



T.C
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

**RUHSAL ENGELLİ BAKIM MERKEZLERİNDE KALAN ŞİZOFRENİ
PSİKOTİK BOZUKLUK VE BİPOLAR BOZUKLUK TANISI ALMIŞ
HASTALARIN DIŞAVURULAN DUYGULANIMLARI İLE ŞİDDETE
YÖNELİK TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tezi Hazırlayan
Barış ÖZKOPARANOĞLU

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Nesrin DUMAN

İstanbul 2020

T.C
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

**RUHSAL ENGELLİ BAKIM MERKEZLERİNDE KALAN ŞİZOFRENİ
PSİKOTİK BOZUKLUK VE BİPOLAR BOZUKLUK TANISI ALMIŞ
HASTALARIN DIŞAVURULAN DUYGULANIMLARI İLE ŞİDDETE
YÖNELİK TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tezi Hazırlayan
Barış ÖZKOPARANOĞLU

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Nesrin DUMAN

İstanbul 2020

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Barış ÖZKOPARANOĞU tarafından hazırlanan *“Ruhsal Engelli Bakım Merkezlerinde Kalan Şizofreni Psikotik Bozukluk ve Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Hastaların Dışavurulan Duygulanımları İle Şiddete Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki”* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 15.04.2020

Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu:

İmzası

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Nesrin DUMAN
: Ayvansaray Üniversitesi (Danışman)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Burcu TÜRK
: Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Bengisu N. AYDIN
: Haliç Üniversitesi

Bu tez yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. M. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU
Vekil Müdür

İNTİHAL RAPORU

İNTİHAL RAPORU











İNTİHAL RAPORU

ORIGINALITY REPORT

18%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

 openaccess.hku.edu.tr Internet	460 words — 3%
 studylibtr.com Internet	288 words — 2%
 etd.lib.metu.edu.tr Internet	260 words — 2%
 www.ayvansaray.edu.tr Internet	217 words — 1%
 acikerisim.pau.edu.tr:8080 Internet	160 words — 1%
 www.turkpsikiyatri.com Internet	121 words — 1%
 www.guncelpsikoloji.net Internet	120 words — 1%
 acikerisim.deu.edu.tr Internet	105 words — 1%
 yayin.adalet.gov.tr Internet	78 words — < 1%
 ARAS İMER, Hatice. "Şizofrenide şiddet", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2014. Publications	76 words — < 1%

TEZ ETİK BEYANI

14/04/2020

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “ruhsal engelli bakım merkezlerinde kalan şizofreni, psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı almış hastaların dışavurulan duygulanımları ile şiddete yönelik tutumları arasındaki ilişki” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nesrin Duman’ın sorumluluğunda tamamladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

(İmza)

Barış Özkoparanoğlu

ÖNSÖZ

Öncelikle tez çalışması süresince ilgi, yardım ve desteğini esirgemeyen, her soruma yılmadan cevap veren, deneyimlerini benimle paylaşan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Nesrin DUMAN'a, bu süreçte desteklerini hiç esirgemeyen ve her zaman yanımda olduklarını bana hissettiren aileme, hayatım boyunca yol gösterici olan ve fikirleriyle beni aydınlatan Kerim ADALI'ya, araştırma verilerimi toplarken araştırmama gönüllü olarak katılan şizofreni, bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk hastalıklarıyla hayatları değişen ve araştırma sayesinde yollarımızın kesiştiği bu güzel insanlara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nisan, 2020

Barış ÖZKOPARANOĞLU

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
İNTİHAL RAPORU	
TEZ ETİK BEYANI	I
ÖNSÖZ	II
İÇİNDEKİLER	III
KISALTMALAR.....	VI
ÇİZELGELER	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni Nedir?	4
2.1.1. Şizofreni Tarihçesi.....	5
2.1.2. Epidemiyoloji	6
2.1.3. Etiyoloji.....	7
2.1.4. Şizofrenide Tanı	10
2.1.5. Şizofreni Tedavisi.....	12
2.2. Psikotik Bozukluk	17
2.3. Bipolar Bozukluk	20
2.3.1. Tanım	20

2.3.2. Bipolar Bozukluk Tarihçesi	21
2.3.3. Bipolar Bozuklukta Epidemiyoloji.....	22
2.3.4. Bipolar Bozuklukta Etiyoloji	24
2.3.5. Sınıflandırma ve Tanı Kriterleri	25
2.3.6. Tedavi	30
2.4. Duygu Dışavurumu (DD) Kavramı.....	31
2.5. Şiddet Kavramı.....	33
3. YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Modeli.....	36
3.2. Evren ve Örneklem.....	36
3.3. Veri Toplama Araçları.....	38
3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	38
3.3.2. Berkeley Duygusal Dışavurum Ölçeği (BDDÖ).....	38
3.3.3. Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği.....	39
3.4. Verilerin Analizi.....	39
4. BULGULAR	41
4.1. Duygusal Dışavurum ve Şiddete Yönelik Tutumlara İlişkin Betimleyici İstatistikler	41
4.2. Duygusal Dışavurum ve Şiddete Yönelik Tutumlar Arasındaki İlişkiler	41
4.3. Duygusal Dışavurumun Şiddete Yönelik Tutumlar Üzerindeki Etkisi	42
4.4. Psikolojik Sağlık, Bilinçli Farkındalık ve Psikolojik İyi Oluşun Sosyodemografik Özelliklere Göre Farklılaşması.....	44
5.TARTIŞMA VE SONUÇ	51
6.SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER	58
7.KAYNAKÇA	59
8.EKLER	66

Ek-1: Sosyo-demografik Bilgi Formu.....	67
Ek-2: Berkeley Duygusal Dışavurum Ölçeği	68
Ek-3: Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği.....	70
Ek-4: Etik Kurul İzin.....	71
9.ÖZGEÇMİŞ.....	72



KISALTMALAR

DSM: Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

EDV veya DD: Duygu Dışavurumu

EKT: Elektrokonvülsif Tedavi

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

ÇİZELGELER

	Sayfa No.
Çizelge 1. Şizofreni DSM-5 tanı kriterleri	11
Çizelge 2. Manik dönem DSM-5 tanı kriterleri	27
Çizelge 3. Hipomanik dönem DSM-5 tanı kriterleri	29
Çizelge 4. Yeğın (Major) depresyon dönemi DSM-5 tanı kriterleri	30
Çizelge 5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	37
Çizelge 6. Normallik Test Sonuçları	40
Çizelge 7. Betimleyici İstatistikler	41
Çizelge 8. Duygusal Dışavurum ve Şiddete Yönelik Tutumlar Arasındaki İlişkiler	42
Çizelge 9. Duygusal Dışavurumun Suç ve Savaş Üzerindeki Etkisi	43
Çizelge 10. Duygusal Dışavurumun Fiziksel Ceza Üzerindeki Etkisi	43
Çizelge 11. Duygusal Dışavurumun Partner Şiddeti Üzerindeki Etkisi	43
Çizelge 12. Duygusal Dışavurumun Şiddete Yönelik Tutumlar Üzerindeki Etkisi	44
Çizelge 13. Duygusal Dışavurum Ölçek puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	45
Çizelge 14. Duygusal Dışavurum Ölçek puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması	46
Çizelge 15. Duygusal Dışavurum Ölçek puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	47
Çizelge 16. Duygusal Dışavurum Ölçek puanlarının Eğitim Düzeyine göre Karşılaştırılması	48
Çizelge 17. Duygusal Dışavurum Ölçek puanlarının Herhangi Bir Dönemde Madde Kullanımı ile Karşılaştırılması	49
Çizelge 18. Duygusal Dışavurum Ölçek puanlarının Klinik Tanıya Göre Karşılaştırılması	50

ÖZET

RUHSAL ENGELLİ BAKIM MERKEZLERİNDE KALAN ŞİZOFRENİ PSİKOTİK BOZUKLUK VE BİPOLAR BOZUKLUK TANISI ALMIŞ HASTALARIN DIŞAVURULAN DUYGULANIMLARI İLE ŞİDDETE YÖNELİK TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu çalışma ruhsal engelli bakım merkezlerinde kalan şizofreni, psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı almış hastaların dışavurulan duygulanımları ile şiddete yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma örneklemi İstanbul Arnavutköy ilçesinde bulunan bir bakım merkezinde bakım gören 32'si kadın, 51'i erkek olan toplam 83 ruhsal engelli bireyden oluşmaktadır. Katılımcılara “Sosyo-demografik Bilgi Formu”, “Berkeley Duygusal Dışavurum Ölçeği” ve “Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği” uygulanmıştır. Araştırma sonucuna göre ruhsal engelli bakım merkezlerinde kalan şizofreni, psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin dışavurulan duygulanımları ile şiddete yönelik tutumları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır. Buna ek olarak ölçekler ile bazı alt boyutlar arasında anlamlı düzeyde ilişkiler bulunmuştur; partner şiddeti düzeyi arttıkça olumlu duygu dışavurumun azaldığı, kadınların erkeklere göre daha yüksek duygu dışavurum özelliklerine sahip olduğu, erkeklerin kadınlara göre daha yüksek partner şiddeti özelliklerine sahip olduğu, eğitim düzeyinin yükselmesi duygu dışavurum özelliklerini artırdığı, herhangi bir dönemde madde kullanımının var olması bireylerde dürtü şiddetini artırması ve bipolar bozukluk tanılı bireylerin şizofreni ve psikotik bozukluk tanılı bireylere oranla daha yüksek duygu dışavurum özelliklerine sahip olduğu gibi bulgular elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Duygu Dışavurumu, Şiddete Yönelik Tutum

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENTS ABOUT DISORDERS AND INFLUENCE OF PATIENTS WITH CHISOFRENE PSYCHOTIC DISORDERS AND BIPOLAR DISORDERS REMAINING IN MENTAL DISABLED CARE CENTERS

This study was carried out to investigate the relationship between the expressed emotions and attitudes towards violence of patients diagnosed with schizophrenia, psychotic disorder and bipolar disorder in mentally disabled care centers. The research sample consists of a total of 83 mentally handicapped individuals, 32 of whom are females and 51 of whom are males, in a care center located in Arnavutköy, Istanbul. “Socio-demographic Information Form”, “Berkeley Emotional Expression Scale” and “Violence Attitude Scale” were applied to the participants. According to the results of the research, no significant relationship was found between the emotional affect of the individuals diagnosed with schizophrenia, psychotic disorder and bipolar disorder and their attitudes towards violence. In addition, significant relationships were found between scales and some sub-dimensions; As the level of partner violence increases, positive emotion expression decreases, women have higher emotional expression characteristics than men, men have higher partner violence characteristics than women, the level of education increases, emotion characteristics increase in individuals, the presence of substance use increases in individuals at any time. and individuals with bipolar disorder had higher emotional expression characteristics than individuals with schizophrenia and psychotic disorder.

Keywords: Schizophrenia, Emotional Expression, Attitude Toward Violence

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni hastalığı bireyi bilişsel, emosyonel ve davranışsal anlamda önemli ölçüde etkileyen, bireyin kendisinde çevresindeki insanların hayatlarında değişikliklere neden olan bir rahatsızlıktır. Şizofreni hastalığının neden olduğu değişiklikler geçici veya kalıcı sonuçlar doğurabilir. Hastalığın nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte kalıtımsal, biyokimyasal, ruhsal, toplumsal ve çevresel faktörler hastalığın ortaya çıkmasında üzerinde durulan etmenlerdir (Arslantaş ve ark, 2009).

Günümüzde aile ortamının ve aile bireylerinin tutumlarının şizofreni hastalığının ortaya çıkışında yordayıcı etmenler olmadığını bilinmesiyle birlikte duygu dışavurumu, iletişim şekli, duygulanım tarzı gibi ailesel faktörler hastane taburculuğundan sonra hastalığın alevlenmesi üzerinde etkisi olduğuna ilişkin kanıtlar artmaktadır (Tüzer ve ark, 2003). Duygu dışavurumu kavramı İngiltere’de Tıbbi Araştırma Merkezi’nin hastalardan elde edilen sonuçlar hakkında elde edilen bir seri çalışmaya dayandığı belirtilmektedir (Berkson, 1992). Buna göre aile ve hasta bireyin arasında var olan etkileşimin duygusal yönünün önemi anlaşılmıştır. Belirtilen duygularla ilgili bazı özellikler psikiyatrik rahatsızlıklarda özellikle de şizofrenide seyri yordayıcı etmenler olarak belirlenmiştir (Tüzer ve ark, 2003).

Şiddet kavramı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından önemli bir sağlık sorunu olarak kabul görmüş ve kişinin kendisine veya bir başka kişiye, gruba ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişim bozukluğu gibi durumlara yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanma veya tehdit amaçlı olarak gösterdiği amaçlı bir davranış olarak tanımlanmaktadır. Şiddet kavramı genel çerçevede olarak insan saldırganlığını belirtmek amaçlı kullanılmaktadır. Saldırganlık kavramı ise insan ve hayvan davranışlarını kapsayan bir kavramdır. Ölçeklerin birçoğu insanlarda saldırganlığı yordamak amaçlı kullanılmaktadır. Bu ölçekler ile birlikte sözel, nesnelere karşı olan, kendine yönelik olan ve diğer bireylere yönelik olan saldırganlığın ayrımını yapmak amaçlanmıştır (Aras, 2014).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin şiddet davranışı ile ilişkisi her zaman klinisyenlerin ilgi çekici gördüğü bir durum olarak görülmüştür. 1992 yılında Monahan sosyodemografik özellikler ve benzeri faktörler dışlandığında ruhsal hastalığa sahip bireylerin genel topluma oranla şiddet davranışının benzeri yaygınlıkta olduğunu belirtmiştir. Fakat yapılan başka çalışmalar dahilinde şizofreni hastası bir bireyde şiddet davranışının genel topluma oranla daha yüksek seviyede olduğu görülmüştür. Şizofrenik bir bireyin gösterdiği şiddet davranışı genel olarak gerçek dışı inançlarına gösterilen gerçekçi yanıtlardır. Psikotik bireylerin zarar görme sanrılarına verdiği tepki olarak ortaya çıkan şiddet saldırganlık davranışı, kendisini saldırıdan korumaya yönelik olarak gösterdiği savunma şeklinin psikotik bir yansıması olarak görülebilir. Şizofreni davranışında şiddet davranışı için yordayıcı etmenler olarak erkek cinsiyet, genç yaş, alkol bağımlılığı, madde kötüye kullanımı, tedavi uyumsuzluğu, antisosyal kişilik, paranoid alt tip ölçütlerini karşılama, intihar düşüncesinin var olması, intihar girişim öyküsü ve hastaneye sık yatış öyküsü gibi faktörler belirtilir (Köşger ve ark, 2016). Ayrıca Varshney ve arkadaşları (2016) bazı zihinsel bozukluğa sahip kişilerin şiddet eylemini gösterme olasılıklarının genel nüfusa oranla daha muhtemel olduğunu belirtmişlerdir (Persson ve ark, 2018).

Şizofreni hastalığı hem prodromal aşamasında hem de tam olarak gelişim gösterdiğinde genellikle ciddi boyutta kişisel ve sosyal bozulmaya neden olur. Geniş ve ciddi boyuttaki davranım bozuklukları gelişimine eşlik edebilir ve en ciddi formu ile bu durum yaşam için bir tehdit oluşturabilir. Kişisel şiddet kavramı pek çok psikiyatrik tanı ile ilişkisinin bulunmadığı bildirilmiş fakat ciddi sonuçlar çerçevesinde en fazla şizofreni tanıli bireylerden kaynaklandığı bulunmuştur (Humphreys ve ark, 1992).

1980'li yıllarda şizofreni veya diğer psikotik bozukluk tablolarında şiddet davranışının artmadığına dair genel bir inanış söz konusudur. Söz konusu inanış son yirmi sene içerisinde yapılan çalışmalar sonucunda terk edilmeye başlanmıştır. Birçok psikiyatrik hasta için şiddet eğilimi görülmese de günümüzde ruhsal bozukluklar ile şiddet kavramları birbirleriyle bağlantılı görülmektedir. Özellikle şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal tablolar söz konusu olduğunda şiddet oranının arttığı genel bir inanıştır. Bu ilişki halk için büyük bir toplum sorunu olarak görülmektedir ve başa çıkılması gereken bir konudur. Bu durum ruhsal bozukluğu bulunan bireyleri toplum içerisinde ciddi derecede damgalamaya yol açmaktadır (Aras, 2014).

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmada ruhsal engelli bakım merkezlerinde kalan şizofreni, psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı almış hastaların dışavurulan duygulanımları ile şiddete yönelik tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Psikiyatrik bozukluğa sahip bireyler toplum tarafından günümüzde şiddete yatkın insanlar olarak görölmektedir. Ruhsal bozukluklar bireylerde sadece algı ve davranış olarak değil, emosyonel olarak da kendini gösteren hastalıklardır. Bu araştırmada ruhsal engelli bireyler duygu dışavurumu ve şiddet açasından ele alınmıştır. Bununla birlikte ruhsal engelli bireylerin duygularını dışavurmalarında şiddete yönelik tutumları irdelenecek ve literature katkı sağlanacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Nedir?

Şizofreni çoğu zaman kişinin erken erişkin döneminde başlayan bilişsel, algısal, emosyonel ve davranışsal alanlarda yıkıcı ve süreğen şekilde ilerleyen bir ruhsal bozukluktur. Kişinin öğrenme, kendine bakabilme, insan ilişkileri ve temel yaşam yetileri gibi birçok alanda kişinin becerilerini kısıtlayarak toplumsal sorunlara yol açabilmektedir (Altuntaş, 2016).

Şizofreni hastalığı sanrılar, halüsinasyonlar, dağınık konuşma veya davranış ve bozulmuş bilişsel yetenek gibi birtakım faktörlerle karakterize kronik ve karmaşık bir zihinsel bozukluk olarak tanımlanabilir. Şizofreni hastalığı erken başlangıç ve kronik seyri ile birlikte birçok hasta birey ve ailesi için sorunlar ortaya çıkaran bir hastalıktır. Bu sorunlar hastalığa sahip bireylerde dikkatte bozulma, çalışma belleği veya yürütücü işlev gibi bilişsel süreçlerde soruna yol açmaktadır. Bunların yanında şüphe, sanrılar ve halüsinasyonlar gibi semptomlar sonucunda nüks ortaya çıkabilir (Patel ve ark, 2014).

Bir başka tanımıyla şizofreni bireyin dış dünyayı reddederek kendi iç dünyasına yönelmesi ile başlayarak düşünce, algılama, davranış ve duygu durumu etkileyerek devam eden bir bozukluktur. Şizofreni hastalığı bulunan kişi ailesiyle, sosyal çevresiyle ve diğer insanlarla etkileşimde güçlük yaşamaktadır ve ilerleme şekli farklı seyirler izleyebilir (Tekin, 2007).

Şizofreni hastalığına sahip bireyler kendilerini eleştiren ve kötüye kullanan birtakım sesler (işitsel halüsinasyonlar) duyarlar. Şizofreni hastalığı sonucunda ortaya çıkan bu sesler doğrudan hasta ile konuşabilir, hastanın yaptıkları hakkında yorum yapabilir. Hasta bireyler bu sesleri duymaları kapsamında genellikle bu halüsinasyonların ne anlama geldiğini anlamaya çalışırlar ve bu durum sonucunda garip inançlar ve sanrılarının gelişimi gözlenebilir (Picchioni & Murray, 2007).

2.1.1. Şizofreni Tarihçesi

Şizofreni hastalığı hakkında ele alınmış ilk metinler Milattan Önce 15. Yüzyıla dayanmaktadır. Şizofreni hastalığının kendine özgü davranışlarından Çince metinlerde, Telmut'ta, Tevrat'ta ve Yunan metinlerinde söz edilmektedir. Ortaçağa gelindiğinde psikoza sahip bireyler şeytan, cadı, kötü ruhların esiri olmuş kişi, tanrının lanetlediği varlık olarak tanımlanmışlar, toplumdan dışlanmışlar ve işkence ve idam gibi cezalara çarptırılmışlardır (Sancaktar, 2017).

Ortaçağ dönemi içerisinde şizofreni kavramı batıl inançlar adı altında örtülmüş ve 19.yy ortalarında bilimsel araştırma konusu olarak ele alınmaya başlamıştır. Morel 1860 yılında ilk kez aile içerisinde ve okuldaki çatışmalar, uyum sorunları gibi süreçlerle başlayan ve yıkım ile sonuçlanan bir içe kapanıklık tablosu 'Dementia Praecox' (erken bunama) olarak tanımlamıştır (Atmaca, 2016). Katatonik şizofreniyi Karl Kahlbaum (1829-1899) ve hebefrenik şizofreniyi Ewald Hecker (1843-1909) tanımlamıştır (Sancaktar, 2017).

Şizofreni hastalığının klinik olarak akut belirtileri arasında halüsinasyon ve hezeyan bulgularının olduğu tanımlanmıştır. Kreapelin şizofreni hastalarının %4'ünün tamamen iyileşme gösterdiğini, %13'ünün ise remisyonlar gösterdiğini belirtmiştir. Kreapelin şizofreni hastalığının pozitif ve negatif belirtileri olduğunu belirterek kavramsal bir çerçeve oluşturarak literatüre bir başka önemli katkıda bulunmuştur (Atmaca, 2016).

Eugen Bleuler, Kreapelin'in her hastada yıkımın olması gerektiği ve tüm olguların demansla sonlandığı fikrini kabul etmemiştir ve 'Dementia Praecox' yerine Bleuler tarafından zihin yarılmaması anlamına gelen 'Şizofreni' terimini literatürde ilk kez kullanılmıştır (Atmaca, 2016). Bleuler bu terim ile bilişsel süreçler ve duyguların ayrıştığını, duyguların da güdüden ayrıştığını ve bireyin zihinsel işlevlerinin arasındaki doğal uyumun bozulduğunu belirtmiştir (Öbekli, 2013).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952 yılında DSM-I sınıflamasında şizofreni, şizofrenik reaksiyonlar olarak tanımlanmış, DSM-II sınıflamasında 'reaksiyon' terimi kullanılmamış ve şizofrenik bozukluklar olarak tanımlanmış, 1980 yılında DSM-III yayınlanmıştır. DSM-III'te şizofreni içleme ve dışlama kriterlerine sahip ilk resmi tanı sistemi olarak belirtilmiştir. 1994 senesinde yayımlanan ve 2000 senesinde revize edilen

DSM-IV sınıflamasında ise şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar olarak belirtilmiştir (Özak, 2019).

2.1.2. Epidemiyoloji

Şizofreni hastalığı genel olarak 25 yaşından önce başlar, nadiren de olsa 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra görülebilir. Şizofreni her toplumda, toplumların her kesiminde görülebilir. Görülme sıklığı cinsiyet açısından ele alındığında aynı oranda olduğu görülmüştür (Alptekin, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 2002 yılında şizofreni hastalığı 15-44 yaş grubundaki dünyadaki tüm hastalıklarda 8. önde gelen engellilik nedeni olarak belirtilmiştir (Krause, ve diğerleri, 2018). Şizofreni hastalığı cinsiyet açısından eşit sıklıkla görülmesine rağmen hastalığın başlangıç yaşı ve seyri cinsiyet açısından farklılık göstermektedir. Erkeklerde şizofreni 20-25 yaşlarında, kadınlarda ise 25-35 yaşları arasında görülmektedir (Emircan, 2017).

Şizofreni hastalığı sanayileşmenin fazla ve sosyoekonomik durumun düşük seviyede olduğu toplumlarda, diğer toplumlara göre daha fazla görülme oranına sahiptir. Dünyada 60 milyonu aşkın şizofreni hastası bulunmakla birlikte Türkiye’de bu rakamın 700 bin olduğu görülmektedir (Alptekin, 2019).

Ülkeler arasındaki şizofreni görülme olasılığına bakıldığında ırklar arasında farklılık görülmemektedir. Göçmen olmanın şizofreni hastalığı riskini 2-13 kat artırdığı bazı çalışmalarda görülmektedir. Kişinin aile öyküsünden sonra şizofreni için en önemli risk faktörü göçmenliktir. Çalışmalar sonucunda kişinin ilde doğmasının ve büyümesinin psikotik bozukluk açısından anlamlı risk faktörü olduğu ve ilde büyüyen kişilerin şizofreni hastalığına yakalanma risklerinin 2-4 kat arttığı görülmektedir (Gevher, 2018). Ayrıca 2010 yılında Schanda ve arkadaşları şizofreni tanılı bireylerin suç açısından artmış risk grubu olarak saptandığını belirtmişlerdir (Ural ve ark, 2012). Richard-Devantoy ve arkadaşları (2009) şizofreni hastalığının şiddet davranışını erkek bireyler için altı ile on kat, kadınlarda ise sekiz ile on kat arasında artırdığını bildirmişlerdir (Ural ve ark, 2012).

Şizofreni hastalığında madde kullanmanın yaşam boyunca prevalansı yüzde 50’den fazla olduğu görülmele birlikte nikotin için bu oran yüzden 90’lara varan nikotin bağımlılığı şeklinde görülmektedir. Şizofreni hastalığının seyri bu maddelerin yaptığı etkilerle birlikte semptomlarda artış ve tedaviye direnç gösterebilmektedir (Emircan, 2017). Ayrıca şizofreni hastalığına sahip bireylerin alkol ve madde kötüye kullanım

bozuklukları prevalansının ABD genel popülasyonunda, aynı yaş grubuna oranla 3 kat yüksek olduğu belirtilmiştir. Bunun yanında şizofreni hastalığına sahip bireylerin %47'sinde geçmişte veya hala devam eden madde kötüye kullanımı olduğu görülmüştür (Korkeila ve ark, 2005).

Mevsimler ele alındığında şizofreni hastalığının görülme olasılığı kışın sonlarına doğru-baharın başlarında doğan kişilerde yaz sonu doğan kişilere oranla risk faktörü açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir. Araştırmalar ele alındığında gebeliğin ikinci üç ayında karşılaşılan viral enfeksiyonlar şizofreni riskini artırmaktadır (Emircan, 2017).

2.1.3. Etiyoloji

Şizofreni hastalığının etiyolojisi birkaç risk faktörünün olması ile birlikte henüz tam olarak aydınlatılamamıştır (Değerli, 2017). Şizofreninin nedenlerini açıklamak üzere birçok çalışma yapılmış ve birçok teori ortaya atılmıştır. Tüm çalışmalar ve teoriler tek başına şizofreninin etiyolojisini açıklamamaktadır (Alptekin, 2019).

Şizofreni, beyinde gelişim bozukluğuna bağlı bir hastalık olarak kabul edilmekle birlikte bu yatkınlığın hastalık ile kendini göstermesi diğer etkenlerin de varlığına bağlıdır (Altuntaş, 2016).

Şizofreni hastalığının çok çeşitli klinik semptomları içerisinde barındırdığı belirtilmektedir. Birinci derece semptomları ve temel klinik belirtiler dahil olmakla birlikte tanı kriterlerini karşılayan vakaların dahi çeşitli etiyolojik faktörlerin bağlı etkisinin hastadan hastaya farklılık gösterebildiği gözlemlenmiştir. Şizofreni hastalığında etiyojinin üç kategori ile incelenebileceği belirtilir; Biyolojik, psikolojik ve sosyal (Tsoi ve ark, 2018).

2.1.3.1. Genetik Faktörler

Şizofreni hastalığının şizofreni öyküsü bulunan ailelerde, olmayan ailelere göre daha çok görüldüğü bilinmektedir. Şizofreni vakalarına bakıldığında üçte ikisinden fazlasında ara sıra ortaya çıkmasına rağmen aile öyküsünde şizofreni bulunan kişinin bu hastalığı geliştirme riski önemli ölçüde artmaktadır (Değerli, 2017).

Şizofreni ve birçok hastalıkta genetik faktörler etkili olmakla birlikte hastalığa sahip kişilerin biyolojik akrabalarında görülme oranı da yüksektir. Şizofreni hastalığında

birçok gen, genetik yatkınlığa katkısı açısından ele alınmıştır. Şu an güncel aday genler; a-1 nikotinik reseptör, DISC 1, GRM 3, COMT, NRG 1, RGS 4 ve G72'dir (İngeç, 2018).

Toplum içerisinde şizofreni prevalansı %1 olmakla birlikte ebeveynlerin herhangi birinde şizofreni hastalığı görülen çocuklarda %12, her iki ebeveyninde şizofreni görülen çocuklarda %40, ikiz kardeş olmayan çocuklarda %8, dizigot ikizlerde %12 (%8-28), monozigot ikizlerde %47 (%33-78) olarak belirlenmiştir (Aylak, 2016). 2010 yılında Danimarka'da yayınlanan bir çalışma sonucunda annesi ve babasında şizofreni hastalığı bulunan kişilerde şizofreni görülme riski %27.3 olarak görülmüş ve şizofreni benzeri bozukluklar eklenince bu oranın %39.2'ye çıktığı bildirilmiştir. Başka bir aile tarafından yetiştirilmiş ve öz ebeveyninde şizofreni hastalığı bulunan kişilerde şizofreni ve benzeri hastalıkların görülme olasılığı, öz ebeveyninde şizofreni hastalığı olmayan ve evlat edinilen kişilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (İngeç, 2018).

Brown ve arkadaşlar (1966), hastanede yattıktan sonra eve dönen ve yaşamını aileleriyle sürdüren bir grup şizofreni hastası ile dokuz aylık bir izleme çalışması yapmışlardır. Hastaneden çıkmadan önce hastaların ebeveynleriyle veya eşleriyle görüşülmüş ve hasta hakkındaki öfke ifadeleri ya da hastaya karşı aşırı derece duygusal ve koruyucu ifadeler araştırma kapsamında değerlendirilmiştir. Yüksek emosyonel (duygusal) dışa vurum olarak adlandırılan değişkene dayanılarak aileler bu kapsamda 'Yüksel EDV gösteren' ve 'Düşük EDV gösteren' şeklinde gruplandırılmıştır. İzlem sürecinin sonunda düşük EDV gösteren evlerde yaşamını devam ettiren kişilerin %10'unda hastalığın tekrar ortaya çıktığı görülmüş, yüksek EDV gösteren evlerde yaşamını devam ettiren kişilerin %58'i hastaneye tekrar yatırılmıştır. Bu çalışma kapsamında ailenin hastaneden çıktıktan sonraki süreçte hastanın uyumu üzerindeki etkisinin önemi görülmüştür (Ulubak, 2012).

Franz Kallman 1938 yılında şizofreni hastalığına sahip kişilerin aileleri ile ilgili büyük bir araştırma yapmıştır. Kallman, araştırma kapsamında 1000'den fazla şizofreni tanısına sahip kişinin aile üyelerini Berlin'de bulunan bir psikiyatri hastanesinde incelemiştir. Kallman'ın gözlemlerinden bazılarının hala günümüzdeki şizofreni üzerine yapılan araştırmalara yön verdiği görülmektedir. Kallman araştırmalarının sonucunda ebeveynlerde rahatsızlığın ciddiyetinin çocukta şizofreni görülme riskini etkilediğini bulmuştur: Ebeveynlerin şizofrenisi ne kadar ciddi düzeyde ise çocuklarda da şizofreni görülme riski o oranda artmaktadır. Kişinin ebeveyninden farklı biçimde ifade edilmiş

genel bir şizofreni de geliştirmiş olabileceği olasılığı da bulunmaktadır. Günümüzde yapılan çalışmalar bu gözlemi doğrular niteliktedir. Ailesinde şizofreni olan kişilerde sadece şizofreni değil, şizofreni ile ilgili bozukluklar konusunda geniş bir psikolojik rahatsızlık riski bulunmaktadır (Ulubak, 2012).

Şizofreni hastalarında klinik sunumun çeşitli ve karmaşık oluşu, genetik ve psikososyal faktörlerin birlikteliğinin hastalık başlangıcında birlikte rol oynamaları görüşünün baskınlığı, şizofreni hastalığına sahip bireylerin yakınlarında eşik altı ve hafif formlarının görülmesi ve şizotipal özelliklerin bulunması, şizofreninin bir kalıba bağlı hastalıktan daha çok bir spektrum bozukluğu olduğu düşüncesinin doğmasına sebep olmuştur. Paul Meehl ilk olarak Şizotaksi kavramını tanımlar ve bu kavram şizofreni spektrum kavramının geliştirilmesine katkı sağlamıştır. Meehl Şizotaksi kavramını şizofreniye yatkınlık olarak belirtir ve değişmez bir biçimde çevresel koşullardan ayrıştırılamayan şizotipi ya da şizofreni olarak gelişim göstermesini sağlar (Altuntaş, 2016).

2.1.3.2. Çevresel Faktörler

Araştırmalar kapsamında aileler ve ikizler üzerine yapılan çalışmalarda elde edilen bilimsel sonuçlar, şizofreni hastalığının etiolojisinde kalıtımın etkisine vurgu yapsa da çevresel faktörlerin de etioloji üzerinde belirleyici bir etkisinin olduğu görmezden gelinemez. Şizofreni hastalığındaki olgular kapsamında çoğunlukla birçok risk geni ile birlikte istenmeyen çevresel etmenlerin etkileşimi sonucu olabileceği ileri sürülmektedir (Güneri, 2008).

Şizofreni hastalığı çok karmaşık olduğundan dolayı tanı koyma süreci tartışmalara yol açabilir. Bazı kesimler şizofreni hastalığı için gerçekte var olmadığını ve farklı kültürel normlar dışında davranan insanların etiketlediği bir olgu olduğunu dile getirir. Şizofreni hastalığının yalnızca zihinsel sağlık alanı içerisinde çalışan insanları zihninde var olduğu görüşü ilginç olsa da bu görüşe karşı çıkmıştır. Farklı kültürlerdeki insanların çoğunda şizofreni hastalığının semptomlarını görmek mümkündür, bu durum da bu hastalığı dünya çapında var olan bir gerçek olarak gösterir. Bu sebeplerdir ki şizofreni hastalığı evrensel bir olgudur ve tüm ırk ve kültürel grupları etkiler (Ulubak, 2012).

Şizofreni etiolojisinde çevresel risk etmenleri ile ilişkili olarak yapılan araştırmalar kapsamında bulunan sonuçlar şunlardır: Şizofreni hastalığında kentleşme,

endüstriyel yapılanma ve göç önemli risk faktörlerindedir. Şizofreni hastalığının kentlerde ve edüstrinin geliştiği bölgelerde kırsal kesimlere oranlara daha çok görüldüğü bulgular arasındadır (Güneri, 2008).

Bailey (2018) bu konuda yapılan birçok çalışmanın sonuçlarına dayanarak bireyin çocukluk çağında yaşadığı çeşitli olumsuzlukların şizofreni riskini ciddi düzeyde artırdığını belirtmiştir. Bu olumsuzluklar içerisinde cinsel istismara maruz kalma, psikoz riski, yüksek psikotik semptom oranları, komorbid bozukluklar, bilişsel bozukluklar, tedavi direnci, travmaya maruz kalma gibi durumlar belirtilir (Rabinovitz ve ark, 2019).

Obstetrik komplikasyonların genel anlamda ileriki yaşlarda nörolojik ve ruhsal sorunlara yol açtığı ya da daha çok birlikte görüldüğü kabul edilmektedir. Yapılan çeşitli araştırmalar kapsamında şizofreni ile obstetrik komplikasyonlar arasında sıkı bir ilişkinin var olduğu gözlemlenmiştir. Anne adayında görülen stres düzeyi, uzamış doğum eylemi, sigara ve alkol kullanımı, oksijen yetersizliği, prematüre veya düşük kiloda doğum, Rh uyuşmazlığı gibi obstetrik komplikasyonlar ile şizofreni hastalığı arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür (Güler, 2014).

2.1.4. Şizofrenide Tanı

Şizofreni hastalığında tanı konulmadan önce ilk olarak hastanın anamnezi alınmalı, görüşme sürecindeki davranışlarına, duygudurumuna, konuşmasına, düşünce içeriğine, algılama sürecine, bilişsel fonksiyonlarına dikkat edilmeli ve fiziksel/nörolojik muayene ile laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır. Bu süreçle birlikte ayırıcı tanı dikkate alınıp fiziksel hastalıklar ve madde kullanımı dışlanmış olacaktır (Çağlar, 2018).

Şizofreni DSM-V tanı kriterleri Çizelge 1’de verilmiştir:

Çizelge 1. Şizofreni DSM-5 tanı kriterleri

A.	<p>Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sanrılar2. Varsanılar3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama)
B.	<p>Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından öce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez)</p>
C.	<p>Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir</p>
D.	<p>Şizoaffektif (şizoduygulanımsal) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu bozukluk dışlanır, çünkü ya açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör (yeğın) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır. (ya da açık evre belirtilerinin olduğu</p>

	sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmamışsa bile, bunlar hastalığın açık ve rezidüel dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.)
E.	Bu bozukluk, bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz
F.	Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (Köroğlu, 2013).

2.1.5. Şizofreni Tedavisi

Şizofreni tedavisi ele alınırken öncelik olarak doktor ile hasta arasında kurulacak ilişki biçimi üzerinde durulmalıdır. Doktor ile hasta arasında kurulacak güven ilişkisi içerisinde bu işbirliğini azaltabilecek bilişsel bozukluklar, dezorganizasyon ve sosyal desteğin azlığı gibi durumlar değerlendirilmelidir (Duman, 2014).

Şizofreni hastalığının tedavinin öncelikli hedefleri şu şekilde sıralanır:

1. Alevlenme (atak) dönemlerini bastırmak
2. Alevlenme (alevlenme) dönemlerini erken saptayıp ayaktan tedavi etmek
3. Alevlenme (atak) dönemi bastırıldıktan sonra hastalığa bağlı oluşan yeti kaybını en aza indirmek
4. Şizofrenik bireye stresle baş edebilme yollarını öğretme (Dindar, 2019).

Şizofreninin tedavisi birçok problemi de beraberinde getirmektedir. Şizofreni hastalarında içgörünün az olması ve tedavi reddi sağaltımdaki önemli problemlerdendir. Şizofrenler kendi olağandışı durumlarının farkına varamamakta ve bir uzmanın yardımına ihtiyaç duyduklarını anlayamamaktadırlar. Bu sebeple şizofreni hastalarının aile üyeleri tedavi sürecinde hasta ile ilgili sıkıntılar yaşamaktadırlar ve bazı zamanlar da gönülsüz olarak şizofreni hastalarının hastane yatışı gerçekleştirilmektedir (Çağlar, 2018).

Şizofreni hastalarının tedavileri için bir diğer problem de tedavi olmayı kabul etmelerine rağmen yaşanan tedavi uyumsuzluğu ve bu süre zarfında olumsuz bir şekilde etkilenen yaşam kaliteleridir. Çünkü şizofreni tedavisinde bu sürecin sorunsuz ve uyumlu bir şekilde ilerlemesi yaşam nitelikleri açısından büyük önem taşımaktadır. Hastalık sürecinin uzaması yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır, bu nedenle yan etki açısından bakıldığında daha az yan etkileri olan ilaçlar ile birlikte uygulanan psikososyal tedaviler, bu hastaların yaşam niteliklerinin yükselmesini amaçlamaktadır (Çağlar, 2018).

Şizofreni hastalığının tedavisi ile ilgili yapılan bir araştırmada 20-40 yıllık bir gözlem sürecinden sonucunda elde edilen bulgular, şizofreni hastalarında yaklaşık %55'lik bir kısmın olumlu bir şekilde seyir gösterdiği fakat %45'lik bir kısmın da sonuçlarının kötüleştiği görülmüştür (Sancaktar, 2017).

Bir başka çalışmada şizofreni hastalarının ilk hastane yatışı sonrası şizofreni tanısı almış olan kişilerin yalnızca %10 ile %20'sinde iyi sonuçlar alındığı, yaklaşık olarak %50'sinde semptomların artması, hastane yatışının tekrarlanması, majör duygu durum bozukluğunda atak ve intihar girişimi ile birlikte kötü seyir görülmüştür (Sancaktar, 2017).

2.1.5.1. Farmakolojik Tedavi

Şizofreni hastalığının tedavisi için ilk seçenek her zaman antipsikotik ilaçlar olmuştur. Her öğünde oral yollarla alınan ilaçlar ile birlikte dil altı eriyen ilaçlar ve 2 haftada bir yapılan iğneler de tedavi seçenekleri arasındadır (Sevi, 2014).

Antipsikotik ilaçlar iki grupta değerlendirilebilir. İlk grup geleneksel antipsikotik ilaçlar olarak adlandırılır. İkinci grup ise yeni antipsikotik ilaçlar olarak ele alınır. Gelenekler antipsikotik ilaçlardaki ortak özellik merkezi sinir sisteminde dopamin D2 reseptörlerinin blokajlarını sağlamak ve ekstrapiramidal yan etkilerinin olmasıdır. İkinci grup yani yeni nesil antipsikotik ilaçlar etki düzenlenekleri açısından geleneksel gruptan farklılıklar taşır. Yeni nesil antipsikotikler dopamin reseptörleri üzerinde seçici etki gösterebilirler. Bunun yanı sıra diğer nörotransmitter üzerinde daha belirgin etkiye sahiptirler (Duman, 2014).

2.1.5.2. Şizofrenide Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)

Antipsikotik ilaçlar keşfedildikten sonra elektro-konvülsif terapinin şizofreni hastalığındaki yaygınlığı azalmış; ilaç kullanmaya dirençli, ağır ajite durumda olan ya da

katatoni gösteren hastalarda yer yer belirtilerin yatıştırılması için tercih edilmektedir. EKT, elektrik akımının 0,1-6 saniye süreci içerisinde şakaklar arasında frontal loblardan geçerek terapötik amaçlı grand mal nöbet oluşturmasıdır (Sevi, 2014). EKT uygulamasından sonra baş ağrısı, yönelim bozukluğu, bellek bozuklukları, kas ağrıları, bulantı gibi yan etkiler sıklıkla görülmektedir. Baş ağrısı, yönelik bozukluğu ve bellek bozuklukları bu yan etkiler içerisinde en çok görülen durumlardır (Duman, 2014).

Varsanıları, sanrıları ve tuhaf davranışları bulunan akut hastalar için EKT kullanımının geçici faydaları olabilir. Normal olarak şizofreni bulunan bireyin EKT'ye yanıtı sınırlı olduğu için yaşadıkları ortamdan ayrılma ya da çevresindeki birinin kaybı gibi zaman sınırlı bir stresör varlığında EKT kullanımı daha uygun olacaktır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

EKT kullanımında bazı hastalar için hızlı yanıt alınabilse de tedavinin devamlılığı ve en az 7 seanslık bir kürün tamamlanması EKT için önemlidir. Dirençli vakalarda bu sayı artabilir ve hasta, tedaviye yanıt verene kadar EKT uygulanabilir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan ortak görüş EKT'nin ana yararının tedaviye hızlı cevap alınabilmesindeki faydası olduğu görülmüştür (Kocal ve ark, 2017).

Şizofreninin tedavisi için öncelikli müdahale antipsikotik ilaçlar olsa da EKT de bir tedavi seçeneği olarak görülür. APA EKT rehberine göre şizofreniye iyi yanıt alınabilen özellikler şunlardır:

1. Ani veya yakın zamanda başlamış pozitif semptomlar
2. Katatoni
3. EKT'ye iyi yanıt öyküsü
4. Öyküde ilaç tedavisine zayıf yanıt alınmış olması
5. Hastanın tercihi
6. Standart antipsikotik tedaviye ilişkin risklerin EKT risklerinden daha fazla olması
7. İntihar düşüncelerini gerçekleştirme riskinin yüksek olduğu durumlar (Dal, 2011).

2.1.5.3. Psikoterapi

Şizofreni hastalığının tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak çeşitli terapi yaklaşımları da kullanılmaktadır (Duman, 2014). Şizofreni hastalığı bulunan bireyler

farmakolojik tedavilerin yanı sıra çeşitli terapi yaklaşımları, psikososyal bakım ve rehabilitasyon süreci ile sağlıklarını geri kazanabilirler. Şizofreni hastalığında sadece farmakolojik tedavi gören hastaların yüksek oranda uyumsuzluk ya da nüks izlemesi dikkatleri psikolojik veya psikososyal yaklaşımların etkileri üzerine çekmiştir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

2.1.5.3.1. Psikodinamik Yaklaşımlar

Psikodinamik yaklaşımlar bilinç dışı süreçleri inceleyen ve transferans kavramı üzerinde duran bir tutumla çalışır. Seans içerisinde terapistte yöneltilen psikotik yansımalar da önemlidir (Sevi, 2014). Freud tarafından şizofreni, “birincil özseverlik (narsisizm)” dönemine gerileme sonucu ortaya çıkan bir klinik tablo olarak görülmüştür. Şizofreni hastalığında doğuştan gelen yapısal bir yatkınlık, ego zayıflığı ve birincil narsisistik duruma kolayca gerileyebilme eğiliminin olduğu ve böyle bir zeminde çevre ilişkileri sonucu ortaya çıkan örselenmelerin bu gerileme eğilimini tetiklediğini ileri sürmüştür (Levent, 2014).

Psikodinamik yaklaşım şizofreni hastalığını erken çocukluk dönemi içerisindeki iletişime geri dönüş olarak tanımlar. Kişiler arasındaki isteklerin ortaya çıkarttığı aşırı stres haliyle baş etmekte zorlanan kırılmalı ego gerilemektedir. Terapi içerisinde şizofrenik birey ile yetişkin iletişimini öğrenmek ve şimdi yaşadığı problemleri geçmiş yaşantısıyla bağdaştırabilmesi için içgörü kazanması amacıyla çalışılır. Terapi süreci içerisinde yavaş ve tehditkar olmayan bir şekilde ilerleyerek hasta ile terapötik ittifak kurularak güven ilişkisi sağlanması önemlidir. Temelde hastaya içgörü kazandırılmak amaçlı uygulanır (Duman, 2014).

2.1.5.3.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar

Bilişsel davranışçı terapiler temel olarak stres-yatkınlık modeli üzerine inşa edilmiştir. Bu model şizofreni hastalığının başlangıç ve devamı yönünden ‘de-katastrofik’ bir yaklaşımla hareket eder. Yani şizofrenik bir bireyi tedavi edilemez bir deli olarak görmek yerine yaşamlarının bazı noktalarında belli stres etkenlerine karşı tepki olarak hastalığın semptomlarını ortaya çıkaran bir kişi olarak görür. Bu model hem hasta hem de terapistin şizofreni hastalığını daha olumlu bir bakış açısıyla ele almalarını sağlamakla birlikte terapötik kilitlenmeden kurtulabilmeleri için büyük önem taşır (Duman, 2014).

Şizofrenide bilişsel davranışçı terapi ilk olarak 1952 senesinde Beck tarafından kronik şizofreni hastalığı bulunan birinde uygulanmış, dirençli sanrıları olan bu bireyin tedavisinde yarar sağlamıştır. Ancak ilk uygulama olarak daha eskiye dayandırılrsa da BDT'nin psikotik bozuklar baz alındığında tedavi olarak uygulanması çok daha yenidir. Yakın zamanlara bakıldığında şizofreni hastalığının tedavisi için özgün bilişsel davranışçı tedavi programları geliştirilip uygulanmaya başlanmıştır (Mortan Sevi ve Tekinsav Sütçü, 2012).

Psikopatolojinin temelinde düşüncelerin yapısında ve içeriklerinde bozukluk olduğu bilinmesine rağmen bilişsel-davranışçı terapiler şizofreni hastalığında yeterli derecede kullanılmamıştır. Halbuki aynı yaklaşımlar affektteki bozukluklar için tanımlanan depresyon için başarılı bir şekilde kullanılmış ve depresyonu duygulardaki bozukluklardan çok düşüncelerdeki bozukluklar olarak tanımlama noktasına kadar getirir. Bilişsel davranışçı terapilerin şizofreni hastalığında yeterli düzeyde kullanılmaması terapistlerin önyargılarına dayanan bazı varsayımlarına bağlı olabilir. Bunlardan bazıları; farmakolojik terapinin yeterli olduğu varsayımı, hastalığın biyolojik kökenli olup psikososyal yaklaşımların göz ardı edilebilmesi varsayımı, şizofreninin BDT ile tedavi edilemeyecek düzeyde ağır bir tablo oluşu varsayımı gibi (Sungur ve Yalnız, 1999).

Bilişsel davranışçı terapinin önemli noktası hastayı psikoza belli bir ortamda gelişmiş bir birey olarak ele almasıdır. Bilişsel davranışçı tedavinin amacı ise bireyin hastalık ile ilgili yaşadığı sıkıntılı süreçlerin azaltılmasını sağlamak ve bireydeki hastalıktan dolayı yaşadığı güç kaybını en aza indirmektir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

2.1.5.3.3. Şizofrenide Aile Terapisi

Şizofreni hastalarına uygulanan farmakoterapinin yanına aile terapileri de eklendiğinde hastalığın nüksleri arasındaki sağlıklı sürenin uzadığı gözlemlenmiştir. Bunun yanı sıra hastalara sosyal ilişkilerini yeniden kurmak, var olan bereçilerini geliştirmek ve yenilerini deneyimlemek gibi fırsatları sağladığı gözlemlenmiştir. Aile terapisinin iki önemli noktası eğitim ve geleceğe ilişkin umut ve gerçekçi beklentilerin desteklenmesidir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Şizofreni hastalığının kişiye etkilerinin yanında kişinin ailesini de etkileyen bir bozukluk olarak görülür. Şizofreninin kişiye yüklediği zorlukların yanı sıra aileye de yüklediği zorluklardan kaynaklanan sıkıntılar, yine şizofrenik bireye yansiyarak hastalık seyrini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple tedavi süreci içerisinde aile terapinin önemli olduğu görülmektedir. Aile terapileri farklı yönelimler ile farklı şekillerde uygulanabilir. Her aileden bir kişinin katılımıyla gerçekleşen veya tüm ailenin katılımıyla gerçekleşen varyanslar şeklinde uygulanabilir (Sevi, 2014).

Aileye odaklanmayı amaç edinmiş tedavilerin temelde odaklandığı nokta hastaların hastane sonrasında evde yaşadıkları stresi en aza indirmektedir. Bu tür aile odaklı programlarda ailede bulunan düşmanlık, aşırı ilgi ve eleştiri yaklaşımının azaltılması hedeflenmektedir. Hastalığa sahip bireyin ailesi hastalık hakkında gerçekçi şekilde bilgilendirilir. Aile bireylerine hastalığa sahip bireyin ev içerisinde ve dışarısında uyumunu artıracak duygu dışavurumunu azaltan sosyal yetileri öğretmek büyük önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalar kapsamında aile terapisi gören hastalar ile görmeyen hastalar kıyaslandığında birinci gruptaki hastaların daha iyi bir seyre sahip olduğu gözlemlenmiş, bunun nedeninin ilaçları daha düzenli alma olasılığına bağlanmıştır (Duman, 2014).

2.1.5.3.4. Şizofrenide Grup Terapileri

Şizofreni hastalığının tedavisinde grup psikoterapisinden yararlanılması 25-30 sene önceye dayanmaktadır. Farmakoterapi ile birlikte grup terapisinde tedavi gören şizofrenik bireyler, sadece farmakoterapi alan bireylere oranla daha fazla iyileşme göstermektedirler. Hastaneden taburcu olan hastaların bu tedaviye devam etmeleri nüks oranını düşürdüğü bildirilmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

2.2. Psikotik Bozukluk

Psikoz birçok psikiyatrik, nörogelişimsel, nörolojik ve tıbbi durumun yaygın ve işlevsel biçimde yıkımla sonlanan semptomudur ve nöroloji ve psikiyatri pratiğinde önemli bir bulgudur. Psikoz halüsinasyonların, sanrıların ve sanrısız yanlış tanımlamaların eşlik ettiği bir tablo olarak tanımlanır (Karabulut, 2018).

Psikozda tanımlanan kendine özgün olağan dışı yaşantılar ve tecrübeler şizofrenideki gibi sürekli olarak değil, dönemsel olarak görülür. Bu tanımdaki gibi bir dönem sırasındaki ruh haline genellikle “psikoz”, bireyin psikoz sırasında gösterdiği

belirtiler de psikotik belirtiler olarak tanımlanır. Psikoz bireyin kendi hisleri ve düşüncelerinin, kendini, çevreyi ve gerçekliği görme anlama yetisinin değiştiği bir ruh halidir. Bu değişiklikler bireyin çevreye uyum sağlamasını zorlaştırdığından “gerçeği yaşama bozukluğu” olarak da tanımlanır (Wunderink & Kaymaz, 2002).

Psikozun en belirleyici özellikleri; sanrılar, dağınık konuşma, katatonik ve kompleks davranışlar olarak gösterilebilir. Psikoz tanısına sahip bireyler, düşünceleri mantıklı düşünceler ile değiştirilemeyen, gerçekliğe uymayan, bir kültür içerisinde kabul edilemeyen, dirençli bir inanışa sahiptirler. Psikotik birey çevresinde bir uyarıcı olmaksızın algılama oluşturabilen ve çeşitli sanrılara girebilen, bunları gerçekmişcesine yaşayabilen bir tavır sergiler. Konuşma biçimleri anlaşılabilirlikten uzak ve kopuk cümlelerden oluşabilir. Bu bireylerin uğraşları amaçsız, yön­süz ve isabet dışıdır, yaptıkları şeylerde bir tutarlılık görülemez. Bazı tavır ve davranışlarını anlamsız bir şekilde tekrarladıkları görülebilir (Genç, 2017).

Nüfusun %0.5-1’inde ömründe en az bir kez psikotik atak geçirmesi durumu epidemiyolojik araştırmalar kapsamında elde edilen bir bulgudur. Hastalık, hastanın kendisi ve çevresi için korkutucu olmasının yanında suisid riskini de barındırdığı acil biçimde tanısı konulmalı ve tedaviye başlanmalıdır. Bu hastalık içerisinde en önemli kayıplar sosyal iletişim ve meslekli ilişkilerde yaşanmaktadır. İlk psikotik semptomların başlaması “ilk atak” olarak tanımlanır. İlk atak psikozun genel olarak 14-35 yaşları arasında görüldüğü saptanmıştır. Psikotik bireylerin üçte ikisi, hastalığın ilk beş yıllık süreci içerisinde, her on kişiden birinde intihar davranışı gözlemlenmiştir. Psikotik bireylerin ilk yardım almaya başlama zamanı, hastalığın başlangıcından iki yıl sonrası bulabilmektedir. Tedavinin gecikmesindeki nedenler ilk semptomların gözden kaçması ve çevrenin bireyi hasta olduğu için dışlaması kaygısıdır (Tosun, 2018).

Bir bireye psikoz tanısı konulabilmesi için halüsinasyonlar (patolojik yapısına karşı iç görünümün olmaması ile birlikte), hezeyanlar veya iç görünümün olmadığı halüsinasyon ve hezeyanların bir arada olması şartı gerekmektedir (Doğan, 2019).

Lamsma ve Harte (2015) yakın zaman literatürüne bakıldığında suç davranışı ile psikotik bozukluklar arasındaki ilişkinin araştırıldığını bildirmişlerdir. Psikotik bozukluğa sahip bireylerin şiddet davranışını tetikleyen faktörler madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları, dürtüsellik, pozitif belirtiler, ebeveyn alkol kötüye kullanımı ve ebeveyn şiddet suçları şeklinde sıralanabilir (Denzel ve ark, 2016). Ayrıca

Mullen (2000) psikotik bozukluk tanısına sahip kişilerin genel nüfus popülasyonuna oranla şiddet içeren davranışları gösterme olasılıklarının yüksek olduğunu gösteren epidemiyolojik kanıt olduğunu belirtmiştir (Sedgwick ve ark, 2018).

Madde kullanım bozukluğu psikotik bireyler için şiddeti tetikleyici bir faktör olarak belirtilmiştir (Denzel ve ark, 2016). Maddeye bağlı psikoz, Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM-5) akut zehirlenme veya bir maddenin geri çekilme bağlamında görülen ve devam eden sanrılar ve/veya halüsinasyonların varlığı ile tanımlanır (Beckmann ve ark, 2020). Konu ile mevcut veriler sınırlı olmakla birlikte madde kullanım bozukluklarının (özellikle esrar kullanım bozuklukları) ilk atak hastalarında yaygınlık gösterebileceği ve bu hastalarda kötü sonuçlarla bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Bunlarla birlikte madde kullanımını azaltma stratejileri ile birlikte hem ilk atak hem de kronik hastalar için tedavi programlarında önemli bir faktör olarak görülmektedir (Green ve ark, 2004).

McGrath (2007) son yıllarda psikoz ile ilgili ciddi gelişmelerin olduğunu dile getirmiştir. Bu gelişmelerin, psikotik problemlerle ilgili olarak genel kabul gören bilgileri değiştirecek şekilde etkili olduğu iddia edilmektedir. Saha ve arkadaşları (2005) bu değişiklikleri altı başlık altında açıklamışlardır: İlk olarak önceki çalışmalar kapsamında şizofreni hastalığının yaşam boyu yaygınlık oranı her toplum için %1'e yuvarlanmıştır. *"Ancak 1960 ile 2000 yılları arasında 46 ülkede yapılan araştırmalar kapsamında yakın zamanlı bir sistematik gözden geçirme, yaygınlık tahminlerinin geniş bir aralıkta (1000 kişide 4.6 ile 9.2 arası), heterojen bir dağılım gösterdiğini görülmüştür"* (Binbay ve ark, 2011). İkinci gelişme psikozun sıklığıdır. McGrath ve arkadaşları (2004) psikoz sıklığının farklı nüfus özelliklerine bağlı olarak (cinsiyet, göç vb. durumlar) değiştiğini belirtmişlerdir. Üçüncü olarak March ve arkadaşları (2008) psikozların kentsel ve kırsal yerleşim durumlarına bağlı bir dağılım gösterdiğini ve yüksek nitelikli verilerle çok iyi bilinen bir bulgu haline geldiğini belirtmişlerdir. McGrath ve Scott (2006) henüz içerik hakkında ön açıcı varsayımlarla sınırlı durumda olmasa da psikozlar için kentsel bölgelerde orta büyüklükte bir risk etkeni olduğunu belirtmişlerdir. Dördüncüsü, van Os ve arkadaşları (2009) klinik olarak bir anlam ifade etmeyen psikoza benzer problemlerin psikotik bozukluklara göre, bir psikoz sürekliliği olduğuna bir psikoz sürekliliğinin var olduğuna işaret edecek şekilde genel toplum içerisinde yaygın olduğunu dile getirmişlerdir. Beşinci olarak Cantor-Graae ve Selten (2005) göç ile ilgili faktörlerin,

özellikle şizofreni hastalığında olmak üzere, psikotik bozukluklarda bazı kendine has etkilere sahip olup bu etki özellikle ikinci kuşak olanları ve yüksek derecede ayrımcılığa uğrayan göçmen bireyleri yüksek risk altına soktuğunu bildirmişlerdir. Altıncı ve son olarak McGrath ve arkadaşları (2004) erkek bireylerin kadın bireylere oranla psikoz geliştirme riskinin açıkça daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (Binbay ve ark, 2011).

Edinilen yeni bilgilerin büyük çoğunluğunun Batı Avrupa ve gelişmiş ülkelere geliyor olması da Türkiye’de psikotik bozukluklar üzerine var olan epidemiyolojik bilgilerin gözden geçirilmesini gerekli hale getirmektedir. Ayrıca yayınlanmış araştırmalarda sınırlı olmakla birlikte Türkiye açısından bazı önemli veriler bulunmaktadır. Küey ve arkadaşları (1987) tarafından yaklaşık 20 yıl kadar önce yayınlanan bir derlemede, 1950 ve 1980 yılları arasındaki bir dönemde yatan hastalarda %20’den %60’a artış gösteren ve özellikle erkek başvuruların baskın olduğu psikotik bozukluk oranları bildirilmiştir (Binbay ve ark, 2011).

Monahan ve Steadman (1983) 1980’li yıllarda uzman görüşlerinin şizofreni ve diğer psikozlu bireylerin şiddet açısından artmış bir risklerinin bulunmadığını öne sürdüklerini belirtmişlerdir. Kooyman ve arkadaşları (2007) ise son yirmi sene içerisindeki geniş örneklemelere dayanarak yapılan çalışmalar sonucunda şizofreni ve diğer psikozlu bireyler ile şiddet arasında orta düzeyde bir ilişkinin düşünülmeye başladığını bildirmişlerdir. Bazı çalışmalar ise ciddi düzeyde ruhsal sağlığı bulunan kişilerin ortaya koydukları saldırgan tavır ve davranışların bu kişilerin artmış olan saldırıya maruz kalma olasılığı ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Aynı zamanda şiddet davranışının karşılıklı olan iyi yönlü boyutuna vurgu yapmışlardır Ural ve ark, 2012).

DSM-5’te psikotik bozukluklar “şizofreni kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar” başlığı altında şizofreni, şizoduygulanımsal bozukluk, sanrılı bozukluk, şizofrenimsi (şizofreniform) bozukluk, kısa psikotik bozukluk, maddenin/ilacın yol açtığı psikotik bozukluk, katatoni ve tanımlanmamış psikotik bozukluklar olarak belirtilmiştir (Koroğlu, 2013).

2.3. Bipolar Bozukluk

2.3.1. Tanım

Duygulanım kavramı bireyin uyarıcılar, olaylar, anılar ve düşüncelere duygusal tepkiler ile katılabilme yetisi olarak tanımlanır. Duygudurum ise öznel bir kavramdır,

bireyin kendisini nasıl hissettiği sorusunun yanıtını yansıtır. Taşkın duygudurum (manik, öforik, elevated) kişinin gündelik yaşamı içerisinde kendini aşırı iyi hissetmesinin egemen olduğu bir durumdur. Çökkün duygudurum (depresif) ise bireyin gündelik yaşam içerisinde üzüntü ve keder duygusunun egemen olduğu bir durumdur (Sağlam, 2018). Eski adıyla manik-depresif hastalık olarak belirtilen bipolar bozukluk, iki uçlu bozukluk olarak tanımlanan bir duygudurum bozukluğudur (Tohumcu, 2019). Bipolar Bozukluk ya da İki Uçlu Bozukluk düzensiz olarak tekrar eden depresif, manik veya her ikisinin de görüldüğü karma (miks) dönemlerle seyreden ve bu dönemler arasında kişinin bazen eşik altı belirtiler gösterdiği bazen ise hiçbir belirti göstermediği ‘sağlıklı’ dönemleri içeren süreğen gidişli bir duygudurum bozukluğudur (Sağlam, 2018). Bristol ve Myers (2017) Bipolar bozukluğun kişide aşırı düzeyde mutsuzluk duyguların, aşırı enerjik biçimde taşkınlıkların, çaresizlik, mutsuzluk, özkıyım, değersizlik, karamsarlık duygularının baskın olması ve kişinin genel olarak aşırı enerjik olduğu karma duyguduruma varan önemli değişikliklere yol açtığını belirtmiştir (Mengi & Aygür, 2018).

Bir başka tanım olarak Bipolar Bozukluk tekrarlayan depresif, manik ve hipomanik ataklar ile seyreden ve ataklar arası tam düzelme gösteren, kronik şekilde seyreden bir duygudurum bozukluğudur (Gürel, 2018). Perugi ve Akiskal (2002) ise bipolar bozukluğu mani, hipomani, karışık durumlar, hipertimik mizaç, majör depresif dönem ve karışık depresif durum gibi klinik durumların oluşturduğu anormal duygudurum dalgalanmaları ile karakterize bir hastalık olarak tanımlamışlardır (Gupta ve ark, 2019).

2.3.2. Bipolar Bozukluk Tarihçesi

Duygudurum bozukluklarının tanımı ile ilgili başlangıç Hipokrat’ın MÖ. 400 yılında melankoli ve mani kavramlarını tanımlamasıyla başlar (Aksoy, 2019). Hipokrat tarafından melankoli kavramı ‘uykusuzluk, irritabilite, iştahsızlık’ şeklinde tanımlanmış ve ruhsal bozuklukların kaynağının insan vücudundaki kan, sarı safra, kara safra ve balgam olduğunu iddia etmiştir. Buna karşılık Aristoteles melankolik rahatsızlıkların sebebini anlamak adına beyne değil kalbe odaklanmıştır. Efes’te yaşamını sürdürmüş Yunanlı bir doktor olan Soranus ise mani ve melankoli kavramlarını birbirlerine benzeyen ön belirtilerden oluşan ve birbirine benzer tedaviler gerektiren farklı iki hastalık olarak belirtmiştir. Günümüzde iki uçlu bozuklukluk olarak tanımlanan hastalığa en yakın

tanımı 1.yüzyılda İskenderiye’de yaşamış olan Aretaeus yapmıştır; mani ve melankoli kavramlarının birbirleriyle bağlantılı olduğunu belirten ilk kişi olmuştur. Aretaeus, mani ve melankolinin tek bir hastalığın farklı görünen iki yüzü olduğunu dile getirmiştir (Uçar, 2016).

Falret tarafından 1850’li yıllarda yapılan boylamsal gözlemler sonucunda ‘folie circulaire’ (döngüsel delilik) kavramı ortaya atılmış ve depresyon ile duygudurumun arttığı durumlar arasında bir ayırma yapılmıştır. Benzer dönem içerisinde Baillarger tarafından manik ve melankolik biçimde döngüsel olan epizodların tanımlanması amacıyla ‘folie a double forme’ terimi kullanılmıştır. 19.yy’a gelindiğinde modern psikiyatrinin babası olarak kabul gören Emil Kraepelin, bütün duygulanım bozukluklarını ‘manik depresif delilik’ başlığı altında ifade etmiştir (Adıgüzel, 2018).

APA (Amerikan Psikiyatri Birliği) tarafından 1952 senesinde geliştirilen DSM-I içerisinde ilk kez “manik depresif reaksiyon” olarak tanımlanmıştır. 1970’li yıllar içerisinde bipolar bozukluk ve depresif bozukluk iki ayrı kavram olarak ele alınmaya başlanmış ve DSM-III resmi sınıflama kapsamına alınmıştır. 1976 yılında kendi içerisinde bipolar bozukluk-I ve bipolar bozukluk-II olarak iki alt tip şeklinde ele alınmıştır. DSM-IV-TR içerisinde “Duygudurum Bozuklukları” isimli bölümün başında atakların tamamlanmasından sonra bölüm “Depresif Bozukluklar” ve “Duygudurum Bozuklukları” şeklinde iki alt kategoriye ayrılmıştır. DSM-V’te ise “Duygudurum Bozuklukları” bölümü tamamen kaldırılmış, bunun yerine “İki Uçlu ve İlgili Bozukluklar” ve “Depresif Bozukluklar” isimli iki grup oluşturulmuştur (Şahin, 2018).

2.3.3. Bipolar Bozuklukta Epidemiyoloji

Bipolar bozukluk epidemiyolojisi ile ilgili çok farklı veriler bulunmaktadır. Özellikle zamana geçtikçe değişiklik gösteren tanımlama ve sınıflandırma bu duruma kaynak olmuştur. Bipolar bozukluğun görülme olasılığı hemen her toplumda benzer bir dağılım göstermektedir (Öbekli, 2013).

Bipolar bozukluk genel popülasyonda %3 oranında görülen, genel olarak farmakoterapi başta olmak üzere yaşam boyu tedaviye ihtiyaç duyan ciddi bir hastalıktır. Bipolar bozukluk en çok 18-30 yaşlarında teşhis edilir ve epizodik bir rahatsızlıktır. Alevlenme dönemleri genel olarak stres zamanlarında görülür. Kadınlar açısından bakıldığında bipolar bozukluk veya duygudurum atağı nüksünün başlangıç zamanı için

en yüksek risk gebelik dönemi veya doğum sonrasında bir yıl içinde tanımlanan perinatal dönem olarak belirtilir (Masters ve ark, 2019).

“İki uçlu bozukluk-I için yaşam boyu (ve 12 ay) prevalans %1,0 (0,6); iki uçlu bozukluk-II için yaşam boyu prevalans %1,1 (0,8) iki uçlu bozukluk ve majör depresif dönem olmadan tekrarlayan hipomani ve hipomani ölçütlerini tam olarak karşılamayan hipomani semptomları olarak tanımlanan iki uçlu spektrum bozuklukları için %2,4 (1,4) olduğu belirtilmiştir” (Öbekli, 2013).

Ergenlik döneminden önce nadir görülme olasılığı olan bipolar bozukluk için başlangıç yaşı genel anlamda erkekler için 18, kadınlar için 20’dir. Başlangıç yaşı 20’lerin ortasında daha sık görülse de hastalığın ilk göstergelerinin 15 ila 19 yaşları arasında ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu seyir 20 ila 24 yaşları arasında görülmekte olan ikinci bir atak ile devam etmektedir. Güleç ve Köroğlu (2007) bu bilgiler sonucunda belirtilerin ilk kendini gösterdiği dönem ile ilk hastaneye yatış arasında 5 ile 10 yıllık bir ara olduğunu ifade etmektedirler. İlk belirtiler hastaların %20-30’luk bir yüzdesinde 21 yaşından önce görülürken %10 oranında 50 yaşından sonra görülen vakalardan olmuştur. Eroğlu (2010) vakaların yaklaşık üçte birinin erken başlangıçlı (18 yaş alta) olarak gözlemlendiğini belirtmiştir. Ülkemizde ise bu durum yapılan çalışmalar sonucunda bipolar hastalığın başlama yaşı ortalaması 23.8 ile 27.7 yıl arasında değiştiği bilgisi edinilmiştir (Demiroğlu, 2018).

Bipolar bozuklukta erkek ve kadın dağılım oranları, tüm alt gruplar analiz içerisinde değerlendirildiğinde yaklaşık 1/1 eşit olarak görülmüştür. Bazı araştırmalar sonucunda kadınlarda dönemsel depresyon, hızlı döngülü, depresif ve karma dönemler fazla görülürken erkeklerde manik dönemle başlangıçlı olması yaygındır (Adıgüzel, 2018).

Bipolar bozukluk evli olma oranları açısından incelendiğinde kadınların erkeklere oranla daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Evli bipolar kadınlarda, evli olmayanlara oranla daha az depresif atak geçirme olasılığı ve daha düşük depresyon şiddeti olduğu görülmüştür. Erkekler açısından bakıldığında evli olan ve evli olmayan bipolar bireyler arasında tek fark, evli olmayan bireylerin başlangıç yaşının daha düşük olmasıdır (Kesebir ve ark, 2013).

2.3.4. Bipolar Bozuklukta Etiyoloji

Bipolar bozukluğun nedeni hakkında kesin bir bilgi olmamasıyla birlikte biyolojik ve psikososyal etmenler birbiri ile etkileşerek duygulanım bozukluklarına neden olurlar (Adıgüzel, 2018). Ritter (2011) tarafından genel anlamda duygudurum bozuklukları genetik, fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimleri sonucu meydana gelen bir bozukluk olarak belirtilmiştir (Palagini ve ark, 2020).

2.3.4.1. Çevresel Etmenler

Bipolar bozukluğun ilk atakları stresörlerin etkisi ile kendini göstermektedir. Bu durumun zamanla atak geçirme riskini ve daha sonraki dönemlerde geçirilecek olan atakların frekanslarını artırmaktadır. Bir başka deyişle, bireyin yaşadığı olumsuz durumların sıklığının hastalık epizodlarının daha erken bir süreçte kendini göstermesine, zaman içerisinde daha sık aralıklarla atak geçirmesine yol açar. Bireyin erken dönemdeki yaşantısında gerçekleşen tetikleyici olaylar daha önceki var olan yatkınlığı tetiklemesinin yanı sıra bireyi gelecek süreçteki nöbetleri açısından da daha duyarlı ve kırılgan hale getirmektedir. Bu klinik gözlem kidling modeli (ateşleme modeli) olarak tanımlanmaktadır (Şahin, 2018).

Bireyin hastalığa genetik yatkınlığının bulunmadığı durumlar için bile bazı yaşam alışkanlıklarının bipolar bozukluk gelişiminde ve hastalığın daha kötüye gitmesinde rol oynadığı söylenebilir. Bu alışkanlıklar alkol veya madde kullanımı, dışardan alınan bazı ilaçlar ve psikososyal etkenler şeklinde sıralanabilir. Her ne kadar hastalığın ileri süreçlerinde psikososyal faktörlerin varlığı nöbetlerin başlangıcıyla çok fazla ilişkilendirilmesinde de özellikle ilk nöbetler ele alındığında manik ya da depresif, psikososyal gelişmelerin, stresli yaşam olaylarının önemli düzeyde tetikleyici etkenler olduğu düşünülmektedir (Yeloğlu & Hocoğlu, 2017). Subodh (2017) ise hem prospektif hem de kültürler arası çalışmalar sonucunda bipolar bozukluğun madde kullanım bozuklukları ile yüksek oranda komorbidite görüldüğünü belirtmiştir. Ayrıca 2019 yılında madde kullanım bozuklukları ve bipolar spektrum bozuklukları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yürütülen bir araştırmanın sonucunda madde kullanım bozukluklarında bipolar spektrumun ortaya çıktığı bulgusuna ulaşmışlardır (Gupta ve ark, 2019).

2.3.4.2. Genetik Etmenler

Yapılan aile çalışmaları sonucunda edinilen veriler sonucunda bu hastalığın genetik temelleri olduğu görülmüştür. Bu hastalık toplumda %1 civarı görülme sıklığına sahipken bu hastalığa sahip bireylerin birinci derece yakınlarında görülme sıklığının topluma göre 5-10 kat arttığı saptanmıştır. İkiiz alışmaları sonucunda monozigot ikiizlerin birlikte hastalığa yakalanma oranları %60 olarak görülürken çift yumurta ikiizlerinde bu durum %20 olarak tespit edilmiştir. Tüm bunların yanı sıra biyolojik ebeveynlerinde duygudurum bozukluğu öyküsü bulunan çocuklar sağlıklı ebeveynlere evlatlık verildiğinde bu çocukların bipolar bozukluk gösterme oranının arttığı belirtilmiştir. Biyolojik ebeveynlerinde bipolar bozukluk görülmeyen çocukların hasta ebeveynlere evlatlık verildiği durumlarda ise bipolar bozukluk görülme oranının normal topluma göre artmadığı görülmüştür (Adıgüzel, 2018).

Duygudurum bozukluğu tanısına sahip olan bireylerin akrabalarında aynı zamanda şizoaffektif bozukluk ve şizofreni gibi psikiyatrik hastalıkların da daha fazla görüldüğü gözlemlenmiştir. Bu konuda yapılan bir araştırmada bipolar bozukluğa sahip bireylerin akrabalarının, özellikle travmaya maruz kaldıklarında, intihar girişimleri ve düşünceleri açısından artan bir riske sahip oldukları belirtilmiştir (Sağlam, 2018).

2.3.5. Sınıflandırma ve Tanı Kriterleri

DSM-V'e göre Bipolar ve İlişkili Bozukluklar şu şekilde sınıflandırılmıştır:

1. Bipolar I Bozukluk
2. Bipolar II Bozukluk
3. Siklotimik Bozukluk
4. Maddenin/İlacın Yol Açtığı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
5. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiulu ve İlişkili Bozukluk
6. Tanımlanmış Diğer Bir İkiulu ve İlişkili Bozukluk
7. Tanımlanmamış İkiulu ve İlişkili Bozukluk (Köroğlu, 2013).

1-Bipolar I Bozukluk: Bipolar I bozukluk için mani döneminin kesinlikle görülmesi gerekmektedir ve mani döneminden önce veya sonra depresyon dönemi ve hipomani dönemi de görülebilir. Bipolar tip I mani veya karma dönemler ile başlangıç gösterir, diğer alt tiplere oranla daha şiddetli şekilde görülür. Hastalık dönemleri

içerisinde halüsinasyonlar ve hezeyanlar gibi psikotik belirteçler genel olarak görüldüğü için hastaların hastane içerisinde tedaviye olmaları gereklidir (Tohumcu, 2019).

2-Bipolar II Bozukluk: Yineleyen depresyon dönemleriyle seyreden ve bu depresyon dönemlerinin arasında zaman zaman hipomanik dönemlerin yaşandığı bir duygudurum bozukluğudur ve mani dönemi hiç görülmemektedir (Salihoğlu, 2019).

3-Siklotimik Bozukluk: En az iki yıl süre ile hipomani ve majör depresyon dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, depresyon belirteçlerinin bulunduğu ve aradaki iyilik dönemlerinin iki aydan fazla görülmediği birçok duygudurum dalgalanması ile karakterizedir, ayrıca mani veya karma dönemlerin görülmemesi gereklidir (Salihoğlu, 2019).

4-Maddenin/İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Maddeye veya ilaca bağlı ortaya çıkan klinik görünümde baskın olan çökkün duygudurumun yanı sıra ya da çökkün duygudurum olmaksızın, kabarmış, taşkın, veya çabuk kızan duygudurum belirtileri vardır. Bazen de vakalarda etkinliklerin çoğuna veya tamamına karşı ilgi ve zevk azalması olur.

5-Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Bipolar veya İlişkili Bozukluklar

6-Tanımlanmış Diğer Bir Bipolar ve İlişkili Bozukluk

7-Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk

Mani dönemine, hipomani dönemine ve yeğin (majör) depresyon dönemine ait DSM-V tanı kriterleri Çizelge 2, Çizelge 3 ve Çizelge 4'te verilmiştir (Köroğlu, 2013).

Çizelge 2. Manik dönem DSM-5 tam kriterleri

A.	Kabarmış, taşkın, ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması
B.	Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir: <ol style="list-style-type: none">1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. Yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da ajitasyon.7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn: aşırı para harcama, gereksiz iş yatırımları yapma ya da düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma)
C.	Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.
D.	Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

E.	Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem tanım olarak mani dönemidir.
F.	Bu dönem bir maddenin fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Çizelge 3. Hipomanik dönem DSM-5 tam kriterleri

A.	Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.
B.	Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin olarak bulunur: <ol style="list-style-type: none">1. Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyozite.2. Uyku gereksiniminde azalma.3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.4. Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.5. Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikodevinsel kıskırma.7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma.
C.	Bu dönem kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.
D.	Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.
E.	Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.
F.	Bu dönem, bir maddenin fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Çizelge 4. Yeğın (Major) depresyon dönemi DSM-5 tanı kriterleri

A.	<p>İki haftalık dönem boyunca önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur ve aşağıdaki belirtilerden en az beşi vardır. Ayrıca, bu belirtilerden en az biri ilgisini yitirme, çökkün duygudurum veya zevk almamadır.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Neredeyse her gün, günün büyük bir kısmında çökkün duygudurum yaşanması ve bu durumun kişinin kendisi tarafından bildirilmesi veya başkalarınca gözlenmesi2. Neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bütün etkinliklere veya çoğu etkinliğe karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama3. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma4. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)5. Neredeyse her gün, odaklanmakta ya da düşünmekte güçlük çekme6. Neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma, ya da artma ve kilo vermeye çalışırken çok kilo verme ya da kilo alma7. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama8. Neredeyse her gün, uygunsuz veya aşırı suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) ve değersizlik9. Yineleyici öz kırım veya ölüm düşünceleri ya da öz kırım girişiminin veya özgül bir tasarının olması
B.	Yukarıdaki belirtilerin toplumsal, işle ilgili alanlarda işlevsellikte düşmeye veya klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olması
C.	Bu dönemin, bir sağlık durumunun veya bir maddenin fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaması

2.3.6. Tedavi

Bipolar bozukluk kronik ve yineleyici bir hastalık olarak tanımlanır. Bu hastalığın tedavisi akut mani ve depresif dönemlerin tedavisi, depresme ve yinelemelerin önlenmesi ve hastanın işlevselliğinin üst düzeyde seyretmesi amaçlarını içerir. Bipolar bozukluğun

tedavisi temelde akut dönem ve koruyucu tedavi olarak ele alınmalıdır. Akut dönem tedavisi hipomanik-manik, depresif ve karma dönem tedavisi olarak kendi içinde ayrılır (Salihoğlu, 2019).

Bipolar bozukluk intihar ve infantisit riskinin olduğu doğum sonrası psikoz için bilinen bir risk faktörü olarak belirtilir. Bipolar bozukluğun tedavi edilmediği taktirde oluşan riskler, ruhsal durum dengeleyici ilaçlar ile farmakolojik tedavinin faydaları ile riskleri ortadan kaldırıbilir (Masters ve ark, 2019).

Bipolar bozukluk hastalığın tedavisinde en önemli önemli unsur erken tanı ve eş zamanlı olarak tedaviye başlanmasıdır. Hastalığın tedavisinin ilk adımında yapılması gerekenler şu şekilde sıralanabilir; akut manide riskli davranışların kontrol altına alınması, hastanın ve çevresindeki bireylerin güvenliğinin sağlanması, hastalık belirteçlerinin yatıştırılması ve ortaya çıkabilecek yeni hastalık epizotlarının önüne geçilebilmesi için koruyucu sağaltıma hazırlık yapmak (Aksoy, 2019).

2.4. Duygu Dışavurumu (DD) Kavramı

Duygusal süreçler Salah (2006) tarafından zihinsel işlevlerin yapı taşı olarak görülmekle birlikte günlük yaşamımızın ayrılmaz bir parçası olarak nitelendirilmiştir. İnsanın duygusal süreçleri düşünce, inanç ve karar mekanizmalarına da rehberlik ettiği belirtilir (Altunel ve ark, 2008).

Ünal (2000) şizofreni hastalığının ilk tanımının yapıldığı zamandan bu yana duygu ifadesindeki kısıtlılığın hastalığın önemli özelliklerinden görüldüğünü belirtmiştir. Köhler ve arkadaşları (2003) başta şizofreni olmak üzere bipolar bozukluk, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik bozukluklarda duygu ifade ve tanımlarının bozulmalara uğradığını belirtmişlerdir. Bunları yanında Johnston ve arkadaşları (2001) olumsuz duyguların diğer olumsuzluklarla karşılaştırılabilir olmasıyla birlikte olumlu duygularda böyle bir şey olmadığını belirtmişlerdir. Buna göre Gallese (2003) olumsuz duygulardan kaçınma davranışının bireylerde olumsuz uyaranları işleme sürecinde sekteye uğratan bir faktör olduğunu bildirmiştir. Ayrıca Moser ve arkadaşları (basımda) olumsuz duyguların olumlu duygulara göre daha zor işleme sürecine sahip olmasının sadece şizofrenide olmadığını belirtmiştir (Altunel ve ark, 2008).

Duygu, kişilerarası ilişkiler ve üremeye kadar sosyal yaşamın pek çok yönüyle bağlantılıdır. İnsanlar uyandıklarında öz farkındalıkları olsun ya da olmasın duygularını

genel olarak farkı şekillerde ifade ederler. Bunun yanında doğal olarak meydana gelen birçok durum içerisinde bireyler duygularını doğrudan göstermenin uygunsuz veya imkansız olduğunu düşünebilirler (Xiao & Houser, 2005). İnsanlar gün içerisinde birçok duygu yaşamaktadır ve duygusal deneyimler sonucunda birtakım davranışlar sergilerler. İnsanları bu davranışsal tepkileri “duygu dışavurumu” kavramı ile ifade edilmekte ve farklı araştırmacılar tarafından farklı biçimlerde tanımlanmaktadır (Araz & Erkuş, 2014). Çalışmalara cinsiyet açısından bakıldığında erkeklerin fiziksel rahatsızlıklar için destek almaları psikosozal problemler ve stresleri daha az dışa vurdukları görülmüştür (Keskin ve ark, 2013).

Wearden ve arkadaşları (2000) “Duygu Dışavurumu” kavramını insanların birbirleriyle olan ilişkilerinin bazı anahtar görünümünü belirten bir yapı olarak tanımlamaktadırlar (Kışlak & Göztepe, 2012). Tarihsel olarak ele alındığında duygu dışavurumu kavramının İngiltere’de Tıbbi Araştırma Merkezi’nin yıllardır süren şizofreni hastalarından elde edilen bulgular ile ilgili yürüttüğü bir dizi çalışmaya dayandığı belirtilmektedir (Berksun, 1992).

1958 yılında Brown, Carstairs ve Topping’in bu konuda yapmış oldukları ilk araştırma üçte ikisi şizofreni hastası olan 229 erkek hasta ile yürütülmüştür. Bu çalışma sonucunda hastaların toplum içinde başarılı veya başarısız oluşlarının, taburcu olduktan sonra dönmüş oldukları çevredeki insanların yaşam biçimleri ile her nasıl oluyorsa bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. Taburcu olduktan sonra pansiyonlarda ve evlerinde yaşamlarını sürdüren hastaların daha iyi bir yaşam sürdüğü belirtilmektedir. Büyük kurumlara veya ailelerinin yanına yerleşen hastaların ise kötü bir seyre sahip olduğu gözlemlenmiştir. Araştırma sonucuna bakıldığında hastaların akrabaları ile yüz yüze geçirdikleri sürenin uzunluğunun relaps riskleri artırdığı bildirilmiştir. Bu araştırma sonucunda elde edilen önemli bilgilerin yanı sıra araştırmanın retrospektif olması ve grubun heterojen olması nedeniyle 1959 yılında Brown ve arkadaşları tarafından yeni prospektif bir araştırma yapılmıştır. 1962 senesinde yayımlanan ve 129 erkek şizofrenik bireyle yapılan bu çalışmada hastalar ve hastaların anahtar akrabaları konumunda yer alan kişiler ile taburculuk sırasında ve taburculuktan 2 hafta sonra ve 1 yıl sonra görüşmeler düzenlendiği bildirilmiştir. Bu görüşmeler esnasında hem hastaların hem de akrabaların belirttiği duygular (DD), düşmancılık ve baskın oluş açısından değerlendirilmiştir ve akrabalar yüksek DD gösteren ve göstermeyen olarak kategorize edilmiştir. Bir yıllık

izlem süreci sonrasında yüksek DD gösteren akrabaların yanında yaşamını sürdüren hastaların, düşük DD gösteren akrabaların yanında yaşamını sürdüren hastalara oranla daha yüksek relaps riski taşıdıkları bulunmuştur. Yüksek DD gösteren gruptaki relaps oranı %56 olarak görülürken düşük DD gösteren gruptaki relaps oranı %21 olarak saptanmıştır (Berkun, 1992). Lobban ve arkadaşları tarafından 2006 yılında şizofreni tanınışa sahip olan bireylerin yüksek DD gösteren aile üyesi ile yaşadığında hastaneye yatışının yılda iki kat daha fazla nüksetme ihtimaline dair güçlü kanıtlar olduğu belirtilir (Lobban, Barrowclough, & Jones, 2006). Ayrıca Jenkins (1986) ailedeki duygu dışavurumu düzeyinin, bireyin taburculuğundan sonra 9 veya 12 ay sonra şizofreni hastalarındaki nüks oranlarını tahmin edebildiğini belirtmiştir (Hahlweg ve ark, 1989).

2.5. Şiddet Kavramı

İstanbul Adalet Bakanlığı tarafından şiddet “bireyin fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik yönden zarar görmesiyle ya da acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranıştır” şeklinde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ise 2017 yılında yaralanma, ölüm veya psikolojik zarara sebebiyet veren niyetiyle yıkıcı bir davranış olarak tanımlanmıştır (Verdolini ve ark, 2018).

İlk epidemiyolojik çalışmalar sonucunda akıl hastalığı ve şiddet kavramı ile bağlantılı ikna edici bir kanıt bulunamadığı bunun da nedeninin kontrol grubu olmaması ve nispeten küçük örneklem büyüklüğü ve dolayısıyla düşük yaygınlık oranları gibi metod eksiklikleri olduğu belirtilmiştir. 20.yy’ın ikinci yarısından itibaren daha sağlam temelli çalışmaların başladı görülmüştür. Bu yeni çalışmalar kapsamında risk oranları önemli ölçüde değişiklik gösterse de sonuçlara bakıldığında psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı bireylere oranla daha şiddetli davranışlar sergiledikleri belirtilmiştir. Bu çalışmalar özellikle şizofreni hastalığına sahip bireylerin sağlıklı bireylere ve diğer zihinsel bozukluklara sahip bireylere oranla daha şiddetli ve cezai davranışlarda bulduklarını göstermiştir (Nederlof ve ark, 2013).

Junginger (1996) şiddet kavramının ergenlik çağındaki en sorun yaratan davranışlardan biri olduğunu ve şizofreni hastalığı dahil bir psikotik bozukluğun teşhisi ile de ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bu bilginin yanı sıra Foley (2005) psikoz ve şiddet

kavramı arasındaki ilişki için potansiyel mekanizmalar söz konusu olduğunda çok az şey bilindiğini belirtmiştir. Ayrıca Stip ve Letourneau (2009) şizofreni hastalığına sahip bireylerde şiddet içeren davranışların, şiddet kavramının klinik olmayan psikotik benzeri deneyimlerle de ilişkili olduğu süreklilik hipotezi kapsamında açıklanmasının mümkün olduğunu bildirmiştir (Kinoshita ve ark, 2011).

Large ve Nielsen (2011) literatüre bakıldığında şiddet davranışı, saldırganlık ve şizofreni hastalığı arasında metevazı fakat tutarlı bir ilişki olduğuna dair fikir birliği olduğunu belirtmişlerdir. Witt (2013) yakın zamanda yapılan bir meta-analiz kapsamında şizofrenide şiddet davranışının sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisinin değerlendirildiği belirtmiştir. Yapılan meta-analiz sonucunda genel anlamda şizofrenide şiddet davranışının evsizlik ve erkek olmak ile orta düzeyde bir ilişkisinin olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra etnik köken ve daha düşük sosyo-ekonomik düzey ile zayıf bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Ayrıca şizofrenide şiddet davranışının psikotik semptomlar (sanrılar, halüsinasyonlar, düşmanlık, içgörü eksikliği) ile güçlü bir ilişkisi olduğu bildirilmiştir (Caqueo-Urizar ve ark, 2016).

Psikotik bozuklukların şiddet ve saldırganlık davranışları için risk oluşturup oluşturmadığı ve eğer öyleyse hangi risklerin bu bağlamda etkili olduğu konusunda tartışmalar mevcuttur. Meta-analizler kapsamında psikoz ve agresif davranışlar arasında küçük fakat anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (De Jong ve ark, 2018).

Gönen ve arkadaşları (2011) toplum içerisinde şiddet davranışının artışına bağlı olarak psikiyatrik vakalarda da şiddet davranışında artış olduğunu belirtmişlerdir. Psikiyatrik hastalığa sahip bireyler ile şiddet kavramı arasında belirsiz bir ilişki olması her dönemde klinisyenler tarafından ilgi çekici bulunmuştur. Bu ilişkilendirme içerisinde şizofreni hastalığı özel bir yere sahiptir ve Richard-Devantoy ve arkadaşları (2009) şiddet davranışının erkeklerde 6-10 kat, kadınlarda ise 8-10 kat arttığını belirtmişlerdir. Şizofreni hastalığının alkol eş tanısı söz konusu olduğunda ise şiddet davranış riskinin 17 kat arttığı belirtilmiştir. Ayrıca Steadman ve arkadaşları (1998) tarafından madde kullanım bozukluğunun şizofrenik bireylerde şiddet için risk etmeni olduğunu belirtmişlerdir (Karaaziz ve ark, 2015). Volavka ve Citrome (2008) tarafından yayımlanan bir makalede şizofreni hastalığında şiddetin etiyolojik alt tiplerinin olduğu bildirilmiştir: Bunlardan ilki doğrudan pozitif semptomlarla ilişkili olduğu, ikincisi kişilik

bozuklukları ile komorbiditeden kaynaklandığı, üçüncüsü ise dürtü kontrolündeki bozukluktan kaynaklandığıdır (Björkly, 2013).

Doksanlı yıllardan bu yana birçok çalışmanın sonuçlarına bakıldığında psikoz ve şiddet arasında pozitif ve istatistiksel anlamda sağlam bir ilişki olduğu görülmüştür. Elbogen ve Johnson (2009) son yıllarda ABD ve İsveç'te yapılan araştırma sonuçlarında şizofreni hastası bireylerin şiddet davranışlarının yaygın oranlarının %9.20 ile %19.60 olduğunu belirtmişlerdir. Douglas (2009) 204 çalışmanın sonuçlarına bakıldığında psikoz tanısına sahip bireylerin, tanısı bulunmayan bireylere oranla şiddet oranının %49.00 ile %68.00 daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Lamsma & Harte, 2015). Ayrıca psikotik bozukluğun kendini ilk gösterdiği dönemde cezai suçlarla sonuçlanmayan küçük şiddet ve saldırgan türlerinin sıkça görüldüğü bildirilmiştir. Dean (2007) yapılan bazı çalışmalar sonucunda tedaviden önceki şiddet oranlarında ve ilk atak şizofreni hastası örneklerinde şiddet ile ilişkili bulgular görüldüğünü belirtmiştir (Large & Nielssen, 2011).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada mevcut durumu tespit etme amaçlandığından ilişkisel tarama modeline başvurulmuştur. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Tarama modelinin bir türü olan ilişkisel tarama modeli ise, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2016). Araştırma kapsamında ruhsal engelli bakım merkezlerinde kalan şizofreni, psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı almış hastaların dışavurulan duygulanımları bağımsız değişken olarak seçilirken, şiddete yönelik tutumları arasındaki ilişkisini araştırmanın bağımlı değişkeni olarak belirlenmiştir.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ocak – Mart 2020 tarihleri arasında Arnavutköy’de bulunan Ruhsal Engelli Bakım Merkezlerinde kalan şizofreni, bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanısı almış bakım hastaları oluşturmuştur. Araştırma evrenine ulaşmanın imkansızlığı dikkate alınarak örneklem alma yoluna gidilmiştir. Regresyon analizinin yapılabilmesi adına ihtiyaç duyulan minimum katılımcı sayısını belirlemek için G*Power programı kullanılarak örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır (Faul ve ark.2009). Hesaplama regresyon denkleminde 3 tahminleyici olması dikkate alınarak; anlamlılık düzeyi $\alpha = 0,05$, istatistiksel testin gücü (Güç $1-\beta = 0,95$) ve düşük etki büyüklüğü (ES= 0,3) alınmıştır. G *Power analizine göre, örneklem büyüklüğü en az 56 katılımcıdan oluşması gerektiği belirlenmiştir. Eksik verilerin de kapsanması gerekliliği dikkate alınarak bu sayının üzerine %5 ilave edilmiş ve ulaşılması gereken minimum örneklem sayısı 59 kişi olarak hesaplanmıştır. Bu doğrultuda basit rastgele örnekleme yöntemi çerçevesinde toplam 86 katılımcıya yüzyüze görüşmeler ile anket uygulanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen 3 katılımcının yanıtlarının eksik ya da çelişkili olduğu belirlenmiş ve bu katılımcılar analizler dışında bırakılmıştır. Bu doğrultuda araştırma örneklemini olarak 83 katılımcı belirlenmiştir. Örnekleme ilişkin özellikler Çizelge 3.1’de sunulmuştur:

Çizelge 5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	51	61,4
Kadın	32	38,6
Yaş		
38 yaş ve altı	29	34,9
39-50 yaş	27	32,5
51 yaş ve üzeri	27	32,5
Medeni durum		
Evli	30	36,1
Bekar	53	63,9
Eğitim düzeyi		
İlkokul	47	56,6
Ortaokul	22	26,5
Lise	14	16,9
Herhangi bir dönemde madde kullanma durumu		
Evet	26	31,3
Hayır	57	68,7
Klinik tanı		
Şizofreni	49	59,0
Psikotik bozukluk	23	27,7
Bipolar bozukluk	11	13,3

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Katılımcıların %61,4’ü erkek, %38,6’sı kadındır. Katılımcıların %34,9’u 38 yaş altında, %32,5’i 39-50 yaş arasında, %32,5’i 51 yaş üzerindedir. En küçük katılımcı 19, en büyük katılımcı 75 yaşındadır. Yaşın ortalaması $45,90 \pm 13,28$ ’dir. Ayrıca, katılımcıların %36,9’u evli, %63,9’u bekarıdır. Katılımcıların %56,6’sı ilkokul, %26,5’i ortaokul, %16,9’u lise mezunudur. Katılımcıların %31,3’ü herhangi bir dönemde madde kullanmıştır. Ayrıca, katılımcıların %59’una şizofreni, %27,7’sine psikotik bozukluk, %13,3’üne bipolar bozukluk tanısı koyulmuştur.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Berkeley Duygusal Dışavurum Ölçeği (BDDÖ) ve Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği olup, bölümlere ilişkin bilgiler alt başlıklar halinde sunulmuştur.

3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan bireyler hakkında bilgi almak amacıyla araştırmacı tarafından sosyo-demografik bilgi formu hazırlanmıştır. Sosyodemografik Bilgi Formunda bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, madde kullanımı gibi sorular yer almaktadır. Form 5 sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Berkeley Duygusal Dışavurum Ölçeği (BDDÖ)

Berkeley duygusal dışavurum ölçeği BDDÖ 16 sorudan oluşmaktadır. Berkeley duygusal dışavurum ölçeği Kanada'da Cole ve arkadaşları (1988) tarafından hasta için önemli olan bir kişi ile hasta arasındaki duygusal havayı anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini derecelemek üzere geliştirilmiş bir özdeğerlendirme aracıdır. Özgün ölçek 7'li likert tipi bir derecelendirme üzerinden yanıtlanmaktadır. Özgün ölçekten alınabilecek en düşük puan 16 ve en yüksek puan 112'dir. Ölçeğin güvenirlik çalışması Berksun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışması 425 üniversite öğrencisi ile yapılmıştır. BDDÖ'nün Türkçe ve orjinal form puanları arasındaki korelasyonlar .62 ve .83 arasında değişmektedir. Açıklayıcı faktör analizinde toplam varyansın %58'inin açıklandığı ve maddelerin 3 boyutta (olumlu dışa vurum, olumsuz dışavurum ve dürtü şiddeti) toplandığı görülmüştür.). BDDÖ'nün iç tutarlılık güvenirlik katsayılarının .74 ile .84, test-tekrar test güvenirlik katsayılarının ise .67 ile .81 arasında değiştiği görülmüştür (Berksun, O.E, ve ark., 1993).

Berkeley Duygusal Dışavurum Ölçeği'nin alt ölçeklerine bakıldığında; altı maddeden oluşmakta olan olumsuz dışavurum alt ölçeği 'öfke, üzüntü ve korku' duygusuna (örneğin "ne hissettiğim yüzümden okunur"), dört maddeden oluşmakta olan olumlu dışavurum alt ölçeği 'mutluluk ve eğlenceli olma' duygusuna (örneğin "ne

zaman olumlu duygular hissetsem insanlar rahatlıkla anlayabilir”) yer verilir (Araz & Erkuş, 2014).

Olumlu Dışavurum alt ölçeği maddeleri: 4, 6, 1, 10

Olumsuz Dışavurum alt ölçeği maddeleri: 16, 8, 9, 5, 3, 13

Dürtü Şiddeti alt ölçeği maddeleri: 11, 12, 7, 15, 14, 2

Ters maddeler: 3, 8, 9

3.3.3. Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği

Davidson ve Canivez (2012) tarafından geliştirilen Şiddete Yöneli Tutum Ölçeği, bireylerin suça ve şiddete eğilimlerini ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. Toplam 17 maddeden oluşan ölçek 3 alt maddeden oluşmaktadır (suç ve savaş, bedensel ceza, partner şiddeti). Şiddete yönelik tutum ölçeğindeki maddeler 7’li likert tipi bir derecelendirme üzerinden yanıtlanmaktadır. Özgün ölçekten alınabilecek en düşük puan 17 ve en yüksek puan 119’dur Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları 17 madde ve üç alt boyuttan oluşan modelin (suç ve savaş, bedensel ceza, partner şiddeti) iyi uyum verdiğini göstermiştir. Ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayıları, suç ve savaş alt ölçeği için .73, bedensel ceza alt ölçeği için .75, partner şiddeti alt ölçeği için .81, ölçeğin bütünü için .83 olarak bulunmuştur. (Akın, A., Yıldız, B. ve Basha, E, 2016)

Suç ve savaş alt ölçeği maddeleri: 1-7

Fiziksel ceza alt ölçeği maddeleri: 8-13

Partner şiddeti: 14-17

3.4. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde SPSS 23.00 kullanılmıştır. Örnekleme oluşturan annelerin ve çocuklarının kişisel özelliklerini belirlemek amacıyla frekans dağılımları incelenmiştir. Psikolojik sağlamlık, bilinçli farkındalık ve psikolojik iyi oluş düzeylerini belirlemek üzere betimsel istatistikler kullanılmıştır. Kullanılacak diğer analiz tekniklerinin belirlenmesi için verilerin dağılım durumu incelenmiş ve buna ilişkin normallik test sonuçları Çizelge 3.2’de sunulmuştur.

Çizelge 6. Normallik Test Sonuçları

	(Çarpıklık)	(Basıklık)
Olumlu dışavurum	-0,87	0,72
Olumsuz dışavurum	-0,01	0,25
Dürtü şiddeti	-0,36	-0,56
Duygusal dışavurum	-0,74	0,39
Suç ve savaş	-0,40	0,39
Fiziksel ceza	1,36	1,63
Partner şiddeti	0,71	-0,65
Şiddete yönelik tutumlar	0,98	1,22

Değişkenlerde kayıp değer bulunmadığı halde normal dağılım ölçütü anlamında çarpıklık ve basıklık eşik değeri olarak ± 3 kabul edilmektedir (Sposito ve ark. 1983). Çizelge 3.2’de yer alan araştırma değişkenlerine ait çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiş ve normalleştirme müdahalesi gerektiren çarpıklık ve basıklık sorunu görülmemiştir. Bu doğrultuda korelasyon analizi olarak Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır. Fark analizleri olarak ise ikili grupların karşılaştırılmasında t-test, üç ve daha fazla bağımsız grupların karşılaştırılmasında ise ANOVA ve Post Hoc testlerinden Tukey Test kullanılmıştır. Psikolojik sağlamlık ve bilinçli farkındalığın psikoloji iyi oluş üzerindeki etkisini değerlendirmek için ise basit doğrusal regresyon yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Duygusal Dışavurum ve Şiddete Yönelik Tutumlara İlişkin Betimleyici

İstatistikler

Çizelge 4.1’de şizofreni, bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanısı almış bakım hastalarında duygusal dışavurum ve şiddete yönelik tutumlara ilişkin minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

Çizelge 7. Betimleyici İstatistikler

	N	Min	Maks	\bar{x}	ss
Olumlu dışavurum	83	5,00	28,00	20,94	4,99
Olumsuz dışavurum	83	6,00	38,00	23,78	5,93
Dürtü şiddeti	83	15,00	42,00	29,41	6,40
Duygusal dışavurum	83	40,00	100,00	74,13	12,32
Suç ve savaş	83	8,00	49,00	33,95	8,40
Fiziksel ceza	83	6,00	42,00	13,73	8,53
Partner şiddeti	83	4,00	28,00	10,88	7,28
Şiddete yönelik tutumlar	83	27,00	118,00	58,57	18,71

Olumlu dışavurumun ortalaması $20,94 \pm 4,99$, olumsuz dışavurumun ortalaması $23,78 \pm 5,93$, dürtü şiddetinin ortalaması $29,41 \pm 6,40$, duygusal dışavurumun ortalaması $74,13 \pm 6,40$, suç ve savaşın ortalaması $33,95 \pm 8,40$, fiziksel cezanın ortalaması $13,73 \pm 8,53$, partner şiddetinin ortalaması $10,88 \pm 7,28$, şiddete yönelik tutumların ortalaması $58,57 \pm 18,71$ ’dir.

4.2. Duygusal Dışavurum ve Şiddete Yönelik Tutumlar Arasındaki İlişkiler

Korelasyon analizi iki sayısal ölçüm arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığını, varsa bu ilişkinin yönünü ve şiddetinin ne olduğunu belirlemek için kullanılan bir istatistiksel yöntemdir. Korelasyon katsayısı negatif ise iki değişken arasında ters ilişki vardır, yani “değişkenlerden biri artarken diğeri azalmaktadır” denir. Korelasyon

katsayısı pozitif ise “değişkenlerden biri artarken diğeri de artmaktadır” yorumu yapılır (Karasar, 2016). Korelasyon katsayısı (r) nın yorumunda

- $r < 0,3$ ise zayıf düzeyde korelasyon
- $0,3 < r < 0,6$ arasında ise orta düzeyde korelasyon
- $r > 0,6$ ise orta yüksek korelasyon

Olduğu sonucuna ulaşılır (Karasar, 2016). Çizelge 4.2’de duygusal dışavurum ve şiddete yönelik tutumlar arasındaki ilişkileri ortaya koyan Pearson korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır.

Çizelge 8. Duygusal Dışavurum ve Şiddete Yönelik Tutumlar Arasındaki İlişkiler

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Olumlu dışavurum	-	,199	.423	.721	-,025	-,156	-,220*	-,168
2. Olumsuz dışavurum		-	,158	.644	-,131	-,032	,045	-,056
3. Dürtü şiddeti			-	.767	,068	-,140	-,068	-,060
4. Duygusal dışavurum				-	-,038	-,151	-,103	-,126
5. Suç ve savaş					-	.370	,212	.700
6. Fiziksel ceza						-	.603	.857
7. Partner şiddeti							-	.759
8. Şiddete yönelik tutumlar								-

* $p < 0,05$

Olumlu dışavurum düzeyiyle; partner şiddeti arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde ($p < 0,05$; $r = -0,220$) anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre partner şiddeti düzeyi arttıkça, olumlu dışavurum düzeyi azalmaktadır.

4.3. Duygusal Dışavurumun Şiddete Yönelik Tutumlar Üzerindeki Etkisi

Çizelge 4.3’te duygusal dışavurumun şiddete yönelik tutumlar faktörlerinden suç ve savaş üzerindeki etkisini gösteren basit doğrusal regresyon analizi sonucu yer almaktadır.

Çizelge 9. Duygusal Dışavurumun Suç ve Savaş Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	Düzeltilmiş R ²
Sabit		6,33	0,000			
Olumlu dışavurum	-0,04	-0,35	0,726	0,72	0,542	0,01
Olumsuz dışavurum	-0,14	-1,23	0,224			
Dürtü şiddeti	0,11	0,88	0,380			

Çizelge 4.3'te duygusal dışavurumun varyansa katkısının anlamlı olmadığı görülmektedir (F=0,72; p=0,542; p>0,05). Diğer bir ifade ile suç ve savaş, duygusal dışavuruma bağlı değildir.

Çizelge 10. Duygusal Dışavurumun Fiziksel Ceza Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	Düzeltilmiş R ²
Sabit		3,70	0,000			
Olumlu dışavurum	-0,12	-0,97	0,336	0,84	0,474	0,01
Olumsuz dışavurum	0,01	0,05	0,958			
Dürtü şiddeti	-0,09	-0,73	0,466			

Çizelge 4.4'te duygusal dışavurumun varyansa katkısının anlamlı olmadığı görülmektedir (F=0,84; p=0,474; p>0,05). Diğer bir ifade ile fiziksel ceza, duygusal dışavuruma bağlı değildir.

Çizelge 11. Duygusal Dışavurumun Partner Şiddeti Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	Düzeltilmiş R ²
Sabit		3,10	0,003			
Olumlu dışavurum	-0,25	-2,03	0,046	1,59	0,199	0,02
Olumsuz dışavurum	0,09	0,81	0,421			
Dürtü şiddeti	0,02	0,19	0,853			

Çizelge 4.5'te duygusal dışavurumun varyansa katkısının anlamlı olmadığı görülmektedir (F=1,59; p=0,199; p>0,05). Diğer bir ifade ile partner şiddeti, duygusal dışavuruma bağlı değildir.

Çizelge 12. Duygusal Dışavurumun Şiddete Yönelik Tutumlar Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	Düzeltilmiş R²
Sabit		5,714	0,000			
Olumlu dışavurum	-0,170	-1,376	0,173	0,79	0,505	0,01
Olumsuz dışavurum	-0,025	-0,216	0,829			
Dürtü şiddeti	0,016	0,134	0,894			

Çizelge 4.6'da duygusal dışavurumun varyansa katkısının anlamlı olmadığı görülmektedir (F=0,79; p=0,505; p>0,05). Diğer bir ifade ile şiddete yönelik tutumlar, duygusal dışavuruma bağlı değildir.

4.4. Psikolojik Sağlamlık, Bilinçli Farkındalık ve Psikolojik İyi Oluşun Sosyodemografik Özelliklere Göre Farklılaşması

Bu bölümde şizofreni, bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanısı almış bakım hastalarında duygusal dışavurum ve şiddete yönelik tutumların sosyodemografik özellikler çerçevesinde oluşturulan gruplar (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, herhangi bir dönemde madde kullanma durumu, klinik tanı) arasında farklılaşmasının değerlendirilmesine ilişkin t-test ve ANOVA sonuçları yer almaktadır. Çizelge 4.4'te araştırma değişkenlerinin cinsiyete göre farklılaşmasını içeren t-test analiz sonuçları sunulmuştur.

Çizelge 13. Duygusal Dışavurum Ölçek puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	n	\bar{x}	ss	t	p
Olumlu dışavurum					
Erkek	51	20,06	5,36	-2,07	0,042
Kadın	32	22,34	4,01		
Olumsuz dışavurum					
Erkek	51	22,78	6,28	-1,97	0,052
Kadın	32	25,38	5,00		
Dürtü şiddeti					
Erkek	51	28,22	6,63	-2,20	0,031
Kadın	32	31,31	5,59		
Duygusal dışavurum					
Erkek	51	71,06	12,68	-3,01	0,004
Kadın	32	79,03	10,09		
Suç ve savaş					
Erkek	51	34,96	8,45	1,39	0,168
Kadın	32	32,34	8,19		
Fiziksel ceza					
Erkek	51	15,86	9,10	3,26	0,002
Kadın	32	10,34	6,32		
Partner şiddeti					
Erkek	51	12,71	7,74	3,28	0,002
Kadın	32	7,97	5,40		
Şiddete yönelik tutumlar					
Erkek	51	63,53	19,39	3,22	0,002
Kadın	32	50,66	14,66		

Olumlu dışavurum, dürtü şiddeti, duygusal dışavurum, fiziksel ceza, partner şiddeti ve şiddete yönelik tutumlar cinsiyete göre farklılaşmaktadır ($p < 0,05$). Olumlu dışavurum, dürtü şiddeti ve duygusal dışavurumda kadın katılımcıların ortalaması, erkek katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Fiziksel ceza, partner şiddeti ve şiddete yönelik tutumlarda erkek katılımcıların ortalaması, kadın katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Çizelge 14. Duygusal Dışavurum Ölçek puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

	n	\bar{x}	ss	F	p
Olumlu dışavurum					
38 yaş ve altı ¹	29	20,86	5,54		
39-50 yaş ²	27	22,15	4,15	1,50	0,229
51 yaş ve üzeri ³	27	19,81	5,04		
Olumsuz dışavurum					
38 yaş ve altı ¹	29	24,00	6,49		
39-50 yaş ²	27	24,11	4,81	0,18	0,837
51 yaş ve üzeri ³	27	23,22	6,46		
Dürtü şiddeti					
38 yaş ve altı ¹	29	29,62	6,18		
39-50 yaş ²	27	30,44	5,80	0,89	0,414
51 yaş ve üzeri ³	27	28,15	7,18		
Duygusal dışavurum					
38 yaş ve altı ¹	29	74,48	13,45		
39-50 yaş ²	27	76,70	10,16	1,39	0,256
51 yaş ve üzeri ³	27	71,19	12,83		
Suç ve savaş					
38 yaş ve altı ¹	29	33,66	8,38		
39-50 yaş ²	27	34,63	9,51	0,13	0,880
51 yaş ve üzeri ³	27	33,59	7,46		
Fiziksel ceza					
38 yaş ve altı ¹	29	14,86	9,68		
39-50 yaş ²	27	13,89	8,44	0,60	0,553
51 yaş ve üzeri ³	27	12,37	7,36		
Partner şiddeti					
38 yaş ve altı ¹	29	10,86	7,21		
39-50 yaş ²	27	10,04	8,47	0,36	0,696
51 yaş ve üzeri ³	27	11,74	6,15		
Şiddete yönelik tutumlar					
38 yaş ve altı ¹	29	59,38	19,58		
39-50 yaş ²	27	58,56	20,77	0,05	0,947
51 yaş ve üzeri ³	27	57,70	16,08		

Duygusal Dışavurum Ölçek puanları yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 15. Duygusal Dışavurum Ölçek puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	n	\bar{x}	ss	t	p
Olumlu dışavurum					
Evli	30	20,67	4,21	-0,37	0,710
Bekar	53	21,09	5,41		
Olumsuz dışavurum					
Evli	30	23,80	5,34	0,02	0,985
Bekar	53	23,77	6,28		
Dürtü şiddeti					
Evli	30	29,83	6,88	0,45	0,653
Bekar	53	29,17	6,16		
Duygusal dışavurum					
Evli	30	74,30	11,14	0,09	0,926
Bekar	53	74,04	13,04		
Suç ve savaş					
Evli	30	34,67	7,06	0,58	0,563
Bekar	53	33,55	9,11		
Fiziksel ceza					
Evli	30	13,37	7,60	-0,29	0,769
Bekar	53	13,94	9,08		
Partner şiddeti					
Evli	30	11,13	7,60	0,24	0,813
Bekar	53	10,74	7,16		
Şiddete yönelik tutumlar					
Evli	30	59,17	17,18	0,22	0,827
Bekar	53	58,23	19,68		

Duygusal Dışavurum Ölçek puanları medeni duruma göre farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 16. Duygusal Dışavurum Ölçek puanlarının Eğitim Düzeyine göre Karşılaştırılması

	n	\bar{x}	ss	F	p	Fark
Olumlu dışavurum						
İlkokul ¹	47	19,94	5,31			
Ortaokul ²	22	22,59	3,91	2,40	0,097	
Lise ³	14	21,71	4,86			
Olumsuz dışavurum						
İlkokul ¹	47	23,32	5,79			
Ortaokul ²	22	22,41	5,73	3,72	0,029	3>1
Lise ³	14	27,50	5,56			3>2
Dürtü şiddeti						
İlkokul ¹	47	28,57	6,97			
Ortaokul ²	22	29,36	6,14	1,85	0,163	
Lise ³	14	32,29	3,75			
Duygusal dışavurum						
İlkokul ¹	47	71,83	12,96			
Ortaokul ²	22	74,36	11,71	3,54	0,034	3>1
Lise ³	14	81,50	8,00			
Suç ve savaş						
İlkokul ¹	47	35,15	9,05			
Ortaokul ²	22	34,32	6,29	2,70	0,073	
Lise ³	14	29,36	7,94			
Fiziksel ceza						
İlkokul ¹	47	14,53	8,74			
Ortaokul ²	22	13,27	8,64	0,60	0,553	
Lise ³	14	11,79	7,85			
Partner şiddeti						
İlkokul ¹	47	11,87	7,90			
Ortaokul ²	22	10,41	6,68	1,39	0,256	
Lise ³	14	8,29	5,46			
Şiddete yönelik tutumlar						
İlkokul ¹	47	61,55	19,42			
Ortaokul ²	22	58,00	16,79	2,35	0,102	
Lise ³	14	49,43	17,23			

Olumsuz dışavurum ve duygusal dışavurum eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Olumsuz dışavurumda, lise mezunu katılımcıların ortalaması, ilkokul ve ortaokul mezunu katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Duygusal dışavurumda, lise mezunu katılımcıların ortalaması, ilkokul mezunu katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Çizelge 17. Duygusal Dışavurum Ölçek puanlarının Herhangi Bir Dönemde Madde Kullanımı ile Karşılaştırılması

	n	\bar{x}	ss	t	p
Olumlu dışavurum					
Evet	26	21,08	4,75	0,17	0,867
Hayır	57	20,88	5,13		
Olumsuz dışavurum					
Evet	26	21,81	4,40	-2,09	0,039
Hayır	57	24,68	6,34		
Dürtü şiddeti					
Evet	26	31,54	5,51	2,09	0,040
Hayır	57	28,44	6,58		
Duygusal dışavurum					
Evet	26	74,42	10,13	0,14	0,886
Hayır	57	74,00	13,28		
Suç ve savaş					
Evet	26	34,54	8,01	0,43	0,670
Hayır	57	33,68	8,63		
Fiziksel ceza					
Evet	26	15,69	11,02	1,21	0,234
Hayır	57	12,84	7,06		
Partner şiddeti					
Evet	26	12,00	7,55	0,95	0,347
Hayır	57	10,37	7,16		
Şiddete yönelik tutumlar					
Evet	26	62,23	21,71	1,21	0,230
Hayır	57	56,89	17,13		

Olumsuz dışavurum ve dürtü şiddeti, herhangi bir dönemde madde kullanma durumuna göre farklılaşmaktadır ($p < 0,05$). Olumsuz dışavurumda, herhangi bir dönemde madde kullanmayan katılımcıların ortalaması, kullanan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Dürtü şiddetinde, herhangi bir dönemde madde kullanan katılımcıların ortalaması, kullanamayan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Çizelge 18. Duygusal Dışavurum Ölçek puanlarının Klinik Tanıya Göre Karşılaştırılması

	n	\bar{x}	ss	F	p	Fark
Olumlu dışavurum						
Şizofreni ¹	49	20,20	5,30			
Psikotik bozukluk ²	23	21,22	4,79	2,24	0,113	
Bipolar bozukluk ³	11	23,64	2,87			
Olumsuz dışavurum						
Şizofreni ¹	49	24,14	5,60			
Psikotik bozukluk ²	23	22,09	6,47	1,65	0,199	
Bipolar bozukluk ³	11	25,73	5,83			
Dürtü şiddeti						
Şizofreni ¹	49	28,82	6,23			
Psikotik bozukluk ²	23	28,61	6,74	3,04	0,053	
Bipolar bozukluk ³	11	33,73	5,08			
Duygusal dışavurum						
Şizofreni ¹	49	73,16	12,35			
Psikotik bozukluk ²	23	71,91	12,17	3,66	0,030	3>1
Bipolar bozukluk ³	11	83,09	9,05			3>2
Suç ve savaş						
Şizofreni ¹	49	34,00	8,82			
Psikotik bozukluk ²	23	33,57	9,20	0,05	0,950	
Bipolar bozukluk ³	11	34,55	4,18			
Fiziksel ceza						
Şizofreni ¹	49	14,08	8,95			
Psikotik bozukluk ²	23	15,00	8,80	1,64	0,200	
Bipolar bozukluk ³	11	9,55	4,34			
Partner şiddeti						
Şizofreni ¹	49	12,63	7,40			
Psikotik bozukluk ²	23	9,87	6,92	5,57	0,005	1>3
Bipolar bozukluk ³	11	5,18	3,60			
Şiddete yönelik tutumlar						
Şizofreni ¹	49	60,71	19,14			
Psikotik bozukluk ²	23	58,43	20,66	1,71	0,188	
Bipolar bozukluk ³	11	49,27	7,58			

Duygusal dışavurum ve partner şiddeti, klinik tanıya göre farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Duygusal dışavurumda, bipolar bozukluk tanısı koyulan katılımcıların ortalaması, şizofreni ve psikotik bozukluk tanıları koyulan katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Partner şiddetinde, şizofreni tanısı koyulan katılımcıların ortalaması, bipolar bozukluk tanısı koyulan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Ruhsal engelli bakım merkezlerinde kalan şizofreni, psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı almış hastaların dışavurulan duygulanımları ile şiddete yönelik tutumları arasındaki incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları, literatür dikkate alınarak tartışılmıştır.

Ruhsal bozukluklar toplumda sıklıkla karışılan sağlık sorunları olarak görülmüştür. Yapılan çalışmalar kapsamında birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda ve genel toplumda ruhsal bozuklukların yaygınlık oranı %11 ile %50 arasında değiştiği belirtilir (Keskin ve ark, 2013).

Araştırmada katılımcıların %61,4'ü erkeklerden oluşurken %38,6'sının kadınlardan oluştuğu görülmüştür. Alptekin (2019) şizofreni için, Adıgüzel (2018) bipolar bozukluk için cinsiyet dağılımlarının aynı oranda görüldüğünü belirtmektedirler. Bu anlamda veriler ile literatürün uyuşmadığı görülmüştür. Buna gerekçe olarak araştırma yapılan bakım merkezindeki kadın katılımcı sayısının yetersiz olması gösterilebilir. Araştırmada katılımcıların yaş ortalamalarına bakıldığında %34,9 luk kısmının 38 yaş ve altı olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Alptekin (2019) şizofreni için başlangıç yaşının 20-25 olduğunu ve 15-44 yaş arası ise dünyada tüm hastalıklarda 8. önde gelen engellilik nedeni olduğunu, Tosun (2018) psikotik bozukluk için başlangıç yaşının 14-35 olarak ve Masters ve arkadaşları (2019) bipolar bozukluk için 18-30 yaşında görüldüğünü belirtir. Araştırma grubunun yaş dağılımı literatür ile paralellik göstermektedir.

Altuntaş (2016) şizofreni hastalığı için, Wunderink ve Kaymaz (2002) psikotik bozukluk için, Sağlam (2018) bipolar bozukluk için kişinin günlük hayatını olumsuz etkileyen ve sosyal yaşama uyumunu güç hale getiren bozukluklar olarak bildirmişlerdir. Bulgulara bakıldığında eğitim düzeylerinin %56,6'lık kısmının ilkökul mezunu

olduğunu ve %63,9'luk kısmının bekar olduğu görülmüştür. Araştırmada hastalara ait sosyodemografik bulgular, literatürdeki bulgularla desteklenmiştir.

Literatüre bakıldığında Korkeila ve arkadaşları (2005) şizofren hastalarının %47'sinde geçmişte ve hala devam etmekte olan madde kötüye kullanımı olduğunu, Green ve arkadaşları (2004) psikozda madde kötüye kullanımının yüksek oranda var olduğunu ve Yeloğlu (2017) bipolar bozukluk için madde kötüye kullanımının hastalığa yakalanma riskini artırdığını belirtmişlerdir. Bulgulara bakıldığında katılımcıların %68,7'sinde herhangi bir dönemde madde kullanım bozukluğu olmadığı görülmüştür. Buna göre literatür ile elde edilen bulguların uyuşmadığı görülmüştür.

Köhler ve arkadaşları (2003) şizofreni hastalığının başta olmak üzere bipolar bozukluk, depresyon, obsesif bozukluk gibi birçok psikiyatrik bozuklukta duygu tanıma ve ifade etmede kısıtlılıkların bu hastalıklarda önemli bir özellik olduğunu belirtmişlerdir. Literatür kapsamında bulgulara bakıldığında katılımcıların Duygusal Dışavurum Ölçeği'nden aldıkları puanlar incelendiğinde 20,94±4,99 puan ile yüksek düzeyde Olumlu Dışavurum, 23,78±5,93 puan ile düşük düzeyde Olumsuz Dışavurum ve 29,41±6,40 puan ile orta düzeyde Dürtü Şiddeti, Duygu Dışavurum toplam puanına bakıldığında ise 74,13±12,32 puan ile orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Sonuç olarak bakıldığında olumsuz duygudışavurum özelliklerinin düşük, olumlu dışavurum özelliklerinin ise yüksek düzeyde çıktığı görülmüştür. Johnston ve arkadaşları (2001) olumsuz duyguların diğer olumsuz duygularla ilişkilendirilebiliyor olmasını ve olumlu duygularda böyle bir şey olmadığını, Gallese (2003) bireylerin olumsuz duygulardan kaçınma davranışından ötürü olumsuz duyguların işleme sürecinin daha sıkıntılı olduğunu belirtmişlerdir ve Moser ve arkadaşları (basımda) olumsuz duyguların olumlu duygulara göre daha zor işlenmesinin sadece şizofreni hastalığında görülmediğini belirtmiştir. Bulgular ve literatür karşılaştırıldığında paralellik görüldüğü ve sonuçların literatür ile desteklendiği görülmüştür.

Aras (2014) şizofreni ve bipolar bozukluk başta olmak üzere ağır psikiyatrik hastalıklarda şiddet davranışının yüksek düzeyde olduğuna dair genel bir inanışın olduğunu ve günümüz toplumunda ruhsal bozukluklar ve şiddet kavramının birbirleriyle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Schanda ve arkadaşları (2010) şizofreni hastalığına sahip bireylerin suç açısından yüksek risk grubu olarak saptandığını belirtmişlerdir. Katılımcıların Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği'nden aldıkları puanlar incelendiğinde

33,95±8,40 puan ile orta düzeyde Suç ve Savaş, 13,73±8,53 puan ile düşük düzeyde Fiziksel Ceza, 10,88±7,28 puan ile düşük düzeyde Partner Şiddeti özelliklerine sahip oldukları görülmüştür. Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanına bakıldığında ise 58,57±18,71 puan ile düşük düzeyde Şiddete Yönelik Tutum özelliklerine sahip oldukları görülmüştür. Literatürdeki bilgiler, ciddi psikiyatrik hastalıkların şiddetle ilişkili olduğunu, şiddet davranışının artmasına neden olduğunu belirtmektedir. Araştırma bulgularına bakıldığında ise katılımcıların Şiddete Yönelik Tutum özelliklerini göstermediği görülmüştür. Bu bağlamda literatür ve araştırma bulgularının uyuşmadığı görülmektedir.

Duygusal Dışavurum ve Şiddete Yönelik Tutumlar arasındaki ilişki incelendiğinde Duygusal Dışavurum Ölçeği'nin alt ölçeği olan Olumlu Dışavurum ile Şiddete Yönelik Tutumlar Ölçeği'nin alt ölçeği olan partner şiddeti arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde ($p<0,05$; $r=-0,220$) anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. Buna göre partner şiddeti düzeyi arttıkça olumlu dışavurum düzeyinin azaldığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde partner şiddeti ve duygular arasındaki ilişkiye dair veri bulunamamıştır. Genel olarak şiddet kavramı ele alındığında ise İstanbul Adalet Bakanlığı tarafından "bireyin fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik yönden zarar görmesi ya da acı çekmesiyle sonuçlanan tehdit, baskı ya da özgürlüğün engellenmesini içeren tutum ve davranışlar olarak" tanımlanır. Corrigan ve Penn (1999) damgalama davranışına neden olan tekrarlayıcı davranışları değerlendirmişlerdir. Vezzoli ve arkadaşları (2001) ruhsal hastalıklara yönelik bu tekrarlayıcı davranışa örnek olarak 'teklikli olma'yı belirtmişlerdir. Aştı (1995) hemşirelerin ruhsal hastalığa sahip bireylerle yakın ilişki kurmaktan çekindikleri ya da saldırgan bulduklarını belirtmiştir (Kuş Saillard, 2010). Boyd-Ritsher ve arkadaşları (2003) damgalanan bireylerin, ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplumun kendilerini reddeceğine dair inançlar gelişmekle birlikte moral bozukluğu, sosyal uyumda bozulma ve psikiyatrik uyumda azalmalara yol açtığını belirtmişlerdir (Çam & Çuhadar, 2011). Bulgular bu kapsamda ele alındığında literatür ile paralellik gösterdiği görülmektedir.

Cinsiyete göre Olumlu Dışavurum puanları incelendiğinde kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Olumlu Dışavurum özelliklerine sahip olduğu anlaşılmıştır.

Cinsiyete göre Dürtü Şiddeti puanları incelendiğinde kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Dürtü Şiddeti özelliklerine sahip olduğu anlaşılmıştır.

Cinsiyete göre Duygusal Dışavurum toplam puanları incelendiğinde kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duygusal Dışavurum özelliklerine sahip olduğu anlaşılmıştır. Keskin ve arkadaşları (2013) erkeklerin kadınlara oranla psikososyal problemleri ve stresi dışa vurmalarının daha düşük düzeyde olduğunu belirtmiştir. Bune göre bulgular ile literatürün uyduğu görülmüştür.

Cinsiyete göre Fiziksel Ceza puanları, Partner Şiddeti puanları ve Şiddete Yönelik Tutum toplam puanları incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek özellikler gösterdiği görülmüştür. Richard-Devantoy ve arkadaşları (2009) şizofreni hastalığının şiddet davranışını erkek bireyler için altı ile on kat, kadınlarda ise sekiz ile on kat arasında artırdığını bildirmişlerdir. Aynı zamanda erkeklerin cinayet işleme ve genel suç işleme oranları 12 kat fazla olduğu bildirilmiştir (Richard-Devantoy ve ark, 2009).

Cinsiyete göre Partner Şiddeti puanları incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek Partner Şiddeti özelliklerine sahip olduğu anlaşılmıştır.

Cinsiyete göre Şiddete Yönelik Tutumlar toplam puanları incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek Şiddete Yönelik Tutum özelliklerine sahip olduğu anlaşılmıştır. Literatür incelendiğinde Köşger ve arkadaşları (2016) şizofreni tanımlı bireysel için erkek cinsiyetine sahip olmanın şiddet davranışını için yordayıcı bir etmen olduğunu belirtmiştir. Bulguların literatür ile paralellik gösterdiği görülmüştür.

Yaşa göre değişkenler incelendiğinde anlamlı bir fark görülmemiştir.

Medeni duruma göre değişkenler incelendiğinde anlamlı bir fark görülmemiştir.

Eğitim düzeyine göre Olumsuz Dışavurum puanları incelendiğinde Lise mezunu olan katılımcıların İlkokul ve Ortaokul mezunu olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek Olumsuz Dışavurum özelliklerine sahip olduğu anlaşılmıştır.

Eğitim düzeyine göre Duygusal Dışavurum toplam puanları incelendiğinde Lise mezunu olan katılımcıların ilkokul mezunu olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek Duygusal Dışavurum özelliklerine sahip olduğu anlaşılmıştır.

Herhangi bir dönemde madde kullanımına göre Olumsuz Dışavurum puanları incelendiğinde 'hayır' yanıtı veren katılımcıların 'evet' yanıtı veren katılımcılara göre

anlamli düzeyde yu'kse'k Olumsuz Dışavurum ozelliklerine sahip olduğu anlaşılmıştır. Literatire bakıldığında Koyşger ve arkadaşları (2016) şizofrenide madde kotu'ye kullanımın kişinin seyrini olumsuz yonde etkileyeceğini, Denzel ve arkadaşları (2016) psikotik bozuklukta madde kullanımın hastalığın pozitif semptomlarını tetikleyebileceğini ve bireyi olumsuz yonde etkileyeceğini, Yeloğlu ve Hocoaoğlu (2017) bipolar bozuklukta madde kotu'ye kullanımın hastalığın seyrini olumsuz etkileyeabileceğini belirtmişlerdir. Literatirdeki bilgiler doğrultusunda bulgulara bakıldığında paralellik olmadığı goryu'muştur ve literatir ile bulguların uyuşmadığı goryu'mektedir.

Herhangi bir donemde madde kullanımına gore Durtu şiddeti puanları incelendiğinde 'evet' yanıtını veren katılımcıların 'hayır' yanıtını veren katılımcılara gore anlamli düzeyde yu'kse'k Durtu şiddeti ozelliklerine sahip olduğu anlaşılmıştır. Literatir incelendiğinde Aras (2014) şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır tablolarda şiddet oranının arttığını belirtmiştir. Ayrıca Koyşger ve arkadaşları (2016) şizofreni hastalığında şiddet davranışı i'cin yordayıcı bir etmen olarak madde kotu'ye kullanımı, Denzel ve arkadaşları (2016) psikotik bozukluk i'cin madde kotu'ye kullanımın şiddeti tetikleyici bir faktor olduğunu ve Koryolu (2013) madde kotu'ye kullanımın bipolar bozukluk i'cin sinirlilik ve ofke hali oluşturabileceğini belirtmiştir. Bulgular ile literatirun uyuştuğu goryu'muştur.

Klinik tanıya gore Duygusal Dışavurum toplam puanları incelendiğinde Bipolar Bozukluk tanıli katılımcıların Psikotik Bozukluk ve şizofreni tanıli hastalara gore anlamli düzeyde yu'kse'k Duygusal Dışavurum ozelliklerine sahip olduğu anlaşılmıştır. Literatire bakıldığında Bristol ve Myers (2017) bipolar bozukluğun kişinin aşırı enerjik olduğu duygudurumun varlığını belirtmiştir (Mengi & Ayėur, 2018). Literatirun araştırma bulgularını desteklediği goryu'muştur.

Klinik tanıya gore Partner şiddeti puanları incelendiğinde şizofreni tanıli katılımcıların Bipolar Bozukluk tanıli katılımcılara gore anlamli düzeyde yu'kse'k Partner şiddeti ozelliklerine sahip olduğu anlaşılmıştır. Literatire bakıldığında Koyşger ve arkadaşları (2016) şizofrenik bireylerin genel topluma oranla daha yu'kse'k seviyede şiddet davranışı gosterdiği goryu'muştur.

Araştırmadan 'cıkartılan sonu'cılar şu şekilde sıralanabilir;

1. Ruhsal engelli bakım merkezlerinde kalan şizofreni, psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı almış hastaların dışavurulan duygulanımları ile şiddete yönelik tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığı görülmüştür.
2. Cinsiyete göre Duygusal Dışavurum alt ölçekleri olan olumlu dışavurum ve dürtü şiddeti özelliklerinin kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre kadınların erkeklere oranla duygularını ifade etme özelliklerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.
3. Cinsiyete göre Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği alt ölçekleri olan fiziksel ceza ve partner şiddeti özelliklerinin erkeklerde kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek şiddet tutumları olduğu görülmüştür.
4. Değişkenler incelendiğinde yaş ile ilgili anlamlı düzeyde bir bulguya rastlanmamıştır.
5. Değişkenler incelendiğinde medeni durum ile ilgili anlamlı düzeyde bir bulguya rastlanmamıştır.
6. Eğitim düzeyine göre Duygu Dışavurum toplam puanına bakıldığında lise mezunu olan katılımcıların ilkokul mezunu olan katılımcılara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek duygu dışavurum özellikleri taşıdıkları görülmüştür. Buna göre eğitim seviyesinin yükselmesi bireylerin duygularını dışavurmalarında bir etken olarak saptanmıştır.
7. Herhangi bir dönemde madde kullanımına göre Duygu Dışavurum alt ölçeği olan olumsuz dışavurumun geçmişlerinde madde kullanımı olmayan katılımcılarda, olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.
8. Herhangi bir dönemde madde kullanımına göre Duygu Dışavurum alt ölçeği olan dürtü şiddetinin geçmişlerinde madde kullanımı olan katılımcıların, olmayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna göre madde kullanımı olan ruhsal engelli bireylerin daha dürtüsel olduğu saptanmıştır.
9. Klinik tanıya göre Duygusal Dışavurum toplam puanına bakıldığında bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin duygu dışavurumları psikotik bozukluk ve şizofreni tanısı almış bireylerin duygu dışavurumlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna göre bipolar bozukluğa sahip birey duygularını

dışvurma becerileri açısından şizofreni ve psikotik bozukluk tanısına sahip bireylere göre daha başarılı olduğu görülmüştür.



6.SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

1. Araştırmanın örneklemini İstanbul'daki bakım merkezlerinde kalan ruhsal engelli bireyler oluşturmaktadır ve örneklem İstanbul ile sınırlı tutulmuştur. Bu bağlamda örneklemin genişletilmesi araştırma sonuçlarına faydalı olabilir.
2. Araştırmaya katılan katılımcılar İstanbul'da bulunan bir bakım merkezinde kalan 83 ruhsal engelli bireyin katılımı ile gerçekleştirilmiştir ve bireylerin gerçeği değerlendirebilme yetilerinde bozulmalar vardır. Bu nedenle ölçeklere verilen cevapların güvenilirliği daha kısıtlıdır.
3. Araştırmaya katılan bazı katılımcılar okumakta güçlük çekmiştir ve bireylere ölçeklerdeki ifadeler uygulayıcı tarafından okunarak yanıt alınmıştır. Bu sebeple bireylerin cevapları tutarlılık açısından kısıtlılık göstermektedir.

7.KAYNAKÇA

- Adıgüzel, V. (2018). *Çocukluk Çağı Travmalarının Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Hastalarda Saldırganlık ve İntihar Davranışı İle İlişkisi*. Gaziantep. Yüksek Lisans Tezi.
- Aksoy, Ş. G. (2019). *Aşırı Zihinsel Gezinme Fenomeninin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Bipolar Bozukluk Olgularında İncelenmesi ve Karşılaştırılması*. İstanbul. Doktora Tezi.
- Alptekin, S. (2019). *Şizofreni Hastalarının Kişilik Özellikleri ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin İncelenmesi*. Erzurum. Yüksek Lisans Tezi.
- Altuntaş, Ö. (2016). *Annesinde Şizofreni Hastalığı Bulunan Kişilerin Zihin Kuramı İşlevleri Açısından Kardeşinde Şizofreni Bulunanlar İle Karşılaştırılması*. İstanbul. Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Altunel, Ö., Demirdöğen, G., Dural, U., & Kuşçu, M. (2008). Şizofrenide Duygu Algılama ve Tanıma Süreçleri. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek-4), s. 3-11.
- Aras, H. İ. (2014). Şizofrenide Şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1), s. 45-55.
- Araz, A., & Erkuş, A. (2014). Duygu Dışavurum Tarzlarının Kavramsallaştırılması ve Ölçümü: Bir Envanter Geliştirme Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 29(74), s. 50-61.
- Arslantaş, H., Seviçok, L., Uygur, B., Balcı, V., & Adana, F. (2009). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psiko eğitim Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2), s. 3-10.
- Atmaca, G. D. (2016, Ocak). *Şizofreni Hastalarında İntihar Olasılığının, Depresyon ve İçgörüsü İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi.
- Aylak, E. E. (2016). Şizofreni Hastalarında İntihar Davranışı ile Dürtüsellik ve Agresyonun İlişkisi. İstanbul. Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Beckmann, D., Lowman, K., Nargiso, J., McKowen, J., Watt, L., & Yule, A. (2020). Substance-induced Psychosis in Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), s. 131-143.

- Berksun, O. E. (1992). *Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Emotion Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Denemesi*. Ankara. Uzmanlık Tezi.
- Berksun, O. E., Soykan, Ç., & Soykan, A. (1993). Dışavurulan Duygulanım Ölçeği: Ölçek Uyarlama Üzerine Bir Pilot Çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 8(29).
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., & Alptekin, K. (2011). Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, s. 40-52.
- Bjorkly, S. (2013). A Systematic Review Of The Relationship Between Impulsivity and Violence In Persons With Psychosis: Evidence or Spin Cycle? *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), s. 753-760.
- Caqueo-Urizar, A., Fond, G., Urzúa, A., Boyer, L., & Williams, D. (2016). Violent behavior and aggression in schizophrenia: Prevalence and risk factors. A multicentric study from three Latin-America countries. *Schizophrenia Research*, 178(1-3), s. 23-28.
- Çağlar, A. (2018). *Şizofreni Tanısı Alan Bireylerin Algıladıkları Duygu Dışavurumu ile İçselleştirilmiş Damgalanma Arasındaki İlişki*. İstanbul. Yüksek Lisans Tezi.
- Çam, O., & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), s. 136-140.
- Dal, E. (2011). *Psikotik Bozukluk ve Depresyonlu Hastalarda EKT'den önce Çekilen EEG'de Tedaviye Cevap Belirteç Varlığının Araştırılması*. Malatya. Uzmanlık Tezi.
- De Jong, S., van Donkersgoed, R., Renard, S., Carter, S., Bokern, H., Lysaker, P., . . . Pijnenborg, M. (2018). Social-Cognitive Risk Factors For Violence in Psychosis: A Discriminant Function Analysis. *Psychiatry Research*, 265, s. 93-99.
- Değerli, A. (2017). *Saat Çizim Testinin Şizofreni Hastalarında Değerlendirilmesi*. İstanbul. Yüksek Lisans Tezi.
- Demiroğlu, F. (2018). *Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Hastaların Baş Etme Tutumları İle Bilişsel Şema Alanlarının Psikiyatrik Tanı Almamış Kişilerle Karşılaştırılması*. İstanbul. Yüksek Lisans Tezi.
- Denzel, A., van Esch, A., Harte, J., & Scherder, E. (2016). Ethnic Variations In Psychotic Disorders In The Criminal Justice System: A Systematic Review. *Aggression and Violent Behavior*.
- Dindar, H. F. (2019). *Kognitif Empati Endofenotip Midir? Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanısı Almış Hastalar ile Birinci Dereceden Yakınlarının Karşılaştırılması*. İstanbul. Yüksek Lisans Tezi.
- Doğan, A. (2019). *Psikotik Bozukluk Tanısı Almış Hastaların Sanrı İçeriklerinin Bireyci-Toplulukçuluk Açısından Değerlendirilmesi ve Bunun Damgalanmaya Etkisi*. Ankara. Yüksek Lisans Tezi.

- Duman, H. (2014). *Şizofreni Hasta Yakınlarında Duygu Dışavurumunun Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. İstanbul. Yüksek Lisans Tezi.
- Emircan, B. (2017). *Şizofrenide Minör Fiziksel Anomalilerin Sıklığı ve Çeşitliliği*. İstanbul. Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), s. 1149–1160.
- Genç, N. D. (2017). *Psikoz Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Kişilerin Kişilik Özellikleri ve Bakıcı Yükleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Bursa. Yüksek Lisans Tezi.
- Gevher, E. E. (2018, Ekin). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve Poliklinikte Takip Edilen Remisyondaki Şizofreni Hastalarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Çocukluk Çağı Travması Açısından Değerlendirildiği Karşılaştırmalı Bir Çalışma*. İzmir. Uzmanlık Tezi.
- Green, A., Tohen, M., Hamer, R., Strakowski, S., Lieberman, J., Glick, I., & Clark, W. (2004). First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol. *Schizophrenia Research*, 66(2-3), s. 125-135.
- Gupta, A., Nanjaya, S., Ghosh, A., & Basu, D. (2019). The Link Between Bipolarity And Substance Use: A Controlled Clinic Based Study. *Asian Journal of Psychiatry*.
- Güler, A. (2014). *Şizofreni Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Etkileri*. İstanbul. Yüksek Lisans Tezi.
- Güneri, E. (2008, Mayıs). *Şizofreni ve Bipolar Affektif Bozukluk -Manik Epizod- Tanısı Almış Hastaların Rorschach Protokolü Açısından Karşılaştırılması*. İstanbul. Yüksek Lisans Tezi
- Gürel, B. (2018). *Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Hastalarda Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Görülme Sıklığı, Çocukluk Çağı Travmaları ve Erişkin Bağlanma Biçimi İle İlişkisi*. İstanbul. Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Hahlweg, K., Doane, J., Goldstein, M., Nuechterlein, K., Magana, A., Mintz, J., . . . Snyder, K. (1989). Expressed Emotion and Patient-Relative Interaction in Families of Recent Onset Schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), s. 11-18.
- Humphreys, M., Johnstone, E., MacMillan, J., & Taylor, P. (1992). Dangerous Behaviour Preceding First Admissions For Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161, s. 501-505.
- İngeç, C. (2018, Kasım). *Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı Travmasının Şizofreni Hastalık Başlangıç Yaşına Etkisi*. İzmir. Uzmanlık Tezi.

- Karaaziz, M., Baştuğ, G., & Sökmez, T. (2015). Bir Olgu Bağlamında Psikotik Bozukluğu Olanlarda Şiddet Davranışı Tartışması. *Kriz Dergisi*, 23(1-3), s. 1-8.
- Karabulut, N. (2018). *Remisyon Dönemindeki Psikotik Bozukluk Tanılı Hastalarda Yalnızca Antipsikotik Kullananlarla Antipsikotik ve Duygudurum Düzenleyici Kullananların Metabolik Sendrom ve Yaşam Kalitesi Açısından Kıyaslanması. Erzurum. Uzmanlık Tezi.*
- Karasar, N. (2016). Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar İlkeler Teknikler. *Nobel Akademik Yayıncılık.*
- Kesebir, S., İnanç, L., Bezgin, Ç. H., & Cengiz, F. (2013). Kadınlarda Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, s. 220-231.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 50, s. 344-351.
- Kinoshita, Y., Shimodera, S., Nishida, A., Kinoshita, K., Watanabe, N., Oshima, N., . . . Okazaki, Y. (2011). Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), s. 245-251.
- Kışlak, Ş. T., & Göztepe, I. (2012). Duygu Dışavurumu, Empati, Depresyon ve Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2).
- Kocal ve ark, Y. G. (2017). Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.
- Korkeila, J., Svirskis, T., Heinimaa, M., Ristkari, T., Huttunen, J., Ilonen, T., . . . Salokangas, R. (2005). Substance abuse and related diagnoses in early psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 46(6), s. 447-452.
- Köroğlu, E. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. 5. baskı.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın.
- Köşger, F., Eşsizoğlu, A., Sönmez, İ., Güleç, G., Cenek, M., & Akarsu, Ö. (2016). Şizofrenide Şiddet Davranışının Klinik Özellikler, İlgörü ve Bilişsel İşlevler İle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(2), s. 92-99.
- Krause, M., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Bighelli, I., Gutsmedl, K., & Leucht, S. (2018). Efficacy, acceptability and tolerability of antipsychotics in patients with schizophrenia and comorbid substance use. A systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 29(1), s. 32-45.
- Kuş Saillard, E. (2010). Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), s. 14-24.
- Lamsma, J., & Harte, J. M. (2015). Violence in Psychosis: Conceptualizing Its Casual Relationship With Risk Factors. *Agression and Violent Behavior*, s. 75-82.

- Large, M., & Nielssen, O. (2011). Violence in First-Episode Psychosis: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Schizophrenia Research*, 125(2-3), s. 209-220.
- Levent, M. (2014). *Psikotik Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Unipolar Depresyon Hastalarında Tek Karbon Metabolizmasının İncelenmesi ve Klinik Verilerle Karşılaştırılması*. İstanbul . Uzmanlık Tezi.
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2006). Does Expressed Emotion Need To Be Understood Within A More Systemic Framework? An Examination Of Discrepancies in Appraisals Between Patients Diagnosed With Schizophrenia And Their Relatives. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 41(1), s. 50-55.
- Masters, G., Brenckle, L., Sankaran, P., Person, S., Allison, J., Moore Simas, T., . . . Byatt, N. (2019). Positive Screening Rates For Bipolar Disorder In Pregnant and Postpartum Women and Associated Risk Factors. *General Hospital Psychiatry*.
- Mengi, A., & Aygür, R. (2018). Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Bir Araştırma: Örnek Olay. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(19), s. 553-571.
- Mortan Sevi ve Tekinsav Sütcü, O. v. (2012). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Bilişsel-Davranışçı Grup Terapisi-Sistemik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23.
- Nederlof, A., Muris, P., & Hovens, J. (2013). The Epidemiology Of Violent Behavior In Patients With A Psychotic Disorder: A Systematic Review Of Studies Since 1980. *Aggression and Violent Behavior*, s. 183-189.
- Öbekli, T. (2013). *Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı İle Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon, Anksiyete ve Cinsel İşlev Düzeylerinin İncelenmesi*. İstanbul. Yüksek Lisans Tezi.
- Özak, N. (2019). *Şizofreni Hastalarında Bilişsel Bozukluk Düzeyini Değerlendiren Şizofreni Bilişsel Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. İzmir. Uzmanlık Tezi.
- Palagini, L., Miniati, M., Caruso, D., Massa, L., Novi, M., Pardini, F., . . . Dieter, R. (2020). Association Between Affective Temperaments And Mood Features In Bipolar Disorder II: The Role Of Insomnia And Chronobiological Rhythms Desynchronization. *Journal Pre-proof*.
- Patel, K., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014, September). Schizophrenia: Overview and Treatment Options. 39(9), s. 638-645.
- Persson, M., Sturup, J., Belfrage, H., & Kristiansson, M. (2018). Self-Reported Violent Ideation and Its Link to Interpersonal Violence Among Offenders With Mental Disorders and General Psychiatric Patients. *Psychiatry Research*, 261, s. 197-203.
- Picchioni, M., & Murray, R. (2007, July 14). Schizophrenia. *Clinical Review*, s. 91-95.
- Rabinovitz, S., Goldman, K., Rosca, P., Barda, J., & Levine, S. Z. (2019). The role of substance use and adult sexual assault severity in the course of schizophrenia: An

- epidemiological catchment study of sexual. *Schizophrenia Research*, 208, s. 406-413.
- Richard-Devantoy, S., Olie, J.-P., & Gourevitch, R. (2009). *Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. L'Encéphale*, 35(6), 521–530. doi:10.1016/j.encep.2008.10.009
- Sağlam, F. (2018). *Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların ve Birinci Derece Yakınlarının Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Belirlenmesi*. Mersin. Uzmanlık Tezi.
- Salihoğlu, G. (2019). *Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Ötimik Dönemde Uyku Parametrelerinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi.
- Sancaktar, S. (2017). *Evde Bakım Gören Şizofreni Hastaları ile Bakım Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Hastalarının Depresyon ve İşlevsel İyileşme Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması*. İstanbul. Yüksek Lisans Tezi.
- Sedgwick, O., Young, S., Greer, B., Arnold, J., Parsons, A., Puzzo, I., . . . Kumari, V. (2018). Sensorimotor gating characteristics of violent men with comorbid psychosis and dissocial personality disorder: Relationship with antisocial traits and psychosocial deprivation. *Schizophrenia Research*, 198, s. 21-27.
- Sevi, O. M. (2014). Şizofrenide Grup Psikoterapisi: Bilişsel ve Davranışçı Tekniklerin Etkililiğinin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23.
- Summakoğlu ve Ertuğrul, D. v. (2018, Temmuz). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 1(2), s. 43-61.
- Sungur ve Yalnız, M. Z. (1999). Şizofreni Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri*, 2, 160-166.
- Şahin, G. (2018, Nisan). *Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Ayrılma Anksiyetesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi
- Tohumcu, K. (2019). *Bipolar Bozukluk Hastalarında İçgörü ve Baş Etme Tutumları Arasındaki İlişki*. Gaziantep. Yüksek Lisans Tezi.
- Tosun, B. (2018). *Psikoz Tanısı Alan Erkek Hastaların Eşlerinin; Depresyon, Umutsuzluk Düzeyi ve Çocukları İle Olan İlişkinin İncelenmesi*. İstanbul. Yüksek Lisans Tezi.
- Tsoi, D.-Y., Hunter, M., & Woodruff, P. (2008). History, aetiology, and symptomatology of schizophrenia. *Psychiatry*, 7(10), s. 404-409.
- Tüzer, V., Zincir, S., Başterzi, A. D., Aydemir, Ç., Kısa, C., & Göka, E. (2003). Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 6, s. 198-203.
- Uçar, S. P. (2016, Ocak). *Çocukluk Çağı Travmaları ve Bipolar Bozukluk İlişkinin İncelenmesi*. İstanbul. Yüksek Lisans Tezi

- Ulubak, E. (2012, Temmuz). *Şizofreni Hastalarında Kognitif Rehabilitasyonun Değerlendirilmesi*. İstanbul. Yüksek Lisans Tezi.
- Ural, C., Belli Hasan, Öncü, F., & Soysal, H. (2012). Psikotik Hastaların Şiddet Davranışlarında Hedef Kitle Profili. *Türk Psikiyatri Dergisi*, s. 26-32.
- Verdolini, N., Pacchiarotti, I., Köhler, C., Reinares, M., Samalin, L., Colom, F., . . . Murru, A. (2018). Violent criminal behavior in the context of bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 239, s. 161-170.
- Wunderink, A., & Kaymaz, N. (2002). Şizofreni nedenleri, sonuçlar ve tedavisi.
- Xiao, E., & Houser, D. (2005). Emotion Expression In Human Punishment Behavior. *102(20)*, s. 7398-7401.
- Yeloğlu, Ç. H., & Hocaoğlu, Ç. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), s. 41-54.

8.EKLER



Ek-1: Sosyo-demografik Bilgi Formu

Sosyo-Demografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz

Erkek () Kadın ()

2. Yaşınız.....

3. Medeni Durumunuz

Evli () Bekâr ()

4. Eğitim durumunuz

() İlkokul

() Ortaokul

() Lise

5. Madde kullandığınız bir dönem oldu mu?

() Evet () Hayır

6. Bireyin tanısı aşağıdakilerden hangisidir?

() Şizofreni

() Psikotik Bozukluk

() Bipolar Bozukluk

Ek-2: Berkeley Duygusal Dışavurum Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bazen Katılmıyorum	Kararsızım	Bazen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle
1	Olumlu bir duygu yaşadığımda insanlar tam olarak ne hissettiğimi rahatlıkla anlayabilir.	1	2	3	4	5	6	7
2	Bazı zamanlar acıklı filmleri izlerken ağlarım.	1	2	3	4	5	6	7
3	İnsanlar sıklıkla hissettiklerimi anlayamaz .	1	2	3	4	5	6	7
4	Birisi bana komik gelen bir fıkra anlattığında kahaayla gülerim.	1	2	3	4	5	6	7
5	Benim için korkumu gizlemek zordur.	1	2	3	4	5	6	7
6	Mutlu olduğum da duygularım bunu gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
7	Bedenim duygusal durumlara güçlü tepkiler verir.	1	2	3	4	5	6	7
8	Öfkemi açığa vurmaktansa gizlemenin daha iyi olduğunu öğrendim.	1	2	3	4	5	6	7
9	Ne kadar gergin veya üzgün olsam da dışarıya rahat görünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
10	Duygularımı ifade eden birisiyim.	1	2	3	4	5	6	7
11	Güçlü duygularım vardır.	1	2	3	4	5	6	7
12	İstesem de bazı zamanlar duygularımı gizleyemem.	1	2	3	4	5	6	7

13	Olumsuz bir duygu yaşadığımda insanlar tam olarak ne hissettiğimi rahatlıkla anlayabilir.	1	2	3	4	5	6	7
14	Ne kadar densesem de ağlamamı durduramadığım zamanlar olmuştur.	1	2	3	4	5	6	7
15	Duygularımı çok yoğun yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
16	Yüzüm duygularımı yansıtır.	1	2	3	4	5	6	7

Ek-3: Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz. Seçenekler 1'den (Hiç katılmıyorum) 7'ye (Kesinlikle katılıyorum) doğru sıralanmaktadır.								
1	Şiddet suçları şiddetle cezalandırılmalıdır.	1	2	3	4	5	6	7
2	Her ulusun her an hazır ve güçlü bir ordusu olmalıdır.	1	2	3	4	5	6	7
3	Silah üretimi gereklidir.	1	2	3	4	5	6	7
4	Savaş çoğu kez gereklidir.	1	2	3	4	5	6	7
5	Hükümet üniversitedeki ayaklanmaları kontrol edebilmek için silahlı güçleri sevk etmelidir.	1	2	3	4	5	6	7
6	Ülkemiz uluslar arası alanlarda askeri anlamda saldırgan olmalıdır.	1	2	3	4	5	6	7
7	Ülkemiz güç kullanarak sınırlarını koruma hakkına sahiptir.	1	2	3	4	5	6	7
8	Çocuğun itaatsiz davranışları fiziksel olarak cezalandırılmalıdır.	1	2	3	4	5	6	7
9	Yaramaz bir çocuğa hızlı bir tokat atmak sorunu çözmek için en kısa çözümdür.	1	2	3	4	5	6	7
10	Öfke nöbeti geçiren çocuğun poposuna vurulabilir.	1	2	3	4	5	6	7
11	Hak ettiklerinde, çocukların fiziksel olarak cezalandırılması onların sorumluluk sahibi ve olgun bir yetişkin olmalarını sağlar.	1	2	3	4	5	6	7
12	Kurallara uymayan çocuklar sopa ile dövülebilir.	1	2	3	4	5	6	7
13	Bir yetişkin kurallara uymayan çocuğu sopa ile dövmelidir.	1	2	3	4	5	6	7
14	Sadakatsiz davranan kişiye eşi tarafından şiddet uygulanması kabul edilebilir bir davranıştır.	1	2	3	4	5	6	7
15	Hakaret eden veya aşağılayan kişiye eşi tarafından tokat atılması kabul edilebilir bir durumdur.	1	2	3	4	5	6	7
16	Meydan okuması durumunda bir eşin diğerine tokat atması kabul edilebilir bir durumdur.	1	2	3	4	5	6	7
17	Aldatması durumunda kişiye eşi tarafından şiddet uygulanması kabul edilebilir bir durumdur.	1	2	3	4	5	6	7

Ek-4: Etik Kurul İzin

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

29.11.2019

Sayın; Barış Özkoparanoglu

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Dr. Öğr. Üye. Nesrin Duman'ın danışmanlığında planladığınız **“Bakım Merkezlerinde Kalan Şizofreni, Psikotik Bozukluk ve Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Hastaların Dışavurulan Duygulanımları ile Şiddete Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki”** isimli araştırmanız kurulumuzun 29.11.2019 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER
Etik Kurul Başkanı

EK.Etik Kurul Kararı

Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No:82 Beyoğlu- İSTANBUL
Tel: 0212 924 24 44/2704 Faks: 0212 343 08 78
etikkurul@halic.edu.tr Internet:www.halic.edu.tr

9.ÖZGEÇMİŞ

Barış Özkoparanoğlu ilköğrenimini İstanbul, orta ve lise öğrenimini Amasya'da tamamladı. 2013 yılında Merzifon Abide Hatun Anadolu Lisesi'nden, 2018 yılında İstanbul Aydın Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümünden mezun oldu. 2018-2020 yılları arasında Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Programı'na devam etmiş olup, Nisan 2020'de yüksek lisans eğitimini tamamlayarak mezun oldu.