

ŞİZOFRENİYLE İLİŞKİLİ KÜLTÜREL ETMENLER

Ebru Çobanoğlu*, Bora Baskak**

ÖZET

Kültürün etkisi psikiyatrik bozuklukların yalnızca epidemiyolojisi üzerine değildir. Belki de en kapsamlı çevresel etmen olarak kültür, psikiyatrik bozuklukların etiyojisine, fenomenolojisine ve tedavi süreçlerine de etki eder. Dahası psikiyatrik bozuklukların kavramsallaştırılması ve toplumda nasıl algılandığı da kültür tarafından şekillendirilir. Bu gözden geçirme yazısı sağlıklı ve meşru zihinsel işleyişin de kültür tarafından belirlendiği kabulüyle, şizofreninin farklı dönemler ve farklı coğrafyalarda tanımının kültürle nasıl etkileştiğini tartışmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, kültür, epidemiyoloji.

Cultural Factors Related With Schizophrenia

ABSTRACT

Cultural factors do not only interfere with epidemiology of psychiatric disorders., Culture, as the most inclusive environmental factor, effects the etiology, phenomenology as well as treatment of psychiatric disorders. Furthermore, culture also shapes perception and conceptualization of

* Arş. Gör., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

** Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

psychiatric disorders in the community. This review aims to discuss the interactions between cultural factors and definitions of schizophrenia in different countries as well as in different time periods.

Keywords: Schizophrenia, culture, epidemiology

GİRİŞ

Kültür; bir toplumda, bir kuşaktan diğerine, semboller, öğretiler ve deneyim yoluyla aktarılan gelenek ve davranış örüntülerinden oluşur. Sosyolojide insan eliyle düzenlenen çevresel etmenler kültürel etmenler olarak değerlendirilirken, genetik olarak aktarılan özellikler ya da doğanın kendiliğinden getirdiği değişiklikler (örneğin bir sel felaketi ya da bir virüs pandemisi) kapsam dışı bırakılır. Kültürel etmenler doğrudan gözlenebilen nesnel öğelerden (resim, edebiyat, mimari, aletler, makineler, yemek, giysiler ve ulaşım araçları vs.) oluşabildiği gibi davranışın gözlenmesi yoluyla anlaşılan öğeleri de kapsamaktadır (Henderson ve ark. 2010). Kültür kalıtılmaz ve sosyal olarak aktarılır. Buna göre insanlar kültürün kendisi ile değil, kültürü edinme potansiyeli ile doğar (Baskak ve Çevik 2007).

Kültür, bireyleri bir grup halinde birbirine bağlayarak onları diğerlerinden ayıran özellikleri belirler. Böylece hem bireysel kimliklerin hem de grup kimliklerinin oluşmasını sağlar (Henderson ve ark. 2010). Genel olarak insan gelişimine ve uyuma hizmet eder. Öte yandan, kültür zihinsel işleyiş bakımından da neyin meşru ve makbul olduğunun temel belirleyicisidir. Zihnin işleyişinde neyin normal, neyin normalden sapma olarak belirleneceğinde rol oynar (Kalra ve ark. 2012). Hatta yardım arama davranışı ve sağlık hizmeti kaynaklarının örgütlenme biçimi bile kültür tarafından belirlenir.

Görüldüğü üzere kültür tanımı son derece kapsayıcıdır. Bir hastalık – özellikle de bu makalenin konusunu teşkil eden, zihinsel işleyişle ilgili bir hastalık – söz konusu olduğu zaman, bununla ilişkili kültürel etmenler de aynı oranda kapsayıcı biçimde ele alınmalıdır. Bu gözden geçirme yazısı şizofreniyle ilişkili kültürel etmenleri ele almayı amaçlamaktadır. Bu amaçla önce kültürün genel olarak psikopatolojiyle ilişkisinin mekanizmaları üzerinde durulacak, daha sonra şizofreniyle kültürün ilişkisi çift yönlü olarak gözden geçirilecektir.

1.Kültürün psikiyatrik bozukluklarla ilişkisine dair paradigmlar

Kültür ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen transkültürel psikiyatri yazınında bu ilişki; mutlakçı paradigma, evrensel paradigma ve relativist paradigma olmak üzere üç farklı bakış açısı ile ele alınmaktadır. Günümüzde pek geçerli bulunmayan mutlakçı paradigmaya göre tüm normal dışı davranışlar tüm kültürlerde aynı sıklık ve benzer özelliklerle ortaya çıkar. Evrensel paradigma ise farklı kültürler arasında psikopatolojilerin küçük farklılıklar gösterse de tanısal kavramsallaştırmaların evrensel olarak ele alınması gerektiğini savunur. Bu yaklaşıma göre semptom ve sendromlar yer ve kültürden çok etkilenmez (Baskak ve Çevik 2007, Berry ve ark. 1992). DSM sınıflamalarının temelde bu paradigmaya dayandığı söylenebilir. Relativist paradigmaya göre ise kültürel

faktörler psikopatoloji üzerinde değiştirici ve belirleyici bir role sahiptir. Bu yaklaşıma göre tanı sistemleri oluşturulurken, risk etmenleri ve koruyucu etmenler belirlenirken, hastalığın hasta, tedavi ekibi ya da topluma ne ifade ettiği tartışılırken kültür temel alınmalıdır (Baskak ve Çevik 2007, Marsella ve Dash-Scheur 1988).

Kültürün psikopatoloji üzerine etkisinin hangi mekanizmalar üzerinden olduğu konusunda Tseng ve arkadaşlarının (2003) önerisi geçerliğini korumaktadır. Buna göre kültürel olarak paylaşılan düşünce ve inançlar doğrudan birer stresör olarak etki ederek psikopatolojilerin oluşmasında rol oynayabilir. Örneğin, bazı kültürlerde semenin yaşamsal enerjinin kaynağı olduğu inancı semen kaybı anksiyetesine yol açabilmektedir. Kültür stres altında bazı özgül tepkilerin ortaya çıkmasını belirleyebilir. Örneğin, Malezya'da belirgin bir stresör varlığında ortaya çıkan Amok koşusu farklı kültürlerde görülmez. Kültürel etmenler psikiyatrik bozuklukların belirti sunumunu da etkileyebilir. Söz gelimi, II. Dünya Savaşı sonrası ABD'de hardal gazı ile ilişkili sanrılar fazla iken, ardından bilim kurgu temalarının yoğunlaştığı ve son zamanlarda ise terör ve internet ile ilgili sanrılarının sık görünür olduğu bildirilmiştir (Kalra ve ark. 2012, Tseng 2003). Batı toplumlarında teknoloji ile ilintili sanrılarının daha yaygın olması bu toplumların hayatlarını belirgin biçimde etkileyen teknolojik aletlerle çevrili olmasına bağlanmaktadır (Suhail ve Cochrane 2002). Bazen de kültürel olarak benimsenen bir zihinsel durum patolojik hale döner. Örneğin kişinin tanrılar tarafından ele geçirilebileceğine ilişkin inanış Hindu kültüründe zaten vardır. Ancak bu zihinsel durum kalıcı bir dissosiyatif tablo haline geldiğinde patolojiden söz etmek gerekir (Kalra ve ark. 2012, Tseng 2003).

Kültürün yukarıda sayılan mekanizmalarla psikopatoloji üzerine etkisine güzel bir örnek Laurence Kirmayer'in uyku paralizisi örneğidir (Kirmayer 2009). Biyolojik mekanizması bilinmesine rağmen, uyku paralizisi farklı kültürlerde o kültüre özgü çerçevede değişik biçimlerde yorumlanabilmektedir (Jalal ve Hinton 2013). Aynı yaşantıyı, Kamboçyalılar bir

hayalet tarafından kendilerine saldırıldığına, Newfoundlandliler "yaşlı cadı"nın geldiğine, Afro-Amerikalılar bir büyücü tarafından ele geçirildiklerine, ABD'de Anglosakson kökenli bazı olgular ise uzaylılara yormaktadır (Hinton ve ark. 2005, McNally ve Clancy 2005, Paradis ve Friedman 2005, Paradis ve ark. 2009). O halde, psikoz gibi görece daha öznel yaşantıların, kültürden bağımsız bir fenomenolojisinin olabileceğini düşünmek uygun görünmemektedir. Kirmayer bu bakımdan psikiyatride bir "kültürel nöro-fenomenoloji açılımı"na gereksinim duyulduğunu dile getirmiş; en azından ölçülebilir nörobiyolojik özellikler bakımından birbirinden farksız/ birbirine benzer olan temsillerin, farklı kültürel ortamlarda farklı fenomenolojilere yol açıp açmadığının sınanması gerektiğini öne sürmüştür (Kirmayer 2009).

2. Şizofreni fenomenolojisiyle kültürün ilişkisi

Her ne kadar psikotik fenomenlerin biyokimyasal ve nöroanatomi temelleri bulunsun da, kültür ve çevrenin de bu fenomenlerin oluşumu ve biçimlenmesinde önemli etkileri vardır (Al-Issa 1995, Bhugra ve ark. 2011). Örneğin, sanrı içeriğinde kültürel farklılıklar önemlidir. Koreli ve Çinli hastaların sanrı içeriklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, Koreli hastaların sanrılarındaki aile temasının baskınlığı, devlet tarafından sistematik olarak aile bağları zayıflatılan Çin'in tersine, Kore kültüründeki geleneksel geniş aile bağlarına dayandırılmıştır (Kim ve ark. 1993). Bir diğer çalışmada, Tateyama ve ark. (1993) Japonya ve Almanya'daki sanrı içeriklerini karşılaştırmış ve Alman grupta daha fazla suçluluk/günahkarlık sanrısı olduğunu göstermişlerdir. Yazarlara göre bu durum, "kendilik" kavramının, Batı'da daha çok birey odaklı, Doğu'da ise toplum odaklı gelişmesinden kaynaklanır. Kişinin içinde yaşadığı toplumda, birey diğerlerinden ne kadar ayrışık tanımlanıyorsa, bireysel sorumluluk hissi de o kadar fazla olur. Bireysel sorumluluk, davranış üzerinde kontrol sağlanmasını ve davranışlarının sonuçlarına

katlanma yazgısını da beraberinde getirir (Spicker, 2013). Bu sorumlulukların yerine getirilmemesi suçluluk duygularına neden olmaktadır. Paranoid sanrılarının suçluluk duygusuyla ilişkilendirildiği araştırmalar da vardır (Lake 2008, Trower ve Chadwick 1995). Buna karşın Doğu coğrafyasında kendiliğin daha kolektivist tanımlanması artmış utanç duygusuyla bağlantılandırılır (Wong ve Tsai 2007).

Suhail ve Cochrane (2002) İngiltere'de yaşayan Pakistanlı, Pakistan'da yaşayan Pakistanlı ve beyaz ırka mensup İngiliz toplam 201 şizofreni hastası ile kültürün şizofreni semptomları üzerine etkilerini araştırmıştır. İngiltere'de yaşayan grupta Pakistan'da yaşayanlara göre özellikle teknolojik aletler yoluyla kontrol edilme sanrıları daha sık bulunmuştur. İngiltere'deki Pakistanlı hastalarda ise AIDS gibi infeksiyonlarla ilgili hipokondriyak sanrılar, beyaz ırktan kişilerde ise bedenlerinin çürüdüğü ya da değiştiği sanrıları daha sıktır. Yani sanrı içeriği Doğu'da dışarıdan gelen bir tehdide, Batı'da ise içeriden başlayan bir tehdide odaklıdır. Yine Pakistan'da yaşayan Pakistanlı hastalarda diğer iki gruba göre paranormal içerikli (büyü yapıldığına ilişkin) perseküsyon sanrıları daha sık görülmüştür.

Luhrmann ve ark. (2014) A.B.D, Gana ve Hindistan'da kültürün işitsel varsanılara etkisini araştırmıştır. Amerika'da sesler duyuyor olmak "şizofreni" hastalığı olduğu anlamına gelirken, Gana'da kötü ruhlara bağlanmakta, hastalık olarak yorumlanmamaktadır. Amerika'da işitsel varsanılar çoğunlukla kişilerin tanımadıkları kimselere ait ve rahatsızlık verici nitelikteyken, Gana'da genellikle tanıdık kişilere ait ve olumsuzdur. Gana'da hastaların bir kısmı işitsel varsanıları ile konuşmakta hatta bir ilişki geliştirmektedir.

Başlı başına psikotik bir zihinsel duruma haiz olmanın anlamı da kültürden etkilenir. Psikoz, Doğu toplumlarında kültürel olarak kabul edilebilir, hatta onaylanabilen bir durum bile olabilir. Örneğin eskiden şamanlar genellikle beden dışına çıkma deneyimi yoluyla iyileştirici rol üstlenmişlerdir (Peters 1995). Bu geçici kimlik kaybı, çoğunluğun iyiliği için kendi

kimliğinden bir süreliğine vazgeçme, yani büyük grubun iyiliği için kendini feda etme anlamını taşımış olabilir. Raine ve ark. (1994) beden dışına çıkma deneyimlerinin şizotipiyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Rock ve arkadaşları (2008) ise şizotipisi yüksek olan kimselerde şamanik deneyimlerin duygudurum belirtilerini düzelttiğini göstermiştir. O halde bu tür psikoz benzeri yaşantıların, kültürel olarak yaygın olduğu bölgelerde duygudurum üzerine olumlu bir etkisi olduğundan söz edilebilir.

Al-Issa (1995) ruhlar, şeytan, cin, melek gibi doğaüstü varlıklara inanmanın kültürel ve dini olarak olumlandığı toplumlarda bu tarz görsel varsanıların yaşanmasının daha kolay olabileceğini öne sürmüştür. Batı'da işitsel varsanıların daha sık görülmesi, iç sıkıntısının sözelleştirilmesinin toplumsal açıdan meşru görülmesi ile ilişkilendirilebilir. Oysa Doğu'daki kolektivist self tanımı buna izin vermemektedir. Göçmenlerin sanrı içeriği, kökenlerinin dayandığı ülkelerdeki sanrı içeriğine daha yakındır. Örneğin İngiltere'de sık görülmeyen ancak Güney Asya ülkelerinde sık görülen hayalet tarafından ele geçirilme sanrıları İngiltere'de yaşayan Asyalılarda bildirilmiştir (Hale ve Pinninti 1994). Bir başka tartışma ise Batı'da psikiyatristlerin görsel varsanıların kendi kültürel alt yapıları nedeniyle atlayabileceği, bu nedenle de daha az görsel varsanı raporlanabileceği yönündedir (Suhail ve Cochrane 2002). Kendilik sınırının Batı'da daha keskin çizilmiş olması, işitsel varsanıların bu sınırı ihlâl eden yabancı ve tehditkâr bir içerik olarak algılanmasına yol açmış olabilir. Doğu'da ise daha geçirgen kendilik sınırları seslerin tanıdık (yabancı olmayan) bir doğada algılanmasıyla ilişkili olabilir.

Doğu toplumlarında utanç kavramının abartılı algısı paranoya benzeri bir düşünce bozukluğuyla ilişkili olabilir. Burada söz konusu olan, kötü niyetli kişilerin sebepsiz husumeti değil de, kişinin çeşitli aksaklıkları ya da farklılıkları nedeniyle diğerlerinin gözünde bir hedef haline gelmesidir (Tanaka-Matsumi, 1979). Sosyal fobinin Doğu coğrafyasında olfaktör referans sendromu biçiminde bir tezahürünün olması bu görüşü destekler.

Bunun yanında Mirowsky (1985), kaynakların kısıtlı olduğu, sömürü düzeni olan ve kurumların koruyucu olmadığı yerlerde şüpheliğin uyuma hizmet edebileceğini öne sürmüştür. Aile ilişkilerinin yapısı da sanrı içeriğini etkiler. Örneğin ebeveynlere karşı itaatin belirgin olduğu Hindistan'da Rao (1966), 950 olgu üzerinde yürüttüğü bir çalışmada, en sık rastlanan sanrıların perseküsyon sanrıları olduğunu göstermiştir. Bunun ebeveynlere karşı bastırılmış bir hostilete duygusundan kaynaklandığını öne sürmüştür. Buna karşın, Kala ve Wig (1982) kültürel etmenlerin hastane başvuruları üzerinde etkili olabileceğini öne sürer. Buna göre belli sanrı içeriklerine belli ülkelerde daha fazla rastlanması, aile ya da toplumsal bağlarla açıklanmaktan ziyade, kültüre yabancı sanrı içeriği olan olguların daha fazla tedavi arayışı içinde olmasıyla ilişkilidir.

Grandiyöz sanrılar gelişmekte olan ülkelerde daha sıklıkla bildirilmiştir. Bu, düşük ve yüksek sosyoekonomik tabakalar arasındaki boşluğun, yani sınıf farkının fazla olmasına bağlanabilir. Sınıflar arasındaki farkın daha derin olduğu toplumlarda grandiyöz düşünceler aynı zamanda bireylerin bilinçdışı arzularının tatmin edilmesini sağlıyor olabilir (Suhail ve Cochrane 2002).

Doğu toplumlarında sanrılarda kara-büyü temasının, Batı'da ise telepati temasının fazla olması kendilik tanımıyla ilişkili olabilir. Zira ilkinde özne dışsal, ikincisinde içseldir. Doğu'da büyüsel temalar, talihsizliği meşru bir dış kaynağa yüklüyor olabilir. Böylece perseküsyon sanrıları Doğu'ya gittikçe dışarıdan gelen tehditler üzerine odaklanır (Suhail ve Cochrane 2002).

Kültürün psikotik fenomenler üzerine etkilerini gözden geçirirken farklı kültürlerde kendilik sınırı algısının psikoz yaşantısı üzerine etkilerine de değinilmelidir.

Kültürel açıdan posesyon, metakognisyon ve psikoz

Yorubalılarda "Ogun-Oru" diye tanımlanan bir posesyon transi tablosunda, sabahın erken

saatlerinde ruhu ele geçirilen, çoğunlukla kadın hastalardan söz edilir (Aina ve Famuyiwa 2007, Aina ve Morakinyo 2011). Nijerya'da strese karşı reaktif bir depresyon durumu olarak yaşanan "Yeshi" isimli tabloda kişinin kimlik bilgilerini hatırlayamaması söz konusudur (Kirmayer ve Jarvis 2006). Doğu kültürlerinde daha sık rastlanan bu kimlik yitimiyle karakterize yaşantılar, Doğu'da insanın kimliğinin Batı'ya göre daha kolay kaybedilen bir şey mi olduğu sorusunu akla getirmektedir. Örneğin, kendilik sınırlarının gevşemesi ile ilişkili sanrılar (Schneiderian sanrılar) Batı'da o kadar garip bir durum olarak görülür ki, hâlihazırda psikiyatrik sınıflamalarda bu tip sanrılar "bizar sanrılar" başlığı altında ele alınır. Batı'daki bu kendilik tanımının artık resmiyet kazandığı da söylenebilir. Çünkü geçtiğimiz yıldan itibaren kişilik bozukluklarına boyutsal yaklaşım tartışmalarında kişiliğin en temel boyutlarından birisi artık "kendilik işlevi" olarak tanımlanmaktadır. Buna göre sağlam (en azından bozuk olmayan) kişilik, kişinin kendisini "tek ve biricik birisi" olarak, diğerlerinden kesin tanımlanan sınırlarla ayrılmış birisi" olarak deneyimlemesiyle mümkün olabilir (Oldham ve ark. 2001). Böylesine bir deneyimin evrenselliğinin oldukça şüpheli olduğunu düşünmekteyiz.

Kendilik sınırlarının Doğu'da Batı'ya göre daha geçirgen olmasının bir diğer tezahürü posesyon transı yaşantılarının Doğu'da Batı'ya nazaran daha çok kültürel kabul görmesi olabilir. Posesyon transında stereotipik hareketler, ritüeller ve bir bilinç değişikliği ile birlikte birey, kendisini ele geçiren bir öge tarafından kontrol edildiği biçiminde bir deneyim yaşamaktadır. Patolojik posesyon transından farklı olarak bu durum kolektif kültürel ya da dinsel pratiğin normal bir parçası sayılır. Posesyon transı tablolarına gelişmekte olan ülkelerde daha sık olmak üzere tüm dünyada rastlamak mümkündür. Çin, Singapur, İran, Porto Riko, Uganda gibi farklı coğrafyalarda kontrolsüz davranışlar, etrafa farkındalığın azalması, acıya karşı duyarsızlık, ses tonunda değişiklik, sabit bakma, titremeler, nöbetler, varsanılar, kimliğin kaybı ve amnezi

gibi belirtileri olan tablolardan söz edilmektedir (Spiegel ve ark. 2011).

İngilizce "*possession*" sözcüğü (i) kişinin benliğinin ele geçirilmesi; (ii) mülkiyet anlamına gelmektedir. Birbiriyle pek az ilişkili gibi görünen irade ve mülkiyet kavramları arasında bir ilişki olduğuna işaret eden başka kültürel örnekler de vardır. İbranice, Arapça ve Farsça'da "mülk" ve "melek" aynı etimolojik kökenden kaynaklanmaktadır ve "melek" iradesi olmayan bir olgu olarak ifade bulur (Jeffery 1938). Orjinali Rusça olan Dostoyevski'nin Ecinniler eserinde mülksüzlük ile çılgınlık arasında bir ilişki olduğu ima edilir. Le Guin'in Türkçe'de "Mülksüzler" olarak çevrilen "The Dispossessed" adlı eserinde ise aynı ilişki bu sefer tersten ima edilir. Sonuçta tek tanrılı dinlerin coğrafyasında "mülkiyet" kavramıyla kişinin kendi zihni üzerindeki denetimini vurgulayan sözcüklerin aynı etimolojik kökeni paylaşması ilginçtir. Bu, mülkiyetin kutsallığını vurgulamanın bir yolu olabileceği gibi, insanların kendi zihinlerinin denetimini (metakognisyon yetisini) adeta bir mülk gibi sonradan kazanılmış ve her an kaybedilebilecek bir yeti olarak görmesine de bağlı olabilir. Kendi zihni üzerindeki denetim psikiyatrik bakımdan son derece önemlidir. Çünkü geçmişte pek çok psikiyatrik bozukluk bu denetimin zayıflamasıyla (iradesizlikle; örneğin yeme isteği üzerindeki denetimin zayıflamasıyla) açıklanmıştır. Günümüzde biraz şekil değiştirmiş olsa da hala aynı yaklaşımın sürdüğünü düşünmekteyiz; zira hâlihazırdaki geçerli sınıflandırma sistemlerimize göre hipokondriyazisin bittiği ve monosemptomatik hipokondriyak psikozun başladığı nokta, obsesyonların bittiği ve şizoobsesyonların başladığı nokta, paranoid kişilik bozukluğunun bittiği ve sanrılı bozukluğun başladığı nokta hep aynıdır. Bu nokta kişinin kendi zihinsel süreçlerinin sağduyuya ne derece uyduğunu denetleyebilmesi ile ilgilidir. Bu, metakognitif bir süreçtir. Kişinin zihinsel süreçlerini adeta dışarıdan bir gözlemciymiş gibi takip etmesini, denetlemesini, gerektiğinde engel olmasını, özetle bu süreçlere hâkim ve mâlik olma

becerisinin zayıflamasını halen psikozun başladığı nokta olarak kabul ediyoruz. Şizofreni hakkında belki de ortaya atılmış en sıra dışı hipotezlerden birisi olan Julian Jaynes'in "bikameral zihin" hipotezinde, metakognisyon yetisinin sonradan (M.Ö. 5000 dolaylarında) kazanılmış bir yeti olduğu ve şizofreninin bu yetinin kazanılmasında bir eksikliğe bağlı olduğu öne sürülür (Jaynes 1976). Eğer bu denetimin derecesi kültürel farklar gösteriyorsa evrensel bir psikoz deneyiminden söz etmek pek de mümkün olmayabilir.

3.Şizofreninin yaygınlığı ve gidişi evrensel mi?

Klinisyenler, ruhsal hastalıkların farklı kültürlerde farklı görünümünün olduğunu 18. yüzyılın ortalarında fark etmişlerdir. Buna karşın, çeşitli kültürlerde ruhsal bozuklukların yaygınlığını saptamak amacıyla epidemiyolojik çalışmaların yapılması 1930'ları bulmuştur. Bu çalışmalar kültürün özellikle şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar olmak üzere ruhsal bozukluklar üzerine muhtemel etkilerini araştıran modern kültürler arası çalışmalara öncülük etmiştir (Kalra ve ark. 2012).

Şizofreninin yaygınlığının evrensel olarak %1 dolayında olduğu konusundaki, DSM-IV'te de yer bulan yaygın görüş, bozukluğun çevresel etmenlerden ziyade ağırlıklı olarak genetik kökenli olduğu anlayışına da zemin hazırlamaktadır (APA, 1994). Ancak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı çalışmada şizofreninin yaygınlığının merkezler arasında 4 kata yakın değişiklik gösterdiğinin bulunması bu görüşün pek de doğru olmayabileceğini ortaya koymaktadır (Eaton ve Chen 2006, Jablensky ve ark. 1992).

DSÖ tarafından 1973-1979 yılları arasında yürütülen International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS) çalışmasında birçok farklı ülkede şizofreni hastalarının gidişi izlenmiş ve 2. ve 5. yıllardaki takip değerlendirmelerinde Hindistan, Kolombiya, Nijerya gibi gelişmekte olan ülkelere göre daha iyi prognozlu bir şizofreni

tablosu olduğu saptanmıştır. İlk IPSS çalışmasının sonuçları şaşırtıcı bulunmuş ve yöntem sorunlarına bağlanmıştır. Bunun üzerine DSÖ'nün şizofreni hakkındaki ikinci çalışması olan Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders (DOSMeD) çalışması (1992) planlanmıştır. Asya, Afrika, Amerika ve Avrupa'da 12 farklı ülkede 16 bölgede toplam 1379 kişi ile yapılan bu çalışmada katılımcılar yalnız sağlık merkezlerinden değil, hapishaneler, geleneksel şifahaneler, tapınaklar gibi yerlerden de toplanmıştır. Standardize tanısal ölçütleri ve değerlendirme yöntemleri uygulanmış, hastalar 1. ve 2. yıllarda takip edilmiştir. Sonuçlar IPSS çalışmasını desteklemiş ve prognozun gelişmekte olan ülkelere daha iyi olduğunu göstermiştir. 15. yılda yapılan takiplerde de aynı sonuca ulaşılmıştır (Hopper ve ark. 2007). DSÖ çalışmalarının ortak bulgusu, gelişmekte olan ülkelere göre; (i) akut stresöre ikincil gelişen; (ii) prognozu daha iyi olan; (iii) tam klinik iyileşme oranlarının daha yüksek olduğu ve (iv) tedavi hizmetlerine ulaşım daha zor olsa da daha az işlev kaybına yol açan bir şizofreni ile karşı karşıya olduğumuza işaret etmektedir. Dahası tüm merkezlerde prognozun en önemli ikinci yordayıcısı gelişmekte olan ya da gelişmiş ülke vatandaşı olmaktır (Jablensky ve Sartorius 2008).

Sanayileşmemiş ülkelere şizofreni neden daha iyi seyrediyor olabilir?

Şizofreninin seyrinde toplumun etkisi, bozukluğun ele alınma biçimi, damgalanma ve destek sistemleri üzerinden ele alınabilir: Kolektivist toplumlarda psikotik bir atak geçirmek kültürel açıdan yabancı olmayan, sosyal destek sistemlerini harekete geçiren dolayısıyla kısmen de olsa meşru bir durum olabilir. Bireyselci toplumlarda ise sağlıklı kişilerin hiç deneyimmediği bir zihinsel durum olduğu, halk psikolojisinde yer almadığı, sanatta ve gündelik yaşam pratiğinin hiçbir evresinde karşılığı olmayan (bizar) bir yaşantı olarak kavramsallaştırıldığı için psikoz kültür dışına itiliyor olabilir.

Gelişmekte olan ülkelerdeki geniş ve dışlayıcı olmayan aile yapısı, iyileşme ve rehabilitasyon için daha uygun bir ortam sağlıyor olabilir. Kolektivist bir sosyal yapı içerisinde refahı temin edilmesi gerekli birim birey değil, aile ya da küçük gruplardır. Böylesine bir yapı içinde olumlu duygusal deneyimler olumsuzlara göre daha açık yaşanır, daha fazla empati yapılır ve ruhsal bozuklukların damgalanması azalırken, bu bireylerin topluma entegrasyonu daha kolay olur (Habel ve ark. 2000, Morgan ve ark. 2008). Sanayileşmiş yaşamın hızlı ritmi ve bireyden beklentiler ile ilişkili stresin daha az olduğu bu toplumlarda, hastalık atağı sonrasında iş yerine dönüş de daha kolay olur (Morgan ve ark. 2008).

Şizofreniyle ilişkili bir diğer kültürel etmen kentleşmedir. Birleşmiş Milletler son yıllardaki en dramatik demografik değişikliğin kentleşme olduğunu bildirmiştir. Şizofreninin kent merkezlerinde kırsala göre daha sık görüldüğü 1930'lu yıllardan beri bilinmesine karşın, son 10 yıl içinde çocuklukta kent yaşamı maruziyetiyle ileride gelişen psikoz sıklığı arasında bir doz-yanıt ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Baskak ve ark. 2009). Kent yaşamının hangi aktif bileşeninin şizofreniyle ilişkili olduğu ise yanıtlanmamış bir sorudur.

4.Şizofreni kavramının gelişimi ve etyolojik açıklamalar kültürden etkilendi mi?

Bir kavramın henüz tanımlanmamış olduğu tarihlerde izinin sürülmesi zordur. Bu açıdan Kraepelin öncesi dönemde şizofreninin özellikleri tartışmalıdır. Hoenig, Kraepelin'den önceki dönemde şizofreniden söz edemeyeceğimizi, çünkü henüz böyle bir kavramın oluşmadığını belirtmektedir. Fuller Torrey, Avrupa'da Sanayi Devrimi'nden önce şizofreninin varlığının şüpheli olduğunu söylemektedir. Yine Hare, şizofreninin modern Batı uygarlığının talihsiz bir yan ürünü olan yeni bir hastalık olduğunu öne sürmektedir (Stone 2006). Bu görüşler belki de şizofreni belirtilerini bir hastalık olarak kabul etmemiz

için modernizasyon sürecinin gerektiği konusunda uzlaşır.

Şizofreniye ilişkin tanımlamalar, tanımın yapıldığı dönemin kültürel özelliklerinden etkilenmiştir. Morel'in tanımladığı *démence précoce* kendi iradeleriyle bir şey yapmayı istemeyen, aynı zamanda da "aptal" (*stupidite*: günümüzde stupor) olan olguları kapsar. Bu olgular zekâ geriliği olmamasına rağmen eğitilemeyen kimselerdir (Stone 2006). Bu dönem pozitivizmin egemen olduğu buna karşın eğitimde henüz Piaget devriminin gerçekleşmediği yıllardır. Psikoz tanımının eğitilememe üzerinden yapılması da şaşırtıcı değildir.

Kraepelin'in *dementia preacox* tanımı da belirgin biçimde kültürel etki içerir. Kraepelin'in vurgusu dejenerasyon üzerinedir. Kraepelin psikiyatrik bozuklukların giderek artmasının nedeninin insanoğlunun kendini evcilleştirmesi (self domestikasyon) olduğunu belirtmektedir (Brüne 2007). Buna göre modernizasyonun getirdiği bu evcillik, alkoliklerin, epileptiklerin, sfilitiklerin ve pek çok ruhsal hastalığa meyilli olduğunu düşündüğü Yahudilerin genlerinin toplumdan ayıklanmasına engel olmakta, bu kimseler kendi aşağılıklarını sonraki nesillere geçirmektedir. Bu da kendisini yalnızca psikiyatrik bozukluklarla değil aynı zamanda şiddetli bir toplumsal dejenerasyonla göstermektedir.

Bleuler'in şizofreni tanımında vurgu "bölünme/yarılma" üzerinedir. Bu kavram doğrudan kültürel etkiler barındırır. Bölünme (yarılma) kavramı Descartes'in dualizm ve Antik Yunan/Roma tıp geleneğinden köken alır. 19.yy'ın ikinci yarısında çok popüler bir metafor olan yarılma/bölünmenin örneklerini Dr. Jekyll ve Mr. Hyde romanı, Hughlings Jackson'un iki bölümlü beyin kuramı, Hartmann'ın bilinçaltı tanımı, Charcot'un histeri tanımlarında görmekteyiz. Bölünme/yarılma metaforunun yüzyılın sonuna doğru başta Janet'yi olduğu kadar Bleuler'i ve Freud'u da etkilediği öne sürülmüştür (Berrios ve ark. 2003).

Birincil ilgi alanı bu olmasa da Freud, Kraepelin'in tanımladığı *dementia preacox*

olgularının olabileceğini kabul etmekte ve bu olguları “dekateksis” ile açıklamaktadır. Buna göre egonun oral dönemdeki sorunlar nedeniyle bozuk (yetersiz) olarak imal edilmesi ve idin enerjisini nereye yatıracağını (kateksis) yönlendirememesi, sonuçta idin enerjisini devamlı kendini tamir için kullandığı, kişinin sürekli kendisiyle uğraştığı bir durum söz konusudur. Freud’un psikoz tanımındaki başlıca kültürel etki o dönemde hakim olan belirlenimcilik (determinizm) olup her ikisi de enerji korunumu üzerine olan dönemin iki önemli fizik buluşu, hidrostatik ve entropi kanunları, Freud’un muhtemelen bir metafor olarak kullandığı “enerji” kavramında kendini göstermektedir (Greenberg ve Mitchell 1983).

Sullivan’a (1956) göre ise psikoz kişilerarası ilişkilerdeki bir iletişim bozukluğuna bağlı gelişir (prototaksik iletişim) ve bu alanda tezahür eder. İrlanda göçmeni bir ailenin çocuğu olarak antikatalik anlayışın hüküm sürdüğü bir muhitte yetişen Sullivan’ın bizzat pek çok kişiler arası çatışma yaşamış olması ihtimali bu açıklamayı şaşırtıcı olmaktan uzaklaştırmaktadır.

1930-40’larda ailenin ruhsal hastalıkların patogenezi üzerindeki rolü üzerine ilgi artmıştır. Özellikle Harry Stack Sullivan ve Washington Psikiyatri Okulu çevresinde toplanan araştırmacılar çocuğun ebeveyn ile erken etkileşimleri ve bu etkileşimin şizofreni patogenezi üzerindeki yeri üzerinde durmuşlardır (Neill 1990). Freida-Fromm Reichmann şizofrenideki maternal ilişkilere işaret etmiş ve hostil, reddedici, soğuk ve uzak bir “şizofrenojenik anne”den söz etmiştir. 1960’larda Amerikan psikiyatrisinde anneyi çocuğunun psikozunun sebebi saymak neredeyse standart bir uygulamadır (Luhmann 2007). Arieti (1955) bu yaklaşımda o dönemin kültüründe kadını aşağı bir canlı olarak görmenin etkisi olduğunu öne sürer.

Gregory Bateson’un şizofreni hipotezi başlı başına kültürel kaynaklardan beslenen bir hipotezdir. Toplum içindeki rekabetin farklı düzeylerde olduğu Yeni Gine ve Bali yerlileri üzerinde çalışan Bateson, gözlemlerinden yola

çıkarak “şizmogenez” hipotezini üretmiştir. Buna göre rekabetçi toplumlarda davranışların başlıca belirleyicisi geri bildirim almaktır. Davranışın şiddeti geri bildirim şiddetini belirler. Rekabetçi olmayan toplumlarda ise abartılı davranış örüntülerine rastlanmaz. Çünkü davranışın belirleyicisi alınan geri bildirim değildir (Lipset 1982). Bateson bu fikirten yola çıkarak çifte kısıp (double bind) hipotezini ortaya atmıştır (Bateson ve ark. 1956). Batı toplumlarında dominans ve rekabetçilik egemendir. Birey üzerinde sosyal kontrolün sağlanması için kullanılan (ve şizofreni hastalarının ailelerinde daha fazla kullanılan) bir mekanizma vardır. Sistemik olarak ikili mesajlar verilir. Bu durum çocukta metakognisyonun (kendi düşünceleri üzerine düşünme) gelişmesine engel olur ve psikotik mekanizmalar devreye girer. İronik olarak, Bateson’un kendisi her iki dünya savaşına tanıklık etmiştir ve bu dönemin kültüründe savaşa katılma yönünde verilen mesajlar ve buna karşın –ve daha soyut bir seviyede - savaşın kötü bir şey olması tam bir ikili kısıp durumu örneğidir.

Laing’e göre şizofreninin nedeni aile ikliminde bulunan patolojik bir ebeveyn çatışması halidir (Laing ve Esterson 1964). Buna göre çocuk bir ebeveynin tarafını tutmaya zorlanmakta, tuttuğu vakit de ikisi tarafından da cezalandırılmaktadır. Giderek daha az tercih yapmaya başlayan çocuk hareketsizleşmekte, gerçeklikten kopmaktadır. Bu duruma “kaybet ya da kaybet” durumu adını verir. Laing’in kuramının belirleyicisi ise soğuk savaş kültürü olabilir. Zira Laing’in kullandığı terminoloji iktisadi oyun teorisi (game theory) kökenlidir. Laing’in ileride şizofren olacak çocuğun hareketsizleşmesine neden olan duruma koyduğu bu ismin o dönemde oyun teorisi çalışmalarının sonucunda elde edilen ve soğuk savaşta ABD ve SSCB’nin birbirine karşı füze atmasına engel olan duruma verilen ismin aynısı olması (kaybet ya da kaybet) kültürel etkilere işaret eder.

Psikozlar en ağır, en anlaşılmasız ruhsal bozukluklar olarak, farklı coğrafyalarda ve tarihin farklı dönemlerinde “bizi biz yapan temel

şey” neyse onun bozukluğu olarak kavramsallaştırılmıştır. Örneğin, bizi biz yapan şey idimize gem vurmaksa, o halde şizofreni bunun bozukluğu olmalıdır. Bizi biz yapan şey zihnimizin tümleşik çalışmasıysa, şizofreni bunun çözülmesi/ayrışmasıdır. Bizi biz yapan şey izole bir self kavramıysa, bunun sınırlarının gevşemesi (Schneiderian belirtiler) psikozun ta kendisidir. 20. yüzyılda teknolojinin ilerlemesi ve ilaç tedavilerindeki başarılar bizi biz yapan şeyin genler ve beynimiz olduğu düşüncesini meşrulaştırmıştır. Bir önceki 10 yıl, “beyin onyılı” (decade of the brain) olarak isimlendirilmiştir. İndirgeyici ve belirlenimci bir yaklaşım olduğu için bu yaklaşım hem çok sevilmiş hem de çok eleştirilmiştir. O halde günümüzdeki şizofreni tanımının bir beyin hastalığı olarak yapılması yadsınmamalıdır. 80’li-90’lı yıllarda beyin hastalığı savunusunun damgalanmaya karşı mücadele için önemli olduğu düşünülmüştür. Ancak Dietrich ve arkadaşları (2004) Rusya, Almanya ve Moğolistan’da şizofreninin genetik, biyolojik ve somatik kavramlar üzerinden tanımlanmasının

(toplumun öyle bilmesinin) sosyal mesafeyi azaltmak bir yana arttırdığını göstermişlerdir. Bir diğer çalışmada Pescosolido ve arkadaşları (2010) beyin onyılı öncesi ve sonrasında depresyon ve şizofreniye yönelik damgalamayı toplumdaki kalıp yargılar üzerinden karşılaştırmış ve şizofreniye yönelik toplumsal damgalanmanın azalmak bir yana artmış olduğunu göstermiştir (Pescosolido ve ark. 2010). Öyleyse, bizi biz yapan temel şeyin bozulmasına önce bir isim verip, sonra da onun damgalanmamasını beklemek çelişkili bir yaklaşım olabilir.

Özetle, kavramın şekillenme süreci de dahil olmak üzere etyolojisinden fenomenolojisine, seyrinden tedavi süreçlerine ve toplum içindeki algılanışına dek kültürle dinamik bir etkileşim içinde bulunan şizofreninin gerek klinik pratikte gerekse uluslararası sınıflama sistemlerinde ele alınırken kültürel faktörlerin göz önünde bulundurulması yararlı olacaktır.

Kaynaklar

Aina OF, Famuyiwa OO. (2007) Ogun Oru: a traditional explanation for nocturnal neuropsychiatric disturbances among the Yoruba of Southwest Nigeria. *Transcult Psychiatry*,44:44-54.

Aina OF, Morakinyo O. (2011) Culture-bound syndromes and the neglect of cultural factors in psychopathologies among Africans. *Afr J Psychiatry*,14:278-285.

Al-Issa I. (1995) The illusion of reality or the reality of illusion: Hallucinations and culture . *Br J Psychiatry*, 166:368-373 .

American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (1994) DSM-IV, fourth ed, Washington (DC), American Psychiatric Association.

Arieti S.(1955) Interpretation of schizophrenia, New York, Robert Brunner.

Baskak B, Atbasoglu EC, Saka MC.(2009) Şizofreni etiyolojisinde psiko-sosyal etmenlerin rolü: Antipsikiyatriden gen çevre etkileşimine. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46:1-9.

Baskak B, Çevik A. (2007) Somatizasyonun kültürel boyutları. *Psychiatry in Türkiye*, 9:50-57.

Bateson G, Jackson D,Haley J, Weakland J. (1956) Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*,1: 251–264.

Berrios GE, Rogelio L, Villagrán JM.(2003) Schizophrenia: a conceptual history. *Int J Psychol Psychol Ther*,3:112-140.

Berry JW, Poortinga YH, Segall MH, Dasen PJ.(1992) Cross-cultural psychology: Research and applications, first ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Bhugra D, Gupta S, Bhui K ve ark.(2011) WPA Guidance on mental health and mental health care in migrants.. *World Psychiatry*, 10 :2-10.

Brüne M. (2007) On human self-domestication, psychiatry, and eugenics. *Philos Ethics Humanit Med*, 5:2:21.

Dietrich S, Beck M, Bujantugs B ve ark.(2004) The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Aust N Z J Psychiatry*,38:348-354.

Eaton W, Chen CY.(2006) Epidemiology. JA Lieberman, T Scott, MD Stroup (eds). *Textbook of*

Schizophrenia, second ed, New York, American Psychiatric Publishing Inc.

Greenberg JR, Mitchell SA. (1983) *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Cambridge, Harvard University Press, MA.

Habel U, Gur RC, Mandal MK ve ark. (2000) Emotional processing in schizophrenia across cultures: standardized measures of discrimination and experience. *Schizophr Res*,42:57–66.

Hale AS, Pinninti NR (1994). Exorcism-resistant ghost possession treated with clopenthixol. *Br J Psychiatry*,165:386-388.

Henderson DC, Nguyen DD, Wills MM ve ark.(2010) Culture and psychiatry. TA Stern, GL Fricchione, NH Casse, M Jellinek, JF Rosenbaum (eds), *Massachusetts General Hospital Handbook Of General Hospital Psychiatry*,sixth ed.,Philedelphia, Saunders Elsevier,s. 629-637.

Hinton DE, Pich V, Chhean D ve ark. (2005) Sleep paralysis among Cambodian refugees: association with PTSD diagnosis and severity. *Depress Anxiety*, 22:47-51.

Hopper K, Harrison G, Janca A ve ark.(2007) *Recovery from Schizophrenia: An International Perspective*. New York, Oxford University Press.

Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G ve ark. (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl*,20:1–97.

Jablensky A, Sartorius N. (2008) What did the WHO studies really find? *Schizophr Bull*,34:253-255.

Jalal B, Hinton DE. (2013) Rates and characteristics of sleep paralysis in the general population of Denmark and Egypt. *Cult Med Psychiatry*,37:534-548.

Jaynes J. (1976) *The Origins of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind*. Boston, MA, Houghton Mifflin.

Jeffery A. (1938) *The Foreign Vocabulary of The Qur'an*. Oriental Institute, Baroda, India,

Kala AK, Wig NN. (1982) Delusion across cultures. *Int J Soc Psychiatry*, 28:185-193.

Kalra G, Bhugra D, Shah N. (2012) Cultural aspects of schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 24:441-449.

Kim KI, Li D, Jiang Z ve ark. (1993) Schizophrenic delusions among Koreans, Korean-Chinese and Chinese: a transcultural study. *Int J Soc Psychiatry* 39:190-199.

Kirmayer LJ, Jarvis GE.(2006) Depression across cultures. DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg (eds), *Textbook of Mood Disorders*. American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA,s.699-716.

Kirmayer LJ. (2006) Nightmares, Neurophenomenology and the cultural logic of trauma. *Cult Med Psychiatry*, 33:323–331.

Laing RD, Esterson A. (1964) *Sanity, Madness and the Family*, London, Penguin Books.

Lake CR. (2008) Hypothesis: grandiosity and guilt cause paranoia; paranoid schizophrenia is a psychotic mood disorder; a review. *Schizophr Bull*,34:1151-1162.

Lipset D.(1982) *Gregory Bateson the Legacy of a Scientist*, Boston, Beacon Press.

Luhrmann TM, Padmavati R, Tharoor H ve ark. (2014) Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: interview-based study. *Br J Psychiatry*, pii: bjp.bp.113.139048. [Epub ahead of print]

Luhrmann TM.(2007) Social defeat and the culture of chronicity: or, why schizophrenia does so well over there and so badly here. *Cult Med Psychiatry*,31:135-72.

Marsella AJ,Dash-Scheur A. (1988) Coping, culture, and healthy human development: A research and conceptual overview. P Dasen, JW Berry, N Sartorius (eds), *Cross-cultural psychology and health: Toward applications*, Newbury Park, CA, Sage,s. 162-178.

McNally RJ, Clancy SA.(2005) Sleep paralysis, sexual abuse, and space alien abduction. *Transcult Psychiatry*,42:113-122.

Mirowsky J.(1985) Disorder and its context: Paranoid beliefs as thematic elements of thought problems, hallucinations, and delusions under threatening social conditions. *Res Community Ment Health*,5:185-204.

Morgan C, McKenzie K, Faeron P. (2008) *Society and Psychosis*, Cambridge University Press , New York.

Neill J.(1990) Whatever became of the schizophrenogenic mother? *Am J Psychother*,44:499-505.

Oldham J M, Gabbard GO, Goin MK ve ark. (2001) Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*,158:1-52.

Paradis C, Friedman S, Hinton DE ve ark. (2009) The assessment of the phenomenology of sleep paralysis: the Unusual Sleep Experiences Questionnaire (USEQ). *CNS Neurosci Ther*,15:220-226.

Paradis CM, Friedman S. (2005) Sleep paralysis in African Americans with panic disorder. *Transcult Psychiatry* 42:123-134.

Pescosolido BA, Martin JK, Long JS ve ark. (2010) "A disease like any other?" A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*,167:1321-1330.

Peters LG. (1995) Karga puja: A transpersonal ritual of healing in Tamang shamanism. *Altern Ther Health Med*,1:53-61.

Raine A, Reynolds C, Lencz T ve ark. (1994) Cognitive-perceptual, interpersonal, and disorganized features of schizotypal personality. *Schizophr Bull*, 20:191–201.

Rao S. (1966) Culture and mental disorders: a study in an Indian mental hospital. *Int J Soc Psychiatry*,12:39-48.

Rock A, Abbott G, Kambouropoulos N. (2008) Altered experience mediates the relationship between schizotypy and mood disturbance during shamanic-like journeying. *Journal of Scientific Exploratio*,22: 371–384.

Spicker P. (2013) *The Moral Dimensions of Individualism. Reclaiming Individualism*. University of Bristol, UKs.23-55.

Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R ve ark.(2011) Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*.28:824-852.

Stone MH. (2006) History of schizophrenia and its antecedents JA Lieberman, TS Stroup,DO Perkins (eds). *Textbook of Schizophrenia*, The American Psychiatric Publishing Inc., Arlington,s.1-15.

Suhail K, Cochrane R.(2002) Effect of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations. *Int J Soc Psychiatry*,48:126-138.

Sullivan HS. (1956) *Clinical Studies in Psychiatry*, New York, Norton.

Tanaka-Matsumi J.(1979) Taijin Kyofusho: diagnostic and cultural issues in Japanese psychiatry. *Cult Med Psychiatry*, 3:231-45.

Tateyama M, Asai M, Kamisada M ve ark. (1993) Comparison of schizophrenic delusions

between Japan and Germany. *Psychopathology*,26:151-158.

Trower P, Chadwick P. (1995) Pathways to defence of the self: A theory of two types of paranoia. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2:263–278.

Tseng W.S .(2003) *Clinician's Guide to Cultural Psychiatry* . San Diego, CA, Academic Press.

Wong Y, Tsai J. (2007) Cultural Models of Shame and Guilt. J Tracy, R Robins, J Tangney (eds.). *Handbook of Self-Conscious Emotions*, New York,sp. 210-223 .