstü güçler tarafından ele geçirildiğini düşünmesi durumu bazı kültürlerde bir ritüelin parçası olabilmektedir. Sudan ve Habeşistan'daki kadınlar bu doğaüstü güçler tarafından ele geçirilme ve trans halde olma durumlarında içinde buldukları sıkıntıları ifade etme ve söyleyemedikleri şeyleri daha rahat söyleme imkânı bulduklarından dolayı toplumsal olarak kabul edilebilen bir durum olarak değerlendirilmektedir. Burada kadının erkeğin ötekisi olarak inşa edilmesi ve susturulması, kadınların kendi sıkıntılarını paylaşabilmek için doğaüstü güçlerin kadınlarla geçirme ve kendilerini ifade etmeleri konusunda bir strateji oluşturma noktasında değerlendirilebilir. Paranoyanın özellikle ayrımcılığa ve ırkçılığa maruz kalan Kuzey Amerika'da yaşayan siyahlarda ya da bilmedikleri bir ülkede yaşamak zorunda kalan mültecilerde görülme sıklığı bakımından fazla olduğu belirtilmektedir (Sayar, 1998, s.178).

Bu çalışmalar ve örnekler ışığında psikolojik rahatsızlıkların belirtileri, ifade edilme biçimleri ve kişiler tarafından anlamlandırılmaları toplumdan topluma farklılık gösterebilmektedir denilebilir. Bu nedenle de bir kültür içerisinde şekillenmiş tanımlamalar ve değerlendirmelerle diğer kültürdeki olguları açıklama çabası yetersiz kalabilir ve/veya anlam kayıplarının oluşma tehlikesi oluşturabilir.

4. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN KURAMSAL ÇERÇEVESİ

Araştırmanın bu bölümünü, çalışmanın kuramsal altyapısı oluşturmaktadır. Bu bölümde, deli veya akıl hastası olarak nitelenen bireylerin damgalanması, toplumsal bütünleşmesi, sosyal temsiller kuramı, postyapısalcılık ve bu alt bölümle bağlantılı şekilde Foucault'un uzmanlaşma ve iktidar; disipline edici pratikler ve büyük kapatılma kavramlarına yer verilmekte ve en son ise kırsal ve kentsel alandaki ilişki dinamikleriyle ilgili yaklaşımlara değinilmektedir.

4.1. Deli veya Akıl Hastası Olarak Nitelenen Bireylerin “Damgalanması” (Stigmatizasyon)

Akıl hastalığı ve delilik kavramı incelendiğinde; çoğu kavramda olduğu gibi bu kavramların da tarihsel dönemlere ve farklı kültürlere göre anlamsal olarak değiştiği ve deli veya akıl hastası olarak nitelenen bireylerin toplumsal hayata katılımının farklılaştığı görülmektedir. Fakat bu şekilde nitelenmiş kişiler çoğu dönemde damgalanmaya maruz kalmışlar ve ötekileştirilmişlerdir.

Goffman; Damga, Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar (1963) isimli çalışmasında “damga”yı ve damgalanma süreçlerini ele almakta ve toplumsal kimlikle ilişkisi üzerinde durmaktadır. Goffman’a göre damga (stigma), bireyin sahip olduğu ya da olabileceği bir özellik ya da vasıftan dolayı diğer kişiler tarafından yetersiz veya değersiz olarak görülmesidir. (Giddens ve Sutton, 2020, s.321). Bir kişinin ne olması gerektiğiyle (varsayılan toplumsal kimlik), fiilen ne olduğu (fiili toplumsal kimlik) arasında boşluk oluştuğunda o kişi damgalanabilir. (Ritzer, 2008, s.238).

Goffman, fiziki deformasyon, bireysel karakter bozuklukları olarak nitelenen ruh bozukluğu, hapis yatmak, alkol ve madde kullanımı ve etnografik özellik olarak ırk, ulus, din gibi damgaların olabileceğini belirtmektedir (Goffman, 2018, s.31). Goffman’a göre bireyleri toplum içinde damgalanmış ve normal olarak kategorize etmenin kesin ya da belirli koşulları yoktur ve her birey potansiyel olarak damgalanma tehdidi altındadır. (Poloma,2012,s.222; Turner,2020,s.177). “Bir niteliğe haiz olma durumunu damgalayan bir sıfat, bir başkasının

aleladeğilini teyit edebilir...” (Goffman, 2018, s.29). Goffman’ın damga ile ilgili olarak en önemli açıklamalarından biri damgayı sosyal bağlam içinde üretilen bir ilişki olarak görmesidir. (Tyler ve Slater, 2018, s.729). Diğer bir deyişle damga aslında ilişkiseldir ve toplumsal etkileşim süreçleri içerisinde dönüşmekte ya da değişebilmektedir.

“O halde bu tespitlerden damganın idaresinin toplumun genel bir özelliği olduğu çıkar. Söz konusu olan, kimlik normlarının hâkim olduğu her yerde işler halde bulunan bir usuldür. Bu usül, söz konusu olan ister geleneksel bir şekilde damga olarak tanımlanan önemli bir sapma olsun isterse de sahip olmaktan utanç duyulabilecek önemsiz ufak bir farklılık olsun aynı kalır. Dolayısıyla, normalin ve damgalanmışın rollerinin aynı bütünlüğe ait olduğunu düşünmeye müsaade vardır: Aynı kumaşın iki parçasıdırlar.”

(Goffman,2018,s.181)

Buradan da anlaşılacağı üzere aslında damgalanmaya sebep olan vasıflar ve normal olarak addedilen vasıflar dikotomik bir ayırım değil, etkileşim ve iletişim içerisinde şekillenen ve oluşan özelliklerdir. Goffman, bireylerin damgalanma süreçleriyle ilgili olarak, bireysel etkileşim alanında itibarsızlaştırılmış olanlar ve itibarsızlaştırılabilir olanlar olarak bir ayırma gitmektedir. İtibarsızlaştırılmış olanlar, farklılıkları ya da vasıfları diğer kişiler tarafından önceden bilindiğinde ya da bu özellikler açıkça fark edilebilecek durumda, (örneğin, fiziksel deformasyona sahip biri ya da etrafında bağırarak anlamsız sesler çıkartarak koşan biri gibi) olduğunda olan kişilerdir. Farklılığı, diğer kişiler tarafından bilinmiyorsa ve açıkça fark edilebilecek durumda değilse o kişi itibarsızlaştırılabilir olan kişilerdir. (Goffman, 2018, s.77-78).

Bu ayırım özellikle psikolojik rahatsızlığı bulunan bireylerin damgalanması sürecinde ve aynı zamanda onların toplumsal kabul süreçlerini anlamada da önem teşkil etmektedir. Bir bireyin psikolojik rahatsızlığı görünür düzeyde, ağır ve bireylerarası etkileşimin sağlanamadığı bir boyuttaysa o kişinin itibarsızlaştırılmış bir birey olarak damgalanma ihtimali bu kurama göre daha fazla olacaktır. Fakat kişinin psikolojik rahatsızlığı görünür düzeyde değilse ve diğer “normal” kişilerden ayırt etme anlamında belirli kategorilere dışında olma durumu silikse o zaman bu kişi itibarsızlaştırılabilir olandır. Yapılan çalışmalarda da psikolojik rahatsızlıkların farkedilmesi ve dikkat çekmesi ne kadar fazlaysa psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin damgalanmasının daha çok olduğu belirtilmektedir. Özellikle saldırgan ve tehlikeli davranışlarda bulunulması damgalanma sürecini kolaylaştırmaktadır. (Doğanarşavgil,2013 akt.

Bekiroğlu, 2021, s.603). Goffman, ise damgalanmış kişilerle herhangi bir etkileşime girildiğinde damgalı bireylerin saldırgan olacağına dair bir anlam atfedilmesinin sözkonusu olduğunu belirtmektedir. (Goffman, 2018, s.47).

Damgalanmış olan bireyler de diğer insanlar tarafından nasıl göründüklerini, ne şekilde tanımlandıklarını ve kendilerinin hangi kimlik kategorisi altında bir gruba dâhil edildikleriyle ilgili güvensiz bir inanca sahip olabilmektedirler. (Barkers,1948 akt. Goffman, 2018, s.42). Bu durum özellikle psikolojik rahatsızlıkların damgalanmasıyla ilgili çalışmalarda *algılanan damgalama* olarak nitelendirilmektedir. Kişinin reddedilme, dışlanma ya da ayrımcılık durumlarıyla karşılaşılmasına *deneyimlenen damgalama*, psikolojik rahatsızlığı olan bireylerin kendileriyle ilgili olan olumsuz fikirleri, davranışları kabullenmesine ise *içselleştirilmiş damga* denmektedir. (Gerlinger vd., 2013, s.155). Goffman, damgalanmış bireylerin, sosyal damganın getirmiş olduğu yıkıcı etkilerini yönetmeyi/idare etmeyi öğrendiklerini ve etkileşim alanında uygulayabilecekleri bazı stratejiler geliştirdiklerini söylemektedir. (Tyler ve Slater, 2018, s.729). Yapısal/kamusal damgalanma, kanunların, politikaların, özel ya da kamusal alanların ruhsal hastalığa sahip olanlara karşı ayrımcı olması ve bu kişilerin fırsatlardan eşit bir şekilde yararlanamamasıdır. (Corrigan, Kerr at el, 2005, akt. Livingston ve Boyd, 2010, s.2151). Bu damgalanma türü, ayrıca kurumsal pratiklere yerleşmiş kültürel ideoloji olarak da ifade edilmektedir (Herek, 2007, s.907 akt. Livingston ve Boyd, 2010, s.2151).

Goffman, sembolik etkileşimcidir ve bu perspektiften çalışmalar yapmıştır. Sembolik etkileşimçiler, benlik ve toplum arasındaki ilişkiyi iletişim ve etkileşim sistemleri üzerinden incelemektedirler. (Tyler ve Slater, 2018, s.729). İnsan eylemlerinin ve insanlar arası etkileşimde anlamların ve sembollerin nasıl etkili olduğu üzerinde durmaktadırlar. (Ritzer, 2008, s.230). Sembolik etkileşimci yaklaşım üzerinden damga kuramı ele alındığında, genel olarak damganın sosyal ortamda nasıl oluştuğu ve hangi belirli sosyal şartlarda öbeklendiği üzerine çalışmaların yoğunlukta olduğu görülebilmektedir. Fakat damganın nasıl yeniden üretildiğinin araştırılmasının yanında zamana ve mekâna göre damganın gündelik hayat içerisinde nasıl değişip dönüştüğünün incelenmesi de önem taşımaktadır. (Tyler ve Slater, 2018, s.729-730).

Ruhsal hastalıklara sahip bireylerin damgalanmasında, fiziksel çevrenin etkisiyle ilgili yapılan çalışmalar da önem arz etmektedir. Kırsal kesimde yaşayan kişiler, kentsel alanlarda yaşayan kişilere göre, ruh hastalığına sahip olan bireyleri daha fazla damgalamaya eğilimli ve

hastalıkları “akıl hastalığı” ile bağlantılandırmaya daha yatkınlardır. (Şen vd, 2003; Taşkın vd.,2002 akt. Bekiroğlu 2021, s.155-156).

Bu araştırmanın esas konusunu oluşturan kırsal ve kentsel alanlardaki delilik ve akıl hastalığı probleminde dikkat edilecek hususlardan biri de, damgalanma süreçlerinde, kırsal ve kentsel alanlardaki ilişki ve etkileşim dinamikleri üzerine yoğunlaşmak ve mekâna göre oluşan farklı damgalama pratiklerini karşılaştırmalı olarak ele almaktır. Fakat analiz yapılırken salt mikro alanda kaybolma tehlikesine düşmemek de önem arz etmektedir. Akıl hastalığı ve delilik olgusu ele alınırken bunun salt kişilerarası düzeyde değil toplumsal yapıyla olan ilişkisinin ve yapının geriye dönük olarak etkileşim alanına etkisinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

4.2. “Normal Anormaller”- Psikolojik Tanı Konmuş Bireylerin Toplum Tarafından Kabul Edilmesi

Akıl hastalıklarına sahip olan kişilerin hem psikiyatrik olan tanıları hem de kendiçevrelerinde “anormal” olarak nitelendirilmesi, bulunduğu toplumsal gruptan ya da daha geniş ölçekte kamuoyu tarafından damgalanarak dışlanmasına sebep olabilmektedir. Kendilerini “normal” addeden bireyler damgalanmış bireylerle toplumsal etkileşimde bulunabilirler ya da bu etkileşimden kaçınmaya yönelebilirler. (Goffman, 2018, s.40). Fakat bununla birlikte etkileşim alanında damgalanmış bireylerin gruba “kabul edilme” si de mümkün olabilir. Goffman’a göre, damgalı bireylerin kendileri gibi damgalanmış “ötekiler” tarafından kabul edildiği ve bir dayanışma ağının oluşturulması durumunun mümkün olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte “normal” olarak nitelenen bireyler de damgalanmış kişilerle empati kurarak, damgalanan bireylerin sıradan ve normal olarak görülebileceği bir etkileşim alanının olması da sözkonusu olabilmektedir. Bu şekilde damgalanmış fakat daha sonrasında toplum tarafından kabul görmüş olan kişileri Goffman, marjinal olarak adlandırmaktadır. (Goffman, 2008, s.49, 59).

Becker’e göre ise “sapkınlık” toplumsal grupların yaratmış olduğu normların aksi yönünde davranan bireylerin ya da grupların gerçekleştirdiği eylemler sonucunda oluşmaktadır. Fakat bu sapkın etiketlemesi birey ya da gruplar normları çiğnememiş olsa da yapılabilmektedir. Yani aslında bir davranışın sapkın olarak nitelendirilmesi davranışın kendisinden çok diğerlerinin verdiği tepkiyle ilgili olarak karşımıza çıkmaktadır. Bulunulan dönem, zaman, kültür, grupların kendi içindeki ilişki dinamikleri vb. durumlar bir davranışın sapkın olarak nitelendirilmesinde

farklılığa sebep olabilmektedir. Bir grup için sapkın olarak nitelendirilen bir şey, başka bir grup için normal karşılanabilmektedir. Ya da bir toplum bir zamanda sapkın olarak nitelediği bir şeyi tarihsel ve toplumsal dönüşümler sonucunda normal olarak niteleyebilmektedir. (Becker, 2015, s.29,32).

Delilik veya akıl hastalığının bir grup tarafından kabul edilmesiyle ilgili olarak bir örnek vermek gerekirse, Yeni Gine’de Gururumbalılar arasında görülen bir nevroz atağı ve grubun ona göstermiş olduğu yaklaşım önemlidir. Belli dönemlerde bir kişinin saldırganlaştığı ve çevresine zarar vermeye başladığı, fakat daha sonra ormanda belli bir süre geçirdikten sonra köye geri döndüğünde hiçbir şey hatırlamadığı ve diğer kişiler tarafından da kendisine hatırlatılmadığı belirtilmektedir. Buradaki en önemli olan noktalardan birisi, toplumun nevroza izin vermesi ve bu yüzden kişiyi damgalayarak dışlamamasıdır. Grup, o kişiyi kabul eder ve gruba tekrar katılmasına fırsat verir. (May, 2016, s.27-28). Bu durum Becker’in *gizli sapkınlık* kavramıyla da bağlantılandırılabilir. Kişinin toplum tarafından uygun görülmeyen davranışlarda bulunmasına rağmen, bu davranışın farkına varılmaması ya da kural ihlali olarak görülmemesi durumunu Becker, *gizli sapkınlık* kavramıyla açıklamaktadır (Becker, 2015, s.42).

Bu bağlamda ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin toplum tarafından kabul edilmesiyle ilgili olarak verilecek üç örnek önemlidir. Bu kişiler: John Forbes Nash Jr., Paul Schreber ve Ted Bundy’dir.

John Forbes Nash Jr. (1928-2015), tanınan ve dahi olarak nitelendirilen bir matematikçidir. Otuzlu yaşlarının başlarındaiken şizofreni belirtileri yaşamaya başlamış ve uzun süre bu hastalıkla mücadele etmiştir. Nash’in, o dönem düşüncelerinin makineler tarafından kendisine aktarıldığına, davranışlarının Tanrı tarafından yönlendirildiğine dair inanışlarının bulunduğu belirtilmektedir. (Nassar,2002, s.400). Bir dönem insülin şok tedavisi ve antipsikotik ilaç tedavisi gören Nash’in, 1970 yılından itibaren bir daha ilaç kullanmadığı ifade edilmektedir. (Funaki, 2009, s.131).

“Bilinci yerinde bir insan olarak yaşayabilmem ... ve hafızamı kaybetmemem için ...akıl hastanesine (kendi rızam dışında ya da “yanlışlıkla”) yatırılma tehlikesine karşı korunmam gerektiği düşüncesine sahip çıkmanızı rica ederim...”

John Forbes Nash Jr. (akt. Nassar 2002 s.406)

John Nash'in, kendi mental hastalığıyla başa çıktığı ve hastalığının hafiflediği belirtilmektedir. Nash'in çalışmalarına devam ederek oyun teorisini geliştirmesi ve Nobel Ödülü'ne layık görülmesi de onu hem medya hem de insanlar tarafından daha ilgi çekici karakter konumuna getirmektedir. (Nowak, 2015, s.420). Nash'in mental hastalığıyla baş ederken beş farklı aşama deneyimlediği ifade edilmektedir. Bunlar, hastalığı anlamak (*comprehending*), hastalığı yönetmek (*managing*), aidiyet (*belonging*), hastalığı ve hastalığın kendine olan etkilerini kabullenme (*normalizing*), değer biçme; optimist ve pozitif olma (*valuing*). (Funaki, 2009, s.134). Burada bu araştırma konusu kapsamında en önemli olan aşama -hatta tarafımca diğer aşamaların da başarılı olmasında en büyük payı olarak nitelendirilebilecek olan- aidiyet aşamasıdır. Bireysel kabiliyetlerinin yanı sıra kişinin ailesi ve arkadaşları tarafından destekleniyor olması ve kendini ifade edebildiği akademik bir topluluğun parçası olabilmesi önemlidir. Nash'inyüksek sosyal sınıf, yüksek zekâ vb. birçok etkenin varlığı nedeniyle hastalıkla başa çıkabildiği ve toplum içinde kendi güvenini geri kazanabildiği tartışmaları bulunmaktadır. (Funaki, 2009, s.131). Bourdieu'cu anlamda değerlendirilecek olursa sosyal ve kültürel sermayesinin güçlü olması, sosyal desteğin varlığı ve kendini ifade edebileceği bir alanın bulunuyor olması önem arz etmektedir.

Daniel Paul Schreber (1842-1911), kendi akıl hastalığını ve akıl hastanesinde yaşadıklarını anlattığı "Akıl Hastalığının Hatıratı" (1903) kitabıyla birçok disiplin içinde tartışma yaratmıştır. Schreber, paranoya ve şizofreniyle mücadele etmiş, hastalığın kendine etkilerini, yaşadığı halüsinasyonları ve takıntılı düşüncelerinin nasıl oluştuğunu ayrıntılı bir şekilde yazmıştır. Bunlarla birlikte akıl hastalığına sahip olan bireylerin akıl hastanesine yatırılma-yatırılmama durumunun şartlarının ve hukuki gerekçelerinin problematik durumuna dikkat çekmektedir. Mental rahatsızlığı olan bireylerin tedavisiyle ilgili kişinin rızasının olma/olmama durumu günümüzde hala psikiyatri/psikoloji alanlarında etik anlamda tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Schreber, hastalığının kendisine ve başkalarına zarar verebilecek boyutta olanlarla, daha hafif seyredenler arasında bir ayırım yapmaktadır ve bu ayrıma göre hastanın alıkonup konmayacağıının belirlenmesi gerektiğini belirtmektedir. (Schreber, 2015, s.290-291). Daniel Paul Schreber, akıl hastanesinden çıkmak ve kendi hukuki ehliyetini kazanabilmek için çabalamıştır. Bunun için sunulan raporlarda da, günlük hayatında herhangi bir probleme sebep olmadığı, mantıklı davranışlarda bulunduğu ve sosyal faaliyetlere katıldığında ya da seyahat ettiğinde olumsuz bir duruma sebebiyet vermediği belirtilmektedir. (Schereber, 2015, s.387-388). Dava sonucunda Schreber, hukuki ehliyetini elde etmiştir ve hastaneden çıkmıştır.

Schreber’la ilgili olarak, özellikle dava belgeleri dikkate alındığında, kişinin yeniden toplumadâhil olabilmesi ve kabul edilebilmesi durumunun hastalığın devam edip etmemesinden ziyade, sosyal hayatında bir problem yaratıp yaratmadığıyla ilişkili olarak belirlenmesidir.

Ted Bundy (1946-1989), Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşamış ve dünyada seri katil olarak bilinen bir kişidir. Seri katillerle ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında, bu kişilerin psikopat, sosyopat ya da antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirildiği ve tartışmaların bu sınıflandırmalar üzerinden yürütüldüğü görülmektedir. Psikopat nitelendirilmesi, kişinin sadece doğru/yanlış ayırt edebilecek iradeden yoksun olduğu ve davranışlarının sonuçlarını kestirebilecek bilinçte olmadığı üzerinden açıklanırken, sosyopat nitelendirmesi ise, kişinin doğru/yanlış ayırımını yapabildiği fakat kişisel olarak bunu önemsemeyip sadece kendi istek ve arzularının tatmini doğrultusunda eylemde bulunan kişiler için yapılmaktadır. (Levin, 2005, s.26).

Netflix’teki “*Conversation With A Killer: The Ted Bundy Tapes*” isimli belgeselde, Ted Bundy’nin 1974-1978 yılları arasında işlediği otuz cinayeti (öldürdüğü kişilerin hepsinin benzer özellikte, aynı yaşlarda ve kadın olması) itiraf ettiği belirtilmektedir. Ted Bundy, arkadaşları ve çevresi tarafından sevilen, sosyal yönü kuvvetli ve romantik ilişki yaşadığı kadınlar tarafından da beğenilen ve “normal” olarak nitelendirilen bir kişidir ve birlikte olduğu kadınların hiçbirine şiddet uygulamamış, zarar vermemiştir. Ted Bundy’nin yargılanma süreci on sene sürmüştür ve kendi savunmasını kendi yaptığı duruşmalar da bulunmaktadır. Hapishane sürecinde, Bundy’yi destekleyen ve hatta fanı haline bir kitlenin oluşması, kadınlar tarafından kendisine aşk mektupları gönderilmesi ve hatta hapishanedeyken bir hayranıyla evlenip çocuk sahibi olması da planlayarak şiddet eyleminde (cinsel istismar ve ölü bedene yapılan eylemler de dâhil olmak üzere) bulunan bir kişinin bir grup tarafından kabul edilmesinin hangi dinamikler üzerinden gerçekleştiğini sorunsallaştırmakta ve iletişim, etkileşim alanlarındaki kendini ifade edebilmenin önemini ortaya koymaktadır. Bir karşılaştırma olarak, sosyal iletişim ve uyum problemlerinin eşlik ettiği gelişimsel bir bozukluk olan otizm spektrum bozukluğu ele alındığında, bu kişilerin çevrelerine zarar vermemiş olsa bile, sosyal olarak gruba katılmamaları ve iletişim kurmamaları nedeniyle damgalanma ve dışlanmaya maruz kaldıkları belirtilmektedir. (Uz ve Kaya, 2018, s.664).

Bu örnekler ve kuramsal tartışmalar çerçevesinde, aslında akıl hastalığına sahip olmanın, ya da psikiyatrik bir vaka olarak görülmenin toplumdan dışlanma ve kabul edilme süreçlerinde, toplum içerisinde kendini ifade edebilme ve normlara uyum sağlama durumlarına göre değişkenlik gösterebildiği görülebilmektedir. Bir grup ya da toplum farklılığı, deliliğe ya da norm dışı davranışlara izin verebilir. Eğer izin vermiyorsa, o zaman normlara daha uygun olan ve iletişim kurabilen bir akıl hastasını ya da katili iletişim kurmayan ve normlara aykırı olana göre daha kabul edilebilir bulabilir. İnsanlar;

- İletişim kurmaktan kaçınırlarsa ya da iletişim kurmayı reddederlerse diğer insanlar tarafından patolojik vaka olarak görülebilir.
- Toplum normlarına uygun davranmadığında bu, kişinin topluma aykırı olması olarak değerlendirilebilir.
- Başkaları tarafından gelen yardım ve bilgi önerisi reddederlerse toplumsal yabancılaşma sonucu oluşabilir (Tomasello, 2019, s.82).

Bu açıdan değerlendirildiğinde kendini hatta kendi problemini ifade etmekte başarılı olan kişilerin toplumsal kabul görme anlamında avantajlı olduğu söylenebilir. İşbirliğine dayalı iletişim ve grupla paylaşımın sağlanabiliyor olması toplumsal aidiyet duygusunu arttırabilmektedir. (Tomasello, 2019, s.139).

4.3. Serge Moscovici'nin Sosyal Temsil Kuramı

Serge Moscovici'nin sosyal temsiller kuramı, Durkheim'in kolektif temsiller kavramıyla birlikte daha pek çok sosyoloji ve psikoloji alanından bilim insanlarının ve düşünürlerin çalışmalarının da etkilendiği bir kuramdır. (Üzelgün, 2015, s.72; Mcinlay ve Potter, 1987, s.471). Durkheim'in kolektif temsiller kavramını açıklamak gerekirse, bireylere dışsal olarak etki eden, emredici ve zorlayıcı güç uygulayan, toplum içinde genellik ve sabitlik özellikleri gösteren tüm duyma, düşünme ve davranış biçimleridir. Durkheim, bireysel bilinçle kolektif bilinç arasında bir ayırım yapar ve sosyolojinin konusunun da toplumsal olgularla ilgili olması gerektiğini belirtir. (Durkheim, 1994, s.37-38). Fakat Moscovici kuramında, kolektif temsillerle bireysel temsilleri birleştirmektedir. Moscovici'ye göre geleneksel toplumlarda, bireysellik daha arka planda olduğundan dolayı kolektif temsiller daha güçlüdürler. Modern toplumlarda ise, alternatif bilgiye erişim yollarının açık olması, farklı değer ve düşüncelerin toplum içinde

yayılmamasının daha kolay olması nedeniyle kolektif temsiller değişime daha yatkın ve dinamiklerdir. Kolektif temsiller, bağlamsaldır. İçinde bulunulan tarihsel koşullar, kültürel değerler, desteklenen/desteklenmeyen ideolojik yapılarla vb. birlikte sosyal pratiklerle ve etkileşim süreçlerinde oluşurlar, değişirler ve ortadan kalkabilirler. Moscovici dinamik yapısı ve değişime açık bir özellikte olması nedeniyle kolektif yerine “sosyal” temsiller kavramını kullanmıştır. Moscovici’ye göre sosyal temsiller kriz anlarında ya da toplumsal değişimlerin sert yaşandığı dönemlerde daha belirgin hale gelmektedirler. (Moscovici, 1984 akt. Cirhinlioğlu, Aktaş ve Özkan, 2006, s.164-166). Kriz anlarında sosyal temsillerin ortaya çıkmasıyla ilgili olarak, Durkheim’in suç analizinden de burada bahsetmek gerekmektedir. Durkheim’a göre her toplumda suç olgusuna rastlanmaktadır. Suç olgusuna verilen tepkiler aslında kolektif temsillerin daha görünür ve güçlü hale gelmesine neden olur ve topluluk olma bilincini ortaya çıkartarak dayanışmayı güçlendirir. (Durkheim, 1994).

İnsanlar toplumsal hayat içerisinde alışık olmadıkları, farklı ya da gerginlik yaratabilen birçok olayla ya da durumla karşılaşabilmektedirler. Kişiler sosyal temsilleri kullanarak, bilinmeyeni bilindik ya da diğer bir ifadeyle tanıdık olmayanı tanıdık hale getirmeye çalışırlar. (Narter, 2003, s.30; Cirhinlioğlu, Aktaş ve Özkan, 2006, s.165). Bu tanıdık hale getirme sürecinde iki tane bilişsel mekanizmadan bahsedilmektedir. Bunlar; demir atma (anchoring) ve nesnelleştirme (objectifying) dir. Demir atma, yabancı olunan durumların anlamlar kazanarak sosyal gerçeklik haline getirilmesidir. Bu yeni durumlar adlandırma ve sınıflandırma yapılarak tanımlanırlar, değerlendirirler ve o topluluk ya da toplumun bireyleri tarafından paylaşılırlar. Bu süreçte yeni durumun bir özelliği alınarak kategorileştirilirse buna genelleştirme adı verilir. Genelleştirme olumlu ya da olumsuz olarak yapılabilir. Özelleştirme ise durum ya da olayın sınıflandırılan kategorik durumdan farklılığının ortaya çıkmasıdır. (Duveen ve Lloyd, 1990 akt. Wagner, 1999, s.415; Narter,2003, s.30; Cirhinlioğlu, Aktaş ve Özkan, 2006, s.166). Burada akıl hastalığı ve delilik konusunu ele alacak olursak, olumsuz genelleştirme yapıyorsa bu bizi Goffman’ın damga ve genelleştirilmiş öteki kavramına tekrar götürecektir. Yine normal ve anormal değerlendirmesi de bu süreçle bağlantılandırılabilir. Nesnelleştirme ise, soyut olan şeyleri basitleştirerek somutlaştırma sürecidir. (Wagner,1999, s.415). Bireysel bir gözlem eklemek gerekirse, örneğin bir yere gittiğimizde özellikle otizmin bireylerarası etkileşimde bulunmayan spektrumunda yer alan bireylerin bağırma, sallanma ve göz teması kurmama gibi durumlarıyla karşılaştığımızda buna aşına olan aile bireyleri ya da çevresindeki insanlar tarafından durumun açıklanması durumuyla karşılaşırız. Bu açıklamalar, “O öyledir.”, “O

konuşmaz” gibi sözel ya da sadece mimik ve jestle durumu anlatmaya çalışmak olabilir. Buna eşlik eden aynı zamanda ailenin otizmlili olmayı olumlu ya da olumsuz olarak genelleştirmesi, kültürden ve dönemdeki toplumun genel anlayışıyla birlikte eylemlerinde kendini göstermesidir. Bizim geçmişteki deneyimlerimiz ve yaşadıklarımız ve duruma aşına olup olmamamız da bu durumla ilgili yaklaşımımızı etkiler.

Sosyal temsiller sadece bilişsel süreçler sonucu oluşan şeyler değil, toplumdaki ya da küçük grup içerisindeki bireyler tarafından paylaşılan ve hatta kuşaklararası aktarılabilen gelenekler, görenekler, kültür, inanışlar, kurallar gibi sosyal olarak oluşturulmuş, dinamik ve değişip, dönüşebilen şeylerdir. (Narter, 2003, s.26-27). Burada, sosyal temsillerin bir mikro-makro ayrımını aşma çabası olarak Giddens’in “yapılaşma” ve Bourdieu’nun “habitus” kavramlarıyla da benzerlikleri olduğu düşünülebilir.

Moscovici’ye göre toplum içinde yaşayan bireyler, eylemlerinde var olan kısıtları bilemeyebilirler ancak sosyal gerçekliğin bu yönünün farkına varabilirler. (Şen, Rodop ve Arslan, 2020, s.498). Sosyal temsiller kuramını en önemli ve kullanışlı yapan yönü, farklı bağlamlardaki birçok probleme uygulanabiliyor olmasıdır. Bu, problemlerin ele alınmasında metodolojik çeşitlilik avantajı da sağlamaktadır. (Rateu, Moliner, Guimelli ve Abric, 2012, s.490).

Delilik ve akıl hastalığının sosyal temsillerinin tarihsel süreçte değişimini gösteren en önemli çalışmalardan biri de Foucault’un *Deliliğin Tarihi* (1972) isimli çalışmasıdır. Foucault, bu çalışmada deliliğin orta çağdan modern döneme kadar nasıl değişikliklere uğradığını, toplum içinde serbest olan delilerin daha sonraları bilgi-söylem-iktidar ilişkisinin bir sonucu olarak nasıl tıbbileştirildiğini ve normalleştirme pratiklerine maruz kaldığını anlatmaktadır.

Sosyal temsiller kuramı bazı noktalarda eleştirilmektedir. Bu kuram gerçekliğin sosyal temsillerle oluşturulması anlayışının bir sonucu olarak bütün düşüncelerin önceden belirlenmiş olabileceği problemini ortaya çıkartmaktadır. (Wagner vd., 1999, s.484). Bizler bireysel olarak duygu, düşünce ve davranışlarımızda içinde bulunduğumuz toplumun değerlerinden, kültüründen, anlayışlarından ne kadar etkileniyor olsak da oluşan sosyal temsilleri eleştirme, değiştirme, müdahale etme, bazılarını hayatımıza dâhil etme ya da çıkarma, tepkisiz kalma gibi eylemlerde bulunabiliriz. Bu da bireylerin sadece sosyal temsiller tarafından biçimlendirildiği ve onların basit bir çıktısı olduğu anlayışını geçersiz kılmaktadır. Bu çalışmada da eleştiriler de

gözönünde bulundurularak delilik ve akıl hastalığının kırsal alanlardaki ve kentsel alanlardaki sosyal temsilleri üzerinde durulmaya çalışılacaktır.

4.4.Yapısalcılıktan Postyapısalcılığa

Postyapısalcılık akımının anlaşılabilmesi için öncelikle dildeki yapısalcılığın ve bunların arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi önem teşkil etmektedir. Yapısalcılık hareketinin başlangıcı olarak dilbilimci Ferdinand de Saussure'in dil üzerine yaptığı çalışmalar referans alınmaktadır. Saussure, dili göstergeler sistemi olarak analiz etmektedir. Saussure,'ün analiz ve çalışmaları yapısal dilbilim kuramları adı altında değerlendirilmektedir. Saussure, genel olarak dilin kullanıldığı karmaşık konuşma edimlerine bir düzen getirmeyi amaçlamaktadır. Konuşmanın, kendisinden türemiş olduğu dilsel yapı vasıtasıyla anlaşılabilceğini ifade etmektedir. Bununla ilişkili olarak da Saussure, dilde evrensel bir yapı olduğunu savunmakta ve anlamın da bu yapıyla olan ilişkisini ortaya koymaya çalışmaktadır. (Öztürk, 2010, s.10).

Saussure, dilde gösterilen ve gösteren ayrımı yapmaktadır. Dildeki kavramlar gösterilen, kavramları oluşturan sesler ise gösterilen olan ifade edilmektedir. Gösteren ve gösterilen arasındaki ilişkinin bütünü ise göstergedir. Gösterge, yani gösterilen ile gösteren arasındaki ilişki nedensizdir. Bu sebeple de anlam, dilin kendisine içkin değildir. Anlam, belli bir göstergeler sistemi içerisinde, yani o yapı içerisinde bir anlam ifade etmektedir. (Saussure, 1998, s.48)

Saussure'in yapısal dilbilim anlayışı değerlendirildiğinde, anlam oluşumunda yapıya odaklanıldığı ve bununla beraber özne yerine yine yapının öncelikli konuma getirildiği görülmektedir. Böylece anlam, yapı tarafından belirlenmektedir. (Coward ve Ellis, 1985, s.13). Saussure için bir dil sistemini oluşturan birimlerin formel konumları ve yapı içindeki işlevleri onların anlamlı olabilmeleri için zorunludur. Yani, Saussure için dil, insanların iradelerinden bağımsızdır. Dil, toplumsal ve kolektif bir fenomendir. Bu sebeple dilin anlaşılabilmesi ancak bir sistem içerisinde incelenmesiyle ve o yapı içerisinde analiz edilmesiyle mümkün olabilir. (Swingewood, 2014, 323).

Saussure'e göre dilin etkili bir şekilde incelenebilmesi için göstergelerin gösterdiklerinin paranteze alınması gerekir. Göstergeler sistemi analizinde odaklanılan şey, göstergelerin anlama dönüşmesine olanak sağlayan, bir anlam sistemi içerisinde birleştiren/bir araya getiren

yasalardır. Bu yüzden göstergelerin söylediklerine değil, göstergelerin birbirleriyle olan ilişkilerine odaklanılır. Yapısalcı yaklaşım, ve dil üzerindeki yapısalcı gösterge bilimsel analizler 20.yy'ın düşünce yapısında bir paradigma haline gelmiştir (Eagleton, 2011, 109-110).

Saussure'la birlikte, Levi-Strauss, Roland Barthes, Jaques Lacan gibi yapısalcı yaklaşımla analizlerde bulunmaktadır. Strauss, genel olarak toplumsal örgütlenmeler üzerinde çalışmakta ve bu toplumsal örgütlerin statik bir yapıda bulunduğunu savunmaktadır. Barthes, ise bildirim içeren her şeyin dille ilişkili olduğunu ve ondan bağımsız düşünülemediğini ifade etmektedir. Dili toplumsal bir kurum olarak değerlendirmekte ve dilin bireysel müdahalelerle değişmeyeceğini ifade etmektedir. Bununla birlikte özne tartışmalarında Barthes, öznenin inşa edilme sürecinde ideolojinin belirleyiciliğini tartışmaktadır. (Barthes, 1993, s.26). Lacan, ise gösterilen ve gösteren arasındaki ilişkinin değişken olduğunu ve bir gösterenin sürekli başka bir gösterene gönderimde bulunduğunu ifade etmektedir. Bu sürekli gönderimde bulunma süreci anlamın da sabit kalmamasına ve öznelerarasılığın mümkün olamayacağına göstermektedir. (Sarup, 1993, s.22-36).

Yapısalcılıktan postyapısalcılığa geçiş süreci, 1960'larda Fransa'da yapısalcıların bilimsel anlayışlarına güven konusunda bazı şüpheler oluşmaya başlamasıyla ortaya çıkmıştır. O dönemdeki öğrenci hareketleri de bu akımın oluşmasında itici güç unsuru olmuştur. Oluşan eleştirel ortamla birlikte sosyal bilimler, "ataerkillik", "farklılık", "çoğulluk" gibi kavramlarla ilgilenmeye başlamışlardır. (Selden, 2004, s.6).

Postyapısalcılığın, yapısalcılık eleştirisi, yapısalcıların analizlerinde ve yaklaşımlarındaki önemsenmeyen ya da gözardı edilen unsurları ve bazı çelişkilerin ortaya çıkarılması üzerine odaklanmaktadır. (Lucy, 2003, 16). Postyapısalcılıkta karşımıza çıkan önemli isimlerden biri Jacques Derrida'dır. Derrida'nın yapısalcılık eleştirilerinin temelini Nietzsche ve Heidegger'de de olduğu gibi metafiziğin bittiğini ya da bitmesi gerektiği önermesi oluşturmaktadır. Derrida'ya göre yapısalcılar, metafiziksel kabullere dayanan bir yaklaşım sergilemekte ve asıl olarak amaçladıkları metafiziği aşma çabalarının tersine bu döngünün bir parçası haline gelmektedirler. (Hoy, 1997, s.61). Derrida'nın çalışmalarının ana fikrini Batı düşünce geleneğinde ses-merkezciliğe ve söz-merkezciliğe yönelik eleştiriler ve bu düşünce geleneğinin temellendiği karşıtlıkları aşma ve onlara meydan okuma oluşturmaktadır. Bu düşünce biçimi genel olarak zıtlıklar üzerinden ilerlemektedir. Düalist mantık, iyi/kötü, zihin/beden, varlık/yokluk, öz/görünüş gibi bir ayrımla bilgiyi edinme ve anlamaya çabalama olarak

ilerlemektedir. Bu düalist ayrım yapılırken ayrım yapılan taraflardan biri yüceltilir diğer taraf ise daha dezavantajlı konumda bulunmaktadır. Derrida bu karşıtlıkları yapısöküm, farklılık, iz, eklenti, yinelenebilirlik gibi kavramlarla sorgulamaktadır. (Burik, 2009, 50). Bu çalışma açısından ise ortaya çıkan dikatomik zıtlık, akıllı-deli ya da normal-anormal kavramsallaştırılmasıdır. Bu zıtlıklar birer inşa olmaları nedeniyle birbirlerine karşı belirli bir hiyerarşik konum oluşturmazlar ve bağlamsal açıdan anlamları değişir.

Derrida'ya göre dilde sınırları belli olmayan anlam oyunlarının zıtlıklara indirgenerek sıkıştırılması ve gerçeklik arayışının bir gerçeklik kurulması durumuna dönüşmesiyle bu ayrımlar da hakikat idealine ulaşma konusunda birer araç olarak kullanılmaya başlamışlardır. Aydınlanma gibi gelişmelerle sorgulamalar artmasına rağmen Platoncu düşüncenin daha da radikalleşmesiyle, modernleşme bu zıtlıkların daha da güçlenmesine neden olmuştur. Aklın karşısındaki her şey marjinalleştirilmiştir (Küçükalp, 2008, 33-35).

Derrida'nın bu ikilikleri yapısöküme uğratma çabasında öne sürmüş olduğu fikir, öznenin ve anlamın sabitliğinden söz edilemeyeceğidir. Derrida, aynı zamanda özneye bir oluş imkânı da yaratmayı öncellemektedir. Derrida'nın *difference* kavramı aslında bir yarı kavramdır ve anlam sabitliğinin geçerli olmadığını ortaya çıkarmak için kullanılmaktadır. Bu yarı kavram, farklılıklar arasında göürlmeyen ve duyulmayan ama orada bulunan farklılık anlamında bir sabitliğe gönderme yapmaktadır. Diğer bir deyişle farklılıkların ortak bir zemini gibi değerlendirilebilmesine karşın, olanaksızın içindeki olanaklıyı düşünmeyi ifade etmektedir. Yani difference hem anlamın sabitsizliğini gösterirken bir taraftanda bağlamla olan ilişkisinin de görülmesini sağlamaktadır. (Derrida, 1999, 49-61).

Postyapısalcı akım içerisinde değerlendirilebilecek diğer bir düşünür ise Michel Foucault'tur. Foucault, tarihe ve toplumsal ilişkilere bir yapısöküm uygulamaktadır. Burada kullandığı yöntem ise, Nietzscheci soykütük yöntemidir. Foucault bu yöntemi kullanarak, kavramların ve yerleşik normların oluşum biçimlerini inceler ve eleştiride bulunur. (Ulaş, 2003, 1329 akt. Öztürk, 2010, s.23).

4.4.1.Michel Foucault: Deliliğin Dışlanması, Disipline Edici İktidar ve Büyük Kapatılma

Foucault (2011), tarihsel süreç içerisinde, genel olarak öznenin konumunu, özel olarak ise delinin statüsünün belirlenmesini sorunsallaştırdığı çalışmasında, etnologların “ilkel”

toplumlarda nevroz, paranoya, şizofreni gibi psikiyatrik bozuklukların olup olmadığının izini sürdüğünü ve bu toplumlarda deliye karşı pozitif bir değer yüklenip yüklenmediğinin anlaşılmasına çalışıldığını ifade etmektedir. Foucault, insan faaliyetlerinin dört farklı alanda karşımıza çıktığından bahsetmektedir. Bunlar; çalışma ve ekonomik üretim, cinsellik ve aile (toplumun yeniden üretimi); dil, söz ve oyunlardır. Bu insan faaliyetlerinin olduğu dört alanda kurallara uymayan kişiler marjinal olarak değerlendirilmektedir ve böyle kişiler dışlanmaktadır. Dışlanmanın insan faaliyetleri alanlarıyla ilişkisinde, çalışma ve ekonomik üretimden dışlanma, yaş ve cinsiyete göre değişmektedir. Cinsellik ve aile söz konusu olduğunda bekârlar dışlanmaktadır. Dil ve söz, alanlarında özellikle genel geçer durumlara karşı olan peygamberler ve şairlerin söylemleri örnek gösterilmektedir. Oyunlar ve bayramlar alanında ise, toplumun tehlikeli kabul etmiş olduğu kişiler bu faaliyetlerden dışlanmaktadır. Foucault, delilerin ise bu alanların hepsinden dışlandığını belirtmektedir. Delinin bulunduğu koşullara göre, ona büyüsel, dinsel, oyunsal ya da patolojik bir konum verilebilmektedir. Fakat deliler, genel olarak toplum içerisinde eşbiçimli bir dışlama sistemiyle dışlanmaktadır. 17.yy'dan sonra İngiltere ve Fransa delilerin kapatılması için kurumlar oluşturmuşlardır. Delilerin, insan faaliyetleri alanında dışlanmasıyla ilgili olarak, özellikle delilerin kapatılmasının istenmesi konusundaki insiyatif delinin ailesindeyken, daha sonra bunun kararı ve gerekliliği uzman doktorların verdiği bir karara dönüşmüştür. Bir kişinin deli olarak nitelendirilmesi ve kapatılması gerekliliği tıbbi bir belgeyle kanıtlanmaktadır. Cinsellik alanında, eşcinsellik ve genel geçer cinsel pratikler dışında davranan kişiler de delilik ile ilişkilendirilmektedir. Dil alanında ise, delinin sözüne itibar edilmemesi ve değersizleştirilmesi söz konusu olmasına rağmen, delinin sözü tamamen yok edilmemiştir. (Foucault, 2011, s.77-80) Foucault, tarihsel olarak doğruluk fikrinin de nasıl ortaya çıktığı ve süreç içerisinde nasıl değişip dönüştüğüyle de ilgilenmektedir. Foucault, doğruluğun ortaya çıkma koşullarını inceler ve bunun sonucunda tek bir doğruluktan bahsedilemeyeceği ve birbirinden bağımsız, süreklilik arz etmeyen çoklu doğrulukların olduğundan bahsetmektedir. Burada karşımıza bilgi-iktidar-söylem ilişkisi çıkmaktadır. Doğru olarak kabul edilen şeyler, iktidar tarafından oluşturulmaktadır. İrade, bilinç, niyet gibi bireye ait olarak görülen ve bireylerin kendi tercihleri doğrultusunda hareket ettikleri gibi görünen her şey iktidar tarafından belirlenmiştir. Burada Foucault, iktidar kavramının Orta Çağdan beri bilinen siyasi otoriteyle ilişkilendirilmiş ve devletin ön planda tutulduğu iktidar anlayışıyla düşünülmesine karşın, iktidarı tepeden aşağı doğru değil, bütün ilişkilerde kendini gösteren, kılcal ağ gibi yaygınlaşmış birçok boyun eğme

ve baskı biçimlerini içeren ilişkiler olarak tanımlamaktadır. Doğruluk söylemi ve üretimi de bahsedilmiş olan bu iktidar ilişkilerinin ve üretilen söylemsel pratiklerin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin bütün konuşma, kavrama, üretme biçimleri üzerinde var olan bir iktidar bulunmaktadır. İktidar tarafından belirlenen neyin doğru olduğuna ilişkin yargı ve kurallar çerçevesinde bireyler kendilerini bunlar üzerinden algılamakta ve disiplinsel doğruların dışına çıkamamaktadırlar. İktidar, öznelere disiplinsel tekniklerle belirlemekte ve denetlemektedir. Modern dönemdeki bu biyoiktidar, zorlamaya değil özgürlüğe dayandığından dolayı bireyler kendi rızalarıyla eylemleri gerçekleştirdiklerini düşünmektedirler. İktidarın gücü elinde bulundurmasındaki en önemli etken bilgidir. Bilgiyi elinde bulunduran iktidar, hem doğruluk söylemini üretmekte hem de bu söylemde marjinal tarafta kalan bireyleri disipline edici tekniklerle denetime ve gözetime tabii tutmaktadır. Burada disiplinler kilit önemdedirler. Çünkü disiplinler insanlara dair düşünce ve eylemlerde neyin doğru olup neyin doğru olmadığını belirlemektedirler. Disiplinlerin normallik ve anormalliği belirlemesi de iktidar ilişkilerinin akışkan ve çok yönlülüğüyle ilişkilendirilmektedir. Kendi iç kurallarına ve söylemlere sahip olan disiplinler hem bilgi ve anlama biçimlerinin oluşturulmasını sağlamakta hem de söylemlerin üretilmesinde ve yaygınlaşmasında rol oynamaktadırlar. Disiplinlerin oluşturmuş oldukları kurallar ve bilgiler aslında bir norm ve normalleşmenin oluşumudur. İnsan bilimleri ve üretilen söylemler, iktidar ve bilginin birbirini içermesi sonucunu getirmektedir. Böyle bir iktidar, toplum üzerinde bireylerin hem zihinleri hem eylemleri hem de bedenleri üzerinde belirleyici ve etkili olabilmek için teknikler geliştirmiştir. Bu disipline edici teknikler ve bu amaçla oluşturulan kurumlar bireylerin nasıl normal olması gerektiği ve normal olmadığında nasıl dışlanacaklarıyla ilgili mekanizmaların da ortaya çıkması sonucu getirmiştir. Fakat bu teknikler dışarıdan bir zorlama ve yönetimle değil, söylemlerin dağılması ve yaygınlaşmasıyla bireylerin düşüncelerinde ve eylemlerinde yer bulmaktadırlar. Söylemsel pratikler böylece doğruların pekiştirilmesini de sağlamaktadır. (Hülür, 2008, s.151-158)

Foucault (2011), "*Büyük Kapatılma*" isimli çalışmasında 17.yy'dan itibaren, hasta, deli, suçlu gibi "anormal" olarak nitelendirilen bireylerin disipline edici ve düzenleyici kurumlar olarak nitelendirmiş olduğu akıl hastaneleri ve cezaevleri gibi kurumlara kapatıldığından ve toplumdaki tecrit edildiğinden bahsetmektedir. Burada, modern dönemde ortaya çıkmış olan toplumsal düzenenin ön plana çıkması ve toplumsal düzenin sürdürülmesi konusundaki genel anlayış, bu düzenin bozulmasına neden olabilecek potansiyel tehdit unsuru taşıyan ve normal dışı olarak değerlendirilen bireylerin normallerden ayrılması ve onlar için oluşturulmuş

kurumları ortaya çıkartmıştır. Foucault, bu kurumların ekonomik anlamda verimsiz olmasına karşın, hala uygulamalara devam edilmesinin nedeninin toplumsal denetimin devam ettirilmesi konusunda işlevsel olması olarak belirtmektedir. Modern dönemde akla verilen önem ve her şeyin akla uygun olarak değerlendirilmesi, akıldışı olan ve sapkınların toplumsal alanlardan tecrit edilmesi sonucunu getirmektedir.

“19. yüzyılın en büyük getirisi olan sanayileşme ve sanayi üretiminin yol açtığı değişim, denetimi gerekli kalmıştır. Disiplin tekniğinin denetim ile dönüşümü, bireylerin bedenleri üzerinde etkisinin azalmış olması ile paralellik göstermiştir. Örneğin yeni iktidar biçimi içinde işkence fikrinin yer almayor olması, iktidarın bireylere karşı ani bir iyileşme durumu anlamına gelmez. Yeni iktidar düzeni ile gelen strateji değişikliği, iktidarın bireyler üzerindeki etkinliğini farklı tür bir işleyiş ve farklı mekanizmalar ile yürüttüğü anlamına gelir. Bedenleri tımarhane, karantina, hapisane gibi yerlere kapatmak sureti ile hizaya sokma amacındaki teknikler, bedenlerin uysallaştırılması amacı ile kurulmuş olan disipline edici mekanizmalardır. Bedenin aile, okul, gündelik yaşam, normlar ve stratejik ilişkiler ile kontrol altına alınması, disiplinci mekanizmaların üzerine eklenen düzenleyici mekanizmalardır. Bu mekanizmalar, bedenleri; zaman, uzam ya da hareket içinde homojen bir şekilde bölmek için dayatılan, sistematik bir çerçevenin devamı olarak rasyonel, eğitsel bir işlevle donanmış düzenleyici mekanizmalar işlevi görürler.” (Foucault, 2003, s.248).

Foucault (2000), anormal addedilen bireylerin disipline edici ve düzenleyici teknikler kullanılarak kurumlara kapatılmasının ve diğer bireylerin bu insanların varlığını hissetmesinin, bireylerin üstünde, normal olmaya ve bunu devam ettirmeye dair itici bir güç olduğunu belirtmektedir. Foucault (2011), bu disiplinci anlayışın en iyi İngiliz filozof Jeremy Bentham’ın hapisane olarak tasarladığı Panoptikon’da olduğunu belirtmektedir. Panoptikon, halka biçiminde ortasında kule bulunan bir binadır. Kuledeki gözetmen, tüm hücreleri denetleyebilir ve kişinin her yaptığı hareketi gözetleyebilir. Gözlenenler ne zaman gözetlenip gözetlenmedikleri bilgisine sahip olmadıklarından dolayı sürekli izleniyormuş gibi hareketlerine dikkat etmek ve kendilerini disipline etmek zorunda kalmaktadırlar. Böylece disiplin içselleştirilmektedir.

5. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

5.1. Demografik Bulgular:

Tablo 6: Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

Kod Adı	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Doğum Yeri	Mesleği	Ailedeki Birey Sayısı
K1	Kadın	29	Bekâr	Lisansüstü	Büyükşehir	Araştırma Görevlisi	5
K2	Erkek	40	Boşanmış	Üniversite	Büyükşehir	Gayrimenkul Danışmanı	4
K3	Kadın	38	Evli	Üniversite	Büyükşehir	Ofis Müdürü	3
K4	Erkek	50	Boşanmış	Ortaokul	Büyükşehir	Apartman Görevlisi	3
K5	Kadın	20	Bekâr	Lise	Büyükşehir	Kimya Teknisyeni	3
K6	Kadın	61	Eşini Kaybetmiş	İlkokul	Büyükşehir	Yatılı Yardımcı	4
K7	Erkek	31	Evli	Üniversite	Büyükşehir	İşletmeci	3
K8	Kadın	34	Evli	Üniversite	Büyükşehir	Memur	3
K9	Erkek	58	Evli	Ortaokul	Köy	Emekli/Duvar Ustası	4
K10	Kadın	56	Evli	İlkokul	Köy	Ev Hanımı	4
K11	Kadın	60	Eşini Kaybetmiş	İlkokul	Köy	Ev Hanımı	2
K12	Kadın	40	Evli	İlkokul	Köy	Ev Hanımı	4
K13	Kadın	32	Evli	İlkokul	Köy	Ev Hanımı	5
K14	Erkek	26	Bekâr	Lise	Köy	Öğrenci/Üni.Hazırlanıyor	3

K15	Kadın	81	Eşini Kaybetmiş	Okuma/Yazma Biliyor	Köy	Ev Hanımı	4
K16	Erkek	35	Evli	Ortaokul	Köy	Marangoz	4

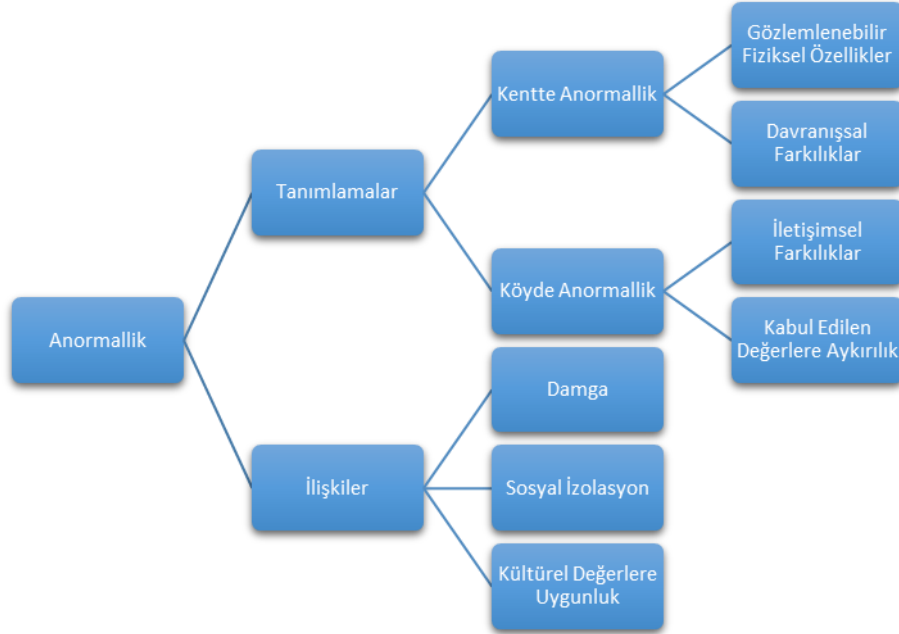
Kod Adı: K= Katılımcı

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini gösteren tabloya bakıldığında; katılımcıların 10'unun kadın, 6'sının ise erkek olduğu görülmektedir. Araştırmacının kadın olması, kadınlarla görüşme yapılmasında kolaylık sağladığı için kadın katılımcı sayısı daha yüksektir. Katılımcıların en küçüğü 20, en büyüğü ise 81 yaşındadır. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında; 8'i evli, 3'ü bekarıdır. Kentte yaşayan 2 katılımcı kendisini “boşanmış” olarak tanımlamıştır. Katılımcılardan 3'ü ise eşini kaybetmiştir. Katılımcıların eğitim düzeylerinin farklılık gösterdiği bu farklılığın da yaşanılan yerle ilişkili olduğu dikkat çekmektedir. Buna göre büyükşehirde yaşayan katılımcıların 1'i lisanüstü mezunu, 4'ü üniversite mezunu, 1'i lise, 1'i ortaokul ve 1'i ise ilkokul mezunudur. Köyde yaşayan katılımcıların eğitim düzeyinin ise daha düşük olduğu, hiçbirinin üniversite mezunu olmadığı görülmektedir. Köydeki katılımcıların 1'i okuma yazma bilmemekte, 4'ü ilkokul mezunu, 2'si ortaokul ve 1'i ise lise mezunudur. Araştırmanın analizinde, kırsal ve kentsel alanlarda delilik ve akıl hastalığı olgusunun nasıl anlamlandırıldığı karşılaştırılacağından, şehirde görüşülen kişilerin doğum yerlerinin de şehir ya da büyükşehir olmasına dikkat edilmiştir. Katılımcıların mesleki olarak çeşitlilik gösterdikleri görülmektedir. Ailedeki birey sayısı ise, ilişkisellik bakımından ve ailedeki herhangi bir psikolojik/psikiyatrik probleme sahip olup olunmadığı önemli görüldüğü için sorulmuştur.

5.2. ANORMALLİK: TANIMLAMALAR VE İLİŞKİLER

Kent ve kırdan anormal-normal tanımı değişmekte midir? Problem cümlesiyle ilişkili olarak **Anormalliğin tanımlanması ve anormallik tanımlaması üzerinden ilişkiler** temasına ulaşılmıştır. Bu temaya göre, katılımcılar anormallik anlayışlarını, anormalliğin tanımlaması ve kurulan ilişkiler üzerinden değerlendirmektedirler. Katılımcıların anormallik tanımlamaları kategorisi, katılımcıların köy ve kentte yaşayan katılımcılar olmasından dolayı “kentte anormallik” ve “köyde anormallik” olarak alt kategorilere ayrılmıştır. İlişkiler kategorisi ise,

anormal olarak nitelendirilen bireylerle kurulan ilişkiler üzerinden ele alınmış ve “damga”, “sosyal izolasyon” ve “kültürel değerlere uygunluk” alt kategorilerine ulaşılmıştır.



Şekil 1. Anormallik: Tanımlamalar ve İlişkiler

5.2.1. Anormalliğin Tanımlanması

Araştırmanın bulgular kısmında öncelikli olarak kişilerin “anormallik” kavramından ne anladıkları, nasıl kişileri anormal olarak tanımladıklarını öğrenebilmek için “Gündelik hayatta çevrenizde karşılaşmış olduğunuz davranışlardan size anormal gelen davranışları örneklendirebilir misiniz? Tam olarak hangi davranışlar, hareketler, tavırlar size anormal gelmektedir? ve “Siz kişileri neye göre/neden anormal olarak değerlendirirsiniz?” soruları sorulmuştur.

Normal-anormal ayrımını; Durkheim (1994) olguları olması gerektiği gibi ve yaygın olanları normal, olması gerektiğinden farklı olan ve istisna olan olguları patolojik olarak değerlendirerek yapmaktadır. Goffman (2014)’a göre, kişiler sahip olmuş olduğu vasıflara göre, kendilerini “normal” olarak değerlendiren bireyler tarafından “anormal” olarak tanımlamaktadırlar. Buradaki “normallik” oluşumu Foucault (2017)’nin belirttiği üzere disiplinlerin neyin normal olup olmadığının belirlemesi ve bunun dışında kalanların anormal olarak nitelendirilmesiyle ilişkilidir. Coleman’a (1986) göre ise baskın olan gruplar neyin normal olup neyin normal olmadığı ve hangi farklılığın kabul edilip edilmeyeceğiyle ilgili değer

yargısında bulunmaktadırlar. Sorulara verilen cevaplar genel olarak değerlendirildiğinde hem kentte hem de köyde yaşayan katılımcılar yukarıdaki kuramsal açıklamaların desteklediği gibi hayatlarındaki alışmış oldukları standart yaşam pratikleri ve davranışlara aykırı olan şeyleri “anormal” olarak değerlendirdikleri sonucuna ulaşılmaktadır. Yani bireyler kendi yaşadıkları genel düzene göre ve alışmış oldukları normallik algılarına göre farklı olan kişileri ”anormal” olarak nitelendirmektedir. Fakat bu farklılık algısı köy ve kentte yaşıyor olmaktan dolayı farklı boyutta olmaktadır. Kentte yaşayan bireylerin anormalliği tanımlamalarında ulaşılan kodlar *davranışlardaki farklılıklar* ve *fiziksel özelliklerin farklılığı* iken, köydeki bireylerin tanımlamalarında ulaşılan kodlar ise *iletimsel farklılıklar* ve *kabul edilen değerlere aykırılıktır*.

5.2.1.1. Kentte Anormallik

Kentsel alanlarda yaşayan katılımcıların ifadelerinde göre, anormallik tanımlamalarıyla ilgili ulaşılan ilk kod *davranışlardaki farklılıklardır*.

Örnek olarak, kentsel alandaki katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir:

“Yani şöyle el ve kol hareketleri, bedensel hareketleri, normal sıradan insanların hareketleri gibi değilse, ya da bakışları.” (K1, Kadın, Kent)

“Yüksek sesle konuşmak, kontrolsüz el kol hareketleri, yüz ifadeleri. Bunları birileri normal alışkın olduğumuz tarz dışında yapıyorsa. Bunlar bana anormal gelir.” (K2, Erkek, Kent)

“Konuşmasında, hareketlerinde, tavrında alışılmadık bi şey varsa bana anormal gelir. Önce bunlara dikkat ederim.”(K5, Erkek, Kent)

“Genellikle ilk kez karşılaşmış olduğum, böyle daha önce alışık olmadığım bi davranışsa, ilk defa görüyorsam öyle bi şeyi. O bana anormal gelir. Atıyorum yolda yürürken bile o kişi değişik yürüyorsa o bana anormal gelir. Ama daha önce o yürüyüşü görmüşsem, bildiğim bi şeyse onu kabullenmişimdir. Anormal gelmez o zaman.”(K7, Erkek, Kent)

İfadeler incelendiğinde, kişilerin alışılmadık, farklı olan el kol hareketleri, bakışları, yüz ifadeleri, konuşma biçimleri vs. anormal olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Anormalliği

bireysel davranış üzerinden değerlendiren yaklaşım psikopatolojidir. Psikopatolojik davranışlar normalden anormalliğe doğru bir derecelendirme içermektedir. (Millon vd. 2019). Gençtan (2017), anormal davranışın dıştan görülen belirtilerinin nedenlerine inilmesi gerektiğini belirtmekte, anormal davranışların insanın uyum problemleriyle ilgili olduğunu ifade etmektedir. Offer ve Sbshin (1974) normalliği ele alan yaklaşımlardan biri olarak normalliğin ortalama kavramı üzerinden ele alan yaklaşımı belirtmektedir. Orta derecede uyum sağlayabilen ve çoğunluğu oluşturan grup normalken, bunun dışında kalanlar anormal olarak değerlendirilmektedir. Amerikan Psikoloji Derneği Sözlüğü'nde anormal davranış, "Belirli bir kültürde alışılmamış veya istatistiksel olarak yaygın olmayan veya bir bireye veya etrafındakilere uyumsuz ve zararlı olan davranış. Bu tür davranışlar genellikle küçük uyum sorunlarından ciddi zihinsel bozukluğa kadar değişen ruhsal veya duygusal rahatsızlığın kanıtı olarak kabul edilir." (<https://dictionary.apa.org/abnormal-behavior>) şeklinde tanımlanmaktadır. Burada da kişilerin genel ve çoğunluğun davranışlarını referans alarak alışık olmadıkları davranışları anormal olarak nitelendirdikleri görülmektedir.

Kentsel alandaki katılımcılar anormallik tanımlamalarını *fiziksel özelliklerin farklılığı* üzerinden yapmışlardır. Yani kentteki anormal tanımlamalarında ikinci ulaşılan kod fiziksel özelliklerin farklılığıdır. Katılımcıların ifadelerine bakıldığında:

"İmm... ben dışarıdayım mesela etrafa bakıyorum, gelen giden olduğunda yüzünde gözünde bi gariplik var mı ona bakarım yani. Hani önce insanın dışından anlar birinin garip olup olmadığını. Anlaşılır bence yani..." (K4, Erkek, Kent)

"Ben düşünüyorum şimdi. Hani engellilik olarak değil de, yine böyle baktığında bi insan hiçbi şey yapmasa da sadece duruşundan, bakışından anormal olup olmadığı belli olur. Hani o farklılıktan anlatabildim mi?" (K8, Kadın, Kent)

İfadelerden anlaşıldığı üzere katılımcılar bireylerin fiziksel özelliklerindeki farklılıklardan dolayı onları anormal olarak değerlendirmektedirler. Goffman (2014), kişilerin anormal olarak nitelendirilmesinde üç farklı damgalama tipolojisinden söz etmektedir. Bunlardan ilki fiziki dezormasyonlardır. Yani kentte yaşayan bireylerin ifadeleri, Goffman'ın damga kuramındaki ilk tipolojiyle uyumludur.

Katılımcılardan K3 ise anormalliği fiziksel farklılık üzerinden tanımlarken, buna ek olarak bir de estetik operasyonlu bedenleri dâhil etmektedir.

“Ya ben açıkçası önce dış görünüme bakıyorum. Hani ilk dikkatimi o çekiyo. Eğer görüntüsünde, fiziğinde, kolunda bacağında bir farklılık varsa o bana anormal geliyor. Aşırı estetik de mesela böyle aşırı aşırı estetikli yüzü, vücudu o bana anormal gelir...” (K3, Kadın, Kent)

K3 burada, fiziksel özelliklerin farklılaşmasını günümüzdeki artan estetik operasyonları da kapsayacak şekilde belirtmekte ve böyle bir fiziksel farklılığında anormal olduğunu ifade etmektedir. Foucault (1992)'nin biyoiktidar kavramı da burada açıklayıcı olmaktadır. Yeni tüketim kültüründeki söylemler kişilerin bedenlerinin de nasıl olması gerektiğiyle ilgili medya aracılığıyla bir standartlaşma yaratmaktadır. Kevin Robins (1996)'in bahsetmiş olduğu tekno-düzenin oluşması ise gelişen teknoloji ve tıp teknikleri sayesinde bireylerin kendi bedenlerini değiştirme ve dönüştürme konusunda daha rahat bir tavır geliştirmeleri sonucunu getirmektedir. Fiziksel müdahalelerdeki bu artış, artık fiziksel görünümde farklılaşmanın normal dışı olarak görülmesinde ve diğer bireylerin kişileri anormal olarak nitelendirmesinde bir boyut oluşturabilmektedir. Bununla birlikte estetik müdahalelerin yaygınlaşması ve estetik fiziksel görünümlere karşı toplumsal kabulün oluşması, bu durumun normalleşmesini de getirebilir.

5.2.1.2. Köyde Anormallik

Kırsal alanda yaşayan kişiler anormalliği tanımlarken ilk elde edilen kod ***kabul edilen toplumsal değerlere aykırılıktır.***

Kırsal alandaki katılımcılardan K9'un ifadeleri şu şekildedir:

“Biz şimdi Müslümanız. Müslümanlığın gereğine göre yaşamaya çalışıyoruz elimizden geldiğince. Ama yapabiliyoruz, ama yapamıyoruz. Ama sonuçta belli bi şeyi var. Ahlaklı, dürüst yaşamak. Yalan söylememek. Bunlar aslında insan için. Düzgün yaşamak için gerekli şeyler. Bunun dışında davranıldığı zaman anormal olur. Anormal olur, çünkü düzgün yaşanamaz hale gelir.” (K9, Erkek, Köy)

“Bizim yaşamımızda ne yapıyoruz şimdi? Sabah kalkarız, namazımızı kılarız öyle başlarız güne. Ne biliim ben kimseye kötülük etmeyiz. Hırsızlık yapmayız. Kimsenin hakkına girmeyiz. Bunlar olası gereken şeyler. Doğru şeyler. Öteki türlü anormal olur. Huzur kalmaz, tat kalmaz...” (K13, Kadın, Köy)

Katılımcının ifadeleri değerlendirildiğinde, kişinin kentteki katılımcılarda olduğu gibi anormalliği normal dışında kalan davranış olarak nitelediği görülmektedir. Fakat kentteki katılımcılardan farklı olarak köyde yaşayan katılımcılar, normalliği dinsel değerler üzerinden kurgulamaktadır. Normallik anlayışına temel oluşturması bakımından din, Berger'e (1961) göre, özellikle modernizm öncesinde toplumlarda genel bir bakış açısı yaratmaktadır. Bu bakış açısı toplumu kuşatır ve "norm", yani düzen anlayışını da beraber getirir. Freyer (1964) ise dinin kültürü ve hatta bireylerin gündelik yaşamdaki davranışlarını etkilediğini ve yine kuşatıcı bir etkisi olduğunu ifade etmektedir. Bu açıklamaların da desteklediği üzere, katılımcı için normallik aslında toplumsal yaşam içerisinde dinsel kuralların ve bu kurallar dâhilindeki davranışların normal, diğerlerinin anormal olarak değerlendirdiğini göstermektedir.

Toplumsal değerler, bireylerin hayatlarında normallik anlayışlarının oluşmasını sağlamakta ve anormallik de yine bu normallik anlayışı referans alınarak tanımlanmaktadır. K14 ve K15'in belirttiği üzere:

Bildiğimiz, anadan babadan gördüğümüz bi hayat var. Alışık olduğumuz. Her konuda böyle yani. İşte belli şekilde yiyoruz, içiyoruz, iş ediyoruz. Onun dışında biri olduğu zaman anormal oluyo.”(K14, Erkek, Köy)

“Anormal neye göre derim. İşte biz sabah kalkıyoruz, çalışıyoruz. Belli bi düzende gidiyoruz. Doğduk böyleydi, ölcez hala böyle. Doğru bildiğimiz bu. Bizim düzenimiz dışında olanlar bana anormal gelir.” (K15, Kadın, Köy)

Bu açıklama bizi Foucault (2014)'nin söylem kavramına götürmektedir. Foucault, tarihsel süreç içerisinde modern dönemde öznelerin oluşturulduğundan ve söylem üretilerek neyin normal neyin anormal olduğunun belirlendiğinden bahsetmektedir. Söylem, bilgi ve iktidarla ilişkili olduğu kadar toplumsal ilişkileri ve pratikleri de belirlemektedir. "...Söylemler neyin tecrübe edileceğini ya da tecrübenin taşıyabileceği anlamı sınırlandıran ve dolayısıyla söylenebilecek ve yapılabilecek olanı etkileyen çerçeveler dayatırlar." (Purvis ve Hunt, 2014, s.22). Bu açıklamaların da desteklediği gibi köydeki katılımcılar varolan söylemler üzerinden toplumsal pratiklerin nasıl olması gerektiğiyle ilgili bir normal anlayışına ulaşmakta ve daha sonra bu normal anlayışına göre anormalliği tanımlamaktadır.

Köyde yaşayan katılımcıların anormallik tanımlamalarıyla ilgili ikinci kod ise **iletışimsel farklılıklardır**. Örnek olarak katılımcılardan K10 ve K11'in ifadeleri aşağıdaki gibidir.

“Ya bi bakmışın hiç bi şey yok selamün aleyküm-aleyküm selâm gelmiş. Hiç ben bi şey bilmediğim halde kendi kendine küsmüş, kendi kendine yazmış, çizmiş, oynamış. Kimsenin haberi yok. Bu şekilde davranan insan normal mi şimdi? Değil anormal.”
(K10, Kadın, Köy)

“Şimdi iyilik yaparım, yaparım ben insana. Ondan sonra bana dokunaklı laf söyleyince, kalbimi kırarsa ona daha pek yaklaşmam. Sen yaklaşır mısın benim yerimde olsan? Bu anormalliktir yani. Sana iyilik yapana sen kötü gidersen o olmaz.” (K11, Kadın, Köy)

Goffman (2014), kırsal alanlardaki ilişkilerle ilgili olarak bireylerin aynı ortamda bulunmalarından dolayı tebessüm etme, selamlaşma ya da hal-hatır sorma hakkına ve zorunluluğuna sahip olduklarını belirtmektedir. Geleneksel kırsal toplumsal yapılarda bireylerin samimi yüzyüze ilişkileri olması, selamlaşma ritüellerini önemli hale getirmekte, selamlaşma ritüellerine uygun davranmayan birey ise anormal olarak nitelendirilmektedir. Burada Durkheim (2014)’ın mekanik ve organik dayanışmalı toplum kavramları önem arz etmektedir. Mekanik dayanışmalı toplumlar geleneksel toplumlardır, homojenlerdir ve birincil ilişkiler önem kazanmaktadır. Bu sebeple de kişiler açısından yüz yüze etkileşim önemlidir. Topluluk homojendir ve bireysel bilinç azdır. Organik dayanışmalı toplumlar ise daha heterojen bir yapıya sahiptirler ve iş bölümünde farklılaşma ve uzmanlaşmaya dayalı bir dayanışma vardır. Kentsel alanlarda ise Simmel (1908)’in yabancı kavramı toplumsal ilişkiler açısından önem arz etmektedir. Kişiler yoğun toplumsal ilişkilerle baş edebilmek için daha az duygusal davranmaktadır. Burada mekânın insanlar arası ilişkilerdeki belirleyiciliğine de dikkat çekilmektedir. Bireyler karşılaştıklarında yüz yüze bakmakta fakat birbirlerine selam vermemektedirler.

Weber’e göre de geleneksel toplumlarda inançlar ve değerler önemlidirler. Uzun süreli yaşantılarına ve kabul ettikleri değerlere bağlıdırlar ve herhangi bir değişime karşı direnç göstermektedirler. Bu sebeple de köydeki katılımcıların da ifade ettiği gibi alışmış oldukları yaşam tarzlarına uymayan kişileri anormal olarak değerlendirmektedirler. Modern toplum insanı ise daha araçsal-rasyonel eylemde bulunmaktadır. Varolan değerlerden bağımsız eylemde bulunabilmektedirler. (Turner ve Stepnisky, 2012, 27). Kentsel ve kırsal alanlardaki katılımcıların anormallik tanımlamaları karşılaştırıldığında, kırsal alandaki katılımcıların ifadelerinden de anlaşılacağı üzere anormallik kavramı

geleneksel yapıda önemi koruyan toplumsal değerler üzerinden şekillenmektedir. Moscovici (1984 akt. Cirhinlioğlu, 2006)'nin de belirttiği gibi, geleneksel toplumlarda, bireysellik daha arka planda olduğundan dolayı kolektif temsiller daha güçlüdürler. Modern toplumlarda ise, alternatif bilgiye erişim yollarının açık olması, farklı değer ve düşüncelerin toplum içinde yayılmasının daha kolay olması nedeniyle kolektif temsiller değişime daha yatkın ve dinamiklerdir. Yani bulguların da desteklediği gibi kırsal alanda geleneklere aykırı davranan, değerlere uygun şekilde davranmayan kişiler anormal olarak nitelendirilmektedir. Oysaki modern kent toplumunda bir bireyin davranışının dışarıdan yüzeysel bir şekilde gözlemlenmesi ve toplumdaki standart davranıştan farklı olması anormal olarak nitelendirilmesi için yeterli olmaktadır. İki yerleşim yeri bağlamındaki temel farklılığı ise birisinde doğrudan farklı bir fiziksel davranışın diğerinde ise davranışın temellendiği değerlerin anormal kavramını şekillendirmesidir. Bu ifadelerle göre ise, kişiler yaşam biçimlerine uygun davranmayan kişileri anormal olarak nitelendirmektedirler. Kentsel alandan farklı olarak kırsal alanda toplumsal değerler daha da genel ifadeyle gelenekler belirleyicidir.

5.2.2. Anormalle İlişki Boyutu

Bireylerin anormal anlayışlarıyla ilgili olarak ulaşılan ikinci tema **anormallik tanımlaması üzerinden ilişkiler** temasıdır. Anormal olarak nitelendirilen bireylerle olan ilişkilerde böyle değerlendirilen bireylerin iletişimlerinin nasıl olduğu, kendi kültürlerine aykırı bulunan kişileri ve toplumla kaynaşmayan, sosyalleşmeyen kişilerle ilgili düşünceleri öğrenilmeye çalışılmıştır. Anormal olarak nitelenen bireylerle ilişki boyutunda ulaşılan kodlar, sırasıyla **damga, sosyal izolasyon ve kültürel değerlere uygunluk**'tur.

5.2.2.1. Anormallerin Damgalanması

Katılımcılara, gündelik hayatlarında yaşamış oldukları deneyimlere odaklanarak; *Anormal olarak nitelendirdiğiniz kişilerle iletişimi/ ilişkiniz nasıl? Bu davranışlar sizi nasıl etkiliyor?* soruları yöneltilmiştir. Bireylere yöneltilen sorularda herhangi bir akıl hastalığı ya da psikolojik problemin olmadığı göz önünde bulundurularak cevap vermeleri istenmiştir. Burada, Goffman (2014)'in damga kavramına başvurmak gerekmektedir. Bireyler gündelik hayatları içerisinde

kendilerinin referans aldıkları ve alışık oldukları şekilden farklı olarak davranan ya da iletişim kuran bireyleri anormal olarak damgalamakta ve böyle kişilerle iletişimlerini sınırlandırma ya da tamamen kesmeye eğilimli olmaktadır. Link ve Phelan (2001)'ın geliştirdiği damga tipolojisinde de bireylerin farklılıkları etiketleyip ayırdığı ve dışlanma gibi sonuçların ortaya çıktığı ifade edilmektedir.

Kentte yaşayan katılımcılardan K1, arkadaşlık ilişkisi içerisinde bulunduğu kişiyle olan iletişiminde karşısındaki kişinin anormal davranışlarda bulunmaya başladığını ve bunun ilişki ve iletişimlerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmekte, tedirginlik yaşadığını ifade etmekte ve sonuç olarak bu kişiyle iletişimini kesme kararı aldığını belirtmektedir. K8 ise, akrabalarından birinin anormal davranmasının huzursuzluk çıkartacağını ve bundan kötü etkileneceğini ifade etmektedir.

“Başlarda sıkıntı yoktu bu arada. Arkadaşımdı, hatta çok iyi de bi ilişkimiz vardı. Ama sonradan, zaman geçtikçe o tutarsızlıklar, o dengesizlikler ortaya çıkmaya başladı. Tedirgin oldum. Sonra diğer insanlardan da duyunca benzer şeyleri iletişimimi kestim.” (K1, Kadın, Kent)

“Ailemden, akrabalarımın biri anormal davranmaya başlasa onlarla bi şeyler yaparken uyum sağlamak, idare etmek zorlaşır bana. Hır güür çıkar.” (K8, Kadın, Kent)

Kentte yaşayan katılımcılardan K2, K4, K7 ve K8 ise anormal davranan kişilerle ilgili olarak özellikle iş yerinde yaşanabilecek potansiyel sıkıntılar üzerinde durmuşlar ve böyle bir durumun onların rutinlerini ve iş motivasyonlarını kötü yönde etkileyeceklerinden bahsetmişlerdir. Kent hayatında uzmanlaşma ve iş hayatının başat hale gelmesi burda kilit konumdur. (Okutan ve Tengilimoğlu, 2002). Bireyler işlerini sekteye uğratacak iletişim problemleriyle ilgilenmek istememektedirler.

“Kötü etkiler beni. Çünkü senin için ekstra efor. Zaten insanların bi sürü derdi var uğraştıkları. Mesela iş yerinde sürekli anormal davranan biriyle muhattap olmak yorucu. (K2, Erkek, Kent)

“Beni yakınımındakilerin böyle davranması olumsuz etkiliyo. Şimdi işteyken benim motivasyonum düşüyo. Doğal olarak aynı ortamda çalışıyorsak eğer

önceden iyi sorun yok ama sonra hani sürekli kötü, sürekli berbat halde, sürekli kendinden ödün veriyö. Bu insanı rahatsız eder.” (K4, Erkek, Kent)

“Çok rahatsız olursam bi konuşurum bi konuşmam. Araya mesafe koyarım. Hele iş yaparken çok daha zor olur böyle biriyle uğraşmak.” (K8, Kadın, Kent)

“Hiç karşılaşmadım böyle bi şeyle. Ama kötü etkileyeceğini düşünüyorum. Sonuçta akıp giden bi hayat var, rutin var. Anormal davranışlar bunu bozar. Örneğin, iş yerinde işin işleyişini bozan biri varsa bu benim çalışmamı da aksatır.” (K7, Erkek, Kent)

Kırsal alanda alandaki katılımcılardan K9 ve K14’ün ifadeleri aşağıdaki gibidir:

”Yani yıllarca arkadaşsın, dostsun, can ciğer kuzu sarması. Sonra bi şey oluyo bi farklı davranıyor. Huyu suyu değişiyö gibi yani. Ee insan sinirleniyo böyle bi durumla karşılaştığı zaman. Noldu da birdenbire böyle oldu diye. Gerginlik yaratan bi durum. Konuşuyosun ediyosun dengesiz; bi öyle, bi böyle. Ee böyle insana nasıl davranıcam. Hangisine göre davranıcam. Onun hesabını mı yapıcam her seferinde.” (K9, Erkek, Köy)

“Ya o anda kişinin hayatında ne değişti de, noldu da böyle oldu merak ederim, sorarım. Ama habire böyle devam ederse zor. Yer yer he diyip geçersin de her zaman her zaman nereye kadar sürcek böyle. Bi süre sonra görüşmemeye başlarım.”(K14,Erkek, Köy)

Yukarıdaki ifadeler değerlendirildiğinde, kırsal alanda da bireylerin alışık oldukları iletişim şekillerinden farklı olarak davranan ya da belli davranışlarında zıtlıklar içeren kişileri anormal olarak değerlendirdikleri dikkat çekmektedir.

5.2.2.2. Sosyal İzolasyon

Kişilerin anormallik anlayışıyla ilgili bilgi edinebilmek, kişilerin toplumla kaynaşmamış veya sosyalleşmemiş kişilerle ilgili neler düşündüklerini öğrenmek için “Sizce toplumla bütünleşmeyen ya da sosyalleşmeyen bir kişi nasıl bir kişidir? Sizce böyle bir durumun olmasının nedeni ne olabilir?” soruları sorulmuştur. Bu soruyu kentsel alanda yaşayan katılımcılar, bireylerin toplumla bütünleşmemesi ya da sosyalleşmekten kaçınması, bireylerin

tercihleriyle ve bireylerin karakteriyle ilgili olabileceği üzerinden değerlendirmektedirler. Burada Hofstede'in bireyci kültür kavramı önemlidir. Bireyselci kültürlerde "ben" kavramının ön planda olması, her bireyin gizlilik ve söz hakkı olması sebebiyle, bireylerin toplumla kaynaşmamaları bireylerin kendi istekleriyle olabilir anlayışı bulunmaktadır.

Kentsel alanda yaşayan katılımcılardan K2, K6 ve K7'nin ifadeleri de bireyci kültür özellikleri göstermektedir:

"Asosyal bir kişidir. Ama ben kendimden de yola çıkarak toplumun birçok değer yargısıyla ve ahlaki veya inanç sistemiyle barışık bir insan değilim. Sistem olarak da çok adaletsiz bulduğum için aslında uzak kalmak gerekir. Ama yine de iletişim kurmayı becerip varolmayı, iş yapabilmeyi ve sosyalleşmeyi başarıyorum. Ama bunu yapmayan kişiler için de onlarda bi problem vardır diyemem." (K2, Erkek, Kent)

"Kendi kişiliğidir o. Yalnız kalmayı tercih eder. Kendi başına yaşamayı seven insanlar var, iletişim kurmayı istemeyen insanlar var. Tek bi tane arkadaşı olan kişiler var." (K6, Kadın, Kent)

"Bakış açısı olabilir. Bazen mesela ben de çoğu zaman toplumdaki insanlarla çok kaynaşmak, topluluk içine girmek istemiyorum. Özellikle duygusal anlarımda yanımda kimsenin olmasını istemem." (K7, Erkek, Kent)

Kırsal alanda yaşayan katılımcılar ise toplumla bütünleşmeyen ve sosyalleşmeyen kişileri anormal olarak değerlendirmekte ve Hofstede (2001)'in toplulukçu kültür kavramıyla ilişkili olarak, biz duygusunun güçlü olması ve topluluğa/topluma aitlik duygusunun baskın olması sebebiyle böyle bir durumun istenen bir durum olmadığı belirtilmektedir. Bununla birlikte Tomasello (2019), iletişimden kaçan ve ya da iletişimi reddeden bireylerin diğerleri tarafından patolojik bir vaka olarak görülebileceğini belirtmektedir. Katılımcılardan K9, K10, K13 ve K14'ün ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"Garip bi kişidir. Anormal bi kişidir. Sonuçta insanlar birarada yaşıyo. Ha köyde, ha başka bi yerde. Sende ne var da insan içine girmiyosun? Bi hal hatır sormuyosun. İki kelam etmiyosun. Bi sıkıntı var demek ki? İnsan olmanın gereğidir bu yani. İnsanlık yapmıyosan nasıl insan olacaksın." (K9, Erkek, Köy)

“ Yani en azından bi hal hatır sorması, bi selam vermesi lazım gelir. İnsanız sonuçta. Tamam belki çok görüşmeyi, konuşmayı istemez. Ama yine de yabancı gibi olmaz öyle.” (K10, Kadın, Köy)

“Kendi içine kapanmıştır. İnsanlarla eğer düzgün ilişki kuramıyorsa belki kendini geri çekmiştir. O konuda sıkıntı yaşadığı için. Ama bu problem tabii yani. İnsan kısıtlı da olsa çevresindekilerle iletişim kurmasını bilmesi lazım. Kendini azıcık da olsa ifade etmesi lazım.”(K13, Kadın, Köy)

“Normal değildir. Bi sıkıntı vardır onda” (K14, Erkek, Köy)

Yukarıdaki ifadelerden de anlaşılacağı üzere kentte yaşayan bireyler, bireyci kültürün yoğun olduğu alanlarda sosyalleştikleri için toplumla bütünleşme ve sosyalleşme konusunda bireylerin tercihi ya da karakterinin etkili olabileceğiyle ilgili yorumlarda bulunmakta ve bu durumun problem yaratmayacağını ifade etmektedirler. Kırsal alanda ise toplulukçu kültürün yoğun olması sebebiyle, toplumla bütünleşmeyen ve sosyalleşmeyen bireylerin anormal, garip olabilecekleri ve topluluk içinde yaşarken o topluluğa ait bir bireyden yapılması beklenen davranış ve iletişimsel pratikleri gerçekleştirmemesi halinde bunun bir problem olacağı ifade edilmektedir.

5.2.2.3. Kültürel Değerlere Uygunluk

Katılımcıların, kendi kültürlerine aykırı davranışlarda bulunan bireyleri nasıl değerlendirdikleri ve iletişimlerini nasıl kurdukları öğrenilebilmek için *“Kültürünüze aykırı davranışlarda bulunan insanları nasıl değerlendirirsiniz?”* sorusu sorulmuştur.

Kentsel alanların kozmopolit yapıda olması önem teşkil etmektedir. Kozmopolitanizm kavramı, 18. yy’da bireylerin kendi kültürleri dolayısıyla kendi kültürlerinden farklı davranan kişilere herhangi bir önyargı beslemeyen insanları tanımlamak için kullanılmaktadır (Özdal ve Ildır, 2016, s.121). İçinde bulunduğumuz çağda iletişim ve ulaşım olanaklarının gelişmesiyle birlikte bireylerin yer değiştirmesi ve kendi kültürlerini başka yerlere taşımasıyla birlikte kendilerinin de başka kültürleri tanınmasıyla kozmopolit insandan bahsedebilmek mümkündür. Yine Durkheim’ın belirttiği üzere modern toplumlar daha heterojen yapıdadırlar. Bu heterojen yapı ise farklılıkların daha alışıldık hale gelmesine neden olabilmektedir. Katılımcılardan kentte yaşayan bireylerin cevapları aşağıdaki gibidir:

“Normal karşılarım. Çünkü belki de onun kültürü başkadır, öyle alışmıştır. Ben de gitsem başka bi yere bana normal gelen şekilde davransam belki onlara da garip gelecek çünkü. Olabilir. Ne diyebilirsin ki böyle bir durumda...” (K4, Kent, Erkek)

“Önce bi rahatsız olurum. Ama saygı da duymak lazım. O öyle yetişmiş olabilir ya da farklı bir kültürden geliyor olabilir. Hani böyle çok uç noktalarda bi tavır, hareketi varsa ortamdan uzaklaşmak isterim belki. Ama gidip de o kişiye tepki göstermem. Bunu yapma şunu yap demem.” (K8, Kadın, Kent)

Kırsal alanda yaşayanlar kişiler ise aşağıdaki ifadelerden de anlaşılacağı üzere kendi kültürlerine aykırı davranışlarda bulunan kişilerle ilgili daha olumsuz düşünme, iletişimi sınırlandırmaya yönelme ve sözlü olarak o kişiyi uyarmaya daha yatkın olarak görünmektedir. Burada da, Durkheim’in bahsetmiş olduğu üzere, mekanik dayanışmalı toplumlardaki homojen yapının ve kolektif bilincin güçlü olması, yine Moscovici’nin ifade ettiği gibi geleneksel toplumlarda sosyal temsillerin güçlü olması nedeniyle, geleneksel toplumda yaşayan bireyler farklılıklara daha fazla tepki gösterebilmekte ve değişime daha dirençli olabilmektedir. Kırsal alanlarda gelenekler güçlüdür. Kırsal alanda yaşayan katılımcıların da ifadeleri bu kuramları desteklemektedir.

“Ben hoş karşılamam pek. Biz nerde yaşıyoruz Türkiye’de yaşıyoruz. Bizim bi geleneğimiz göreneğimiz var. Değerlerimiz var. He son zamanlarda işler iyice çığrından çıktı zaten. Ne büyük büyüklüğünü biliyo ne küçük küçüklüğünü. Uyarırım. Anlatırım. O da bizim yine yapmamız gereken şeydir. Doğrusu bu, yanlış bu. Bunları birbirinden ayır derim. Ona göre davran derim. Kendi başına göre hareket ettin mi yanlışta daha çabuk gidersen. Baktım dinlemiyor. Aynı şekilde devam ediyö. Ben de kendi yoluma bakarım muhabbeti keserim.” (K9, Erkek, Köy)

“Kültürüme aykırı davranışlarda bulunan insanlardan çok hoşlanmam. Bizim bi düzenimiz var. Hani onu bozacak şeylerin olmasına izin vermemek gerek. Uyarırım. Ama laftan anlamazsa uzaklaşırım. Onun olduğu yere gitmem o da bizim olduğumuz yere gelmesin” (K12, Kadın, Köy)

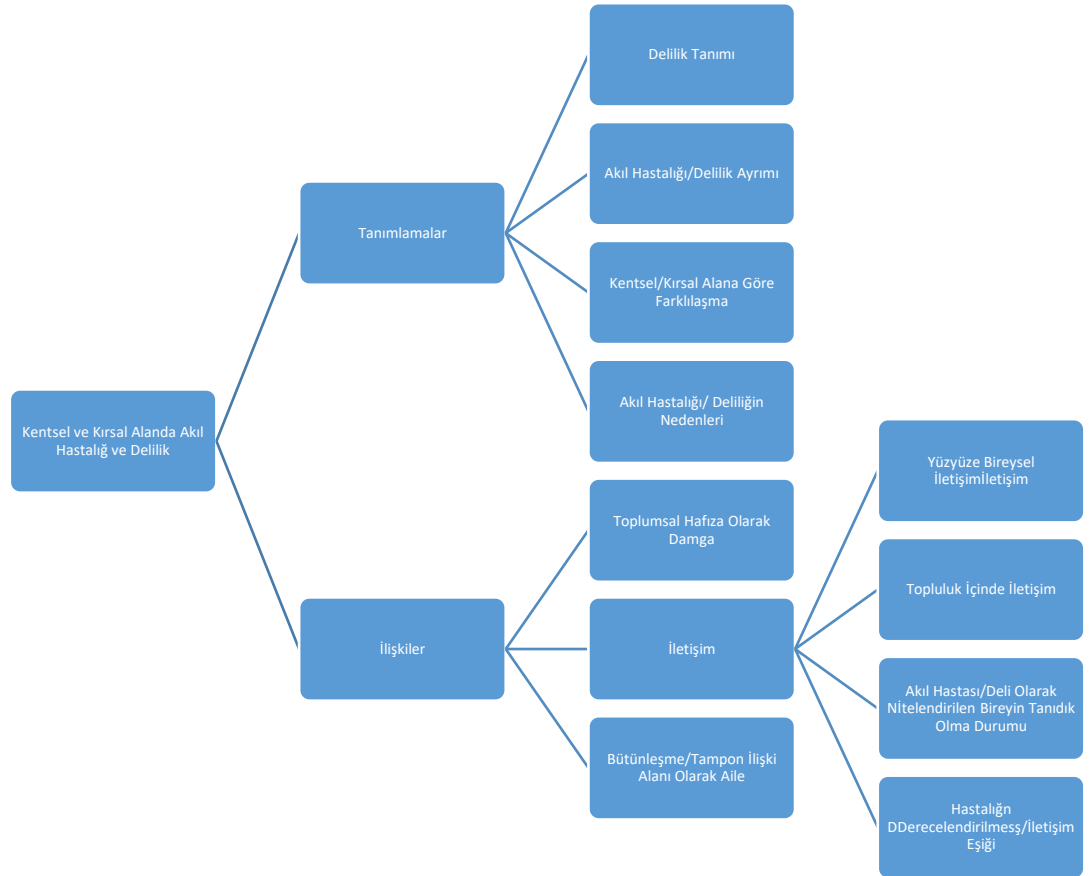
Katılımcılardan K14, ise davranışların uygunluğuyla ilgili olarak yorumda bulunmaktadır. Kendi geleneklerine göre daha hafif ya da kabul edilebilir davranışları hoş görebileceğini söylerken, kendine göre daha kabul edilemez davranışlara karşı karşısındaki kişiyi

uyaracağından ve uyarı sonucunda davranışlarını değiştirmedeğinde o kişiyle iletişimini keseceğinden bahsetmektedir.

“Nasıl aykırı. Azcık ayıp, uygunsuz bi şey yapsa hani dersin bugün dalgındı bi şeydi. Kafası yerinde değildi stresliydi. Boşluğuna geldi böyle davrandı. Yok öbür türlü devamlı değişik şeyler yapıyo. Oturmasını bilmiyo, kalkmasını bilmiyor. Ee o zaman uyarcan tabi. Napcan. Diceksin ki bak böyle böyle yapma. Düzgün ol. Hee seni dinler belki yola gelir. Yok gelmezse Allahın selameti başına olsun. Bize uygun olmayana ben de uymam. Mesafeyi koyarım.” (K14, Erkek, Köy)

5.3. KIRSAL VE KENTSEL ALANDA AKIL HASTALIğI VE DELİLİK: TANIMLAMALAR VE İLİŞKİLER

“Kentsel ve kırsal alanda kimler anormal-deli-akıl sağlığı yerinde olmayan şeklinde tanımlanmaktadır? ve “Bu şekilde tanımlanan kişiler ile etkileşim/iletişim nasıl kurulmaktadır?” problem cümleleri üzerinden **akıl hastalığı ve deliliğin tanımlanması** ve **akıl hastası ya da deli olarak nitelendirilen bireylerle ilişkiler** temasına ulaşılmıştır.



Şekil 2. Kentsel ve Kırsal Alanda Akıl Hastalığı ve Delilik: Tanımlamalar ve İlişkiler

5.3.1. Akıl Hastalığı ve Deliliğin Tanımlanması

Katılımcıların, delilik ve akıl hastalıklarını nasıl tanımladıkları ve kimleri böyle nitelendirebileceklerini, genel olarak delilik ve akıl hastalığına sahip bireylerle ilgili anlayışları öğrenilmeye çalışılmaktadır. Akıl hastalığı ve deliliğin tanımlanması temasına ilişkin olarak **delilik tanımı, akıl hastalığı/delilik ayrımı, kırsal/kentsel alana göre farklılaşma ve delilik/akıl hastalığının etkenleri** kategorilerine ulaşılmıştır.

5.3.1.1. Delilik Tanımı

Katılımcılara “*Deli kime denir?*” şeklinde soru yönelttiğinde özellikle **nedensiz ya da amaçsız davranışlarda bulunan, bulunulan ortama uygun davranmayan kişiler, tutarsız davranan kişiler, bilinçsiz ve kontrolsüz olan kişiler** şeklinde kodlara ulaşılmıştır.

Deliliğin tanımlanmasında, katılımcıların anormal tanımlamalarıyla da paralel olarak, belirli tarz davranışların ve toplum içerisindeki iletişim biçimlerinin doğru kabul edilmesi ve bunun dışında kalan durumların delilik olarak tanımlandığı görülmektedir. Goffman (2018)'in çerçeve analizine göre, bireyler olaylar ve durumları, kendi yaşam pratikleri ve düzenlerine göre tanımlamaya, anlam vermeye ve etiketlemeye yatkındırlar. Bu yorumlama kalıbı olarak da ifade edilen çerçeve kavramı bireylerin gündelik yaşamlarında hayata dair anlayışlarını oluşturmada bir referans oluşturmakta ve etkileşim alanları içinde üretilmektedir. Katılımcıların da aşağıda ifade ettiği üzere, deli tanımlaması bireylerin etkileşim alanında belli kalıplar ve doğrular belirleyerek bunun dışında kalanları etiketlemesi ve deli olarak nitelendirmesiyle ilişkilidir. Bireyler, diğer bireylerden hareketlerinde, davranışlarında ve sözlerinde tutarlı olmalarını beklemekte, gösterilen bir davranışın ya da iletişimsel pratiğin anlamlı bir nedene bağlı olarak gerçekleştirilmesi gerektiğini ifade etmekte ve yine kontrol kavramı üzerinde durmaktadırlar.

“Deli bence yaşamış olduğu toplum içinde varolan normlar dicem, normlara, kurallara uyum sağlayamayan, psikolojik sıkıntıları olan, adaptasyon sorunu yaşayan, başına ne geldiyse artık dengesi bozulmuş kişilerdir.” (K1, Kadın, Kent)

Kendi hal, hareket, duygu ve düşüncelerini kontrol altında tutamayan kişilere denir. (K2, Erkek, Kent)

“Yani böyle abuk subuk davranan kendini bilmeyen, anlamsız şekilde böyle alakasız bağırp çağıran. Böyle kişiler delidir bence. Nerde nasıl davranacağını bilmeyen kişiler.” (K4, Erkek, Kent)

“İşte ne yaptığını bilmeyen, nerde ne yapacağını bilmeyen. Davranışlarında, konuşmalarında bi ayar tutturamamış yani. Ayarsız, dengesiz olan her şeyinde. Öyle insanlara denir bence.” (K6, Kadın, Kent)

“Bi öyle bi böyle davranan, aslında benzer bi öncekiyle, nasıl davranılacağını bilmeyen kişiler. Şimdi biz mesela dışarı çıktığımızda yanında kimse olmayan bi kişinin kendi kendine konuştuğunu görürsek deli heralde deriz. Ya da gülüncek bi şey yoktur mesela yüksek sesle kendi kendine güler, bağıırır, etrafa saldırırsa deli denir onlara.”. (K8, Kadın, Kent)

Katılımcılardan K9, K12 ve K16 ise, deli tanımlaması yaparken, hareket ve davranışların sonucunu öngörebilme kabiliyetinin olmaması ve bilinçli davranmama üzerinden bir tanımlamada bulunmaktadır.

“Deli, naptığını bilmeyen, olduğu yerde duramayan, hani sen bi şey dersin anlamaz. Bilinçsizce ne yaptığının, farkında olmadan davranan. Biri bilir, cam bi vazo var ben onu yer atarsam o vazo kırılır. Sonucunu bilirsin, tahmin edersin. Hani kırılmazsa da çatlar, çatlamazsa da tahmin yürütürsün. Olabilir diye. Olursa da o zaman ne biliyim etraf dağılır, cam sıçrar orana burana gelir, cam parçası kalır bi yerde ayağına batar. Deli, onu yere atar kırılır mı kırılmaz mı düşünmez. Yaptığı şeyin sonucunu bilmez. Sorumluluğunu da almaz.” (K9, Erkek, Köy)

“Yani garip davranan, işte bağırın, çağırın anlamsız diyim ben sana. Olay yok bağıyor. Bunu deliler yapar. Hani nedensiz yere davranan, gülen, bağırın.” (K12, Kadın, Köy)

“Ne yaptığını bilmeyen, bilinçsizce davranan kişilere denir.” (K16, Erkek, Köy)

Katılımcılardan, K7 ve K14 tutarsız davranışların kişilerin deli olarak nitelendirilmesinde kıstas olduğunu belirtmektedir. Aşağıdaki ifadelerinde görüldüğü üzere *“Gerçekten deli olsun, olmasın deli denir.”* derken aslında kişilerin deli olarak nitelendirilmesinde klinik bir tanımlama değil ilişkisel bir tanımlamaya gitmektedir.

“Bence insanların düzgün yaşayabilmesi için belli tutarlılıkta davranması gerekiyor. He bu az olur çok olur. Eğer davranışlarında, hareketlerinde, laflarında tutarsızlık varsa. Bi sıkıntı vardır. Öyle insanlara gerçekten deli olsun olmasın deli denir yani. Mesela hayatımda bi insanla iletişim kurmak zorundayım. İşte ya da arkadaşım. Tutarsız davranışlarını olduğunu gördüğümde “deli mi bu ya” derim yani.” (K7, Erkek, Kent)

“Bi dediği bi dediğini tutmayan. Konuşmaları değişik. Böyle mesela bi ondan bahsediyö sonra o konu bitmeden başka konuya atlıyo. Sen bi şey soruyosun o gitmiş taa alakasız bi şey anlatıyo. Gülmücek yerde gülmez, ağlancak yerde ağlamaz. Hani yaşamda ne varsa onun tersi gibi olan kişilere denir.” (K14, Erkek, Köy)

Katılımcılardan K3, deli olarak nitelendirilen bireyleri tanımlarken, anormal kavramını da kullanarak, deli kişileri anormalle aynı gibi gördüğünü belirtmektedir.

“Deli de biraz anormalle aynı gibi. Mantıksız konuşan böyle alıştığımız günlük hayat içerisinde farklı davranan kişilere deli gibi gelir bana.” (K3, Kadın, Kent)

Katılımcılardan K10, diğer insanlara zarar veren insanları deli olarak nitelendirebileceğini belirtirken;

“Ne biliyim yani insanlara zarar verene ben deli derim.” (K10, Kadın, Köy)

K5, insanları deli olarak nitelendirmenin doğru olmadığını ve onların bu durumda olma nedeninin “normal” insanlar olduğunu ifade etmiştir.

“Aslında insanları deli olarak nitelendirmek de yanlış. Çünkü onları bu hale iten de bizim gibi normal insanlar.” (K5, Kadın, Kent)

Katılımcılardan K11 ise, toplumsal roller üzerinden bir deli tanımlamasına giderek, toplumun beklentilerini ve verilen rolleri düzgün yerine getirmeyen bireyleri deli olarak nitelendirmektedir.

“Kime deli denir ben ne bileyim ben. İşini gücünü bilmez, ne evine bakmaz, çevresinden haberi olmaz, boş boş gezer tozar sağda solda. O adam akıllı mı şimdi? Değil. Delidir.” (K11, Kadın, Köy)

“Deli” olgusunun tanımlanmasında kırsal ve kentsel alanda yaşıyor olmaktan ötürü bir farklılaşma görünmemektedir.

5.3.1.2. Akıl Hastalığı/Delilik Ayrımı

Katılımcılara delilik ve akıl hastalığı kavramlarını tanımlarken bunlar arasında bir fark gözetip gözetmediklerini anlamak amacıyla “*Delilik ve akıl hastalığı aynı şeyler midir?*” sorusu yöneltilmiştir. Yönetilen soruya alınan cevaplar sonucunda **tedavi edilebilir/tedavi edilemez** kodlarına ulaşılmış ve katılımcıların bu kodlar üzerinden ayırım yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcılara göre, delilik tedavisi olmayan ve genellikle doğuştan olan bir şeyken, akıl hastalığı kişinin yaşamında belirli travmalar ve yaşantılar sonrasında oluşan tedavi edilebilir bir şeydir.

Delilik ve akıl hastalığı kavramlarının farklılaşmasında, Foucault (2014)'nın tarihsel süreç içerisinde öznelleşmeyi ve öznenin dönüşümünü belirleyen bilgiye sahip olma ve söylem yetkisini tartışmaya açması önemlidir. Foucault, disiplinlerin bilgiye sahip olma ve söylem üretme güçleriyle birlikte, normal/anormal ayrımının oluşması ve deliliğin de tıbbileştirilerek yerine “akıl hastası” kavramının geçmesini ve akıl hastalarının da normalleştirme pratiklerine maruz bırakılarak tedavi edilmesi gerektiği üzerinden bir anlayışın oluştuğunu belirtmektedir.

“Yani benim anladığım delilik düzeltilemeyen bir şey. Beyindeki bir şeyin eksikliği gibi. Doğuştan gelen bi şey yani. Bir çocuğun doğuştan bir parmağı eksiktir ya. Onun gibi bir hissiyatı var bende. Bilimsel bir şeye dayanarak söylemiyorum tabi bunu. Bende hissiyatı bu. Ben bunun düzeltilemeyeceğini düşünüyorum. Ama akıl hastalığı düzelebilir. Sonradan olduğu gibi sonradan gidebilir de. Tedavi edilebilir ya da o hastalıkla yaşamayı öğrenebilir. Topluma ayak uydurur.” (K2, Erkek, Kent)

“Akıl hastası diyince sanki tedavisi olan bi şeymiş gibi geliyor bana. Ama deli deyince tamamen tedavisi olmayan, sorunlu, sıkıntılı o artık böyle devam edecekmiş gibi geliyor. Akıl hastası hani biraz şey gibi tamamen tıbben tedavisi olabilecek bir şeymiş gibi. Tedavi olsa düzelecek yani aklıyla ilgili bi sorun var ama o sorun giderilebilecekmiş gibi. Deli de tamamen kafayı yitirmiş yani tedavisi olamazmış gibi geliyor bana.” (K3, Kadın, Kent)

Akıl hastalığı böyle işte doktora gitse ilaç alsa daha kolay tedavi edilir gibi geliyor. Ama deli hani tamamen kopmuş gitmiş. Tedavi olmaz.” (K16, Erkek, Köy)

“Benim gözümde değil. Delilik farklı bi şey. Akıl hastalığı farklı bi şey. Bi insan agresifse, sürekliyse ben içimden ona akıl hastası derim mesela. Ama içimden yüzüne asla söylemem böyle bi şeyi. Deli artık ne yaptığının, ne ettiğinin, ne konuştuğunun farkında değildir gibi. Hani akıl hastası biraz huyuna gidilse, tedavi olsa düzelir de deli artık tamamen dünyayla bağını kesmiş, iflah olmaz.” (K4, Erkek, Kent)

“Akıl hastası bence tedavi alınca toparlayabilir ve düzelebilir. Ama deliliğin tedavisi yok sanki ya da olsa da çok zor gibi bi şey geliyor gözüme.” (K8, Kadın, Kent)

“Değil gibi sanki. Tam bilemem de. Akıl hastası gider tedavisini olur, iyileşir. Deli iflah olmaz artık. Böyle şeyler diyolar ya. Olmayan şeylerle konuşuyolar falan. O düzelmez. Böyle bir ayırım yapabilirim.” (K9, Erkek, Köy)

Katılımcıların yukarıdaki ifadeleri değerlendirildiğinde, delilik ve akıl hastalığı arasında tedavi edilebilme durumuna göre bir ayırma gidildiği, akıl hastalığının gerekli tedavi pratikleri uygulanarak düzelebileceği fakat delilik durumunun tedavi edilemeyip devam eden bir süreç olduğu anlayışının olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Katılımcılardan K10 ve K12 ise akıl hastalığının sonradan ortaya çıkan bir şey olduğunu fakat deliliğin doğuştan geldiğini ifade etmektedirler.

“Akıl hastası başka, deli başka. Çünkü deli doğuştan gelen bi şey zannediyorum ben. Akıl hastalığı da sonradan kendi kendine olan bi şey gibi geliyor”. (K10, Kadın, Köy)

“Delilik ve akıl hastalığı aynı şey değil. Akıl hastalığı sonradan olmuştur. Bi düşünceden, bi hastalıktan dolayı olmuştur. Delilik de deliliktir yani. Hep vardır. Geçmez.”(K12, Kadın, Köy)

Katılımcılardan K1, K6 ve K7 ise, akıl hastalığı ve deliliğin arasındaki farkı açıklarken, yine tedavi olabirlik durumuna göre ayırım yapmıştır fakat ek olarak akıl hastalığının tedavi edilmediğinde de deliliğe neden olabileceğini, yani diğer bir deyişle deliliğin akıl hastalığının son noktası olabileceğini de ifadelerine eklemiştir.

“Akıl hastalığı bana biraz daha tedavi edilmesi daha kolay bir şeymiş gibi geliyor. Bu iki kavramın kendi bilimlerini içerisindeki karşılıklarını tam bilmiyorum. Ama akıl hastalığı daha tedavi edilebilmesi mümkün, kurtulması daha kolay gibi bi şey iken delilik dönüşün çok zor olduğu bi yermiş hani son noktası gibi.” (K1, Kadın, Kent)

“Akıl hastalığıyla delilik aynı şeyler değildir. Akıl hastalığının tedavisi vardır. İlaçla, konuşmayla. Ya da başka bi yolu varsa onla. Ama delilik yoldan sapmış gitmiş, zır deli olmuş yani, iş çığrından çıkmış. Son noktaya gelmiş. Tedavi edilemez yani. Edilse de hani tamamen düzelmez bi daha.” (K6, Kadın, Kent)

“Deli artık düzelmez gibi de akıl hastalığı sonradan tedaviyle falan düzelirmiş gibi geliyor. Yani belki akıl hastalığı tedavi edilmezse, çok ileri boyuta giderse kişi artık dönüşü olmayan bir yola girebilir. Delirebilir yani.” (K7, Erkek, Kent)

Katılımcılardan hepsi akıl hastalığı/delilik kavramı ayrımı yapmakta ve ikisinin aynı olmadığını ifade etmektedirler. Burada tıbbileştirilmiş söylemin toplumun tüm kesimlerine etki ettiği ve kavramları değerlendirmede, anlayışları oluşturmada önemli bir referans noktası işlevini taşıdığını söylemek mümkündür.

5.3.1.3. Kırsal/Kentsel Alana Göre Farklılaşma

Kırsal ve kentsel alanda yaşayan katılımcılara, akıl hastalığı ve delilik kavramlarının köy ya da kentte yaşayan insanlara göre farklılık gösterip gösterilmediği sorulmuştur. Katılımcıların cevapları değerlendirildiğinde **damga, normalleşme, önyargı, bireycilik** ve **güven** kodlarına ulaşılmıştır. Kentte yaşayan katılımcılar bu kodlar üzerinden, köy ve kentte yaşayan insanlar açısından akıl hastalığı ve delilik kavramlarının farklılık gösterdiğini belirtmişlerdir.

Katılımcılardan K1, K4, K5 ve K7'nin ifadeleri incelendiğinde:

“Kesinlikle farklılık vardır. Mesela köyde deli var, deli doktoruna gidiyomuş dediğinde bir önyargı varmış gibi geliyo bana. Şehirlerde özellikle büyükşehirlerde artık akıl hastalığı normalleşti. Hatta hepimizin psikolojik desteğe ihtiyacımız olduğu konusunda sanki insanlar daha çok hemfikir olmaya başladı. O yüzden kesinlikle farklıdır. Ben kendi hayatımdan da örnek vereyim. Yakın bi arkadaşıma ben psikoloğa gidiyorum dediğim zaman ondan bir önyargı gelmeyeceğini biliyoken köydeki bi akrabama bunu söylediğim zaman ‘Aaa delirmiş herhalde!’ diyeceğinden adım kadar eminim.” (K1, Kadın, Kent)

“Evet kesinlikle farklıdır. Köyde azıcık farklı el kol hareketi yapsa deli derler yapıştırırlar hemen. Ama şehirde bi sıkıntısı, rahatsızlığı var heralde diye düşünürler bence. Öyle bir ayrım vardır yani.” (K4, Erkek, Kent)

“Evet, düşünüyorum. Aslında deli değildir belki de ama en ufak bi hareketine o hükümü koyarlar. Peşin hüküm verirler yani. O yüzden ben bunun okumuşlukla alakalı olduğunu düşünüyorum. Çünkü aslında o insanları deli yapan da o

kesimdir. Orda mesela insanın deli olması için illa gerçekten deli olmasına ya da acayip hareketler yapmasına gerek yok.” (K5, Kadın, Kent)

“Farklılık gösterir tabi. Köyde önyargı her zaman daha fazladır. Daha fazla dedikodu yapılır. Daha fazla konuşulur. Daha fazla kötü davranılır. Ama şehirde daha rahat insanlar. Nüfus da olduğu için. Çok göze batmıyor olabilir bi yandan. İnsanlar alışkın olabilir.” (K7, Erkek, Kent)

Katılımcıların ifadelerin önyargı, damga ve normalleşme kodlarına ulaşılmıştır. İfade edildiği üzere, kentteki katılımcılar, köyde yaşayan bireylerin, kentteki bireylere göre daha fazla damgaladıklarını ifade etmekte ve farklı bireylere karşı daha önyargılı olduklarını belirtmektedirler. “Önyargı en kısa anlamıyla; birey, grup ya da toplumun yeteri kadar bilgi sahibi olmadığı ya da yanlış bilgi edinerek karşı tarafa (bilgi-grup-toplum) takındığı olumlu-olumsuz tutumlardır.” (Erdoğan ve Vatandaş, 2020, s.476). Yine, Foucault (2014)’un normalleşme kavramına göre, akıl hastalığına sahip olan bireyler, klinik olarak bazı normalleştirme pratiklerine maruz kalmaktadırlar. Kentsel alanlarda psikolojik rahatsızlıkların artması ve tıbbi olanakların daha fazla olması sebebiyle, bireyler psikolojik rahatsızlıklar konusunun ve bunun tedavi edilmesinin de normalleştirildiğini ifade etmektedir.

“Düşünüyorum. Köyde sanki böyle daha fazla dalga geçme, alay konusu edilme, dışlama gibi şeyler daha çok oluyor gibi geliyo. Özellikle çocuklar da dalga geçme olayını çok yapıyorlar ama ailelerinin buna izin vermemesi lazım, engel olması lazım. Şehirde ise daha bilinçli davranılıyo gibi hissediyorum.” (K3, Kadın, Kent)

“Kesinlikle gösterir. Köyde bilinçsizce böyle direkt deli yaftası yapıştırılıyor. Şehirde ise kişi daha sebeplerini düşünüyo, daha anlayışlı davranıyor.” (K8, Kadın, Kent)

K6’nın aşağıdaki ifadelerine bakıldığında, deli olarak nitelenen bireylerin köyde daha riskli bir birey olarak tanımlanabileceği ve zarar verebileceği üzerinde durulmaktadır. Burada güven kavramı önem arz etmektedir. Kentsel alanda yoğun nüfus ve yüzeysel ilişkilerin varlığı sebebiyle, bireylerin birbirlerine olan güvenleri azdır. Bununla ilişkili olarak da deli olarak nitelendirilen bireylere de yabancı olarak görülenler gibi daha az güven duyulmaktadır.

“Tabi gösterir. Şimdi köyde de olsa çevresi, en yakın ailesi görür. Çevreyi falan bırakalım. Şehirde daha toplum içinde bi insan olur o kişi gibime geliyor. Köyde hani bi ailesi bakar, eder, diğer kişiler hani zaten köyde kaç kişi var. Bana bulaşmasın, benim bi şeyime çoluğuma, çocuğuma zarar vermesin. Ya da çocuklarımın da kafasını bulandırmasın diye düşünür ötekiler. Aileler de aman çocuğum deli, görünmesin akıl hastası ben onu kapatıyım, yanlış anlaşılır bilmem ne olur diye düşünür. Ama şehirde yani zaten herkes kendi derdinde. Hani bi yandan toplum içinde daha rahat olabilir öyle kişiler ama çok da umursanmadıkları için. Daha dikkatli davranır insanlar hani incitmeyeyim diye ama çok yakın ilişki de kurmazlar. Şimdi şu devirde çağımız çok ilerledi. Baktım benim çocuğumun aklında noksanlık var. Çoğu şeyin çaresi var artık. Alır çocuğumu götürürüm, kimseyle muhattap etmeden tedavisi oluyorsa yaptırırım. Şehirde artık insanlar da daha her şey olabilir gözüyle bakıyo. Kalabalık her türlü insan var, her çeşit. Hepsi farklı, birinin davranışı ötekisinininkini tutmuyo. Artık alışmış oluyolar bi yerde. O yüzden hani akıl hastasıymış, deliymiş daha normal karşılanıyor bence. Anormal karşılanmaz.” (K6, Kadın, Kent)

Kırsal alanda yaşayan katılımcılar da delilik ya da akıl hastalığı kavramlarının köy ve şehre göre farklılaştığını belirtmektedir. Fakat kırsal alanda yaşayan katılımcılar, köyde yaşayan birinin o şekilde nitelendirilmesinin köydeki güven olgusuyla açıklamaktadırlar. Köydeki yakın temas ilişkiler ve köy sakinlerinin hepsinin az-çok birbirini tanıyor ve iletişim halinde bulunuyor olması önem arz etmektedir. Kırsal alanda yaşayan katılımcılar, kentteki nüfusun fazlalığı ve yoğun yaşam kişilerin insanları tanımalarını zorlaştıracağından dolayı kimin deli olup kimin deli olmadığı konusunda bir ayırım yapamayacakları ya da yapsalar bile ilgilenmeyecekleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Köyde yaşayan katılımcıların “...deli senin delin yani” (K13) ve “Köyde deli hani bizim delimiz zaten” (K16) ifadelerinin de desteklediği şekilde, kişi “deli” olarak etiketlenmesine rağmen, onun tanınması ve “bizim” denilerek topluma dahil edilmesi, dışlanmaması söz konusudur. Diğer bir ifadeyle, kırsal alanda kişi etiketlenmiş olsa da sahiplenilmektedir.

“İlla fark bulunur. Şehir şimdi koca şehir. Kimse birbirini tanımyo bilmiyo. Biri için deseler ki aaa bu deliymiş kimse dönüp bakmaz. Hani kendi ailesinden biri

olsa, yakını olsa ya da arkadaşlarından biri olsa. Tabi o zaman hemen çaresi düşünülür. Deli de demezler zaten heralde başka bi şey derler. Hiperaktif derler. Köyde de olsa işte tedavisi zor. Dağın başında köy. Biniceksin gidiceksin. Doktoru ayrı dert, hastanesi ayrı dert.” (K9, Erkek, Köy)

Yukarıdaki katılımcı K9’un ifadelerinde kentteki kavramsallaştırmalardaki farklılığa değinilerek yine Foucault (2014)’un ifade etmiş olduğu tıbbileştirme pratikleri ve uzman dilinin kentteki kavramsallaştırma ve tanımlamalar üzerindeki etkisinden bahsedildiği görülmektedir. Yine, akıl hastalığıyla ilgili problemlerde yapısal yetersizliklere değinilmekte ve sağlık kurumlarına ulaşımdaki zorluklar ifade edilmektedir.

“Şehirde kimse kimsenin işine karışmaz. Ne dicesek? Şimdi adam sen delisin diye sana ne dicesek ya? Gene hoş görcek tabi. Oğlum, kızım diye güzel davranması lazım. Ama bağırırsan zaten onda akıl noksanlığı var. Daha kötü olur. Şehirde kimse umursamıyor da. Köyde de işte iyi davranmak lazım. Napcan Allahtan gelmiş bi şey başına.” (K11, Kadın, Köy)

Yukarıda ifadesi verilen katılımcılardan K11 ise, yine kentte ve köyde akıl hastalığı ve delilik kavramının farklılaştığını vurgulamaktadır. Fakat bununla birlikte din olgusunun da önemli olduğu görülmektedir. K11 böyle bir durumun Allah’tan geldiği için iyi davranılması gerektiğini belirtmektedir. Burada da yine normal ve anormallik tanımlamasında da olduğu gibi Berger (1961) ve Freyer (1964)’in bahsetmiş olduğu gibi dinin, kültürü ve bireylerin gündelik yaşamdaki davranışları etkilediğini görmek mümkündür.

Katılımcılardan K10, K12, K13 ve K16’nın ifadeleri ise aşağıdaki gibidir:

“Yaa şimdi köyde akıl hastasını herkes tanır. Ama şehirdekiler tanımaz. Şehirde önüne gelenin akıllı mı deli mi olduğunu anlamazsın. Saldırırsa, etse kaçar ondan bilmez. Huyunu bilmez suyunu bilmez. Burda öyle değil. Derler ya herkes malını bilir. O hesap.” (K10, Kadın, Köy)

“Köyde ve şehirde farkeder. Farklıdır. Burda zararı az olur. Bilirsin, tanırsın az çok. Ama şehirde o kadar kalabalıkta zaten akli sağlam olan da aklını yitirir. Karman çorman her şey. Sakinlik yok, huzur yok. Kimse de birbirini tanımaz zaten kim deli kim akıllı öyle kimse birbirini yakından tanımaya da fırsat bulamıyor orda.” (K12, Kadın, Köy)

“Köyde ve şehirde farklılık gösterir. Burda bilirsin onu, tanırsın. Çünkü deli senin delin yani. Şehirde kim kime dum duma.” (K13, Kadın, Köy)

“Köyde hani deli bizim delimiz zaten. Şehirdeki ama hakkatten böyle fazlalıkmiş gibi bakılır.” (K16, Erkek, Köy)

Katılımcıların ifadelerinin tümü değerlendirildiğinde delilik ve akıl hastalığı kavramının kentte ve kırsal alanda yaşayan bireylere göre farklılaşıp farklılaşmadığı sorulduğunda, kentte yaşayanların kırsal alanda yaşayanları deli ya da akıl hastası olarak nitelendirilen kişilere karşı daha fazla damgalama ve önyargı eğilimi gösterdiklerini düşündükleri belirtilebilir. Ancak kentsel mekânda yaşayanların bu şekildeki ifadeleri kendilerinin de kırsal alanda yaşayanlara karşı önyargı taşıdıklarını göstermesi açısından önemlidir. Yine köyde yaşayan bireyler ise, kentte yaşayan bireylerin yoğun nüfus ve karmaşa sebebiyle bireyleri daha az tanıdıkları, daha bireyci bir yaşam sebebiyle kendi işlerine yoğunlaştıkları ve güven problemi nedeniyle böyle bireylere karşı duyarsız olabilecekleri konusunda önyargılı yorumlarda bulunmaktadır.

5.3.1.4. Akıl Hastalığı ve Deliliğin Nedenlerine İlişkin Görüşler

Katılımcıların akıl hastalığı ve deliliğin nedenlerine ilişkin görüşlerini öğrenebilmek için *“Sizce akıl hastalığı genetik mi, yoksa toplumsal nedenler de rol oynar mı? Eğer öyleyse bu nedenler sizce neler olabilir?”* sorusu yöneltilmiştir. Kırsal alanda yaşayan katılımcılar ve kentsel alanda yaşayan katılımcıların çoğu, delilik ya da akıl hastalığının hem genetik hem de toplumsal nedenlerle alakalı olabileceğini belirtmektedir. Toplumsal nedenler olarak, geçim sıkıntısı, işsizlik ve yoksulluk en fazla belirtilen nedenlerdendir.

“Ben ikisinin de olduğunu düşünüyorum ya. Ekonomik sebepler olabilir, bireyin içinde bulunduğu buhran, sıkıntı onları ayrı bir yerde tutarak bu toplumsal kısmını söylüyorum. İşsiz olması olabilir, ailesiyle kurduğu ilişkinin iyi olmaması olabilir. Daha küçük, temel şeyler. Hayatı idame ettirmek için olan temel noktalarda sıkıntı yaşandığı zaman olur. Bunların çoğu da zaten toplumsal nedenlerden oluyo.” (K1, Kadın, Kent)

“Genetik de toplumsal da. Savaş olabilir. Çok büyük bir yıkım, deprem, doğal afet gibi şeyler. Yani normal gündelik hayatın içinde olmayan her hangi bir olay kişinin hastalığını tetikleyebilir. Ekonomik sebepler olabilir. Duyuyoruz hep haberlerde.

Geçim sıkıntısı nedeniyle, ne biliyim işte savaş olabilir, dünyadaki gündem, Türkiye'deki gündem. Sadece haberler izlense üç gün üst üste bunalıma girer insan” (K2, Erkek, Kent)

Ya genetik de olabilir, hani ailesinden, sülalesinden ırsi olarak gelmiş olabilir. Sonradan da olabilir. Toplumsal etkenler de etkilidir kesinlikle. Mesela şu an içinde bulunduğumuz bu covid durumu insanların psikolojisini bozdu. Eğer genetik olarak da böyle şeyleri varsa kişilerin onları tetikleyebilir mesela bu durum. Maddi sorunlar olabilir, işsizlik olabilir. Ailevi problemler olabilir, karı-koca sorunları olabilir. Hepsi olabilir yani. Cinnet geçirenler oluyo böyle, birbirini kesenler oluyo. Böyle sorunlar yüzünden artık kafayı kıranlar oluyo, delirenler oluyo.” (K3, Kadın, Kent)

“Ya oluyo genetik. Annesinde oluyosa, bazen dedesinde oluyosa çıkıyor ortaya. Fakirlik yoksulluk gibi şeylerde bazen kişisine göre hani. Kimi dayanıklı oluyo, zor şeylerin içinden çıkmasını biliyo. Kimi güçlü olamıyor yani daha hassas kırılğan oluyo. Onlar daha çok etkileniyo bu şeylerden.” (K13, Kadın, Köy)

Katılımcılardan K1, K2 ve K3 ve K13'ün ifadeleriyle ilgili olarak literatürde de yapılan çalışmalara bakıldığında, psikolojik bozukların hem genetik hem çevresel nedenlerden dolayı ortaya çıkabileceği kabul görmektedir. Özellikle şizofreni ve bipolar gibi psikopatolojilerde bu hastalıkların genetik kökeni olduğuyla ilgili çalışmalar bulunmaktadır. (Dempster, 2011; Nguyen, 2010; Rosa, 2007 akt. Yarar, 2021, s.277). Bununla birlikte depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi problemlerde ise stres gibi çevresel etkenlerin önemi üzerinde durulmaktadır (Januar, 2015).

Katılımcılardan K6 ve K9, psikolojik bozukluklarla ilgili olarak askeri kurumun ve savaş durumunun bazı kişilerde psikolojik rahatsızlıklara neden olabileceğiyle ilgili ifadelerde bulunmaktadır.

“İkisi de. Toplumsal şeyler daha çok etki eder bence. Bi çocuk doğuruyosun, topluma giriyor, mesela askeriye giriyor. Sıkıntıya gelemiyö çocuk. Aile rahatlığından askeriye sıkıntısına girince ya kendini vuruyo ya aklını kaybediyor. Ya askerlikleri yarım kalıyo, ya yatırıyolar bunları tedavi etmek zorunda kalıyolar.” (K6, Kadın, Kent)

“Genetik de olabilir. Bazen şey oluyor. Ya bunun bütün ailesi, sülalesi kafayı yemiş. Hepsinde bi sıkıntı var. Hani böyle topluca delirmişler kafayı yemişler. O sülaleden gelen bi şey olabilir. Diğer taraftan yaşananlar çok etkiler. Böyle cinnet geçirenler var, parasızlıktan, yaşam zorluğundan. Ne biliyim savaş oluyo mesela. Bizim milletimiz neler çekmiş o savaşlarda. Zor zamanlar. Bunları kaldırabilen oluyo, kaldıramayan oluyo. Bi deprem oluyo 99 depremi bütün yaşamı değişti insanların. Sevdiklerini kaybetti, yuvasını evini kaybetti. Böyle.” (K9, Erkek, Köy)

Yukarıdaki ifadelerle uyumlu olarak yine ordudaki zorlayıcı koşulların ve savaş durumunun bireylerde travma sonrası stres bozukluğu adı altında psikolojik problemler yaratabileceğine dair çalışmalar mevcuttur (Shephard, 2006).

“İrsi de olabilir. Hani sülaleden gelen bi şey. Ama yoksulluk, parasızlık bunlar kesin delirtir. Maddi durumun olmayınca her şey daha bi fazla sıkıntı.” (K11, Kadın, Köy)

Katılımcılardan K12 ise, yine psikolojik bozukluklarının nedeninin hem genetik hem de toplumsal nedenlere bağlı olarak gelişebileceğini ifade etmektedir. Bununla birlikte Korona salgını da örnek vererek, salgının etkilerinin de kişilerin psikolojilerini etkilediğinden bahsetmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar (Rubin vd., 2010: 183-266; Wang vd., 2020: 1729 akt. Aşkın vd., 2020) salgının bireylerin psikolojileri üzerindeki etkilerini göstermektedir. Katılımcı K12'nin ifadeleri aşağıda verilmektedir.

“Tabi onların bi kısmı ırsiden ileri geliyor. O yüzden de oluyo. Toplumsal şeylerden de bozulur. Korona yüzünden mesela bozuldu ya herkesin morali bozuldu. Biz rahattık burda. Köy dışından gelenler olursa acaba diye korktuk.” (K12, Kadın, Köy)

Katılımcılardan K5 toplumsal etkenlerin ve yaşanan yerin önemli olduğunu belirtmektedir. K5'e göre kişinin, köydeki davranışlarını yönetmesiyle ilgili baskıyla karşılaşması, şehirdekilerin ise “başarılı olma zorunluluğu” (Güçlü, 2001) ile ilgili kendini baskı altında hissetmesinin psikolojik problemlere neden olabileceğini ifade etmektedir.

“Genetikten ziyade toplumsal etkenlerin çok büyük rol oynadığını düşünüyorum. Şimdi atıyorum bi kişi köyde büyüdüyse oranın baskısı olacak, şehir tarzı bi yerde büyüdüyse sen bunu yapamadın, başarısızın diye çevreden tepki gelmeye

başlıcak. Hani bu sürekli başarısızım, kötüyüm baskısı bence insanlarda bunalıma neden oluyor.” (K5, Kadın, Kent)

Yukarıdaki K5’in ifadeleriyle birlikte kentte yaşayan katılımcılar, kentte yaşıyor olmanın da başlı başına bir stres kaynağı olduğunu belirtmektedirler. Simmel, “Metropol ve Zihinsel Yaşam” (1903) isimli çalışmasında, metropolde yaşayan insanların bireyselliklerinin psikolojik temelini, sinirsel uyaranlardaki yoğunlaşmayla ilişkilendirmektedir. Simmel, metropol yaşamında iç ve dış uyaranların büyük bir hızla ve sürekli olarak değiştiğini ifade etmektedir. Metropoldeki yaşamın çeşitliliğinin fazla ve temposunun yüksek olması taşra hayatıyla zıtlık oluşturmaktadır. Taşrada, zihinsel imgeler, daha yavaş, düzenli ve alışılmış şekildedir. Simmel’e göre insanlar, kent hayatına uyum sağlayabilmek için daha düşünsel olarak hareket etmekte ve duygusal olarak kendini geri çekmektedir. Katılımcıların da vermiş oldukları cevaplara göre, trafik problemi, genel olarak güvensizlik, kalabalık gibi etkenler kişileri kentlerde strese sokmaktadır.

Kentlerdeki yoğun nüfus ve heterojen yapı, bireylerin çevrelerindeki insanlara güven duymamalarına ve bu sebeple de ontolojik güvenlikleriyle ilgili olarak endişe ve korku duymalarına neden olabilmektedir. Katılımcılardan K1’in de belirttiği üzere, büyük kentlerdeki yoğun göç (Solgun ve Durat, 2007), kalabalık (Kayacan ve Özmen, 2021) ve trafik (Yasak, Batıgün, Esiyok, 2016) gibi nedenler kişinin üzerinde baskı ve stres yaratmakta bu da kişiyi psikolojik olarak zorlamaktadır.

“Öncelikli olarak trafik. Yani o kaos ortamı. O sürekli bi yerden bi yere koşturma, bi yerden bi yere yetişme hali. Kalabalığın bizzat kendisi. Yani artık her geçen zaman daha tekinsiz hissediyorum. Çünkü güvenilir değil artık kent meydanları eskisi kadar. İstanbul hiçbi zaman öyle değildi belki ama artık bu daha hissedilir bir halde. Çok fazla yabancıyla yani tanımlayamadığımız yabancıyla birarada olduğumuz için de. Bu göçle gelen insanlar da var İstanbul özelinde konuştuğum zaman. Bir de çok fazla insan var etrafta ve artık kimsenin ruh sağlığı çok yerinde olmadığı için her an bir yerde başına bi şey gelebilir korkusu yani. Bıçaklanabilirsin, işte cüzdanın çalınabilir, sözlü tacize, fiziksel tacize uğrayabilirsin.” (K1, Kadın, Kent)

“Bi kere kalabalık. Trafik. Ulaşım gerçekten artık çok sıkıntı olmaya başladı. Araban olsa sürekli trafik sıkışıklığı, korna bi yoğunluk, gerilim. Toplu taşıma

kullanmak istesen herkes alt alta üst üste, zamanında geldi mi yer bulabilicem mi, gideceğim yere yetişebilicem mi. Acele etme, yetişmeye çalışma hep bi gerginlik koşturma havası. Hep ses ve gürültü de beni geriyo.” (K3, Kadın, Kent)

“Trafik, ben artık daha evden çıkmadan şimdi işe yetişebilecek miyim, kalabalıkta itiş kakışa giricem diye beni afakanlar basıyo valla.” (K5, Kadın, Kent)

“Kalabalık, her yerdeki kalabalık. Trafik de kalabalık, markete giriyosun kalabalık. Bi işini halldeceksin bi yere gittin yine kalabalık. Bitmeyen bi gürültü var. Bazen dışardan eve gelince beynim çınlıyo valla. Gün içindeki o sesin çınlaması bitmiyo. İnsan bunalıyo artık. Bir gün, iki gün de değil. Her zaman öyle. Biliyosun ki yarın da yine telaşenin içine girceksin. Bitmeyen bi stres.” (K7, Erkek, Kent)

Katılımcılardan K4, kentlerde insanların artık birbirlerine tahammülü kalmadığını ifade etmektedir.

“Trafik, kalabalık, yani artık insanların birbirlerine tahammülü kalmamış. Kimsenin kimseye saygısı kalmamış. Herkes kendi işimi halledeyim. Gideyim, geleyim derdinde. Sürekli bir koşturmaca, sıkıntı” (K4, Erkek, Kent)

5.4. AKIL HASTASI VEYA DELİ OLARAK NİTELENDİRİLEN BİREYLERLE İLİŞKİLER

Akıl hastası veya deli olarak nitelendirilen bireylerle olan ilişkiler temasıyla ilgili olarak, katılımcılarla yapılan derinlemesine mülakatlardan elde edilen verilerde toplumsal hafıza olarak damga, iletişim ve bütünleşme/tampon ilişki alanı olarak aile alt kategorilerine ulaşılmıştır.

5.4.1. Toplumsal Hafıza Olarak Damga

Toplumsal hafıza, grup dinamikleriyle bağlantılı olarak o topluluk ya da grup içerisindeki bilgi, algılayış ve anlayışları ifade etmektedir. Toplumsal hafıza, büyük ya da küçük gruplar tarafından oluşturulur, paylaşılır ve nesilden nesile aktarılabılırler (Halbwachs,1925).

Belli bir coğrafyada yaşayan kişilerin, belli olgularla ilgili deneyimleri ve genel olarak kültürel kodların yansıtıldığı atasözleri, o toplumdaki ya da küçük gruplardaki kişilerin anlayışlarını göstermesi bakımından önem arz etmektedir. Diğer taraftan, bireylerin atasözlerine katılmama durumu, o anlayışların değişmeye başladığıyla ilgili ipucu olabilir. Katılımcılara, delilikle ilgili damga ve dışlama içeren “Ağlama ölü için, ağla deli için.”, “Demir ıslanmaz, deli uslanmaz.”, “Her köyün bir delisi vardır.” “Sözlerinden ne anlıyorsunuz? Sizce bu sözlerde haklılık payı var mıdır?” soruları yöneltilmiştir:

“Ağlama ölü için ağla deli için.” sözüne katılımcıların hepsi, yakınına kaybetmiş birinin yas süreci tamamlandıktan sonra kişinin hayatına aynı şekilde devam edebileceği fakat “deli” bir yakını olduğu zaman hayatı boyunca oluşabilecek problemlerle yüz yüze kalılabileceğini ifade etmiştir.

“Haklılık payı ver bence. Çünkü ölü ölür. Arkasından bi gün ağlanır, ahı vahı sonra geçer gider. Ama delilikle ömür boyu uğraşılır.”(K2, Erkek, Kent)

“Şey mi demeye çalışıyor. Hani ölen ölmüş artık onun için yapacak bi şey yok. Ama deliyle uğraşırsın hep. Ailenden biriye atsan atılmaz, satsan satılmaz napıcan, derdini çekiceksin gibi demeye çalışmış. Ee öyle biriyle uğraşmak, ona bakmak zor. O yüzden daha dertli bi şey. Ölen gidiyor, yasını tutuyosun belki özliuyosun ediyosun. Ama ötekisi her gün o derdi çekiyosun gibi. Katılıyorum yani doğru.”(K4, Erkek, Kent)

“Çok doğru. Yani ölü için ağlama. Ağlarsın tabi sonuçta kaybettin o yakının bi daha göremiceksin. İnsan üzülür, yakıştıramaz. Sonuçta bilirsin yani. Hani çok böyle yatalak olan, artık çok acı çeken insanlar ölünce Allah kurtardı, artık acı çekmiyor en azından diyip insan kendini teskin eder ya. Ölen öldü gitti artık. Elden bi şey gelmez. Onu geri getiremezsin. Hayat devam eder, sen kendi hayatına bakarsın. Deliyle öyle değil. Tabi ona da bi şey diyemezsin. Dipten, temelden gelen bi şeyi vardır. Ama sıkıntı sonuçta, onla uğraşacaksın ne biliyim düzelir mi düzelmez mi, nolacak. Hani hep bi stres. İnsan akıllı doğuyo, sonra ailesinden, kocasından delirip de çıkıyo. Evladından deliriyor gidiyo. Böyle şeyler de oluyo yani, olmaz değil.”(K6, Kadın, Kent)

“Yani, deli insan için hala bi şeyler yapabilirsin. İnsan öyle hisseder yani. Normale döner, sıkıntı çekmez, yolunu bulur diye. Bi umut olur yani. Olur mu olmaz mı bu da o kişinin çevresindekiler için, anası, babası, kardeşi için bi belirsizlik. Çok dengesiz, tutarsız davranışları da varsa onlarla en yakını uğraşıyo. Bi sorun çıkartsa, olay çıkartsa en yakınındakiler etkileniyo. Hani ölen, ölmüş gitmiş. Yıkıyorsun, gömüyorsun. Ağlıyorsun, sonrasında arada aklına geliyo özlüyorsun. Ama hayatına devam ediyorsun. Deliyile uğraşmaktan hayatını yaşayamayabilirsin, düzgün devam edemezsin. Haklılık payı var yani.” (K7, Erkek, Kent)

“Aklını yitirmiş insanlar uğraşması zor. Meşakkatli yani. Ölüyle iki gün uğraşırısın ama deliyile her gün uğraşırısın. O anlamda söylenmiş yani.” (K8, Kadın, Kent)

Katılımcıların “Ağlama ölü için ağla deli için.” atasözüyle ilgili olan ifadelerinde de görüldüğü üzere toplulumuzda delilik bir akıl hastalığı gibi görüldüğünde o kişi, zavallı, acınası halde olma ve aileye bağımlı olma özellikleriyle değerlendirilmektedir. (Çelik, 2016)

“Evet. Haklılık payı var. Ölü ölüp gider. Ama deli hep sıkıntı yani.” (K9, Erkek, Köy)

“Ölen öldü, geçti gitti. Ama deli her gün. Kendi başına. Hem kendine zarar, hem başkasına zarar. Tabi haklılık payı var.” (K10, Kadın, Köy)

“Yok duymadım. Haklı gibi. Yani ölüm kötü. Tanımadığın biri, başkası ölse bile yine de insan ölüyo. Hani bilinmedik bi yer orası. Kayıp. Televizyonda bile görüyoruz ediyoruz. İşte korona yüzünden ölümler yükseliyor falan üzülüyorsunuz. Yazık onca insana diyorsun. En nihayetinde ama giden gidiyor. Ölen ölür kalan sağlar bizindir. Ama sağlam olan da yeterince sağlam mı? İşte deliyse, yatalaksa ya sen ölene ya o ölene kadar uğraşırısın. Derdini çekersin. Ölüye de ağlarsın da böyle akli gitmiş kendinde olmayan insanlarla bi ömür boyu her gün ağlarsın.” (K14, Erkek, Köy)

“Ya ölü hani ya vakti gelmiş ya eceliyle bi şekilde ölmüş. Onun arkasından ağlamaya degecek bi şey kalmamıştır bence. Ama deli için... Ya deli için de çok ağlamaya gerek yok bence aslında. Haklılık payı var mantıklı düşünecek olursan da. Hani çevresindekilere dert olması nedeniyle...” (K16, Erkek, Köy)

Katılımcılardan K11, “deli”yle uğraşmanın zor olacağını, özellikle çocuğunda böyle bir durum olursa ona bakması gerektiğini ve bakan kişi hayatını kaybettiğinde ise bakım kurumuna gönderilmesi gerektiğini belirtmektedir. Yani burada birey önce bireysel olarak yakınına destek sağlayacağını, kendinin sağlayamayacağı koşulda ise kuruma gönderilmesi gerektiğini belirtmektedir.

“Ya deli her zaman başında. Böyle sana zahmet eder. Akli başında değil ki. Ama ölü, unutmazsın, unutamazsın ama gene de ölü geçip gidiyor yani. Hepimiz gideceğük oraya. Gitmicek olan yok. Ölüye yanarsın tabi içinden yanarsın, unutamazsın da öbürü diri oluyo. Öbürü sana eziyet etti mi tabi biraz şey yaparsın. Zahmet ederse sana sen ne yapacaksın? Bırakıp da gidemezsin. Evi yakar, bi şey eder. Bi şey olur. Allah korusun gerçekten. Deliyle uğraşılır mı? Vereceksin deli hastanesine. Başka yolu yok. Ama evladınsa. Evladını da veremezsin. Evladını veremezsin, kesemezsin, atamazsın, napcan. Ona bakacaksın mecbur ama. Sen kocayınca nolacak ama o zaman da. Eğer o yaşar sen ölürsen de o zaman verilir şeye. Hastaneye.” (K11, Kadın, Köy)

Katılımcılardan K3, bu atasözünü deli olarak nitelendirilen kişileri kötü bir durumda gösterdiği için üzücü bulmuş, fakat eğer böyle bir söz söylenmişse haklılık payının da olabileceğini belirtmiştir.

“Ya bu atasözü çok şey geldi bana. Acıklı. Yani deli ölülerden daha acınası bi durumda oluyo gibi. Ya kendimi koydum şimdi burda bi de kendi yakınımı düşündüm. Yakınımdaki bi insan deli olmuş olsa onun öyle yaşaması beni mutlu mu ederdi yoksa Allah korusun işte ölü olması mı? Yani başımıza gelmediği için de böyle burdan söylemek de çok doğru olmuyo ama. Herhalde böyle bi atasözü varsa gerçeklik payı da vardır.” (K3, Kadın, Kent)

Katılımcılardan K1 ise, sözü önyargılı olarak değerlendirmiş ve katılmadığını belirtmiştir.

“Herhalde ölmüş gitmiş bi insan için üzülme, delinin hali daha kötü, hani o hayattayken daha kötü şeyler yaşıyo, otur ona ağla gibi. Deliye karşı tepkili, önyargılı bir atasözü gibi geldi bana. Deliler ağlanacak haldedir gibi. Katılmıyorum.” (K1, Kadın, Kent)

“Demir ıslanmaz, deli uslanmaz.” sözüne ise katılımcıların çoğu, “deli” tanımlamasıyla ve deliliğin nedenlerinin, kalıtsal ya da doğuştan olması anlayışıyla paralel olarak ve akıl hastalığı/delilik ayrımında deliliğin tedavi edilemez algısıyla ilişkili olarak bu söze katıldıklarını ve delilik durumunun değişmeyen, sürekli devam eden bir şey olduğunu belirtmektedirler. Yine Çelik (2016), deliliğin iyileşmemesine olan algının bu sözle ifade edildiğini belirtmektedir.

“Katılıyorum. Yani benim anladığım delilik düzeltilemeyen bir delilik. Beyindeki bi şeyin eksikliğini ben delilik olarak tanımlıyorum ve bunun düzelemeyeceğini düşünüyorum.” (K2, Erkek, Kent)

“Katılıyorum buna da. Hani o öyle geldi öyle gider hesabı. Ne kadar düzeldi desen de bi şey olur o yine eski haline döner. Normal olmaz hep bi tarafı eksik kalır.” (K4, Erkek, Kent)

“Doğru. Çünkü o kişiyi dövsen de, kötü söz de söylesen o bunu yapmaya devam edecek. Çünkü o öyle biri. İstemsizce yapıyo bunu.” (K5, Kadın, Kent)

“Yani, deli uslanmaz. Neden uslanmaz. Hani deli artık gerçeklikle tamamen bağını koparmış birisi olduğu için yani. Belki biraz düzelir ama sonra tekrar yeniden ortaya çıkar aynı hareketler.” (K7, Erkek, Kent)

“Demir ıslanmaz mı? Islanır bence. Ama deli uslanmaz doğrudur. Onun kafası gitmiş artık gelmez bi daha.” (K9, Erkek, Köy)

“Yani deliliğin çok tedavisi yok ya. Ne yaparsan ya, ne kadar zaman geçerse geçsin o değişmez. Doğrudur.” (K14, Erkek, Köy)

Katılımcılardan, kentte yaşayan K6 ve köyde yaşayan K10 ise, “Demir ıslanmaz, deli uslanmaz.” sözünü, “İnsan yedisinde neyse yetmişinde de odur.” sözü arasında bağlantı kurarak cevaplamışlardır. Bu sözde de yine bireylerin davranış ve karakterlerindeki stabiliteye gönderme yapılmakta ve bireylerde değişimin olmayacağına dair inanç ve anlayış vurgulanmaktadır.

“Doğru. Bu şey gibi insan yedisinde neyse yetmişinde de odur. Ona benziyo. O öyle geldiyse öyle gider.” (K6, Kadın, Kent)

“Evet bunda da var haklılık. Ben her zaman şeyi dile getiririm. İnsan yedisinde neyse yetmişinde de o. Hiç değişmez o.” (K10, Kadın, Köy)

Katılımcılardan K8 ise, geçmişte delilikle ilgili çözümlerin kısıtlı olabileceğini o sebeple bu sözün söylenmiş olabileceğini belirterek yapısal olarak yetersizlik durumundan kaynaklı “Deli uslanmaz.” denmiş olabileceğini söylemektedir. “Uslanmak” kelimesinin anlamı TDK¹’ya göre; yadırganan, ayıplanan davranışlardan vazgeçmek, davranışlarına düzen vermek olarak belirtilmektedir. Anlaşılacağı üzere, aslında bir uslanmak bir anlamda toplumla uyum içinde olmak ve aykırı davranışlarda bulunmamak anlamını da içermektedir. Bu sebeple Foucault’un **disipline edici iktidar** ve **normalleştirme teknikleri** üzerinden de değerlendirebilmek mümkündür. Deliler ya da diğer anlamda toplumdan dışlanmış olan anormaller, normalleştirici pratiklerle yeniden toplum içerisine dâhil edilmektedir.

“Geçmişte tıp bu kadar ilerlememişti. Böyle ilaçlar, terapiler çok yoktu. O yüzden söylenmiş olabilir bence bu söz. Aslında uslanabilirdi ama doktora gidememiş, ilaç içememiş. Öyle kalmış.” (K8, Kadın, Kent)²

Katılımcılardan K1 ise, diğer atasözünde olduğu gibi, bu atasözü için de “deli” insanlara karşı olumsuz bir tutum olduğundan dolayı, söze katılmadığını belirtmektedir.

“Bu da bence diğer atasözüne benziyor. Onun gibi deliye karşı bir önyargı var. O deli yani bu saatten sonra ondan fayda gelmez, düzelmez, ondan iyilik beklememeliyiz, uzak durmalıyız gibi bir anlamı var. Katılmıyorum.” (K1, Kadın, Kent)

“Her köyün bir delisi vardır.” sözü, köydeki hayatın bir parçası haline gelmiş, o köyün halkı tarafından benimsenmiş deli olarak nitelendirilen bireylerin, toplumsal hafızadaki konumuna gönderme yapmaktadır. Bununla birlikte modern çağda, kentleşme kültürünün de kendine ait deliler ortaya çıkarmaya başladığı ifade edilmektedir. (Çelik, 2016).

Katılımcılardan K1, K4, K6 ve K7 *“Her köyün bir delisi var mıdır?”* sorusuna karşılık “deliyi” topluluk içerisinde aykırı davranışlarda bulunan kişiler bakımından değerlendirmektedir. Diğer bir deyişle kişinin klinik anlamda konulan psikolojik bir rahatsızlığı olmasa da köy içerisindeki

¹ Türk Dil Kurumu (TDK) <https://sozluk.gov.tr/>

davranışlarına ve diğer insanlarla olan ilişkisine göre deli olarak nitelenen kişiler olabileceği üzerinde durulmaktadır.

“Bu çok sık duyduğum bi şey. Hepimizin aşına olduğu bi şey galiba. Yani şey gibi hani küçücük yerlerde küçücük topluluklarda bi anormal, aykırı birey vardır. Her an karşımıza öyle insanlar çıkabilir.” (K1, Kadın, Kent)

“Yani istatistiksel olarak bu çok mümkün olan bi şey değil. Her köyde bir deli çıkacak diye bi şart olamaz. Ama muhakkak orda köyün genel yapısına ters düşen birinin orda deli diye nitelendirilip yaftalanmış olabileceğini düşünüyorum.”(K2, Erkek, Kent)

Vardır bence de. Çünkü bi yerde yaşıyosan orda illa bi zıt giden, sorun çıkararan, abuk subuk davranan biri olur. Onu engelleyemezsin yani. (K4, Erkek, Kent)

Doğrudur. Vardır. Her köyün delisi mutlaka vardır. Hani köye gitmesen bile 5 kişi toplan, 10 kişi toplan bi yere git. İlla bi tanesi arıza, sorun çıkartır. Ya da garip davranır eder. Tamamen hani delirmemiş olsa da bi çıkıntılık yapan oluyo. (K6, Kadın, Kent)

“Her köyün bi delisi vardır. Yani şöyle bence hani o da her grupta aykırı bi ses çıkar yani. Birisi uygun olmayan bi şey yapar kesin. O ifade edilmeye çalışılmış olabilir bu sözde.” (K7, Erkek, Kent)

Yukarıdaki ifadeler ışığında, delilik tanımının aykırılık üzerinden yapılması ve herhangi klinik bir teşhis olmasa da topluluğun kendi delisini üretme süreci, homojen gruplardaki Durkheimcı anlamda kolektif bilincin güçlü olmasıyla ilişkili olarak aykırılık durumunda informel yaptırımların görünür olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Katılımcılardan K3, köy ortamında çok fazla bulunmadığından dolayı bu sözle ilgili kesin bir şey söyleyemeyeceğini belirtmiştir. Fakat başka bir atasözünü referans vererek böyle bir durumla karşılaşmış olabileceğini ifade etmiştir.

“Yani bilmiyorum ki var mıdır? Yani şöyle bilmiyorum köylerle çok haşır neşir olmadığım için, köy hayatım da olmadığı için sadece duyular üzerine. Mesela bu sözü duyunca bi an var gibi geldi. Ben de bi atasözü söyliyim ateş olmayan yerden

duman çıkmaz. Böyle deniyorsa demek ki çoğunlukla karşılaşmış böyle bi durumla.”(K3, Kadın, Kent)

Köyde yaşayan katılımcılar ise, genel olarak her köyün bir delisi olabileceğini belirtmişler ve kendi köylerinden örnek vermişlerdir. Köydeki katılımcıların ifadeleri aşağıda verilmektedir:

“Kesin vardır. Hoş bizim köyde herkes deli de. Akıllısını bulmak zor. Bizim köyde de vardı bi tane. Trafik kazası geçirdi. Sizlere ömür. Her şey insan için yani. Nereye gidersen git illa bi sıkıntısı olan çıkıyor. Bi derdi oluyo insanların. Garip davrananı oluyo. Sessizi oluyo. Dalıp gideni oluyo. Habire oraya buraya sataşanı oluyo. Oluyo yani.” (K9, Erkek, Köy)

“Her köyde vardır. Bizim köyde de vardı. Öldü. Gerçekten öyle derler yani. Deliydi.” (K10, Kadın, Köy)

“Köyde deli çok valla. Bizim köyde de vardı bi tane işte öldü gitti o da.”(K11, Kadın, Köy)

K12: “Her köyün bi delisi vardır. Doğru. Nereye gitsen çıkar bi tane.” (K12, Kadın, Köy)

“Kesin vardır. Bizim köyde de vardı. Vefat etti. Kurtuldu da bi yandan biliyomusun? Deli olana da zor, bakana da zor, çevredeki insanlara da zor. Azcık saf olan var bi de. O zararsız yani zırdeli değil öyle zarar vermez.” (K13, Kadın, Köy)

“Vardır. Bizim köyde de vardı böyle bi tane. Biraz aksayarak yürüyodu, işte anlamıyo dediğini, kendi kafasında. Kendi aleminde yaşıyo. Bu dünyada değil de başka dünyada. Bi şeyler anlatıyo sen onu anlamıyosun. Manasız konuşmalar. Sen diyosun bi şey o da ya anlamıyo ya ters anlıyo. Böyle bi durum yani.” (K14, Erkek, Köy)

“Aslında vardır ya. En azından bizim köyde vardı. Aslına bakarsan bizim köydeki deli zararsız bi deli. Hani kimsesi yoktu. Kendi başına yaşıyodu. Biz ona yardımcı olmaya çalışıyoduk. Kıyafet vs. veriyolardı. Hatta şöyle söyliyim sana. Mesela yaşanmış bi olay söyliyim. Kışın bu oturuyor, bizim köyden birisi gidiyo buna bi mont veriyo. Teşekkür ediyo, alıyo. Birisi daha mont getiriyo. Yok diyo benim, ban

abi mont yeter diyo. İkinciye almıyor mesela hani. Gariban işte, kendi halinde bi deli. Vefat etti sonra zaten.” (K16, Erkek, Köy)

Atasözlerine verilen cevaplar değerlendirildiğinde, “Ağlama ölü için ağla deli için” sözü için, verilen cevaplarda, deli bir bireyle yaşamının güçlükleri konusunda çoğunluk hemfikir olmakta ve başka birine, aileye bağımlılık durumu üzerinden değerlendirilmektedir. Yani aslında bir anlamda acıma duygularının da ön planda olduğu söylenebilmektedir. “Demir ıslanmaz, deli uslanmaz.” atasözüne verilen cevaplar ise, bireylerin delilik tanımlamalarıyla uyumlu olarak deliliğin tedavi edilemezliği ve sürekliliği üzerinden ifade edilmektedir. “Her köyün bir delisi vardır.” sözüne ise verilen cevaplarda, bu ifadenin klinik bir hastalık ya da delilik durumundan daha çok toplumsal grup içerisinde “sapkın” ve “aykırı” olma durumuna göre değerlendirildiği sonucuna ulaşılmaktadır.

5.4.2. İletişim/Etkileşim Boyutu

Kentte ve köyde yaşayan bireylerin, akıl hastası ya da deli olarak nitelendirilen bireylerle olan ilişkiler temasıyla ilgili olarak, o kişinin yüz yüze iletişim/ etkileşim, topluluk içinde iletişim/ etkileşim ve iletişim/etileşimde tanıdık olma durumu alt kategorilerine ulaşılmıştır.

5.4.2.1. Yüzyüze Bireysel İletişim/Etkileşim

Kentte yaşayan bireyler deli olarak nitelendirilen bireylerle yüz yüze, bireysel olarak kurulan ilişkilerde özellikle saldırganlık ihtimali nedeniyle tedirginlik yaşadıklarını belirtmeler de yine de iletişimden kaçınmayacaklarını belirtmektedirler. Burada Goffman (2018)’in damga kuramı önemlidir. Bireyler akıl hastası ya da deli olarak nitelendirilen bireylerin saldırgan olduğunu ve şiddet eğilimi gösterebileceğiyle ilgili yargıda bulunmaktadırlar ve yüzyüze bireysel iletişim kurarken tedirginlik, korku gibi duygular hissettiklerini belirtmektedirler.

Aşağıda verilen K1, K2, K3, K5, K7 ve K8’in ifadeleri yukarıdaki ifadeyi desteklemektedir:

“Yine ilk başta tedirgin olurum. Ama dışardan öyle çok absürd bi şey yoksa aksine bu konularda ben de biraz şeyim. Sorarım, anlatmak isterse dinlerim. Başından ne geçtiğini, nolduğunu, şu an hangi aşamada olduğunu öğrenmek isterim, merak ederim ne yaşadığını mesela. İletişim kurabileceğim, konuşabileceğim biriyse sorun olmaz.” (K1, Kadın, Kent)

“Yani belirgin bir şekilde bir sıkıntı olduğu anlaşılıyorsa bir tedirginlik yaratıyo tabi. Fiziksel bi şiddet gibi bir şeyin içinde kalmak istemem. Ama çoğunlukla iletişim kurarım.” (K2, Erkek, Kent)

“Gerilirim ben önce. Öyle ama saldırganlık gibi bir durum yoksa tabi ki kurarım.” (K3, Kadın, Kent)

“Tabi başta bi korkarım, korkmasam da tedirgin olurum. Baktım ama sıkıntılı bi şey yok. Hani saldırmıyor, etmiyor, tabi ki iletişim kurarım. Neden kurmayayım” (K5, Kadın, Kent)

“Tanımadığım için hani neyden hoşlanır, neyden hoşlanmaz bilemem o yüzden biraz gerilebilirim. Genelde iletişimde bulunurum ama sanırım.” (K7, Erkek, Kent)

“Ben gerilirim biraz ama bi yandan da üzülüyorum da. Elinde olan bi şey değil çünkü bu durum. Saldırganlık durumu yoksa eğer ben iletişim kurmaktan çok çekinmem sanki” (K8, Kadın, Kent)

Katılımcılardan K4 ve K6, ise yüzyüze bireysel iletişim kurmada bir sıkıntı yaşamayacağını, böyle durumların olabileceğini ve bu kişilerin dışlanmayıp ayıplanmaması gerektiğini belirterek sosyal ilişki alanında damgalama ve dışlama gibi durumların olmaması gerektiğini ifade etmektedir. K4’ün ve K6’nın ifadeleri aşağıda verilmektedir.

“Normal davranırım yani iletişim kurarım. Diğer insanlara nasıl davranıyorsam öyle davranırım. Şakalaşırım hep. Hoşlanmadığı şeyler varsa asla yapmam onları.. Sonuçta o kişi bi şeyler yaşamış, sıkıntıları olmuş... Herkesin başına gelebilir böyle şeyler. Dışlamamak, ayıplamamak lazım. Her şey insanlar için bu hayatta. Onu bilmek lazım yani.” (K4, Erkek, Kent)

“Olur, iletişim kurarım. Onun sorunları var dengesi bozuk diye dışlamam. Tam tersi onu topluma kazandırmak isterim. Belki yapabileceğim bi şey olur, onun benden alacağı bi şey olur. Yardımcı olmak isterim, niye uzak duruyum öyle bi kişiden.” (K6, Kadın, Kent)

Köyde yaşayan katılımcılar ise, köyde deli ya da akıl hastası olarak nitelendirilen kişilerle yüz yüze, ikili ilişki kurmaktan kentte yaşayan katılımcılara göre daha fazla çekinmektedirler. Bununla birlikte, Hosftede’in bireyci kültür ve toplulukçu kültür ayrımı üzerinden de yorum

yapabilmek mümkündür. Kentte bireyci kültür hâkimdir ve “ben” anlayışı ön plandadır. O sebeple bireyler ilişki ve iletişimlerinde bireysel olarak varolmakta ve yüzyüze bireysel iletişim kurmakta sıkıntı yaşamamaktadırlar. Köyde ise toplulukçu kültür hâkim olduğundan dolayı “biz” anlayışı ön plandadır ve bu sebeple de bireyler etkileşim ve iletişimlerini topluluk içerisindeki dinamikler üzerine konumlandırmaktadırlar.

Katılımcılardan K11 ve K13’ün ifadesi aşağıda verilmektedir:

“Hayır hayır kuramam, konuşamam. Uzak dururum. Baktım köyde biri öyle delilik yapıyo, saldırır, eder bi şey yapar. Eğer erkekse ben zaten uzak dururum. Hiç yaklaşmam. Sadece selamün aleyküm, aleyküm selam. Yanından geçer giderim, hiç muhattap olmam. İşime gücüm bakarım. Sonra bi de takılır, kavga çıkarmak için bi şey der da. Takar kafayı bi şeye.” (K11, Kadın, Köy)

“Ben herkesle iyi geçinmeye çalışın, yardım etmeye çalışın bi insanım. Ama zaten burda herkes kendi halinde yaşıyo. Çevre belli, giden gelen belli. Bizim köyde de vardı bi deli ama ben hani bilirim iyi bi insandır. Zararı yok. Yine de gidip de ne konuşayım elin adamı sonuçta.” (K13, Kadın, Köy)

Yukarıdaki ifadeyle ilgili olarak yüzyüze bireysel iletişim kurmada bireyin akıl hastası ya da deli olarak nitelendirilmesinin ve saldırganlık ihtimali olmasını düşünmelerinin yanında köyde yaşayan kadın katılımcıların, kişinin erkek olması durumunda konuşmaktan ya da iletişim kurmaktan daha da çok çekineceği bulguları elde edilmiştir. Yani burada kişinin psikolojik rahatsızlığı olmasındansa toplumsal cinsiyet faktörü öne çıkmaktadır. Kırsal alanda, kadınlar tek başlarına aile üyesi olmayan erkeklerle konuşmak istememekte, bunun nedeni olarak da etrafta dedikodu çıkacağından ve “laf-söz” olacağından bahsetmektedirler.

Aşağıda köydeki katılımcılardan bazılarının ifadeleri verilmektedir. Bu ifadelerde de damga kavramı öne çıkmaktadır:

“Yani şimdi huyu farklı şimdi benim dediğimi anlamaz anlamaz, en son bi anlar gibi olur yanlış anlar. Bu sefer hır güür çıkar. Gerek yok yani.” (K9, Erkek, Köy)

“Bizim köyde var bi tane işte ama çok konuşmam yani. Yanından bi selam verip geçer giderim. Öyle çok hoş beş etmem.” (K10, Kadın, Köy)

“Yani toplulukta bi şey olmaz da. Teke tek de insan çekiniyo. Ne yapar ne eder diye.”(K12, Kadın, Köy)

“Yok kuramam. Yani ters bi şey olur. Ben bana anormal gelenlerle çok ilişki kurmam. Gelmem, gitmem. Bi de saldırır hani öyleleri de var yani, yok değil. Napcan nedensiz geldi kafasına bi şey taktı vurdu. Üstüne yürüdü. Deli gücü diye bi şey de var ya hani. Zaptedemezsin. Sonra da zaten deli nasıl olsa bu diyolar. Olan sana oluyo. Ölsen, bilerek öldürmedi oluyo. Sakat kaldın hadi bi de diyelim. Bütün hayatın gitti. Ona nolcak gitti deliler hastanesine. Farketmez ki onun için ha içerde ha dışarda. Zaten kendi aleminde öyle geziyo. Umrunda değil ki.” (K14, Erkek, Köy)

“Tekte korkarım. Pek yaklaşmam.”(K15, Kadın, Köy)

“Çok zorunda kalmadıkça hani çok içli dışlı olmak istemem. Konuşmak, etmek sürekli istemem.” (K16, Erkek, Köy)

İfadeler değerlendirildiğinde hem köyde yaşayan katılımcılar hem de kentte yaşayan katılımcılar genel olarak bireysel yüzyüze iletişim kurma konusunda deli ya da akıl hastası olan bireyleri saldırganlık ve şiddet ve eğilimleriyle damgalamakta ve bu nedenle de iletişim kurma konusunda tedirginlik, korku ve gerginlik hisleri yaşadıklarından bahsetmektedirler. Goffman, damgalanmış kişilerle herhangi bir etkileşime girildiğinde damgalı bireylerin saldırgan olacağına dair bir anlam atfedilmesinin sözkonusu olduğunu belirtmektedir (Goffman, 2018, s.47). Bununla birlikte saldırgan ve tehlikeli davranışlarda bulunulması damgalanma sürecini kolaylaştırmaktadır. (Doğanarşavgil, 2013 akt. Bekiroğlu, 2021, s.603).

Kentsel alanda yaşayanlar kırsal alanda yaşayanlara göre, saldırganlık durumu olmaması durumunda iletişimde bulunacaklarını ifade ederken, bireysel ilişki kurma kırsal alanda kendi başına çekinilen bir şey olmaktadır. Köydeki kadınların ifadelerinin yanında araştırmanın dezavantajları kısmında belirtildiği üzere, köyde yaşayan erkekler de araştırmacının kadın olmasından dolayı mülakata katılmaktan çekinmişler ve konuşmak istememişlerdir.

5.4.2.2. Topluluk İçinde İletişim/Etkileşim

Katılımcılardan elde edilen bilgiler doğrultusunda, akıl hastası veya deli olarak nitelendirilen bireylerle olan ilişkiler kategorisinde *sosyal grup içerisinde iletişim/etkileşim* alt kategorisine ulaşılmıştır. Katılımcılara, “*Topluluk içerisinde akıl hastası ya da deli olarak nitelendirilen bireylerle sosyal faaliyetlerde bulunur musunuz?*” sorusu yöneltilmiştir. Ulaşılan sosyal faaliyetlerde bulunma ve etkileşime girme durumları açısından hem köy, hem de kentte yaşayan katılımcılar, akıl hastası ya da deli olarak nitelendirilen kişilerle birlikte olabileceklerini ifade etmektedirler.

“Topluluk içinde benim için bi sıkıntı yaratmaz. Hani yakınımса zaten onu tanyorumdur, biliyorumdur nerde ne yapacağını. Ama çevremde de olsa, öyle bi konsere gidicem, yemek yemeye gidicem. Dert değil.” (K1, Kadın, Kent)

“Yok yok, dediğim gibi, kardeşimle birlikte geziyoruz, dolaşıyoruz, her yere gidiyoruz. Başka biri de olsa aynı ortamda bulunmaktan rahatsız olmam kalabalıkta.” (K2, Erkek, Kent)

Katılımcılardan K3 ve K14, akıl hastası ya da deli olarak nitelendirilen biriyle özellikle topluluk içerisinde sosyal faaliyetlerde bulunmaktan çekinmeyeceğini ifade etmektedir. Bunun nedeni olarak da oluşabilecek herhangi bir sıkıntılı durumda, topluluk içerisinde müdahale edilmesinin ve problemin çözülmesinin daha kolay olacağını belirtmektedir.

“Olur olur giderim tabi ki her yere. Topluluk içinde olunacağı için hani bi şey yapsa, bi terslik olsa başa çıkması daha kolay olur. Sakinleştirmek falan” (K3, Kadın, Kent)

“Kalabalık ortamlarda daha rahat olurum tabi. Hani ailesi yanındaysa daha da rahat olurum. Ama ailesi yok yine de köyden birinin düğünündeyiz. Bi şey olmaz baktın agresifleşti bi çok insan var. Biri yardım etmezse öteki yardım eder. Sakinleştirir.” (K14, Erkek, Köy)

Yukarıdaki ifadelerden de anlaşılacağı üzere, grup içerisinde bulunmak, bireylerin kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlamakta ve bu sebeple de damgalanan bireyleri dışlamamaktadırlar.

Katılımcılardan K4 ise, topluluk içerisinde, bu şekilde nitelendirilmiş bireylerle bulunmaktan çekinmediğini, hatta deli ya da akıl hastası olarak nitelendirilen bireylerin toplum içerisine

karışarak ve sosyalleşerek kendini iyi hissedeceğini belirtmektedir. K4'ün ifadesi aşağıda verilmektedir:

“Tabi ki bulunurum. Gerekirse deliyle deli olurum ama onu dışlamam. Kimsenin de dışlamasına izin vermem. Önceden de dedim, herkesin başına gelebilir. Hadi gelmedi doğuştan öyle. Sırf öyle diye ben neden onla dışarda görünmekten, bi yere gitmekten utanayım ki. Tam tersi böyle topluluk içinde geze geze, çarşıya pazara gide gele daha toplar kendini.”(K4, Erkek, Kent)

Bu ifade, bir anlamda toplum temelli ruh sağlığı hizmetleriyle de ilişkilendirilebilir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmeti, kişinin evinde, iş yerinde yani aslında sosyal hayatını devam ettiren kişiye destek sağlanmasını esas almaktadır. (Çiçekoğlu ve Duran, 2018). Yine toplum temelli ruh sağlığı sisteminin olumlu yanlarıyla ve nasıl olması gerektiğiyle ilgili de çalışmalar bulunmaktadır. (Alataş ve Karaoğlan, 2009; Songur ve Kıran, 2017; Kılıç ve Yılmaz, 2018). K4'ün ifadeleri de, bireyin kendi sosyal yaşantısından kopmadan kendini iyi hissedeceğine odaklanmaktadır.

Katılımcılardan, K5, K6 ve K7'de topluluk içerisinde damgalanmış bireylerle vakit geçirmekten ya da sosyal faaliyette bulunmaktan rahatsız olmadıklarını ifade etmişlerdir.

“Öyle dışarı çıksam biriyle acaba bi şey olur mu olmaz mı? Birden bi sorun çıkar mı çıkmaz mı? Ama bunu belli etmemeye çalışırım tabi. Hani aşağılamak, hor görmek gibi durum olamaz. Ahh rezil olduk şimdi gibi bi düşünceye kapılmam. Genel olarak hani yakınım değil mesela diyelim yine aynı şekilde dışlamam, onunla yemek yeniyorsa yemek yerim, sinemaya gidilecekse giderim.” (K5, Kadın, Kent)

“Giderim, her şeyi yaparım tabi. Hani insanlar korkar bağırma başlıcak, bi şey olacak diye. Bağırın, etsin. Ne olacak sanki. Aha çık şimdi dışarı, zaten hep patırtı gürültü, korna bilmem ne. Belli bi derdi sıkıntısı oldu. Tanıyan, tanımayan kim varsa anlayışlı olması lazım.” (K6, Kadın, Kent)

“Tabi ki giderim. İşte o kuzenimi mesela avmye götürürüm, işte sevdiği şeyler varsa oyuncaklar falan oluyo, biraz zorlanıyo ama onlara binmeyi seviyo. Onunla, işte hep beraber ailecek, yemeğe gideriz, düğüne gideriz. Hiç aman o evde kalsın gibi bi düşüncemiz olmaz.”(K7, Erkek, Kent)

Goffman, toplumsal tanımayı açıklarken, bir birey hakkında bilgiye sahip olma durumundan bahsetmektedir. İnsanlar, o kişiyle ilgili bir şeyler bilmenin yanında aynı zamanda onu kişisel olarak da tanımaktadırlar. O kişiyle aynı ortamda bulunulduğunda, tebessüm etme, selamlaşma gibi zorunluluğa sahip olmaktadır. Kişisel olarak tanınmayan biri toplumsal olarak tanınabilmektedir (Goffman, 2018, s106). Köyde yaşayan katılımcılar açısından değerlendirildiğinde ulaşılan bulgulara göre, köydekiler bireysel, teke tek iletişim kurmayı pek tercih etmemelerine rağmen, düğün, cenaze vs. gibi köydeki toplu faaliyetlerde birlikte bulunabileceklerini belirtmektedirler. Diğer bir deyişle, köydeki katılımcılar, deli ya da akıl hastası olarak damgalanmış bir bireyi bireysel iletişim alanından dışlarken, toplu iletişim alanına dâhil etmekte ve grupla bütünleştirmektedir.

Aşağıda köyde yaşayan katılımcılardan bazılarının vermiş oldukları cevaplar aşağıdadır:

“Eee tabi, şimdi bi düğün oldu, cenaze oldu ne bileyim ben bayram oldu seyran oldu. Tabi ki o da gelsin, bulunsun. Ondan rahatsız olmam hiç.” (K9,Erkek, Köy)

“Davetiye dağıtırken geçen o da bi yere oturmaya gitmişti. Komşuya. Bayramlaşmaya gitmişler bak. Hem de onlara deli derler. Yani akıl hastası derler. Ben de dedim ki siz de gelin az size de veriyim davetiye dedim. Düğüne davet ettim onu. Gülümsedi aldı davetiyeyi. Gülümsedi ama. Düğünde, toplu bi yerde bulunmak hiç beni rahatsız etmiyor. Olmam, topluma kazandırmaya çalışırım ben onu. Gerçekten.” (K10, Kadın, Köy)

“Mevlüt okunur, ramazanlarda iftar şeyi olur. Öyle olduğunda hani bütün köy gidiyor ediyor. Öyle olunca giderim. O zaman gidilir. Nolcak?” (K11, Kadın, Köy)

“Toplulukta kalabalıkta rahatsız etmez öyle insanlar. Düğünde, cenazede, burda yayla şenlikleri oluyodu koronadan önce. Köyler hep birlikte birleşip halayımızı çekeriz, yemeğimizi yeriz.” (K12, Kadın, Köy)

“Kalabalıkta, düğünde aynı ortamda bulunurum. Tekte korkarım. Kalabalıkta bi şey olmaz. Onlar ne görürse ben de onu görürüm.” (K15, Kadın, Köy)

İfadeler değerlendirildiğinde, Durkheim’ın mekanik dayanışmalı toplum ve Weber’in geleneksel toplum kavramları önemli olmaktadır. Mekanik dayanışmalı toplumda, kolektif bilincin güçlü olması ve bireylerin güçlü bağlarla birlikte olması sebebiyle ritüeller de önemlidir. Yine Weber’in geleneksel toplum olarak nitelendirdiği toplumlarda da geleneksel

bilgi başat konumdadır Yukarıdaki ifadelerden de anlaşılacağı üzere, köydeki toplumsal faaliyetler olarak değerlendirilebilecek, düğün, cenaze, mevlüt gibi ritüeller kendi başına önemli ve değerli olduğundan ve Moscovici anlamda sosyal temsilleri de güçlü olduğundan dolayı kişiler tarafından katılınması ve gerçekleştirilmesi elzem olarak değerlendirilmektedir. Burada grup bilinci ön plana çıktığından ve deli ya da akıl hastası olarak nitelendirilen bireyler de o topluluğun bir parçası olmaları sebebiyle, bütünleşme sağlanmakta ve bu bireyler dışlanmamaktadırlar.

5.4.2.3. İletişim/Etkileşimde Tanıdık Olma Durumu

Akıl hastası ya da deli olarak nitelendirilen bireylerle ilişkiler temasında ulaşılan bir diğer kategori ise bu şekilde nitelendirilen bireylerin **tanıdık olma durumu**dur. Bireylerin yakınları ya da belli bir iletişim/etkileşim içinde buldukları bireylerin birtakım psikolojik problemlere sahip olması durumunun bu bireylerin arasındaki iletişimi/etkileşimi ne yönde etkilediği öğrenilmek için bireylere “İletişim kurabildiğiniz bir kişinin akıl hastası olma durumu sizin ilişkinizi etkiler mi? ve Sizce bir insanı yakından tanımak onun psikolojik problemlerini çözme konusunda bir avantaj sağlar mı?” soruları sorulmuştur. Hem kentte hem de köyde yaşayan katılımcılar, akıl hastası ya da deli olarak nitelendirilen bireyler eğer yakın iletişimde buldukları kişilerse onlarla olan ilişkilerini değiştirmeyeceklerini, sosyal destek sağlayacaklarını ve problemlerini çözmeye yardımcı edebileceklerini ifade etmektedirler. Yani birincil ilişkilerin varlığı akıl hastalığı ve delilik konusundaki damgayı ve dışlamayı azaltmaktadır.

“Kardeşimin böyle problemleri var. Ama sonuçta kardeşim olduğu için onu yalnız bırakmak olmaz. Biz onla futbol maçına gittik, restoranta gittik, davetlere gittik. Tamam sonuçta akıl hastası ama öyle diye toplumdaki dışlanıp yok sayılmasını gerektirecek bir durum değil. Toplumun bir parçası onlar da ve yaşıyorlar. Her türlü aktivitede de bulunabilirler. Bu normal bir birey kadar yoğun olmasa da oluyor.”
(K2, Erkek, Kent)

Katılımcılardan K3, tanıdıklarının bir hastalık sonucu problem yaşadığını, kendisinin de bu konuda kişiye destek sağladığını ve iletişimini değiştirmedeğini belirtmektedir. Bununla birlikte

yaşanan bu rahatsızlığın nedeninin geleneksel bir inanış olan “nazara” bağlanması da toplumda hala devam eden inanışları da göstermesi açısından önemli olmaktadır.

“Tabi ki iletişimim aynı kalır. Bi tanıdığımız vardı mesela çocukken ateşli bi hastalık geçirmiş, havale olmuş. Hatta ailesi falan da nazar değdi demişti. Baya böyle hastaneye gittiler geldiler, o süreçlerini de bildiğim için komşumuzdu çünkü. Üzülmiştük baya. Tabi sonra seneler geçti o aile o durumu kabullendiler. Hiç tedavi de olmadılar. Çok denediler ama iyileşmedi. Ben gidiyodum onlara çocukla da ilgileniyodum, oynuyordum. Her zaman da yaparım hiç problem değil” (K3, Kadın, Kent)

Katılımcılardan, K4 ise yine bir akrabasının problemlerinden bahsetmekte ve bu durumun ailesel etkisine atıfta bulunmaktadır. Yaşayış biçimlerinin bireylerin ilişkisel ve mental anlamda problem yaşamaya yatkın hale getirdiğini belirtmekte, kendisinin de önceden iletişimsel anlamda sıkıntılar yaşadığını, bununla birlikte ekonomik anlamda sıkıntı yaşamamanın ve gecekondulu bölgesinde yaşamamanın da kişinin özgüveniyle alakalı problemler yaşamamasına neden olabileceğini ifade etmektedir. K4, yine akrabasına yardımcı olacağını ve onlarla olan ilişkisini değiştirmeyeceğini söylemektedir. K4’ün ifadeleri aşağıda verilmektedir:

“Mesela dayım ve oğlu. İyi niyetli insanlara da şey diyorlar ya. Böyle saf gibi özürlü gibi bi şey diyorlar. Öyleler, topluma fazla adapte olmamışlar. İşte dayım her şeyden korkuyo, hastaneye bile gitmiyor. Kendi içinde gazete bulmaca çözüyo. Dışarı hiç çıkmıyor. Oğlu da öyle yetişmiş. Kızı da keza öyle. Hep evdeler. 18 yaşında kızı ama hiç evden çıkmamış daha. Zayıf, kuru öyle oturuyor sadece. Böyle bi hayata, deliliğe kızı itmişler gibi. Kimseyle konuşmazsan nolursun, sessiz kalırsın. Onla da konuştuğunda anlamıyo mesela. Ne kastettiğini ne söylemek istediğini anlamıyo. Resmen kızı o hale getirmişler, biz böyleyiz sen de deli ol demişler. Oğlu biraz dışarı çıkıp da çalışmaya başlayınca biraz toparladı. Daha iyi oldu. İşte çevre, aile faktörü burda önemli oluyor galiba. Ben de biraz çekingendim. Biriyle göz göze gelsem utanırdım, sıkılırdım. Askere gidip geldikten sonra toparladım. O da neden oluyordu işte gecekonduda büyüyüp, fakir bir aileden gelip karşındakinin ufak bi düzgün konuştuğunu gördüğün zaman panikliyorsun. Ama üstüne gittikçe açılıyorsun. İnsanlarla ilişkilerin düzeliyor. Ben de dayımlarla görüşüyorum. Mesela gidiyorum bi çay içiyorum. Oturuyorum. Yakının olduğu için

rahatsız olmuyorsun tabi. Bi üzüntü oluyo ama. Keşke elimden gelse de bir şey yapabilsem” (K4, Erkek, Kent)

Bu ifadeler ayrıca, psikolojik problemlerin hem genetik hem ailesel etkilerine, hem de toplumsal koşulların (ekonomik sıkıntılar, gecekondü bölgesinde yaşıyor olmak) etkilerine de değinmektedir.

Yine katılımcılardan K5, K6, K7 ve K8 böyle bireylerle olan ilişkilerini devam ettireceklerini ve bu kişilere sosyal destek sağlayıp, yardım edeceklerini ifade etmektedirler.

“Mesela bi akrabamız vardı onu düşünüyorum. Onunla daha önce hiç öyle hiç dışarı falan çıkmadık. Ama bunu zaman gösterir yani öyle bi yere gitme, bi şeylere katılma durumu olursa olabilir yani sorun etmem bu durumu. Benim mesela bi arkadaşım vardı. Onun abisinde psikolojik bi sıkıntısı vardı. Bi gün karşılaştık. Hal hatır sordum sonra dedim ki isterseniz hani bi kafeye gidelim. Gittik oturduk, ben onla ilgilendim, konuştum. Tanıdığım sevdiğim insanların her zaman yanında olmaya çalışırım.” (K5, Kadın, Kent)

“Tabi tabi kurdum, paylaşımlarım oldu. Elimden geldiğince oturup sohbet etmeyi, yardım edeceğim bi şey oldu mu ederim. Tanıdığım, sevdiğim insanlara özellikler destek olurum. Giderim, gelirim. Onun sorunları var dengesi bozuk diye dışlamam. Tam tersi onu topluma kazandırmak isterim. Belki yapabileceğim bi şey olur, onun benden alacağı bi şey olur. Yardımcı olmak isterim, niye uzak duriyim öyle bi kişiden. Burda diğer kişilerin desteği çok önemli. Yani, aile olur, arkadaş olur, başka biri olur. O kişiyi desteklemek gerekiyor toparlaması için. Tabi şimdi onunla ilgilenen o kişiyle birlikte olan kişiyi de düşünmek lazım. O da bi yandan üzülüyor, bi yandan hep destek sağlayacak olan o. Ee ona kim destek sağlayacak. O yüzden ona da destek çıkıcak işte kimi zaman biri ilgilenecek kimi zaman kafasını dağıtacak bi zamanı olacaK. Öyle öyle. Biz de işte ben ve kardeşlerim bu şekilde hem birbirimizin yanında hem de o akrabamızın yanında ola ola, onunla konuşa konuşa, destekleye ede topladık. Destek olmadan, emek vermeden hiçbi şey olmadan.” (K6, Kadın, Kent)

“Hani gelişimsel problemlere sahip kişiler de böyle deli ya da anormal gibi görülüyor ya. Böyle gelişimini geç tamamlayan kuzenimin kızı var mesela. Elimden

bi şey gelse hani her şeyi yaparım onun için. Onun hayatına yardımcı olurum yani. Kendimi onun yerine koymaya çalıştım. Empati yapmaya çalıştım. İletişim kurarken herhangi bi sorun yaşamıyorum ama bi burukluk oluyor. Ama onla vakit geçirdiğimde bi yandan da çok mutlu oluyorum... Diğer türlü hani o kişi dostum, arkadaşım. Böyle bi şey sonradan ortaya çıkabilir. Aynısı benim başıma da gelebilirdi. Olabildiğince yanında olmaya çalışırım. (K7, Erkek, Kent)

“Ben elimden geldiğince destek olmaya çalışırım. Sonuçta o benim yakınım. Öyle bir durumda diye dışlayıp, görüşmemelik yapmam.” (K8, Kadın, Kent)

Köyde yaşayan katılımcılardan K10, K11, K12, K13 ve K15’ de ilişkilerini değiştirmeyeceklerini ve her türlü desteği sağlayacaklarını belirtmektedirler. Burada özellikle kadın katılımcıların sosyal destek konusunda ve bireylerle ilişkilerini devam ettirme konusunda daha istekli oldukları görülmektedir.

“Hiç değişmez ilişkim. Yanında olmaya çalışırım her türlü. Hiç değiştirmem. Ben onu hep böyle eskiye götürmeye çalışırım.” (K10, Kadın, Köy)

“Hayır olmaz. O benim arkadaşım arkadaşımıdır. Ona destek olurum, yanında olurum. Tabi elimden geleni yaparım. O iyiyken iyiydi de kötüyken onu yalnız bırakmam. Hayır olmaz öyle şey. Tabi gitme, etme, yapma diye ona söylerim. Destek olurum. Anlatırım. Rahatlatmaya çalışırım. Hele çocuğunsa, atsan atılmaz, satsın satılmaz. Bakıcaksın.” (K11, Kadın, Köy)

“Bildiğim, sevdiğim bi insanın başına böyle dertler gelmiş olsa ona hep destek olmaya çalışırım. Toparlanması için, düzelmesi için elimizden gelen her şeyi yaparım yani.” (K12, Kadın, Köy)

“Yakınım birine böyle bi şey olursa ilişkiyi değiştirmem. Ona yardımcı olurum. Her şey iyiyken hoşken güzeldi de işler tersine dönünce, sıkıntılı bir zamanda yalnız bırakmak olmaz.” (K13, Kadın, Köy)

“Her şey insan için. Elinde olan bi şey değil ki bu. Allahtan geldi. Ama senin kanın, canın, eşin, dostunsa tabi ki görevi gibi de bi yerde bu. Anladın mı? Ona sahip çıkmak, ortada bırakmamak lazım gelir?” (K15, Kadın, Köy)

Kentte yaşayan katılımcılardan K1 ve köyde yaşayan katılımcılardan K9, K14 ve K16 tanıdığı kişiye destek verip ve yardımcı olabileceğini, fakat karşısındaki kişinin de tedaviye istekli olması gerektiğini belirtmekte ve ilerleyen süreçte çözüme ulaşılamayan durumlarla karşılaştığında, iletişimini azaltacağını belirtmektedir.

“Olabilir. Tabi önce mücadele edebiliriz birlikte. Neler yapılıbiliyo diye. Ama kişi tedavi olmayı reddediyorsa ya da bunun farkına varıp bunla ilgili mücadele etmek istemiyorsa bi yerden sonra benim de direncim kırılır. Gücüm kalmaz bunla mücadele etmeye. Sonuçta bir hayatımız var ve bir kere yaşıyoruz. Bi yerden sonra minimuma indiririm ilişkimi.” (K1, Kadın, Kent)

Benzer ifadeleri, köyde yaşayan katılımcılardan K9, K14 ve K16 belirtmektedir.

“Olmaz dicem ama insanın da başına gelmeden bilmesi zor. Ne söylesem havada asılı kalır. Ben olabildiğince elimden ne geliyorsa düzelmesi için her şeyi yaparım. Ama zor bi durum. Onu yaşayan bilir. İllahlah da edebilirsin. Uğraşıyorum ediyorum. Yine aynı tas aynı hamam diye. Yine de tabi eşin, dostun, akrabaları. Onu desteklemek, elinden tutmak gerekiyor.” (K9, Erkek, Köy)

“İlişimde çok bi değişikliğe neden olmaz. Ama tedavi de olması gerekiyor. Hani o konuda yardımcı olurum ben ona.” (K14, Erkek, Köy)

“Yardım etmek isterim. Onla iletişime devam ederim. Ne kadar olduğuna da bağlı tabi biraz. Hani başedemeyecek duruma gelirse ve elimden bi şey gelmezse. O zaman yapcak bi şey de olmaz.” (K16, Erkek, Köy)

Burada yine, akıl hastalığı ve delilik olgusunun tedavi edilmesine vurgu yapılmaktadır. Verilen destek yetersiz kaldığında ve bireyin devam ettirdiği iletişim ve ilişki yeterli olmadığında bireyler yapacak bir şeyleri kalmayacağını söylemektedirler. Burada Foucault (2014)'un normalleşme kavramı önemli olmaktadır. Bireyler iletişimlerini sürdürürken, belli bir düzeyde iletişimi devam ettirebilecek düzeyde olması beklenmektedir.

5.4.3. Akıl Hastalığına Sahip Bireylerle Olan İletişimde Hastalığın Derecelendirilmesi ve “İletişim Eşiği”

Katılımcıların, deli ya da akıl hastası olarak nitelendirilen bireylerle ilişki ve iletişim kurabilmeleriyle ilgili sorular yöneltildiğinde, katılımcıların kişilerin sahip olmuş olduğu psikolojik rahatsızlıklarla ilgili bir derecelendirmeye yöneldiği bulgularına ulaşılmıştır. Katılımcılar, çok uç noktalarda hareketleri olmayan -özellikle saldırganlık en çekinilen durumdur- görece daha uyumlu, “en azından derdini anlatabilecek kadar” sözlü ya da işaretsel iletişim kurabilecek kişilere karşı daha olumlu yaklaşım içerisindedirler ve bu şartlarda daha olumlu tavırlarda bulunarak, dışlama/ötekileştirme yerine bireysel veya grup düzeyinde daha bütünleştirici bir durum ortaya çıkmaktadır. Bulgular hem kentsel alanda yaşayan hem de kırsal alanada yaşayan katılımcılar için ortaktır.

“Bence derecesi önemli hastalığının. Sakinse ve belli düzeyde anlaşabilecekssem tolere edebilirim.” (K1, Kadın, Kent)

“Onunla iletişim kurabilir miyim kuramaz mıyım o anda o kişinin bana yaklaşımıyla ilgili bir durum. Eğer iletişim kurabiliyorsa, en azından derdini anlatabilecek bi durumdaysa tabi ki konuşurum, ederim. Hani o kadar hasta değildir. Ama hiç konuşmuyor saldırganlık durumu var, hırçınlık durumu var o zaman onlarla iletişim kurmaktan kaçınırım.” (K3, Kadın, Kent)

“İletişim kurmada herhangi bi sıkıntı yaratmadı. Herhangi başka bi yere gitsem de onda da bi sıkıntı yaratmazdı. Ama şimdi bu böyle birisi. Daha saldırgan biri olsa onu nasıl zaptediceim, nasıl başedicem?” (K5, Kadın, Kent)

“İletişim kurabiliyorsa kurarım da... Dediğini anlamıyosam, o beni anlamıyosa nasıl iletişim kurayım. Şey en azından derdini anlatacak kadar dili olsa. Olmadı elle kolla anlatsa. Yine bi nebze.” (K9, Erkek, Köy)

“Hani en azından derdini anlatabilecek kadar konuşabilsin da. Yoksa ha duvarla konuşmuşsun ha onla. Sen anlat, sen dinle.” (K16, Erkek, Köy)

Bu klinik olarak çok ağır tanı konmuş olan bireylerin toplumsal kabullenmesinin açıklanmasında da önem taşıyabilir. Yani katılımcıların psikolojik rahatsızlıkları derecelendirmesi aslında kişilerin iletişimsel anlamda nerede bulduklarıyla ilgili bir derecelendirme olarak yorumlanabilir. Toplumsal bütünleşme kısmında bahsedildiği üzere, çok

ağır klinik vaka olmalarına rağmen (Ted Bundy, John Nash, Paul Schereber...) kendilerini ifade edebilecekleri bir alana sahip olmaları ve iletişim/etkileşimde problem yaşamayarak uyum gösteriyor olmaları (tabi ki sosyal desteğe sahip olmalarının da önemi göz ardı edilmemelidir) bu kişilerin toplumsal kabulünü sağlayabilmektedir. Diğer bir ifadeyle bu bulgular ışığında “iletişim eşiği” kavramından bahsedilebilir. Bu kavram deli ya da akıl hastası olarak nitelendirilen kişilerin kendilerini ifade edebilme düzeyine gönderme yapmaktadır. Katılımcıların mülakatlarda vermiş olduğu yanıtlardan yola çıkarak; bahsedilen **iletişim eşiği = derdini anlatabilecek kadar iletişim kurabilme** olarak düşünülebilir.

Bu bulguların yanında, katılımcılara kişilerin iletişim ve uyum problemleri yaşamaları durumunda ilaç tedavisi alıp almamalarıyla ilgili görüşleri sorulduğunda, hem kırsal hem de kentsel alanda yaşayan katılımcıların çoğu, bu durumda olan kişilerin ilaç tedavisi almaları gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların ifadeleri aşağıda verilmektedir:

“İlaç kullanmalılar evet. Çünkü iletişim kuramıyor. Hee kendi derse ki ben insan içine çıkmam kendi bilecekleri iş. Ama insan yani bu. Yalnızlık Allah’a mahsus. Ne kadar öyle yaşayabilir.” (K6, Kadın, Kent)

“Kesinlikle tedavi olmalılar. Sonuçta sadece kendisi için değil, çevreye de etkisi oluyo bu durumun. Uyumsuz olan insanların hem kendileri kendisini kötü hisseder hem de diğer insanlar onu dışlar böyle olunca. Sürekli uyumsuzsa biri, hır gür hep. İki yönlü de sıkıntı olur.” (K8, Kadın, Kent)

“Kendini geri çekiyosa biri, anlatamıyosa ilaç kullansın, rahatlasın. Daha uyumlu olur. İnsan içine girer. Daha uyumlu yaşar.” (K9, Erkek, Köy)

“Elbette kullanılmalı. İnsan içinde yaşıyosun, öyle bi problem yaşıyosan hayatta her şeyle ilgili problem yaşamaya başlarsın.” (K16, Erkek, Köy)

Yukarıdaki ifadeler değerlendirildiğinde kişilerin anormallik anlayışlarıyla da paralel şekilde, iletişim ve topluma uyum problemi klinik anlamda düzeltilmesi gereken bir şey olarak görülmektedir. Yine burada Foucault (2014)’un normalleştirme pratikleri ve disipline edici iktidar kavramları önemli olmaktadır. İletişimsel problemler bireyler tarafından anormal olarak nitelendirilmekte ve bu sebeple de bu anormallik yeniden normallığe dönüştürülerek iletişimsel problemler giderilmeli ve bu kişiler topluma yeniden uyum sağlamalıdır

Katılımcılardan, sadece kentsel alanda yaşayan K5, iletişim problemleri yaşayan bir kişinin ilaçla tedavi edilmemesi gerektiğini belirtmiştir. Bunun nedenini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

“İletişim bozukluğu yaşayan bi insanı ilaçla tedavi edemezsin. Keza ilaçla tedavide kullanılan bütün antidepresanların yan etkisi oluyo. Bu kişiler gün boyu bu ilacın diğer etkileri altında kaldıkları zaman bu sefer de başka yerden bozukluklar, sıkıntılar ortaya çıkıyo.” (K5, Kadın, Kent)

5.4.4. İkinci Dereceden Damgalama Yerine Bütünleşme İçin Güvenli Bir Tampon İlişki Alanı: Deli veya Akıl Hastası Olarak Nitelendirilen Bireylerin “Ailesi”

Akıl hastası veya deli olarak nitelendirilen bireylerin toplum içerisinde damgalanmasının yanında, böyle kişilerin yakınları da damgadan etkilenebilmektedirler. Goffman’a göre üç farklı damga tipi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi kişinin bedensel deformasyonları, ikincisi karakter bozuklukları olarak nitelenen (ruh bozukluğu, hapis yatmak, eşcinsellik, işsizlik...) damgalar ve üçüncüsü ırk, ulus, din gibi etnolojik damgalardır. (Goffman, 2018, s.31). Damgalı bireylerin sosyal alanda karşı karşıya kalmış olduğu problemler, damgalı bireylerin insiyatifini almış olan diğer kişi tarafından da deneyimlenebilmektedir. Diğer bir deyişle, damgalı kişi damgayı ikinci derecede, yakınına bulaştırmaktadır. (Goffman, 2018, s.61).

Fakat bu araştırmanın bulgularına göre, akıl hastası veya deli olarak nitelendirilen bireylerin damgalanarak diğer bireyler tarafından iletişim ve etkileşim alanından dışlanabilme tehlikesi söz konusu olduğunda, bu kişilerin yakınındaki kişilerin damgalanmadan etkilenmesinden ziyade, hem kentsel alanda hem de kırsal alanda yaşayan katılımcıların akıl hastası ya da deli olarak nitelenen kişilerin ailesinde olması durumunda bu kişilerle iletişim ve etkileşim kurmada daha rahat oldukları sonucuna ulaşılmaktadır. Katılımcıların çoğu, etkileşim alanı içerisinde böyle bir kişinin ailesinden birinin olmasının, muhtemel oluşabilecek herhangi bir olumsuz durumda kişinin damgalanmış bireyi yakından tanıdığı, tavır ve hareketlerini çok daha doğru okuyabildiği ve çözüme ulaşmada daha etkili olacağı anlayışıyla, damgalı bireyle daha yakın iletişim kurabileceklerini ifade etmektedirler.

” Ailesi varsa ortamda o kişiyi tanıdığı için daha rahat oluyorsun. Ama yanında kimse yoksa tabi daha gergin hissedersin.” (K2, Erkek, Kent)

“Yanında ailesi de varsa zaten daha rahat olurum. Ailesi yoksa biraz gerilebilirim ama dediğim gibi çok uç hareketleri yoksa benim için sıkıntı da olmaz” (K3, Kadın, Kent)

“Yanında anası, babası, kardeşi olsa daha iyi olur. Taniyo, biliyo. Benters bi şey yaptım diyelim aman yapma derler, o ters bi şey yapsa sakinleştirirler.” (K4, Erkek, Kent)

“Ama şimdi bu böyle birisi. Daha saldırgan biri olsa onu nasıl zaptedecem, nasıl başedicem bilmiyorum. Ailesi yanında da olursa ama sonuçta onu bilen, tanıyan ne biliyim nasıl sakinleştireceğini bilen birileridir. O zaman daha rahat olurum” (K5, Kadın, Kent)

“Ailesi yanında olursa, iki kat daha ferah olur içim. Ben onu yanlış anlasam onun dilinden anlayan biri düzeltir. O ters bi şey anlasa ailesi düzeltir. Sinirlendi bi şey oldu ne iyi gelir, nasıl sakinleşir ailesi bilir illa.” (K6, Kadın, Kent)

“Bulunurum. Zaten eğer ailesi varda kesinlikle daha rahat olurum. Onu tanıyan bilen birileri olduğu için hani. Her yere giderim.” (K8, Kadın, Kent)

“Kalabalık ortamlarda daha rahat olurum tabi. Hani ailesi yanındaysa daha da rahat olurum.” (K14, Erkek, Köy)

İfadelerinden de anlaşılacağı üzere, katılımcılar, damgalanmış bireylerle iletişim/etkileşim kurma ve sosyal faaliyetlerde bulunma durumunda, damgalanmış bireylerin ailelerinin varlığını daha güvenli bir etkileşim alanı oluşturmada önemli görmektedir.

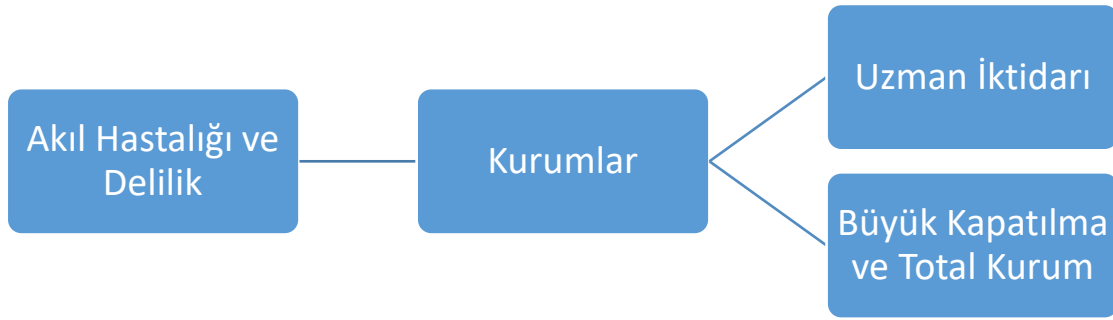
Ayrıca katılımcılar, akıl hastası ya da deli olarak nitelendirildiğini bildikleri kişilerin yakınıyla ya da aileleriyle toplumsal etkinliklerde (kentte; sinema, konser, davet vs.), köyde; düğün, cenaze vs.) bulunma konusunda hiçbir çekince yaşamamaktadırlar.

“Benim için hiç dert değil. Yakınım da olsa çok tanımadığım biri de olsa hani problemlili birinin sorumluluğunu almış. Onu dışlamak olmaz. Tam tersine onla vakit geçiririm, morali düzelir, biraz başka şeylerden konuşur. Eğlenir, dediğim gibi morali düzelir. Yalnız bırakmamak lazım” (K7, Erkek, Kent)

“Hiçbir şey demem. Başımızın üstünde yeri var. Allah’tan gelmiş bi dert başına. Destek olmak, sahip çıkmak lazım. Evde akıl hastası var, onla uğraşıyo diye ben gelmesin, gitmesin demem. Onla da her yere giderim. Bana da gelsin, gitsin.”(K14,Erkek, Köy)

5.5. AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK: KURUMLAR

Kentsel ve kırsal alanlardan akıl hastalığı ve delilik konusuyla ilgili toplanan verilerden elde edilen son tema, Akıl hastalığı ve Delilik: Kurumlar temasıdır. Bu temayla ilgili olarak Foucault’un kavramları olan uzman iktidarı ve büyük kapatılma alt kategorilerine ulaşılmıştır.



Şekil 3. Akıl hastalığı ve Delilik: Kurumlar

5.5.1.Uzmanlaşmanın En Görünür Mekânı Kentlerde Uzman İktidarını Kaybediyor Olabilir mi?

Foucault’nun bilgi ve iktidar arasındaki kurmuş olduğu ilişkiye göre, özellikle profesyonelleşme ve uzmanlaşmanın insanları sınıflandırma pratikleri vasıtasıyla düalist mantığa göre özneleştirilmektedir. Bilgiye sahip olmak beraberinde iktidarı da getirmektedir. Bununla paralel olarak uzmanlar, bireyler için en doğru olan şeyi bilmekte ve uygulamaktadır anlayışı bulunmaktadır. Bunu günümüzde nasıl beslenmemiz, nasıl hareket etmemiz, hastalandığımızda nasıl iyileşmemiz gerektiği gibi bireylerin hayatlarındaki hemen her alana sirayet etmiş bir uzman söylemiyle karşılaşmaktayız. (Turner ve Elliot, 2017, s.179).

Akıl hastalığına sahip olan bireylerin de nasıl iyileşmesi gerektiği, tedavi pratikleri tıbbileştirilmiş olarak psikiyatri biliminin yöntemleriyle belirlenmektedir.

Katılımcılara, psikolojik problemler üzerinden sağlık kurumu ve uzmanlarla ilişkileri öğrenilmek istendiğinden, “*Hiç psikiyatrik destek aldınız mı? Hiç psikiyatrik ilaç ya da sakinleştirici kullandınız mı? “Tedavi ya da ilaç kullanımını uzman kontrolünde mi sonlandırdınız?”* soruları yönlendirilmiştir.

Araştırmanın bulguları, kentte yaşayan katılımcıların kendi kendilerine psikiyatrik ilaç kullanma ve bırakma davranışı gösterdiklerini ortaya çıkarmaktadır. Köyde yaşayan katılımcılardan psikiyatrik ilaç tedavisi gören katılımcıların uzman kontrolü dışına çıkmadan tedavi aldığı, psikiyatriste gitmemiş ve ilaç tedavisi almamış olan köyde yaşayan diğer katılımcıların ise sakinleştirici ya da psikiyatrik ilaç kullanımında kesinlikle doktora danışılması gerektiğini söyledikleri dikkat çekmektedir. Kırsal alanda hala uzmana güven yüksektir ve hala uzman iktidarını korumaktadır. Fakat kentte yaşayan katılımcıların vermiş olduğu cevaplar, kentte uzman iktidarını kaybediyor mu sorusunu akla getirmektedir.

Kentte yaşayan katılımcılardan K7 hariç diğer kentte yaşayan katılımcıların hepsi hayatlarının bir döneminde sakinleştirici ya da antidepresan ilaç kullandıklarını ifade etmektedirler. Katılımcılardan bazıları, herhangi bir uzman gözetimi olmadan ilaç kullanmakta ya da önce uzman gözetiminde ilaca başlayıp kendi kendilerine ilaç kullanımını bıraktıklarını belirtmektedirler.

Katılımcılardan, K1, K3, K4 ve K5 kendilerini kötü hissettiklerinde sakinleştirici kullandıklarını belirtmektedirler. Katılımcıların dördü de sakinleştiriciyi bir uzman denetiminde değil, kendi kendilerine alıp kullanmışlardır.

“Zor bi dönem geçiriyodum hem ailevi, hem ekonomik hem ilişkisel olarak kötü bi dönemdi. 1-1,5 ay düzenli olarak sakinleştirici kullandım. Uyuyamıyordum çünkü. Hala mesela çok kötü bi gün geçiriyosam hatta ekstrem kötü bi gün geçiriyosam kullanıyorum yani. Çok yakın bi zamanda da kullandım mesela. Fakat yine de abartmamak gerekiyo.” (K1, Kadın, Kent)

“Bi kaç kere kullandım. Ama sürekli kullanmıyorum. Kendimi kötü hissettiğimde kullanıyorum. Kullanılabilir bence normal bi durum. Eğer buna ihtiyaç varsa kullanmalı insanlar aynen. O anda insana iyi geliyor.” (K3, Kadın, Kent)

“Yalan söylemiyim. Bi kere boşandığım dönemde çok kötü hissettim. Bi şeye sığınmak istedim. Ağlayamadım, tepki veremediğim için gittim bi tane sakinleştirici almıştım. Psikiyatiriste gitmedim ama öyle kendim aldım. Ama iki üç gün sonra kaldırdım attım. İnsan işte kötü hissettiğinde bi şeye sığınmak istiyor. Bazıları yakınlarıyla konuşuyo ediyö, bazıları kendini oyalayacak bi şey buluyo. Çok çok kötü hissedip de geçmeyecek gibi hissettiğinde de işte sakinleştirici alayım, biraz rahatlarım, sakinlerim diye insanlar ilaca sığınyor. Rahatlayayım da bugünüm de geçsin gitsin diye. Yoksa tedavi etmediğini, bütün sorunlarını çözmediğini sen de biliyosun.” (K4, Erkek, Kent)

“Bi dönem çok ailevi sorunlar yaşamıştık. Moralim çok bozulmuştu, çok kötü hissediyordum. Hani düşünmiyim, rahatliyim, rahat yatıp uyuyayım diye kullandım. Kendi kendime kullandım. Doktora gitmedim. İnsanların tabi hayat şartları karşısında stresi var. Ne biliyim kimisi bi bardak viski içiyö, kimisi bi bardak rakı içiyö. Kimi sakinleştirici alıyo. Normal karşılıyorum, çünkü insanların rahatlamaya ihtiyacı var. Karşımdaki insanı üzmiyim, kırmıyım bi kendim rahatlayayım, karşımdaki insanla öyle muhabbet edeyim diye. Ben sinirliyse, stresliyse ne karşımdaki insan beni mutlu edebilir, ne ben onu mutlu edebilirim. Bir araya gelemem ki o insanla. Önce kendimi düzeltiyim. Neyle düzeltebiliyosam. Hapla mı, alkolle mi, kuşla mı, köpekle mi, kediyile mi, yürüyüşle mi. Kafamı rahatlattıktan sonra diğer insanlarla da daha iyi iletişim kurarım tabi.” (K6, Kadın, Kent)

Katılımcılardan, K2 ve K5 ise yaşadıkları psikolojik sıkıntılar sebebiyle psikiyatriste başvurmuşlar ve ilaç tedavisi almışlardır. K5 bir süre ilaç kullanımından sonra, ilacı kendi kendine bıraktığını ve internette kendi sıkıntılılarıyla ilgili bilgi edinerek, oradaki yöntemleri deneyerek rahatsızlığıyla başetmeye çalıştığını belirtmektedir. Katılımcılardan K2 ise 16 yıl önce konsantrasyon bozukluğu için psikiyatrist gözetiminde ilaç tedavisi almış ve yine psikiyatrist gözetiminde ilacı bırakmıştır. 5 sene önce ise yaşadığı sıkıntılar sebebiyle psikiyatrist kontrolünde antidepresan kullanmaya başlamış fakat ilacı kendi inisiyatifıyla bırakmıştır. Şu anda da uyku problemi yaşadığında herhangi bir uzman kontrolünde olmadan sakinleştirici kullandığını belirtmektedir.

“Evet kullandım. Kendimi çok gergin ve nası desem panik halinde hissettiğim bi dönem olmuştu. O zaman kullandım. Sinir sistemimle alakalı yani. Sinir sistemim bi anda kasılıyo ve o an sinir patlaması geçiriyorum. Ve olur olmaz şeylere sinirleniyorum. Doktora da bu şekilde anlattım. O da sakinleştirici verdi bana. Ama ben hiç bi etkisini göremedim. Sonra da bıraktım. İnternette bi haber görmüştüm. Onu araştırdım. Bu tarz sinirle ilgili sıkıntılarda gerekli metotlar uygulanırsa daha yararlı olacağıyla ilgili. Ben de bu metotları uyguladım. Metotları uygularken hani ben sinirlendiğim zaman kendi kendimi telkin ederek bu sorunu çözmeye çalıştım.” (K5, Kadın, Kent)

“Üniversitedeyken 16 yıl falan oluyor galiba bir süre dikkat için bir ilaç kullandım. O ilacı psikiyatrist takibinde kullanıp bıraktım. Bir de boşanma ve iş değişikliği dönemimde yine psikiyatriste gittim bir süre antidepresan kullandım. Onu kendi kendime bıraktım. Şu anda da bazen uyku problemi yaşıyorum. O zamanlarda sakinleştirici kullanıyorum. Sakinleştiriciyi kendim kullanıyorum. Gerek olmadıkça kullanılmaması taraftarıyım. Nolursa olsun bunlar fizyolojik etkileri olan ilaçlar. Tedavi edici olmalarına rağmen belki ilerde farklı şeylerin tetiklenmesine de sebep olabilirler.” (K2, Erkek, Kent)

Kente yaşayan katılımcılardan sadece K8, psikiyatrist gözetiminde psikiyatrik ilaç tedavisi aldığını ve yine psikiyatrist gözetiminde ilacı kullanmaya son verdiğini belirtmektedir.

“Evet kullandım. Ben ağır bir hastalık geçirdim. O hastalıktan sonra psikolojik olarak kendii iyi hissetmiyordum. Psikiyatriste gidip ilaç kullanmaya başladım. Tekrar kendimi iyi hissetmeye başladıktan sonra ilacı artık bırakabilirsin dedi doktor. İhtiyaç halinde kesinlikle kullanılmalı.” (K8, Kadın, Kent)

Köyde yaşayan katılımcılardan K9, K10 ve K11 psikiyatrik ilaç kullanmışlardır. Psikiyatrik ilaç kullanımına karşı olumsuz değerlendirmeler yapmalarına rağmen, doktora olan güvenleri nedeniyle psikiyatrist kontrolünde ilaç kullanmışlar ve yine psikiyatrist kontrolünde ilaç kullanımını sonlandırmışlardır.

“Bilemiyorum ki şimdi. Bu ilaçların yararı da var zararı da. Yine de doktor verdiyse tabi gerekiyodur. Ne dicen doktordan iyi mi bilcen. Dediye kullanman lazım bunu kullanacaksın. El mahkum.” (K9, Erkek, Köy)

“Eşim öldüğü zaman bi rahatsızlandım. Depresyon geçirdim o zaman. Çok rahatsızlandım o zaman depresyon dediler. Bi şeyler oldu bana noldu hiç bilmiyom. İlaç verdiler, biraz kullandım. Ama sonra daha içme dedi doktor hanım. İçmedim ben de. Yani o ilaçların hepsi zarar. Ben diyeyim. İç iç bi yeri düzeltiyo, bi yeri bozuyo. Bi uyku yapıyo, sersemlik yapıyo. Ne anladım ben o işten. Ama doktor iç diyo. Demek ki içmek lazım”(K11, Kadın, Köy)

Katılımcılardan K10, ilaç kullanmayı bıraktıktan sonra yaşadığı sıkıntılarla başetmek için bahçe işleriyle uğraştığını ve kendini öyle iyi hissettiğini belirtmektedir.

“Ben 15-20 sene evvel gittim psikiyatriste. Benim yüzüm gözüm oynuyordu. Götürdüler. Stresten olduğunu söyledi. Şu evin ocağın yansa da arkana dönüp bakmican dedi. Strese bağlı dedi. Çok zor zamanlar geçirdim. Bu benim yüzüm gözüm oynuyo oynuyo oynuyo. Birinin yanından geçemezdim. Böyle böyle işmar ediyodu, sürekli işmar ediyodu. Ama ben kendimle başetmesini toprakta buldum. Hem çarşıda hem burda hem çarşıda hem burda. Bunu üstüne basa basa yaz. Toprak seni dağıtıyo bi nevi. Bi çiçek dikersin, bi ağaç dikersin, bi şey dikersin, onu beklersin. Ne kadar büyüyecek, ne hale gelecek. İşte böyle seni şey ediyö. Terapi ediyö. Valla ilaçsız yapamayanlar da var. Ama kendini kullanabilirsen ne diyim işte yapabilirsen yaparsın, yapamazsan yapamazsın. Yani oturiyim, bak benim oğlum hastalandı, eşim hastalandı. Benim başımdan geçmeyen hiç bi olay yok yani. Yani kullansam ben kullanırım ilaç. Niye? Şaka, şamata. Ama düşünmüyon mu düşünüyösün. Yastığa kafamı koyuyom bazen sonra diyorum ki kalk. Kalk iki fide dik, iki ocak fasulye dik. Toprakla uğraş, kediyle uğraş, kuşla, köpekle uğraş. Hani bunu dağıtırsan dağıtırsın aslında. Ama otur aşağı ben hastayım, ben şöyleyim, böyleyim. Olmuyo. İnsanlarımız tembel. Çok tembel insanlarımız. İnsanlar armut gibi gelip ağzıma düşsün istiyorlar. Başka bi şey bilmiyolar.” (K10, Kadın, Köy)

Katılımcılardan, K12, K14, K16 daha önce hiç psikiyatriste gitmediklerini ve hiç psikiyatrik ilaç kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Sakinleştirici ve psikiyatrik ilaç kullanımı için ise olumlu-olumsuz herhangi bir yorumda bulunmamışlar, doktorun uzmanlığına danışılması gerektiğini belirtmişlerdir.

“Gerekliyosa ilaç kullanılsın. Onu ben bilmem doktora gitmek lazım.” (K12, Kadın, Köy)

“Ee hastaysan kafadan doktor dediye kullanırsın. Yoksa olmaz.” (K14, Erkek, Köy)

“İhtiyaç varsa, dediye psikiyatrist kullanman lazım, kullanılmalı.” (K16, Erkek, Köy)

5.5.2 Kuruma Kapatılma'nın Şartı: “Saldırgansa Kesinlikle Kapatılmalı!” – Ama Nereye? Devam Eden İkilem: Akıl Hastanesi mi? Hapishane mi?

Foucault, 17.yy'dan itibaren, modern Avrupa devletlerinin, ekonomik sistem içerisine ve üretime katkıda bulunmayacak olan insanları, deli, zavallı, suçlu gibi kategorilere ayırarak anormal olarak nitelendirildiği ve normalleştirme pratikleriyle disipline edilmeye çalışıldığını ifade etmektedir. Bu pratikler, insanların, toplumdan soyutlanarak kapatıldığı, akıl hastanesi ve hapishane gibi kurumlardır. Foucault, bu kurumların işleyiş biçimlerinin birbirinin aynısı olduğunu söylemektedir. (Turner ve Elliot, 2017, s.179). Goffman ise total kurumlar ismini verdiği kurumları beş farklı kategoriye ayırmaktadır. Bunlardan akıl hastaneleri, kendilerine bakamayan ve kasıtlı olmasa da diğer kişilere zarar verebilecek potansiyelde olanlar içindir. Hapishaneler ise, topluma kasti olarak zarar verebilecek bireylerin kapatıldığı kurumlardır. (Goffman, 2015 s.16). Goffman (2015)'a göre kapatılma, bireylerin benliğinin zedelenmesine neden olmaktadır. Toplumsal hayat ve gündelik yaşamdan uzun süre kopuş, bireylerin sahip olduğu rollerle olan bağlantısının kopmasına neden olabilmektedir.

Bununla birlikte, disiplinler arası tartışmalar, bireyin nereye kapatılması gerektiği konusunda çatışma içerisindedir. *Bir Aile Cinayeti* (1973) derlenmiş olan eserde delilik konusunda bir karara varılmaktadır. Psikiyatristler, cinayeti işleyen kişinin toplumsal yasalara bağlı olmaması ve hem ailesinden hem de toplumdan nefret etmesi, dışlanmış biri olması gibi gerekçelerle akıl hastanesine kapatılması gerektiğini ifade ederken, hukukçular kişinin kendini ifade etmesi ve akıl yürütme yeteneğinin olması nedeniyle akıl hastası olmadığını, bir suçlu olduğunu belirtmekte ve hapishaneye gönderilmesi gerektiğini savunmaktadırlar. (Der. Foucault, 2021).

Benzer düşünme biçiminin, araştırmaya dâhil edilen katılımcılar arasında da görülmektedir. Kişiler, özellikle “saldırganlık” durumuna karşı, hem iletişimsel anlamda böyle kişileri dışlamakta hem de kurumsal olarak böyle kişilerin cezalandırılması ya da ıslah edilmesi üzerinde fikir belirtmektedirler.

Hem kentte hem de köyde yaşayan katılımcıların hepsi akıl hastalığının tedavi edilmesi gereken bir şey olduğu konusunda hemfikirlerdir. Burada da belirleyici olanın ve kesinlikle hastanede tedavi altına alınması gerekenlerin “saldırgan” olanlar ve etraflarına zarar veren kişiler olduklarını belirtmişlerdir.

“Ya tabiki de ama bu öncelikle bireyin kendisi için olması gereken bir şey yani. Onun yaşamış olduğu psikolojik bir şey var ki insan o hale geldi. O yüzden tedavi edilmesi mümkün bi şeyse tedavi edilmeli. Hani böyle etrafa şiddet uygulamaya çalışan biriye. Öyle hareketleri varsa hastanede yatmalı.” (K1, Kadın, Kent)

“Edilebiliyorsa kesinlikle tedavi edilmelidir. Çünkü hem topluma hem kendisine sıkıntı yaratan bir durumdur bu. Kendisi bunun farkında olmayabilir tabi ki ama dediğim gibi. Eğer şiddet olayları varsa ama kapatılmalı hastaneye. Akıl hastalığı sonradan olduğu gibi sonradan gidebilir de. Tedavi edilebilir ya da o hastalıkla yaşamayı öğrenebilir. Yine topluma ayak uydurur.” (K2, Erkek, Kent)

“Kesinlikle tedavi edilmeliler. Ya psikiyatristten ya hastaneden. Hani akıl hastaları için özel olan hastanelere gitmeliler. Hani daha az bi sıkıntısı varsa. Normal hayatına devam edebiliyorsa, kimseye bi zararı yoksa tamam. Ama zararlı hareketleri varsa hastaneye yatmalı.” (K3, Kadın, Kent)

“Tabi tedavi edilmeli. Gerçi biraz da bakış açısıyla ilgili. Sana deli gelen bana deli gelmeyebilir. Öyle bi durum da var. Hastalığı neyse işte ona uygun tedaviyi hastanelerden, psikiyatristten falan almalı.” (K4, Erkek, Kent)

“Akıl hastalığı gerçekten tedavi edilmeli. Çünkü kişi kendisine yada başkalarına zarar veriyorsa bunun önlemi bi şekilde alınmalı. Bize hep ilkokuldayken şöyle anlatırlardı; birinin özgürlüğünün başladığı yerde diğer kişinin özgürlüğü biter. O kişi de sonuçta benim yaşam hakkıma bir saldırıda bulunacaksa ve bunu bir rahatsızlık nedeniyle yapıyorsa o zaman tedavi edilmesi gerekiyordur. Ama delilerin tedavisi yani onu bulabilseydik şuan herkes normal olurdu. Ben herkesin

içinde de biraz delilik olduğunu ama onu kontrol edebilmeyi, uyum sağlamak için, hayatına devam edebilmek için öğrendiğini düşünüyorum.” (K5, Kadın, Kent)

“Evet tedavi olması gereken bi şey akıl hastalığı. Çünkü çevreye zarar verebilir. Kendine zarar verebilir. Kesinlikle olsun.” (K6, Kadın, Kent)

“Mümkünse evet. Tedavi edilmeli. Yani olabiliyorsa. Çünkü böyle insanlar yaşantılarında sıkıntı çekiyö. Belki çevrelerindekiyle de huzursuzluğa neden oluyo. Olabilir, o yüzden daha rahat bi yaşam sürmesi için ve diğery insanlar için de tedavi olması gereken bi şeydir. Saldırma durumu varsa çevredekilere, hani böyle şiddet gösteriyorsa o zaman hastanelik demektir.” (K7, Erkek, Kent)

“Kesinlikle tedavi edilmedi. O şekilde insan içine çıkmamalı. Hani ağır durumdaysa diye söylüyöyüm. Belli olmaz çünkü hani bi anda karşısındaki insana zarar verebilir.” (K8, Kadın, Kent)

“Edilmeli tabi. Hani kendi de sıkıntıda, etrafındakileri de sıkıntıya sokuyo. Hele böyle saldıran, eden bi şeyi varsa, huyu. Kesinlikle tedbirleri almak lazım.” (K9, Erkek, Köy)

“Yani tedavi edileni de oluyo edilmeyeni de. Doğuştan geleni de var. Ama tabii edilmeli böyle bi durumda olanlar. Edilmez mi? Edilmezse nolur? Hani düzelcek bi şeyse de düzelmeyince daha hırçın olur. Etrafa sataşır. Valla duyuyöyüz kesmiş, öldürmüş diye.” (K10, Kadın, Köy)

“Edilmeli tabi ne ya tedavi edilmeli. Köye salarsan ne eder o. Allah korusun. Zarar gelir.” (K11, Kadın, Köy)

“Evet evet, tedavi olmaları lazım. Hele saldırgansa kesinlikle kapatılmalı hastaneye. Öteki türlü baş edilemez.” (K12, Kadın, Köy)

“Akıl hastalığı varsa tabi ki tedavi edilmeli. Yazık öyle kafası bulanık mı gezsın. Sonra birine saldırır, vurur, bi şey eder. Çoluk çocuğa vurur. Bilmez naptığını aklı gitmiş ya.” (K13, Kadın, Köy)

“Evet, tedavi edilmeli kesinlikle. Hastaneye doktora gitmedi, psikiyatriste. Baktı olmuyöyö doğru deli hastanesine.” (K14, Erkek, Köy)

“Tedavi edilmeli eğer edilebiliyorsa. Yoksa işte kapatırlar. Orda hani insandan uzakta tedavi olur.” (K15, Kadın, Köy)

“Evet tedavi edilmelidir kesinlikle. Akıl hastanesi olur bu, özel olur, yada o kadar ağır değildir gider ilaç alır, konuşur doktorla öyle. Olması lazım, çünkü hem kendi garip kalıyo insan içinde, hem de başkasına zarar veriyö. Etrafa saldırır ederse de akıl hastanesinde kalması lazım.” (K16, Erkek, Köy)

Katılımcılara, ülkemizde yayınlanan Masterchef programındaki bir yarışmanın papağana göstermiş olduğu davranışla ilgili düşünceleri ve daha sonra akıl hastanesinde tedavi görmesi kararını doğru bulup bulmadıkları sorulmuştur. Soruyu cevaplayanların hepsi akıl hastanesinde tedavi görme kararını doğru bulmakla beraber, cevaplarda kişinin hapisaneye de gönderilmesi gerektiği ya da akıl hastanesi-hapishane farketmesizin ikisinden birine gönderilmesi gerektiğini belirtmektedir. Yani disiplinlerarası olan çatışma ve öznelleştirmenin benzeri katılımcıların cevaplarında da görülmektedir.

Katılımcılardan K1 ve K3 kişinin akıl hastanesinde tedavi görme kararının doğru olduğunu, hatta akıl hastanesinde tedavi olduktan sonra bir de hapishaneye gönderilmesi gerektiğini ifade etmektedirler.

“Böyle bi kişinin bir tv programına çıkması ve orda da garip hareketleri olduğu da tartışılmıştı. Aslında şov kısmında sıkıntı yoktu ama ben bu görüntüler ortaya çıkınca... Yani korkunç bi şey. Bu arada son zamanlarda insanların hayvanlara zarar verirken bunu videoya çekip sosyal medyada paylaşımlarıyla çok sık karşılaşıyoruz. Ama çok ürkütücü bi şey yani. Herhangi bir canlıya bunu yapmak ve yaparken de çekmek ve yayınlamak. Öfkeyi ondan çıkartmak vs. Akılhastanesine yatma kararı tabiki de doğru bi karar. Sergilemiş, göstermiş olduğu şey çok kötü. O kişinin iyileştirilmesi lazım. Daha büyük zararlara yol açmadan.” (K1, Kadın, Kent)

“Akıl hastanesinde tedavi görme kararı kesinlikle doğru. Hatta ona ceza da vermeli gerekiyo. Hem akıl hastanesine kapatcaklar, elini kolunu bağlicaklar. Orda baktılar tedavi oldu. Süresi doldu. Hapishaneye göndercekler.” (K3, Kadın, Kent)

Katılımcılardan K2, K4, K5, K6 ve K8 kişinin akıl hastanesine kapatılması kararının doğru olduğunu belirtmişlerdir.

“Doğrudur. Orda zaten belli bir öfke kontrol problemi var. O öfkesini de bi oyuncak değil bi canlıya yönlendiriyö ve onu öldürüyor. Bu bi suç zaten. Hem de o kişinin ağır bi psikolojik rahatsızlığının olduğunu gösteriyö. Zaten öncesinde de o adamın genel hal ve hareketlerinden normal biri olmadığı çok belli. Akıl hastanesinde tedavi olmalı hatta ordan çıktıktan sonra da... Bu arada ben şuna da inanıyorum hazır konusu açılmışken akıl hastalığına sahip biri birine bi zarar verdi. Akıl hastası dendi bu kişiye akıl hastanesine ya da rehabilitasyon merkezine gönderildi diyelim. Tedavi olup, rehabilite olduktan sonra o bireyin hastaneden çıktıktan sonra hapishaneye konması taraftarıyım. Çünkü bu işlediği suçun evet hastayken yaptın ama o fiil gerçekleşti sonuçta. Delilerin veya akıl hastalarının şöyle ayrışması hoşuma gitmiyor. Suç normal bir birey için suçsa, akıl hastası için de suçtur. Yaptığı şeyin farkında olup olamaması beni ilgilendirmiyor. Yani mağdurun ailesine bunu nasıl anlatacağın. O yüzden şiddet içeren durumlarda akıl hastalarının hastanede gözetim altına alınmasını doğru buluyorum.” (K2, Erkek, Kent)

“Hayvana şiddet uygulayan insana iyi diyemem yani. Hele bi de savunmazsıza. Aslanı sıkıp boğsun bakalım. Akıl hastanesinde tedavi kararı da doğru.” (K4, Erkek, Kent)

“Şimdi hayvanlara ya da başka bir canlıya zarar vermek, özellikle savunmasız canlılara eziyet etmek, kötü davranmak her halükârda ruh hastalığı bence zaten. Durduk yere hayvanı öldürmeye teşebbüs ediyosun, hayatıyla oynuyosun. Bu kesinlikle dengesizlik ve aşırı şekilde tedavi olması gerekiyor. Sonuna kadar katılıyorum tedavi olması gerektiğine. Hatta bu konuyla alakalı olarak bi çok insanın tedavi olması gerektiğine inanıyorum. Onların da ailesinden gelen bi şey olabilir bu belki. Şiddet onun ailesinde eğer normal bi şey olarak görülüyorsa, çok tanık olduyrsa böyle bi şeye o yüzden ya yapıyo olabilir. Gidiyo mesela hayvanın kuyruğunu kesiyö. Ya sana gık dememiş hayvan canilik yapıp neden böyle bi şey yapıyosun” (K5, Kadın, Kent)

“Yanlış bi davranış. Demek ki onda bi şiddetten zevk alan bi yapısı var. Sadece bu değil görmediğimiz bilmediğimiz, insanlara başka hayvanlara işkence eden de bi çok insan var. Ama işte mesela bu kişiyi şimdi akıl hastanesine yatırdın diyelim sonra da takip edilmesi lazım. Hani çok iyi takip edilmesi lazım. Çünkü hayatta herkesin psikolojisi bozuk şimdi. Kim düzgün insan ki? Düzgün insanı bana bi göster.”(K6, Kadın, Kent)

“Yani normal olan bir insanın yapacağı bir davranış olduğunu düşünmüyorum. O kişinin ağır sorunları olduğu belli. Üstelik bi canlıya soğukkanlılıkla zarar verebiliyor. Karar kesinlikle doğru. Akıl hastanesine gönderilmesi lazım. Çünkü gönderilmezse etrafına zarar vermeye devam edecek yani bu belli. Hatta belki başka hayvanlara da zarar verecek ya da verdi. Biz sadece paylaşmış olduğunu biliyoruz” (K8, Kadın, Kent)

Katılımcılardan K7, ise bu davranışı gerçekleştirmeden önce yarışma boyunca kişinin davranışlarında bir problem olduğunu ve ilgi çekmek için bu davranışlarda bulunduğunu belirtmiştir. Katılımcıya göre bu kişi akıl hastanesine değil, hapisaneye gönderilmelidir.

“İlgi çekmek, gündem olmak için yaptığını düşünüyorum. Zaten yarışmada da garip davranışları vardı. Oda ayrı bi şey aslında sonuçta o yarışmaya bi çok insan alınıyor. Elemeden geçirilip. Bu insanla konuşulduğunda az çok nasıl bi durumda olduğu da belli. Onu öyle nasıl olsa bu ilgi çeker, bağılıyor çağırıyor, millete sataşılıyor, hoplayıp zıplıyor diye yarışmaya alıyolar. Sonra iyice zıvanadan çıkıyor yani. Papağana böyle bi şey yapmadan önce zaten tedavilik bi durumu vardı aslında. Sonra iyice iş çığrından çıktı. Baş edemediler. Oda tekrar ilgi çekmek için bu sefer hayvana zarar verdi. Ama aslında o akıl hastanesine değil de cezaevine girmeliydi. O zaman akli başına gelirdi.” (K7, Erkek, Kent)

Köyde yaşayan katılımcılardan altı tanesinin evinde televizyon bulunmadığı ve programı izlemedikleri için soruya cevap vermemişlerdir. Katılımcılardan K10 ve K16, bu kişinin akıl hastanesi ya da hapisane farketmeksizin kapatılması gerektiğini belirtmiştir.

“O kim tanımıyorum ben. Ama yani hayvana eziyet etmek, canlıya eziyet etmek olmaz. Nolursa olsun olmaz. Yapmicaksın. Sana yapsalar nası oluyo bakiyim. Yani

bilmiyorum akıl hastanesi olur, mahpus olur. Nereye olursa olsun. Kapatmaları lazım.” (K10, Kadın, Köy)

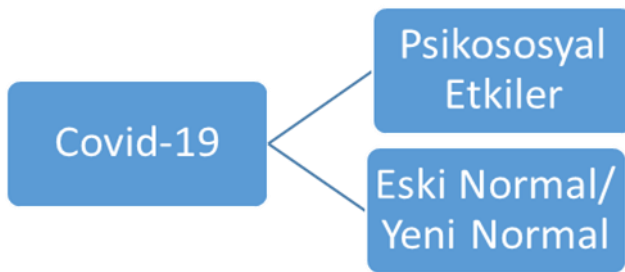
“Beni çok sinirlendirdi. Herhangi bi canlıya zarar veren insana kesinlikle ceza verilmeli. Ya akıl hastanesi ya cezaevi.”(K16, Erkek, Köy)

5.6. EK BULGULAR

Araştırmanın saha uygulamasının, Covid-19 pandemisi dolayısıyla uygulanan karantina sürecinin bitmesinden sonra yapılması nedeniyle bireylerin Covid-19 ile ilgili deneyimlerini öğrenmek ve salgının normal-yeni normal ve patolojik tanımları üzerinde değişiklik yapıp yapmadığı konusunda bilgi almak istenmiştir. Bununla birlikte diğer sorulara verilen cevaplarda bu konunun gözden kaçırılmaması adına ek bulgular başlığı açılmış ve bu başlık altında ilgili bulgulara yer verilmiştir.

5.6.1. Covid-19

Katılımcılara, “Covid-19 süresince yaşadığınız sıkıntılar nelerdir?” ve “Yeni normal kavramından ne anlıyorsunuz? Eski normale farkı sizce nedir?” soruları yöneltilmiştir. Katılımcıların vermiş oldukları cevaplar doğrultusunda, Covid-19 temasında, **Covid-19’un psikososyal etkileri** ve **eski normal-yeni normal** kategorilerine ulaşılmıştır. Ulaşılan tema ve kategoriler aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.



Şekil 4. Covid-19: Psikososyal Etkiler ve Eski Normal/Yeni Normal

5.6.1.1. Covid-19'un Psikososyal Etkileri

Katılımcılar, Covid-19 pandemisinin toplumsal sonuçları üzerinden kendi psikolojilerine olan etkilerine değinmişlerdir. Covid-19 salgınının fiziksel olarak bir takım sağlık problemleri oluşturması yanında panik, anksiyete, endişe gibi ruh sağlığı sorunlarını beraberinde getirdiği görülmektedir. Bu sebeple Covid-19 sadece bir medikal kriz değil aynı zamanda toplumsal bir ruh sağlığı problemi olarak da gündeme getirilmektedir. (Aşkın vd., 2020). “Küresel salgın nedeniyle alınması gereken önlemler, sosyal izolasyon, karantina ve korku duyguları ile günlük rutindeki değişimler, geriye dönük olarak bireylerin psikolojik sağlığını da etkilemektedir”. (Rubin vd., 2010: 183-266; Wang vd., 2020: 1729 akt. Aşkın vd., 2020). Bireysel psikolojik sağlığın yanında stresli durumlarda hastalığın bulaşmadığı kişilerin kalabalığın tutum ve davranışlarına uyum sağlamaları ve tehlikeden kaçma eğilimiyle ilgili olarak da bir ruhsal bulaşmadan bahsedilebilir. (Wheeler, 1966, s.179 akt. Candansayar, 2020, s.349). Örneği verilen çalışmaların da desteklediği üzere araştırmada katılımcıların verdikleri cevaplar üzerinden **belirsizlik, yalnızlık, sevdiklerini kaybetme korkusu** gibi kodlara ulaşılmaktadır.

Katılımcılardan K1 ve K2 pandeminin getirmiş olduğu belirsizlik, yalnızlık ve sevdiğini kaybetme gibi duygular yaşadıklarını ifade etmektedirler.

“Covid süresince yaşadığım şey bu karşı karşıya olduğumuz hastalıkla ilgili bir bilinmezlik vardı. Ne olduğu belli değildi, o bilinmezlik çok korkutuyodu. Bir de ailemden uzak olduğum için ve bekâr olduğum için o yalnızlık beni kötü etkiledi açıkçası. Mutsuz etti yani beni. Tek başıma yaşıyorum aynı zamanda. Bir de sevdiklerimi kaybetme korkusu ve kendimi ve çevremdeki insanları bi koruyup kollama, uyarma halindeydim. Paranoyaklaştık yani.” (K1, Kadın, Kent)

“Başta tabi hastalığın tam olarak ne olduğunu da bilmiyoduk. O ne olacak, bulaşırsa bize nası bi şey olacak duygusu baya tabi korku yarattı. Endişelenmeye başladım. Virüs ülkemizde ilk çıktığında tvde yapılan açıklamada 1 kişide görüldüğünde bile çok paniklemiştim. Sosyal medyada, orda burda bi sürü video dolaşıyo ne olduğunu bilmiyoruz. Bi yandan kızım ve sevdiğim insanlar var. Onlara bi şey olacak korkusu sarmaya başladı. Hatta bi kaç uzaktan tanıdığım fakat sevdiğim insanı da

kaybettim. Bi sürü olumsuz duyguyla aynı anda başetmek zorunda kalıyoruz.” (K2, Erkek, Kent)

Türk Tabipleri Birliği Birliği, Covid-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu’nda (Tükel, 2020) karantina ve izolasyonda görülebilen ruhsal belirtiler sıralanmaktadır. Bunlar; kaygı, endişe, panik ataklar, korku, huzursuzluk, sinirlilik hali, çaresizlik hissi, tetikte olma hali, kas ağrıları, sağlık kaygısı, değersizlik hissi, suçluluk hissi, motivasyon kaybı, isteksizlik, dikkatini toplama güçlüğü, iştah kaybı ya da iştahta artma, uykusuzluk, öfke ve tahammülsüzlük, tükenmişlik ve yalnızlık gibi belirtilerdir. Covid-19 salgını sırasında psikolojik hastalıklarda artış (Duan ve Zhu, 2020) ve bireylerde yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi ve çalışma koşullarına göre farklılık göstermekle birlikte korku, kaygı ve umutsuzluk (Doğan ve Düzel, 2020; Erdoğan vd., 2020) bulunmaktadır. Salgın süresince salgının ve karantinanın psikolojik etkileri üzerine yapılan çalışmalarda belirsizliğe tahammülsüzlük, boş zaman ve can sıkıntısı gibi olumsuz durumların önemi üzerinde de durulmaktadır. (Öztürk vd., 2020; de Medeiros Carvalho vd., 2020).

Katılımcılardan, K3 ve K4 ise belirtilen sıkıntıların yanında evde kalmaktan bunaldıklarını ve can sıkıntısı yaşadıklarını ifade etmektedirler. Katılımcıların ifadeleri verilen çalışmaları desteklemektedir.

“Önce tabi çok korktuk. Bilmiyoruz ne olduğunu. Sağlığımıza bi şey olacak mı, çocuğuma bi şey olacak mı, ailem sevdiğim hastalanacak mı? Hastalanırsa ne yapacağım, bunların stresi oldu. Tedavi de bilinmiyor bi yandan. Sürekli her şeyi temizleme, yıkama takıntısı başladı. Dışarı çıkma korkusu var bi yandan da evden çıkmamak ayrıca bunalttı. 2 yaşında kızım var. Ee o da evde kapalı büyüdü nerdeyse. Sıkılıyo, ağlıyo, hırçınlık yapıyo. Parka çıkmak istiyio, çıkartamıyorum. Böyle sıkıntı, stres valla hep. (K3, Kadın, Kent)

“Oldu tabi. Başlarda çok korktuk. Ne olduğunu bilmiyosun. Bi yayılmaya başladı ülkelerarası durduramadılar. Sonra bi değişti mutasyona uğradı habire. Ne yapcaz bilemedik. Ölüm haberleri gelmeye başladı. E sen de düşünüyosun benim başıma gelirse naparım, çocuğumun yakınlarımın başına gelirse naparım diye. Vesvese sahibi oluyosun. Belirsizlik bi de. Ne zaman bitecek bu. Ya da bitecek mi, nolacak. Düşün dur. Dışarı çıksan çıkamıyosun, evde dursan kendi kendine düşün düşün işin içinden çıkılmaz. Kitlendik kaldık böyle. Zor yani valla ne diyim.” (K4, Erkek, Kent)

Pandeminin getirmiş olduğu psikolojik sonuçları, sadece bireysel düzlemdeki etkiler üzerinden okumak yerine toplumsal değişmelerle birlikte karşılıklı bir ilişki içerisinde ve bütünsel olarak düşünmek gerekmektedir. Pandeminin etkilediği ve sekteye uğrattığı alanlardan biri de ekonomi sektörüdür. İş yerlerinin uzun dönemde kapatılması, üretim faaliyetlerinde değişikliğe gidilmesi, restoran ve avmlere gidişlerin azalması sonucunda piyasa durgunlaşmıştır. İşsizliğin de artmasıyla birlikte ekonomik anlamda dezavantajlı olan gruplar da bu durumdan daha fazla zarar görmektedirler. (Kayabaşı,2020; Baltacı vd., 2020). Özellikle karantina ve sosyal izolasyon nedeniyle evlerde daha fazla kalınıyor olması hem toplumsal cinsiyet rolleri sebebiyle kadınların ev içindeki yükünü arttırmakta hem de şiddet (WHO, 2020c; Taub, A. 2020) olaylarını arttırmaktadır. Yine yaşlılar, gençler, öğrenciler, göçmenler, engelliler de olumsuz sonuçlardan daha fazla etkilenebilecek olan gruplardandır.

Katılımcılardan K7, pandemi süresince yaşadığı ekonomik sıkıntılardan bahsetmiş ve o sebeple paniklediğini ve strese girdiğini belirtmiştir.

“Bu tam kapanmalar nedeniyle iş yerimi de kapatmak zorunda kaldım. O beni çok yıprattı. Çünkü her şey belirsiz. Şimdi kapandı ne zaman açılacak. Açılrsa tekrar kapanacak mı? E iş yapamıyorum, hayatımı nasıl idame ettireceğim. Hadi mekânlar açıldı, ee o da risk bu sefer sağlığımdan da olabilirim. Hangi bi derde üzüleyim. Bilemediim...” (K7, Erkek, Kent)

Katılımcının yukarıda belirttiği üzere, pandeminin bireylerin iş hayatlarını ve çalışma koşullarını etkilediği görülmekte ve yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bir bulguya ulaşılmaktadır.

Pandeminin psikososyal etkileriyle ilgili olarak kırsal ve kentsel alanlar karşılaştırıldığında özellikle nüfusun yoğun olduğu kentlere ve metropollere göre köylerde yaşayan insanlar daha az risk altında olarak değerlendirilmektedir. Kentlerde doğal alanların kısıtlı olması bireylerin karantinadan ve sosyal izolasyondan daha fazla ekilenmesine neden olmaktadır. (Tılıç, 2020, s.305). Elmaçukuru Köyü’ndeki katılımcıların pandemi deneyimleriyle ilgili söyledikleri aşağıda verilmektedir:

“Başta korktuk. Herkes korktu. Bilmediğimiz bi şey. Ne etki eder ne yapar? Gerçi dağın başındayız buraya dışardan gelen giden çok olmaz. Ama yine ya hızlı yayılıyor.” (K9, Erkek, Köy)

“Aslında ben fazla bi yere giden bi insan değilim ama yine de korktum. Korktum tabi. Bizim evde bi ben bi oğlan var. Başka kimse yok. Eve de dışardan kimseyi kabul etmedim. Sokmadım. Kimse gelmesin dedim. Alınmaca yok. Sağlık bu. Bundan küslük olmaz. Yaklaşmadım kimseye. Maskemi çıkarmadım. Gidersem çarşıya maskemle gittim. Aşımı da oldum. Ağustos sonunda bi tane daha var. Aynı yaşadık gittik ama öyle aman aman bi şey olmadı. Burda evler zaten uzak birbirine. Yine hayvanlarımızla, fındığımızla uğraştık. Başka bi şey yapmadık.” (K11, Kadın, Köy)

“Korona yüzünden ben çok panik olmadım açıkçası. Çünkü zaten insan içinde değiliz. Kendi başımızayız. Zaten bizim köyde öyle korona falan da çıkmadı hiç. Evler de birbirine uzak görüyorsunuz. Evlerin uzak olması çok iyi bi şey biliyo musun? Ben zaten böyle kalabalığı seven bi insan değilim. İnsan kafa dinlemek istiyio. Hani köy içinde olsan her yerden bi ses geliyor. Hani biri bi laf söylecek mi, bi şey dicesek mi? Uzak her zaman kendi halinde daha güzel.” (K13, Kadın, Köy)

“Ya zaten bir köyde kendi halimize göre yaşadığımız için. Çok kalabalığa da girmedığımız için... Gerçi yine biraz korku oldu ama öyle aşırı korkmadım. Şehirden falan gelişe biri köye o daha dikkatli oldum. Hani biz zaten evimizde bahçemizdeydik, yine evimizde bahçemizdeyiz.” (K14, Kadın, Köy)

Yukarıda örnekleri verilen ifadelerle göre köyde yaşayan katılımcılar pandemi sürecinde, belirsizlik sebebiyle korku ve panik yaşadıklarını, fakat Elmaçukuru Köyü'nün konumu nedeniyle biraz daha rahat olduklarını belirtmişlerdir. Elmaçukuru Köyü, yüksek rakımda yer alması, ulaşımın zor olması, yoğun ormanlık alan içerisinde yer alması ve yine buradaki evlerin birbirlerine uzak mesafede yapılmış olması gibi durumlar nedeniyle kişilerin daha rahat olmasına sebebiyet vermiştir. Katılımcılar, köye dışardan insan geldiği zaman biraz tedirgin olduklarını fakat çoğu zaman eski hayatlarından çok farklı bir şey yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Genel olarak değerlendirilecek olursak mekânın coğrafi konumu, kalabalık ve ulaşım gibi etkenler salgın konusundaki düşünceleri etkilemektedir. Kırsal alanda yaşayan bireylerin kendinlerini güvende hissetme oranı daha yüksek olduğundan pandemi, sonuçları açısından daha az riskli algılanmaktadır.

5.6.1.2. Yeni Normal – Eski Normal Kavramı

Covid-19 pandemisiyle birlikte “yeni normal” kavramından da söz edilmeye başlandığı görülmektedir. Aslında toplumsal tarih içerisinde yaşanan bütün dönüşümlerle birlikte insanlık da sürekli yeni normallere alışmaktadır. Covid-19 pandemisi sürecinde de duyduğumuz bu “yeni normal” kavramı, aslında pandemiye karşı alınmış olan tedbirlerin yaşamın bir parçası haline getirilmesi denilebilir. Burada Foucault’un biyopolitika kavramı da açıklayıcı olmaktadır. Foucault, iktidarların sağlık politikalarını belirleyerek ve bunları kullanarak stratejiler geliştirdiğinden bahsetmektedir. Yaşanan bu medikal krizde de uzmanlar toplumsal pratiklerin nasıl olması gerektiği ve insanların toplum içinde hangi kurallara uyması gerektiğiyle ilgili açıklamalar yaparken bunu yerleşmiş bir pratik haline getirmenin bir yolu olarak da “yeni normal” kavramı kullanılmaktadır. Araştırmaya dâhil olan katılımcılara da “*Yeni normal kavramından ne anlıyorsunuz?*” ve “*Sizce eski normalden ne gibi farklılıklar göstermektedir?*” soruları yöneltilmiştir. Katılımcıların vermiş oldukları cevaplara göre yeni normal kavramını tanımlamalarında **maske kullanımı, hijyen kurallarına dikkat, dezenfektan kullanımı** ve **sosyal mesafeye uyulması** kodlarına ulaşılmıştır. Yani yeni normal, kamusal alanda maske kullanımı, pandemi öncesine göre daha fazla hijyen kurallarına dikkat, dezenfektan kullanımı ve sosyal mesafeye uyulmasıyla karakterize olmaktadır.

Eski normalle yeni normal arasındaki farkı da kalabalık yerlerde bulunurken eskiden daha rahat olmaları üzerinden açıklamaktadırlar. Kentte yaşayan katılımcılardan K1, K2 ve K3’ün yeni normalle ilgili fikirleri aşağıda verilmektedir:

“Yeni normalden aslında daha temkinli, daha sağlıklı, daha steril bir hayatlanıyorum. Yani maskeyle dolaşmak buna dâhil. Heryerde dezenfektanın olması. Bu belli bir süre sonra bitecektir. Ben kalıcı olacağını düşünmüyorum ama. Yeni normal dediğimiz şey artık bu hastalık ne zaman çözülecekse, gerçi daha zamanı olduğu yönünde açıklamalar hep. Yeni normal de bu virüsün varlığını gözeterek yaşam alanlarımız yeniden şekillendirdiğimiz şeyler, bunların somut olarak da gündelik hayatımızda maske takmak, kalabalığa fazla girmemek, her yerde dezenfektan bulunması. Normalden farkı da artık toplumsal hayatın içerisinde insanlarla biraradayken kalabalık ortamlarda daha tedirginiz. Normal hayatımızda böyle bir etken yoktu. Gündelik hayatımıza herhangi bir tedirginlik ya

da çekince olmadan devam ediyoduk. İnsanlarla iç içe olabiliyoduk.” (K1, Kadın, Kent)

Yeni normal, hani her şey koronadan korunmak için, ona göre yapıldı. Kalabalık yerlerde maske kullanıyoruz. İşte avmler falan açıldı, restaurantlar ama mesela kişi sayısı var. Belli sayıdan çok insan giremiyor. İnsanların fazla olduğu yerlerde dezenfektanlar konulmaya başladı. Biz de yanımızda taşıyoruz. Hani hijyen kurallarının daha da artmış olduğu bi şey. Artık tokalaşma, bi tanıdık görüncü öpüşme, sarılma azaldı baya. Uzaktan kafa sallıyoruz sadece. Böyle olması da gerekiyormuş gibi bi his geliyor bana. Yani bu salgın bitti. Başka bi salgının çıkmayacağı ne malum. Onu da engellemek için bunu sürdürmek gerekiyor gibi hissediyorum.” (K2, Erkek, Kent)

Kentte yaşayan katılımcılardan K1, yeni normal düzeninin kalıcı olmayacağını ve pandemi bitiminde sona ereceğini ifade ederken, K2 yüzyüze iletişimde gerçekleşen sarılma ve öpüşme gibi ritüellerin azaldığını ve bundan sonraki süreçte de bu ritüellerdeki değişimin olası tehlikeler sebebiyle devam etmesi gerektiğini belirtmektedir.

“Yeni normal işte böyle artık maskeyle dolaşmak, kalabalıklara çok girmemek gibi. Hijyen kurallarını arttırmak. Sürekli her yerde dezenfektan olması. Yanımızda da kolonya, dezenfektan taşımak. İşte mesafeye dikkat etmek gibi gibi şeyler. Eskiden tabi çok rahatmışız. Çok rahat her yere girip çıkıyormuşuz. Şimdi öyle değil artık. Bundan sonra da eski normale dönebilir miyiz bilmiyorum. Bugün korona çıktı şimdi yarın da başka bi şey çıkarsa panikliyorum. Bu da habire mutasyona uğruyo bi şeyler oluyo. Sürekli tedbirli olmamız gerekiyor her daim.” (K3, Kadın, Kent)

K3 ise eski normale dönülüp dönülmeyeceği konusunda emin olamadığını fakat yeni tehlikelere karşı yine de tedbirli olmak gerektiğini belirtmektedir.

Köydeki katılımcılardan K10, K13 ve K15 ise, kalabalık bir ortamda bulunurken maske, sosyal mesafeye dikkat edilmesi gerektiğini belirtmekte ve ileriki dönemlerde başka hastalıkların ortaya çıkabilme ihtimaline karşı bu tedbirlerin sürekli hale gelmesi gerektiğini belirtmektedirler.

“Yeni normalde işte kalabalığa girmiyosun. Daha dikkatli olman gerekiyor. Eenerden geliyor bu havadan mı, ordan mı, burdan mı belli değil. Aşı vurulmayan

var. Eskiden çok rahatmışız. Şimdi öyle değil. Ama böyle de olması gerekiyor. Bu korona yarın başkası.” (K10, Kadın, Köy)

“Yani bizim hayatımızda çok çok fazla değişim olmadı demiştim ya. Ama yine de köyde de olsak bi şey alınacak edilcek, şehire inilcek o zaman maske takıyosun. Habire kolonya yanımızda. Şey de çok duyduk şehirdeki tanıdıklardan, evden çıkmamış çıkmamış bi kez çıkmış onda da kapmış. Bunları duyunca da insan iyice dikkat edeyim diyo. Şehire inmek eskisinden daha sıkıntı şimdi. Kalabalığa girerken beş kere düşünüyosun. Hep böyle olması lazım ama.”(K13, Kadın, Köy)

“Ne olursa kalabalıktan oluyo işte. Yoksa bizlik durum yoktu. Böyle devam etmeli eskiye dönülmemesi lazım gelir. Temiz oluncak, maske kalkar da diğer şeylerin kalması lazım.” (K15, Kadın, Köy)

Bütün sonuçlarla birlikte pandeminin bireyler ve toplumlar üzerindeki etkisi kurumsal dönüşümlere de sahne olmaktadır. Japonya’da pandemi nedeniyle sosyalleşmenin azalması ve yalnızlaşma sonucunda intihar vakalarının artması nedeniyle “Yalnızlık Bakanlığı” kurulmuştur. (Hürriyet Gazetesi, 5 Kasım 2021). Yapılan çalışmalar sonucunda, pandemi sonrasında küresel akıl hastalığı krizinin yaşanabileceği belirtilmektedir. (Ornell vd. 2021).

SONUÇ

İnsanların kavramları anlamlandırmaları ve gündelik hayatlarındaki ilişki pratiklerinde bu anlam ve değerlere göre hem bireysel hem de kurumsal çıktılarının izlenmesinde mekân önemli bir konuma gelmektedir. Sosyal bilimlerde de insana dair ilişki dinamikleri incelenirken kurulan nedensel bağlantılara mekân da dâhil edilmekte hatta bu ilişkilerin kurulmasında ve sürdürülmesindeki önemi birçok metodolojik çalışmada içerisinde de sorunsallaştırılmaktadır (Sayer, 2000). Kentsel ve kırsal alan özelinde tartışıldığında, bu mekânların kendilerine ait ilişki dinamiklerini ve kültürleri üretmesiyle paralel olarak aynı dönem içerisinde farklı anlayış ve etkileşim biçimlerinin belli olgular üzerinden değerlendirilmesi de önemlidir. Bununla birlikte farklılıklar yanında devam eden ve değişmeyen anlamların ve anlayışların analizi de insana dair anlayışların ortaya çıkarılmasında elzemdir.

Akıl hastalığı ve delilik olgunun hem tarihsel süreç içerisinde birçok toplumsal değişim ve dönüşümle insanların anlam dünyalarında farklılaşması ve bununla birlikte bu şekilde nitelendirilen bireylere özgü kurumların oluşturulması noktasında hem mikro hem de makro düzeyde bu olguyu önemli hale getirmektedir. Son dönemde özellikle sosyal problemlerin yoğunlukla yaşanması, kent hayatının stres yüklü olması ve bireylerin başarı odaklı rekabet içeren bir düzen içerisinde zorlayıcı koşullar altında hayatta kalmaya çalışmaları gibi nedenlerle psikolojik problemlerin sıklığı, psikiyatri kliniklerine başvurularda artış ve antidepresan kullanımındaki artış artık normal karşılanmaya başlamaktadır. Bununla birlikte bu araştırma akıl hastalığı ve delilik kavramlarının ve bu şekilde nitelendirilen bireylerin mekânsal ilişki dinamikleriyle bağlantılı olarak damgalama, dışlanma, bütünleşme gibi pratiklerle ilişkisi özelinde ele alınmaktadır.

Araştırmada kentsel alan olarak büyükşehir ve başkent olması sebebiyle kentsel ilişki dinamiklerinin yoğun olarak görüldüğü Ankara, kırsal alan olarak Samsun şehrinin Elmaçukuru Köyü seçilmiştir. Bu mekânlarda yaşayan bireylerle yapılan mülakatlardan elde edilen veriler ışığında kentsel kırsal alanlarda akıl hastalığı ve delilik olgusu anlaşılmasına çalışılmıştır. Bulgulardan, Anormallik: Tanımlalar ve İlişkiler, Kentsel ve Kırsal Alanda Akıl Hastalığı ve Delilik: Tanımlamalar ve İlişkiler, Akıl Hastalığı ve Delilik: Kurumlar temalarına ulaşılmıştır. Ayrıca araştırmanın saha kısmının pandemi dönemine denk gelmesi ve katılımcılarla karantina dönemi sonrası aşılama sürecinin bitmesine yakın mülakatların gerçekleştirilmesi nedeniyle,

Covid-19 sürecine dair ek bulgular da elde edilmiş ve bunla Covid-19: Psikososyal Etkileri ve Yeni-Eski Normal Kavramları temasıyla anlaşılmasına çalışılmıştır.

İlk olarak bireylerin normal-anormal anlayışlarının ne olduğunun anlaşılması ve anormal olarak nitelendirilen bireylerle ilişkilerin ne yönde olduğunun ortaya çıkarılması sorunsallaştırılmaktadır. Anormalliğin tanımlanmasında kentte ve köyde tanımlamaların farklı kodlar üzerinden gerçekleştiği görülmektedir. Ulaşılan sonuçlara göre, kentsel alanda yaşayan bireylere göre anormallik, bireylerin gözlemlenebilir fiziksel özelliklerindeki farklılık ve davranışsal farklılıkları üzerinden değerlendirilmektedir. Bireyler alışık olmadıkları, farklı, değişik fiziksel özellikleri ve bağırarak konuşma, el kol hareketleri, yürüyüş, bakış gibi davranışsal farklılıkları anormal olarak nitelendirmektedir. Kırsal alanda yaşayanlar ise anormallik tanımlamalarını, ilteşimsel farklılıklar ve kültürel değerlere aykırılık üzerinden değerlendirmektedirler. Bireyler ilişki içinde buldukları bireylerin beklentilere göre davranmaması ya da tutarsız davranmaları durumunda ve yaşadıkları kültüre özgü davranışlar dışında davrandıklarında böyle bireyleri anormal olarak tanımlamaktadırlar.

Anormallerle ilişki boyutu değerlendirildiğinde, ise sosyal izolasyon, damga ve kültürel değerlere uygunluk kavramlarına ulaşılmaktadır. Kentsel alanda yaşayan bireyler, toplumla bütünleşmemiş olan bireyleri anormal normal bulmakta ve bunu bireylerin tercihi olma noktasında değerlendirmektedir. Kırsal alanday yaşayanlar ise bunu anormal karşılamakta ve insan olmanın gereğinin selamlaşma-iletişim kurma ritüellerinin varlığıyla ilişkilendirmektedirler. Burada Hofstede (2010)'nin bireyci kültür ve toplulukçu kültür kavramları önemli olmaktadır. İlişkinin ikinci boyutu olan damga kavramında ise, herhangi bir akıl hastalığı ve delilik durumunun olmadığı koşullar altında kentsel alanda yaşayan bireylerin özellikle iş hayatlarını sekteye uğratacak anormal davranışlı bireylerle ilgili daha tepkisel olduğu ve iletişimi kesme/sonlandırma davranışlarında bulunacakları sonuçlarına ulaşılmıştır. Yine köyde yaşayan bireylerde de iletişim alanında anormal olarak tanımlanan bireylerle ilişkilerin yürütülemeyeceği ve etkileşimde bulunmaktan kaçınacakları sonuçlarına ulaşılmaktadır.

Kültürel değerlere uygunluk konusunda ise, kentte yaşayan bireyler, kozmopolitizm ve kültürel göreliliğin yoğun olarak görüldüğü alanlar olduklarından dolayı farklı kültürlere ve kendi kültürlerine aykırı davranışlarda bulunanlara karşı daha hoşgörülü olduklarını ifade etmekte ve bu konuda herhangi bir müdahalede bulunmayacaklarını ifade etmektedirler. Köyde yaşayan

bireyler ise kültüre uygun davranışlarla ilgili olarak daha hassastırlar. Kültüre aykırı davranan kişilere karşı daha tepkisel davranmakta, kişiyi uyaracaklarını ve müdahale edeceklerini belirtmekte ve eğer hareket ve davranışlara devam edilirse iletişim ve ilişkilerini keseceklerini belirtmektedirler.

Kentsel ve kırsal alanlarda akıl hastalığı ve delilik olgusunun ele alınmasında, akıl hastalığı ve delilik yine tanımlamalar ve ilişkiler teması üzerinden ele alınmıştır. Tanımlamalar kategorisi altında, deliliğin tanımı, akıl hastalığı/delilik ayırımı, kentsel/kırsal alana göre farklılaşma ve akıl hastalığının nedenleri temasına ulaşılmıştır. Hem kentsel hem kırsal alanda yaşayan bireyler, deli kişi tanımını nedensiz ya da amaçsız davranışlarda bulunan, bulunulan ortama uygun davranmayan kişiler, tutarsız davranan kişiler, bilinçsiz ve kontrolsüz olan kişiler olarak yapmaktadır. Yine toplumsal rollerine uymayan kişileri de deli olarak nitelendiren kişiler olmuştur. Akıl hastalığı/delilik ayırımında yine kentsel ve kırsal alana göre aynı cevaplar yoğunluktadır. Bireyler akıl hastalığı/delilik ayırımını tedavi edilebilir olma/olmama üzerinden tanımlamaktadır. Akıl hastalığı tedavi edilebilen bir şey olarak tanımlanırken, delilik tedavisi olmayan, kalıtsal olarak tanımlanmaktadır. Bireylere akıl hastalığı ve delilik kavramının kentsel ve kırsal alanlara göre farklılaşıp farklılaşmadığı sorulduğunda katılımcıların hepsi farklıdır yanıtını vermiştir. Kentte yaşayanlar köyde yaşayanların akıl hastalığına sahip olan bireyleri ve tedavi sürecinin daha fazla damgaya maruz bırakacağı üzerinden değerlendirirken, köyde yaşayan katılımcılar, kentteki bireylerin bireyci yaşam tarzlarından dolayı, akıl hastalığı ya da deli olarak nitelendirilen bireyler konusunda duyarsız olarak nitelendirmektedirler. Burada akıl hastalığı ve delilik olgusundan ziyade, kentlilerin köyde yaşayan bireylerle ilgili, köyde yaşayan bireylerin de kentte yaşayan bireylerle ilgili bir önyargı ve damgada bulunduğu söylenebilir. Akıl hastalığı ve deliliğin nedenleriyle ilgili olarak, bireyler hem genetik hem de toplumsal sorunların akıl hastalığının nedeni olabileceği konusunda hemfikirdirler. Özellikle ekonomik sorunlar, yoksulluk, afet durumları ve güncel olarak yaşanan Covid pandemisi gibi sorunların bireylerde psikolojik problemlere neden olabileceği bunun yanında kalıtsal olarak aileden gelen genetik sorunların da böyle bir duruma yol açabileceğine dair yorumlarda bulunmuşlar.

Akıl hastalığı ve delilikle ilgili ilişkilerin anlaşılmaya çalışıldığı ilişkiler kategorisinde, toplumsal hafıza olarak damga, iletişim, bütünleşme/tampon ilişki alanı olarak aile alt kategorilerine ulaşılmıştır. Damga kavramı ayrıca iletişim alt kategorisinde de iletişimsel süreçlerde akıl hastası ve deli olarak nitelendirilme ve etkileşimde bulunulması/ bulunulmaması

durumlarında da karşımıza çıkmaktadır. Toplumsal hafıza olarak damga kavramına yer verilmesinin nedeni bireylerin kendi hayatlarında böyle bireylerle ilgili herhangi olumsuz bir düşünce ve tavırda bulunmamasına rağmen, tarihsel süreç içerisinde akıl hastalığı ve deliliğe bakışın ve anlayışın pratik bir çıktısı olarak görünen ve damga içeren atasözlerine katılımlarının nasıl olduğunun görülmesi açısından önemlidir. Katılımcıların çoğu, “Ağlama ölü için, ağla deli için” atasözüne katıldıklarını belirtmişler ve deliliği başkasına bağımlı olma, hayat boyu uğraştırıcı ve sıkıntı yaratıcı biri olarak yorumlamışlardır. “Demir ıslanmaz, deli uslanmaz.” atasözüyle ilgili olarak da deliliğin kalıtsal ve tedavi edilemez tanımlanması üzerinden anlayışla paralel olarak yorumlarda bulunulmuştur. “Her köyün bir delisi vardır.” sözünü ise bireyler klinik bir deli tanımlamasından ziyade topluluk içerisinde aykırı davranışlarda bulunan bir kişinin her zaman varolacağı üzerinden değerlendirmektedirler. Cevaplar kentsel alanda yaşayan katılımcılar ve kırsal alanda yaşayan katılımcılar açısından ortaktır.

Akıl hastalığı ve deliliğin iletişim alt kategorisinde ise, yüzyüze bireysel iletişim, topluluk içinde iletişim ve tanıdık olma durumu ve hastalığın derecelendirilmesi/iletişim eşiği üzerinden analiz yapılmıştır. Akıl hastası ya da deli olarak nitelendirilen bireylerle yüzyüze bireysel iletişimde, böyle bireylerin saldırgan, tehlikeli ve şiddete eğilimli olacağına dair damgalama mevcut olmakla birlikte, kentsel alanda yaşayanlar böyle bir tehlike olmadığı durumlarda bireysel olarak yüz yüze iletişimde bulunmaktan kaçınmayacaklarını ifade etmektedirler. Fakat köyde yaşayan katılımcılar kesinlikle iletişimde bulunmak istemediklerinden bahsetmekte, bununla birlikte bireysel yüzyüze iletişimde toplumsal cinsiyet faktörü de ortaya çıkmaktadır. Topluluk içerisinde ise hem kentsel hem de kırsal alanda yaşayan bireyler, ters giden bir durumda müdahalede bulunmanın kolay olacağını ifade ederek yani aslında sosyal ortamda diğer insanların varlığının bir güven unsuru olarak teşkil edeceği düşünülmüş olabileceğinden sosyal etkileşim ve faaliyetlerde bulunmaktan kaçınmayacaklarını ifade etmektedirler.

Akıl hastası ya da deli olarak nitelendirilen bireylerin tanıdık olma durumu ise, katılımcıların birincil ilişkilerin önemi ve derinliği sebebiyle dışlamaya ya da damgaya başvurmayıp, o kişiye sosyal destek sağlamak konusunda hazır olma durumuna getirmektedir. Akıl hastalığına sahip olan bireylerle iletişimde hastalığın derecelendirilmesi alt kategorisinde ise, bireyler iletişim kurarken böyle bireylerin en azından derdinin anlatabilecek kadar kendini ifade edebilmesi konusu üzerinde durmakta yani bir iletişim eşiğinden bahsetmektedirler. İletişimin kurulma boyutu üzerinden de bir hastalık derecelendirilmesinde bulunmakta bu da iletişim kurma noktasında bireylerin akıl hastası olarak nitelendirilen bireylerin toplumsal bütünleşme

seviyeleriyle ilgili anlayışlarını oluşturmaktadır. Diğer bir kategori olan, ikincil damgalama yerine tampon bir ilişki alanı olarak aile bölümü ise, akıl hastası ya da deli olarak nitelenen bireylerin ailelerine de damga bulaşması ve böyle kişilerle etkileşim ve iletişimin sınırlandırılması sonucuna karşın olarak bu çalışmada bu şekilde nitelendirilen bireylerin ailelerinin varlığının böyle kişilerle etkileşim ve iletişimde bulunmada ve toplumsal bütünleşme sağlanmasında rahatlatıcı bir unsur olduğu yönündedir.

Akıl hastalığı ve delilik: Kurumlar temasında ise, uzman iktidarı ve kurumsal kapatılma alt kategorilerine ulaşılmıştır. Bu kategori özellikle akıl hastalığı ve delilik olgusunun kurumsal düzeyde nasıl ele alındığıyla ilgili sonuçlar açısından önemlidir. Uzmanlığın en görünür mekânı olan kentlerde uzmanlar iktidarını kaybediyor mu? bölümünde kentsel alanlarda yaşayan bireylerin özellikle antidepresan ve sakinleştirici ilaç kullanımı konusunda uzmanlar yerine kendi başlarına hareket ettikleri, tedavi sürecini kendi kendilerine sonlandırdıkları sonuçlarına ulaşılmıştır. Kırsal alanlarda yaşayanlar ise, doktorun dediklerini harfiyen yerine getirdiklerini ifade etmişlerdir. Yani kırsal alanda uzmanlar hala iktidar sahibiyken, kentte uzmanların iktidarı sarsılmış gözükmemektedir.

Kurumsal kapatılmayla ilgili bölümde ise, bireylerin eğer saldırgansa kesinlikle kapatılması ve toplumsal alandan uzaklaştırılması fikri hem kentsel alanda yaşayanlar hem de kırsal alanda yaşayan bireyler açısından ortaktır. Bu şekilde olan kişilerin tedavi edilmesine dair anlayış mevcuttur. Bununla birlikte katılımcılardan bazıları böyle bireylerin hem hapis haneye gönderilmesi gerektiği, bazıları ise sadece akıl hastanesine ya da sadece hapis haneye gönderilmesi gerektiğini söylemektedir. Yani akıl hastanesi mi, hapis hane mi ikilemi bireylerin zihinlerinde hala devam etmektedir.

Ek bulgular bölümünde ise Covid-19 pandemisi sürecine değinilmiştir. Covid-19 pandemisiyle ilgili olarak bireyler yalnızlık, endişe, belirsizlik, sevdiklerini kaybetme korkusu, panik ve uzun dönemde de can sıkıntısı gibi duygular yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Kırsal alanda yaşayanlar coğrafi konumlarından dolayı köye ulaşım zor olduğundan ve bununla birlikte yerleşim alanlarında evler birbirlerine uzak olduğundan dolayı bu durumdan daha az etkilendiklerini belirtmişlerdir. Bireylere eski normal/ yeni normal kavramları da sorulmuştur. Katılımcılar, maske kullanımı, hijyen kurallarına dikkat, dezenfektan kullanımı ve sosyal mesafeye uyulmasının yeni normal olduğunu ifade etmektedirler.

KAYNAKÇA

- Adhanom GT. (2020). “Addressing Mental Health Needs: An Integral Part of COVID-19 Response”. *World Psychiatry*.19(2):129-30.
- Akbulut, M. Kaya, A. (2021). “Küresel İklimDeğişikliğinin Psikolojik Boyutu”. *Gümüşhane ÜniversitesiSağlık Bilimleri Dergisi*. 10(3): 581-587
- Akın, Haydar. (2014). Antikçağdan Yeniçağa Delilik, Melankoli ve Cinlenme Avrupa’da Aykırı Olma Halleri Üzerine Tarihsel Bir İnceleme. Hacettepe Üniversitesi: Basılmamış Doktora Tezi
- Alataş, G. Karaoğlan, A. Arslan, M. Yanık, M. (2009). *Hacettepe Üniversitesi Nöropsikiyatri Arşivi*. s.25-29
- Altınbaş K. Tunç, S. Yazar, M.N. Özçetinkaya, S. Gülöksüz S. Oral, E.T. (2011). “Kraepelin Bugün Yaşasaydı Dikotomi Varlığını Sürdürüyor Olur muydu?” *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi Sayı.24:321-330*
- Angermeyer MC, Dietrich S. (2005). Public Beliefs About and Attitudes Towards People WithMmental Illness: A Review of Population Studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006: 113:163–179..
- Aron, R. (2010). Sosyolojik Düşüncenin Evreleri. Korkmaz Alemdar (Çev.). İstanbul:Kırmızı
- Artvinli, E. Etker, Ş. (2013). “Bimarhaneler ve Mecanin Yönetimi: İki Taslak ve Süregelen Tartışma”. *Osmanlı Bilimi Araştırmaları, XIV/2:1-40*.
- Aslan, S. Yılmaz, A. (2021). “Modernizme Bir Başkaldırı Projesi Olarak Postmodernizm.” *C.Ü İktisadive İdari Bilimler Dergisi, Sayı:2, Cilt:2, s. 93-108*
- Aşkın,R. Bozkurt,Y. Zeybek,Z. (2020). Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı Yıl:19 Sayı:37 Bahar (Özel Ek) s.304-318*
- Baltacı NN, Coşar B. (2020) COVID-19 Pandemisi ve Ruh Beden İlişkisi. Behçet Coşar (Ed.) içinde Psikiyatri ve COVID-19. s.1-6. Ankara: Türkiye Klinikleri
- Barthes, R. (1993). Göstergibilimsel Serüven. (Çev.) Mehmet Rifat- Sema Rifat. İstanbul: Yapı Kredi

- Becker, H.S. (2015). Hariciler. Leven Ünsaldı, Şerife Geniş (Çev.). Ankara:Heretik
- Bekiroğlu, S. (2021). “Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere Yönelik Damgalama: Etkileyen Faktörlere ve Bireyler Üzerindeki Etkilerine Dair Kavramsal Bir Çalışma”. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, Cilt:17, 33:597-618*
- Bilton, T. (2009). Sosyoloji. Kemal İnal (Çev.). Ankara:Siyasal
- Binbay, Tolga, et al. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemantik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi, 2011, 22.1: 40-52.*
- Bott, E. (1971), Family and Social Network, New York: Free Press.
- Boz C., Özdemir M. & Çalgı B. (2020). “Mental Hastalıkların Prevalansına Göre OECD Ülkelerinin Çok Boyutlu Analizi ve Moora yYöntemi ile Sıralanması.” *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi, 11(Ek), 245-256.*
- Burik, S. (2009). Opening Philosophy to the World: Derrida and Education in Philosophy. *Educational Theory, 59(3), 297-312.*
- Burger, J.M. (2006). Kişilik. İnan Deniz Erguvan Sarıoğlu (Çev.) İstanbul:Kaknüs
- Butcher, James N. Mineka, S. Hooley, Jill M. (2013). Anormal Psikoloji Temel Kavramlar. Orhan Gündüz (Çev.). İstanbul:Kaknüs
- Candansayar,S. (2020). Salgınlar ve Ruh Sağlığı. O. Şadi Yenen, Selim Badur (Ed), *Pandemi ve Covid-19 içinde (s.347-371).* İstanbul:Ayrıntı.
- Canguilhem G. (2018). Normal ve Patolojik. P. Akgün (Çev.). İstanbul:MonoKL. (Orijinal ilk baskı. 1966).
- Chodorow, N.J. (2007). Duyguların Gücü. Jale Özata Dirlikyapan (Çev.). Ankara: Metis
- Cirhinlioğlu, F., Aktaş, V., Özkan, B.Ö. (2006). “Sosyal Temsil Kuramına Genel Bir Bakış”. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi Cilt :30 2:163-174.*
- Comte, A. (1964). Pozitif Felsefe Dersleri. Ümid Meriç. (Çev.). Comte, A. (1964). *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi, 2(19-20), 213-258.*
- Coward, R., Ellis, J., & Tarım, E. (1985). Dil ve Maddecilik: Semiyolojideki Gelişmeler ve Özne Teorisi. Ankara: İletişim

- Creswell, J. (2013). Nitel Araştırma Yöntemleri Beş Yaklaşımına Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni. Mesut Bütün, Selçuk Beşir Demir. (Çev. Ed.). Ankara: Siyasal
- Çiçekoğlu, P. Duran, S. (2018). Dünya’da ve Türkiye’de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. Ünsal Barlas G. (Ed.). Ankara: Türkiye Klinikleri. s.8-14
- Derrida J. (1999). Differance. Toplumbilim, (Çev.) Önay Sözer, s.49-61. İstanbul: Bağlam
- Doğan, M.M, Düzel, B. (2020). “Covid-19 Özelinde Korku-Kaygı Düzeyleri.”*Turkish Studies*, 15(4), 739-752. <https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.44678>
- Duan L, Zhu G. (2020). Psychological Interventions for people Affected by the COVID-19 Epidemic. *The Lancet Psychiatry*. Volume:7 Issue:4 p.300-302.
- Durkheim, E. (1982), The Division of Labour in Society, London: Routledge
- Durkheim, E. (1994). Sosyolojik Metodun Kuralları. Enver Aytekin (Çev.). İstanbul:Sosyal.
- Eagleton, T. (2011) Potmodernizmin Yanılsamaları (Çev.) M. Küçük. İstanbul: Ayrıntı
- Erdoğan Y, Koçoğlu F, Sevim C. (2020). “Covid-19 Pandemisi Sürecinde Anksiyete ile Umutsuzluk Düzeylerinin
- Erkoç S, Kardeş F, Artvinli F. (2020). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Kısa Tarihi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25. Yıl Özel Sayı
- Psikososyal ve Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi.”*Klinik Psikiyatri Dergisi* 23 journalagent.com
- Fielding, N. Thomas, H. (2008). Qualitative Interviewing. (içinde) Nigel Gilbert (2008) (Ed.). Researchin Social Life. California: SAGE
- Foucault, M. (Ed.) (2021). Bir Aile Cinayeti. Erdoğan Yıldırım, Alev Özgüner (Çev.). İstanbul: Ayrıntı
- Foucault, M. (2017). Deliliğin Tarihi. Mehmet Ali Kılıçbay (Çev.). Ankara:İmge.
- Foucault, M. (2014). Kliniğin Doğuşu. S.Ünsaldı(Çev.). Ankara:Epos.
- Foucault, M. (2000). Psikoloji ve Ruhsal Hastalık, İstanbul: Birey Yayıncılık.

- Foucault, M. (2003). İktidarın Gözü Seçme Yazılar 4. İstanbul: Ayrıntı.
- Foucault, M. (2011). Büyük Kapatılma Seçme Yazılar 3. İstanbul: Ayrıntı.
- Funaki, T. (2009). “Nash: Genius With Schizophrenia or Vice Versa?”, *Journal of Community Health and Clinical Medicine for the Pacific. Vol:15, 2:129-139.*
- Gane, M. (2017). August Comte. Peter Hamilton(Ed.).*Key Sociologist.* içinde London:Routledge.
- Gerlinger, G., Hauser, M., Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., Correl, C.U., (2013). “Personal Stigma In Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review of Prevalence Rates, Correlates, Impact and Interventions”. *World Psychiatry 12:155–164.*
- Giddens, A. (2019). Modernite ve Bireysel Kimlik. Ümit Tatlıcan (Çev.). İstanbul:Say
- Giddens, A., Sutton, P.W. (2020). Sosyolojide Temel Kavramlar. Ali Esgin(Çev.). Ankara:Phoenix.
- Goffman, E. (2018). Damga. Leven Ünsaldı (Çev.). Ankara: Heretik.
- Hofstede, G. (2001). Culture’s Consequences: Comparing Values, Behaviours, Instutions, and Organizations Across Nations. California: SAGE.
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. Online Readings in Psychology and Culture, 2(1). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014>
- Hoy, D. C. (1997). Post-Cartesian Interpretation: Hans-Georg Gadamer and Donald Davidson. na.
- İçli, T.G. (2013). Kriminoloji. Ankara: Seçkin.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (2010). Günümüzde İnsan ve İnsanlar. İstanbul:Evrım.
- Kargı, A. Özer, E.(2007). Patolojiye Giriş ve Tarihçe. Gamze Mocan Kuzey (Ed.). *Temel Patoloji* içinde (s.9). Ankara: Güneş Tıp.
- Kayabaşı, E. (2020). “Covid-19’un Piyasalara ve Tüketici Davranışlarına Etkisi”. *ASEAD Cilt:7 Sayı:5 s.15-25 ISSN:2148-9963*

- Kazancıgil, A. (2004). “Türkiye’de Tıp Tarihi” *Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi, Cilt 2, 4: 213-232.*
- Kılıç, A.K. Yılmaz, S. (2018). “Türkiye’de Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Kurum Bakım Hizmetleri ve Bu Hizmetlerde Sosyal Hizmet Uygulamaları”. *Pamukkale Journal of Eurasian Socioeconomic Studies. Cilt:5, Sayı:1, s.1-14*
- Kılıç, C. (2020). “Türkiyw’de Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı ve Ruhsal Tedavi Konusunda Neredeyiz?Toplum ve Hekim, 35(3), 179-187.
- Kılıç, R. (2013). “Osmanlı Devletinde Deliliğin Tarihi: Toptaşı Örneği”. *Bilig 62:91-110.*
- Kivisto, P. (2021). Sosyal Teori Kökler ve Dallar. (Türkçe Ed. Aylin Görgün Baran, Aydın Gelmez, Selda Taşdemir Afşar.) İzmir: Isık
- Kring, A.M. Johnson, S.L. Davison G.C. Neale J.M. (2019). Anormal Psikolojisi. Muzaffer Şahin (Çev. Ed.). İstanbul: Nobel.
- Kurtuluş M. (2016). “Osmanlı’nın Meczubları ve Mecnunları: Erken Modern Dönemde Hastaneler ve Deliliğe Bakış”. *Milli Folklor, 110;100-113.*
- Küçükalp, K. (2008). Batı Metafiziğinin Dekonstrüksiyonuna Yönelik İki Yaklaşım: Heidegger ve Derrida (Basılmamış Doktora Tezi)
- Küey L, Üstün TB, Güleç C (1987) Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme Çalışması. *Toplum ve Hekim, 44: 16-30.*
- Levin, W.C. (2005). “Cultural Commentary: Ted, Terrel and Angie and Limits of Sociopathy”. *Bridgewater Review, Vol:24, 2:25-27.*
- Livingston, J.D., Boyd, J.E., (2010). “Correlates and Consequences of Internalized Stigma for People Living With Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis”. *Social Science&Medicine 71:2150-2161 doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.030*
- Lucy, N. (2003). Postmodern Edebiyat Kuramı: Giriş. (Çev.) Aslıhan Aksoy. İstanbul: Metis
- May, Rollo. (2019). Yaratma Cesareti. Alper Oysal(Çev.). Ankara: Metis.
- McInlay, A., Potter, J., (1987). Social Representations: A Conceptual Critique”. *Journal for the Theory of Social Behaviour 17:471-487.*

- Memiş Doğan M, Düzel B. (2020). Covid-19 Özeline Korku-Kaygı Düzeyleri. *Turkish Studies*, 15(4), 739-752. <https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.44678>
- Millon, T. Grossman, S. Millon, C. Meagher, S. Ramnath, R. (2019). Modern Yaşamda Kişilik Bozuklukları. Elif Okan Gezmiş (Çev.). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür.
- Mills, J. Birks, M. (2014). *Qualitative Methodology: A Practical Guide*. London: SAGE
- Misztal, B.A. (2001). "Normality and Trust in Goffman's Theory of Interaction Order". *Sociological Theory*. 19(3):312-324. doi:[10.1111/0735-2751.00143](https://doi.org/10.1111/0735-2751.00143)
- Narter, M. (2003). "Deliliğin Sosyal Temsilleri". *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, Cilt:3 7:23-70
- Nassar, S. (2002). Akıl Oyunları. Petek Demir (Çev.). İstanbul: Altınkitaplar.
- Nerse, S. (2014). Türkiye Kır Çalışmalarında Paradigma Değişimi, *Sosyoloji Dergisi*, 3. Dizi, 29. Sayı, 2014/2, s.165-179
- Nerse, S. Türk, E. (2017). Kırsal ve Kentsel İlişkilerde Değişim: Yeni Tanımlamalar ve Kavram Okumaya Yönelik Bir Analiz. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 5, Sayı: 63, s. 504-525
- Netflix (2019). *Conversations With A Killer: Ted Bundy Tapes*.
- Neuman, W.L. (2006). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri, Nitel ve Nicel Yaklaşımlar*. Sedef Özge. (Çev.). Cilt 1. Cilt 2 Ankara: Yayın Odası.
- Nowak, M.A. (2015). "John Forbes Nash Master of Games and Equations." *Nature*, vol:522, June, s.420
- Ozankaya, Ö. (1999). *Toplumbilim*, İstanbul: Cem
- Öztürk, A. (2010). *Postyapısalcılık*. Ankara: Phoenix
- Öztürk İ., Akalın S., Özgüner İ., Şakiroğlu M. (2020). Covid-19 Salgınının ve Karantinanın Psikolojik Etkileri. *Turkish Studies*, 15(4), 885-903. <https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.44885>
- Perri 6, Bellamy, C. (2012). *Principles of Methodology Research Design in Social Science*. California: SAGE

- Poloma, M.M. (2012). *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*. Hayriye Erbaş (Çev.). Ankara: Palme.
- Porta, D. Keating, M. (2008). *Approaches And Methodologies in Social Sciences A Pluralistic Perspective*. New York: Cambridge University Press
- Ritzer,G. (2008). *Modern Sosyoloji Kuramları*. Himmet Hülür (Çev.). Ankara: De Ki.
- Rateu, P., Moliner, P., Guimelli, C., Abric, J.C. (2012). “Social Representation Theory”. <https://www.researchgate.net/publication/292251059>
- Ritzer, G. Stepnisky, J. (2013). *Çağdaş Sosyoloji Kuramları ve Klasik Kökleri*. Irmak Ertuna Howison (Çev.). Ankara: De Ki
- Robinson, W. D., Springer, P. R., Bischoff, R., Geske, J., Backer, E., Olson, M., ... Swinton, J. (2012). Rural experiences with mental illness: Through the eyes of patients and their families. *Families, Systems, & Health, 30(4), 308–321*.
- Sağır, A. (2017). *Ölüm Sosyolojisi*. Ankara: Siyasal
- Sarup, M. (1993). *An Introductory Guide to Post-Structuralism and Postmodernism*. UK: Harvester Wheatsheaf
- Saussure, F. D., & Dersleri, G. D. (1998). (Çev.) Berke Vardar. İstanbul: Multilingual
- Sass, Louis A. (2011). *Delilik ve Modernizm*. Ender Gürol (Çev.). İstanbul: AlfaSayar, K. (1998). “Kültür ve Psikopatoloji”. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni Cilt:8, Sayı:3, s.176-179*.
- Sayer, A. (2002). *Realism and Social Science*. London: SAGE
- Sayer, A. (2016). *Sosyal Bilimde Yöntem*. Sabri Gürses (Çev.). İstanbul: Küre
- Selden, R. (2004). *From Formalism to Poststructuralism*. Semantic Scholar. Corpus ID:170579824
- Shreber, D.P. (2005). *Akıl Hastalığının Hatıratı*. Aylin Kayapalı (Çev.). İstanbul: Pinhan
- Simmel, G. (1903). *Metropol ve Zihinsel Yaşam*. (İçinde). *Modern Kültürde Çatışma* (2003). Tanıl Bora (Çev.). İstanbul: İletişim
- Songur, C. Kıran, Ş. (2017). Avrupa’da ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *Social Sciences Studies Journal. Cilt:3, Sayı:4, s. 276-289*

- Strong, P. (1990). Epidemic psychology: a model. *Sociology of Health & Illness*, 12(3), 249-259. (251)
- Swingewood, A. (2004). *Sosyolojik Düşüncenin Kısa Tarihi*. Osman Akınhay (Çev.) Ankara: Bilim ve Sanat
- Taub A. (2020) A New Covid-19 Crisis: Domestic Abuse Rises Worldwide 2020;6. <https://chescocf.org/wpcontent/uploads/2020/04/Domestic-Abuse-Rises-WorldwideNew-York-Times.pdf>
- Tezcan, M. (1970). Sosyolojik Yönden Köy. *Amme İdaresi Dergisi*, 3(3), 151-182.
- Tunaboşlu İkiz, T. (1999). “Türk Psikiyatri Tarihi be Psikanalizin Yeri”. *Teorübt Psikoloji Çalışmaları F. 11* s.160-165
- Tomasello, M. (2019). İnsan İletişiminin Kökenleri. Gürol Koca. (Çev.). İstanbul: Metis.
- Turner, B.S. (2020). *Sosyoloji Sözlüğü*. Kasım Akbaş, Adem Beyaz(Çev.). İstanbul:Pinhan
- Turner, B.S. Elliot, A. (2017). *Çağdaş Toplum Kuramından Portreler*. Barış Özkul (Çev.). İstanbul: İletişim
- Turner, J.H. Beeghley, L. Powers, C.H. (2012). *Sosyolojik Teorinin Oluşumu*. Ümit Tatlıcan (Çev.) İstanbul: Sentez
- Tükel, R. (2020).Covid-19 Pandemi Sürecinde Ruh Sağlığı. Türk Tabipleri Birliği Covid-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Politikası (2006). https://yunus.hacettepe.edu.tr/~ihsandag/index_dosyalar/tcruhsagligipolitikasi.pdf
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011). <https://docplayer.biz.tr/2527563-T-c-saglik-bakanligi-ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani-2011-2023.html>
- Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013) içinde Ruh Sağlığı Sorunları. s.235-248

<https://docplayer.biz.tr/2527563-T-c-saglik-bakanligi-ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani-2011-2023.html>

Türkiye Psikiyatri Derneği Yoksullukla Mücadele Günü Basın Açıklaması (2014)-
(<https://psikiyatri.org.tr/basin/394/dunya-yoksullukla-mucadele-g>)

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu (1998). <https://doczz.biz.tr/doc/51570/turkiye-ruh-sagligi-profil-raporu>

Tyler, A., Slater T. (2018). “Rethinking the Sociology of Stigma”. *The Sociological Review Monographs*.66(4) 721–743

Usubütün, A. Gediklioğlu G. (2007). Türkiye’de Patolojinin Gelişimi. *Türk Patoloji Dergisi* 23(2):68-73

Uz, K. Kaya, K. (2018). “Otizmli Çocuklara ve Ailelerine Yönelik Damgalama”.*Journal of History Culture and Art Research*, 7(1), 663-683.
doi:<http://dx.doi.org/10.7596/taksad.v7i1.1411>

Üzelgün, M. (2015). “Sosyal Temsil Çalışmaları İçin Sistemik Bir Yöntem Olarak Argüman Analizi”. *Psikoloji Çalışmaları* 35-2:71-90

Wagner, W., Duveen, G., Farr, R., Jovchelovitch, S., Cioldi, F., Markova, I., Rapse, D. (1999). “Theory and Method of Social Representations”. *Asian Journal of Social Psychology* 2: 95–125.

Weber, M. (2003), Şehir/Modern Kentin Oluşumu, Çev. Musa Ceylan, İstanbul: Bakış Yayınları

WHO 2020(a) Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 1

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4

WHO 2020(b) Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10

WHO 2020(c) Q&A: Violence against women during COVID-19

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/violence-against-women-during-covid-19>.

Wirth, Louise. (2002) “Bir Yaşam Biçimi Olarak Kentleşme”. Ayten Alkan, Bülent Duru (Der. ve Çev.), 20. Yüzyıl Kenti. İmge Yayınevi, Ankara, 2002, s.77-106

Wissler, Robert W. (1978) “The Pathos of Pathology and a Possible Cure: H. P. Smith Memorial Lecture”. *American Journal of Clinical Pathology*, Volume 69, Issue 3, pg. 267–275

<https://doi.org/10.1093/ajcp/69.1.267>

Ritzer, G. (2011) Küresel Dünya. Melih Pekdemir (Çev.). İstanbul: Ayrıntı

Rorty, R. (2006). Felsefe ve Doğanın Aynası, (Çev. Funda Günsoy Kaya), İstanbul: Paradigma Yayıncılık.

Zümrüt, N., Şen, S., Rodop, A.B. (2020). “Psikopat Kavramının Türkiye’deki Temsilleri”. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 45:492-509

<http://www.turkpath.org.tr/content.php?id=5580&type=category>

https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml31_turkish_2ndedition.pdf

<https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2020/supporting-turkish-mental-health-policy-and-service-delivery>

1924 Tarihli Köy Kanunu, s.237 <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.442.pdf>

EK 1:**GÖRÜŞME SORULARI****Demografik Sorular:**

- 1) Cinsiyetiniz?
- 2) Yaşınız?
- 3) Medeni durumunuz nedir?
- 4) Doğum yeriniz?
- 5) Eğitim durumunuz nedir?
- 6) Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
- 7) Ailedeki toplam birey sayısı kaçtır?

Yarı Yapılandırılmış Sorular:

- 8) Gündelik hayatta çevrenizde karşılaşmış olduğunuz davranışlardan size anormal gelen davranışları örneklendirebilir misiniz? Tam olarak hangi davranışlar, hareketler, tavırlar size anormal gelmektedir? Neden?
- 9) Siz kişileri neye göre/neden anormal olarak değerlendirirsiniz?
- 10) Sizce deli kime denir?
- 11) Sizce akıllı kime denir?
- 12) Kültürünüze aykırı davranışlarda bulunan insanları nasıl değerlendirirsiniz?
- 13) “Ağlama ölü için, ağla deli için.” atasözünü hiç duydunuz mu? Sizce bu atasözü ne anlama gelmektedir? Bu atasözünde haklılık payı olduğunu düşünüyor musunuz?
- 14) “Demir ıslanmaz, deli uslanmaz.” atasözünü hiç duydunuz mu? Sizce bu atasözü ne anlama gelmektedir? Bu atasözünde haklılık payı olduğunu düşünüyor musunuz?
- 15) “Her köyün bir delisi vardır.” sözünü nasıl değerlendirirsiniz?
- 16) Anormal davranışlarda bulunduğunu düşündüğünüz kişilerle rahat iletişim kurabilir misiniz?
- 17) Tamdık (aile, akraba, komşu, aile arkadaşı, iş arkadaşı vb.) kişilerin farklı ya da anormal davranışlara sahip olması sizi nasıl etkiler? Böyle bir deneyiminiz var mı?

- 18) Tanıdık (aile, akraba, komşu, aile arkadaşı, iş arkadaşı vb.) kişiler size önceden normal gelirken daha sonra anormal gelen davranışlarda bulunması söz konusu oldu mu? Böyle bir durumla karşılaştığınızda nasıl hissettiniz?
- 19) Sizce toplumla kaynaşmayan ya da sosyalleşmeyen bir kişi nasıl bir kişidir? Sizce böyle bir durumun olmasının nedeni ne olabilir?
- 20) Deli ya da akıl hastası dendiği zaman zihninizde nasıl bir kişi canlanmaktadır?
- 21) Sizce deli ya da akıl hastası olan insanlar kendilerini nasıl belli ederler? Siz kimleri böyle değerlendirirsiniz?
- 22) Akıl hastası ya da deli biri gördüğünüzde içinizde hangi duygular uyanır?
- 23) Sizce akıl hastalığı ya da delilik tedavi edilmesi gereken bir şey midir? Sizce kişi bu tedaviyi en iyi nereden elde edebilir?
- 24) Sizce akıl hastalığına sahip olan ya da deli olarak nitelendirilen kişiler mutsuzlar mıdır?
- 25) Sizce akıl hastalığına sahip olmak kişinin karakteriyle ilgili bazı ipuçları verir mi?
- 26) Sizce akıl hastalığı ve delilik aynı şeyler midir?
- 27) Sizce akıl hastalığı genetik mi, yoksa toplumsal etkenler de rol oynar mı? Eğer oynadığını düşünüyorsanız bu etkenler neler olabilir?
- 28) Şu ana kadar çevrenizde akıl hastası olarak nitelenen biri oldu mu?
- 29) Çevrenizdeki akıl hastası olduğunu bildiğiniz bir kişiyle hiç iletişim kurdunuz mu? Birlikte herhangi bir paylaşımda bulundunuz mu? Nasıl?
- 30) Öyle bir kişiyle aynı ortamda bulunmak ya da iletişim kurma düşüncesi sizde nasıl bir his uyandırır?
- 31) Sizce kişiler çevrelerindeki kişilerle iletişim ya da uyum problemleri yaşıyorlarsa ilaç tedavisi almaları normal midir?
- 32) Akıl hastalığına sahip olduğunu bildiğiniz bir kişiyle ya da o kişinin ailesiyle birlikte sosyal faaliyetlerde bulunur musunuz? (Şehirde; sinema, tiyatro, yemek, davet, konser vs.) (Köyde; düğün, eğlence, yardımlaşma faaliyetleri)
- 33) Çevrenizdeki kişilerin (komşu, aile dostu, iş arkadaşı, mahalle sakini vs.) kendilerinde ya da ailelerindeki bireylerden birisine tıbbi bir akıl hastalığı teşhisi konduğu öğrenseniz, (raporlu deli?) bilseniz o kişi/kişilerle ilgili ne düşünürsünüz?
- 34) Böyle bir durumda sizce nasıl bir tavır göstermek gerekir/ gösterirsiniz?
- 35) Akıl hastalığına sahip olduğunu bildiğiniz bir kişiyle ya da o kişinin ailesiyle birlikte sosyal faaliyetlerde bulunur musunuz? (Şehirde; sinema, tiyatro, yemek, davet, konser vs.) (Köyde; düğün, eğlence, yardımlaşma faaliyetleri vs.)

- 36)** Akıl hastalığına sahip olduğunu bildiğiniz bir kişinin ailesiyle birlikte sosyal faaliyetlerde bulunur musunuz? (Şehirde; sinema, tiyatro, yemek, davet, konser vs.) (Köyde; düğün, eğlence, yardımlaşma faaliyetleri vs.)
- 37)** Köyde ve şehirde akıl hastalığı kavramının farklılık gösterdiğini düşünüyor musunuz? Eğer düşünüyorsanız neden?
- 38)** İletişim ve ilişki kurabildiğiniz (hatta iyi anlaştığınız) bir kişinin akıl hastası olma durumu sizin ilişkinizde bir değişikliğe neden olabilir mi? Neden?
- 39)** Çevrenizde psikiyatrik ilaç tedavisi ya da terapi alan kişiler olduysa önceki ve sonraki durumlarıyla ilgili bir değişiklik fark ettiniz mi? Bu farklılık sizin o kişiyle olan iletişiminizi ve ilişkinizi etkiledi mi? Ne yönde?
- 40)** Birinci dereceden (anne, baba, kardeş ya da yakın akrabalarından) yakınınızın ya da sizin herhangi zihinsel bir rahatsızlığı ya da psikolojik problemleri oldu mu? Siz bunları nasıl karşıladınız? Baş etmek için neler yaptınız?
- 41)** Sizce bir insanı çok yakından tanımak onun ruhsal durumuyla alakalı problemleri çözmede kişiye bir avantaj sağlar mı? İşe yarar mı? Neden?
- 42)** Tanıdığınız (aile, akraba, komşu vs.) akıl hastalığına sahip bir kişiyle baş başa kalmak size nasıl hissettirir? Neden?
- 43)** Tanıdığınız (aile, akraba, komşu vs.) akıl hastalığına sahip bir kişiyle kalabalık bir ortamda bulunmak size nasıl hissettirir? Neden?
- 44)** Hiç sakinleştirici kullandınız mı? Neden?
- 45)** Sakinleştirici ilaç kullanımını nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 46)** Master Chef'teki Murat'ın papağana gösterdiği davranışı nasıl değerlendiriyorsunuz? Akıl hastanesinde tedavi görmesi gerektiği kararı sizce doğru mu?
- 47)** Kent hayatında sizi strese sokan şeyler nelerdir?

EK 4: Fotoğraflar (Elmaçukurıu Köyü, Samsun)**Fotoğraf 1:****Fotoğraf 2:**

Fotoğraf 3:



Fotoğraf 4:

