



**T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ADLİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE ŞİDDET SUÇU İLE
YÖNLENDİRİLEN PSİKOTİK ÖZELLİKLİ HASTALARIN
DÜRTÜSELLİK VE SALDIRGANLIK SEVİYELERİNİN
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, BAĞLANMA BİÇİMİ,
İÇGÖRÜ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK AÇILARINDAN
SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Ece ILGAZLI
UZMANLIK TEZİ**

BOLU 2021

**T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ADLİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE ŞİDDET SUÇU İLE
YÖNLENDİRİLEN PSİKOTİK ÖZELLİKLİ HASTALARIN
DÜRTÜSELLİK VE SALDIRGANLIK SEVİYELERİNİN
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, BAĞLANMA BİÇİMİ,
İÇGÖRÜ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK AÇILARINDAN
SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Ece ILGAZLI

UZMANLIK TEZİ

Prof. Dr. M. Hamid Boztaş

BOLU 2021

TEŞEKKÜR

Tezimin oluşturulması sırasında yardım ve katkılarından dolayı değerli hocalarım Doç.Dr. Burcu Rahşan ERİM ve Prof. Dr. M. Hamid BOZTAŞ’a,

Kişisel gelişimim ve eğitimime katkılarından dolayı değerli hocalarım Doç.Dr. Özden ARISOY, Prof. Dr. İbrahim EREN ve Dr. Öğrt. Üyesi Filiz ÖZDEMİROĞLU’na,

Rotasyon eğitimim boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum bilgi ve birikimleriyle eğitimime katkıda bulunan Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Serpil YILDIZ ve Doç. Dr. Şule AYDIN TÜRKOĞLU’na, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Ali Evren TUFAN ve Doç. Dr. Yusuf ÖZTÜRK’e,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım asistan arkadaşlarıma, psikologlara, servis hemşireleri ve personellerine,

Tüm yaşamım boyunca desteğini esirgemeyen ve her türlü fedakarlığı yapan en değerli varlıklarım, emekli hemşire annem Fatma ILGAZLI ve babam Prof. Dr. Ahmet ILGAZLI’ya,

Doktorluk mesleğini seçmemde bana çok büyük etkisi olan, insanı sevmekle herşeyin başladığını bana öğreten kıymetli rahmetli dedem Dr. Cemal ILGAZLI’ya en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ece ILGAZLI

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLO LİSTESİ.....	vi
KISALTMALAR.....	viii
ÖZET	x
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. AMAÇ	6
1.2. ÖNEM	7
2. GENEL BİLGİLER	11
2.1. PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	11
2.1.1. Tanım ve Sınıflandırma	12
2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI.....	14
2.2.1. Çocukluk Çağı Travması Tanımları Ve İlişkili Psikiyatrik Durumlar	15
2.3. SALDIRGANLIK VE ŞİDDET	17
2.3.1. Saldırganlığın Tanımı	19
2.3.2. Saldırganlığın Türleri.....	22
2.3.3. Saldırganlığı Açıklayan Kuramlar	25
2.3.4. Saldırganlığın Nöroanatomisi ve Nörobiyolojisi	33
2.4. DÜRTÜSELLİK.....	36
2.4.1. Dürtüselliğin Nöroanatomik Nedenleri	41
2.4.2. Dürtüselliğin Nörokimyasal Nedenleri	44
2.4.3. Dürtüselliğin Psikodinamik Nedenleri.....	46
2.5. KİŞİLERARASI BAĞLANMA BİÇİMLERİ	48
2.5.1. Hazan ve Shaver’ın Kişilerarası Bağlanma Modeli.....	50
2.5.2. Dörtlü Bağlanma Modeli	52
2.5.3. Boyutsal Bağlanma Modeli	53
2.6. İÇGÖRÜ	53
2.7. ALGILANAN SOSYAL DESTEK.....	58
2.8. İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	62
2.8.1. Literatüde Saldırganlık ile İlgili Yapılmış Araştırmalar	62

2.8.2. Literatürde Dürtüsellik ile İlgili Yapılmış Araştırmalar	64
2.8.3. Literatürde Bağlanma ile İlgili Yapılmış Araştırmalar	68
2.8.4. Literatürde Algılanan Sosyal Destek ile İlgili Yapılmış Araştırmalar	71
2.8.5. Literatürde İçgörü ile İlgili Yapılmış Araştırmalar.....	73
2.8.6. Literatürde Çocukluk Çağı Travmaları ile İlgili Yapılmış Araştırmalar .	76
3. YÖNTEM	80
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ	80
3.2. ÖRNEKLEM	80
3.2.1. Hastalar için çalışmaya dâhil etme kriterleri	80
3.2.2. Sağlıklı Kontroller için dahil etme kriterleri.....	81
3.2.3. Hastalar için çalışmadan dışlanma kriterleri.....	81
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	81
3.3.1. Sosyodemografik veri formu	82
3.3.2. Geçmişe Dönük Açık Saldırganlık Ölçeği (GASÖ)	82
3.3.3. Taylor Suç Şiddet Değerlendirme Ölçeği	83
3.3.4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği – 11 (BDÖ-11)	83
3.3.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği(CTQ-28)	84
3.3.6. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ).....	85
3.3.7. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)	85
3.3.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	86
3.3.9. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ).....	86
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	87
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	88
4. BULGULAR	89
4.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALARIN VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ	89
4.1.1. Hasta Grubu ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.	89
4.1.2. Hasta Grubu ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Göç Bilgileri	90
4.1.3. Hasta Grubu ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Aile Bilgileri	91
4.1.4. Hastaların Kriminal Geçmişleri	92
4.1.5. Hastaların Suç Öncesi ve Sonrası Psikotik Özgeçmişleri.....	94

4.2. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALAR VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN GEÇMİŞE DÖNÜK AÇIK SALDIRGANLIK AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	95
4.3. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALARIN TAYLOR SUÇ ŞİDDET DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ VE İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SKORLARI.....	96
4.4. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALAR VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN BARRAT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEK SKORLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	97
4.5. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALAR VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEK SKORLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	98
4.6. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALAR VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEK SKORLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	99
4.7. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALAR VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEK SKORLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	99
4.8. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALAR VE SAĞLIKLI KONTROL GRUPLARININ BUSS-PERRY SALDIRGANLIK ÖLÇEK SKORLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	100
4.9. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, DÜRTÜSELLİK, SALDIRGANLIK İLE SUÇ SAYISI VE ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	101
4.10. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, BAĞLANMA BİÇİMLERİ VE İÇGÖRÜLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	103
4.11. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALARIN BAĞLANMA BİÇİMLERİ, İÇGÖRÜ, DÜRTÜSELLİK, SALDIRGANLIK İLE SUÇ SAYISI VE ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	103
5. TARTIŞMA.....	112
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	125
6.1. KISITLILIKLAR.....	129
6.2. ÖNERİLER	130

KAYNAKÇA.....	132
----------------------	------------



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri (N (%), Ort $\pm$ SS)	89
Tablo 4.2. Hastaların ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Meslek Ve Çalışma Bilgileri (N (%) , Ort $\pm$ SS)	90
Tablo 4.3. Hastaların ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Göç Bilgileri (N (%) , Ort $\pm$ SS).....	91
Tablo 4.4. Hastaların ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Ailelerine İlişkin Bilgileri (N (%) , Ort $\pm$ SS)	91
Tablo 4.5. Hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun kriminal geçmiş bilgileri (N (%) , Ort $\pm$ SS)	92
Tablo 4.6. Hastaların Suç Öncesi Ve Sonrası Hastalıklarına İlişkin Bilgiler.....	94
Tablo 4.7. Psikotik Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Geçmişe Dönük Açık Saldırganlık Skorlarının Karşılaştırılması	96
Tablo 4.8. Psikotik Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Barrat Dürtüsellik Ölçek Skorlarının karşılaştırılması	97
Tablo 4.9. Psikotik Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması	98
Tablo 4.11. Psikotik Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	100
Tablo 4.12. Psikotik Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Buss-Perry Saldırganlık Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması	101
Tablo 4.13. Şiddet Suçu İşlemiş Psikotik Özellikleri Olan Hastaların Çocukluk Çağı Travması, Dürtüsellik, Saldırganlık ile Suç Sayısı ve Şiddeti Arasındaki İlişki	105

Tablo 4.14. Şiddet Suçu İşlemiş Prikotik Özellikleri Olan Hastaların Çocukluk Çağı Travması Skorları, Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği Skorları Ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği Skorları Arasındaki İlişki	106
Tablo 4.15. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Skorları, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği Skorları, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Skorları, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Skorları ile Suç Sayısı ve Taylor Suç Şiddet Değerlendirme Ölçeği Skorları Arasındaki İlişki	107
Tablo 4.16. Barrat Dürtüselik ölçeği ile Çocuk Çağı Travma Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği toplam puanları arasındaki korelasyon	108
Tablo 4.17. Çocukluk çağı travması ve sosyal desteğin dürtüsellliği yordaması.....	108
Tablo 4.18. Buss – Perry Saldırganlık Ölçeği ile Sosyal Destek Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği toplam puanı ve tedaviye uyum puanları arasındaki korelasyon	109
Tablo 4.19. Sosyal destek, bağlanma biçimleri ve tedaviye uyumun saldırganlığı yordaması	110
Tablo 4.20. Erişkin bağlanma biçimleri ile hastaneye yatış arasındaki korelasyon.....	110
Tablo 4.21. Hastaneye yatış sayısının bağlanma biçimini yordaması.....	111

KISALTMALAR

ACC	: Anterior Singulat Korteks
BB	: Bipolar Bozukluk
BLA	: Bazolateral Amigdala
BPSÖ	: Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
CTQ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-V	: Akıl Sağlığı Bozuklukları için Tanısal ve İstatistik Elkitabı V
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EBBÖ	: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği
GABA	: Gama Aminobütrik Asit
MINI	: Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme
MMDAS	: MacArthur-Maudsley Delüzyon Değerlendirme Ölçeği
NA	: Nucleus Accumbensin
OFK	: Orbitofrontal Korteksin
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
TDK	: Türk Dil Kurumu
VMFK	: Ventromedyal Frontal Kortekste
YDB	: Yıkıcı Davranım Bozukluğu



ÖZET

Amaç: Bu çalışmada adli psikiyatri polikliniğine şiddet suçu ile yönlendirilen psikotik özellikli hastaların dürtüsellik ve saldırganlık seviyelerinin çocukluk çağı travması, bağlanma biçimi, iç görü ve algılanan sosyal destek açılarından psikotik bozukluğu olan hastalar ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Buradan yola çıkılarak bu çalışmada aynı zamanda adli polikliniğe şiddet suçu ile başvuran psikotik özellikli hastalarda şiddet ile ilişkili etmenlerin araştırılması planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Adli psikiyatri polikliniğine başvuran şiddet suçu işlemiş psikotik özellikleri olan hastalarda dürtüsellik ve saldırganlık seviyeleri ile suç tekrarının fazla olup olmadığı,
2. Çocukluk çağı travmasının şiddeti arttıkça ve özellikle bazı türlerine (cinsel ve fiziksel istismar olması) maruz kalındığında kişilerin dürtüsellik ve saldırganlık seviyelerinin artıp artmadığı ve bu kişiler eğer şiddet suçu işlemişlerse suçun sayısı ve şiddetinin daha fazla olup olmadığı,
3. Çocukluk çağı travmasının şiddeti arttıkça ve özellikle bazı türlerine(cinsel ve fiziksel istismar olması) maruz kalındığında; güvensiz ve kaygılı bağlanmanın artıp artmadığı ve iç görünün azalıp azalmadığı,
4. Güvensiz ve kaygılı bağlanmanın, iç görünün az olmasının, aile ve arkadaş desteğinin az olmasının; artmış dürtüsellik ve saldırganlıkla ve aynı zamanda şiddet suçunda ve suç tekrarındaki artışla ilişkili olup olmadığı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini, Abant İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Polikliniği'ne şiddet suçu ile başvuran psikotik özellikleri olan 32 hasta ile 32 sağlıklı kontrol oluşturmaktadır. Psikotik özellikli hastalar, DSM-V tanı kriterlerine göre belirlenmiştir. Bunun yanında tüm katılımcılara

Sosyodemografik veri formu, Geçmişe Dönük Açık Saldırganlık Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği uygulanmıştır. Taylor Suç Şiddet Değerlendirme Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği ise sadece şiddet suçu işlemiş psikotik özellikli hastalara uygulanmıştır. Verilerin analizinde Kolmogorov – Smirnov testi, bağımsız gruplar t-test analizi, Mann-Whitney U testi, Spearman korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon yöntemleri uygun şekilde kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada yer alan şiddet suçu işlemiş psikotik özellikli hastaların, geçmişe yönelik şiddet düzeyleri, sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulunmuştur. Hasta grubun dürtüsellik ve saldırganlık düzeyleri de sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksektir. Çocukluk çağı travma ölçeği ortalamaları bakımından, psikotik özellikli hastaların, kontrol grubundan daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin algıladıkları sosyal destek ise, hasta gruba göre daha fazladır. Bağlanma türleri açısından iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda, hasta grubun daha çok güvensiz ve kaygılı-kaçıngan türde bağlanma geliştirirken, kontrol grubundakilerin daha çok güvenli bağlanma geliştirdikleri görülmüştür. Şiddet suçu işlemiş psikotik özellikleri olana hastaların Taylor suç şiddet değerlendirme ölçeği skoru $2,09 \pm 0,68$ ve İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği skoru $10,37 \pm 4,72$ 'dur. Şiddet suçu işlemiş psikotik özellikleri olan hastaların çocukluk çağı travması, dürtüsellik ve saldırganlık düzeyleri ile suç sayısı ve şiddeti arasında ilişki bulunamamıştır. Şiddet suçu işlemiş psikotik özellikleri olan hastaların bağlanma biçimleri, içgörü, dürtüsellik ve saldırganlık düzeyleri ile suç sayısı ve şiddeti arasında da anlamlı ilişkilere rastlanmamıştır.

Sonuç: Araştırmamızın sonuçlarına göre, şiddet suçu işlemiş psikotik özellikli hastaların dürtüsellik ve saldırganlık düzeyleri, sağlıklı kontrollere göre yüksektir. Bu da, psikotik özellikli hastalıklarla mücadele ederken, hastaların dürtüsel ve saldırgan

davranışlarına özellikle müdahale edilmesi gerekliliğini göstermektedir. Ayrıca psikotik hastalığı olan suçluların, sağlıklı gruba göre güvensiz türde bağlanma geliştirmiş olması, hem suç işleme davranışının hem de psikotik hastalıklara yatkınlığın temelinde bebeklikte anne ile kurulan fonksiyonel olmayan ilişkilerin rolüne işaret etmektedir. Benzer şekilde çocuklukta yaşanan bazı travmaların da, hem suç işleme davranışını hem de psikotik hastalıklara olan yatkınlığı artırması, araştırmamızın dikkat çekici bir bulgusudur. Hasta grubun sağlıklı gruba göre daha düşük sosyal destek algılaması da dikkate değer bir bulgudur.

Anahtar Kelimeler: Psikotik hastalık, şiddet, dürtüsellik, sosyal destek, iç gözü, travma, bağlanma.

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study is to compare the impulsivity and aggression levels of the patients with psychotic characteristics who were referred to the forensic psychiatry outpatient clinic, and healthy controls, in terms of childhood trauma, attachment style, insight and perceived social support. It was also planned to investigate the factors associated with violence in patients with psychotic features who admitted to the forensic outpatient clinic with violent crime. For this purpose, answers to the following questions were sought:

1. Whether the level of impulsivity and aggression and the repetition of crime was high in patients with psychotic characteristics who had committed violent crime,
2. Whether the level of impulsivity and aggression of individuals increases as the severity of childhood trauma increases -especially when exposed to certain types of abuse (e.g. sexual and physical abuse)- and if these people have committed violent crimes, the number and severity of the crime is higher or not,
3. Whether high level of unsecure and anxious attachment styles and low level of insight are related with level of childhood trauma and its certain types (e.g. sexual and physical abuse),
4. Whether unsecure and anxious attachment styles, low level of insight and low level of social support are related with higher level of impulsivity, higher level of aggression, violent crime and repetition of violent crime.

Materials and Methods: The sample of the study consists of 32 violent crime committed patients with psychotic features who applied to the Forensic Psychiatry Outpatient Clinic of Abant İzzet Baysal Psychiatry Hospital and 32 healthy controls. In addition, Sociodemographic data form, Retrospective Explicit Aggression Scale, Barratt Impulsivity Scale, Childhood Mental Trauma Scale, Adult Attachment Style Scale, Multidimensional

Perceived Social Support Scale, Buss-Perry Aggression Scale were administered to all participants. The Taylor Crime Violence Rating Scale and the Scale for Assessing the Three Components of Insight were applied only to patients with psychotic characteristics who committed a violent crime. Kolmogorov - Smirnov test, independent groups t-test , Mann-Whitney U test, Spearman correlation and multiple linear regression methods were conducted properly to analyze the data.

Results: The retrospective violence levels of the psychotic patients who committed violent crimes in the study were found to be higher than the healthy controls. The impulsivity and aggression levels of the patient group were also significantly higher than the healthy controls. In terms of childhood trauma scale averages, it was found that patients with psychotic features got higher scores than the control group. Individuals in the control group perceived more social support than the patient group. In the comparisons between the two groups in terms of attachment types, it was observed that the patient group developed more insecure and anxious-avoidant attachment, while those in the control group developed more secure attachment. The Taylor crime violence rating scale score of patients with psychotic characteristics who have committed a violent crime is 2.09 ± 0.68 and the score of the scale for evaluating the three components of insight is 10.37 ± 4.72 . No relationship was found between the childhood trauma, impulsivity, aggression levels; and the number and severity of the crime. No significant relationship was found between the attachment styles, insight, impulsivity, aggression levels; and the number and severity of the crime.

Conclusion: According to the results of our study, the impulsivity and aggression levels of psychotic patients who have committed violent crimes are higher than healthy controls. This indicates the necessity to intervene in patients' impulsive and aggressive behaviors when dealing with psychotic diseases. In addition, the fact that criminals with psychotic diseases developed insecure attachment compared to the healthy group indicates the

role of dysfunctional relationships with the mother in infancy on the basis of both criminal behavior and susceptibility to psychotic diseases. Similarly, it is a striking finding of our study that certain types of childhood traumas increase both criminal behavior and susceptibility to psychotic diseases. It is also a remarkable finding that the patient group perceived lower social support than the healthy group.

Keywords: Psychotic disorder, violence, impulsivity, social support, insight, trauma, attachment.



1. GİRİŞ

Bu çalışmada adli psikiyatri polikliniğine şiddet suçu ile yönlendirilen psikotik özellikli hastaların dürtüsellik ve saldırganlık seviyelerinin çocukluk çağı travması, bağlanma biçimi, iç görü ve algılanan sosyal destek açılarından sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Araştırmamızda öncelikle; şiddet, saldırganlık, dürtüsellik, çocukluk çağı travmaları, bağlanma, içgörü ve algılanan sosyal destek kavramlarını tek tek ele almak uygun olacaktır. Günümüze gelinceye dek ruhsal bozukluklar ve suç işleme eğilimi arasındaki ilişki üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Ancak literatürde bizim dizayn ettiğimize benzer biçimde karşılaştırmalı az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Ülkemizdeki çalışmalarda da daha çok belli bir psikiyatrik bozukluğun şiddet davranışıyla ilişkisine odaklanıldığı dikkati çekmiştir.

Çocukluk çağında yaşanan travma öyküsü genelde ileriki yaşlarda psikiyatrik bir bozukluk olma olasılığının artmasına neden olabilir (Cicchetti, 2000). Çocukluk çağı travma öyküsü olan hastaların relaps (yineleme) oranlarının ve yatış sürelerinin daha uzun olduğu, daha genç yaşlarda psikiyatrik bir bozuklukla hastaneye başvuru ve yatış sayılarının daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca bu hastalarda özkıyım girişimi riski de daha yüksektir (Beck ve Goff 1991). Psikotik bozukluklarda çocuklukta herhangi bir travmaya maruz kalma ya da ihmal ve istismara maruz kalma oranı %30 ila %75 arasında değişmektedir. Bu oran hastaların kendi söylemleri üzerine belirlenmiş bir orandır ve normal popülasyona göre oldukça yüksek olduğu ifade edilmektedir. (Bonoldi,2013).

Dürtüsellik genelde istenmeyen sonuçlar doğuran, olgun olmayan, plansız ve tutarsız davranışları kapsayan, davranışsal ve bilişsel bileşenleri sebebiyle karmaşık ve çok yönlü ele alınması gereken bir belirtidir. Dürtüsellik sorunu olan bir hastada heyecan arama isteği,

fazlaca risk alma, hesapsızca davranma, dikkatsizlik gibi belirtiler sık görülür. Genellikle psikiyatrik tanı almadan önce de kendini fazlaca gösterir ve birçok psikiyatrik bozuklukta sık rastlanan temel belirtilerdendir. (Yazıcı ve Yazıcı, 2010) Bipolar Bozukluk (BB), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Yıkıcı Davranım Bozukluğu (YDB), Madde Kullanım Bozuklukları ve Kişilik Bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozukluğun bir parçasıdır (Modestin ve ark, 1997). Klinik olarak dürtüsellikğin temel yönleri, bu psikiyatrik bozukluklar arasında da değişkenlik göstermektedir.

Bipolar bozukluk penceresinden bakıldığında dürtüsellik ile manik epizodlar arasında önemli bir ilişki vardır. Bu sebeple manik dönemin psikiyatrik değerlendirmesinde kullanılan ölçeklerde dürtüsellikğin hemen her zaman yer aldığı bildirilmiştir (Güleç ve ark., 2009). Ayrıca ötimi hali ve diğer epizod tiplerinde de dürtüsellik görülür. Bununla birlikte dürtüsellikğin depresif ve manik epizodlarla farklı bağlantıları olduğu gösterilmiştir (Özdemir, Selvi ve Aydın, 2012). Bu bağlamda motor dürtüsellik, manik dönemle ilişkili bulunurken, planlanmamış dürtüsellik depresyonla ilişkili bulunmuştur (Moeller ve ark., 2001).

BB ve DEHB hastaları dürtüsellikği tehlikeli davranışlarda bulunarak gösterirler ancak bu dürtüsellikğin motivasyonları farklıdır. BB tanılı hastalar haz veren aktiviteleri yoğun olarak arzularken DEHB hastaları, haz verici aktivitelerle sınırlı kalmaksızın her türden uyarımın (stimülasyon) peşinden koşarlar (Fawcett ve ark., 1997).

Özetle dürtüsellik bazen hastalığın çekirdek bozukluğu olabiliyorken bazen de bir belirti olarak görülebilmektedir(Allen ve ark., 1998).

Saldırganlık insan davranışları arasında çok sık görülen bir davranış biçim ve tutumdur. Saldırganlık içerisinde bir tehdit barındırdığından genelde çözüm yolları ve alınması gereken önlemler ön planda araştırılmıştır (Allen ve Anderson, 2017). Saldırganlık her insanda ve her ortamda görülebilir. Ancak bu davranış bir psikiyatrik bozukluğun

zemininde görülüyorsa psikiyatrik bir belirti olarak değerlendirilecektir (Bilgili ve Özkan, 1995). Bununla birlikte psikiyatrik bozukluklar ile şiddet arasında tam olarak belirlenemeyen bir ilişkinin olması, her dönem olduğu gibi, günümüzde de dikkat ve ilgi çekmeye devam etmektedir (akt. Duman, 2019).

Saldırganlığın çeşitli türleri bulunmaktadır. Fiziksel saldırganlık, fiziksel yollar ile uygulanan zarar verme ve acı çektirme amacını taşıyan her türlü davranışı ima eder. Birey bu tür saldırganlığı kendisine ya da bir başkasına gösterebilir. Amaç bedensel bütünlüğü bozmaktır. Sözel saldırganlıkta beden bütünlüğüne bir saldırı yoktur ancak, “psikolojik bütünlüğe” bir saldırı vardır. Amaç, hedefi küçük düşürmek ve aşağılamaktır.

Bireylerin neden saldırganca davranışlar gösterdiklerini açıklayan çeşitli kuramlar vardır. Bu kuramların çoğunda, özellikle de psikodinamik yönelimli olanlarda, saldırganlığın insan doğasında var olduğu ve çoğu zaman insan davranışlarının belirlenmesinde etkili olduğu belirtilir. Burada önemli olan saldırganlığı iyi yönetmek ve kontrol altında tutabilmektir. Biyolojik temelli kuramlarda ise, saldırgan davranışlarla ilişkili olduğu düşünülen beyin bölgelerine, hormonlara ve nörotransmitterlere vurgu yapılır.

Doğumdan itibaren, anneyle bebek arasında özel bir bağ oluşur. Bu özel bağı inceleyen bu sürece Bowlby (1969) bağlanma adını vermiştir. Bowlby’nin çalışmalarını takip eden Ainsworth (1978), 3 çeşit bağlanma tarzından bahsetmiştir. Bunlar; güvenli bağlanma, kaçınmacı bağlanma ve kaygılı-kararsız bağlanmadır. Gerek Bowlby (1977; 1980; 1982), gerekse onu izleyen diğer araştırmacılar (Örn. Hazan ve Shaver, 1987; Bartholomew ve Horowitz, 1991; Brennan, Clark ve Shaver, 1998), bağlanma sürecinin yetişkinlikteki ilişkilerde de devam ettiğini ve bebeklikte oluşan bağlanma tarzının yetişkin ilişkilerindeki bağlanma süreçlerini de etkileyeceğini savunmuşlardır. Buna göre, güvenli bağlanma geliştirmiş bireyler kişilerarası ilişkilerinde daha güvenli ve tutarlı olur. Kaçınmacı/kaçıngan

bağlanma geliştiren bireyler ise diğer insanlarla ilişkiye girmekten mümkün olduğunca uzak dururlar. Kaygılı-kararsız bağlanma geliştiren bireyler ise kişiler arası ilişkilerinde tutarsız, manipülatif ve güvensizdir (akt. Widom ve ark., 2018)

Bağlanma türlerinin, psikotik hastalıklara yakalanmaya yatkınlıkla ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Özellikle güvenli olmayan bağlanma tipine sahip bireylerin, psikotik hastalıklara yakalanma olasılıkları bir miktar daha yüksektir. Güvenli olmayan bağlanmanın, dürtüsellik ve şiddet eğilimiyle de yakından ilgili olduğu bilinmektedir. Güvenli bağlanma geliştirmemiş bireylerin hem psikotik hastalıklara daha yatkın olması hem de dürtüsellik ve şiddet eğilimlerinin fazla olması, bu tür bireyleri suç işleme olasılıkları bakımından oldukça tehlikeli bir düzeye taşımaktadır.

Bireylerin bebeklik yıllarından itibaren nasıl bağlanma geliştirdiklerini açıklayan kuramlar vardır. Tüm bu kuramlarda bebek ile birincil bakıcı arasındaki ilişkinin öneminden bahsedilmektedir. Özellikle emzirme sürecinin güvenli bağlanma geliştirilmesi bakımından önemine değinilmektedir. Bu süreçte bakıcısı tarafından ihmal edilen bebekler, gelişimleri boyunca daha çekingen ve korkak hareket ederler. Bu özellikleri yaşamları boyunca kuracakları ilişkilerde de belirleyici olur. Ayrıca, yetişkinlikte yakınlık duyulan kişilerle olan ilişkilerin yapısı da, diğer kişiler arası ilişkilerde belirleyici olur. Başka bir deyişle, romantik ilişki gibi ilişki, türlerinde partner ile kurulan güvenli bağlanma, hem ilişkinin daha sağlıklı olmasını sağlar hem de diğer kişilerle kurulan kişiler arası ilişkilerde kişinin daha güvenli ve rahat olmasını sağlar. Diğer taraftan romantik partneriyle bağlanma ve güven sorunları yaşayan kişiler, ilişkilerini daha az doyum verici olarak tanımlarken, diğer kişiler arası ilişkilerinde de ya çok çekingen ya da aşırı saldırgan tutumlar izleyebilmektedirler.

İçgörü, en temel anlamıyla, bireyin hem kendi iç dünyası hem de çevresinde olup bitenlerle ilgili geniş bir farkındalığı olmasıdır (Hill ve ark, 2007). Ruh sağlığı

uygulamalarında içgörü iki biçimde ele alınır: Klinik içgörü ve terapötik içgörü (Ludwig, 1966, Atoui ve ark., 2018;). Klinik içgörü hastanın içinde bulunduğu durumun ve hastalığının belirtilerinin farkında olmasıdır. Terapötik içgörü ise danışanın terapi süresince yapılan işlemler ve buna bağlı olarak kendisinde meydana gelen değişiklikler ile ilgili farkındalık kazanmasıdır. Genel anlamda bakıldığında yüksek düzeyde içgörüsü olan bireyler, bireysel iyilik hali olarak ve kişiler arası ilişkilerde daha iyi durumdadır (Norman ve ark., 2011). Kendi düşünce ve duygularının farkında oldukları için kendileriyle ilgili daha pozitif bir benlik algıları oluşur; bunun da ötesinde diğer insanlarla daha kolay empati kurabilirler (Atoui ve ark., 2018).

Özellikle psikotik hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon sürecinde, içgörünün önemi büyüktür. Bu tür hastalığı olan bireylerde bazen gerçeklik algısı tamamen kaybolabilir. Kaybolan bu gerçeklik algısını tekrar kısmen de olsa geri getirmenin en önemli araçlarından biri, içgördür. İçgörü sahibi olmayan hastaların daha kontrolsüz ve saldırgan davranışlar gösterdikleri bilinmektedir. Bu durum tedavi sürecini de imkansız bir hale getirerek hastaları bir kısır döngüye sokmaktadır. İçgörü düzeyi düşük hastalar, gösterdikleri saldırgan davranışlar sebebiyle hem kendilerine hem de kendilerine bakım sağlayan sağlık personeline zarar verebilmektedir. Bu da tedavi sürecini ciddi sıkıntılara sokmaktadır.

Pek çok insan yaşamda zorluklarla karşılaştığında kendisine destek olacak birilerine ihtiyaç duyar. Bu genellikle aile, akrabalar, yakın arkadaşlardan kaynak alır. Bu ihtiyacın karşılanması literatürde sosyal destek olarak bilinmektedir. Eğer birey geçmiş yaşantılarında, yakın sosyal çevresinin ihtiyaç duyduğu zamanlarda kendisine destek olduğunu deneyimlirse, ileride karşılaşılabilecek zorluklarda da sosyal destek alabileceğine dair bir inanç geliştirir. Bu inanca algılanan sosyal destek denir. Algılanan sosyal destek, yaş, cinsiyet ve bağlı bulunulan sosyal çevrenin dinamiklerine göre farklılık göstermektedir (akt. Yıldırım, 2006)

Sosyal destek algısı, psikotik hastalıkların tedavisinde büyük öneme sahiptir. Ailerinden ya da arkadaşlarından sosyal destek gören hastaların, özellikle hastalığın ilk aşamalarında tedaviye çok güzel cevap verdiği bilinmektedir. Çevresinden sosyal destek göremeyen hastalar ise, tedaviye karşı direnç oluşturdıkları gibi, bu hastaların şiddet içerikli davranışlar gösterme eğilimleri de daha fazla olur. Sosyal destek algısının kişiler arası ilişkilerde de önemli rolü vardır. Sosyal destek hisseden bireylerin yeni insanlarla tanışıp iletişim kurabilme başarıları daha yüksek olur.

1.1. AMAÇ

Bu araştırmanın amacı, şiddet suçu işleyerek adli psikiyatri kliniğine sevk edilen psikotik özellik gösteren hastaların dürtüsellik ve saldırganlık düzeylerinin, çocukluk çağı travması, bağlanma biçimi, iç görü ve algılanan sosyal destek açılarından sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasıdır.

Bu amaç doğrultusunda üretilen hipotezler şöyle sıralanabilir:

1. 1-Adli psikiyatri polikliniğine başvuran şiddet suçu işlemiş psikotik özellikleri olan hastalarda dürtüsellik ve saldırganlık seviyeleri ile suç tekrarı fazladır.
2. Çocukluk çağı travmasının şiddeti arttıkça ve özellikle bazı türlerine (cinsel ve fiziksel istismar olması) maruz kalındığında kişilerin dürtüsellik ve saldırganlık seviyeleri artar ve bu kişiler eğer şiddet suçu işlemişlerse suçun sayısı ve şiddeti daha fazladır.
3. Çocukluk çağı travmasının şiddeti arttıkça ve özellikle bazı türlerine(cinsel ve fiziksel istismar olması) maruz kalındığında; güvensiz ve kaygılı bağlanma artar ve iç görü azalır.

4.Güvensiz ve kaygılı bağlanma, iç görünün az olması, aile ve arkadaş desteğinin az olması, artmış dürtüsellik ve saldırganlıkla ve aynı zamanda şiddet suçunda ve suç tekrarında artışla ilişkilidir.

Buradan yola çıkılarak bu çalışmada aynı zamanda adli polikliniğe şiddet suçu ile başvuran psikotik özellikli hastalarda şiddet ile ilişkili etmenlerin araştırılması planlanmıştır.

1.2. ÖNEM

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdit uygulanması olarak tanımlanan önemli bir halk sağlığı sorunudur (DSÖ, 1998). Saldırganlık; sözel olarak veya fiziksel bir güç harcayarak bir amaca yönelik zorlayıcı eylemdir, kızgınlık, öfke, hiddet veya düşmanlık gibi duygulanımların motor karşılığı olarak tanımlanmaktadır (Deptula ve Cohen, 2004). Saldırganlık ve şiddet kavramları genellikle eşanlamlı gibi kullanılsa da aralarındaki sınır genellikle tartışma konusudur (akt. Durmuş ve Urgan, 2005).

Suç; hukuki bir zarar meydana getiren, kişi veya toplum güvenliğini sarsan, kamu düzenini bozup, gelişimini engelleyen sonuçlar doğuran ve cezalandırılması gereken davranıştır (akt. Burkey, 2008). Şiddet ve suç kural olmamakla birlikte bir arada oldukça sık görülür. Tarih boyunca saldırgan davranış ile psikiyatrik hastalıklar arasında doğrudan bir ilişki olduğu öne sürülmüştür. Psikiyatrik hastalıklarda şiddet ve suç davranışı arasında belirgin istatistiksel ilişki olmasına rağmen yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumlarla karşılaştırıldığında bu ilişki hala tam olarak ortaya konamamıştır. Psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan olgularda erkek cinsiyet, işsizlik, düşük öğrenim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey gibi etmenlerin suç işleme riskini artırdığı yönünde çok fazla sayıda

yayın vardır (Örn. Giordano, Cernkovich ve Rudolph, 2002; Raphael ve Winter-Ebmer, 2001; Groot ve van den Brink, 2010; Anwar ve ark., 2011).

Şiddet davranışının ciddi psikiyatrik bozukluğu (şizofreni, duygu durum bozuklukları) olan kişilerde olmayanlara kıyasla 5 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (akt. Krakowski, Volavka ve Brizer, 1986). Ülkemizde Adli Psikiyatri Servisi'nde yatan hastaların psikiyatrik tanılarının incelendiği bir çalışmada erkeklerde şizofreni %25.0, kişilik bozukluğu %17.1, alkol ve madde kullanım bozukluğu %11.1, paranoid bozukluk %9.7, mental retardasyon %9.6; kadınlarda şizofreni %28.2, atipik psikoz %20.8, mental retardasyon %15.9, duygulanım bozukluğu %11.3 olarak saptanmıştır (Maner ve ark., 1991).

Dürtü kontrolü ve sosyal kognisyonlar gibi yürütücü işlevlerin yetersizliğinin psikozda agresyon oluşumuna katkısı bulunduğu düşünülmektedir (Ahmed, 2014). Dürtüsellik; önceden düşünmeksizin veya bilinçli olarak karar almaksızın hızlı eyleme geçme, yeterince düşünmeden davranma ve benzer yetenek ve bilgiye sahip kişilerden daha az düşünerek eyleme geçme eğilimi olarak tanımlanır (Eysenck ve Eysenck, 1977). Çalışmalar dürtüsellüğün psikotik hastalarda agresyon, şiddet ve özkıyım riskiyle önemli bir bağlantısı olduğunu göstermiştir (akt., Özdemir, Selvi ve Aydın, 2012). Bipolar bozuklukta dürtüsellik, manik ve depresif dönemlerde ortaya çıkabildiği gibi (durumsal dürtüsellik), tüm dönemleri kapsayan bir dürtüsellikten de bahsedilmektedir (Güleç ve ark., 2009). Ötimik dönemdeki hastalar ile sağlıklı kontrollerde yürütülen bir çalışmada, BAB hastalarının iyilik dönemlerinde de dürtüsellik puanlarının yüksek olduğu, dürtüsel özelliklerin agresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. (Cash ve Pruzinsky, 2004).

Aile içinde şiddete maruz kalanların saldırganlık düzeyinin daha yüksek olduğu ve bu kişilerin de kişiler arası ilişkilerinde sıklıkla şiddete başvurdukları ileri sürülmüştür. Şizofreni ve BAB tanılı hastalarda çocukluk çağı travma öyküsünün görülme sıklığını araştıran

çalışmalarda %45 ile %85 arasında değişen oranlar bildirilmektedir (akt. şener ve ark., 2020). Psikotik bozukluk tanısı konmuş kişilerde, çocukluk çağında istismar öyküsü daha şiddetli semptomlar, daha zayıf psikososyal işlevsellik, daha yüksek dürtüsellik ve agresyon ile ilişkili bulunmuştur (Örsel ve ark., 2011). Erişkindeki agresyonun çocuklukta maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(Nehir ve ark., 2018).

Psikozda bağlanma özelliklerine ilgi gün geçtikçe artmaktadır. Son dönemde literatürde kaçıngan bağlanmanın şizofrenideki pozitif ve negatif belirtilerin şiddetini arttırdığı, güvensiz bağlanmanın paranoid davranış tarzını kolaylaştırabileceği öne sürölmektedir. Güvensiz bağlanmanın kişilerde agresyon ve öfke davranışı gösterme sıklığını, kaygılı bağlanmanın şiddet eğilimini arttırdığı belirtilmektedir (Ponizovsky, Nechamkin ve Rosca, 2007).

Psikotik bozukluğu olan hastalarda şiddet davranışı ve iç görü arasındaki ilişki karmaşıktır. İç görü eksikliğinin şiddet davranışı ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi, iç görü düzeyi ile şiddet davranışı arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da vardır. BAB olan hastalarda da hastaneden ayrılırken tam iç görü olup olmamasıyla suç oranı ve şiddet davranışı arasında da bir ilişki gösterilememiştir (akt. Cuesta ve Peralta, 1994).

Psikotik bozukluğu olan kişilerin ailelerinin ve bakım sağlayanların sosyal destek açısından yetersizliği şiddet davranışına yol açabilmektedir. Hastanın sosyal desteği azaldığında, kontrolleri aksayacak, düzenli psikiyatrist ziyareti ve ilaç alımı olumsuz etkilenecek ve tedavisiz kalınan dönemde kişinin agresyon ve öfke davranışı gösterme olasılığının artacağı ön görölmektedir (akt. Buchanan, 1995). Psikotik bozukluğu olan bireyler için toplumda sosyal desteğin en önemli kısmını aile ve çevresi oluşturmaktadır. Pek çok araştırmacıya göre sosyal desteğin kendisinden ziyade algılanış ve yorumlanış biçimi ruh sağlığı üzerinde etkilidir (akt. Buchanan, 1995). Sosyal destek işlevlerinin yeterli olup

olmadığı konusunda kişinin kendi yargısı algılanan sosyal destek olarak tanımlanmaktadır (Lepore ve ark.,1991)



2. GENEL BİLGİLER

2.1. PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Psikotik bozukluklar arasında en bilineni şizofrenidir. Şizofreni; duygu, düşünce, davranış ve algıda pek çok ruhsal semptomla beraber ilerleyen ve ciddi hasar verici psikopatolojik sonuçları olan klinik bir durumdur (Kaplan, 2016). Şizofreninin seyri kroniktir ve zaman içinde seyrinde değişimler gözlenebilir. Erken yaşlarda başladığı için bireye ve çevresine uzun süreli zarar verir. Özellikle hastanın kendisinin ve yakınlarının ciddi ekonomik ve psikososyal kayıplar yaşamasına sebep olur. Şizofreni ilk zamanlardan beri beyinde oluşan bir hasarla ilişkilendirilmektedir. Bugün de bilindiği kadarıyla, negatif ve pozitif belirtileri olan, beyinde yapısal ve işlevsel bozuklukların söz konusu olduğu bir hastalıktır. Şizofreninin çok çeşitli alt türleri ve belirtileri olmakla beraber, hastalığın ortaya çıkması ve prognozu da homojen olmayan bir yapı göstermektedir. İlk ortaya çıktığı yaş, ilaç tedavisine verdiği yanıt ve hasar görülen beyin bölgeleri genelde hastadan hastaya farklılaşmaktadır. (Soygür ve ark., 2007).

Yapılan araştırmalar, şizofreni hastası olmanın, şiddetle bağlantılı bir suça karışma riskini artırdığını göstermektedir. Şizofreni hastası olmakla şiddetle bağlantılı bir suça karışma arasında orta derece pozitif korelasyon bulunmuştur (Schanda ve ark. 2010, Gu ve Hu 2009). Fakat şizofreni tanısı almış olmakla şiddet içerikli bir suça karışma arasında nedensel bir bağlantı olduğunu söylemek zordur, zira bazı hastalar şiddet içerikli davranışlarda bulunurken, bazıları bulunmamaktadır. Şizofreni, hem erkek hem de kadın bireyler için şiddet davranışında bulunma olasılığını yükseltmektedir. Bu oran erkeklerde 6-10 kat, kadınlarda ise 8-10 kat olarak karşımıza çıkmaktadır. (Richard-Devantoy ve ark. 2009). Bazı araştırmalar ise, şizofreni gibi psikotik özellikli hastalıkların şiddet yönelimli davranışlar üzerinde tek başına etkili olmadığını göstermektedir (Elbogen ve Johnson 2009). Yurtdışında yapılan bir

metaanalizde, o güne kadar yapılan çalışmalar gözden geçirilmiş ve bir insan öldürmüş olan bireylerdeki şizofreni oranının %6 olduğu görülmüştür. Bu bireylerde kişilik bozukluğu görülme oranı %10, madde kullanımı görülme oranı ise %38'dir (Richard-Devantoy ve ark. 2009).

2.1.1. Tanım ve sınıflandırma

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) tarafından hazırlanan Akıl Sağlığı Bozuklukları için Tanısal ve İstatistik Elkitabı, beşinci basımına (DSM-5) göre psikotik bozukluklar kategorisinde, Şizotüru (Şizotipal) Kişilik Bozukluğu, Sanrılı Bozukluk, Kısa Psikoz Bozukluğu, Şizofrenimsi (Şizofreniform) Bozukluk, Şizofreni, Şizoduygulanımsal (Şizoaffektif) Bozukluk, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Psikoz Bozukluğu ve Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Psikoz Bozukluğu; Bipolar ve İlişkili Bozukluklar kategorisinde Bipolar Bozukluk I, Bipolar Bozukluk II ve Siklotimik Bozukluk yer almaktadır

Psikotik bozukluklarda; varsanılar, sanrılar, katatoninin farklı kombinasyonları, düşünce ve davranışta organizasyon bozukluğu ve değişen şiddet ve süreler ile kendisini göstermektedir (Tunca ve Hancıoğlu, 1993). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, beşinci basımının (DSM-5) yayınlanması ile birlikte ruhsal hastalıkların kodlanmasında, sınıflandırılmasında ve ruhsal hastalıklara tanı konulmasında bir takım yenilikler getirilmiştir.

DSM -5'de ruhsal bozukluklara boyutsal bir yaklaşım getirilmesi amaçlanmıştır. DSM-IV-TR'den DSM-5'e geçişte değişikliklerin ve yeniliklerin görüldüğü bölümlerden biri de şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların yer aldığı bölümdür. Bu bölümde; "Şizotipal kişilik bozukluğu, sanrılı bozukluk, kısa psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, madde/ilacın yol açtığı psikotik bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı psikotik bozukluk, katatoni, "tanımlanmış/ tanımlanmamış psikotik bozukluk, diğer" tanı

kategorileri yer almaktadır. Spektrum yaklaşımının benimsenmesi nedeniyle DSM-5’de “şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar” tanı kümesindeki herhangi bir tanı için bazı tanı ölçütlerinin karşılandığı fakat tüm tanı ölçütlerinin karşılanmadığı durumlar “tanımlanmış/tanımlanmamış diğer psikotik bozukluklar” tanısı ile ifade edilmiştir.

DSM-IV-TR’de şizofreninin A tanı ölçütünde belirtilen 5 maddenin en az ikisinin bulunması gerektiği belirtilmiş ancak şöyle bir not da düşülmüştür: “Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütlerinden yalnızca bir tanesinin karşılanması yeterlidir”. İşte DSM-5’te bu dip not kaldırılmıştır. DSM-5’te artık bu dip notta belirtilen durum karşılanırsa bile yine de A tanı ölçütünde belirtilen 5 maddeden en az iki tanesinin karşılanması gerekmektedir. Ayrıca DSM5’de şizofreninin A tanı ölçütündeki karşılanması gereken iki maddenin en az birinin “hezeyan, halüsinasyon ya da dezorganize konuşma” olması şartı da eklenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (1992) tarafından hazırlanan Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, onuncu gözden geçirme baskısına (ICD-10) (21) göre, psikotik bozukluklar bölümünde (F 20-29); “şizofreni, şizotipal bozukluk, persistan delüsyonel bozukluk, akut ve geçici psikotik bozukluklar, başka etkenlerle ortaya çıkan delüzyon, şizoaffektif bozukluklar, diğer organik olmayan psikotik bozukluklar, tanımlanmamış organik olmayan psikotik bozukluklar” yer almaktadır.

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Travma, duygusal olarak kişiye acı veren, kendi olağan başa çıkma becerileri ile üstesinden gelinemeyen olumsuz olaylar olarak tanımlanmaktadır (Mock ve ark., 2004).

Bir başka tanımda ise travmatik olaylar, kişinin kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğüne zarar veren, kişinin bedensel yaralanma veya ölümüyle sonuçlanan, genellikle çaresizlik duygularına yol açan olaylar olarak tanımlanmaktadır (National Library of Medicine, 2013). Travma ilk olarak Tardieu tarafından 1860'larda; olumsuz sonuçlara sebep olan bir sürü olaylar silsilesi olarak tanımlanmıştır. Tardieu istismara uğrayan çocuklar üzerinde çalışmış ve bu istismarın ne gibi sonuçları olabileceğini tartışmıştır (Labbe, 2005). Ayrıca "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" kavramı Tardieu tarafından otopsilerde istismara uğramış çocukları tanımlamak için ortaya atılmıştır (Töngge, 2011).

Amerikan Psikoloji Birliği (2008) travmatik olayları cinsel taciz, toplumsal şiddet, tıbbi travma, kazalar, intiharlar, yakınların ölümü, savaş deneyimleri, doğal ya da yapay felaketler gibi geniş bir yelpazede tanımlamaktadır.

Çocukluk çağı travmaları ülkelere göre farklılık gösterebilir. Ülkelerin kültürü, yasal düzenlemeleri, ülkelere göre değişen çocuk kavramı bu farklılıklara neden olur. Ancak genel olarak anne karnında başlayıp on sekiz yaşına kadar çocuk ve ergenlerin maruz kaldığı olaylar olarak tanımlanabilir (Aksel & Irmak, 2012). Örneğin Türkiye'de on sekiz yaşına kadar herkes "çocuk" olarak sayılırken, İskandinav ülkelerinde yasalarca yirmi bir yaşına kadar her birey "çocuk" tur. Orta Doğu ülkelerinde ise bu yaş sınırı daha düşüktür (Aksel & Irmak, 2012). Ek olarak erken çocukluk çağı travmaları ayrı bir öneme sahiptir (Buss ve ark., 2015). Çünkü başta Freud olmak üzere birçok araştırmacı erken çocukluktaki travmaların kişilik ve gelişim üzerinde daha yıkıcı sonuçlara sebep olduğunu söylemektedir (Polat, 2007). Erken çocukluktaki travmaların önemi ile ilgili 0-6 yaş döneminde bir çocuğun diğer yaş gruplarına

göre kendisini tam anlamıyla ifade edemiyor olması, kendini zihinsel olarak koruyabilecek bir dayanıklılık geliştirememiş (resilience) olması ve korunmaya daha fazla muhtaç olmasına dikkat çekilmektedir. (Kourt, 2011; Kara ve ark., 2004).

Türkiye yasalarında, Çocuk Koruma Kanunu'na göre çocuk: “ *Daha erken yaşlarda ergin olsa dahi, on sekiz yaşını doldurmamış kişi*” olarak tanımlanmıştır. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde ise çocuk: “ *Çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır*”.

Taner ve Gökler (2004), yetişkinlerin, toplumun ahlaki kurallarının dışında ya da bu alanda uzman kişilerin “hasar verici” ya da “uygunsuz” olarak tanımlandığı, çocuğun fiziksel, zihinsel gelişimini engelleyen eylem ya da eylemsizliklerin tamamı şeklinde tanımlamıştır. Çocuk istismarı Gil tarafından (1981) çocukta bulunan yeteneklerin gelişmesini engelleyen, yetişkinler tarafından yapılan eylemler şeklinde tanımlanmıştır.

2.2.1. Çocukluk çağı travması tanımları ve ilişkili psikiyatrik durumlar

Travmanın doğası, zamanlaması, şiddeti ve süresi, gelecekteki ruhsal sağlık üzerinde çok etkilidir. Travmanın farklı şekil ve türlerinin, belirli patolojik durumların ortaya çıkma riskini arttırması olasıdır. Çocukluk çağı travması ise, bir dizi olumsuz deneyimi kapsayan geniş çerçeveli bir terimdir.

Erken travmatik deneyimlerin doğru biçimde değerlendirilmesi ile çocukluk çağı travmasının psikoz üzerindeki etkisinin tahmin edilmesi mümkündür. Ancak güncel kayıtlar olmadığından bilginin geriye dönük olarak toplanması gerekmektedir. Psikotik bozuklukların deneyimleme veya anımsama üzerinde farklı yönde etkileri olması nedeniyle çocukluk çağı travmalarının açığa çıkartılması açısından özellikle sorunludur. Bu durumun nedeni, bellekteki geçmiş anılarla ilgili eksikleri tamamlama eğilimi veya nadir olarak da kötüye

kullanım sanrıları olabilir. Potansiyel anımsama sorunlarını aşmak amacıyla, çalışmalarda kullanılmak üzere, çoklu bilgi kaynağı ve yaşam geçmişi takvimi kullanımı, gizlilik güvencesi gibi bir dizi araç geliştirilmiştir (Bifulco, Brown and Adler, 1991).

Günümüze kadar, çocukluk çağı travması ile psikoz ilişkisini değerlendiren çalışmalarının büyük bölümünde bu sorun dikkate alınmamıştır. Ayrıca, travmatik deneyimlerin görece basit değerlendirmeleri, sistematik olarak bilgi edinilmesine olanak sağlamamaktadır (Morgan CFisher, 2007). Bununla beraber çocukluk travmalarının şizofreniyle ilişkisini inceleyen az sayıda araştırma mevcuttur. Örneğin bir çalışmada (İngeç, 2018) çocukluk çağı travmalarının şizofreninin başlangıç yaşına etkisi araştırılmıştır. 200 şizofreni tanısı almış hasta ile yürütülen çalışmada; Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) ve Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, Türkçe versiyonunun intihar riskini değerlendirme alt ölçeği (MINI-S) gibi ölçme araçlarıyla hastaların hastalık başlangıç yaşını etkileme olasılığı olan değişkenler ölçülmüştür. Yapılan analizler sonucunda, şizofreni hastalarında en fazla görülen çocukluk çağı travma türü duygusal travma olarak bulunurken, örneklemin yapısı gereği en az rastlanan travma türü ise cinsel istismar olarak bulunmuştur. Fiziksel, duygusal ve cinsel istismara maruz kalmış olan şizofreni hastalarında, pozitif semptomların daha fazla görüldüğü ortaya konmuştur. Bununla birlikte, türü ne olursa olsun tüm çocukluk çağı travmalarının özellikle şiddet ve intihar gibi davranışları arttırdığı rapor edilmiştir. Fiziksel istismar dışındaki çocukluk çağı travmalarıyla şizofreninin başlangıç yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, bu travmaların şizofreninin ortaya çıkışını hızlandırdığı belirtilmiştir.

Çocukluk çağı travmalarının, diğer psikolojik rahatsızlıklarla da ilişkili olduğunu ortaya koyan bazı araştırmalar vardır. Örneğin bir çalışmada (Yıldırım, 2010) majör depresyon tanısı almış hastalarda, çocukluk çağı travmalarının dürtüsellik, öfke ve intihar davranışıyla ilişkisi incelenmiştir. Ağır ve orta derece semptomları bulunan 106 majör

depresyon hastası ile yürütülen araştırmada, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, Sürekli Öfke-Öfke İfadesi Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28), İntihar Düşüncesi Ölçeği, İntihar Davranışı Ölçeği, İntihar Niyeti Ölçeği kullanılarak araştırmada ilgilenilen değişkenler ölçülmüştür. Ölçümlerle ilgili yapılan analizler sonucunda, majör depresyon hastalarının yarısında, en az bir çocukluk çağı travması olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travması bulunan depresyon hastalarının dürtüsellik düzeyleri, travması olmayan depresyon hastalarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde çocukluk travması olan grubun intihar girişimi ortalaması da diğer gruptan anlamlı şekilde yüksektir. Çocukluk çağı travmalarıyla öfke düzeyi arasında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çocukluk çağı travmalarının bipolar I bozukluk hastalığıyla ilişkisinin incelendiği bir araştırmada (Arik-Binbay, 2009), 78 bipolar I bozukluk hastasının çocukluk çağı travmalarının; hastalığın başlangıç ve seyri, komorbid hastalıklar, zorlayıcı yaşam olayları, ve aile içi şiddet durumu gibi özellikleri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı Soru Listesi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28), Yaşam Olayları Listesi gibi ölçüm araçlarıyla, bahsedilen değişkenlerle ilgili ölçümler elde edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda, çocukluk travması bulunan 29 hastanın, diğer hastalara göre daha fazla intihar girişiminde bulunduğu gösterilmiştir. Bu 29 hastanın, diğer hastalara göre hastalık sonrasında da daha yoğun travma yaşadıkları ve ilk bulguların ortaya çıkışından tedavinin başlangıcına kadar olan sürenin diğer hastalara göre daha uzun olduğu da bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarıyla komorbidite arasında bir ilişki bulunamamıştır.

2.3. SALDIRGANLIK VE ŞİDDET

Saldırganlık birçok farklı biçimde tanımlanabilir. Saldırganlığın bir tanımı da, başka bir insana, canlıya, çevreye zarar vermeye yönelik herhangi bir tür davranış; güç ve baskı uygulamak anlamında kullanılmasıdır (Dilbaz, 1999).

İnsan saldırganlığını Erich Fromm iki şekilde ifade etmiştir;

- Yıkıcı düşüncelerle meydana gelen zarar verici saldırganlık
- Hayvanlarda olduğu gibi bir anda meydana gelen, savunmaya yönelik saldırganlık (Fromm, 1993).

Zarar verici saldırganlığın sosyal öğrenme sonucu olduğu düşünülür. Biyolojik uyum sağlamaya yönelik değildir. Bu saldırganlık türünde dürtülerin kötüye kullanımı söz konusudur (Can, 2002). Konrad Lorenz saldırganlığın içgüdüsel bir davranış olduğunu öne sürmektedir. Saldırganlık esas olarak dış uyaranlara karşı bir tepki değil insanın içinde “gömülü” serbest kalmaya çalışan ve dış dürtülerin yetersiz olup olmamasına bakmaksızın anlatımını bulacak bir uyarımadır (Fromm, 1993).

Saldırganlık ve şiddet kavramları birbirlerine çok yakın ifadelerdir. Ancak birçok açıdan da birbirlerinden farklıdırlar. Şiddet; beden gücünü kötüye kullanmayı ifade eder. Saldırgan davranışlar içeren, yakıp, yok eden, kaba kuvvet ile bireye veya topluma zarar veren eylemleri; duygu durumu aşırı şekilde ifade edici yaklaşımlarda bulunmayı içerisinde barındıran bir davranış biçimidir.

Bu bağlamda öfke, kaygı ve korku duygularının değişik boyutlarıyla dışa yansımaları da şiddetin tanımları arasında değerlendirilebilir. Kapsamlı şiddet tanımlarından biri de, Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanımdır. Dünya sağlık örgütü (2002) şiddeti; “Bireyin kendisine, başkasına, belirli bir topluluk veya gruba yönelik ölüm, fiziksel zarar, yaralama, bazı gelişim bozuklukları veya yoksunluk ile sonuçlanabilen, tehdit ya da fiziksel zor kullanma” olarak tanımlamaktadır. Ancak bu kavram ana özellikleri ne olursa olsun zamana ve topluma göre değişiklik göstermektedir. Yves Michaud ise karşılıklı ilişkilerde taraflardan biri veya birkaçının törel (ahlaki-moral-manevi) bütünlüğüne, bedensel bütünlüğüne veya simgesel,

sembolik ve kültürel değerlerine veya mallarına zarar verecek her davranışı şiddet olarak tanımlamaktadır (Ünsal, 1993).

Şiddet ise saldırganlığın bir türü olup, Harrington tarafından saldırgan davranış sürecinin bir uç noktası olarak ifade edilmiştir (Taşçıoğlu, 1996).

Şiddeti kavramı ile beraber suç davranışı da kişilerde görüldüğü için ve yapılan çalışmalar genelde suç işlemiş kişiler üzerinde yapıldığından suç tanımı da önem kazanmaktadır. Suç; kişi veya toplum güvenliğini sarsan, hukuki bir zarar yaratan, kamu düzenini bozup, gelişimini engelleyen sonuçlar doğuran ve cezalandırılması gereken davranıştır (Uygur, 1992).

Suç davranışının biyolojik görüşü açısından önemli iki fenomenolojik ayırım vardır:

- a.) Şiddet içeren / içermeyen suç davranışı: Şiddet suçlarında, kişilere karşı saldırganlık mevcuttur. Bu eylemler homisid, homisid girişimi, diğer ciddi fiziksel saldırılar ve tecavüzdür. Şiddet içermeyen suçlar, mala karşı suçları içerir. Şiddetin tanımı özkıyımı (kendine dönük saldırganlığı) kapsamaz. Ancak şiddet ve özkıyım biyolojisi arasında önemli ortak noktalar vardır.
- b.) Dürtüsel olan / olmayan suç davranışı: Dürtüsel suç davranışında önceden tasarlama ve kasıt yoktur. Dürtüsel olmayan şiddet suçlarında ise kasıt söz konusudur. Genellikle dürtüsel şiddet içeren suç davranışında biyolojik görüş daha çok desteklenmiş ve araştırmalar bu yönde gelişmiştir (Abay, 2000)

2.3.1. Saldırganlığın tanımı

Kişiler sosyal hayatın içinde sürekli farklı bireylerle iletişimde bulunur. Bu iletişim ve kurulan ilişkiler ne yazık ki içerisinde bazen saldırgan davranışları da barındırabilmektedir (Hasta ve Güler, 2013). Saldırganlık en net şekilde insanların birbirleri ile iletişim ve ilişkileri

içerisinde anlaşılmaktadır (Bostan ve Kılıcigil, 2008). Deptula ve Cohen (2004) saldırganlığı, başkalarını incitmek veya başkalarına zarar vermek için yapılan davranışlar olarak tanımlamaktadır.

Aronson ve ark. (2013)'na göre karşı tarafa bilinçli olarak fiziksel ya da psikolojik acı vermek için yapılan kasıtlı davranışlar, saldırgan davranışlardır. Saldırganlığın 4 temel bileşeni vardır. Bunlardan fiziksel saldırganlık, saldırganlığın araçsal bileşenini oluşturur. Sözel saldırganlık genellikle saldırganlığın psikolojik bileşenini oluşturur. Öfke, fizyolojik uyarılmayı da sağlayarak saldırganlığın hazırlık sürecini içerir ve saldırganlığın duygusal bileşeni olarak karşımıza çıkar. Düşmanlık ise şiddet nesnesi olan bireye karşı oluşmuş düşmanlık düşüncelerini içerir ve saldırganlığın bilişsel bileşenini teşkil eder (Buss ve Perry, 1992).

Cüceloğlu (1992) saldırganlığı engellenme duygusuna karşı geliştirilen en bilindik davranış şekli olarak tanımlamıştır. Horney, saldırganlığı temel anksiyete olarak açıklamakta ve bireyin ebeveyn tutumları nedeniyle kendini yalnız hissederek temel anksiyete geliştirdiğini söylemektedir.

Tahiroğlu ve ark. (2009)'na göre ise saldırganlık kişinin diğer insanları incitmek için fiziksel olarak ya da psikolojik durumlar ile o kişiye zarar vermek için yapılan bütün davranışlarını kapsamaktadır. Türk Dil Kurumu'nun saldırganlık tanımı, kişinin kendi benimsediği düşünceleri ve yaptığı davranışlarını çevresindekilere zor kullanarak kabul ettirmeye çalışmasıdır (TDK, 2017). Yıldız (2010) ise saldırganlığı bir amacı gerçekleştirmek için, içinde şiddeti barındıran kişinin ölmesine kadar gidebilecek durumlara neden olan, kişilerin ve toplumun güvende olmamasına sebep olacak durumlar olarak açıklamaktadır.

Kabak (2009), saldırganlığı sözel, fiziksel, doğrudan veya dolaylı yollardan diğer insanlara zarar verici davranışlar olarak tanımlamaktadır. Saldırgan davranışlara genelde

toplumda insanların gerçekleştirdikleri bazı olaylarda başarılı olamamaları (iş, eş) ve çevreleri tarafından dışlanmış bireylerin kendini kanıtlamak amacıyla yaptıkları sonucuna varılmaktadır (Kabak, 2009).

Nesnelere yönlendirilen saldırganlık “genişleme çözüm yolu”, kişinin bizzat kendine yönlendirdiği saldırganlık ise “silinme çözüm yolu” olarak ele alınmaktadır (Geçtan, 1990). Bir olayın sonucunda kişi zarar görmüş olabilir ancak burada olayın niyeti önemlidir. Bizzat kişiye zarar vermek amaçlı yapılmış ise karşıdaki kişi zarar görmese bile yapılan davranış saldırgan bir davranış olarak ele alınabilir (Bayrak, 2011). Çünkü karşıdakine zarar vermeyi düşünmüştür. Bir davranışı gerçekleştirirken niyet önemlidir. Kına (2017)’ya göre toplumların tarihlerinde saldırganlık, çoğu toplumda o toplumun var olma nedenlerini oluşturmaktadır. Niyet burada farklılaşmaktadır. Bu bağlamda niyet saldırganlığı belirlemektedir. Eğer kişi zarar verme amaçlı olarak o davranışı gerçekleştiriyorsa karşıdakine zarar verse de vermese de zarar verme amaçlı yapıldığı için saldırgan davranışlar kapsamında ele alınır. Ancak savaş gibi bir ortamda veya kendi ülkesine yapılacak saldırılara karşı savunma yaparken birilerine zarar veriyor olabilir bu durumda niyeti kasıtlı olarak karşıdakine zarar vermek olmadığı için saldırgan davranışlar kapsamında ele alınmaz. Şahin (2004b), saldırganlığı bireylerin çevresindeki kişileri gözleyerek öğrenebildiği veya çevresindekileri model alarak saldırgan davranışlar gösterebildiğini belirtmiştir. Ebeveyn tutum ve tavırları da saldırgan davranışların düzeyinin yükselmesinde en büyük etkenlerden biridir.

Cüceloğlu (1992), saldırganlığın iki çeşidi olduğunu belirtmektedir. Birincisi uyum sağlayıcı diğeri ise yer değiştirmiş saldırganlıktır. Uyum sağlayıcı saldırganlık, bireyin hayata uyumunu sağlarken yer değiştirmiş saldırganlık, kişilere uygulanan engellenmelerin neden olduğu öfkenin başka birey veya objelere gösterilmesidir.

Buss ve Perry (1992) araştırmalarında saldırganlığı bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutta incelemişlerdir. Düşmanlığı bilişsel, öfkeyi duygusal, fiziksel ve sözel saldırganlığı ise davranışsal alt boyutta incelemişlerdir. Buss ve Perry'nin saldırganlık ölçeğinin alt boyutları; öfke, düşmanlık, fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık ve dolaylı saldırganlıktır. Saldırganlığın görüldüğü üzere birçok tanımı bulunmaktadır.

Hangi tanımlama olduğu önemli olmamakla birlikte saldırganlığın toplum tarafından reddedilecek bir durum olduğu, kişinin saldırgan davranışlar ile kendine ve çevresine zarar verdiği saptanmıştır (Dilekmen ve ark, 2011). Saldırganlık ile başa çıkmak isteyen çocuklarda depresyon, kaygı gibi içsel ve davranış bozuklukları gibi dışsal problemlerin olabileceği belirtilmektedir (Kurnaz ve Kapçı, 2013). Akgün (2005), Çınkır ve Kepenekçi (2003) araştırmalarında saldırganlık kavramını akran zorbalığı içerisinde incelemiştir.

2.3.2. Saldırganlığın türleri

Saldırganlıktan bahsedildiğinde insanların zihninde ağırlıklı olarak kaba kuvvetin uygulanmasını içeren fiziksel eylemler canlanmaktadır. Buna karşın saldırganlık psikoloji bilimi çerçevesinde tek bir davranışı veya davranış gurubunu tanımlamak için kullanılmamakta olup saldırganlığın pek çok farklı biçimde davranışa dökülebileceği bilinmektedir (Loeber ve Hay, 2002). En bariz olanları doğrudan fiziksel veya sözel saldırıda bulunmak olarak görölse de diğerlerine zarar vermenin ve onları incitmenin pek çok farklı yolu bulunmaktadır (South Richardson, 2014). Bu nedenle saldırganlığın farklı boyutlarının bulunmakta olduğu; bu boyutların da hem fiziksel hem de duygusal olabildiği ve kendisini farklı biçimlerde gösterebileceği söylenebilir (Fletcher ve Milton, 2007).

İlgili alan yazın incelendiğinde, saldırganlığın farklı biçimlerde sınıflandırılabilirdiği görölmektedir. Bu sınıflandırmalardan ilki, Crick ve Dodge (1996) tarafından yapılan sınıflandırmadır. Bu sınıflandırmada saldırganlık proaktif ve reaktif saldırganlık olmak üzere

iki boyutta tanımlanmaktadır. Farklı nedenleri olduğu öne sürülen proaktif ve reaktif saldırganlıktan reaktif (düşmanca) saldırganlık “bir durum ya da olaya karşı olumsuz duygusal tepkiler tarafından etkilenen saldırgan davranış” olarak tanımlanmaktadır (Arslan, Hamarta, Arslan ve Saygin, 2010). Proaktif (araçsal) saldırganlığın ise temelini sosyal öğrenme modelinden aldığı ve “bireyin maruz kaldığı çevresel-dışsal pekiştireçlerin kontrol ettiği kasıtlı ve amaçlı saldırgan davranış” olarak tanımlandığı görülmektedir (Yavuzer, 2017).

Fiziksel Saldırganlık: Günümüzde saldırganlıktan bahsedildiğinde diğer saldırganlık türleri de eskisine oranla daha çok akla gelebilmekle birlikte, hala akla ilk gelen saldırganlık biçimlerinden birisinin fiziksel güç kullanılarak zarar verme olduğu söylenebilir. Ancak, cinsiyet rolü ile oldukça bağdaştırıldığı için erkeklerin daha sık uyguladığı düşünülen (Bosson, Vandello, Burnaford, Weaver ve Wasti, 2009) bu saldırganlık biçimi tüm saldırgan davranışları kapsamamakta olup tüm saldırgan davranışlar da fiziksel boyut içermek zorunda değildir (Thomson, Bozgunov, Psederska ve Vassileva, 2019). Literatürde fiziksel saldırganlık, “bireyin kendisine ya da diğer canlı veya cansız nesnelere karşı fiziksel yollar ile uyguladığı zarar verme ve acı çektirme amacını taşıyan her türlü davranış” olarak tanımlanmakta (Kantemür Köse, 2018) olup bu tür davranışlara örnek olarak;

- Bir cisim atmak,
- İtmek, sıkıca tutmak,
- Tokat atmak,
- Tekmelemek veya yumruklamak,
- Bir cisim ile vurmak,
- Boğaz sıkmak,
- Silah ile tehdit etmek,
- Silah veya bıçak gibi aletler kullanmak gösterilebilir

Sözel Saldırganlık: Sözel saldırganlık, genellikle bireyin diğerlerini aşağılama veya küçük düşürme şeklinde ve sözel ifadeler yoluyla gerçekleştirdiği bir saldırganlık biçimidir (Tuzgöl, 1998). Diğer tüm saldırganlık biçimlerinde olduğu gibi burada da zarar vermek amaçlanmakta olup, bu amaç dâhilinde fiziksel bir eyleme başvurulmadan karşı tarafa sözlü yollarla saldırı söz konusudur (Yalın, 2018). Sözlü iletişim yoluyla karşıdaki bireyi psikolojik olarak incitmek ve ona zarar vermek olarak da tanımlanabilen (Kayhan, 2017) sözel saldırganlık davranışlarına örnek olarak;

- Tehdit etme,
- Not veya mektup gibi yazılı araçlarla tehditte bulunma,
- Bağırma,
- Dedikodu,
- Alay etme (Karataş, 2008),
- Alay amaçlı lakap takma,
- Hakaret etme (Vissing, Straus, Gelles ve Harrop, 1991) gösterilebilir.

Düşmanlık: Diğerlerine zarar vermeyi ve onları incitmeyi amaçlayan davranışların tümünün, fiziksel ve sözel saldırganlıkta olduğu gibi saldırganlığın doğrudan motor bileşeni şeklinde gerçekleştirilmek zorunda olmadığı bilinmektedir. Düşmanlık “bireyin algıları, fikirleri ve yorumlamaları sonucunda diğerlerine duyduğu güvensizlikle birlikte kuşku veya şüpheyne kapılması, bu nedenle de onlara karşı kin beslemesi, onlardan nefret etmesi ve onlara karşı kötülük yapma isteği taşıması” olarak tanımlanmaktadır (Kaleli, 2016). Daha çok diğer kişilere karşı duyulan gıpta ve kıskançlıktan kaynaklandığı ileri sürülen (Aytekin, 2015) düşmanlığın, “kişide diğerlerinden hoşlanmama duygusunu oluşturan ve diğerlerini olumsuz olarak değerlendirmesine neden olan tutum” olarak tanımlandığı da görülmektedir (Önen, 2009).

Öfke: İnsanın sahip olduğu evrensel duygulardan birisi olan öfke, şiddeti normal sınırları aşmadığı sürece bireye yararlı olabilmekle birlikte yoğun olarak yaşandığı ve açık-doğrudan ifade edildiği durumlarda yıkıcı bir özellik kazanmaktadır (Balkaya ve Şahin, 2003). Öfkenin “doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ya da karşılanmamış beklentilere tepki olarak ortaya çıkan duygusal tepki” (Soykan, 2003) olarak tanımlanmakta olup saldırganlık biçimini aldığı anda yaralama veya öldürme derecesine kadar ulaşan sonuçları olabildiği bilinmektedir (Şahin, 2006).

2.3.3. Saldırganlığı açıklayan kuramlar

Araştırmacılar tarafından amacı veya gerçekleştirilme biçimi gibi özellikler temelinde pek çok farklı biçimde tanımlanabilen saldırgan davranışların açıklanmasında da benzer şekilde, üzerinde herkes tarafından uzlaşılan ortak bir kuramsal çerçeve bulunmayıp; konuyla ilgilenen araştırmacılar tarafından saldırgan davranışın doğasına açıklama getirmeye çalışan pek çok farklı kuramın geliştirildiği görülmektedir (Liu, 2004).

İlgili kuramlar incelendiğinde araştırmacıların saldırgan davranışları genellikle;

- Doğuştan getirilen saldırganlık dürtüsü veya içgüdüğü olarak (Karakulak, 2018),
- Engellenme duygusu ve öfke gibi duygusal yaşantılara bir tepki olarak (Çelik ve Kocabıyık, 2014),
- Toplumsallaşma ile birlikte ortaya çıkan ve bireyin öğrenme yoluyla sonradan edindiği bir davranış olarak (Meydan, 2019),
- Bireyi diğerlerinden ayıran bazı kişilik özelliklerinin sonucu olarak açıkladıkları görülmektedir.

Özetle, ilgili kuramların saldırganlığı bireysel ve bireyin dışındaki etkenler olmak üzere iki temel etken çerçevesinde açıklamaya çalıştığı söylenebilir. Bireysel etkenleri temel alan kuramların açıklama getirirken daha çok bireyin biyolojik ve içgüdüsel süreçleri üzerinde durduğu; bireyin dışındaki etkenleri temel alan kuramların ise sosyal ve kültürel süreçlerin üzerinde durduğu söylenebilir (Eroğlu, 2009).

Biyolojik Temelli Kuramlar: İnsanoğlunun sergilediği davranışlar, yaşamı boyunca sonradan edineceği veya geliştireceği davranış örüntüleri kadar doğuştan getirdiği ve kendi biyolojik yapısında bulunan etkenlerden tarafından da şekillendirilmektedir. Saldırganlığı insanın biyolojik mekanizmaları ve özellikleri temelinde açıklamaya çalışan kuramlarda ağırlıklı olarak beyin yapılarının, merkezi sinir sisteminin ve endokrin sistemi gibi hormonal sistemlerin etkileri üzerinde durmaktadır (Efilti, 2006).

Ayrıca, biyolojik temelli kuramların saldırganlığa doğuştan getirilen bir dürtü veya içgüdüsel bir davranış olarak açıklama getirmeye çalıştığı da görülmektedir (Baron ve Branscombe, 2012). Psikanalitik kuram ve etiyolojik kuram gibi birbirinden belirli yönler açısından farklılaşan açıklama biçimleri bulunmakla birlikte, açıklamalarının temelinde biyolojik ve insanın doğuştan getirdiği süreçler yer aldığı için bu kuramlar “biyolojik kuramlar” ortak başlığı altında birlikte incelenecektir. Biyolojik temelli kuramların ortak özelliği insan saldırganlığını dış kaynaklı etkenlerden bağımsız biçimde, insanın kendi içinden gelen doğal bir eğilim olarak açıklamalarıdır (Akıl, 2018).

Saldırganlığın diğer tüm canlılarda olduğu gibi insan doğasının da ayrılmaz bir parçası olduğu çıkarımında bulunmaktadır. Biyolojik temelli kuramların günümüzdeki yansımaları beynin belirli bölgelerinde meydana gelen hasarlar ile saldırganlık davranışları arasında bir ilişki olduğunu ileri sürerken; özellikle prefrontal korteks, medial temporal lob ve amigdala

yapılarının işleyişlerindeki yetersizliklerin bireydeki saldırganca davranışlarda etken olabileceğini belirtmektedir (Toptaş, 2018).

İnsan saldırganlığını açıklamaya çalışan kuramlardan ilki, Freud'un öncülüğünde geliştirilen psikanalitik kuramdır. İnsanın doğuştan getirdiği özelliklerden birisinin saldırganlık olduğunu ileri süren Freud'a göre, saldırganlık bir içgüdüdür (Kadan, 2010). Her insanda haz ilkesinin sağlanmasında birbirlerine zıt olacak şekilde işlev gören yaşam (eros) dürtüsü ve ölüm dürtüsü (thanatos) bulunmaktadır. Yaşamın sürdürülmesini önceleyen erosa karşılık, ölüm dürtüsü bireyin organik yaşamının tekrar cansız duruma döndürülmesini amaçladığı için ağırlıklı olarak diğer canlılara ve dış dünyaya zarar verilmesinde rol oynamaktadır (Freud, 1916).

Konuyla ilgili olarak, Freud'tan sonra yapılan en kapsamlı psikodinamik açıklamalardan biri Melanie Klein'a aittir. Klein (1946), nesne ilişkileri kuramında, bebek ile anne arasında ilk bağ oluşumu ve bebeğin hayatı anlamlandırma sürecinde, saldırgan dürtülerin ortaya çıkışı ve bu süreci etkileyişinden bahsetmiştir. Klein (1946)'a göre bebekler, içsel çatışmalar, yıkıcı-saldırgan dürtüler ve yok olma anksiyesiyle baş edebilmek için ilkel savunma mekanizmaları oluştururlar. Buna göre her bebek yaşamının ilk yıllarında iki 'konum'dan geçer. Bunlar paranoid-şizoid konum ve depresif konumdur. Klein'ın 'konum'dan kastı, Freud'un gelişim evrelerine denk süreçler olmaktan çok; kendine has nesne ilişkilerini, kaygıları ve buna bağlı olarak geliştirilen savunma türlerini içeren bir tür benlik örgütlenmesi şeklidir (akt., Alford, 1989). Bu iki konumda da bebeğin ana motivasyonlarını saldırganlık dürtüsü şekillendirir. Doğumdan itibaren bebek, çevreyi kısmi objeler şeklinde algılamaya başlar. Bu nesneler arasında en önemli olanı ise anne memesidir. Bebek için anne memesi, saldırganlık gibi 'zararlı' dürtülerin hem zihinde temsilinin oluşmasını sağlayan, hem de bu temsillerin yansıtılmasını sağlayan bir nesnedir (akt., Cashdan, 1988). Bebek paranoid-şizoid konumda iken, anksiyetesini azaltmak amacıyla 'zararlı' olan saldırganlık dürtüsünü

memeye yansıtarak kendinden uzak tutmaya çalışır. Bu konumda iken bebek genellikle anneye kötü bir konum atfeder. Depresif konuma geçildiğinde ise bebek başka diğer nesnelerle de ilişki kurmaya başladıkça, anneyi salt ‘kötü’ olarak görmekten ziyade, iyi ve kötü yanları içeren bir bütün olarak algılamaya başlar. Bunu anlamaya başladıkça da daha önce anneye salt kötü yüklemeler atfedildiği için çocukta suçluluk duygusu ortaya çıkar (akt, Rosenfeld, 1983). Klein (1946), daha önce anneye aktarılmış olan saldırganlık dürtülerinin, daha sonra çocuk tarafından tekrar içselleştirdiğini savunur. Bu bağlamda dışkılama eyleminin kritik öneminden bahseder. Buna göre dışkılama, hem çocuğun içselleştirdiği saldırganlık dürtülerinin dışa vurumunu sembolize eder; hem de çocuğun içindeki kötülükleri dışarı atarak kendini bir anlamda temize çıkarmasının aracıdır. Dolayısıyla bu eylem hem saldırganlığı dışa vurmanın bir aracı; hem de bu tehlikeli dürtüyü dışa çıkarmanın verdiği çatışmalardan kaçınmak için bir güvenlik valfi niteliğindedir. Özet olarak söylemek gerekirse, yaşamın erken yıllarında anne memesi ile kurulan ilişkiler ve dışkılama davranışları ve buna bağlı olarak verilecek tuvalet eğitimi, yaşamın ilerleyen yıllarındaki saldırgan davranışlar üzerinde belirleyici etkiye sahiptir (akt., Ogden, 1983).

Saldırganlıkla ilgili bir diğer biyolojik temelli açıklama, tıpkı psikanalitik kuram gibi saldırgan davranışları içgüdü temelinde açıklamaya çalışan etiyolojik kuramdan gelmektedir. Konrad Lorenz’e göre hayvanlarda olduğu gibi insanlarda da saldırgan davranışlar içgüdülere dayanılarak gerçekleştirilmektedir (Yalçın, 2016).

Lorenz’e göre , saldırganlık davranışları insanın doğasında yer almakta olup türün korunması amacına hizmet etmektedir. Türler arasındaki saldırgan davranışlar genel olarak avcının beslenmesine ve hayatta kalmasına hizmet etmektedir. Buna karşılık, tür içinde gözlenen saldırgan davranışlar ise aynı türün üyeleri arasındaki rekabetten kaynaklanmaktadır. Saldırganlığın aynı tür içindeki daha sağlıklı veya başarılı bireylerin gelecek nesillere genlerini aktarmalarına izin verdiği ve böylelikle türün devamının sağlıklı

bir şekilde sağlanmasına hizmet ettiği savunulmaktadır. Fromm’a göre (1916), Freud ile Lorenz’in saldırganlığa getirdiği açıklamalar arasında benzerlikler bulunmakla birlikte önemli bir farklılık psikanalitik kuram ile etiyolojik kuramı birbirinden ayırmaktadır. Bu iki kuram da saldırganlığı insanın içinde biriken ve dışarıdan gelen bir uyarıcı olmasa bile davranışlara bürünerek açığa çıkabilen bir enerji olarak düşünmüştür. Bu nedenle her iki kuram da saldırganlığın eylem olarak dışarı vurulamamasının sağlıksız olduğunu ileri sürmektedir. Bununla birlikte, iki kuram arasındaki farklılık insanda doğuştan getirildiği ileri sürülen saldırganlık dürtüsünün işlevine ilişkindir. Freud’un savunduğu şekliyle saldırganlık tamamen yıkıcı ve doğrudan ölüme hizmet eden bir içgüdü iken Lorenz’e göre ise saldırganlık yaşamın kendisine hizmet etmektedir.

Genel olarak değerlendirildiklerinde, erken dönem psikanalitik ve etiyolojik kuramlar dışında biyolojik temelli kuramların araştırma sonuçlarını nesnel bulgulara dayandırdıkları için olumlu eleştiriler aldıkları; ancak bireyin sosyal, zihinsel ve duygusal süreçlerinin ve gelişimlerinin etkisini dikkate almadıkları için yetersiz kaldıkları söylenebilir (Toptaş, 2018).

Engellenme Kuramı: Biyolojik kuramların insan saldırganlığına getirdiği içgüdü temelli açıklamaları yeterli bulmayan Dollard ve arkadaşları, yaşanan engellenmelerin ve kötü olayların bireyin ilerideki davranışlarının saldırganca olmasına neden olacağını ileri sürmüştür (Yorulmaz, 2019). Engellenme (frustration), “belli bir hedefe yönelik dürtülerin veya eylemlerin dış veya iç etkenlerle engellenmesi” olarak tanımlanmakta olup engellenme-saldırganlık hipotezi ise “engellenmenin hemen her zaman saldırganlığa yol açtığını ve saldırganlığın hemen her zaman daha önce yaşanmış bir engellenmenin göstergesi olduğunu” savunmaktadır (Budak, 2009).

Dollard ve arkadaşları tarafından oluşturulan engellenme kuramına (Dollard, Miller, Doob, Mowrer ve Sears, 1939) göre saldırganlık ile engellenme arasında her zaman ikili bir ilişki bulunmaktadır. Yani engellenme kuramında;

1. Tüm saldırgan davranışlar önceden yaşanan engellenmelere bir tepkidir, saldırgan davranışlar engellenmenin bir sonucudur.
2. Yaşanan tüm engellenmeler saldırganlığa neden olur.
3. Engellenme, bireyin beklediği herhangi bir hazzı ulaşmasının engellenmesi olarak, saldırganlık ise davranışın yönlendirildiği kişiye zarar verme amacını taşıyan her türlü davranış olarak tanımlanır (Dill ve Anderson, 1995).

Kuram, saldırganlığı biyolojik temelli açıklamalardaki gibi bir içgüdü olarak ele almamıştır. Bu açıklayışa göre saldırganlık bir dürtü olup içgüdüden farklı olarak sürekli bulunan ve sürekli artan bir enerji biçiminde değildir. Bireyin yaşamsal bir ihtiyacı karşılanmadığında ortaya çıkıp ilgili yoksunluğun giderilmesine hizmet etmektedir (Ürgün, 2013).

Engellenme kuramının, saldırganlığı her koşul altında açıklayamaması nedeniyle eleştirildiği görülmektedir. Örneğin bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre birey engellenme yaşıyor olsa bile bu, her zaman saldırganlık biçiminde bir tepkiyle karşılık vereceği anlamına gelmemektedir. Birey, yaşadığı engellenmenin geçerli ve mantıklı bir nedeni olduğunu düşündüğünde öfke ve saldırganlık tepkisinde bulunmamaktadır (Özmen, 2006).

Sosyal Öğrenme Kuramları: Hemen hemen tüm insan davranışlarının açıklanmasında sadece biyolojik etkenlerin ve süreçlerin kullanılmasının yetersiz olacağı gibi, saldırganlık davranışlarının açıklanmasında da tek başına bu etkenler yeterli görülmemiştir. Bu nedenle araştırmacılar insanın yaşamı ve gelişimi süresince saldırgan davranışları öğrenme yoluyla edindiklerini temel alan kuramlar geliştirmiştir. Albert Bandura'ya göre insanlar doğuştan

saldırgan olmayıp, saldırganlığı sonradan öğrenmektedirler ve gözlem yoluyla öğrenme saldırgan davranışların edinilmesinde kilit bir etken konumundadır (Bandura, 2016). Bandura'nın geliştirdiği sosyal-bilişsel öğrenme kuramına göre saldırganlığın kökenini oluşturan üç temel etken gözlem yoluyla öğrenme, eylemlerin pekiştirilmesi ve organik-biyolojik etkenlerdir (Bandura, 1983). Bu kurama göre saldırganlık için fizyolojik mekanizmalar da gerekli olmakla birlikte, bilişsel ve duruma bağlı etkenler bu süreçte daha büyük rol oynamaktadır (Koçer, 2015). Sosyal öğrenme kuramının insan saldırganlığını açıklamada ileri sürdüğü iki temel görüş şu şekildedir:

- Saldırganlık, diğer insan davranışları gibi sosyal bir davranıştır (Dever ve Bulut, 2017)
- Diğerleri tarafından gerçekleştirilen saldırganlık eylemlerinin gözlenmesi, bireyin saldırganlıkta bulunma olasılığını arttırmaktadır (Bandura, Ross ve Ross, 1961)

Bu kurama göre saldırgan davranışların edinilmesi, öğrenme sürecinde yer alan taklit etme ve model alma mekanizmaları aracılığıyla gerçekleşmektedir (Gümüşgöl, 2016). Buna göre, saldırganca davranışlarda bulunan ve bu davranışları sonucunda bir şekilde çıkar sağlayan diğer bir bireyi gözlemleyen kişinin ileride kendisinin de saldırgan davranışlarda bulunması oldukça muhtemel olacaktır. Özellikle çocukların, çevrelerinde yer alan başta anne-baba gibi büyüklerini model aldıkları ve bu kişilerin davranışlarını taklit ederek sosyal hayatta davranış kalıplarını biçimlendirdikleri düşünüldüğünde saldırgan davranışlarda sosyal öğrenme sürecinin etkisi açıkça görülmektedir.

İnsan saldırganlığına getirdikleri açıklamayı sadece sosyal öğrenmenin etkisi ile sınırlandırmayan Bandura ve arkadaşlarına göre bireyde saldırganlık davranışlarının ortaya çıkmasında ayrıca ahlaki çözülme, prososyal davranışlar, suçluluk ve kızgınlık duygusu ile ruminasyon gibi etkenler de saldırganlık eğilimini belirleyerek rol oynamaktadır (Bandura, Barbaranelli, Caprara ve Pastorelli, 1996).

Sosyal öğrenme kuramının bir uzantısı olarak değerlendirilebilecek (Erbaş ve Şahin Perçin, 2017) bu açıklayışa göre:

1. Eğer birey sergilediği saldırganca davranışın kendisi açısından önemli bir amaca hizmet ettiğini düşünüyorsa, diğerlerine zarar veren saldırganca davranışlarını değiştirmeye yönelik herhangi bir istek veya bu tür davranışlarda bulunmadan kaynaklanan suçluluk hissetmez.
2. Bu nedenle yüksek ahlaki çözülmeye düşük suçluluk duygusu eşlik eder.
3. Herhangi bir suçluluk duyulmaması veya duyulan suçluluğun azalması, bireyin saldırganca davranışlara yönelik kendisine uygulayacağı kişisel kısıtlamaları da azaltır.
4. Ahlaki çözülmeye birlikte gelen suçsuzluk hissi, bireyin düşük prososyal eğilime sahip olmasına neden olacaktır.
5. Prososyal eğilimin düşük olmasıyla birlikte bireyin diğerlerine karşı beslediği sempati azalacak ve böylelikle hem saldırganca davranışlara maruz kalanlarla empati kurma becerisi hem de kendisi bu tür davranışlarda bulunduğunda hissedeceği suçluluk azalacaktır.
6. Ahlaki çözülmeye birlikte bireyde tekrarlayan düşmanlık duygusunu besleyen bir sosyal doğruluk ve haklılık hissi oluşacaktır.
7. Birey, normalde kendisine uygulayacağı ahlaki kısıtlamalardan kurtulduğunda artan düşmanlık duygusunu davranışlara dönüştürme eğiliminde olacaktır.
8. Ahlaki çözülmeye birlikte, artan düşmanca ruminasyon ve kızgınlık hissine eşlik edecek şekilde saldırganca davranışta bulunma ve saldırganlık eğilimi artacaktır.

Sosyal öğrenme kuramını saldırganlığı açıklamaya çalışan diğer kuramlardan ayıran iki önemli özellik olduğu ileri sürülmektedir (Dervent, 2007). Bunlardan ilki, insan saldırganlığını sadece düşmanca ve zarar verme amacıyla gerçekleştirilen bir davranış olarak

ele almayıp, daha çok birey tarafından belirlenen amaçlara yönelik olarak gerçekleştirilen araçsal bir davranış olarak değerlendirmesidir. Kuramın diğer ayırıcı özelliği ise diğer kuramlara göre saldırganlıkla ilgili olarak bireyin daha aktif bir oynadığını ileri sürmesidir.

Araştırmacılar tarafından sosyal öğrenmenin saldırganlığı açıklamada ileri sürdüğü fikirlerden faydalanan ve saldırganlığa daha geniş kapsamlı açıklamalar getirmeye çalışan kuramlar geliştirilmiştir. Bu kuramlardan birisi olan ve Anderson ve Bushman tarafından geliştirilen Genel Saldırganlık Modeli'nde (General Aggression Model); biyolojik temelli ve sosyal öğrenme temelli kuramların getirdiği açıklamalardan yararlanılmış ve daha fazla etkenin insan saldırganlığındaki rolüne yer verilerek insan saldırganlığına görece daha geniş ve bütünleştirici bir bakış açısı getirilmeye çalışılmıştır (Anderson ve Bushman, 2002).

Bu kurama göre kişisel ve çevresel etkenler bireyin duygusal, bilişsel ve uyarımsal mekanizmalarını harekete geçirmekte, böylelikle saldırganlıkla ilgili olarak otomatik veya bireyin daha çok düşünerek gerçekleştireceği bir karar verme süreci başlamaktadır (Koçer, 2015).

2.3.4. Saldırganlığın nöroanatomi ve nörobiyolojisi

Beyinde saldırganlıkla ilgili olduğu düşünülen yapılar genellikle temporal bölgeleri kapsamaktadır. Temporal yapılar içinde limbik sistemin özellikle duygular ile ilişkili olduğu bilinir. Limbik sistemin bir parçası olan amigdaladaki bozuklukların saldırganca davranışlarla ilişkili olduğunu gösteren bulgular vardır (Bear, 1991). Orbitofrontal korteksteki lezyonların da dürtüsel ve saldırgan davranışları ketleme becerisini bozduğu, saldırgan ve intihara yönelik davranışları artırdığına yönelik araştırma sonuçları mevcuttur (Coccaro ve McNamee 1998). Pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmaları, özellikle cinayet ya da intihar girişimi gibi şiddet içerikli davranış öyküsü bulunan psikiyatrik hastaların, sol temporal ve frontal loblarında aktivite artışı olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum da araştırmacılar, saldırgan

davranışların nöroanatomisinin beyinde sol hemisferde lateralize olduğu düşüncesini uyandırmıştır (Raine ve ark. 1998).

Saldırganlıkla ilişkili olduğu düşünülen nörotransmitterlerden biri, serotoninidir. Serotonin, saldırgan davranışlar üzerinde inhibe edici bir etkisi olduğu bilinmektedir (Tardiff 1996). Saldırganlıkla ilişkili suç işlemiş bireylerle yapılan araştırmalarda, beyin omurilik sıvısında serotonin metabolitlerinden biri olduğu bilinen 5-HIAA miktarının normalden düşük olduğu bulunmuştur (LeMarquand ve ark. 1994). Benzer şekilde Virkkunen ve ark. (1994) da saldırganlıkla beyin omurilik sıvısındaki 5-HIAA miktarı arasında negatif korelasyon bildirmiş; dürtüsel saldırganlık gösteren bireylerde, dürtüsel olmayanlara göre beyin omurilik sıvısındaki 5-HIAA miktarının daha az olduğunu rapor etmişlerdir. Serotonin özellikle çocuk ve ergenlerde saldırganlıkla ilişkisinin tam tersi yönde olduğunu; yani serotoninin saldırgan davranışları artırdığını gösteren araştırma bulguları (Örn., Fishbein ve ark. 1989) olsa da, pek çok araştırmacı, bunun gelişimsel özelliklerden kaynaklandığını ve yaş arttıkça serotoninin saldırganlık üzerinde ketleyici etki kazandığını savunmaktadır (akt., Halperin ve ark. 1997).

Saldırganlıkla ilişkili bir diğer nörotransmitter, norepinefrindir. Özellikle saldırganlık ve intihar davranışlarında, artmış norepinefrin miktarının etkili olduğu bilinmektedir (Gerra ve ark. 1997). Özellikle norepinefrin metabolitlerinden biri olan 3-metoksi-4 hidroksifenilglükolon beyin omurilik sıvısındaki miktar arttıkça, bireyin saldırgan davranışlarında da bir artış olduğu gözlenmiştir (Citrome ve Volavka 1997). Dopaminin de saldırganlık üzerindeki etkisi serotonininkine benzer niteliktedir. Yapılan bir araştırmada, dopamin metabolitlerinden biri olan homovanilik asitin beyin omurilik sıvısındaki miktarı, saldırgan davranışlarla negatif korelasyon göstermiş, bu da araştırmacılar tarafından dopaminin saldırgan davranışlar üzerinde ketleyici etkisi olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Limson ve ark. 1991).

Gama aminobütrik asit (GABA) da saldırganlık üzerinde ketleyici etkisi olduğu bilinen nörotransmitterlerdendir. Özellikle, GABA agonistlerinin saldırgan davranışları azaltması ve GABA antagonistlerinin saldırgan davranışları arttırması, bunun bir kanıtı olarak görülmektedir (Uhde ve Tancer 1995). Vücutta etkisini GABAerjik sistem üzerinden gösteren benzodiazepinler de benzer şekilde saldırgan davranışları baskırlar (Uhde ve Tancer 1995).

İnsan vücudunda, saldırgan davranışlarla ilişkili olduğu bilinen nörotransmitterler dışında hormonlar da vardır. Bunların başında testosteron gelir. Hem hayvan deneklerde hem de insanlarda; plazma, tükürük ya da beyin omurilik sıvısındaki testosteron miktarının saldırgan davranışların sıklığıyla pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Özellikle, antisosyal şiddet öyküsü olan suçlularda, beyin omurilik sıvısındaki testosteron miktarı, kontrol grubundaki bireylere göre yüksek bulunmuştur (Virkkunen ve ark. 1994). Testosteron hormonu her ne kadar baskın olarak erkeklerde bulunsa da, kadınlarda da belli düzeylerde bulunmaktadır. Dolayısıyla testosteronun kadınlardaki bazı şiddet davranışlarıyla da ilişkili olduğu düşünülmektedir (Dabbs ve Hargrove 1997).

Kortizol ve kortikotropin de saldırganlıkla ilişkili olduğu düşünülen hormonlardandır. Şiddet suçu işlemiş olan anti sosyal kişilik bozukluğu olan kişilerin idrar tahlilleri incelendiğinde, kortizol seviyelerinin sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (McBurnett ve ark., 2000). Kortizolün saldırganlık üzerindeki etkisinin testosteron üzerinden gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Kortizolün, testosteron reseptörlerinin duyarlılığını artırdığı ve bu yüzden daha yüksek düzeyde testosteron aktivitesine sebep olduğu; bu durumun da saldırganlık düzeyinde artışa sebep olduğu düşünülmektedir (Montoya ve ark, 2012). Kortikotropine gelindiğinde ise, bu hormonun metabolitlerinin özellikle dürtüsellik içeren şiddet suçu işlemiş suçluların beyin omurilik sıvılarında sağlıklı kontrollere göre daha az bulunduğu tespit edilmiştir (Virkkunen 1985). Kortikotropinin hangi mekanizmalar üzerinden saldırganlığa etki ettiğini araştıran

araştırmacılar oldukça dolaylı bir etki bulmuşlardır. Buna göre, kortikotropinin etkisi kortizol mekanizması üzerindeki etkisinden kaynaklanır. Kortizol de testosteron mekanizması üzerinden etki gösterdiğinden, kortikotropinin etkisi oldukça dolaylıdır (Coccaro ve McNamee 1998).

Glikoz mekanizması, saldırganlık üzerinde önemli etkisi olan bir mekanizmadır. Özellikle hipogliseminin saldırgan davranışlarla ilişkili olduğu bilinir. Kronik hipoglisemi, merkezi nöron işlevlerini bozarak, bu nöronlarla ilişkili tepki ketleme gibi bilişsel işlevlere zarar verip, çeşitli uyaranlara daha fazla dürtüsel ve saldırgan tepkiler verme olasılığını artırır (Virkkunen ve ark. 1994). Antisosyal kişilik bozukluğu olan ve dürtüsellikle ilişkili saldırganlık suç öyküsü bulunan kişilerin kan testlerinde glikoz miktarları düşük seviyelerde bulunmuştur. (Volavka 1999). Saldırganlık düzeyi düşük olan anti sosyal kişilik bozukluğu olan bireyler, daha yüksek saldırganlık düzeyi olan anti sosyallere göre glikoza daha düşük insülin tepkisi verirler (Volavka 1999).

2.4. DÜRTÜSELLİK

Dürtüsellik, gerek DSM IV-TR'da gerekse DSM 5'te pek çok psikopatolojiyle yakından ilişkilendirilen bir problemdir. Ruh sağlığı alanında çalışanların şu anki güncel el kitabı olan DSM 5'te, dürtü kontrol bozuklukları başlı başına bir tanı grubu olarak yer almaktadır (APA, 2013). Bunun da ötesinde dürtüsellik, DSM 5'te yer alan pek çok tanı grubunda, kabul edilen ana belirtiler arasında bulunmaktadır. Dürtüsel davranışlar, koşullara uygun olmayan, aşırı risk içeren, planlama ve muhakemeden yoksun ve çoğunlukla istendik olmayan sonuçlara sebep olan davranışlardır. Dürtüsellik çoğunlukla, acelecilik, olumsuz sonuçları hesap edememe, haz ve heyecan peşinde koşma ve düşük dikkat düzeyi ile karakterizedir.

Farklı araştırmacılar, dürtüselliğin farklı tanımlarını yapmışlardır. Örneğin Eysenck ve Eysenck (1977) dürtüselliği, yetersiz planlama, önceden düşünmeden hareket etme, gereğinden fazla riske girme ve gerekli zihinsel hazırlığı yapamama ile ilişkili olarak tanımlamıştır. Patton ve arkadaşları (1995), dürtüselliğin üç bileşeni olduğunu savunmuşlardır. Bu bileşenler; (1) motor aktivasyon, (2) dikkat ve (3) planlamada eksikliklerdir. Birinci bileşen olan motor aktivasyon, üzerinde yeterince düşünmeden ve planlanmadan başlayan ani bedensel hareketleri ima eder. İkinci bileşen olan dikkat, yapılacak olan işe gerekli şekilde odaklanmadaki eksikliği belirtir. Son bileşen olan planlamada eksiklik ise, davranışın yapılış biçimi ve ortaya çıkarabileceği olası sonuçlar yeterince düşünülmeden davranışın gerçekleştirilmesine atıf yapar. Ainslie (1975)'ye göre dürtüsellik, uzun vadede elde edilecek daha büyük ödüller yerine; kısa vadede edilecek daha küçük ödülleri tercih etmektir. Tüm bu tanımlara bakıldığında, plan yapmadaki eksikliğin ve olası olumsuz sonuçları öngörmedeki yetersizliğin, dürtüselliği tanımlamadaki ortak bileşenler olduğunu söylemek mümkündür.

Bazı araştırmacılara göre dürtüsellik genelde doğuştan gelen bir yatkınlık olmakla beraber (Moeller ve ark., 2001); dürtüselliğin sosyal bir yönü de vardır (Dickman, 1990). Örneğin, istediği bir şeyi elde etmek için belirli davranış kalıplarını sürekli tekrarlayan, ailesi ya da yakın sosyal çevresi tarafından sürekli olarak pekiştirilen çocukların, ilerleyen zamanlarda plan yapma becerilerinin zayıfladığı ve dürtüsel davranışlar gösterme eğilimlerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Kurth-Nelson ve Redish, 2010). Bununla beraber, dürtüsel davranış örüntülerine sahip olan bireyler, davranışlarının olası olumsuz sonuçlarını hesap etmediklerinden ve bu olası olumsuz sonuçlar kendilerinden başka, diğer insanlara da zarar verebilme olasılığına sahip olduğundan, ortaya çıkan sonuçlar toplumsal sorunlara sebep olabilmektedir (Chamorro ve ark., 2012). Bu durum da, dürtüselliğin sosyal yönünün bir diğer boyutudur.

Dürtüsel davranışlarla ilgili ampirik araştırmalar üretebilmek, ve dürtüsellüğün doğasını anlayarak bu problem durumuna yönelik çözümler geliştirebilmek için öncelikle dürtüsellüğün ölçülebilmesi gerekmektedir. Literatür incelendiğinde, dürtüsellüğü ölçme çabalarının 3 ana başlık altında toplandığını söylemek mümkündür. Bunlar; *özbildirim yoluyla ölçme*, *davranışsal laboratuvar ölçümleri* ve *olay ilişkili potansiyellerdir*. Literatürde dürtüsellüğü ölçmek için en yaygın kullanılan yöntemlerden biri, bireylerin önceden hazırlanmış standardize ölçeklere özbildirim yöntemiyle tepki vermeleridir. Örneğin pek çok araştırmada yaygın olarak kullanılan Eysenck Dürtüsellik Anketi (Eysenck ve ark., 1985) ve mevcut araştırmada ve daha pek çok başka araştırmada kullanılan Barratt Dürtüsellik ölçeği (Patton, Stanford ve Barratt, 1995) gibi özbildirime dayalı ölçüm araçları, araştırmacıların çeşitli eylem türleri ve bu eylemlerin uzun vadeli davranış kalıpları oluşturup oluşturmadığı hakkında bilgi toplamasını sağlar. Bu tarz ölçeklerde katılımcılar “ Dürtülerime göre hareket ederim”, “Eylem ve davranışlarımı önceden planlarım” gibi soruları, likert tipi bir skalada kendilerine uygun olup olmamalarına göre derecelendirir. Bu tür ölçümlerin en büyük dezavantajı katılımcının özbildirimlerine dayalı olması ve katılımcıların sosyal istenirlik yönünde cevaplar verebilme olasılığıdır (Bertram, 2007). Bir diğer ölçüm yöntemi, davranışsal laboratuvar ölçümleridir. Bu tür çalışmalarda genelde hayvan denekler kullanılır ve edimsel koşullamanın ilke ve kuramları kullanılarak dürtüsellikleri kategorize edilir ve zaman zaman çevre manipüle ederek davranışlardaki değişiklikler gözlenir. Bu tarz ölçümlerin sınırlılığı, laboratuvar ortamında gerçekleştiği için, sonuçların doğal yaşama genellenmesinin güç olmasıdır (Lucas, 2003). Son ölçüm yöntemi ise olay ilişkili potansiyellerdir. Beynin belirli bir zamanda belirli bir uyarana gösterdiği elektriksel aktivite, olay ilişkili potansiyeller olarak adlandırılır (Sams ve ark., 1985). Olay ilişkili potansiyeller kullanılarak elde edilen P300 gibi beyindeki belirli dalga formlarının, dürtüsellüğe biyolojik yatkınlığı gösterdiği önceki araştırmalarda bulunmuştur (Dimoska ve Johnstone, 2007).

Dolayısıyla bu belirli dalga formları incelenerek bireylerin dürtüselliğe yatkınlıkları ve dürtüsellik düzeyleri psikofizyolojik olarak ölçülmektedir. Bu tür ölçümlerin kuvvetli yanı, objektif bir ölçüm sağlamasıdır. Zayıf tarafı ise, yine laboratuvar ortamında gerçekleştiği için dürtüselliğin ortaya çıktığı doğal çevreyi ve sosyal boyutunu göz ardı etmesidir (Lucas, 2003).

Dürtüselliğin pek çok psikopatolojinin merkezinde olduğuna değinilmişti. Bu psikopatolojilerin başında madde kullanım bozukluğu gelmektedir. Madde kullanımı ve madde bağımlılığını tümüyle dürtüselliğe bağlamak doğru olmaz; çünkü madde kullanımı yoksunluk ve aşırma gibi süreçleri ve buna bağlı olarak planlı bir şekilde madde arama ve bulma gibi karmaşık davranışları da içerir (Ögel, 2005). Bununla beraber, kaygı ve stres gibi durumlarda ve çevresel etkenlere bağlı olarak bireylerin sonuçlarını düşünmeden madde kullanmaları, madde kullanımının dürtüsellikle bağlantılı olduğuna işaret eder (Güngör ve ark., 2013). Bir çalışmada, dürtüsel şiddeti araç olarak kullanan suçlularda, madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığının; dürtüsel şiddet eğilimi olmayan bireylere göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Braddy ve ark., 1998). Madde kullanan bireylerin öz bildirim yoluyla dürtüselliklerinin ölçüldüğü başka bir çalışmada, madde kullanıcılarının ölçeklerden aldıkları puanların daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Dawe, Gullo ve Loxton, 2004). Davranışsal laboratuvar ölçümlerinin kullanıldığı bir çalışmada ise, madde kullanan bireylerin kısa vadeli ödülleri, daha az miktarda olmalarına rağmen uzun vadeli ödüllere tercih ettiği gözlenmiştir (Martin ve Potts, 2004). Bu durum özellikle Ainslie (1975)'nin dürtüsellik tanımı ele alındığında oldukça beklendik bir sonuçtur ve madde bağımlılığının dürtüsellikle yakından ilişkili olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Dürtüsellikle yakından ilişkili olduğu düşünülen bir diğer psikopatoloji türü de yeme bozukluklarıdır. Pek çok araştırma, yeme bozukluklarıyla dürtü kontrolünde yaşanan sıkıntılar arasındaki bağlantıyı incelemiştir. Gerek bulimiya nevroza, gerekse anoreksiya nevroza vakalarının aile öyküleri incelendiğinde, bu kişilerin ailelerinde madde kötüye kullanımı

öyküsü olduğu ya da dürtüsellikle ilişkili olduğu bilinen intihar gibi durumlara rastlandığı görülmüştür (Maner, 2009). Her iki tür yeme bozukluğunda da dürtü kontrolünde bir sorun vardır: bulimiya nevrozda yemek yeme davranışı üzerinde bir plansızlık ve kontrolsüzlük; anoreksiya nevrozda ise aşırı kontrol söz konusudur. (Maner, 2009) Dürtüsellik, yeme bozukluklarında, dürtü denetimi ile sorunların yaşandığı başka durumlarla eş zamanlı olarak görülür. Literatürdeki bazı araştırmalarda alkol bağımlılığı, ilaç kötüye kullanımı, intihar girişimi gibi dürtüsel davranışların, bulimiya belirtileriyle eş zamanlı olarak görüldüğü bildirilmektedir (Hantaş ve ark., 2003).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) da dürtüsellikle ilişkili olduğu düşünülen psikopatolojilerdendir. Yapılan çalışmalar, DEHB'nin bazı alt türleriyle dürtüsellik arasında bir ilişki bulamazken, özellikle dürtüsel ve hiperaktif alt tipler için dürtüsellikle bir ilişki bulunmuştur (Willcutt ve ark., 1999). Benzer olarak, DEHB'nin dürtüsellik ve hiperaktiviteyle bağlantılı alt türleri görülen ergenlerin, adli olaylara karışma olasılıklarının daha fazla olduğu gözlenmiştir (Willcutt ve ark., 1999). DEHB'si olan ergenlerin dikkat eksiklikleri genellikle nöropsikolojik sebeplerle açıklanırken, bazı araştırmacılar bu dikkat eksikliğini dürtüsellüğün temel bileşeni olan plan yapma becerisindeki bozukluklarla ilişkilendirmiştir (Smalley ve ark., 1998).

Dürtüsellüğün bazı kişilik bozukluklarıyla da ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu ilişkinin en dramatik olarak gözlemlendiği kişilik bozukluğu tipi, Anti sosyal kişilik bozukluğudur. Yapılan bir araştırmada, cezaevinde bulunan anti sosyal kişilik bozukluğu olan bireyler dürtüsellik durumlarına göre sınıflandırılmışlardır (Barratt ve ark., 1997). Buna göre, anti sosyal kişilik bozukluğu olan mahkumlar, dürtüsel saldırganlık davranışı gösterenler ve önceden planlayarak saldırgan davranışlar gösterenler olarak iki gruba ayrılmışlardır. Tüm mahkumlar içinde dürtüsel saldırgan davranış gösterenlerin oranı %20, planlayarak saldırgan davranış gösterenlerin oranı ise %23'tür (Barratt ve ark., 1997).

Şizofreni söz konusu olduğunda, dürtüsellik özellikle çok yoğun semptomları olan ve ağır bilişsel tahribata maruz kalan hastalarda daha dramatik olarak gözlenmektedir (Hoptman ve ark., 2004). Şizofrenideki dürtüsellikle, psikotik olmayan psikiyatrik hastalığı olan hastaların ve sağlıklı kontrollerin dürtüsellikleri boyut, sıklık ve diğer pek çok özellik bakımından birbirinden farklılık gösterir (Enticott ve ark., 2008). Şizofrenik bireylerde dürtüsel ve saldırgan davranışlar sadece kendilerine zarar vermekle kalmaz; özellikle bakımlarını sağlayan kişiler ve bulundukları sosyal çevre için de büyük bir yıkıma sebep olur. Psikotik rahatsızlıklarda özellikle zarar gören dopaminerjik ve serotoninerjik sistemin, ortaya çıkan bozukluklar sebebiyle de dürtüsel davranışlara sebep olduğu düşünülmektedir. Bu anlamda yapılan çalışmalar, özellikle bazı dopamin antagonistlerinin, pozitif semptomları iyileştirdiği gibi; dürtüsel davranışlarda da azalma sağlayan sonuçların da elde edilmesine katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur (Enticott ve ark., 2008).

2.4.1. Dürtüsellüğün nöroanatomik nedenleri

Prefrontal korteksin tepki ketlemeyeyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Dürtüsellüğün tanımları göz önüne alındığında, sonuçları planlamadan ortaya konan ani davranışlar olduğu hatırlanacaktır. Bu tür davranışların ortaya konması nöropsikoloji terminolojisinde tepki ketlemedeki başarısızlık olarak adlandırılır.

Frontal yapılardan olan orbitofrontal korteksin (OFK), özellikle amaca yönelik davranışların sergilenmesi; bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri uygun bir şekilde koordine ederek, bağlama uygun olmayan tepkilerin ketlenmesiyle ilgili olduğu bilinmektedir (Holland ve Gallagher, 2004). OFK, aynı zamanda bireyin ortaya koyacağı davranışın olası sonuçları hakkında değerlendirme yapabilmesiyle de ilişkilendirilen bir beyin bölgesidir. Bunun en büyük göstergesi, OFK'yı içeren ventromedyal frontal kortekste (VMFK) hasar

görülen bireylerin, davranışlarının olası sonuçlarını hesap edememeleri ve dürtüsel olarak nitelendirilebilecek uygunsuz davranışlar ortaya koymalarıdır.[4]

OFK, uyarıların ödül ve ceza değerlerinin anlaşılmasıyla da ilişkilidir. Bireyler bu sayede bir davranış ortaya koyduklarında ortaya çıkacak sonuçların kendisi için itici mi çekici mi; başka bir deyişle yararlı mı zararlı mı olduğunu anlayabilirler. OFK’de yapısal ya da işlevsel bir arıza bulunan bireyler, belli davranışlar sonrasında ciddi zararlar yaşasalar bile, genellikle bu davranış örüntülerini değiştiremez; ilgili davranıştan hala bir ödül beklentisi içinde olurlar. Bu da genelde bu bireylerin risk içeren davranışlar olarak adlandırılan davranışları çokça sergilemelerine neden olur. (Hornak ve ark., 2004) Bu durum öğrenme psikolojisinde tekrar ve yaşantılardan ders çıkaramama, davranışı buna göre düzenleyememeyle ilişkilendirilir ki; başka bir perspektiften bakıldığında da risk alıcı dürtüsel davranışların kapsamı içindedir (Berlin, Rolls ve Kischka, 2004).

Tepki ketlemeyle alakalı başka beyin bölgeleri de vardır. Sağ dorsolateral prefrontal korteks, anterior singulat korteks (ACC), inferior parietal bölge, superior temporal bölge de tıpkı OFK gibi tepki ketleme süreciyle ilişkilidir. Dürtüsellikle ilgili sorunu olan bireylerle yapılan tepki ketleme çalışmalarında, bu bireylerin ilgili beyin yapılarında daha düşük hemodinamik aktivite gözlenmektedir (Asahi ve ark., 2004).

VMFK; medyal prefrontal korteks, OFK ve ACC’yi de yapısında barındırarak, amigdala ile de ilişkisi sayesinde dürtüsellik ve saldırganlığın kontrolünden sorumlu hale gelir. VMFK’nin nöroanatomik yapısına bakıldığında, talamus ve beyin sapı gibi daha alt beyin bölgeleriyle bağlantılarının olduğu görülür. Beynin en ilkel kısımlarından, evrimsel olarak en üst bileşenlerini içeren bu şebekenin, dürtüsellik kontrolünde önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir (Ongur ve Price, 2010) Bu düşünce, VMFK hasarı olan bireylerle yapılan çalışmalarda, bu bireylerin hasar olmayan bireylere göre daha fazla tepki ketlemeyle

ilgili dürtüsel olarak nitelendirilen davranışlar ortaya koymalarıyla desteklenir hale gelmektedir (Bechara ve ark., 1999). OFK dışındaki frontal hasarı olan bireylerin, özellikle VMFK hasarı olan bireylere göre daha az dürtüsel ve saldırgan davranışlar göstermeleri de; dürtüsellik üzerinde VMFK etkisini kanıtlar niteliktedir (Graffman ve ark., 1996).

Dürtüsellikle ilişkili olduğu düşünülen bir diğer beyin bölgesi de striatumdur. Striatumun prefrontal korteksle yoğun bağlantıları vardır; bu sayede çeşitli biçimlerde davranış kontrolünden sorumlu hale gelir. Striatal yapılardan nucleus accumbens (NA), özellikle ödül ile ilişkili edimsel davranışların düzenlenmesinden sorumlu olduğu bildirilmektedir. NA'nın limbik ve kortikal yapılar arasındaki bağlantıda kritik bir rolü vardır. Bu bağlantının özellikle hedef yönelimli davranışlar sırasında duygu düzenlemesinden sorumlu olduğu düşünülmektedir (Mogenson, Jones ve Yim, 1980). NA'nın iki temel yapısı vardır; bunlar çekirdek ve kabuktur (Berendse, Galisdegraaf ve Groenewegen, 1992). NA çekirdeğinin çift taraflı olarak hasar aldığı durumlarda, uzun vadede gelecek büyük ödüller yerine kısa vadedeki küçük ödüllerin tercih edildiği görülmektedir. Kabuk bölgesinde meydana gelen hasarlarda ise, bu etkiyi tersine çevirdiği ve dürtüsellliği azalttığı bulunmuştur (Acheson ve ark., 2006). Sıçanlarla yapılan bir çalışmada, NA ile pek çok bağlantısı olan bazolateral amigdala (BLA) bölgesinde meydana gelen hasarların sıçanlarda dürtüsel seçimlere sebep olduğu görülmüştür. Bu yüzden NA ve bazolateral amigdalanın etkileşiminin dürtü kontrolünde önemli olduğu düşünülmektedir (Winstanley ve ark., 2004). Bazı araştırmacılar ise BLA'nın görevinin OFK'nın görevinde tamalayıcı bir rol üstlenmek olduğunu savunmuşlardır. BLA'da oluşan hasarların, OFK ile sorumlu olduğu bilinen davranışların sonuçlarını öngörme becerisinde olumsuz etki yaratması bu görüşe sebep olmuştur (Schoenbaum ve ark., 2003).

2.4.2. Dürtüsellüğün nörokimyasal nedenleri

Dürtü kontrolüyle ilişkisi en erken tespit edilen nörotransmitterlerden biri serotonindir. Beyinde serotonin miktarının azalmasının, tepki ketlemeyi azalttığı bilinmektedir (Soubrie, 1986). Serebrospinal sıvıda serotonin metabolitlerinden olan hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) oranının düşük olmasının, maymunlarda risk içeren davranışlar gözlenmesine; insanlarda ise dürtüsellikle bağlantılı şiddet ve saldırganlık davranışı ile intihar eğilimlerine sebep olduğu bulunmuştur (Mehlman, 1994). Yapılan araştırmalarda kullanılan farklı deneysel desenler, beyinde serotonin eksikliğinin çeşitli dürtüsel davranışlara ve tercihlere sebep olduğunu açığa çıkarmıştır (Mobini ve ark., 2000).

Serotonin agonisti olan fenfluramin ile serotonin miktarının artırılması sonucunda, dürtüsel davranış ve dürtüsel seçimlerin azaldığı bulunmuştur (Poulos, Parker ve Le, 1996). Hayvanların kullanıldığı araştırmalarda, sinaptik serotonin düzeyinin azaltılmasının hayvanlarda dürtüsellığı artırdığı; SSRI'lar ile bu sinapslardaki serotonin miktarının artırılması ile mevcut dürtüsel davranışların azaldığı gözlenmiştir (Liu, Wilkinson ve Robbins, 2004). İnsanlarla yapılan çalışmalarda ise durum bir miktar farklıdır. Çeşitli serotonin antagonistleriyle serotonin miktarının azaltılmasının insanda motor dürtüsellığe sebep olabildiği görülmekle beraber, katılımcıların böyle bir durumda dürtüsellığı ölçen davranışsal testlerden bazılarını gerçekleştirmekte zorlandığı, bazılarında ise herhangi bir zorlanma ya da performans düşüklüğü yaşamadığı gözlenmiştir. Bununla birlikte düşük serotonin miktarının dürtüsel seçimler yapmak üzerinde de anlamlı bir etkisi bulunamamıştır (Walderhaug ve ark., 2002).

Sonuç olarak, serotoninin dürtüsellik ile bir ilişkisi olduğu görülmektedir; ancak bu ilişkinin hangi mekanizmalar üzerinden sağlandığı konusu henüz açıklığa kavuşmuş değildir. Bunda en büyük etken, serotoninerjik sistemin oldukça karmaşık bir yapı göstermesi,

serotonin reseptörlerinin çok fazla sayıda ve birbirinden farklı özelliklerde olması ve serotoninergik sistemin diğer nörotransmitterlerle girdiği etkileşimler olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan davranışsal deneylerde dürtüsellik ölçen yöntemlerin farklılığı da bulgulardaki farklılığın bir sebebi olabilir.

Dürtüsellikle ilgili olduğu düşünülen bir diğer nörotransmitter de dopamindir. Dopaminin özellikle dürtüsel karar vermede etkili olduğu düşünülmektedir. Pek çok çalışmada kokain, amfetamin gibi dopaminerjik sistem üzerinden etkilerini gösteren maddelerin, dürtüsel seçimleri azalttığı görülmüştür. Bu tarz maddeler dopamin miktarını artırdığından böyle bir etkiye sebep olduğu düşünülmektedir (Bizot ve ark., 2007). Benzer şekilde çeşitli dopamin antagonistleri etkisi altındaki deneklerin de daha çok dürtüsel karar verme süreçlerini yaşadıkları gözlenmiştir (Winstanley ve ark., 2007).

Noradrenalin de dürtüsellik üzerinde etkisi olan nörotransmitterlerden biridir. İnsan ve hayvan deneylerinin sonuçları, noradrenalin gerilimimini inhibe eden çeşitli maddelerin, motor dürtüsellik ölçen testlerde deneklerin daha iyi sonuçlar almasına sebep olduğunu; yani dürtüsellik azaldığını göstermiştir (Overtoom ve ark., 2003).

Noradrenalinin özellikle dürtüsel tercihler yapma ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Farklı noradrenalin geri alım inhibitörlerinde ve farklı dozlarda farklı sonuçlar çıkabilmekle beraber, genelde noradrenalin gerilimiminin engellenmesinin dürtüsel seçim yapmayı engellediği gözlenmiştir (Robinson ve ark., 2008). Benzer bir bulgu olarak, presinaptik alfa-2 reseptörleri üzerinden noradrenalin salınımını azaltan maddelerin, insan ve hayvan deneklerde dürtüsel tercihleri artırması da dikkat çekicidir (van Gaalen ve ark., 2006). Dolayısıyla sinapslardaki noradrenalin miktarının dürtüsel tercihler üzerinde etkili olduğu yorumunu yapmak mümkündür. Fakat bu noktada sinaptik reseptörlerin türünün de önemli olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin alfa-2 reseptörlerinde bahsedilen etkiler net bir şekilde

gözlemlenirken, alfa-1 reseptörlerinde bulgular bu kadar net değildir. Ayrıca alfa-1 ve alfa-2 reseptörlerinin birbiriyle olan ilişkisi de ilgili etkinin ortaya çıkması bakımından önemlidir (van Gaalen ve ark., 2006).

Noradrenalin ile ilgili genel bir değerlendirme yapmak gerekirse, sinaptik nöradrenalin miktarındaki artışların, sinaptik reseptörle de bağlantılı olarak, dürtüsel tercihleri azalttığını söylemek mümkündür. Noradrenalinergic sistemin bu etkisini hangi reseptörler ve hangi yollar ile yaptığı ise henüz tam belli değildir. Fakat, dürtüsel karar verme davranışlarının önüne geçebilmek ve bir tedavi programı oluşturabilmek için, noradrenalinergic sistemle ilgili bulgular heyecan vericidir. Özellikle sinapslarda noradrenalin gerilimini ketlemeye yönelik ilaç tedavilerinin, dürtüsel davranışların engellenmesinde umut vaadedici olduğu düşünülmektedir.

2.4.3. Dürtüsellik psikodinamik nedenleri

Freud (1911/1956) dürtülerin, haz ilkesinin devrede olmasının bir ürünü olduğunu belirtmiş ve gerçeklik ilkesi devreye girdiği sürece kişinin dürtülerini kontrol etmeyi öğrendiğini söylemiştir. Bu iki ilkenin birbiriyle rekabet halinde olması ile ilgili olarak Freud, gerçeklik egosu haz egosunun önüne geçtiği sürece davranışlar üzerinde kontrolün sağlandığını; haz egosunun gerçeklik egosuna üstünlük sağladığı durumlarda ise dürtüsellik ön plana çıktığını söylemiştir (Freud, 1911/1956). Freud (1911/1956)'a göre, gerçeklik ilkesinin haz ilkesinin önüne geçmesi aslında haz ilkesinin tamamen ortadan kalktığı anlamına gelmez. Haz ilkesi hala devrede olmakla beraber, işlevsel olan durumda bireyler gerçeklik egosuyla haz egosu arasında uygun bir denge yakalarlar. Böyle bir durumda bireyler sonuçları belli olmayan anlık bir zevk yerine; uzun vadede elde edecekleri ve olası sonuçları daha güvenli zevklerin peşinden koşmayı başarır. Daha sonraki bir yazısında Freud bu kavramlarını bir ölçüde güncelleyerek, 'id hazzı' (id-pleasure) ve 'ego hazzı' (ego-pleasure)

kavramlarından bahsetmiş, id hazzının doğuştan gelen dürtü ve istekleri içerdiğini; belirli öğrenmeler sonrasında ise ego hazzı ortaya çıkarak id hazzının kabul edilemez isteklerinin baskılanması için bir tür tampon görevi gördüğünü belirtmiştir.

İd hazzı ve ego hazzı her zaman birbiriyle bir çatışma halindedir. Buna göre id hazzından gelen dürtüler ego hazzı tarafından kontrol edilemezse, dürtüsel olarak adlandırdığımız olumsuz davranışlar meydana gelir (Freud, 1920/1956). Bu açıklamanın ardından, neden id hazzından gelen dürtülerin bu kadar güçlü olduğu ve bir ego hazzı geliştirilmiş olmasına rağmen; nasıl zaman zaman egonun idi gerektiği şekilde baskılayamadığı merak konusu olmuştur. Freud bu bağlamda, ilk önce bu idden gelen güdülerle ilişkili dürtüsel davranışların ‘tekrarlama kompulsyonu’ adını verdiği bir mekanizma sayesinde sönmeye karşı dirençli hale geldiğini iddia etmiş (1914/1956); daha sonra ise dürtüsel davranışlar sonrasında ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçların organizma için bir pekiştireç olarak iş görmesini sağlayan bir ‘ölüm içgüdü’ mekanizmasından bahsetmiştir (1920/1956). Ancak bu mekanizmaların nasıl çalıştığı ya da birbirleriyle nasıl etkileşim kurdukları hakkında yeterli bir açıklama yapmamıştır.

Analitik kuramı gözden geçiren Rapaport (1950), literatürde dürtü kontrolünün kökeniyle ilgili çok az sayıda ve yetersiz açıklamanın olduğunu söylemiş, birincil mekanizmalardan (id hazzı) ikincil mekanizmalara (ego hazzı) geçişin özünde gecikmenin karakterindeki değişiklikler olduğunu belirtmiştir. Buna göre, gecikmeden kastedilen, haz içeren bir ödül nesnesine ulaşmak için beklenilmesi gereken süre ve bu ödülün haz değeri arasındaki dengedir. Dolayısıyla bekleme süresi ne kadar artarsa, birincil mekanizmaların ikincil mekanizmalara üstün gelerek dürtüsel davranışları oluşturma olasılığı o kadar artar.

Hartmann (1956) gerçeklik ilkesinin bir fonksiyonu olarak, "hazzın ertelenmesi ve hoşnutsuzluğa karşı geçici tolerans" kavramlarını ortaya atmıştır. Bu kavramlar normal

insanlarda dürtüsel davranışların bastırılarak, kısa vadede elde edilecek az miktarda ve riskli kazanımlar yerine; uzun vadede elde edilecek daha güvenli ve daha verimli kazanımların tercih edilmesini sağlamaktadır. Bunun böyle olmasının sebebi, haz ilkesiyle hareket etmenin; gerçeklik ilkesiyle hareket etmeye göre çok daha zararlı olduğunun organizma tarafından öğrenilmesidir. Ancak bu öğrenmenin tam olarak neye karşılık geldiği ve nasıl gerçekleştiği açık değildir. Benzer olarak Singer (1955), insanların motor dürtüleri düşüncelere çevirerek kontrol etmeyi öğrendiğini ileri sürmüştür; ama ileri sürdüğü kavramlar pek açık değildir ve mekanizmalar da yeterince açıklanmamıştır.

Klein (1954) da Hartmann'a benzer şekilde gecikme mekanizmaları üzerinde durmuştur. Buna göre gecikme mekanizması, kişinin ihtiyaçlarına vereceği yanıtı düzenlemek için bir güç uygular. Klein, bu mekanizmaların, ihtiyacı karşılayan nesnelere yönelik yaklaşımları değişimleyebilecek, eksiksiz bir şekilde süreci değiştirebilecek, ihtiyacın yoğunluğunu değiştirebilecek veya ihtiyacın sahip olduğu idsel enerjinin içeriğini değiştirerek, aynı hazzı ikame haz nesnelerinden de alabilmesini sağlayacak bilişsel tutumlar geliştirerek işlev gördüğünü belirtmiştir. Bu bilişsel tutumlar gelişmediğinde, birey tamamen haz ilkesine göre hareket ederek, hazzı erteleme becerisi kazanamaz ve dürtüsel davranışlar göstermeye başlar.

2.5. KİŞİLERARASI BAĞLANMA BİÇİMLERİ

Diğer hayvan türleriyle karşılaştırıldığında insan yavrusu, kendi kendine bakabilir hale çok daha uzun sürede gelebilmektedir. Dolayısıyla insan yavrusunun hayatta kalabilmesi için bir bakım verene ihtiyacı vardır. Bu bakım veren figürü, pek çok durumda annedir. Yavrunun hayatta kalabilmek için anneye bu denli muhtaç olması, doğum anından itibaren anneye çocuk arasında özel bir bağ gelişmesine sebep olur. Bu durum bir çok bilim insanının dikkatini çekmiştir. Anne ve bebek arasında oluşan bu özel bağı ilk olarak inceleyen

araştırmacılarından biri olan Bowlby bu özel sürece bağlanma adını vermiştir. Bowlby (1969)'e göre bağlanma, yavrunun güvenliğini tehdit edici durumlarda bakım veren ve bebek arasında ortaya çıkan özel bağıdır. Buna göre bağlanmanın 3 işlevi vardır: bakım verenle yakınlığı sağlama, öğrenme ve çevreyi keşfetme sürecinde bakım vereni güvenli bir liman olarak kullanma ve bir zorluk durumuyla karşılaşıldığında korunma ve yeniden onarılma için bakım vereni bir sığınak olarak kullanma (Bowlby,1969).

Bowlby'nin çalışmalarını bir adım öteye taşıyan Ainsworth (1978), üç çeşit bağlanma tanımlamıştır. Birinci tip bağlanma, *güvenli bağlanma*dır. Güvenli bağlanmada, bakım veren kişi önceki yaşantılarda çoğunlukla bebeğin istek ve ihtiyaçlarını karşılamış olur. Buna bağlı olarak bebekte bir ihtiyacı olduğunda ya da zor bir durumla karşılaştığında yardım göreceğiyle ilgili bir inanç yerleşir. Güvenli bağlanma gerçekleştiren bebekler bakım verenlerinden ayrıldıkları zaman bir miktar rahatsızlık hissederler ve bunu bir takım davranışlarıyla gösterirler; ancak bakım verenle kavuştukları andan itibaren sakinleşirler ve anneye karşı öpme, sarılma gibi sevgi gösterilerinde bulunurlar. Bir diğer tip olan *kaçıngan bağlanma*da, anneyle çocuk arasında sağlıklı bir bağ oluşmamıştır. Bunun sebebi çoğunlukla annenin bebeğin ihtiyaçlarını bilerek ya da elinde olmayan sebeplerden dolayı uygun bir biçimde karşılayamamış olmasıdır. Bu durumda bebek anneden ayrıldığı zaman, zaten ona karşı bir güven beslemediği için, anne ortamda yokken bu duruma kayıtsız kalır ve sanki hiçbir şey yokmuş gibi davranır. Anne geri döndüğünde de yine bu kayıtsızlığını sürdürür ve anneye bir tepki vermez. Bu bir savunma mekanizmasıdır. Daha önce pek çok kez bakım ihtiyacı geri çevrilen bebek, tekrar hayal kırıklığı yaşamamak için anneye olan ihtiyacını baskılar. Son tip bağlanma ise, *kaygılı-kararsız bağlanma*dır. Bu tip bağlanmada da sağlıklı bir bağlanma gelişmemiştir; çünkü anne geçmiş yaşantılarda bebeğin bakım ve güvenlik ihtiyaçlarını tutarlı olarak karşılamamış, ön görülebilir bir örüntü gösterememiştir. Bu tür bağlanmada bebekler anneden ayrıldığında genellikle hırçınlaşırlar, anne geri döndüğünde de

bir rahatlama yaşamakla beraber, zaman zaman yalnız bıraktığı için anneye tepki de gösterebilirler (Akt. Demir, 2016).

Araştırmalar, bebeklik döneminde geliştirilen bağlanma stiline ileriki yıllarda kişilerarası ilişkilerdeki bağlanma şeklini belirlediğini göstermektedir. Buna göre eğer bebeklikte anne ile güvenli bir bağlanma geliştirilmişse, ileride kurulan ilişkiler de pozitif özellikler gösterir. Eğer bebeklikte anne ile güvenli olmayan bir bağlanma geliştirilmişse, yetişkinlikteki ilişkiler de genellikle çalkantılı bir hal alır (Akday, 2015). Bebeklerin anneleriyle bağlanma stillerini belirleyen temel etken, biyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarının gerektiği gibi karşılanmış olmasıdır. Dolayısıyla yaşamın erken dönemlerinde bu ihtiyaçları anneleri tarafından tutarlı bir şekilde karşılanmayan bebeklerin, ileride ilişki kurma konusunda isteksiz olduğu gözlenir ve yetişkinlikte sorunlu ilişkiler yaşama olasılığı yüksektir (Akday, 2015). Bowlby, bağlanmanın sadece bebeklikte değil, doğumdan ölüme kadar ilişki kurulan insanlarla gerçekleşen bir süreç olduğunu belirtmiştir (Bowlby, 1977; 1980; 1982). Bebeklikteki bağlanma temel ihtiyaçların karşılanması üzerinden tek taraflı gerçekleşirken, yaşamın ilerleyen yıllarında gerçekleşen bağlanma ise çift taraflı olarak gelişmektedir. Yetişkin bağlanmaları genellikle yakın arkadaşlar ya da romantik eşler arasında gerçekleşir (Sığırcı 2010).

Yetişkinlikte kurulan ilişkilerde gerçekleşen bağlanma süreçleri, kişilerarası bağlanma biçimlerini ortaya çıkarır. Bu kişilerarası bağlanma biçimlerinin doğasını ortaya çıkarabilmek için literatürde bazı modeller oluşturulmuştur. Bu modellere aşağıda değinilmiştir.

2.5.1. Hazan ve shaver'in kişilerarası bağlanma modeli

Daha önce de belirtildiği gibi yetişkinlikteki kişilerarası ilişkiler içinde bağlanma sürecini oluşturan ilişkiler genelde yakın arkadaşlarla ya da romantik partnerlerle olan ilişkilerdir. Hazan ve Shaver (1987), kişilerarası bağlanma modellerini romantik ilişkiler

üzerinden kurmuştur. Buna göre, erken çocuklukta oluşturulan bağlanma biçimleri ve bilişsel şemalar, gelecek dönemlerdeki romantik ilişkilerin seyrini ve eş seçim süreçlerini etkilemektedir. Kolaylıkla tahmin edileceği gibi, bebeklikte güvenli bağlanma geliştirmiş olan bireyler, romantik ilişkilerinde kendilerine güvenir ve ilişki boyunca kendilerini güvende hissederler. Bu tipte kişilerarası bağlanma geliştirmiş kişiler; ölüm, boşanma, ayrılık gibi durumlarda çok üzölmekle beraber, bu durumun üstesinden gelmeyi başarabilirler. Bebeklikte kaçınmacı bağlanma geliştirmiş bireyler romantik ilişkilerinde benzeri bir tavır gösterirler ve duygularını karşı tarafa açmaya çekinirler. Duygularını romantik partnerlerine açmanın bir zayıflık olduğunu ve kendilerini inciteceğini düşünürler. Bir ayrılık durumunda da her ne kadar çok üzölseler de duygularını bastırırlar ve kayıtsız davranmaya çalışırlar. Bebeklikte kaygılı-kararsız bağlanma geliştirmiş bireyler romantik ilişkilerinde tutarsız davranışlar sergilerler. Bu tarz bireylerin ilişkileri genellikle çalkantılıdır. Ayrılık durumlarında da karşı tarafa büyük bir kin ve öfke beslerler (Hazan ve Shaver, 1987; Salahur, 2010).

Yetişkin ilişkilerinde duygusal partnere yakın olma isteğı temeldir. Romantik eşten ayrılma ya da uzak kalma söz konusu olduğunda, tekrar buluşma sürecinde çiftler bu yakınlığı yeniden kurmaya çabalarlar (Lee, 1984). Bu noktada bağlanma tipi kritik rol oynamaktadır; çünkü bu yakınlığı kurmayla ilgili atılacak adımlar ve ortaya konacak davranışlar, önceden gerçekleşen bağlanma biçimi tarafından belirlenir. Pek çok durumda birbirinden ayrı kalan çiftler ayrılık süreci boyunca kendilerini mutsuz ve rahatsız hissederler. Kavuşmayla beraber bu yerini rahatlamaya ve mutluluğa bırakır. Ancak güvenli bağlanma gerçekleştirememiş çiftler söz konusu olduğunda ayrılık süreci çok daha sancılı geçmekte, çiftler birbirini yıpratmakta ve bu yüzden kavuşmayla beraber açığa çıkması gereken rahatlama ve mutluluk tam olarak açığa çıkamamaktadır (Guldner, 1996).

2.5.2. Dörtlü bağlanma modeli

Bowlby (1969)'nin bağlanma kuramını temel alan Bartholomew ve Horowitz (1991), yetişkinlikteki kişilerarası bağlanma biçimlerini açıklamak için, bireylerin kendileriyle ve diğerleriyle ilgili değerlendirmelerin olumlu ya da olumsuz olmasına göre dört çeşit bağlanma tipi tespit etmiştir. Buna göre birey hem kendisi hem de diğerleriyle ilgili olarak olumlu değerlendirmelere sahipse *güvenli bağlanma* gerçekleştirir. Bu tür güvenli bağlanma, Hazan ve Shaver (1987)'in modelindeki güvenli bağlanmayla oldukça benzerdir. Bu tür bireyler kendilerini ile ilgili olumlu değerlendirmeler yaparak kendilerini sevmeye değer bulurlar. Bununla beraber diğer insanlar hakkında da olumlu yargılara sahiptirler ve genel olarak insanları güvenilir bulurlar. Bu sayede insanlarla kolaylıkla ilişki kurabilirler ve kurulan ilişkiler de sağlıklı ilerler. Birey eğer hem kendisi hem de diğerleriyle ilgili olarak olumsuz değerlendirmelere sahipse, *korkulu bağlanma* gerçekleşir. Böyle bağlanma geliştiren bireyler hem kendilerini sevmeye layık bulmazlar hem de diğer insanları güvenilmez olarak algırlar. Bu yüzden genellikle ilişki kurmaya pek gönüllü değildirler. Birey kendisi ile ilgili olumlu ama diğerleriyle ilgili olumsuz değerlendirmelere sahipse, *kayıtsız bağlanma* geliştirmiş olur. Bu tarz bağlanma geliştiren bireyler kendilerinin sevmeye değer olduğunu düşünürler ancak; diğer insanların güvenilmez ve sevmeye değer olmadığını düşünürler. Dolayısıyla yakın ilişkilerden kaçınmakta; yüzeysel ilişkilerde yer almaktadırlar. Birey diğerleriyle ilgili olumlu; ama kendisiyle ilgili olumsuz değerlendirmelere sahipse, *saplantılı bağlanma* geliştirir. Böyle bağlanma geliştirmiş bireyler kendilerini değersiz görmektedirler. Ancak diğer insanlarla ilgili değerlendirmeleri olumlu olduğu için yakın ilişki kurma arayışındadırlar. Fakat, kendileriyle ilgili olumsuz algılara sahip olmaları bir çelişkiyi beraberinde getirir. Dolayısıyla böyle bireyler ilişkilerinde gerçekçi olmayan beklentiler geliştirirler ve karşı tarafı sahiplenme eğilimindedirler. İlişkilerindeki sürecin büyük

çoğunluğunu, kendini ispat için sergilediği saplantılı davranışlar oluşturur (Bartholomew ve Horowitz, 1991; Simpson, 1990).

2.5.3. Boyutsal bağlanma modeli

Brennan, Clarck ve Shaver (1998), daha önce yapılan çalışmalarda kişilerarası bağlanma tiplerini ölçen ölçeklerin maddelerini faktör analizine sokarak, bağlanmanın iki temel boyutta ele alınabileceğini öne sürmüşlerdir. Buna göre kişilerarası ilişkileri oluşturan iki ana boyut *kaçınma* ve *kaygı*dır. Kaçınma başkalarıyla yakın ilişkiler kurmaya karşı olan isteksizliği ifade eder. Kaygı boyutu ise, bireylerin olası ilişkilerinde yaşayacakları olumsuz durumlar, terk edilme, yakınlık ihtiyacına cevap verilmemesi gibi felaket senaryoları ile ilgili korkularını belirtir. Buna göre Brennan ve ark. (1998), 4 çeşit kişilerarası bağlanma tipi üretilebileceğini savunmuştur: Yüksek kaçınma ve kaygı düzeyine sahip olanlar kayıtsız ve/veya korkulu; düşük kaçınma ve kaygı düzeyine sahip olanlar güvenli ve/veya saplantılı bağlanma gerçekleştirirler.

2.6. İÇGÖRÜ

İçgörü (insight) sözcüğünün Türkçe karşılığı; bir konu ya da bir gerçekliği içsel olarak kavramaktır. Psikoloji terminolojisinde ise içgörü; “bir konuyla ilgili daha derin bir düzlemde edinilmiş bilgi ve kişisel kavrayış”tır (Budak, 2000). Farklı araştırmacılar, kuramsal yönelimlerine göre farklı içgörü tanımları yapmışlardır. Örneğin London (2002), içgörüyü kişinin güçlü ve zayıf taraflarının farkına varması olarak tanımlamıştır. Amador ve ark. (1993) ise içgörüyü, kişilerin hayatlarındaki zorluk ve sorunların farkında olma becerisi olarak tanımlar. Öveç (2007)’e göre ise içgörü, düşüncelerin ve duyguların farkında olmak, duygu ve düşüncelerdeki değişimleri algılayıp, bunlara uygun bir biçimde uyum sağlamaktır.

İçgörü kavramı 1930'lu yıllarda psikanaliz çalışmalarında hastaların içinde bulundukları gerçekliği doğru bir şekilde değerlendirmelerinin bir derecesi olarak ortaya atılmıştır (Lewis, 1934). Bu sayede içgörü, o yılların popüler ayrımı olan psikoz ve nevroz arasındaki sınırı objektif bir biçimde çizen önemli bir kriter haline gelmiştir (akt; Aslan ve Altınöz, 2010). İçgörü, önceleri kategorik olarak ele alınmış ve 'ya hep ya hiç' prensibine göre değerlendirmiştir. Buna göre bir bireyin içgörüsü ya vardır ya da yoktur. Ancak daha sonra yapılan çalışmalar bunun böyle olmadığını ve içgörünün bireylerde belirli zamanlarda farklı düzeylerde var olabileceği ve boyutsal bir yapısının olduğunu ortaya koymuştur. (Amador ve ark., 1993; Cooke ve ark., 2005).

Literatürde içgörüyü ele alan çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmaların içgörüyü temelde iki tipte ele aldığını söylemek mümkündür. Bunlardan ilki *klinik içgörü*dür. Tarihsel olarak bakıldığında, klinik içgörü kavramını ilk ortaya atan Jaspers (1913), hastanın hastalığının ve belirtilerinin farkında olmasının önemine dikkat çekmiştir. Buradan yola çıkarak günümüze daha yakın zamanda çalışan araştırmacılar ise klinik içgörüyü, bireyin hasta olduğunu kabul etmesi ve hastalığının yol açtığı durumların farkında olması (Aslan ve Altınöz, 2010); sorunlarının neler olduğunu anlayarak bunlarla daha iyi yüzleşme becerisi (Aslan ve ark., 2005) olarak tanımlamışlardır. Klinik içgörü ile ilgili yapılan çalışmalar özellikle şizofreni, depresyon, bipolar bozukluk gibi ciddi psikiyatrik bozukluklara odaklanmıştır. Bu noktada hastaların içinde bulundukları durum ve bunun tedavisi ile ilgili yapılan bilgilendirmeleri anlayabilmeleri, bu konular üzerinde akıl yürüterek fikir beyan edebilmeleri ve tedavi süresinde yaşanabilecek olası durumların farkında olmaları, kritik olarak görülmüştür (akt; Ruissen ve diğerleri, 2012). Pek çok araştırmada, psikotik bozukluğu olan hastaların içgörü düzeyi düşük olarak bulunmuştur (Amador ve diğerleri, 1991). İki uçlu bozukluğu temel alan çalışmalarda, içgörünün özellikle azaldığı hatta tümünden yok olduğu dönemler, mani dönemleri ve ağır hipomani dönemleri olarak karşımıza çıkmaktadır

(Ghaemi, Stoll ve Pope Jr, 1995). Bir araştırmada, manik semptomların sayısı ile içgörü düzeyi arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur (Dias ve ark., 2008). Bir diğer araştırmada ise, manik fazdaki içgörü düzeyinin, depresif ve karma fazdaki içgörü düzeylerine göre anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur (Dell'Osso ve diğerleri, 2002).

Bir diğer içgörü tipi ise, *terapötik içgörü*dür. Başarılı bir terapinin en önemli hedefleri, bireyin kendi iç dünyasını ve duygularını anlayıp, içinde bulunduğu sorunun çözümüyle ilgili katılımcı bir tutum izlemesini sağlamaktır (Egan,1990). Konuya böyle bakıldığında terapötik içgörünün aslında sağlıklı bir psikoterapinin temel amacı ve yok haritası olduğunu söylemek mümkündür. Bu tür bir içgörüye sahip olmayan bireyler, psikoterapistle işbirliği gerçekleştiremezler ve sorunun çözümüne yönelik etkin adımlar atılamaz. Kolk (1998) terapötik içgörüyü, kişinin kendi iç dünyasını yorumlayarak kendisini derinlemesine anlaması olarak tanımlamıştır. Patterson ve Welfel (200)'e göre ise içgörü, terapi süresince kişinin duygu, inanç, varsayım ve çatışmalarının daha belirgin bir düzleme oturmasıdır. Bu iki tanımda da ortak olan nokta, bireyin terapi süreci boyunca istenilen sonuçlara ulaşabilmek için aktif çaba göstermesi gerekliliğine işaret edilmesidir. Diğer bir ortak nokta ise her iki tanımda da, kişinin kendisi ve içsel süreçleriyle ilgili günden güne artan bir farkındalık geliştirmesinin amaçlanmasıdır (Akdogan ve Türküm, 2014). Messer ve McWilliam (2007), terapötik içgörünün göstergesi olarak 5 özellik belirlemiştir: *Örüntüleri ve bağlantıları tanıma* bireyin bugünkü ve geçmişteki ilişkilerinde kendisine ve çevresine nasıl davrandığının farkında olarak bunlar arasında bir tutarlılık göstermesidir. *Kendini gözleme becerisi* bireyin kendisini, yaşadığı olayları ve buna karşı verdiği tepkileri objektif olarak değerlendirebilmesidir. *Anormal düşünceleri kontrol edebilme*, bireyin kendisi ya da etrafındakiler için tehlike oluşturan özkıym ya da saldırganlık gibi düşünceleri bastırabilmesidir. *Kendi motivasyonunu anlama*, bireyi harekete geçirip kendisiyle ve hayatıyla ilgili olumlu kazanımlar elde etmesini sağlayacak güdülerin neler olduğunun birey

tarafından anlaşılmasıdır. *Diğerlerinin motivasyonunu anlama*, bireyin çevresindeki insanları harekete geçiren ya da kendisine daha olumlu davranmasını sağlayan güdüleyicilerin, birey tarafından anlaşılmasıdır.

İçgörüyle ilgili farklı kuramsal yaklaşımlar mevcuttur. Bu kuramsal yaklaşımların başında, psikodinamik yaklaşım gelmektedir. Psikodinamik yaklaşım, özellikle de psikanalitik psikoterapilerden dolayı içgörüye ayrı bir önem vermektedir. Bireylerin bilinçdışı süreçleriyle ilgili içgörü kazanması, terapinin temel amaçlarından biridir. Freud (1959) içgörü, iyileşmenin en büyük göstergelerinden biri olarak görür ve hastanın gösterdiği semptomların anlamını anlayıp analiz ederek, bilinçdışına itilmiş düşüncelerinin sağlıklı işlevlerinin önüne geçmesini engellenmesi olarak tanımlar. Çocukluk dönemindeki çözülmemiş bilinçdışı çatışmalar, bireylerin işlevsel olmayan bazı davranışlarının temelini oluşturabilmektedir; bu yüzden terapiye gelen hastaların bu çatışmalar hakkında içgörü sahibi olması oldukça kritiktir. (Murdock, 2012). Eğer bu içgörü yoksa, terapi uygun bir biçimde ilerleyemez ve olumlu sonuç veremez. Halbuki içgörüsü olan kişi, bilinçdışı korkularının, ego savunma mekanizmalarının ve ilkel arzularının farkına varıp bunların muhasebesini yapabilir böylece terapötik ilerleme sağlanabilir (Westen, 1996).

Adlerci yaklaşım da psikodinamik yaklaşıma oldukça benzer bir anlayış taşımaktadır. Buna göre içgörü, tıpkı psikodinamik yaklaşımda olduğu gibi iyileşme sürecinin bir göstergesidir (Sweeney, 1989). Adlerci yaklaşımdaki terapi uygulamalarında, kişinin o an ve oradaki davranışlarına odaklanılır ve terapist bu davranışlar üzerine yaptığı yorumlarla bir nevi geribildirim vererek bireyin içgörü kazanmasına yardımcı olmaya çalışır (Corey, 2004). Bu sayede kişinin elde ettiği içgörü ile hatalı yaşam tarzlarını ve buna yönelik tutumlarını değiştirerek, daha işlevsel bir yaşantı, tutumlar ve davranışlar oluşturması beklenir (Corey, 2004).

İçgörüyle ilgili bir diğer yaklaşım, davranışçı ekolden gelmektedir. Davranışçı ekoldeki bilim insanları, bilinçdışı süreçleri incelemedikleri için, çoğunlukla ya içgörü kavramını tümünden görmezden gelmiş; ya da psikodinamik yaklaşımı benimseyen bilim insanlarından daha farklı bir kavramsallaştırma yapmışlardır. Hatta Bandura (1977), davranış değişimi için içgörüyü kullanmanın etik olmayabileceğini bile savunmuştur. Shoben (1960), içgörünün psikolojik iyilik haline hizmet ettiğini kabul etmekle beraber, kaygı bozuklukları gibi bazı hastalıklarda içgörüye karşı temkinli yaklaşılması gerektiğini savunmuştur.

Bilişsel yaklaşım, davranışçı ekolün aksine içgörüye daha fazla önem vermektedir. Özellikle 50'li yılların ortalarından itibaren başlayan bilişsel devrim ve insan zihni ile bilgisayar arasında kurulan benzerlik ile birlikte, bilişsel yeniden yapılandırma gibi kavramlar ortaya atılmıştır. Bu tarz bir yeniden yapılandırma için içgörünün önemi savunulmuştur (Stern ve ark, 1999). Terapötik uygulamalarda da bu bilişsel yeniden yapılandırma kavramı anahtar rol oynamıştır. Özellikle depresyon gibi bozuklukların temelinde yer alan bilişsel çarpıtmaların ortadan kaldırılabilmesi için bu süreçlere yönelik bir farkındalık olması gerektiği savunulmuş ve terapi çabaları bu farkındalığı kazandırma üzerinde şekillenmeye başlamıştır (Beck ve ark., 1999). Özellikle akılcı duygusal davranışçı terapi gibi bilişsel odaklı terapi türlerinde, bilişsel çarpıtmalarla ilgili içgörü kazanılmasının, tedavi sürecinin başarısıyla ilgili bir ölçüt olduğu kabul edilmiştir (Owens, Pike ve Chard, 2001). Bu noktada üç türlü içgörü kazanımından bahsedilmektedir. Birincisi, işlevsel olmayan davranışların sebebinin sadece geçmiş yaşantılar olmadığının anlaşılması, bunlara sebep olan etkenlerin halen sürdürülen hayatta da mevcut olduğunu kabul ederek, bunların neler olduğunun kavranmasıdır. İkincisi bireylerin kendi inanç sisemlerini, düşünce yapılarını, şemalarını sürekli sorgulamaları; bunlardan işlevsel olmayanları akılcı olanlarla değiştirmeleri gerektiğinin farkındalığıdır. Üçüncü tür içgörü ise ilk iki içgörünün sağlanabilmesi için

gereken sürecin oldukça acı verici, zorlayıcı ve sancılı bir süreç olabileceğinin farkında olmaktır (Ellis, 1974).

Gestaltçı yaklaşım, içgörüyü duygular temelinde ele alır. Buna göre içgörü, terapi esnasında yaşanan duyguların açık bir şekilde farkında olunmasıdır (Corsini, 1984). Gestaltçı terapi yaklaşımlarında, kişinin deneyimlediği şeyin farkında olması, bununla birlikte bu farkındalığın da farkında olması; bir nevi meta içgörü kazanması hedeflenir (Pascual-Leone ve Greenberg, 2002). Gestaltçı terapilerde genelde bireyler bir reddetme içinde olurlar ve bu duruma karşı da aşırı savunmacı bir tutum sergilerler. Terapistler bu durumu aşabilmek için yüzleştirme tekniğini kullanarak kişinin kendisi hakkında bir farkındalık ve içgörü kazanmasını sağlarlar (akt. Akdoğan ve Türküm, 2013).

Rogers (1961) tarafından geliştirilen birey odaklı terapide içgörü, deneyime açık olma, farklı bakış açılarını anlayıp kabul etme bakımından esnek olma, yeni şeyler keşfetmekten zevk alma gibi özelliklerle tanımlanır. Gestaltçı terapistler terapi sürecini bireyin kendisini anlamak için çıktığı bir yolculuk olarak nitelerler ve kişinin bu yolculuğun sonunda bir yere ulaşmaktan çok yolculuğun kendisinden fayda elde etmesi gerektiğini savunurlar (Nelson-Jones, 1982).

2.7. ALGILANAN SOSYAL DESTEK

İnsan sosyal bir varlıktır, yaşamını sürdürebilmek için pek çok bakımdan başka insanlara bağımlıdır. Durum böyle olunca diğer insanların sosyal desteği birey için son derece önemli bir hale gelmiştir. Caplan (1976) sosyal desteği, birey zorlayıcı bir durumla karşılaştığında, bu durumun etkin bir biçimde üstesinden gelebilmesi için sosyal çevresinden gerekli yardımı görmesi olarak tanımlar. Bu yardım duygusal, bilişsel ve davranışsal öğeleri içermelidir. Sosyal destek gören bir birey yakınları tarafından duygusal olarak olumlu geribildirimler aldığı gibi, karşılaştığı zorluğu çözmesini sağlayacak maddi yardımları da elde

eder. McElroy (1997)'a göre sosyal destek, zorlayıcı durumlarda bireyi psikolojik olarak koruyan özel bir sosyal etkileşim türüdür. Başka bir tanıma göre ise sosyal destek, birey için stres yaratan bir durum söz konusu olduğunda, kendisinin değerli olduğunu hissettiren ve zorlayıcı durumdan kurtulmasını sağlayabilecek ilişkiler ağının içinde olmaktır (Demaray ve ark., 2005).

İnsanlar çevresindekiler tarafından sevilme, beğenilmek ve güvenilmek; aynı zamanda da onlara karşı sevgi ve güven beslemek isterler. Bu ihtiyaç, sosyal desteğin temelini oluşturur (Demirtaş, 2007). Pek çok insan, kendini mutsuz, huzursuz ya da çaresiz hissettiğinde, aile bireylerini ya da yakın arkadaşlarını yakınında görmek, onların yakınlığını hissetmek ister (Çakır ve Palabıyıkoglu, 1997). Bu tarz bir destek bireyin psikolojik iyilik hali için son derece önemlidir. Pek çok insan bu desteği, öğüt verme ya da yüzeysel olarak teselli etme şeklinde değil de; aktif olarak empatinin kurulduğu ve sorunun çözümüne yönelik birlikte adımların atıldığı etkileşimsel bir süreç olarak almak ister (Duru, 2008). Bu desteğin, sosyal, psikolojik ve finansal ayakları olmalıdır (Yıldırım, 2006). Sosyal destek, bireylerin ihtiyaç duyduklarında kendilerine yardım sağlanabileceğine, sevildiklerine ve korunduklarına dair güvenlerini artırır, bu sayede birey kendisi ve çevresi hakkında daha olumlu bir algı geliştirir.

Bireyler, ihtiyaç duydukları sosyal desteği çeşitli kaynaklardan alabilirler. Genellikle bu kaynaklar; aile, akrabalar, arkadaşlar, öğretmenler, bağlı bulunulan dini,etnik ya da siyasi-ideolojik topluluklar olarak karşımıza çıkmaktadır (Yıldırım, 1998). Araştırmalar bu sosyal destek kaynaklarının, bireylerin karşılaştıkları zorlayıcı durumlarla daha etkin bir şekilde başa çıkmasını sağladığını ve ruhsal iyilik halinin korunmasına hizmet ettiğini; bireylerin kendilerini daha başarılı ve üretken olarak algılamasını sağladığını göstermektedir (Yıldırım, 1997; Arıcıoğlu, 2008). Tersı durumda, sosyal destek kaynaklarından aradığı desteği

bulamayan bireyler, bu durumu kendileri için tehdit olarak görmekte ve kendilerini mutsuz, başarısız ve güvensiz hissetmektedir (Şencan, 2009).

Literatüre bakıldığında zaman zaman sosyal destek ve algılanan sosyal destek kavramlarının birbirlerinin yerine kullanılabildiği görülmektedir. Ancak bu iki kavram arasında bir ayırım yapmak yerinde olur. Sosyal destek, ihtiyaç anında alınan yardımları belirtirken, algılanan sosyal destek, zorlayıcı bir durumla karşılaşıldığında sosyal destek kaynağı olarak görülen kişilerin gerekli desteği vereceğine olan inançtır. Baştürk (2002)'e göre algılanan sosyal destek, bireylerin etrafındaki insanlar tarafından sevildiği ve değer gördüğü, bir ihtiyaç söz konusu olduğunda ise bu kişilerden koşulsuz destek görebileceği, sosyal ilişkilerinden doyum alabildikleri algısıdır. Bireyin ihtiyaç anında sosyal çevresinden görebileceği yardım ile ilgili beklenti ve algısını, önceki yaşantıları belirler. Daha önce zor durumlarla karşılaştığında sosyal çevresinden destek gören bireyler, daha olumlu bir sosyal destek algısı geliştirirler (Demirtaş, 2007). Bu bağlamda algılanan sosyal desteğin, bireyin kendisini ne kadar değerli gördüğünün de bir belirleyicisi olduğunu söylemek mümkündür; zira gerektiğinde çevresinden yardım göremeyen bireyler kendilerinin değersiz olduğu algısına kapılabilmektedirler (Özgür, 1993).

Ruhsal iyilik hali üzerinde; algılanan sosyal desteğin, alınan sosyal destekten daha büyük bir etkisi vardır. Çünkü hayat belirsizliklerle doludur ve insanlar ne zaman nelerle karşılaşabileceğini önceden kestiremez. Ancak ne olursa olsun, hayat karşısına kötü şeyler çıkarttığında bile bununla baş edebilecek desteği alacağından emin olan bireyler, bu belirsizlikle daha iyi başa çıkabilirler (Stokes, 1985). Yapılan araştırmalar, algılanan sosyal destek ile ruhsal ve fiziksel sağlık arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermektedir (Vandervoort, 1999). Sosyal destek algısı düşük olan bireylerde ise, kaygı, majör depresyon gibi bir takım ruhsal bozukluklar ve kronik yorgunluk, tükenmişlik gibi sendromlar tespit edilmiştir (Vandervoort, 1999). Sosyal destek algısını, sahip olunan sosyal ilişkilerin niceliği

değil niteliği belirler. Bazı bireyler günlük yaşamları içerisinde çok fazla sosyal grup içine girip çok sayıda insanla iletişim kurabilirler. Ancak bu ilişkilerdeki geçmiş yaşantıları ya da ilişkilerindeki kişilerden aldıkları ipuçları, ihtiyaç durumunda kendilerine bir yardım gelmeyeceğini işaret ederse, iletişim kurulan kişi sayısı ne kadar çok olursa olsun, yüksek bir sosyal destek algısı gelişmez (Ellis ve ark., 2004). Modern zamanlarda pek çok insan yaşamının ilerleyen yıllarında çevresindeki insan sayısını daraltma eğilimindedir. Bu tarz bir eksiltmeye giderken bireyler genellikle sosyal destek algılarını yükselten insanları hayatlarında tutup, diğerlerini çıkartmayı tercih ederler (Kaplanhan, 2015).

Sosyal destek algısını etkileyen en önemli faktörler olarak yaş ve cinsiyet karşımıza çıkmaktadır. Cinsiyet bakımından kadınlar ve erkekler arasında algılanan sosyal destek bakımından farklılıklar olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Buna göre kadınların algılanan sosyal destek düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu iddia edilmektedir (Finkelstein, 1996). Buna gerekçe olarak da kadınların erkeklere göre daha ilişkisel olmaları ve sosyal ilişkilere daha fazla yatırım yapmaları gösterilmektedir (Colarossi, 2001; Gregoire ve Snively, 2001). Ancak başka bazı çalışmalar ise algılanan sosyal destek düzeyi bakımından kadınlarla erkekler arasında herhangi bir fark olmadığını ileri sürmektedir (Çakır ve Palabıykoğlu, 1997). Yaş söz konusu olduğunda, bireylerin çeşitli yaş dönemlerinde algıladıkları sosyal destek düzeyinin değiştiğini söylemek mümkündür. Çocuklukta algılanan sosyal destek görece yüksek bulunurken (Dubow ve Ullman, 1989), ergenlikle beraber algılanan sosyal destek düzeyinin düştüğüne dair bulgular vardır (Canty-Mitchell ve Zimet, 2000). Buna gerekçe olarak da ergenlik döneminde çoğu ergenin anne-babalarıyla bir takım çatışmalar yaşaması gösterilmektedir. Pek çok durumda en önemli sosyal destek kaynağı olan anne-babayla böyle bir çatışma içine girmek, bu kaynaktan gelecek sosyal desteğin azalacağına yönelik bir algı oluşturuyor olabilir. Bazı araştırmalarda ise ergenlikle birlikte gençlerin geniş arkadaş grupları kurmaya başladıkları ve anne-baba ile olan çatışmanın

getirdiği sosyal destek algısındaki azalmayı bu yeni kurulan sosyal çevrenin kompanse ettiği rapor edilmektedir (Rueger ve ark., 2016). İlerleyen yaşlarda tecrübe ve yaşantılarla beraber, kemik sosyal çevrenin de oturmasıyla beraber bireylerin genellikle algılanan sosyal destek düzeylerinin yükseldiği bildirilmektedir (Kelly ve ark., 2017).

2.8. İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.8.1. Literatüde saldırganlık ile ilgili yapılmış araştırmalar

Tzeletopoulou ve ark. (2019) yürüttükleri bir çalışmada, ruh sağlığı uzmanlarının yorgunluk düzeyleri ve algıladıkları sosyal desteğin, saldırgan davranışları yordayıp yordamadığını araştırmışlardır. 104 ruh sağlığı uzmanıyla enlemesine kesitsel yöntem kullanılarak yapılan çalışmada katılımcılar; yorgunluk değerlendirme ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve saldırganlık anketi gibi ölçüm araçları ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları, ruh sağlığı uzmanlarının yorgunluk düzeylerinin yüksek olduğunu ve algılanan sosyal destek düzeyinin düşük olduğunu göstermiştir. Fiziksel ve psikolojik yorgunluğun ruh sağlığı uzmanlarının saldırgan davranışlarını yordadığı bulunurken; bu saldırgan davranışların istatistiksel olarak en büyük yordayıcısı ise, algılanan sosyal destek düzeyinin düşük olmasıdır. Düşük algılanan sosyal destek düzeyinin özellikle ruh sağlığı uzmanlarının fiziksel saldırganlık davranışlarıyla ilgili olduğu rapor edilmiştir. Araştırmacılar bu bulguların, ruh sağlığı uzmanlarının saldırgan davranışlarını önleyebilecek ve azaltabilecek bir müdahale modeli geliştirmek için önemli olduğu yorumunu yapmışlardır.

Wachtel, Jaffe ve Kellner (2011), 4 yaşındaki bipolar afektif bozukluğu olan bir çocukla bir vaka çalışması yürütmüşlerdir. Çocuk, kendisine ve kendisine bakım sağlayanlara karşı ciddi hayati tehlike oluşturacak saldırgan davranışlar göstermektedir ve psikotrop ilaçlar işe yaramamaktadır. Araştırmacılar, bu durumun tedavisi için, 8 seans bilateral elektrokonvülsif terapi uygulamışlardır. Tedavi sürecinin sonucunda hastada stabilite

sağlanmış ve saldırgan davranışların miktarında anlamlı bir azalma meydana gelmiştir. Bu durum araştırmacılar tarafından, beyinde saldırganlıkla ilişkili olduğu bilinen bölgelerin elektriksel uyarımının saldırgan davranışları önemli ölçüde azalttığı şeklinde yorumlanmıştır.

Sanrılı bozukluktaki saldırganlık özelliklerin incelendiği bir araştırmada (Teixeira ve Dalgarrondo, 2009), şiddet içerikli bir suça karışmış 30 sanrılı bozukluğu olan hasta ve böyle bir suç öyküsü bulunmayan 30 sanrılı bozukluğu olan hasta çeşitli özellikler bakımından karşılaştırılmışlardır. Araştırmada ölçüm aracı olarak; PANSS (Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği), MINI (Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme) ve MMDAS (MacArthur-Maudsley Delüzyon Değerlendirme Ölçeği) kullanılmıştır. İstatistiksel analizlere göre, suç işlemiş olan sanrılı bozukluk tanılı hastalar, suç işlememiş olanlara göre kendini ketleme düzeyi bakımından daha düşük skorlar elde etmiş ve ayrıca duygudurumları da daha olumsuz özellikte bulunmuştur. MMDAS üzerinden yapılan analizlere göre, bazı sanrı türlerinin harekete geçmeyi engelleyici ve saldırganlığı azaltıcı etkilerinin olduğu tespit edilmiştir. Bu yüzden araştırmacılar, suç işlemiş ve işlememiş bu psikotik hastaların arasındaki temel farkın, farklı türlerden sanrılara sahip olmak olduğunu iddia etmişlerdir.

Khalsa ve ark. (2018), bipolar I hastalarının saldırganlık düzeylerinin değerlendirildiği bir araştırma yürütmüşlerdir. 216 hastanın katıldığı araştırmada, bipolar I hastaları arasından ilk psikotik epizotlarını yaşayanların, saldırganlık düzeylerinin çok daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bipolar I hastalarının, genellikle şiddet içerikli davranışlar göstermedikleri bilinmesine rağmen, psikotik epizot geçirenlerin saldırgan davranışlar göstermeye başlaması, araştırmacılar tarafından dikkat çekici olarak yorumlanmıştır. Psikotik epizot geçiren bipolar I hastalarının, intihar girişimlerinde bulundukları ve alkol kötüye kullanımlarının bulunduğu bildirilmiştir. Bu bulgular, psikoz ile saldırgan davranışlar arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Benzer bir araştırma yürüten Grattan ve ark. (2019) da benzer sonuçlara ulaşmıştır. Buna göre, ilk psikoz epizodundaki hastalarda travma öyküsün saldırganlık, depresyon, intihar dışı kendine zarar verme davranışı ve intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. 187 psikoz hastasıyla yürütülen çalışmada, çocuklukta travmatik bir yaşantı geçirmiş olanların hem kendilerine hem de diğerlerine saldırganca davranma olasılıklarının arttığı bulunmuştur. Bu da, psikoz ve saldırganlık arasındaki ilişkide pek çok aracı değişkenler olduğunu göstermektedir. Özellikle çocukluk çağı travmalarının, psikoz hastalarında intihar ve saldırganlık davranışı görülme olasılığını artırması dikkat çekici bir bulgudur. Böyle bir durumda, depresyon gibi bir başka hastalığın da tabloya dahil olması, psikotik hastalıkların prognozunun daha iyi anlaşılması ve daha etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilebilmesi için son derece büyük önem taşımaktadır.

Mosele ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada, psikoz hastalarının hastaneye yatış süreçlerinin de saldırganlık düzeyleri üzerinde etkili olduğunu bulmuşlardır. Buna göre, hastaneye ambulans ya da polis zoruyla gönülsüz olarak getirilen psikoz hastalarının saldırganlık düzeyleri, hastaneye kendi istekleriyle yatan hastaların saldırganlık düzeylerine göre oldukça yüksek bulunmuştur. Gönülsüz olarak hastaneye yatırılan psikoz hastalarının, özellikle ilk birkaç gün boyunca kendilerine ve sağlık personeline karşı ciddi anlamda yıkıcı ve zarar verici saldırgan davranışlar gösterdikleri, bununla birlikte pozitif semptomlarının da artış gösterdiği rapor edilmiştir.

2.8.2. Literatürde dürtüsellik ile ilgili yapılmış araştırmalar

Dürtüsellğin, saldırganlık ve suç işleme davranışıyla ilişkisi pek çok araştırmaya konu olmuştur. Örneğin bir çalışmada (Armiya’u, 2020), Nijerya’daki cinayet işlemiş ve cinayet dışı sebeple mahkum olmuş kişilerin dürtüsellik, saldırganlık ve özkıyım eğilim düzeyi karşılaştırılmıştır. 102 cinayet işleyen, 102 işlememiş olan mahkum, Barratt dürtüsellik testi

kısa form ile dürtüsellik düzeylerini, gözlenebilir saldırganlık ölçeği ile saldırgan davranışlarını, uluslararası nöropsikiyatrik görüşme (the MINI International Neuropsychiatric Interview Module C) ile özkıyım eğilimlerini değerlendirmiştir. Yapılan analizler sonucunda, cinayet suçlusu mahkumların motor dürtüsellik düzeyi en yüksek düzeyde bulunmuştur. Her iki grup fiziksel saldırganlık düzeyi bakımından farklılaşmazken, cinayet suçlusu mahkumların özkıyım eğilimleri daha düşük düzeyde bulunmuştur.

Bir diğer araştırmada (Ramanauskas, 2020), beyinde meydana gelen travmatik yaralanmaların derecesi ile, dürtüsellik ve suç işleme arasındaki ilişkinin miktarı incelenmiştir. Büyük bir veri setindeki verilerin analizi sonrasında, beyinde özellikle spesifik bölgelerde meydana gelen yaralanma veya çeşitli hasarların, dürtüsellikle daha fazla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu tür travmatik beyin hasarı olan hastaların, saldırganlık, risk alma ve suç işlemeye yatkınlıklarının daha fazla olduğu görülmüştür. Beyindeki hasarın derecesi arttıkça, dürtüsellikle suç işleme davranışı arasında daha güçlü bir ilişki oluşmaya başlamıştır. Başka bir deyişle, beyindeki belli bölgelerde oluşan hasarın derecesi arttıkça, ortaya çıkan dürtüsellik bireylerin suç ile ilişkilendirilebilecek davranışları gösterme eğilimini artırmaktadır.

Foroozandeh (2017), yazısında dürtüsellüğün, asosyal davranışlar, şiddet ve suç işleme davranışı ile ilişkili olduğunu belirtmiş; bu ilişkinin de belirli bilişsel işlevlerdeki bozukluklarla ilgili olduğunu rapor etmiştir. Özellikle dikkat, dikkatin sürdürülmesi, dikkatin odaklanması, dikkatin kaydırılması, uzamsal algı, çalışma belleği gibi frontal bölgeyle ilişkili olduğu bilinen üst düzey bilişsel işlevlerdeki bozulmaların, bireylerde dürtüsellikle ilişkili davranışlara yol açtığını, bunlar arasında en yaygın olanların da şiddet ve suç işleme davranışları olduğunu aktarmıştır.

Wendel, Rocque ve Posick (2018) ise, yaptıkları araştırmada, suç ve dürtüsellik ilişkisi söz konusu olduğunda, tek boyutlu bir dürtüsellik anlayışının yanlış olduğunu ileri sürmüş ve farklı dürtüsellik türlerinin farklı suçlarla ilişkili olabileceğini göstermişlerdir. Örneğin dürtüsellüğün bazı boyutları antisosyal davranışlarla ilişkili bulunurken, bazı türleri, özellikle çalma ve hırsızlık gibi suçlarla, diğer bazı türleri ise, şiddet ve saldırganlık içerikli suçlarla ilişkili bulunmuştur. Bazı dürtüsellik boyutları ise doğrudan başkasına zarar veren sonuçlar doğurmak yerine bireyin kendine zarar verici davranışlarda bulunma olasılığını artırmaktadır. Örneğin yeme bozuklukları ve özkıym gibi durumlarda, bu tür kendine zarar verici türdeki dürtüsellüğün etkisi son derece büyüktür. Bu anlamda fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan dürtüsellik ayrımını yapmışlar, ve bu gruplama sayesinde belirli dürtüsellik boyutlarının spesifik suçların yordanmasında etkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Benzer şekilde Alasaarela ve ark. (2017), dürtüsellüğün bazı durumlarda dışa yönelik şiddete sebep olduğunu belirtirken bazı durumlarda dürtüsellüğün kişinin kendine yönelik şiddet içerikli ve zarar verici davranışlara sebep olduğunu bildirmektedir. Özellikle psikotik hastalığı olan ergenlik çağındaki bireyler söz konusu olduğunda, dürtüsellüğün kendini yaralama ve intihar gibi davranışlarla daha yakından ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle psikotik hastalığa sahip olmanın, dürtüsellikle ilgili kendine zarar verme davranışlarında önemli bir etken olduğunu belirtmişlerdir.

Van Erp ve ark. (2020), şizofrenide, dürtüsellüğün psikotik özelliklerle yakından ilgili olduğunu belirtmiş ve dürtüsellüğün hastalık süreci boyunca hastalara ciddi zararlar verdiğini belirtmiştir. Bu yüzden, yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarında dürtüsellüğü kontrol altına almanın öneminden bahsetmişlerdir. Bu maksatla 38 şizofreni hastasına 6 hafta boyunca bir gruba günde 2 mg, diğer gruba ise günde 4 mg brexpiprazole verilmiştir. 6 haftanın sonunda, bu hastaların dürtüsellik ile ilişkili bazı görevleri (örn. Yap-yapma testi) yaptığı sırada dürtüsellüğün kontrolü ile ilişkili olduğu bilinen sağ ventrolateral prefrontal korteks

bölgesindeki BOLD aktivasyonunu fMRI cihazı ile karşılaştırmışlardır. Sonuçlar, brexpiprazole kullanımının sağ venrolateral prefrontal kortekste kan akışının artmasını ve buranın daha iyi aktive olmasını sağladığı, böylece dürtüsel davranışların bir ölçüde kontrol altına alınabildiğini göstermiştir.

Kim ve ark. (2018), araştırmalarında, psikotik hastalığa sahip ve patolojik kumar oyuncısı olan bireylerde dürtüsellik kumar oynama davranışının yoğunluğu üzerindeki etkisini değerlendirmişlerdir. Araştırmacılar, psikotik hastalığı bulunan kişilerin patolojik kumar oynamaya daha meyilli olduklarını, bu tür bir davranışın ortaya çıkmasında da artmış dürtüsellik aracılığıyla olduğunu ortaya koymuşlardır. 394 şizofreni hastasıyla yürütülen çalışmada, dürtüsellik düzeyi arttıkça kumar oyna davranışının örüntüsünün de zarar verici şekilde değiştiği, bu durumdaki hastaların daha yoğun ve daha büyük bahislerle kumar oynadıkları görülmüştür. Bu araştırmanın bulgularına göre, dürtüsellik düzeyi yüksek şizofreni hastalarındaki patolojik kumar oynama oranının diğer tüm popülasyonlarda yüksek bulunması dikkat çekicidir.

Arunogiri ve ark. (2019) metamfetamin kullanan ve psikotik belirtileri olan bireylerdeki dürtüsellik ve duygu tanıma düzeylerini incelemişlerdir. Toplamda 131 kişiyle yürütülen araştırmada 3 grup bulunmaktadır. Bir grupta psikotik belirtileri olan ve metamfetamin kullanan bireyler, bir grupta psikotik belirtileri olan ve metamfetamin kullanmayan bireyler son grupta ise herhangi bir psikotik belirtisi olmayan ve metamfetamin kullanan bireyler yer almaktadır. Araştırma bulguları, en yüksek dürtüsellik düzeyinin psikotik belirtileri olan ve metamfetamin kullanan kişilerde olduğunu göstermiştir. Bu kişilerin duygu tanıma becerileri de düşük bulunmuştur. Bu durum, psikotik belirtilerle dürtüsellik bir araya gelmesinin, madde kullanımı için büyük risk oluşturduğunu göstermektedir.

2.8.3. Literatürde bağlanma ile ilgili yapılmış araştırmalar

Yetişkin bağlanma türlerinin, bireylerdeki şiddet eğilimini ve suç işleme davranışını yordayıp yordamadığı araştırmacıların ilgisini çeken bir konu olmuştur. Örneğin Hoover ve Jackson (2019), yaptıkları araştırmada romantik çiftlerde, güvensiz bağlanma tarzının duygu düzenleme ve psikolojik saldırganlık ile olan ilişkisini incelemişlerdir. Bir klinikte çift ya da aile terapisi alan 124 çift üzerinde gerçekleştirilen çalışmada, özellikle kaygılı bağlanma türüne sahip bireylerin, romantik eşlerine psikolojik şiddet içeren davranışlar sergiledikleri ortaya konmuştur. Bu ilişkide duygu düzenleme mekanizmalarının aracı değişken olarak rol oynadığı görülmüştür. Buna göre, güvensiz bağlanma duygu düzenleme becerilerinde zayıflığa yol açmakta ve bu zayıflık da bireylerin eşlerine bu tür davranışlar göstermesine sebep olmaktadır. Sonuçlar, eşlerin kendi uyumsuz bağlanma ile ilgili davranışlarını etkili bir şekilde yönetme yeteneklerinin artmasının, eşler arasındaki psikolojik saldırganlık düzeylerini azaltabileceğini göstermektedir.

Bir diğer araştırmada (Simane-Vigante, Plotka ve Blumenau, 2018), erkek suçlularda şiddet suçu, yetişkin bağlanma tarzı ve kişilik özelliklerinin ilişkisi araştırılmıştır. Şiddet suçu işlediklerinden dolayı hapisyanede bulunan erkek mahkumlarla yürütülen araştırmada, kaygılı-kaçınmacı bağlanma tarzının erkek mahkumlar arasında daha yaygın olduğu görülmüştür. Bu tür bağlanmanın, genellikle büyük beşli kişilik özelliklerinden nevrozizm ile ilgili olduğu da araştırmanın bulguları arasındadır. Araştırma sonuçlarına göre, güvenli olmayan bağlanma tipleri ile nevrozizm gibi olumsuz kişilik özellikleri bir araya geldiğinde, özellikle erkekler için şiddet suçu işlemede önemli bir yordayıcı olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmacılar, bu bilgileri, suçluların yeniden topluma kazandırılmasında faydalı olabileceğini tartışmışlardır.

Grady, Yoder ve Brown (2018)'ın bulguları ise, ilginç bir duruma dikkat çekmektedir. Bu araştırmaya göre, çocuklukta kötü muameleye maruz kalan bireylerin, yetişkinlikte güvenli olmayan bağlanma tiplerini geliştirdikleri, bunun yanında özellikle cinsel istismar gibi şiddetli travma türlerine maruz kalan bireylerin ileride, benzer davranışı başka bireylere gösterme konusunda eğilimli oldukları görülmektedir. Araştırmacılar, bu anlamda çeşitli travma türlerinin spesifik suçları yordamakta etkili olabileceğini rapor etmişlerdir. Özellikle duygusal ihmal gibi durumlara çocuklukta maruz kalan bireylerin, ileride kendi çocuklarına karşı umursamaz ve kayıtsız davranışlar gösterme olasılıkları yüksek bulunmuştur. Çocuklukta ebeveynlerinden şiddet gören bireylerin, ileride kendi çocuklarına karşı şiddet uygulama eğilimlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan analizlerde, çocuklukta maruz kalınan travmaların ileride şiddet davranışına dönüşmesinin en büyük yordayıcısı olarak bu bireylerin güvenli olmayan bağlanma tipine sahip olmaları gösterilmiştir. Bu durum, toplumdaki suçların nasıl devamlılık gösterdiğini ve bir sonraki kuşaklara nasıl taşındığını çarpıcı bir şekilde göstermektedir.

Yetişkin bağlanma tarzlarının, romantik eş şiddetini de yordadığına dair araştırmalar mevcuttur. Örneğin Mukadam (2020) yaptığı araştırmada, güvenli olmayan bağlanma tipine sahip bireylerin, ister erkek ister kadın olsun, ilişkide kıskançlık ya da fiziksel şiddet gibi şiddet davranışlarını gösterme eğilimlerinin daha fazla olduğunu bulmuştur. İlginç bir şekilde, güvenli olmayan bağlanma tipi geliştirmiş bireylerin, ilişkilerinde fiziksel ve duygusal şiddete maruz kaldıklarını rapor ettikleri de araştırmanın bulguları arasındadır. Buna göre güvenli bağlanma geliştirememiş bireylerin duygusal ilişkilerinde zorba mı yoksa kurban mı olacağını belirleyen değişkenlerin başında, çocukluk çağı travmaları ve bunun şiddeti gelmektedir. Çocuklukta ciddi travmatik yaşantısı olan kaygılı-kaçıncı bağlanması olan bireylerin, romantik ilişkilerinde herhangi bir şekilde şiddete uğrama olasılıkları daha fazla bulunmuştur.

Castilho ve ark. (2017), bağlanma tiplerinin paranoid düşünceler üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmada, psikotik bir hastalığı olan 37 katılımcıdan veri toplamıştır. Katılımcıların bağlanma tarzları belirlenmiş ve paranoid düşüncelerinin yoğunluğu ve sıklığı ölçülmüştür. Araştırmanın sonuçlarına göre, psikotik hasta grupları içinde en az görülen bağlanma türü, güvenli bağlanma olmuştur. Güvenli olmayan bağlanma tipleri içinde, özellikle kaçınmacı bağlanma türünün, pek çok psikotik hastalıkta paranoid düşüncelerin yoğunluğunu ve sıklığını arttırdığı görülmüştür. Araştırmacılar bu bulguları, bağlanma türünün psikotik hastalıklara yatkınlığı etkilediği ve psikotik hastalıklardaki paranoid düşünceler gibi semptomlarla yakından olduğu şeklinde yorumlamışlardır.

169 subklinik psikoz hastası ile yapılan 8 yıllık bir izleme çalışmasının (Sheinbaum, 2020) sonucuna göre, çocuklukta kötü muameleye maruz kalan ve bu yüzden korkulu bağlanma geliştirmiş olan hastaların, tedavi sürecinden sonra gösterdikleri gelişim, diğer bağlanma türlerine sahip hastalara göre daha kötü olarak bulunmuştur. Araştırmanın sonuçlarına göre, çocuklukta ebeveynleri tarafından kötü muamele görmemiş ya da daha az kötü muamele görmüş hastalar, 8 yıllık süre içinde çoğunlukla normal yaşamlarına geri dönerken, korkulu bağlanma türüne sahip bireyler, özellikle çocuklukta kötü muamele görmüş olmanın da etkisiyle, daha kötüye gitmişler, çoğu ağır psikotik semptomlar göstererek tekrardan tedavi için başvurmuşlardır.

Bağlanma türünün, psikotik hastalıkların tedavi sürecinde de direkt ya da belirli değişkenler üzerinden etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Örneğin bir araştırmada (França ve ark., 2020), şizofreni hastalarında bağlanma türünün içgörü üzerinde etkili olduğu, içgörünün de tedavi sürecinde direkt rol oynadığına değinilmiştir. 41 şizofreni hastası ve 34 psikotik olmayan bir hastalığa sahip kişi, bağlanma türleri, içgörü, hastalığın şiddeti ve tedaviye uyum değişkenleri bakımından karşılaştırılmışlardır. Karşılaştırma sonucunda, şizofreni hastalarında güvenli bağlanma türüne en az rastlanmıştır. Her iki grupta da güvenli

bağlanma geliştirmiş bireylerin hastalıkları daha hafif gözlenirken, güvenli olmayan bağlanmaya sahip hastaların ister şizofreni ister diğerk hastalıklar olsun semptomların çok daha ağır olduğu belirtilmiştir. Güvenli bağlanması yüksek olan hastaların ise, her iki grupta da daha yüksek içgörüye sahip oldukları ve bu hastaların tedaviye daha iyi cevap verdikleri rapor edilmiştir.

2.8.4. Literatürde algılanan sosyal destek ile ilgili yapılmış araştırmalar

Bireylerin sosyal çevrelerinden destek gördüklerini hissedip hissetmemeleri, şiddet suçu işleyip işlememeleriyle yakından ilişkilidir. Literatürde bu ilişkiyi inceleyen çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Örneğın bir araştırmada, sosyal destek eksikliği ve sosyal baskının, gençlerin organize suç olaylarına karışması üzerinde nasıl etkili olduğu; öfke, düşük öz kontrol ve düşük sosyal kontrol bağlamında incelenmiştir (Baron, 2015). Araştırmanın sonuçları, sosyal destek ile organize suç faaliyetleri arasındaki anlamlı bir ilişkiyi saptamış, ve bu ilişkide; öfke, öz denetim, sosyal kontrol ve gayri meşru sosyal desteğe erişim değişkenlerinin aracı değişken olarak rol oynadığını göstermiştir. Benzer şekilde, baskı ve organize suç faaliyetleri arasındaki ilişkide de, öfke, özdenetim ve gayri meşru sosyal destek değişkenleri aracı değişken olarak rol oynadığı rapor edilmiştir. Sonuçlar ayrıca, baskı ve zorlamanın, saldırganlıkla ilişkili suç işleme davranışı üzerinde doğrudan bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Johnson ve ark (2011), suça karışmış olan ergen bireylerle yaptıkları çalışmada, bu bireylerin algıladıkları sosyal destek, depresyon düzeyi ve cinsiyet rolleri gibi değişkenlerin etkisi üzerinde durmuşlardır. Yapılan analizlere göre, suça karışmış ergenler, suç sonrası süreçte ailelerinden ya da arkadaşlarından bir şekilde destek gördüklerini hissederlerse, bu durum onların rehabilitasyon süreçlerini kolaylaştırmaktadır. Bulgular, algılanan desteğin rehabilitasyon sürecinde özellikle kız çocuklarında erkeklere göre bir miktar daha etkili

olduğunu göstermektedir. Ergenlerin suç işleme davranışlarında depresyon düzeyi etkili bir belirleyici olmakla beraber, araştırma bulgularına göre ergenlerin destek gördüklerini hissetmesi, depresyonla baş etme süreçlerinde de kolaylaştırıcı rol oynamaktadır.

Algılanan sosyal desteğin psikotik hastalıkların tedavisinde de kolaylaştırıcı etkisinin bulunduğunu ortaya koyan araştırmalar mevcuttur. Örneğin bir araştırmada (Castelein ve ark., 2015), çeşitli psikotik hastalıkların tedavisinde, sosyal desteğin son derece önemli olduğu ortaya konmuştur. Özellikle aynı klinikte bulunan hastaların birbirlerine sosyal destek sağlamasına olanak tanındığı bir ortamda, bu karşılıklı ilişkiden tüm hastaların fayda sağladığı, böylesi bir sosyal destek sistemi içinde, aile ya da arkadaş desteği göremeyen psikotik hastaların bile sosyal destek algıları yükselerek tedaviye daha iyi yanıt verdikleri gösterilmiştir.

Robustelli ve ark. (2017), şizofreni hastalarında sosyal ilişkilerin yetersiz ve tatmin edici olmaktan uzak olduğunu belirtmiş ve bu tür yetersiz sosyal ilişkilerin şizofreniye yatkınlık açısından bir risk olduğunu iddia etmişlerdir. Bu iddialarını desteklemek için, genetik olarak şizofreniye yatan olduğu bilinen ve ultra yüksek risk grubu olarak adlandırdıkları katılımcıları, sosyal ilişkileri bakımından karşılaştırmışlardır. Yapılan boylamsal çalışma sonucunda, ultra yüksek risk grubundaki katılımcılar içinde sosyal ilişkileri görece iyi olan ve sosyal destek alabilenlerin yaşamlarına işlevsel olarak devam edebildikleri; ancak bu tür sosyal ilişkisi olmayanların ise şizofreni ya da diğer psikotik özellikli hastalıklara yakalanma oranlarının son derece yüksek olduğu bulunmuştur.

Sadath ve ark. (2017) ise çalışmalarında sosyal desteğin psikoz tedavisi üzerindeki etkisini başka bir boyuttan göstermiştir. Buna göre, ilk epizot psikoz hastalarının tedavisinde, bakım uygulayan sağlık personelinin bazı özellikleri ve davranış biçimleri de hastanın sosyal destek algısını değiştirmekte ve böylelikle hastalığın tedavi süreci üzerinde etkili olmaktadır.

71 ilk epizot psikoz hastası ve bunlara bakım verenler üzerinde yapılan araştırmada, stres düzeyi yüksek olan bakım sağlayıcıların, hastaların sosyal destek algısını azalttığı görülmüştür. Stres yönetimi iyi olan bakım verenlerin hastaları ise, kendilerine bakım sağlayan kişiler sayesinde daha yüksek bir sosyal destek algısına sahip olmuşlar ve bu sayede hastalıkla daha iyi başa çıkabilmişlerdir.

Başka bir araştırmada ise, psikotik bir hastalığı olup tedavi gören katılımcılar, 20 yıllık bir boylamsal izlemeye tabi tutulmuşlardır. Bu hastalar uyum, öz bakım, bireysel iyilik hali gibi değişkenler bakımından taburcu olduktan hemen sonraki durumlarıyla karşılaştırılmışlardır. Taburcu olan hastalar arasında, zaman içinde en iyi uyum sağlayan, kendi kendine yetebilir hale gelen ve bireysel iyilik hali en yüksek düzeyde olan kişiler, bu 20 yıllık süreçte iyi sosyal bağlar kuran ve sosyal destek algısı yüksek olanlar olarak bulunmuştur. Aradan geçen 20 yılda sosyal ilişkilerini iyileştiremeyen ve çevresinden sosyal destek göremeyenlerin ise, çoğunlukla uyum sağlayamadıkları, öz bakımlarını aksattıkları ve bireysel iyilik hallerinin düşük düzeyde olduğu gözlenmiştir. Hatta sosyal desteği zayıf olanların bazılarının, 20 yıllık zaman içinde tekrar aynı semptomları görerek hastaneye yattıkları rapor edilmiştir.

2.8.5. Literatürde içgörü ile ilgili yapılmış araştırmalar

Şizofrenide şiddet davranışının; klinik özellikler, içgörü ve bilişsel işlevler ile ilişkisinin incelendiği bir araştırmada (Köşger ve ark., 2016), şizofrenide şiddet davranışı ile ilgili yordayıcı değişkenlerin ve şiddet davranışının içgörü ve bilişsel işlevler ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Şizofreni tanısı almış olan 68 hastadan 30'unda şiddet davranışı görülmüş, 38'inde ise görülmemiştir. Hastalar PANSS, Buss Perry saldırganlık ölçeği, ve iç görünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği ile, bilişsel işlevlerini ölçen bazı nöropsikolojik testler uygulanmıştır. Yapılan analizlerde, erkeklerin daha fazla şiddet gösterme eğiliminde

olduğu, tedaviye daha kötü yanıt verdikleri, madde kullanım oranlarının daha yüksek olduğu, daha fazla özkıym eğilimli oldukları ve şizofreninin pozitif belirtilerini daha fazla gösterdikleri bulunmuştur. İçgörü azlığı ve yürütücü işlevlerdeki bozulmanın şizofreninin temel belirtileriyle ilişkili olduğu ve bu yüzden saldırgan davranışları tetiklediği ifade edilmiştir. Özellikle bellekteki bozulmanın şizofrenideki şiddet içerikli davranışlarla ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Tedaviye olumsuz yanıt, madde kullanımı ve pozitif semptomlar da şizofrenide şiddetle ilişkilendirilen diğer değişkenlerdir.

İçgörü düzeyinin, özellikle psikotik hastalıkların ilk evrelerinde tedavi başarısı açısından son derece önemli olduğuna dair araştırma bulguları mevcuttur. Örneğin bir araştırmada (Vohs ve ark., 2018), psikoz tedavisi için, üstbilişsel yansıma ve içgörü terapisi adı verilen yeni bir terapi türünün öneminden bahsedilmiştir. Bu anlamda metabilş ve içgörü birbiriyle yakın ilişkili ve birbirini tamamlayan değişkenler olarak ele alınmıştır. Hastaların içinde bulundukları durumun farkında olarak içgörü sahibi olmaları için, durumları hakkında üstbiliş oluşturmaları, bu üstbilişi oluşturmaları için de belli bir düzeyde içgörüyü ihtiyaç duyulduğundan bahsedilmiştir. Dolayısıyla tedavi sırasında hastaların durumları hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamak ve durumları üzerinde düşünebilmelerini sağlamak, tedavinin amacına ulaşması açısından son derece önemlidir.

Benzer bir araştırmada (O'Connor ve ark., 2017), ilk epizot psikozdaki semptomların yordanabiliriliğine etki eden faktörler araştırılmıştır. Araştırmacılar, ilk epizot psikozda, semptomların son derece yordanamaz olduğunu, bunun da tedavi sürecini oldukça zorlaştırdığını belirterek, bu erken aşamadaki semptomları yordayabilmenin tedaviyi çok daha etkili ve kolay bir hale getirilebileceğinin altını çizmişlerdir. Bu amaçla 90 psikotik özellikli hastadan veri toplayan araştırmacıları bu hastaların çeşitli özelliklerini semptomlarla ilişkilendirmişlerdir. Yapılan analizler sonucunda, ilk epizot psikozdaki semptomları en iyi yordayan değişkenler, hastaların depresyon düzeyleri ile içgörü düzeyleri olarak bulunmuştur.

Buna göre depresyon düzeyi yüksek olan psikoz hastalarının ilk epizot semptomları çok daha ağır ortaya çıkarken, hastalığı ile ilgili içgörüsü olan hastaların semptomlarının çok daha yumuşak olduğu ve tedaviye daha iyi cevap verdikleri gözlenmiştir.

Toh ve ark. (2017) çalışmalarında beden dismorfik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve psikotik bozuklukların tedavi sürecinde içgörünün önemini karşılaştırmışlardır. 27 beden dismorfik bozukluk, 19 obsesif kompulsif bozukluk ve 20 psikoz hastası ile 4 sağlıklı kontrol içgörü bakımından karşılaştırılmışlardır. Araştırma bulgularında göre, beden dismorfik bozukluk ve psikotik bozukluğu olan hastaların içgörü düzeyleri obsesif kompulsif bozukluk hastaları ve sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu hastaların tedavi süreçleri değerlendirildiğinde, içgörü düzeyi yüksek olan beden dismorfik bozukluk ve psikoz hastalarının, obsesif kompulsif bozukluk hastalarına göre tedaviye daha iyi uyum sağladıkları ve daha iyi cevap verdikleri görülmüştür.

Massons ve ark. (2017), bir çalışmalarında psikotik hastalığı olan bireylerde içgörü ve intihar ilişkisini incelemişlerdir. 143 şizofreni spektrum bozukluğu hastası ile yürütülen araştırmada, hastaların içgörülerini, çeşitli boyutlara ayırmıştır. Yapılan analizler sonucunda, spesifik içgörü boyutlarının intihar davranışıyla bağlantılı olabildiği görülmüştür. Örneğin içgörünün mental hastalık farkındalığı (awareness of mental illness) boyutu, intihar davranışıyla en yüksek ilişkiye sahip boyuttur. Bu tür farkındalık düzeyi düşük olan psikoz hastalarının, intihar davranışları yüksek düzeyde bulunmuştur. Benzer şekilde içgörünün sosyal sonuçlar farkındalığı (awareness of social consequences) boyutu da intihar ile yakından ilişkili bulunmuştur. Başka bir deyişle intihar sonrası geride bırakacakları sosyal çevresinin yaşayacaklarını öngören hastalar, bir anlamda onlarla empati yapıp daha az intihar girişiminde bulunmaktadırlar.

2.8.6. Literatürde çocukluk çağı travmaları ile ilgili yapılmış araştırmalar

Yetişkinlerdeki saldırganlık düzeyi ve çocukluk çağı travmalarının ilişkisini inceleyen bir çalışmada (Şimşek ve Evrensel, 2018), 50 herhangi bir nöropsikiyatrik tanı almamış, sağlıklı katılımcıdan çocukluk çağı travma anketi ve Buss Perry saldırganlık ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, çocukluk çağı travmalarıyla saldırgan davranışlar arasında çok yüksek bir korelasyon bulunmuştur. Ancak sağlıklı örnekleme çalışıldığı için bu bireylerin saldırganlık düzeyleri normal düzeyde bulunmuştur. Bu sonuçlar, çocukluk çağı travmasının yetişkinlikte saldırganlığa yatkınlık yaratan faktörler arasında olabileceği fikrini desteklemektedir.

Erkek mahkumlardaki şiddet davranışı ve çocukluk çağı travmalarının ilişkisinin incelendiği bir çalışmada (Sarchiapone ve ark., 2008), 540 mahkum, psikiyatrik görüşmenin ardından, çocukluk dönemi travma anketi (CQT) ve Brown-Goodwin saldırganlık ölçeğini (BGHA) doldurmuşlardır. Yapılan analizler sonucunda, bu iki ölçek arasında yüksek pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Ortalamanın üzerinde CTQ puanına sahip mahkumlar, CTQ puanları ortalamanın altında olan mahkumlardan anlamlı şekilde daha yüksek BGHA puanlarına sahip olarak bulunmuştur. Ortalamanın üzerinde CTQ puanına sahip olan mahkumların büyük çoğunluğu birden fazla suç yüzünden ceza almış olan suçlulardır ve yine büyük çoğunluğu ilk suçlarını 18 yaşından önce işlemiştir. Bu suçluların ceza evindeki saldırgan davranış gösterme sıklığı da, CTQ'dan daha düşük puan alan mahkumlara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmacılar bu bulguları, çocukluk çağı travma öyküsünün, mahkumların şiddet davranışlarında belirleyici etkisi olduğu şeklinde yorumlamışlardır.

Bipolar bozukluk, çoğu zaman saldırgan davranışlar ile ilişkilendirilmiş olmasına rağmen, saldırganlık aynı zamanda gelişimsel faktörler ve sıklıkla bipolar bozuklukla komorbid olarak görülen diğer bozukluklarla da bağlantılıdır. Bu durum da saldırgan

davranışların bipolar bozukluğa özgü temel bir semptomu temsil edip etmediğini belirsiz hale getirmektedir. Bu durumu açıklığa kavuşturmak isteyen Garo, Gunawardane ve Goldberg (2008), yaptıkları çalışmada, bipolar bozukluğu olan hastalarda saldırgan kişilik özelliklerinin yordayıcılarını araştırmışlardır. DSM ölçütlerine göre tanı almış 100 bipolar bozukluk hastası, Hamilton depresyon ölçeği, çocukluk dönemi travma anketi, ve Brown-Goodwin saldırganlık ölçeği gibi ölçüm araçlarını uygun şekilde doldurmuşlardır. Yapılan analizler sonrasında, çocukluk dönemi travma anketi, ve Brown-Goodwin saldırganlık ölçeği puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Çocukluk dönemi travmaları arasında, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal en yüksek derecede Brown-Goodwin saldırganlık ölçeği puanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Bipolar bozukluğa komorbid hastalıklar içinde, antisosyal kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu; saldırganlıkla yüksek düzeyde ilişki göstermiştir. Sonuç olarak komorbid borderline kişilik bozukluğu ve mevcut manik ve depresif semptomların her birinin, karıştırıcı faktörleri kontrol ederken, bipolar bozuklukta sürekli saldırganlığı önemli ölçüde yordadığı görülmüştür.

Bailey ve ark. (2018) yaptıkları metaanalitik araştırmada, çocukluk çağı travmalarının psikotik hastalıklar üzerindeki dramatik etkilerini ortaya koymuşlardır. 6667 araştırmanın sonuçlarını bir araya getirerek yaptıkları analizlerde, psikotik bozukluğu olan hastaların geçmişinde çocukluk çağı travması öyküsü bulunuyorsa, bu hastalarda, hastalığın şiddetinin daha büyük olduğunu ortaya koymuşlardır. Travması olan hastaların, özellikle sanrı ve varsanı gibi pozitif belirtilerinin daha sık ve daha şiddetli olduğunu rapor etmişlerdir.

Aas ve ark. (2017), psikotik hastalıklarda çocukluk travmalarının riski artıran bir faktör olduğunu belirtmiş, ancak bu etkisini hangi mekanizmalar üzerinden gerçekleştirdiğinin açık olmadığını belirtmişlerdir. Bu soruya cevap vermek için, çocukluk çağı travmalarının limbik sistem üzerinden etki ettiği ve bu travmaların duygu düzenleme ve

duygu tanıma gibi beceriler üzerinde olumsuz etki oluşturduğu için psikotik hastalıklar açısından riski arttırdığı hipotezini geliştirmişlerdir. Bu hipotezi test etmek için 101 çocukluk çağı travması bulunan şizofreni spektrum bozukluğu hastasına, çeşitli duygusal ifadeler içeren insan yüzleri göstermiş, ve bu ifadelerdeki duyguları tanımlarını istemişler, bu sırada da hastaların beyin aktivitelerini incelemişlerdir. Araştırma sonucunda, çocukluk çağı travması olan hastaların, üzüntülü surat ifadelerini daha çabuk tanıdıkları ve bu sırada limbik sistemdeki beyin aktivitelerinin en yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu durumu, çocukluk çağı travmalarının psikoz hastalarında bir duygusal yanlılığa yol açtığı ve olumsuz duygu içeren uyaranlara karşı bir hassasiyet oluşturduğu şeklinde yorumlamışlardır. Travmaların ortaya çıkardığı bu duygusal yanlılık ve olumsuz duygulara karşı hassasiyetin, psikotik hastalıklara yatkınlığı artırdığı düşünülmektedir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, psikotik hastalardaki suç ile ilgili davranışlarda en çok şiddet, dürtüsellik, çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimleri ve algılanan sosyal destek olduğu görülmektedir. İlgörü ise, özellikle psikotik hastaların tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde etkili hale gelmektedir. Bugüne dek yapılan pek çok araştırma, psikotik hastalıklar özelinde ya da genel olarak suç davranışıyla adı geçen değişkenlerin ilişkisini incelemekle beraber, bu değişkenlerinin tümünün birbiriyle ilişkilerini ve suç şiddeti ve tekrarıyla ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanamamıştır. Literatürdeki bu eksiklik, araştırmamızın temel motivasyonunu oluşturmuştur. Dolayısıyla bu araştırmanın amacı, dürtüsellik, şiddet, algılanan sosyal destek, çocukluk çağı travması, bağlanma türü değişkenlerinin birbirleriyle ilişkisini incelemek, psikotik grup ile sağlıklı kontrollerin bu değişkenler bakımından farklılaşıp farklılaşmadığını; farklılaşıyorsa farkın hangi yönde olduğunu belirlemek ve özellikle de psikotik hastalığı olan bireylerde bu değişkenlerin suç şiddeti ve suç tekrarı üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

Bu amaçlar doğrultusunda üretilen hipotezler Şöyle sıralanabilir:

1. Adli psikiyatri polikliniğine başvuran şiddet suçu işlemiş psikotik özellikleri olan hastalarda dürtüsellik ve saldırganlık seviyeleri ile suç tekrarı fazladır.
2. Çocukluk ağı travmasının şiddeti arttıķa ve özellikle bazı türlerine (cinsel ve fiziksel istismar olması) maruz kalındığında kişilerin dürtüsellik ve saldırganlık seviyeleri artar ve bu kişiler eğer şiddet suçu işlemişlerse suçun sayısı ve şiddeti daha fazladır.
3. Çocukluk ağı travmasının şiddeti arttıķa ve özellikle bazı türlerine(cinsel ve fiziksel istismar olması) maruz kalındığında; güvensiz ve kaygılı bağlanma artar ve i görü azalır.
4. Güvensiz ve kaygılı bağlanma, i görünün az olması, aile ve arkadaş desteğinin az olması, artmış dürtüsellik ve saldırganlıkla ve aynı zamanda şiddet suçunda ve suç tekrarında artışla ilişkilidir.

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden biri olan çözümleyici – analitik araştırmalardan kesitsel tarama modeline göre tasarlanmıştır. Tarama modelleri, geçmişteki veya halen var olan bir durumun veya olgunun var olduğu şekliyle betimlenmesini sağlamaktadır (Karasar, 2003). Kesitsel araştırmalar, belirli bir zaman aralığında araştırmaya katılan kişilerden toplanan bilgilerin, bu kişilerin kişisel ve yaşam özelliklerine göre incelenip betimlenmesine olanak tanımaktadır (Tezcan, 1992).

3.2. ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklemini, Abant İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Polikliniği'ne şiddet suçu ile başvuran hastalardan DSM-5'e göre psikotik özellikleri olan, araştırmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş aralığında olup dahil edilme kriterlerini karşılayan 32 psikiyatri hastası ile herhangi bir psikotik özellik göstermeyen 32 sağlıklı kişi oluşturmuştur. Kontrol grubunda yer alan sağlıklı kişiler ile hasta olan kişiler benzer yaş, cinsiyet, eğitim gibi özelliklere sahiptirler.

3.2.1. Hastalar için çalışmaya dâhil etme kriterleri

- Kişinin veya vasisinin çalışmaya katılmak için onam vermiş olmak,
- 18-65 yaş arasında olmak
- En az 5 yıl eğitim görmüş olmak
- DSM-5 e göre psikotik özellikli hastalık tanı kriterlerini karşılaması
- Şiddet suçu işlemiş olmak
- Adli psikiyatri polikliniğine başvurmuş olmak

3.2.2. Sağlıklı kontroller için dahil etme kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
- 18-65 yaş arasında olmak
- En az 5 yıl eğitim görmüş olmak
- Psikiyatrik hastalığı bulunmamak
- Şiddet suçu işlememiş olmak

3.2.3. Hastalar için çalışmadan dışlanma kriterleri

- Kişi veya vasisinin çalışmaya katılım için onam vermemesi
- Ölçeklerin uygulanmasına engel oluşturacak herhangi bir fiziksel özür varlığı (görme, işitme kaybı, motor kayıp vb.)
- Alkol-madde kullanım öyküsü
- Kişilik bozukluğu bulunması
- Mental retardasyon, ek nörolojik hastalık
- Okur-yazar olmamak
- Hastalığın atak döneminde olmak
- Çalışmada kullanılacak ölçekleri anlayacak ve doldurabilecek zekâ ve bilgi düzeyine sahip olmayan hastalar

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak 8 adet ölçek ve form kullanılmıştır. Bunlar (1) Sosyodemografik veri formu, (2) Geçmişe Dönük Açık Saldırganlık Ölçeği, (3) Taylor Suç Şiddet Değerlendirme Ölçeği, (4) Barratt Dürtüsellik Ölçeği, (5) Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, (6) Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, (7) İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, (8) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve (9) Buss-Perry saldırganlık ölçeği

Kişilik bozuklukları; Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-II) kişilik bozuklukları formu ile değerlendirilmiştir.

3.3.1. Sosyodemografik veri formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formunda toplam 51 soru yer almaktadır. Bu sorular kişinin yaşı, cinsiyeti, yaşadığı yer, yer değişikliği (göç) yapıp yapmadığı, göç sırasındaki yaşı, göç etme şekli, öğrenim süresi, aile birey kaybının olup olmadığı, ölen (varsa) aile üyesi, birey kaybındaki yaşı, anne – baba ayrılığı, anne – baba ayrılığı (varsa) sırasındaki yaşı, medeni durumu, kiminle yaşadığı, kardeş sayısı, çocuk sayısı, askerlik durumu, mesleği, işinin olup olmadığı, iş düzeni, sosyal güvencesi, kriminal özgeçmişi, ailesinde psikiyatrik hastanın olup olmadığı, akrabalarındaki suç öyküsü, sigara kullanımı, öz-kıyım girişiminin olup olmadığı, (var ise) sayısı, psikiyatrik hastalığının olup olmadığı, bu hastalığın başlangıç yaşı, hastaneye yatış sayısı, yatış süresi, toplam suç sayısı, ilk kez suç işleme yaşı, hastalık sonrası suç sayısı, önceden koruma tedavisi alıp almadığı, geçmişte cezaevi yaşantısının olup olmadığı, (varsa) süresi, adliyeye yansıyan suçları, suçun yönü, suç öncesi hastalığının olup olmaması, suçun şiddeti, suç öncesi psikiyatrik hastalığı varsa tanısı, suç için sağlık kurul kararının olup olmaması, suç için koruma – tedavi süresi, tedavinin uygulanıp uygulanmadığı, tedaviye uyumu, kullanılan ilaçlar, özkıyım girişiminin olup olmadığı ve işlenen suçun kime karşı işlendiği ile ilgilidir.

3.3.2. Geçmişe dönük açık saldırganlık ölçeği (gasö)

Silver ve Yudofsky (1991) tarafından geliştirilen ve daha sonra Sorgi ve ar. (1991) tarafından revize edilen Geçmişe Dönük Açık Saldırganlık Ölçeği, kişilerin geçmişe yönelik saldırganlık durumlarını ortaya koymak amacıyla kullanılmıştır. Ölçek 5’li likert tipinde toplam 16 davranış maddesinden oluşmaktadır. Her bir maddenin seçenekleri şu şekildedir; 0 – hiç yok, 1 – (1-2) bazen, 2 – (3-4) sıklıkla, 3 – (5-10) çoğunlukla ve 4 – (>10) her zaman.

GASÖ dört alt boyuttan oluşmaktadır. Sözel saldırganlık boyutunda 4 madde (1-4 nolu maddeler), nesnelere yönelik fiziksel saldırganlık boyutunda 4 madde (5-8 nolu maddeler), kendine yönelik fiziksel saldırganlık boyutunda 4 madde (9-12 nolu maddeler) ve başkalarına yönelik fiziksel saldırganlık boyutunda 4 madde (13-16 nolu maddeler) yer almaktadır.

3.3.3. Taylor suç şiddet değerlendirme ölçeği

Taylor (1985) tarafından geliştirilen ve beş maddeden oluşan Taylor Suç Şiddet Değerlendirme Ölçeği, suçla ilgili şiddet davranışının derecelendirilmesinde kullanılmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler 0 – şiddet dışı, 1 – minimal şiddet, 2 – orta derecede şiddet, 3 – orta derecede ciddi şiddet ve 4 – ciddi şiddet derecesi şeklinde puanlanmaktadır. Puanın yükselmesi şiddet eğiliminin yüksekliği şeklinde yorumlanabilir.

3.3.4. Barratt dürtüsellik ölçeği – 11 (bdö-11)

Barrat tarafından 1959 yılında bireylerin dürtüsellliğini ölçmek amacıyla geliştirilen (Patton, Stanford ve Barratt, 1995) Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Güleç ve ark. (2008) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik – güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, 4'lü Likert tipinde toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin seçenekleri şu şekildedir; 1 – nadiren, 2 – bazen, 3 – sıklıkla ve 4 – her zaman. 4 yüksek dürtüsellğe işaret etmektedir. Ölçeğin cronbach's alfa güvenirlik katsayısı öğrenciler için 0.78, hastalar için ise 0.81 olarak bulunmuştur.

BDÖ-11 ölçeğini üç alt boyutu bulunmaktadır. İlk boyut olan dikkatsel dürtüsellik 8 maddeden (5, 6, 9, 11, 20, 24, 26 ve 28 nolu maddeler), ikinci boyut olan devinimsel (motor) dürtüsellik 11 maddeden (2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 ve 30 nolu maddeler) ve son boyut

olan plansızlık dürtüsellığı 11 maddeden (1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 27 ve 29 nolu maddeler) oluşmaktadır.

Ölçekte, ölçeğin geneli ve at boyutlarına yönelik olmak üzere dört farklı puan (toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik) elde edilmektedir. Ölçekte yer alan 1,7,8,9,10,12,13,15,20,29 ve 30 nolu maddeler, cevap yanlışlığından kaçınmak için ters kodlanmıştır. Ölçek puanı hesaplanırken maddelerde elde edilen puanlar toplanır. Toplam puan yükseldikçe dürtüsellik derecesi de artmaktadır.

3.3.5. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği(ctq-28)

Bernstein ve ark. (1994) tarafından geliştirilen ve kişilerin 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak ortaya koymak amacıyla geliştirilen Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28), Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik – güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 5’li Likert tipinde toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin seçenekleri şu şekildedir; 1 – hiçbir zaman, 2 – nadiren, 3 – kimi zaman, 4 – sık olarak ve 5 – çok sık.

Ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; duygusal (emosyonel) istismar (3, 8, 14, 18 ve 25 nolu maddeler), fiziksel istismar (9, 11, 12, 15 ve 17 nolu maddeler), fiziksel ihmal (1, 4, 6, 2 ve 26 nolu maddeler), duygusal (emosyonel) ihmal (5, 7, 13, 19 ve 28 nolu maddeler) ve cinsel istismar (20, 21, 23, 24 ve 27 nolu maddeler). Ölçek toplam puanı hesaplanırken öncelikle olumlu maddeler (2, 5, 7, 13, 19, 26 ve 28 nolu maddeler) ters olarak kodlanır. Her bir beş alt boyutun toplam puanı 5 – 25 arasında değişirken ölçeğin geneline ilişkin toplam puan ise 25 – 125 puan arasında değişmektedir. Diğer yandan 10, 16 ve 22 nolu maddeler olumlu olmasına rağmen ters olarak kodlanmaz ve bu maddelerden minimizasyon puanı elde edilir. Minimizasyon puanı elde edilirken her bir madde için sadece 5 (çok sık) puan olarak verilen yanıtlar dikkate alınır ve bunlar 1 olarak puanlanır. Minimizasyon boyutu

için toplam puan 0-3 arasında değişmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları 0.90 ile 0.71 arasında değişmektedir.

3.3.6. Erişkin bağlanma biçimi ölçeği (ebbö)

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)'nin ilk bölümü Hazan ve Shaver (1987) tarafından ikinci bölümü ise Mikulincer, Florian ve Weller (1993) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 2'li Likert türünde toplam 18 madde yer almaktadır. Her bir maddenin seçenekleri şu şekildedir; 1- Evet, 2 – Hayır. Ölçeğin güvenli, kaçınan ve kaçınan / ikircikli bağlanma olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Kaçınan bağlanma biçimi boyutunda 6 madde (1, 2, 5, 6, 15 ve 17 nolu maddeler), kaygılı ikircikli bağlanma biçimi boyutu 6 madde (3, 4, 7, 13, 14 ve 16 nolu maddeler) ve güvenli bağlanma biçimi boyutunda 6 madde (8, 9, 10, 11, 12 ve 18 nolu maddeler) yer almaktadır. Ölçek, Kebeşir, kökçü ve Bereboy (2012) tarafından Türkçeye uyarlanarak güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır.

3.3.7. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (iübdö)

David (1990) tarafında geliştirilen İçgörünün Üç Bileşeninin Değerlendirme Ölçeği, araştırmacılar tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak ölçen bir ölçme aracıdır. Ölçek, Arslan, Günay Kılıç ve Karakılıç (2000) tarafında Türkçe'ye uyarlamış, güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, tedaviye uyum, hastalığı farkında olma ve psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır.

Bu ölçek, klinisyenler tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçekte yer alan ilk 7 sorudan alınan en yüksek toplam puan 14'tür. Ölçekteki 8. soru ise opsiyonel olup araştırmacının amacına göre kullanılmaktadır. Bu soru ile birlikte ölçekten alınabilecek en yüksek puan 18'dir. Ölçekten alınan yüksek puan kişinin içgörüsünün yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3.8. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (çbasdö)

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliğini değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, Eker ve Akar (1995) tarafında Türkçe'ye uyarlanmış, güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır. Ölçekte, 7'li Likert tipinde olan toplam 12 madde yer almaktadır. Her bir maddenin seçenekleri şu şekildedir; 1- kesinlikle hayır, 7 – kesinlikle evet. Ölçek, her birinde toplam 4 madde olmak üzere sosyal desteğin kaynağını ortaya koyan üç alt boyuttan oluşmaktadır. Aile alt boyutu 4 maddeden (3, 4, 8 ve 11 nolu maddeler), arkadaş alt boyutu 4 maddeden (6, 7, 9 ve 12 nolu maddeler) ve özel kişi alt boyutu 4 maddeden (1, 2, 5 ve 10 nolu maddeler) oluşmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek puanlar 4-28 arasında, tüm ölçekten alınacak olan puan 12-84 arasında değişmektedir.

Ölçeğin toplam puanı, her bir maddeden elde edilen puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. Ölçek alt boyutlarının puanları ise o alt boyutta yer alan madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan desteğin yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

3.3.9. Buss-perry saldırganlık ölçeği (bpsö)

Buss ve Perry (1992) tarafından geliştirilen Buss-Perry saldırganlık Ölçeği (BPSÖ), kişilik özelliklerini dikkate alınarak bireyde bulunan saldırganlığı fiziksel, sözel, öfke ve düşmanlık boyutları açısından değerlendirmeyi amaçlayan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, Madran (2013) tarafından Türkçeye uyarlanarak güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır. Ölçekte 5'li Likert tipinde toplam 29 madde yer almaktadır. Her bir maddenin seçenekleri şu şekildedir; 1 – hiç uygun değil, 2 – çok az uygun, 3 – biraz uygun, 4 – çok uygun ve 5 – tam uygun.

Ölçek toplam 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Fiziksel saldırganlık boyutu 9 maddeden (2, 5, 8, 11, 13, 16, 22, 25 ve 29 nolu maddeler), sözel saldırganlık boyutu 5 maddeden (4, 6, 14, 21 ve 27 nolu maddeler), öfke boyutu 7 maddeden (1, 9, 12, 18, 19, 24 ve 28 nolu maddeler) ve düşmanlık boyutu 8 maddeden (3, 7, 10, 15, 17, 20, 23 ve 26 nolu maddeler) oluşmaktadır. Güvenirlilik katsayısı, ölçeğin tümü için 0,85, fiziksel saldırganlık boyutunun için 0,78, düşmanlık boyutu için 0,71, öfke boyutu için 0,76 ve sözel saldırganlık boyutu için 0,48'dir.

Ölçekte yer alan 9 ve 16 nolu maddeler ters maddelerdir. Ölçek toplam puanı elde edilirken bu maddeler ters kodlanarak toplama dahil edilmiştir.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmaya dahil edilen hastalara, Sosyodemografik veri formu, Geçmişe Dönük Açık Saldırganlık Ölçeği, Taylor Suç Şiddet Değerlendirme Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Buss-Perry saldırganlık ölçeği uygulanmıştır.

Kontrol grubuna ise, Sosyodemografik veri formu yer alan ilk 29 sorusu ile Geçmişe Dönük Açık Saldırganlık Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Buss-Perry saldırganlık ölçeği uygulanmıştır. Ancak bu gruba, Taylor Suç Şiddet Değerlendirme Ölçeği ile İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği uygulanmamıştır.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi şu aşamalarda gerçekleştirilmiştir.

1. Örneklem Büyüklüğü G Power analizi ile a-priori olarak saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı farkın bulunabilmesi için istatistiksel anlamlılık $\alpha=0,01$ ve test gücü $(1-\beta)=0,90$ olarak belirlendiğinde çalışmaya dahil olması planlanan minimum örneklem sayısı grup başına 27 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada gruplara dahil edilen örneklem sayısının 32 olması, power analizi ile ortaya konulan örneklem büyüklüğü şartını karşılamaktadır.
2. Hasta ve kontrol grubuna ait tanımlayıcı veriler frekans ve yüzde analizi yapılarak betimlenmiştir. Her iki gruba yönelik tanımlayıcı istatistik bulguları karşılaştırmalı olarak tablolar halinde sunulmuştur.
3. Nicel verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov – Smirnov testi ile test edilmiştir.
4. Hasta ve sağlıklı grubun karşılaştırıldığı değişkenler için normal dağılımın sağlandığı durumlarda bağımsız gruplar t-test analizi, normal dağılımın sağlanmadığı durumlarda ise Mann-Whitney U testi gerçekleştirilmiştir.
5. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında χ^2 (ki-kare) testi kullanılmıştır.
6. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin olup olmadığı Spearman Korelasyon analizi ile test edilmiştir.
7. Ölçek puanlarına etki eden/ yordayan faktörlerin belirlenmesinde çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.
8. Tüm analizler 0.05 anlamlılık düzeyinde gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALARIN VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Bu başlık altında araştırmaya katılan hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun sosyo-demografik özellikleri ile klinik özellikleri karşılaştırmalı olarak verilmiştir.

4.1.1. Hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

Araştırmaya katılan hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1.'de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri (N (%), Ort±SS)

Demografik Özellikler	Hasta (n=32) N (%) / Ort±SS	Sağlıklı (n=32) N (%) / Ort±SS	P	t/ χ^2
Cinsiyet				
Erkek	22 (%68.8)	22 (%68.8)	p>0,05	$\chi^2=0.000$
Kadın	10 (%31.3)	10 (%31.3)		
Yaş	41.00±11.51	41.34±12.71		
18-25 yaş	3(%9.4)	5(%15.6)	p>0.05	t=-0.113
26-35 yaş	11(%34.4)	5(%15.6)		
36-45 yaş	6(%18.8)	11(%34.4)		
46 ve üzeri yaş	12(%37.5)	11(%34.4)		
Öğrenim süresi	8.84±3.33	9.75±4.91	p>0.05	t=-0.863
Yaşanılan Yer				
Köy	9(%28.1)	1(%3.1)	p<0.05	$\chi^2=19.680$
İlçe	11(%34.4)	2(%6.3)		
Şehir	12(%37.5)	29(%90.6)		
Medeni Durum				
Bekar	15(%46.9)	10(%31.3)	p>0.05	$\chi^2=4.271$
Evli	9(%28.1)	17(%53.1)		
Dul	4(%12.5)	3(%9.4)		
Ayrılmış	4(%12.5)	2(%6.3)		

Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerde evli olanların oranı , hasta gruptaki bireylerdeki evli olanların yaklaşık 2 katıdır. Hasta grubundaki bireylerde köyde yaşama oranı sağlıklı

kontrol grubundaki bireylerin 9 katıdır ve sağlıklı kontrol grubundaki bireyler %90 oranında kentte yaşamaktadır. İki grup arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da sağlıklı kontrol grubundaki evlilik oranı hasta grubundaki bireylerin evlilik oranının iki katıdır.

Araştırmaya katılan hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun meslek ve çalışma bilgileri özellikleri Tablo 4.2’de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Hastaların ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Meslek Ve Çalışma Bilgileri (N (%), Ort±SS)

Demografik Özellikler	Hasta (n=32)	Sağlıklı (n=32)	p	χ^2
	N (%) / Ort±SS	N (%) / Ort±SS		
Meslek				
Esnaf	1(%3.1)	5(%15.6)		
Memur	4(%12.5)	4(%12.5)		
İşçi	12(%37.5)	14(%43.8)		
Emekli	3(%9.4)	6(%18.8)	p>0.05	$\chi^2=9.392$
İşsiz	11(%34.4)	3(%9.4)		
Öğrenci	1(%3.1)	-		
İş durumu				
Çalışmıyor	23(%71.9)	9(%28.1)	p<0.05	$\chi^2=0.350$
Çalışıyor	9(%28.1)	23(%71.9)		
Sosyal güvence				
Yok	4(%12.5)	1(%3.1)	p<0.05	$\chi^2=1.953$
Var	28(%87.5)	31(%96.9)		

Hasta gruptaki işsizlik oranı, sağlıklı kontrol grubundaki işsizlik oranının 2 katından fazla bulunmuştur. İki grup arasında seçilen meslek açısından fark bulunmamıştır.

4.1.2. Hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunun göç bilgileri

Araştırmaya katılan hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun göç bilgileri özellikleri Tablo 4.3.’de yer almaktadır.

Tablo 4.3. Hastaların ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Göç Bilgileri (N (%) , Ort±SS)

Demografik Özellikler	Hasta (n=32) N(%),Ort±SS	Kontrol N(%),Ort±SS		χ^2
Yer Değişikliği				
Var	8(%25)	3(%9.4)	p>0.05	$\chi^2=2.744$,
Yok	24(%75)	29(%90.6)		
Göç Şekli				
Şehirden köye	1(%3.1)	-	p>0.05	$\chi^2=0.437$,
Köyden şehre	5(%15.6)	2(%6.3)		
Şehirden şehre	2(%6.3)	1(%3.1)		
Göç yok	24(%75)	29(%90.6)		
Göç yaş	21.12±9.84	15.33±7.50	p>0.05	t=0.820
Göç – suç arasındaki süresi	237.00±159.24			

Hasta grup ve sağlık kontrol grup arasında, göç ($\chi^2=2.744$, p>0.05), göç şekli ($\chi^2=0.437$, p>0.05) ve göç yaşı (Z=0.820, p>0.05) açısından anlamlı fark yoktur.

4.1.3. Hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunun aile bilgileri

Araştırmaya katılan hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun ailelerine ilişkin bilgiler Tablo 4.4.'de yer almaktadır

Tablo 4.4. Hastaların ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Ailelerine İlişkin Bilgileri (N (%) , Ort±SS)

Aile bilgileri	Hasta (n=32) N (%) , Ort±SS	Sağlıklı (n=32) N (%) , Ort±SS	p	χ^2
Ailede Birey Kaybı				
Var	4(%12.5)	5(%15.6)	p>0.05	$\chi^2=0.272$
Yok	28(%87.5)	27(%84.4)		
Ölen aile üyesi				
Anne	1(%25)	-	p>0.05	$\chi^2=1.237$
Baba	2(%50)	1(%20)		
Kardeş	1(%25)	3(%60)		
Hem anne hem baba	-	1(%20)		
Anne – Baba ayrılığı				
Var	2(%6.3)		p>0.05	$\chi^2=0.000$
Yok	30(%93.8)			
Kiminle Yaşanıyor				
Yalnız	2(%6.3)	3(%9.4)	p>0.05	$\chi^2=9.530$
Eşi ile	1(%3.1)	5(%15.6)		
Eşi ve Çocukları ile	6(%18.8)	9(%28.1)		
Çocukları ile	2(%6.3)	-		
1. derece akrabaları ile	13(%40.6)	6(%18.8)		
Ailesi ve 1. derece akrabaları ile	4(%12.5)	7(%21.9)		
	2(%6.3)	1(%3.1)		

Ailesi ve akrabaları ile toplu	2(%6.3)	1(%3.1)		
Diğer				
Kardeş Sayısı				
Kardeş yok	1(%3.1)	-		
1 kardeş	1(%3.1)	10(%31.3)		
2 kardeş	14(%43.8)	8(%25)		
3 kardeş	4(%12.5)	7(%21.9)		
4 kardeş	10(%31.3)	4(%12.5)		
6 kardeş	-	2(%6.3)	p<0.05	$\chi^2=18.390$
7 kardeş	1(%3.1)	-		
8 kardeş	-	1(%3.1)		
9 kardeş	1(%3.1)	-		
Çocuk Sayısı				
Çocuk yok	17(%53.1)	14(%43.8)		
1 çocuk	5(%15.6)	2(%6.3)		
2 çocuk	4(%12.5)	10(%31.3)		
3 çocuk	6(%18.8)	4(%12.5)		
4 çocuk	-	1(%3.1)	p>0.05	$\chi^2=6.547$
5 çocuk	-	1(%3.1)		

Hasta grubundaki bireylerden 4 ve üzeri kardeşi olanlar sağlık kontrol grubundaki bireylerden yaklaşık 2 kat fazladır.

4.1.4. Hastaların kriminal geçmişleri

Araştırmaya kayılan hastaların kriminal geçmişleri Tablo 4.5.'de yer almaktadır. Sağlıklı grupta yer alan bir kişinin kardeşine ilişkin suç öyküsü olduğu için tabloya bu bilgi eklenmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun kriminal geçmiş bilgileri (N (%), Ort±SS)

Kriminal Bilgiler	Hasta (n=32) N (%), Ort±SS	Sağlıklı (n=32) N (%), Ort±SS	p	χ^2
Kriminal Özgeçmişi				
Yok	5(%15,6)	32(%100)		
Var	27(%84,4)	-		
Akrabalarında Suç Öyküsü				
Yok	20(%62,5)	31(%96,9)		
Baba	1(%3,1)	-		
Kardeş	-	1(%3,1)	p<0.05	$\chi^2=16.347$
2. Derece Akriba	5(%15,6)	-		
Diğer	6(%18,8)	-		
Toplam Suç Sayısı				
1	23(%71,9)			
2	6(%18,8)			
3	2(%6,3)			
7	1(%3,1)			
İlk Kez Suç işleme yaşı	34,56±11,94	-		
Hastalık Sonrası Suç sayısı				

1	23(%71,9)	-
2	8(%25)	-
3	1(%3,1)	-
Önceden Koruma Tedavi		
Uygulaması	27(%84,4)	-
Yok	4(%12,5)	-
Var	1(3,1)	-
Bilinmiyor		
Geçmişte Cezaevi yaşantısı		
Yok	30(%93,8)	-
Var	2(%6,3)	-
Geçmişte ceza evi yaşantısı (Ay)	23,00±31,11	-
Adliye Yansıyan suçlar*		
Adam Öldürme	1	-
Öldürme girişimi	1	-
Yaralama	21	-
Yaralamasız saldırı	1	-
Eşya / mala zarar	2	-
Tehdit	15	-
Hakaret	13	-
Cinsel suçlar	1	-
Konut dokunulmazlığına ihlal	1	-
Saldırganlık / sarhoşluk	1	-
Kamu suçları	1	-
Diğer	2	-
Suçun yönü		
İnsana dönük	30 (%93,8)	-
Mala dönük	1(%3,1)	-
Kamu düzenine dönük	1(%3,1)	-
Suç Öncesi Hastalık		
Yok	1(%3,1)	-
Var	31(%96,9)	-
Suç Şiddeti		
Tamamen şiddet dışı	-	-
Hafif derece şiddet	6(%18,8)	-
Orta derece şiddet	20(%62,5)	-
Orta derece ciddi şiddet	5(%15,6)	-
Ciddi şiddet	1(%3,1)	-
Suç Kime Karşı işlendi*		
Kişiyeye karşı değil	2	-
Öz anne	5	-
Öz baba	1	-
Öz kardeş	1	-
Eş	6	-
Akraba	3	-
Hısım	1	-
Arkadaş	1	-
Komşu	3	-
İş arkadaşı	1	-
Kamu görevlisi	3	-
Rastgele tanınmayan kişi	6	-
Uzaktan danırdık	1	-

* “Adliye yansıyan suçlar” ve “Suç kime karşı işlendi” maddelerine bazı kişiler 2 veya daha fazla yanıt verdiği

için bu maddelere ilişkin yüzde bilgisi verilmemiştir.

Hasta grubundaki bireylerin adli polikliniğimize başvurmadan önce %85' inin suç geçmişini bulunmakta iken sağlık kontrol grubunun hiçbirinde suç öyküsü bulunmamaktadır. Hasta grubundaki bireylerin akrabalarındaki suç işleme oranı sağlık kontrol grubundaki bireylerin akrabalarının suç işleme oranının 12 katıdır. Hasta grubundaki bireylerin %94' ünün işlediği suçlar insana yöneliktir.

4.1.5. Hastaların suç öncesi ve sonrası psikotik özgeçmişleri

Araştırmaya katılan hastaların suç öncesi ve sonrası psikotik özellikleri Tablo 4.6'da verilmiştir. Araştırmaya katılan sağlıklı kişilerden 2'sinin ailesinde psikiyatrik hastalık ve 3'ünde öz-kıyım girişimi olduğu için sadece bu iki maddeye ilişkin sağlıklı grubun bilgileri de verilmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların Suç Öncesi Ve Sonrası Hastalıklarına İlişkin Bilgiler

Psikiyatrik hastalık /özgeçmiş	Hasta (n=32) n (%) / Ort.±SD	Sağlıklı (n=32) n (%) / Ort.±SD	p	χ^2
Ailede psikiyatrik hastalığı olan				
Yok	19(%59,4)	30(%93,8)	p<0.05	$\chi^2=18.390$
Var	13(%40,6)	2(%6,3)		
Öz kıyım girişimi				
Yok	22(%68,8)	32(%100)		
Var (Sayısı)	10 (31,3)	-		
Öz kıyım girişim Sayısı				
Yok	22(%68,8)	-		
1	5(%15,6)	-		
2	3(%9,4)	-		
3	1(%3,1)	-		
6	1(%3,1)	-		
Psikiyatrik Hastalık				
Şizofreni	15(%46,9)	-		
BAB	11(%34,4)	-		
Sanrılı Bozukluk	4(%12,5)	-		
ŞAB	2(%6,2)	-		
Psikiyatrik Hastalık başlama yaşı	28,00±12,24	-		
Hastanede yatış sayısı	4,87±4,30	-		
Hastanede yatış süresi	6,25±6,13	-		

Suç için Sağlık Kurulu Kararı		
Yok	2(%6,3)	-
Var	30(%93,8)	-
Suç için Koruma – tedavi süresi (Ay olarak)	53,62±34,07	-
Tedavi uygulanıyor mu		
Hayır	32(%100)	-
Evet	-	-
Tedaviye uyum		
Uyumsuz	10(%31,3)	-
Uyumlu	22(%68,8)	-
Verilen İlaç*		
Oral atipik antipsikotik.	10	-
Oral tipik +depo antipsikotik	2	-
Oral atipik +depo antipsikotik	6	-
Duygudurum düzenleyici	1	-
Duygudurum düzenleyici+oral tipik	3	-
Duygudurum düzenleyici+oral atipik	6	-
Duygudurumdüzenleyici+depo antipsikotik	4	-
Depo antipsikotik	4	-

* “Verilen İlaç” maddesinde, bazı hastalara birden fazla psikotik ilaç verildiği için toplam yüzde hesaplanmamış bunun yerine frekans bilgisi verilmiştir.

Hasta grubundaki bireylerin akrabalarında psikiyatrik hastalık bulunma geçmişi sağlıklı kontrol grubunun 6 katıdır. Hasta grubundaki bireylerin üçte biri suisid girişiminde bulunmuşken sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin hiçbiri suisid girişiminde bulunmamış. Hasta grubundaki hastaların yaklaşık yarısının şizofreni hastalığı, yaklaşık üçte birinin bipolar affektif bozukluğu vardır. Hasta grubunun hastalık başlama yaşı ortalama 28’ dir. Hastaların üçte biri uygulanan tedaviye uyumlu olduğunu beyan ettiler.

4.2. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALAR VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN GEÇMİŞE DÖNÜK AÇIK SALDIRGANLIK AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Geçmişe Dönük Açık Saldırganlık Ölçeği skorlarının normal dağılım gösterip göstermediğine Kolmogorov – Smirnov testi ile bakılmıştır. Normal dağılım göstermeyen ölçeğin hem toplam skoru hem de alt ölçeklerin tümünün skorları parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Test sonuçları Tablo 4.7.’de yer almaktadır.

Tablo 4.7. Psikotik Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Geçmişe Dönük Açık Saldırganlık Skorlarının Karşılaştırılması

	Psikotik Hasta (N=32)	Sağlıklı Kontrol (N=32)	t	p
Sözel saldırganlık	6,68±5,45	1,56±2,19	-3,793	0,000*
Nesnelere yönelik fiziksel saldırganlık	5,71±5,69	1,25±2,30	-3,439	0,001*
Kendine yönelik fiziksel saldırganlık	5,40±5,56	0,43±1,47	-4,341	0,000*
Başkalarına yönelik fiziksel saldırganlık	5,87±5,17	0,12±0,70	-5,734	0,000*
Geçmişe dönük açık saldırganlık Ölçeği – toplam skoru	23,68±20,69	3,37±5,70	-4,201	0,000*

* p<0.05

Geçmişe Dönük Açık Saldırganlık Ölçeği toplam puanı (t=-4.201, p<0,05), sözel saldırganlık alt ölçek skoru (t=-3.793, p<0,05), nesnelere yönelik fiziksel saldırganlık alt ölçek skoru (t=-3.439, p<0,05), kendine yönelik fiziksel saldırganlık alt ölçek skoru (t=-4.341, p<0,05) ve başkalarına yönelik fiziksel saldırganlık alt ölçek skoru (t=-5.734, p<0,05) açısından psikotik hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık vardır ve fark psikotik hasta grubu lehinedir.

4.3. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALARIN TAYLOR SUÇ ŞİDDET DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ VE İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SKORLARI

Şiddet suçu işlemiş psikotik özellikleri olana hastaların Taylor suç şiddet değerlendirme ölçeği skoru 2,09±0,68 ve İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği skoru 10,37±4,72'dur.

4.4. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALAR VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN BARRAT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEK SKORLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Barrat Dürtüsellik Ölçeği skorlarının normal dağılım gösterip göstermediğine Kolmogorov – Smirnov testi ile bakılmıştır. Normal dağılım gösteren dikkatsel, devinimsel plansızlık dürtüsellliği alt ölçek skorları bağımsız gruplar t-test analizi ile normal dağılım göstermeyen Barrat dürtüsellik ölçeği toplam skoru parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Test sonuçları Tablo 4.8.’de yer almaktadır.

Tablo 4.8. Psikotik Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Barrat Dürtüsellik Ölçek Skorlarının karşılaştırılması

	Psikotik Hasta (N=32)	Sağlıklı Kontrol (N=32)	t	p
Barrat dürtüsellik ölçeği Toplam skoru	70,34±11,04	58,62±14,38	3,312	0,001*
Dikkatsel dürtüsellik	18,81±4,34	14,90±4,51	3,529	0,001*
Devinimsel dürtüsellik	23,68±4,78	20,56±5,18	2,509	0,015*
Plansızlık dürtüsellliği	27,84±5,65	22,77±6,08	3,426	0,001*

* p<0.05

Barrat Dürtüsellik Ölçeği toplam skoru (t=3,312, p<0,05), dikkatsel dürtüsellik alt ölçek skoru (t=3,529, p<0,05), devinimsel alt ölçek skoru (t=2,506, p<0,05) ve plansızlık dürtüsellliği alt ölçek skoru (t=3,426, p<0,05) açısından psikotik hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık vardır ve fark psikotik hasta grubu lehinedir.

4.5. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALAR VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEK SKORLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçek skorlarının normal dağılım gösterip göstermediğine Kolmogorov – Smirnov testi bakılmıştır. Normal dağılım göstermeyen duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve ölçek toplam skorları parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Test sonuçları Tablo 4.9.’da yer almaktadır.

Tablo 4.9. Psikotik Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

	Psikotik Hasta (N=32)	Sağlıklı Kontrol (N=32)	t	p
Duygusal istismar	11,28±5,13	6,34±2,92	4,787	0,000*
Fiziksel istismar	8,50±2,98	5,31±1,28	4,865	0,000*
Fiziksel ihmal	10,00±3,10	6,81±1,80	4,192	0,000*
Duygusal ihmal	13,78±4,88	8,75±3,40	4,050	0,000*
Cinsel istismar	7,03±2,63	5,46±2,16	4,243	0,000*
Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçek – Toplam skor	58,43±11,77	44,18±7,48	4,606	0,000*

* p<0.05

Çocukluk çağı ruhsal travma toplam skoru ($t=-4.606$, $p<0,05$), duygusal istismar alt ölçek skoru ($t=-4.784$, $p<0,05$), fiziksel istismar alt ölçek skoru ($t=-4.865$, $p<0,05$), fiziksel ihmal alt ölçek skoru ($t=-4.192$, $p<0,05$), duygusal ihmal alt ölçek skoru ($t=-4.050$, $p<0,05$) ve cinsel istismar alt ölçek skoru ($t=-4.243$, $p<0,05$) açısından psikotik hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık vardır ve fark psikotik hasta grubu lehinedir.

4.6. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALAR VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEK SKORLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçek skorlarının normal dağılım gösterip göstermediğine Kolmogorov – Smirnov testi ile bakılmıştır. Normal dağılım gösteren Erişkin Bağlanma Biçimi ölçek skoru bağımsız gruplar t-test analizi ile normal dağılım göstermeyen kaçınan bağlanma, kaygılı – ikircikli bağlanma ve güvenli bağlanma skorları ise parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Test sonuçları Tablo 4.10.'da yer almaktadır.

Tablo 4.10. Psikotik Hasta Grubu Ve Kontrol Grubunun Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

	Psikotik Hasta (N=32)	Sağlıklı Kontrol (N=32)	t	p
Kaçınan bağlanma	8,25±1,50	9,12±1,64	1,990	0,047*
Kaygılı – ikircikli bağlanma	9,28±1,34	8,71±1,34	1,660	0,097
Güvenli bağlanma	9,68±1,25	10,68±1,37	3,309	0,001*
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçek – Toplam skor	27,21±2,72	28,53±2,73	3,319	0,059

* p<0.05

Kaçınan bağlanma alt ölçek skoru (t=1,990, p<0,05) ve güvenli bağlanma alt ölçek skoru (t=3,309, p<0,05) açısından psikotik hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık vardır ve fark sağlıklı kontrol grubu lehinedir.

4.7. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALAR VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEK SKORLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek skorlarının normal dağılım gösterip göstermediğine Kolmogorov – Smirnov testi ile bakılmıştır. Ölçeğin toplam skorunun ve alt

ölçek skorlarının normal dağılım göstermediği görülmüş ve bu skorlar parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Test sonuçları Tablo 4.11.'de yer almaktadır.

Tablo 4.10. Psikotik Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

	Psikotik Hasta (N=32)	Sağlıklı Kontrol (N=32)	t	p
Aile Desteği	19,53±4,79	24,68±5,25	4,048	0,000*
Arkadaş Desteği	18,00±6,07	23,18±6,44	3,385	0,001*
Özel Kişi Desteği	15,25±7,42	21,78±8,39	3,159	0,002*
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek – Toplam skor	52,78±14,73	69,65±17,97	3,783	0,000*

* p<0.05

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçek toplam skoru (t=3.738, p<0,05), aile desteği alt ölçek skoru (t=4.048, p<0,05), arkadaş desteği alt ölçek skoru (t=3.385, p<0,05) ve özel kişi desteği alt ölçek skoru (t=3.159, p<0,05) açısından psikotik hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık vardır ve fark sağlıklı kontrol grubu lehinedir.

4.8. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALAR VE SAĞLIKLI KONTROL GRUPLARININ BUSS-PERRY SALDIRGANLIK ÖLÇEK SKORLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Buss-Perry Saldırganlık Ölçek skorlarının normal dağılım gösterip göstermediğine Kolmogorov – Smirnov testi ile bakılmıştır. Normal dağılım gösteren Sözel saldırganlık alt ölçek skoru, öfke alt ölçek skoru ve Buss-Perry Saldırganlık ölçek toplam skoru bağımsız gruplar t-test analizi ile normal dağılım göstermeyen fiziksel saldırganlık alt ölçek skoru ile düşmanlık alt ölçek skoru ise parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Test sonuçları Tablo 4.12.'de yer almaktadır.

Tablo 4.11. Psikotik Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Buss-Perry Saldırganlık Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

	Psikotik Hasta (N=32)	Sağlıklı Kontrol (N=32)	p	t
Fiziksel saldırganlık	21,78±8,18	14,12±3,79	0,000*	3,487
Düşmanlık	23,06±5,69	15,93±7,25	0,000*	3,789
Sözel Saldırganlık	12,90±4,64	9,28±4,55	0,000*	3,151
Öfke	16,81±6,77	13,03±4,55	0,011*	2,622
Buss-Perry Saldırganlık Ölçek – Toplam skor	74,56±19,69	52,37±16,83	0,000*	4,844

* p<0.05

Buss-Perry Saldırganlık Ölçek toplam skoru ($t=4.844$, $p<0,05$), fiziksel saldırganlık alt ölçek skoru ($t=3.487$, $p<0,05$), düşmanlık alt ölçek skoru ($t=3.789$, $p<0,05$), sözel saldırganlık alt ölçek skoru ($t=3.151$, $p<0,05$) ve öfke alt ölçek skoru ($t=2.622$, $p<0,05$) açısından psikotik hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık vardır ve fark psikotik hasta grubu lehinedir.

4.9. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, DÜRTÜSELLİK, SALDIRGANLIK İLE SUÇ SAYISI VE ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Şiddet suçu işlemiş psikotik özellikleri olan hastaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği skorları, Barrat Dürtüsellik Ölçeği skorları, Buss –Perry Saldırganlık Ölçeği skorları ile suç sayısı ve Taylor Suç Şiddet Değerlendirme Ölçeği skorları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla non parametrik testlerden Spearman's rho korelasyon testi gerçekleştirilmiştir. Test sonuçları Tablo 4.13' de yer almaktadır. Korelasyon analizinden elde edilen bulgular şu şekildedir;

- Duygusal istismar ile fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travmaları (toplam skor), sözel saldırganlık ve dürtüsellik arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.

- Fiziksel istismar ile fiziksel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travmaları (toplam skor), dikkatsel dürtüsellik arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Fiziksel ihmal ile cinsel istismar, çocukluk çağı travmaları (toplam skor), dikkatsel dürtüsellik ve devinimsel dürtüsellik arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır
- Cinsel istismar ile çocukluk çağı travmaları (toplam skor) arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Çocukluk çağı travmaları (toplam skor) ile dikkatsel dürtüsellik, dürtüsellik (toplam skor) arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Dikkatsel dürtüsellik ile devinimsel dürtüsellik ve dürtüsellik (toplam skor) arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Devinimsel dürtüsellik ile ve dürtüsellik (toplam skor) arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Plansızlık dürtüsellliği ile ve dürtüsellik (toplam skor) arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Fiziksel saldırganlık ile sözel saldırganlık, öfke ve saldırganlık (toplam skor) arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Sözel saldırganlık ile öfke ve saldırganlık (toplam skor) arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Öfke ile saldırganlık (toplam skor) arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Düşmanlık ile saldırganlık (toplam skor) arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.

4.10. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, BAĞLANMA BİÇİMLERİ VE İÇGÖRÜLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Şiddet suçu işlemiş psikotik özellikleri olan hastaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği skorları, Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği skorları ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği skorları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla non parametrik testlerden Spearman's rho korelasyon testi gerçekleştirilmiştir. Test sonuçları Tablo 4.14'de yer almaktadır. Korelasyon analizinden elde edilen bulgular şu şekildedir;

- Duygusal ihmal ile kaygılı bağlanma arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Cinsel istismar ile güvenli bağlanma arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki vardır.
- Kaçınan bağlanma ile bağlanma (toplam skor) ve içgörü arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Güvenli bağlanma ile bağlanma (toplam skor) arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.

4.11. ŞİDDET SUÇU İŞLEMİŞ PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ OLAN HASTALARIN BAĞLANMA BİÇİMLERİ, İÇGÖRÜ, DÜRTÜSELLİK, SALDIRGANLIK İLE SUÇ SAYISI VE ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Şiddet suçu işlemiş psikotik özellikleri olan hastaların Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği skorları, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği skorları, Barratt Dürtüsellik Ölçeği skorları, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği skorları ile suç sayısı ve Taylor Suç Şiddet Değerlendirme Ölçeği skorları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla non parametrik testlerden Spearman's rho korelasyon testi gerçekleştirilmiştir. Test sonuçları Tablo 4.15'de yer almaktadır. Korelasyon analizinden elde edilen bulgular şu şekildedir;

- Kaçınan bağlanma ile bağlanma (toplam skor), içgörü arasında anlamlı ve pozitif yönlü, fiziksel saldırganlık arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki vardır.
- Kaygılı bağlanma ile bağlanma (toplam skor), dikkatsel dürtüsellik arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Güvenli bağlanma ile bağlanma (toplam skor) ve Taylor – suç şiddeti arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Bağlanma (toplam skor) ile Taylor – suç şiddeti arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Dikkatsel dürtüsellik ile devinimsel dürtüsellik ve dürtüsellik (toplam skor) arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Plansızlık dürtüsellik ile dürtüsellik (toplam skor) arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Fiziksel saldırganlık ile sözel saldırganlık, öfke arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- Sözel saldırganlık ile öfke arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
--	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----

[illegible]

Tablo 4.13. Şiddet Suçu İşlemiş Prikotik Özellikleri Olan Hastaların Çocukluk Çağı Travması Skorları, Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği Skorları Ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği Skorları Arasındaki İlişki

		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1-Duygusal istismar	Correlation Coefficient	,878**	,586**	,485**	,686**	,842**	-,301*	,190	-,395**	-,306*	,171
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,016	,132	,001	,014	,351
	N	64	64	64	64	64	64	64	64	64	32
2-Fiziksel istismar	Correlation Coefficient		,663**	,415**	,728**	,839**	-,212	,194	-,417**	-,264*	,177
	Sig. (2-tailed)		,000	,001	,000	,000	,093	,124	,001	,035	,332
	N		64	64	64	64	64	64	64	64	32
3-Fiziksel ihmâl	Correlation Coefficient			,542**	,636**	,822**	-,144	,205	-,261*	-,129	,139
	Sig. (2-tailed)			,000	,000	,000	,257	,103	,038	,309	,448
	N			64	64	64	64	64	64	64	32
4-Duygusal ihmâl	Correlation Coefficient				,355**	,657**	-,175	,305*	-,287*	-,121	,106
	Sig. (2-tailed)				,004	,000	,166	,014	,021	,342	,565
	N				64	64	64	64	64	64	32
5-Cinsel istismar	Correlation Coefficient					,720**	-,139	-,012	-,433**	-,317*	,311
	Sig. (2-tailed)					,000	,272	,924	,000	,011	,083
	N					64	64	64	64	64	32
6-Travma toplam	Correlation Coefficient						-,220	,323**	-,364**	-,167	,257
	Sig. (2-tailed)						,080	,009	,003	,187	,156
	N						64	64	64	64	32
7-Kaçıngan bağlanma	Correlation Coefficient							-,286*	,391**	,632**	,410*
	Sig. (2-tailed)							,022	,001	,000	,020
	N							64	64	64	32
8-Kaygılı bağlanma	Correlation Coefficient								,173	,369**	-,056
	Sig. (2-tailed)								,171	,003	,759
	N								64	64	32
9-Güvenli bağlanma	Correlation Coefficient									,839**	,133
	Sig. (2-tailed)									,000	,469
	N									64	32
10-Bağlanma toplam	Correlation Coefficient										,267
	Sig. (2-tailed)										,140
	N										32
11-İçgörü	Correlation Coefficient										
	Sig. (2-tailed)										
	N										

* p < 0.05 ** p < 0.01

[illegible]

Barrat Dürtüselik ölçeği ile Çocuk Çağı Travma Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği toplam puanları arasındaki korelasyon çoklu korelasyon ile test edilmiştir. Korelasyon sonuçları Tablo 4.16’de yer almaktadır.

Tablo 4.15. Barrat Dürtüselik ölçeği ile Çocuk Çağı Travma Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği toplam puanları arasındaki korelasyon

		BDÖ	ÇÇTÖ	SDÖ
Barrat Dürtüselik Ölçeği (BDÖ) Toplam Puanı	r		,418*	-,412*
	p	-	,017	,019
	n		32	32
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (ÇÇTÖ) Toplam Puanı	r			-,080
	p		-	,663
	n			32
Sosyal Destek Ölçeği (SDÖ) Toplam Puanı	r			
	p			-
	n			

* $p < 0,05$

Dürtüsellik ile çocukluk çağı travması arasında anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,418$, $p<0,05$), ancak sosyal destek ile anlamlı ve negatif yönlü ($r=-0,412$, $p<0,05$) bir ilişki vardır.

Psikotik hastalığı olan katılımcıların, çocukluk çağı travması ve sosyal desteğin, dürtüsellikleri ne şekilde yordadığını ortaya koymak amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Regresyon analiz sonuçları Tablo 4.17’de yer almaktadır.

Tablo 4.16. Çocukluk çağı travması ve sosyal desteğin dürtüsellikleri yordaması

Değişken	B	SEB	β
ÇÇTÖ	0,388	0,154	0,388*
SDÖ	-0,305	0,123	-0,381*

* $p < 0,05$, $R^2=0,319$ $F=6,795$

Çocukluk çağı travması ve sosyal destek, dürtüsellikleri anlamlı bir şekilde yordamaktadır [$F(2, 29)=6,795$, $p=0,004$, $p<0,05$; $R=0,565$, $R^2=0,319$]. Bu iki değişken, dürtüsellikteki değişimin %31,9’unu açıklamaktadır. Çocukluk çağı travması dürtüsellikleri

pozitif yönde ($\beta=0,388$, $t=2,521$, $p<0,05$), sosyal destek ise negatif yönde ($\beta=-0,305$, $t=-2,479$, $p<0,05$) yordamaktadır. Bu modele ilişkin regresyon denklemi şu şekildedir.

$$\text{Dürtüsellik} = 63,024 + 0,388 \cdot \text{ÇÇTÖ} - 0,305 \cdot \text{SDÖ}$$

Buss – Perry Saldırganlık Ölçeği ile Sosyal Destek Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği toplam puanı ve tedaviye uyum puanları arasındaki korelasyon çoklu korelasyon ile test edilmiştir. Korelasyon sonuçları Tablo 3’de yer almaktadır.

Tablo 4.17. Buss – Perry Saldırganlık Ölçeği ile Sosyal Destek Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği toplam puanı ve tedaviye uyum puanları arasındaki korelasyon

	BPSÖ	SDÖ	EBBÖ	Tedaviye uyum
Buss – Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) toplam puanı	r - p n	-,409* ,020 32	-,350* ,049 32	-,387* ,029 32
Sosyal Destek Ölçeği (SDÖ) toplam puanı	r p n	-	,250 ,168 32	,043 ,816 32
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) toplam puanı	r p n		-	,121 ,509 32
Tedaviye uyum	r p n			-

* $p < 0,05$

Saldırganlık ile sosyal destek ($r=-0,409$, $p<0,05$), bağlanma biçimleri ($r=-0,350$, $p<0,05$) ve tedaviye uyum ($r=-0,387$, $p<0,05$) arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki vardır.

Psikotik hastalığı olan katılımcıların, sosyal destek, bağlanma biçimleri ve tedaviye uyumlarının, saldırganlıklarını ne şekilde yordadığını ortaya koymak amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Regresyon analiz sonuçları Tablo 4’de yer almaktadır.

Tablo 4.18. Sosyal destek, bağlanma biçimleri ve tedaviye uyumun saldırganlığı yordaması

Değişken	B	SEB	β
SDÖ	-0,485	0,225	-0,339*
EBBÖ	-1,734	1,226	-0,224
Tedaviye Uyum	-15,457	6,864	-0,345

* $p < 0,05$ $R^2=0,351$ $F=5,045$

Sosyal destek ve tedaviye uyum saldırganlığı anlamlı bir şekilde yordamaktadır [F(3, 28)=5,045, $p<0,05$; $R=0,592$, $R^2=0,351$]. Bu iki değişken birlikte, saldırganlıktaki değişimin %35,1'ini açıklamaktadır. Hem sosyal destek ($B=-0,485$, $t=-2154$, $p<0,05$) hem de tedaviye uyum saldırganlığı anlamlı ve negatif yönde ($B=-15,457$, $t=-2,252$, $p<0,05$) yordamaktadır. Bu modele ilişkin regresyon denklemi şu şekildedir.

$$\text{Saldırganlık} = 165,019 - 0,485 \cdot \text{SDÖ} - 15,457 \cdot \text{Tedaviye uyum}$$

Erişkin bağlanma biçimleri ile hastaneye yatış sayısı arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Korelasyon analiz sonuçları Tablo 4.20'de yer almaktadır.

Tablo 4.19. Erişkin bağlanma biçimleri ile hastaneye yatış arasındaki korelasyon

	EBBÖ	Hastaneye Yatış
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) toplam puanı	-	,467*
	r	,007
	p	32
	n	
Hastaneye Yatış		-
	r	
	p	
	n	

* $p < 0,05$

Erişkin bağlanma biçimi ile hastaneye yatış arasında anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,467$, $p<0,05$) bir ilişki vardır.

Psikotik hastalığı olan katılımcıların, hastaneye yatış sayılarının, bağlanma biçimleri ne şekilde yordadığını ortaya koymak amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Regresyon analiz sonuçları Tablo 4.21'de yer almaktadır.

Tablo 4.20. Hastaneye yatış sayısının bağlanma biçimini yordaması

Değişken	B	Standart Hata	β
Sabit	25,780	0,659	
Hastaneye Yatış	0,295	0,102	0,467*

* $p < 0,05$ $R^2=0,219$ $F=8,389$

Hastaların hastaneye yatış sayıları, bağlanma biçimlerini anlamlı bir şekilde yordamaktadır [$F(1, 30)=8,389$, $p<0,05$; $R=0,467$, $R^2=0,219$]. Hastaların hastaneye yatış sayısı, onların bağlama biçimlerindeki değişimin %21,9'unu açıklamaktadır. Hastaneye yatış sayısı ($B=0,295$, $t=2,896$, $p<0,05$) hastaların bağlanma biçimini anlamlı ve pozitif yönde yordamaktadır. Bu modele ilişkin regresyon denklemi şu şekildedir.

$$\text{Bağlanma Biçimleri} = 25,980 + 0,295 * \text{Hastaneye Yatış}$$

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda çocukluk çağı travması ve algılanan sosyal desteğin dürtüsellik üzerindeki etkilerini görebilmek için regresyon analizi yapılmıştır. İlgili analizin sonuçlarına göre, çocukluk çağı travması ve algılanan sosyal destek, dürtüsellığı yordamaktadır. Buna göre, çocuklukta bir travmaya maruz kalmış olmak bireylerin dürtüsellik düzeyini arttırır ki, bu da araştırmanın ilgili hipotezinin ilgili kısmını destekler niteliktedir. Öte yandan, algılanan sosyal desteğin yüksek olması ise, dürtüsel davranış görülme olasılığını azaltır. Bu bulgular, daha önce yapılmış araştırmalar tarafından da desteklenmektedir. Örneğin Kulacaoglu ve ark. (2017) borderline kişilik bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan hastalarla yaptıkları çalışmada; bu bireyler arasında çocuklukta travmatik bir deneyim yaşamış olanların dürtüsellik düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Benzer şekilde Richard-Lepouriel ve ark. (2019) araştırmalarında borderline kişilik bozukluğu, bipolar bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan hastalar arasında, dürtüsellik düzeyini karşılaştırmıştır. Tüm hasta grupları içinde, dürtüsellik düzeyi en yüksek hastalar, çocuklukta travmatik bir yaşantıya maruz kalanlar olarak bulunmuştur. Kurtz ve Zavala (2017) araştırmalarında, sosyal destek algısı destek olan ergenlerin daha az dürtüsellik gösterdiklerini ve dürtüsellikle ilişkili olduğu bilinen alkol bağımlılığı ya da sosyal medya bağımlılığı gibi bağımlılıklardan genellikle uzak durduklarını bulmuşlardır. Literatür incelendiğinde, çocukluk çağı travması ve algılanan sosyal desteğin dürtüsellik üzerindeki etkisini birlikte inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu anlamda araştırmamızın bu bulgusu literatüre de bir yenilik getirmiştir.

Araştırmamızda psikotik hastalığı olan şiddet suçu işlemiş katılımcıların, algılanan sosyal destek düzeyi, bağlanma biçimleri ve tedaviye uyumlarının, saldırganlık düzeylerini

yordayıp yordamadığını görebilmek için regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, bu değişkenlerden algılanan sosyal destek ve tedaviye uyum düzeyi, saldırganlık düzeyini anlamlı olarak yordamaktadır. Buna göre, psikotik hastalığı olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek arttıkça saldırganlık düzeyleri azalmaktadır. Benzer şekilde psikotik hastaların tedaviye gösterdikleri uyum arttıkça saldırganlık düzeyleri azalmaktadır. Bu durum literatür verileriyle uyumludur. Örneğin bölüm 2.8.4'te anlatılan Baron (2015)'un araştırması tam da bu bulguyu destekler bulgulara sahiptir. Baron (2015) da çalışmasında sosyal destek eksikliğinin genç bireyleri şiddet içerikli organize suçlara eğilimli kıldığını göstermiştir. Sosyal destek hisseden gençlerin ise suça karışma olasılığı oldukça düşüktür. Rolin ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada, psikotik hastalığı olan bireyler arasında saldırganlık düzeyi yüksek olanların tedaviye çok zor cevap verdiğini; bununla beraber tedavide başarı sağlandıkça saldırganlık düzeyinde ciddi bir azalma olduğunu bulmuşlardır. Bunun dışında direkt olarak tedaviye uyum düzeyinin saldırganlık düzeyiyle ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Psikotik hastalarda algılanan sosyal destek ve tedaviye uyumun saldırganlık üzerindeki etkisini birlikte inceleyen bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Bu anlamda çalışmamızın bu bulgusu yenidir ve önemli olduğu düşünülmektedir.

Psikotik hastalığı olan şiddet suçu işlemiş bireylerin hastaneye yatış sayılarının, bağlanma biçimlerini yordayıp yordamadığını belirlemek için regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, hastaneye yatış sayısı arttıkça, bağlanma biçimleri ölçeğinden alınan toplam puanlar da artmaktadır. Bu ölçekten alınan yüksek puanlar, daha çok güvenli olmayan bağlanma türlerine işaret etmektedir. Dolayısıyla hastaneye yatış sayısı yüksek olan bireylerin güvenli olmayan bağlanma tiplerinden birine sahip olabileceğini söylemek mümkündür. Bu da beklenen bir bulgudur. Literatür incelendiğinde, psikotik hastaların hastaneye yatış sayıları ile bağlanma biçimleri arasındaki ilişkiyi direkt olarak inceleyen herhangi bir çalışmaya

rastlanmamıştır. Bu yüzden araştırmamızın bu bulgusu önemlidir ve literatüre bir yenilik getirmiştir. Hastaların tedavi görüp taburcu olduktan sonra tekrar aynı ya da benzer semptomlarla tedavi altına alınması, hem kendisi, hem ailesi hem de sağlık çalışanları için zorlu bir süreci işaret etmektedir. Bu yüzden mevcut bulgular ışığında tedavi sürecinde hastaların bağlanma türlerini de göz önünde bulundurmak ve buna uygun tedaviler düzenlemek, tam iyileşmenin sağlanması için olumlu etki yaratabilir.

Araştırmamızda yer alan sağlıklı katılımcılar ile şiddet suçu işlemiş psikotik hastaların şiddet düzeyleri, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği üzerinden karşılaştırılmıştır. Psikotik hasta grubunun şiddet puanlarının hem ölçek toplan puanları bakımından, hem de fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke ve düşmanlık alt ölçek puanları bakımından diğer gruba göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, şiddet suçu işlemiş psikotik özellikli hastaların şiddet düzeylerinin ve şiddete eğilimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda psikotik hastalığa sahip bireylerin saldırganlık düzeylerinin yüksek bulunması, literatür bulgularıyla da uyumludur. Faay ve ark. (2020)'a göre, saldırganlık, psikotik hastalıkların ortaya çıkardığı en önemli olumsuzluklardan biridir. Buna göre saldırganlık, psikotik hastalığı bulunanların kendilerine zarar verme olasılığını arttırdığı gibi, şiddet içeren suçlara karışma oranlarını da yükseltmektedir (Faay ve ark., 2021). Dumais ve ark. (2005)'a göre psikotik hastalığı bulunan kişilerin saldırganlık düzeyi, özellikle özkıyım davranışlarında hangi özkıyım yöntemini tercih ettiğini de belirlemektedir. Bu bağlamda, şiddet düzeyi yüksek olan hastaların, daha vahşi yöntemler kullanarak özkıyım gerçekleştirdikleri, yapılan otopsiler sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu bulgudan hareketle, şiddet düzeyi yüksek olan psikotik özellikli hastaların başkalarına karşı işledikleri şiddet içerikli suçlarda da daha vahşi yöntemler kullandıklarını beklemek yanlış olmaz. Bir başka araştırmada (Faay ve ark., 2020), psikotik hastalığı bulunan bireyler arasında saldırganlık ve

düşmanca davranış eğiliminin oldukça yüksek olduğu rapor edilmiş, bu yüksek saldırganlık düzeyi ve düşmanca davranışlar hastalara bakım ve tedavi uygulanmasını zorlaştırdığı için, bu tür hastaların tedavisinde daha farklı yaklaşımlar benimsenmesi gerektiği tartışılmıştır. Aynı araştırmada, şiddet düzeyi yüksek psikotik hastaların, kendilerine bakım vermeye çalışan sağlık görevlilerine karşı şiddet suçu kapsamına girebilecek davranışlarda bulunmuş olduklarının bildirilmesi, mevcut araştırmanın beklenti ve bulgularıyla uyumludur.

Araştırmamızda, katılımcıların geçmişe yönelik saldırganlık durumlarını ortaya koymak amacıyla Geçmişe Dönük Açık Saldırganlık Ölçeği (GASÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek vasıtasıyla, kontrol grubundaki sağlıklı bireyler ile şiddet suçu geçmişi olan psikotik hastaların geçmişteki saldırganlık düzeyleri karşılaştırılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, hasta grubunun kontrol grubuna göre hem toplam puan hem de sözel saldırganlık, nesnelere yönelik fiziksel saldırganlık, kendine yönelik fiziksel saldırganlık ve başkalarına yönelik fiziksel saldırganlık alt ölçek skorları bakımından daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Bu bulgular, psikotik özellikli hastaların, yaşamlarının suç işlemekten önceki dönemlerinde de saldırganlık eğilimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırma örnekleminin demografik verilerine göre, şiddet suçu işlemiş olan bireylerin, psikotik hastalık tanısı almadan önce de özkıyım girişimleri kendine yönelik fiziksel saldırganlık örnekleri gösterdikleri görülmektedir. Dolayısıyla, bu kişilerin suç işlemelerine sebep olan etkenin sadece psikotik hastalıklarının olmadığı, aynı zamanda geçmişten beri sahip oldukları saldırgan eğilimlerin de bu suçların işlenmesinde etkili olmuş olabileceği düşünülebilir. Literatür incelendiğinde, psikotik hastalığı bulunan bireylerin, tanı öncesinde de şiddet içeren davranışlar göstermesinin yaygın gözlenen bir durum olduğu görülebilir. Örneğin bir araştırmada (McGirr ve ark., 2006) mevcut araştırmanın da bulgularıyla tutarlı olarak, şizofrenideki özkıyım girişimleriyle en fazla ilişkili değişkenlerden biri olarak saldırganlık bulunmuş, hastaların tanı almadan önce de benzer girişimleri ve şiddet eğilimleri olduğuna

değinilmiştir. Başka bir araştırmada ise, algılanan tehditin, psikoza yatkınlık ve saldırganlık arasındaki ilişkiyi güçlendiren bir aracı değişken olduğu bulunmuştur (Fanning, 2011). Hatırlanacağı gibi bir önceki başlık altında psikotik özellikli hastaların daha fazla kardeşe sahip olduğu, ekonomik durumu iyi olmayan ailelerde fazla sayıda kardeşe sahip olmanın sınırlı kaynakları bölüşme bakımından zorluk doğurduğu ve bu durumun tehdit olarak algılanarak birylerde şiddete yönelim ortaya çıkarabileceğinden bahsedilmişti. Fanning ve ark. (2011)'nın bulgusu mevcut araştırma bulgularıyla beraber ele alındığında bu düşüncayı destekler niteliktedir ve psikoz, suç ve saldırganlığın ilişkisine ışık tutabilecek özelliktedir.

Araştırmamızda, şiddet suçu işlemiş olan psikotik hastalar ile sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin dürtüsellik düzeyleri, Barratt Dürtüsellik Ölçeği aracılığıyla ölçülmüştür. İki grup arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda, ölçekten alınan toplam puan olarak, hasta grubunun kontrol grubua göre daha dürtüsel özelliklere sahip olduğu görülmüştür. Ölçeğin alt ölçekleri bakımından yapılan karşılaştırmalarda da, dikkatsel dürtüsellik, devinimsel dürtüsellik ve plansızlık dürtüsellliği bakımından hasta grubun kontrol grubuna göre daha fazla dürtüsel özellikler gösterdiği tespit edilmiştir. Bu bulgular, literatür bulgularıyla uyumluluk göstermektedir. Hoptman ve ark. (2004), özellikle yoğun belirtileri olan ve bilişsel hasarın son derece yüksek olduğu şizofreni hastalarında dürtüsellik düzeyinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Bizim araştırmamıza benzer bir araştırmada, benzer ölçüm araçları kullanılarak psikotik özellikli hastalar ile sağlıklı kontrollerin dürtüsellik düzeyleri karşılaştırılmıştır (Nanda ve ark., 2016). Şizofreni, şizoafektif bozukluk ve psikotik bipolar bozukluk tanısı olan 364 hasta ile 305 sağlıklı kontrolün Barret Dürtüsellik Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, şizofrenik ve şizoafektif bozukluğu olan hastaların skorlarının en yüksek olduğu; tüm psikotik hastalık gruplarının ise sağlıklı kontrollerden daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Ayrıca bu araştırmada, psikotik hastalardaki yüksek dürtüsellik düzeyinin saldırganlık, risk alma davranışı ve intihar davranışı ile ilişkili olduğu da

gösterilmiştir. Başka bir araştırmada (Duva, Silverstein ve Spiga, 2011), psikotik özellikli hastaların dürtüsellik düzeylerinin yüksek olduğu ve bu yüksek dürtüsellik madde bağımlılığı ve risk içeren davranışlar söz konusu olduğunda son derece dramatik sonuçlara sebep olduğu gösterilmiştir. Reddy ve ark. (2013), çalışmalarında psikotik hastaların saldırganlık düzeylerinin yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Şizofreni hastaları, bipolar bozukluk tanısı almış hastalar ve sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında, dürtüsellik düzeyi en fazla olan grup şizofreni hastaları olarak bulunmuş, bunu bipolar bozukluk tanısı almış hastalar takip etmiştir. Hem şizofreni hem de bipolar bozukluk hastalarında, dürtüsellikçe bağlı risk alma davranışları gözlenmiştir.

Bu noktada neden psikotik özellikli hastalarda dürtüsellik düzeyinin daha fazla olduğu sorusu akla gelebilir. Tam anlamda nedensel bir açıklama yapabilmek için henüz erkendir ve çok fazla kontrollü araştırmaya ihtiyaç vardır. Ancak bazı araştırmacılara göre bunun en büyük sebeplerinden biri, psikotik hastalıklarda değişen beyin kimyasıdır. Bölüm 2.4.2’de dürtüsellikle ilişkili olduğu bulunan dopamin, serotonin, asetilkolin, norepinefrin gibi nörotransmitterler incelenmişti. Psikotik bozuklukların hemen hemen tamamında, dürtüsellikle ilişkili olduğu bilinen bu nörotransmitterlerin seviyelerinde dramatik değişiklikler meydana gelir. Meydana gelen bu değişiklikler de, ilgili nörotransmitterlerin etkisi bakımından dürtüsellikçe tetikleyecek türdendir. Özellikle şizofreni hastalarında dopamin antagonisti gibi ilaç tedavilerinin şizofreninin pozitif bulgularıyla beraber dürtüsel davranışları da azaltması, bu argümanı destekleyen önemli bir kanıttır (Enticott ve ark., 2008).

Araştırmamızda, kontrol grubundaki sağlıklı bireyler ile şiddet suçu işlemiş psikotik özellikli hastalar, çocukluk çağı travma öyküleri bakımından birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile yapılan karşılaştırmalar sonucunda, toplam skora bakıldığında psikotik hastalığı olan suçluların kontrol grubuna göre travmatik öykülerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Alt ölçeklere bakıldığında, psikotik hastalığı olan suçluların

çocuklukta duygusal, fiziksel ve cinsel istismara uğrama oranlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde psikotik özellik gösteren suçluların, çocuklukta fiziksel ve duygusal ihmale kontrol grubuna kıyasla daha fazla maruz kaldıkları görülmüştür. Bu bulgular, beklenen sonuçlardır. Literatürdeki birçok araştırma, çocuklukta maruz kalınan travmatik yaşantıların psikotik rahatsızlıklarla ve şiddet içeren suçlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Örneğin bir araştırmada, psikotik semptomları bulunan ve akranlarına zorbalık uygulayan ergenlerin, erken çocuklukta en az bir travmatik yaşantısının olduğu bulunmuştur (Kelleher ve ark., 2008). Başka bir araştırmada, çocuklukta travmatik bir deneyim yaşayan bireylerde, spesifik nöral yolların bulunduğu ve bu yolların da ileride psikotik semptomlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Isvoranu ve ark., 2017). Sheffield ve ark. (2013), çocukluk çağı travmalarının psikotik semptomlarla ilişkisini nöral mekanizmalar üzerinden araştırdıkları araştırmada, özellikle cinsel istismara maruz kalan bireylerin daha güçlü psikotik semptomlar geliştirdiğini ve bu bireylerin saldırgan davranışlara eğilimlerinin de daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Piotrowski ve ark. (2020), çocukluk çağında travmatik yaşantılara maruz kalan kişilerin ileride psikotik hastalıklara yakalanma olasılığının arttığı gibi, aynı zamanda çocukluk çağı travması olan psikoz hastalarının hastalıkla baş etmekte daha çok zorlandıklarını, özellikle çocukluk çağı travması olmayan psikotik hastalığı olan bireylere göre stresle başetme becerilerinin çok daha düşük olduğunu rapor etmiştir.

Çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimlerin hangi mekanizmalar üzerinden psikotik hastalıklara sebep olduğu tartışmalıdır. Bazı araştırmalar, genetik yatkınlığın etkisinden bahsetmektedir (van Winkel ve ark., 2013). Çoğu araştırmada ise, bu tür travmaların beyinde yapısal ve işlevsel farklılaşmalara sebep olduğu, bu farklılaşmaların da ileride psikotik rahatsızlıklara sebep olabildiği iddia edilmektedir. Buna göre yaşanan bu olumsuz yaşantılar, mezolimbik dopaminerjik sistemde bir duyarlılığa yol açabilmekte, hipokampus ve amigdala gibi önemli beyin yapıları travmatik deneyimlerden olumsuz

etkilenebilmekte, bu tür etkiler de ileride psikotik semptomlara yol açabilmektedir (akt. van Winkel ve ark., 2013). Bir araştırmada, çocukluk çağı travmalarının sol inferior frontal girusta yapısal farklılaşmalara sebep olduğu, bu farklılaşmanın da psikotik hastalıklarda sıkça gözlenen yaygın tepki eğiliminin bastırılmasında zorluk yaşanması sorunuyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Quidé ve ark., 2018). Başka bir araştırmada ise (Sheffield ve ark., 2013), çocuklukta maruz kalına cinsel istismar sonucunda, beyindeki gri madde yoğunluğunda azalma olduğu bulunmuş, gri madde yoğunluğundaki azalmanın ise psikotik hastaların beyin topografyalarındaki en tipik özelliklerinden biri olduğuna dikkat çekilmiştir. Bu alanda yapılan çalışmalar oldukça yeni ve sınırlıdır dolayısıyla çocukluk travmalarıyla psikotik hastalıklar arasında doğrudan bir nedensel bağlantı ortaya koyabilmekten çok uzaktır. Travmaların beyinde nasıl tahribatlara sebep olduğu ve bu tahribatların psikotik hastalıklara nasıl sebep olduğunu gösterebilmek için çok sayıda detaylı araştırmaya ihtiyaç vardır.

Araştırma kapsamında Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği skorları bakımından yapılan karşılaştırmalarda, sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin güvenli bağlanma alt ölçeği skorlarının, şiddet suçu işlemiş olan psikotik hastalaradan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu da sağlıklı bireylerin psikotik bireylere göre çocukluktan itibaren daha güvenli bir bağlanma geliştirmiş olduğunun göstergesidir. Ölçeğin kaçınan bağlanma alt ölçeğindeki skorlara bakıldığında ise, şaşırtıcı bir sonuç göze çarpmaktadır. Sağlıklı bireylerin kaçınan bağlanma skorlarının, psikotik hastalığı bulunan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle, kontrol grubundaki sağlıklı bireyler, psikotik rahatsızlığı bulunan gruptaki bireylere kıyasla daha fazla kaçınmacı bağlanma özelliği göstermektedir. Kaygılı-ikircikli bağlanma altölçeği skorları bakımından ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Literatür incelendiğinde, biyopsikososyal model çerçevesinde ele alınan psikotik hastalıklarda, bağlanma biçimlerinin çok önemli olduğu görülür. Bu anlamda, güvenli

olmayan bağlanma türlerinde, hem bu tür rahatsızlıklara yakalanma olasılığı yükselir hem de psikotik rahatsızlığı olan bireylerin hastalıkla baş etmek için gerek duydukları sosyal şartlar gerektiği gibi şekillenemez. Yapılan pek çok araştırmada, özellikle birincil bakıcıyla yaşamın erken dönemlerinde güvenli bir bağlanma kurulamamış olmasının, yaşamın ilerleyen dönemlerinde bireyi psikotik semptomlar ya da diğer psikolojik rahatsızlıklar bakımından savunmasız hale getirdiği gösterilmiştir (örn. Penn ve ark., 1997; Garety ve ark., 2001; Platts ve ark., 2002). Bu bağlamda ele alındığında, bizim araştırmamızda, kontrol grubundaki bireylerin güvenli bağlanma skorlarının psikotik hastalığı olan bireylere göre daha yüksek olması şaşırtıcı değildir. Buna karşılık kontrol grubundaki bireylerin kaçınan bağlanma skorlarının psikotik hastalığı olan bireylerden daha yüksek bulunması, açıklamaya muhtaç bir bulgudur. Literatür bilgileri ışığında beklenen, psikotik hastalığı olan bireylerin daha fazla kaçınan bağlanma geliştirmiş olmasıdır. Ancak araştırmamızın bulguları bunun aksi yönündedir. Bu durumun olası sebeplerinden biri kontrol grubundaki örneklemin yapısı olabilir. Karşılaştırma iki grup arasında yapıldığı için, kontrol grubundaki bireylerin kaçınan bağlanma skorları bir sebepten yüksek bulunmuş olabilir; ancak bu durum yine de psikotik hasta grubundaki bireylerin de aslında kaçınan bağlanma biçimine sahip olmadığı anlamına gelmeyebilir. Alt ölçek skorları incelendiğinde, her iki gruptaki bireylerin de yüksek puanlar aldıkları; ancak kontrol grubundakilerin bir miktar daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Dolayısıyla şu durumda aslında psikotik hastalık grubunda bulunan bireylerin de kaçınmacı bağlanma türüne sahip olabileceğini kabul etmek ve bu sayede aslında literatür verileriyle çelişen bir durum olmadığını varsaymak mümkündür. Bu durumda, kontrol grubundaki bireylerin neden diğer gruptaki bireylerden yüksek puan aldığını açıklamak önemli bir hale gelir. Bu noktada, Berry, Barrowclough ve Wearden (2007)'ın gözden geçirme yazısında yer alan bir tartışmadan faydalanılabilir. Berry, Barrowclough ve Wearden (2007) yazısında, geliştirilen bağlanma biçimlerinin yaşam boyunca stabil kalıp kalmadığını

sorgulamıştır. Kısım 2.5'te anlatıldığı gibi, bağlanma yaşamın çok erken yıllarında birincil bakıcı ve bebek arasında oluşur ve bu bağlanmanın türü çocuğun yetişkinlik yıllarında kuracağı ilişkilerdeki bağlanma biçimini de etkiler. Berry, Barrowclough ve Wearden (2007) yaşamın erken yıllarında edinilen bağlanma biçiminin önemini kabul etmekle beraber, ilerleyen yıllarda, farklı ilişkilerdeki yaşantıların ve deneyimlerin bağlanma türlerini etkileyeceğini iddia etmektedir. Örneğin bir kişi çocuklukta annesi ya da bakıcısına karşı güvenli bağlanma geliştirmiş olabilir. Bu kişi beklendiği gibi diğer ilişkilerinde bu güvenli bağlanmanın avantajlarından faydalanacaktır. Ancak eğer yetişkinlikteki ilişkilerinde sürekli kötü deneyimler yaşarsa, bu kişinin yetişkinlikte kaçınmacı bir bağlanma türü de geliştirebilir. Bu bilgi ışığında bakıldığında, mevcut araştırmadaki verileri yorumlamak bir miktar daha kolay hale gelir. Kontrol grubundaki bireyler zaten halihazırda güvenli bağlanma geliştirmişlerdir. Bu durum, bu kişilerin çocukluk yıllarında bakıcılarıyla iyi bağlar kurduğunun göstergesidir. Ancak yaşamın ilerleyen yıllarında kontrol grubundaki bireyler kurdukları ilişkilerde olumsuz tecrübeler edinmiş olabilir. Bu da, bu kişilerin yetişkinlikte kaçınmacı bağlanma türüne de sahip olmalarına sebep olmuş olabilir.

Araştırmamız kapsamında, katılımcıların sosyal destek algıları Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırmalar sonucunda, hem toplam skor hem de aile desteği, arkadaş desteği ve özel kişi desteği alt ölçek skorları bakımından şiddet suçu işleyen psikotik özellikli hastalıkların, kontrol grubundaki bireylere göre daha düşük puanlar aldıkları gözlenmiştir. Bu durum, psikotik hastalığa sahip olan bireylerin, yeteri kadar sosyal destek alamadıkları düşüncesi içinde olduklarını göstermektedir. Algılanan sosyal destek, hem pek çok psikolojik hastalığa yakalanmamak, hem de bu tür hastalıklarla etkin bir şekilde baş edebilmek için son derece önemlidir. Dolayısıyla psikotik hastalığa sahip bireylerin sosyal destek algılarının düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, psikotik hastaların sosyal destek algısının düşük olduğu görülür. Sosyal destek algısı düşük olan hastaların da çoğunlukla hastalıkla baş etmekte zorlandığı ve hatta ilaç tedavilerine bile yanıt vermedikleri görülür. Örneğin bir araştırmada (Rabinovitch, 2013), hastalara psikozun erken dönemlerinde ilaç tedavisi uygulanmıştır. Hasta grupları içinde aile ve arkadaş desteği daha fazla olanlar ilaç tedavisine daha olumlu cevap vermiş, sosyal desteği olmayan hastalarda ise ilaç tedavisinden sonra semptomlarda kayda değer bir gelişme saptanamamıştır. Benzer bir araştırmada (Norman ve ark., 2005), psikozun erken dönemlerinde tedavi altına alınan hastalar, zaman içinde tekrar değerlendirmelere tabi tutulmuşlardır. Üç yılın ardından hastalar tekrar incelendiğinde, aile ve arkadaş desteği yüksek olan hastaların durumlarının üç yıl önceye kadar çok daha iyi olduğu bulunurken, sosyal destek açısından yetersiz olan hastaların durumlarının 3 yıl içinde herhangi bir düzelme göstermediği hatta bazı hastalarda kötüleşme olduğu bulunmuştur. Macdonald ve ark. (1998), konuya başka bir boyut getirmişlerdir. Yaptıkları araştırmada, sosyal destek görebilmek ve bu sayede yüksek bir sosyal destek algısına sahip olabilmek için belirli bir takım sosyal becerilere sahip olunması gerektiğini; halbuki şizofreni hastalarının hastalıklarının doğası gereği bu becerilerden yoksun olduklarını rapor etmişlerdir. Bu yüzden şizofreni hastalarının bir kısır döngü içine girdiklerini ve eğer şanslı değillerse çoğu zaman hastalıkla baş etmeleri için gerekli sosyal desteğe ulaşamadıklarını kaydetmişlerdir. Yine bu düzlemdeki başka bir araştırmada (Świtaj ve ark., 2015), şizofreni hastalarının, sosyal desteğe erişimleri sınırlı olduğu için, kendilerini çoğunlukla ayrımcılığa maruz kalmış ve tecrit edilmiş hissettikleri vurgulanmış; bu durumun hastaların özsaygılarını da düşürerek hastalıkla mücadelede bir çıkmaza girmelerine sebep olduğunu belirtilmiştir. Bu bulgular ışığında ele alındığında, mevcut araştırmadaki psikotik hastaların düşük sosyal destek algıları ve bunun tedavi süreçlerine etkileri daha açık bir hale gelmektedir.

Araştırmada tüm katılımcıların demografik bilgileri ile psikotik özellikli hastaların hastalıklarına ve suç özelliklerine ilişkin bilgiler, araştırma kapsamında özel olarak hazırlanan Demografik Bilgi Formu ile toplanmıştır. İlgili analizlere bakıldığında, araştırmaya katılan sağlıklı ve hasta katılımcıların cinsiyet, medeni durum, yaş ve öğrenim süresi bakımından farklılaşmadığı görülmektedir. Bu bulgu önemlidir, çünkü sayılan değişkenler, araştırmada karıştırıcı değişken olarak etki edebilecek değişkenlerdir. Bu değişkenler bakımından bir fark olmaması, doğru bir örnekleme yapıldığını ve karıştırıcı değişkenlerden büyük ölçüde kaçınıldığını göstermektedir. Sağlıklı ve hasta katılımcıların, yaşadıkları yer bakımından farklılaştıkları görülmektedir. Hasta gruptaki bireylerin, sağlıklı bireylere göre daha küçük yerleşim yerlerinde ve kırsalda yaşadıkları görülmektedir. Şehirde yaşayan hastalar da bulunmakla beraber, bu oran sağlıklı gruba göre daha azdır. Şiddet suçu işlemiş psikotik hastaların daha çok ilçe ve köylerde ikamet etmesi, kayda değer bir bulgudur. Ülkemizde yapılan bir araştırmada (Cömertler ve Kar, 2007), 81 il ve ilçelerindeki suç oranları karşılaştırılmış, yapılan analizler sonucunda suçla ilişkili olduğu belirlenen bazı sosyo-ekonomik belirleyiciler tanımlanmıştır. Bu belirleyicilerden bazıları gelir düzeyi, eğitim seviyesi, kişi başına düşen güvenlik görevlisi sayısı ve yoksulluktur. Şehir dışı yerleşim yerlerinde, iş imkanlarının sınırlılığı düşük gelir seviyesini ve yoksulluğu beraberinde getirilebilir. Daha küçük yerleşim bölgelerinde eğitim olanakları mevcut olsa da, hem bunlara ulaşmak daha zor olabilir hem de burada verilen eğitimin kalitesi daha düşük olabilir. Dolayısıyla mevcut araştırmada psikotik özellikli suç işlemiş hastaların daha yoğun olarak ilçe ve kırsalda yaşıyor olması bahsedilen sebeplerden dolayı suç işleme olasılıklarını arttırmış olabilir.

Araştırmamızın bulgularına göre, iki grup arasında, meslek, halen işinin olması ve sosyal güvence değişkenleri bakımından fark olmadığı görülebilir. Bu sayılan değişkenler de, araştırmanın amaçları bakımından karıştırıcı değişken olarak rol oynama potansiyeline sahip

değişkenlerdir. Dolayısıyla gruplardaki katılımcıların bu değişkenler bakımından denk olması örnekleminin doğru yapıldığını gösteren başka bir bulgudur. Bununla beraber, gruplar arasında iş düzeni ve kendisine ait gelirin olması değişkenleri bakımından anlamlı fark vardır. Bu durum aslında psikotik hastalıkların karakteristik bir özelliğidir. Araştırmalarda, psikotik hastalığa sahip bireylerin düzenli olarak bir işte çalışmakta zorlandıkları (örn. Marwaha ve Johnson, 2004; Takeda ve ark., 2019) ve düzenli bir gelir elde edemedikleri (örn. Topor, 2019) pek çok kez gösterilmiştir. Dolayısıyla mevcut araştırmadaki bu bulgu da literatür bulgularıyla tutarlıdır.

Katılımcıların demografik verilerinde, grupların aile birey kaybı, ölen aile üyesi, anne-baba ayrılığı, kiminle yaşadığı ve çocuk sayısı bakımından farklılaşmadığı; öte yandan gruplar arasında kardeş sayısı bakımından anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Suç işlemiş olan psikotik hasta grubundaki bireylerin, sağlıklı gruptakilere göre genel olarak daha fazla kardeşe sahip olduğu görülmektedir. Fazla sayıda kardeşe sahip olmak, ailenin sınırlı ekonomik kaynaklarını daha fazla kişiyle paylaşmak anlamına gelmektedir. Ayrıca ebeveynlerin ne kadar fazla çocuğu varsa, onlara tek tek ayıracağı zamanın miktarı ve kalitesi de azalma gösterir. Özellikle mensup oluna ailenin ekonomik olanakları sınırlıysa, daha çok kardeşe sahip olmak, yaşam kalitesini düşürüne bir unsur olabilir. Bu tür durumlar, kişilerin özellikle daha saldırgan tutum ve davranışlar geliştirmesine sebep olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, şiddet suçu işlemiş psikotik hastalığı olan kişilerle, sağlıklı kontroller bağlanma biçimleri, algılanan sosyal destek, çocukluk çağı travması, dürtüsellik ve saldırganlık düzeyi gibi değişkenler bakımından karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırmalar sonucunda, tüm bu değişkenler bakımından iki grup arasında farklar bulunduğu, bu farkların da psikotik özellikli hastalıkların doğasına uygun olacak şekilde ortaya çıktığı görülmüştür.

Yukarda sayılan bu değişkenler, psikotik özellikli hastaların suç geçmişi ve suç işleme örüntüleriyle de ilgili olarak düşünülmüştür. Bu düşünce, araştırmanın başındaki hipotezlerde maddeler halinde verilmişti. Örneğin bu araştırmanın hipotezlerinden biri, “Güvensiz ve kaygılı bağlanma, iç görünümün az olması, aile ve arkadaş desteğinin az olması, artmış dürtüsellik ve saldırganlıkla ve aynı zamanda şiddet suçunda ve suç tekrarında artışla ilişkilidir” şeklindedir. Bu hipotezin desteklenmesi için, EBBÖ alt ölçeklerinden kaygılı bağlanma skorlarının BDÖ-11 ve BPSÖ toplam skorları ve bu ölçeklerin alt ölçekleriye pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon, suç sayısı ve şiddeti ile de pozitif yönlü anlamlı korelasyon göstermesi gerekir. EBBÖ alt ölçeklerinden güvenli bağlanma skorlarının ise, BDÖ-11 ve BPSÖ toplam skorları ve bu ölçeklerin alt ölçekleriye negatif yönlü anlamlı bir korelasyon, suç sayısı ve şiddeti ile de negatif yönlü anlamlı korelasyon göstermesi gerekir. İÖBDÖ skorlarının da BDÖ-11 ve BPSÖ toplam skorları ve bu ölçeklerin alt ölçekleriye negatif yönlü anlamlı bir korelasyon, suç sayısı ve şiddeti ile de yine negatif yönlü anlamlı korelasyon göstermesi gerekir.

Bulgular incelendiğinde, kaygılı bağlanma alt ölçeğinden alınan skorlar ile, sadece BDÖ-11 dikkatsel dürtüsellik alt ölçek skoru arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki

bulunmuştur. Kaygılı bağlanma ile BDÖ-11 diğer alt ölçek skorları ve toplam skor arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı gibi; kaygılı bağlanma ile BPSÖ'nün toplam puanı ve alt ölçekleri arasında, suç şiddeti ve suç sayısı arasında da anlamlı ilişkiler bulunamamıştır.

Güvenli bağlanma alt ölçeğinden alınan skorlar ile, suç şiddeti arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir sonuç bulunmuştur. Bu bulgu beklentinin tam tersi yöndedir. Güvenli bağlanma alt ölçeği ile BDÖ-11 alt ölçek skorları ve toplam skor arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı gibi; güvenli bağlanma ile BPSÖ'nün toplam puanı ve alt ölçekleri arasında ve suç sayısı arasında da anlamlı ilişkiler bulunamamıştır. İÖBDÖ skorlarının da BDÖ-11, BPSÖ alt ölçek skorları ve toplam skorlarıyla aynı zamanda suç sayısı ve şiddetiyle de anlamlı korelasyonlar göstermediği bulunmuştur. Tüm bu bulgular, araştırmanın bu hipotezinin büyük ölçüde desteklenmediğini göstermektedir.

Araştırmamızın bir diğer hipotezi de, “Çocukluk çağı travmasının şiddeti arttıkça ve özellikle bazı türlerine (cinsel ve fiziksel istismar olması) maruz kalındığında kişilerin dürtüsellik ve saldırganlık seviyeleri artar ve bu kişiler eğer şiddet suçu işlemişlerse suçun sayısı ve şiddeti daha fazladır” şeklindeydi. Bu hipotezin doğruluğunu test etmek için, şiddet suçu işlemiş psikotik özellikli hastaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği skorları, Barrett Dürtüsellik Ölçeği skorları, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği skorları, Taylor Suç Şiddeti Ölçeği skorları ve toplam suç sayıları arasındaki korelasyonlara bakılmıştır. Bulgular incelendiğinde, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği duygusal istismar alt ölçek skorları ile, Buss-Perry Saldırganlık ölçeğinin sadece öfke alt ölçek skorları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuş; Buss-Perry Saldırganlık Ölçeğinin diğer alt ölçek skorları ve toplam skor arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Duygusal istismar alt ölçek skorları ile, Barret Dürtüsellik ölçeği toplam skoru ve alt ölçek skorları arasında da anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Benzer şekilde duygusal istismar alt ölçek skorları ile suç sayısı ve suç şiddeti arasında da anlamlı korelasyonlar bulunamamıştır.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği fiziksel istismar alt ölçek skorları ile, Barrett Dürtüsellik Ölçeğinin sadece dikkatsel dürtüsellik alt ölçek skorları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuş, bu ölçeğin diğer alt ölçek skorları ve toplam skoruyla, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeğinin alt ölçek skorları ve toplam skoruyla anlamlı korelasyonlar bulunamadığı gibi, suç sayısı ve şiddeti ile de anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği fiziksel ihmal alt ölçek skorları ile Barrett Dürtüsellik Ölçeğinin dikkatsel dürtüsellik ve devinimsel dürtüsellik alt ölçek skorları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuş; bu altölçeğin, dürtüsellik ölçeğinin diğer alt ölçek skorları ve toplam skoru arasında anlamlı ilişkilere rastlanamamıştır. Yine bu alt ölçek skorları ile Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam skoru ya da alt ölçek skorları arasında bir ilişki bulunamadığı gibi, suç sayısı ve şiddeti ile de anlamlı ilişkiler bulunamamıştır.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin duygusal ihmal ve cinsel istismar alt ölçek skorları ile, diğer hiçbir değişken arasında anlamlı ilişkilere rastlanamamıştır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam skoru bakımından karşılaştırmalar yapıldığında ise, sadece Barrett Dürtüsellik Ölçeği toplam skoruyla anlamlı bir ilişkinin olduğu, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (hem toplam hem alt ölçek skorları bakımından), suç sayısı ve şiddeti ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.

Tüm bu bulgular birlikte ele alındığında, araştırmanın bu hipotezinin sadece travma şiddeti ve dürtüsellik arasında ilişki öngören kısmı desteklenmiş; hipotezin travma şiddeti ve spesifik travma türleri bakımından ele alındığında, bunların saldırganlık düzeyi, suç sayısı ve suç şiddetiyle ilişkili olduğunu ön gören kısmı desteklenmemiştir.

Araştırmamızdaki bir diğer hipotez, “Çocukluk çağı travmasının şiddeti arttıkça ve özellikle bazı türlerine (cinsel ve fiziksel istismar olması) maruz kalındığında; güvensiz ve kaygılı bağlanma artar ve iç görü azalır” şeklindeydi. Bu hipotezi test etmek için, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇRTÖ), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ) ve Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) skorları ile bu ölçeklerin alt ölçek skorları birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

Verilere bakıldığında, ÇRTÖ toplam skoru ile, İÜBDÖ ve EBBÖ toplam ve alt ölçek skorları arasında herhangi bir ilişkiye rastlanamamıştır. ÇRTÖ alt ölçekleri içinde, cinsel istismar alt ölçeği skorları ile, EBBÖ’deki güvenli bağlanma alt ölçeği arasında negatif yönlü anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. Bu alt ölçek ile EBBÖ’nin diğer alt ölçekleri ve İÜBDÖ arasında herhangi bir anlamlı korelasyona rastlanmamıştır. ÇRTÖ’nün bir başka altölçeği olan duygusal ihmal ile, EBBÖ alt ölçeklerinden kaygılı bağlanma arasında pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon bulunmuş; ancak içgörü de dahil olmak üzere diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Tüm bu bulgular, cinsel istismara maruz kalmış olan psikotik hastalığa sahip suçluların güvenli bağlanma geliştiremediklerini, duygusal ihmale maruz kalmış olanların ise, kaygılı bağlanma geliştirdiklerini göstermektedir. Her ne kadar, ÇRTÖ’nün toplam skoru ve diğer alt ölçek skorları bağlanma türleriyle anlamlı bir ilişki göstermemiş olsa da, anlamlı bulunan alt ölçekler, araştırmanın bu hipotezinin ilk kısmının bir ölçüde desteklendiğini göstermektedir. Buna karşın, ÇRTÖ toplam puanları ve alt ölçek puanlarının İÜBDÖ arasında herhangi anlamlı bir ilişkinin bulunamaması, mevcut örnekleme travma türü ve şiddetiyle içgörü arasında bir bağlantı olmadığını göstermektedir ki; bu da hipotezin ikinci kısmının mevcut bulgularla desteklenmediği anlamına gelmektedir.

Araştırmamızın son hipotezi ise, “Adli psikiyatri kliniğine başvuran şiddet suçu işlemiş psikotik özellikleri olan hastalarda dürtüsellik ve saldırganlık seviyeleri ile suç tekrarı fazladır” şeklindeydi. Yapılan analizlerde hasta grubun Barrett dürtüsellik ölçeğinde hem toplam skor olarak hem de tek tek alt ölçeklerde kontrol grubundan daha yüksek puanlar alması, ilk hipotezdeki dürtüsellikle ilgili önermeyi desteklemektedir. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği üzerinden yapılan analizlere göre psikotik hasta grubunun şiddet puanlarının hem ölçek toplam puanları bakımından, hem de fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke ve düşmanlık alt ölçek puanları bakımından diğer gruba göre anlamlı olarak yüksek olması, bu hipotezin ikinci kısmının da doğru olduğunu kanıtlar niteliktedir.

6.1. KISITLILIKLAR

Bu araştırmada, yöntem olarak enlemesine kesitsel yöntem kullanılmış, değişkenlerin ilişkisi incelenirken de korelatif yöntemden faydalanılmıştır. Dolayısıyla bulunan sonuçlar, nedensel olarak değerlendirilemez. Nedensellik için boyamsal çalışmalara ve araştırmada yer alan değişkenlerin kontrollü olarak manipüle edilmesine ihtiyaç vardır.

Araştırmanın sınırlılıklarından biri de, verilerin toplanmasında, öz bildirime dayalı ölçeklerin kullanılmasıdır. Bu noktada özellikle psikotik özellikli hastaların verdikleri bilgilerin doğru olduğu esas alınmıştır. Ancak araştırmada yer alan hasta katılımcılar, psikotik hastalıkların doğası gereği ölçeklerdeki sorulara kasıtlı veya kasıtlı olmayarak gerçeğe uygun olmayan cevaplar vermiş olabilirler.

Ölçeklerin bir kısmında katılımcıların geçmişteki bir takım özelliklerini ya da davranışlarını değerlendirmeleri gereken bazı maddeler vardır. Katılımcıların bu maddeleri cevaplarırken, geçmişini doğru olarak hatırladığı varsayılmıştır. Ancak insan belleğinin kırılmalı ve hata yapan bir doğası olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla bu durum da verilerin toplanmasında bazı yanlışlıklara sebep olmuş olabilir.

6.2. ÖNERİLER

Bu araştırmada, bağlanma tarzı, algılanan sosyal destek ve içgörü gibi değişkenlerin, çocukluk çağı travması gibi olumsuz yaşantıların bir şekilde şiddet ve dürtüselliğe ilişkili bulunması, şiddet ve dürtüselliğin de, psikotik özellikli hastalarda şiddet suçlarıyla ilişkili olması, özellikle alanda psikotik hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu ilgilenen uygulamacılar için önemli doğurgular ortaya koymaktadır. Bağlanma tarzı söz konusu olduğunda, güvenli olmayan her türlü bağlanma tarzının hem psikotik hastalıklara hem de şiddete yatkınlık açısından olumsuz sonuçlar doğurduğu önemlidir. Dolayısıyla, bebeğe bakım veren kişilerin (çoğu durumda anne), bebeklerle yeterli ve samimi ilişkiler kurabilecek yeterliliğe sahip olabilmesi için gerekli farkındalığa sahip olmasını hedefleyen politikaların desteklenmesi iyi bir adım olabilir. Oluşturulacak eğitim programları ve çeşitli desteklerle, annelerin bebeklerine daha iyi bir bakım sağlayarak, bebeklerin anneyle güvenli bir bağlanma geliştirmesine aracı olunarak, bu bebeklerin ilerleyen yıllarda psikotik hastalıklara ya da şiddete eğilimli olmaları konusunda bir anlamda önlem alınmaya çalışılabilir. Aile planlamasıyla ilgili yapılacak bazı çalışmalarla da, şiddet eğilimleri bakımından risk faktörü olan bazı durumlar ortadan kaldırılmaya çalışılabilir. Örneğin bu araştırmada, suçluların sağlıklı bireylere göre daha fazla kardeşe sahip olduğu, bunun da sınırlı kaynakların bölüşümü bakımından bireyler için tehdit oluşturarak saldırgan eğilimlere sebep olabildiği gösterilmiştir. Bu bağlamda, aile planlaması yoluyla bu risk faktörünün önüne geçilebilir. Psikotik hastaların yüksek şiddet eğilimlerinin olması, tedavi süreçlerini de zorlaştırmaktadır. Tartışma bölümü içinde ilgili kısımda da bahsedildiği gibi birtakım araştırmalarda, şiddet eğilimi yüksek olan hastaların, sağlık personeline karşı şiddet içeren davranışlarda bulundukları rapor edilmiştir. Bu bilgi ışığında uygulayıcılar bu tür hastaların tedavisi için daha farklı ve özel tedavi programları geliştirebilir. Özellikle sosyal desteğin ve tedavi sürecine yönelik içgörünün artırılmasını teşvik eden ve saldırgan eğilimleri azaltmayı hedefleyen tedavi programları,

başarılı sonuçlar verebilir. Çocukluk çağı travmalarının, hem şiddet eğilimi hem de psikotik hastalıklara yatkınlık oluşturma konusunda etkili olduğu da bulunmuştur. Dolayısıyla alandaki uygulayıcılar, özellikle çocuklara ilişkin bu tür travmatik sonuçlar oluşturacak davranışların engellenmesine yönelik politikaları destekleyebilir, bunun yanında bu tür travması olan bireylerin de travmanın etkisinden kurtulup rehabilite olabilmeleri için uygun terapi yaklaşımlarını benimseyebilirler.

Psikotik özellikli hastalıklar, hem kişinin işlevselliğini bozarak kendisinin ve çevresindekilerin yaşam kalitesini düşüren, hem de bu kişilerin kendisine ya da çevresindeki kişilere yönelik zarar verici davranışlar göstermesine sebep olabilen hastalıklardır. Bu yüzden bu tür hastalıkların daha etkili bir şekilde tedavi edilebilmesi için, altında yatan sebeplerin daha kapsamlı olarak araştırılması faydalı olabilir. Bu hastalıklarda genetik önemli bir rol oynadığından, hastalığın genetik belirleyicilerinin neler olduğuna dair kapsamlı çalışmalar yürütülebilir. Bu tür hastalıklar beyin anatomisinde ve kimyasında ciddi değişikliklere sebep olmaktadır. Bu değişikliklerin beyinde tam olarak nasıl ve nerede gerçekleştiğini bulabilmek için, gelişmiş teknoloji ürünü görüntüleme cihazlarıyla, kapsamlı taramalar yapılabilir. Psikotik hastalıklar, çok boyutlu hastalıklardır. Dolayısıyla ister genetik alanında ister beyin görüntüleme alanında isterse de davranışsal boyutta olsun, tüm araştırmaların biyopsikososyal model kapsamında yürütülmesi ve multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi, bu tür hastalıkların doğasının daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir. Psikotik hastalıkların suç ile ilişkisine aracılık eden en önemli değişkenlerden biri saldırganlık olarak gözükmektedir. Bu yüzden, psikotik hastalığı bulunan bireylerin kendilerine ve çevrelerine zarar verme olasılıklarını en aza indirmek için, bu tür hastalıklarla saldırganlığın hem nöral ilişkilerine hem de toplumsal ve ailesel belirleyicilerine odaklanılması ve araştırmaların bu boyutta yürütülmesi faydalı bulguların elde edilmesini sağlayabilir.

KAYNAKÇA

1. Aas, M. Kauppi, K. Brandt, CL. Tesli, M. Kaufmann, T. Steen, NE. ... and Melle, I. (2017). Childhood trauma is associated with increased brain responses to emotionally negative as compared with positive faces in patients with psychotic disorders. *Psychological medicine*, 47(4), pp. 669.
2. Abay, E. ve Tuğlu, C. (2000). Şiddet ve agresyonun nörobiyolojisi; *Klinik Psikiyatri*, 3, ss. 21-26.
3. Acheson, A. Farrar, AM. Patak, M. Hausknecht, KA. Kieres, AK. Choi, S. et al. (2006). Nucleus accumbens lesions decrease sensitivity to rapid changes in the delay to reinforcement. *Behav Brain Res*, 173, pp. 217-228.
4. Ahmed, AO. Hunter, KM. Van Houten, EG. Monroe, JM. and Bhat, IA. (2014). Cognition and other targets for the treatment of aggression in people with schizophrenia. *Ann Psychiatry Ment Health*, 2(1), 1004.
5. Ainslie, G. (1975). Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychol Bull*, 82, pp. 463-498.
6. Akbay, S. E. (2015). Ana-babaya bağlanma ile romantik yakınlık ve otantik benlik arasındaki ilişkilerde bağlanma stillerinin aracı rolünün incelenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Mersin.
7. Akdoğan, R. Türküm, A. S. (2014). Psikolojik yardım sürecinde terapötik bir hedef olarak içgörü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4).
8. Alasaarela, L. Hakko, H. Riala, K. and Riipinen, P. (2017). Association of self-reported impulsivity to nonsuicidal self-injury, suicidality, and mortality in adolescent psychiatric inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(5), pp. 340-345.
9. Allen, TJ. Moeller, FG. Rhoades, HM. and Cherek DR. (1998). İmpulsivity and history of drug dependence. *Drug Alcohol Depend*, 50, pp. 137-14.
10. Allen, J.J. and Anderson, C.A. (2017). General aggression model. *The international encyclopedia of media effects*, pp. 1-15.
11. Amador, XF. Strauss, DH. Yale, SA. Flaum, MM. Endicott, J. and Gorman, JM. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American journal of Psychiatry*, 150, ss. 873-873.

12. Amador, XF. Strauss, DH. Yale, SA. Gorman, JM. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1), ss. 113-132.
13. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)
14. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2001). *Mental bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı*, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV- TR). Washington D.C. Köroğlu, E. (Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
15. Anwar, S. Långström, N. Grann, M. and Fazel, S. (2011). Is arson the crime most strongly associated with psychosis?—A national case-control study of arson risk in schizophrenia and other psychoses. *Schizophrenia bulletin*, 37(3), pp. 580-586.
16. Armiya'u, AYU. Ogunwale, A. Bamidele, LI. Adole, O. and Umar, MU. (2020). Comparison of impulsivity, aggression and suicidality between prisoners in Nigeria who have committed homicide and those who have not. *Criminal behaviour and mental health*, 30(5), pp. 240-255.
17. Aronson, E. Wilson, TD. Akert, R.M. Sommers, SR. (2013). *Social psychology*, 9th ed. London: England, Pearson.
18. Arslan, S. Günay, Kılıç, B. Karakılıç, H. (2000). İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri*, 3, ss. 17-24.
19. Arunogiri, S. Verdejo-Garcia, A. McKetin, R. Rubenis, A. J. Fitzpatrick, RE. and Lubman, DI. (2019). Emotion recognition and impulsive choice in relation to methamphetamine use and psychosis symptoms. *Frontiers in psychiatry*, 10, pp. 889.
20. Asahi, S. Okamoto, Y. Okada, G. Yamawaki, S. Yokota, N. (2004). Negative correlation between right prefrontal activity during response inhibition and impulsiveness, A fMRI study. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*, 254, ss. 245–251.
21. Aslan, S. ve Altınöz, A.E. (2010). İçgörü kavramı ve şizofreni. Tekrarlayıcı Nitelikte Bir Travma Olarak Aile İçi Şiddetin Psikoz İle İlişkisi, 23.
22. Aslan, S. Türkçapar, H. Güney, E. Eren, N. Akkoca, Y. Uğurlu, M. ve Karakaş, G. (2005). Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 8, ss. 186-196
23. Atoui, M. El Jamil, F. El Khoury, J. Doumit, M. Syriani, N. Khani, M. and Nahas, Z. (2018). The relationship between clinical insight and cognitive and affective empathy in schizophrenia. *Schizophrenia research: cognition*, 12, pp. 56-65.

24. Bailey, T. Alvarez-Jimenez, M. Garcia-Sanchez, AM. Hulbert, C. Barlow, E. and Bendall, S. (2018). Childhood trauma is associated with severity of hallucinations and delusions in psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 44(5), pp. 1111-1122.
25. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), pp. 191.
26. Baron, S.W. (2015). Differential social support, differential coercion, and organized criminal activities. *Justice Quarterly*, 32(6), pp. 1089-1117.
27. Bartholomew, K. and Horowitz, LM. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), pp. 226.
28. Bechara, A. Damasio, H. Damasio, AR. and Lee, GP. (1999). Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. *J Neurosci*, 19, pp. 5473-5481.
29. Beck, AT. Steer, RA. Beck, JS. and Newman, CF. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), pp. 139-145.
30. Beck, JC. and B. Van der Kolk (1987). Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. *The American journal of psychiatry*.
31. Beitchman, JH. et al. (1992). *A review of the long-term effects of child sexual abuse*. Child abuse and neglect, 16(1), pp. 101-118.
32. Berendse, HW. Galisdegraaf, Y. Groenewegen, H.J. (1992). Topographical organisation and relationship with ventral striatal compartments of prefrontal corticostriatal projections in the rat. *J Comp Neurol*, 316, pp. 314-347.
33. Berlin, HA. Rolls, ET. and Kischka, U. (2004). Impulsivity, time perception, emotion and reinforcement sensitivity in patients with orbitofrontal cortex lesions. *Brain*, 127, pp. 1108-1126.
34. Bernstein, DP. Fink, L. Handelsman, L. and Foote J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 151(8), pp. 1132-6.
35. Berry, K. Barrowclough, C. and Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clinical psychology review*, 27(4), pp. 458-475.

36. Bertram, D. (2007). Likert scales. *Retrieved November, 2*, pp. 2013.
37. Bifulco, A. Brown, GW. and Adler, Z. (1991). Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *Br J Psychiatry*, 159, pp. 115-22.
38. Bizot, J.C. Chenault, N. Houzé, B. Herpin, A. David, S. Pothion, S. et al. (2007). Methylphenidate reduces impulsive behaviour in juvenile Wistar rats, but not in adult Wistar, SHR and WKY rats. *Psychopharmacology (Berl.)*, 193, pp. 215-223.
39. Bonoldi, I. et al. (2013). Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: a meta-analysis of retrospective studies. *Psychiatry research*, 210(1), pp. 8-15.
40. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss v. 3 (Vol. 1). *Random House. Furman, W. and Buhrmester, D.*(2009). Methods and measures: The network of relationships inventory: Behavioral systems version. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 470-478.
41. Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: II. Some principles of psychotherapy: The Fiftieth Maudsley Lecture (expanded version). *The British Journal of Psychiatry*, 130(5), pp. 421-431.
42. Bowlby, J. (1980). By ethology out of psycho-analysis: An experiment in interbreeding.
43. Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), pp. 664.
44. Brady, K.T. Myrick, H. and McElroy, S. (1998). The relationship between substance use disorders, impulse control disorders, and pathological aggression. *Am J Addict*, 7, pp. 221-230.
45. Brennan, KA. Clark, C.L. and Shaver, PR. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview.
46. Buchanan, J. (1995). Social support and schizophrenia: a review of the literature. *Archives of psychiatric nursing*, 9(2), pp. 68-76.
47. Budak, S. (2000). *Psikoloji sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
48. Burkay, S. (2008). Teorik çerçevede suç. *ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar*, (2), pp. 4.
49. Buss, A.H. and Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 63 (3), pp. 452-459.

50. Buss, A.H. and Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psych*, 63, pp. 452-459.
51. Can, S. (2002). Aggression Questionnaire adlı ölçeğinTürk populasyonunda geçerlilik ve güvenirlik çalışması. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul.
52. Canty-Mitchell, J. and Zimet, G.D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American journal of community psychology*, 28(3), pp. 391-400.
53. Cash, T. F. and Pruzinsky, T. (2004). Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. The Guilford Prepp.
54. Cashdan, S. (1988). Object relations therapy: Using the relationship. WW Norton and Co.
55. Castelein, S. Bruggeman, R. Davidson, L. and Gaag, M. V. D. (2015). Creating a supportive environment: Peer support groups for psychotic disorders. *Schizophrenia bulletin*, 41(6), pp. 1211-1213.
56. Castilho, P. Martins, M.J. Pinto, A.M. Viegas, R. Carvalho, S. and Madeira, N. (2017). Understanding the effect of attachment styles in paranoid ideation: The mediator role of experiential avoidance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), pp. 42-46.
57. Chamorro, J. Bernardi, S. Potenza, MN. Grant, JE. Marsh, R. Wang, S. and Blanco, C. (2012). Impulsivity in the general population: a national study. *Journal of psychiatric research*, 46(8), pp. 994-1001.
58. Cheche, Hoover, R. and Jackson, JB. (2019). Insecure attachment, emotion dysregulation, and psychological aggression in couples. *Journal of interpersonal violence*, 0886260519877939.
59. Cicchetti, DSL. Toth and Maughan, A. (2000). An ecological-transactional model of child maltreatment, in Handbook of developmental psychopathology, Springer, pp. 689-722.
60. Cooke, MA. Peters, ER. Kuipers, E. and Kumari, V. (2005). Disease, deficit or denial? Of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, 112(1), pp. 4-17.
61. Corey, G. (2004) . Theory and practice of group counseling, 6th ed. Pasific Grove CA, Brooks Cole.
62. Corsini, R.J. (1984). Current psychotherapies, 3rd ed. Illinois, FE Peacock.

63. Cömertler, N. ve Muhsin, KAR. (2007). Türkiye'de suç oranının sosyo-ekonomik belirleyicileri: Yatay kesit analizi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 62(02), pp. 37-57.
64. Cuesta, MJ. and Peralta, V. (1994). Lack of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), pp. 359-366.
65. David, A.S. (1990). Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*, 156, pp. 798-808.
66. Davidson, JRT. and Meltzer-Brody, SE. (1999). The Underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry*, 60 (Suppl 7), pp. 4-9.
67. Dawe, S. Gullo, MJ. and Loxton, NJ. (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: implications for substance misuse. *Addictive behaviors*, 29(7), pp. 1389-1405.
68. Dell'Osso, L. Pini, S. Cassano, GB. Mastrocinque, C. Seckinger, RA. Sacttoni, M. ... and Amador, X.F. (2002). Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disorders*, 4(5), pp. 315-322.
69. Demir, M. (2016). Kanser hastası olan kişilerin bağlanma stillerine göre psikolojik dayanıklılıklarının incelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
70. Dias, V.V. Brissos, S. Frey, BN. and Kapczinski, F. (2008). Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 110(1-2), pp. 75-83.
71. Dickman, SJ. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *Journal of personality and social psychology*, 58(1), pp. 95.
72. Dilbaz, N. (1999). Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve saldırgan hastaya yaklaşım, *Klinik Psikiyatri*, 2, pp. 179-188.
73. Dimoska, A. and Johnstone, SJ. (2007). Neural mechanisms underlying trait impulsivity in non-clinical adults: stop-signal performance and event-related potentials. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(2), pp. 443-454.
74. Dubow, EF. and Ullman, DG. (1989). Assessing social support in elementary school children: The survey of children's social support. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(1), pp. 52-64.

75. Dumais, A. Lesage, A.D. Lalovic, A. Séguin, M. Tousignant, M. Chawky, N. and Turecki, G. (2005). Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *American Journal of Psychiatry*, 162(7), pp. 1375-1378.
76. Duman, N. (2019). Mentalizasyon ve mentalizasyonun psikopatoloji, duygudurum düzenleme, saldırganlık ve şiddet ilişkisi üzerine bir derleme. *Pesa Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(2), pp. 200-208.
77. Durmuş, E. and Gürkan, U. (2005). Lise öğrencilerinin şiddet ve saldırganlık eğilimleri. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(3), pp. 253-269.
78. Duva, SM. Silverstein, SM. and Spiga, R. (2011). Impulsivity and risk-taking in co-occurring psychotic disorders and substance abuse. *Psychiatry research*, 186(2-3), pp. 351-355.
79. Egan, G. (1990). The skilled helper: A systematic approach to effective helping Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
80. Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenirliği. *Türk Psikologlar Dergisi*, 10(34), pp. 45-55.
81. Elbogen, EB. and Johnson, SC. (2009) The intricate link between violence and mental disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 66(2), pp. 152-61.
82. Ellis, A. (1974). *Humanistic Psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
83. Enticott, P.G. Ogloff, JRP. Bradshaw, J.L. and Fitzgerald, PB. (2008). Cognitive inhibitory control and self reported impulsivity among violent offenders with schizophrenia. *J Clin Exp Neuropsychol*, 30, pp. 157-162.
84. Eysenck SB, Eysenck HJ. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol*, 16, pp. 57-68.
85. Eysenck SB, Pearson PR, Easting G. and Allsopp JF. (1985). Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Personality and Individual Differences*, 6, pp. 613-619.
86. Faay, MD. and Sommer, IE. (2021). Risk and prevention of aggression in patients with psychotic disorders.
87. Faay, MD. van Os, J. van Amelsvoort, T. Bartels-Velthuis, AA. Bruggeman, R. Cahn, W. ... and Simons, CJ. (2020). Aggressive behavior, hostility, and associated care needs in patients with psychotic disorders: a 6-year follow-up study. *Frontiers in psychiatry*, 10, 934.

88. Fanning, JR. Berman, ME. Mohn, RS. and McCloskey, MS. (2011). Perceived threat mediates the relationship between psychosis proneness and aggressive behavior. *Psychiatry research*, 186(2-3), pp. 210-218.
89. Fawcett, J. Busch, KA. Jacobs, D, Kravitz, HM and Fogg L. (1997). Suicide: a four pathway clinical-biochemical model. *Ann N.Y. Acad. Sci.*, 836, pp. 288-301
90. Foroozandeh, E. (2017). Impulsivity and impairment in cognitive functions in criminals. *Forensic Res Criminol Int J*, 5(1), pp. 232-233.
91. França, G. Laranjeira, E. Silva, F. Monteiro, L. Moreira, AM. and Carvalho, S. (2020). Attachment style and insight in schizophrenia: a cross-sectional study. *Psychiatric Quarterly*, 91(1), pp. 31-43.
92. Freud, S. Beyond the pleasure principle. In J. Strachey and A. Freud (Eds.) (1956). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 18). London: Hogarth, (Originally published, 1920.)
93. Freud, S. Formulations on the two principles of mental functioning. In J. Strachey and A. Freud (Eds.) (1956). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 12). London: Hogarth, (Originally published, 1911.)
94. Freud, S. Remembering, repeating, and working through. In J. Strachey and A. Freud (Eds.) (1956). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 12). London: Hogarth, (Originally published, 1914.)
95. Freud, S. (1959). "The dynamics of transference" içinde, Riviere, J. (ed.), *Collected Papers*, 2, New York: Basic Books.
96. Fromm, E. (1993). İnsandaki Yıkıcılığın Kökenleri-1, Alpagut Ş. (Çev.), İstanbul: Payel Yayınevi.
97. Garety, PA. Kuipers, E. Fowler, D. Freeman, D. and Bebbington, PE. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
98. Garo, JL. Gunawardane, N. and Goldberg, JF. (2008). Predictors of trait aggression in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 10(2), pp. 285-292.
99. Ghaemi, SN. Stoll, AL. and Pope Jr, HG. (1995). Lack of insight in bipolar disorder the acute manic episode. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(7), pp. 464-467.

100. Giordano, PC. Cernkovich, SA. and Rudolph, JL. (2002). Gender, crime, and desistance: Toward a theory of cognitive transformation. *American journal of sociology*, 107(4), pp. 990-1064.
101. Goff, DC. et al. (1991). Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Research*, 37(1), pp. 73-80.
102. Grady, M. D. Yoder, J. and Brown, A. (2018). Childhood maltreatment experiences, attachment, sexual offending: Testing a theory. *Journal of interpersonal violence*, 0886260518814262
103. Grafman J, Schwab K, Warden D, Pridgen A, Brown HR, Salazar AM. (1996). Frontal lobe injuries, violence, and aggression: A report of the Vietnam Head Injury Study. *Neurology*, 46, pp. 1231-1238.
104. Grattan, RE. Lara, N. Botello, RM. Tryon, VL. Maguire, AM. Carter, CS. and Niendam, TA. (2019). A history of trauma is associated with aggression, depression, non-suicidal self-injury behavior, and suicide ideation in first-episode psychosis. *Journal of clinical medicine*, 8(7), pp. 1082.
105. Groot, W. and van den Brink, HM. (2010). The effects of education on crime. *Applied economics*, 42(3), pp. 279-289.
106. Guldner, GT. (1996). Long-distance romantic relationships, pp. Prevalence and separation-related symptoms in college students. *Journal of college student development*, 37(3), pp. 289-296.
107. Güleç, C. ve Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: Medico Graphics Matbaası,
108. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M. (2008). Stanford MS. Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt impulsiveness scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18, pp. 251-258.
109. Güleç H, Tamam L, Usta H, Saygılı İ, Güleç MY, Zengin M. ve Karakuş G. (2009). Bipolar Bozuklukta Dürtüsellik, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 10, pp. 198-203
110. Güleç, H. Tamam, L. Usta, H. Saygılı, İ. Güleç, M. Y. ve Zengin, M. (2009). Bipolar bozuklukta dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 198-203.
111. Güngör, B.B. Gülseren, Ş. Dalmış, A. ve Zorlu, N. (2013). Alkol bağımlılığı başlangıç yaşı ve aile öyküsünün dürtüsellik ve kompulsivite ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(3).

112. Hantaş, Y. Maner, F. Erkıran, M. Turan, F. ve Gökalp, P. (2003). Alkol-madde kullanım bozukluğu olan kadınlarda yeme özellikleri ve yeme bozuklukları taraması. *Düşünen Adam*, 16(1), pp. 24-27.
113. Hartmann, H. (1956). Notes on the reality principle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 11, pp. 31-53.
114. Hazan C. and Shaver PR. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment procepp. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp. 511-524.
115. Hill, CE. Castonguay, LG. Angus, L. Arnkoff, DB. Barber, JP. Bohart, AC. ... and Crits-Christoph, P. (2007). Insight in Psychotherapy: Definitions, Processes, Consequences, and Research Directions.
116. Holland, PC and Gallagher, M. (2004). Amygdala-frontal interactions and reward expectancy. *Curr Opin Neurobiol*, 14, pp. 148 –155.
117. Hoptman, MJ. Ardekani, BA. Butler, PD. Nierenberg, J. Javitt DC. and Lim, KO. (2004). DTI and impulsivity in schizophrenia: a first voxelwise correlational analysis. *Neuroreport*, 15, pp. 2467-2470.
118. Hornak, J. O'Doherty, J. Bramham, J. Rolls, ET. Morris, RG. Bullock, PR. et al. (2004). Rewardrelated reversal learning after surgical excisions in orbito-frontal or dorsolateral prefrontal cortex in humans. *J Cogn Neurosci*, 16, pp. 463-478.
119. Isvoranu, AM. van Borkulo, CD. Boyette, LL. Wigman, JT. Vinkers, CH. Borsboom, D. and Group Investigators. (2016). A network approach to psychosis, pp. pathways between childhood trauma and psychotic symptoms. *Schizophrenia bulletin*, 43(1), pp. 187-196.
120. Jaspers, K. (1913). *General Psychopathology*.
121. Ruissen, AM. Widdershoven, GAM. Meynen, G. Abma, TA. and van Balkom, A.J.L.M. (2012). A systematic review of the literature about competence and poor insight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(2), pp. 103–13.
122. Johnson, J.E. Esposito-Smythers, C. Miranda Jr, R. Rizzo, C.J. Justus, A.N. and Clum, G. (2011). Gender, social support, and depression in criminal justice-involved adolescents. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 55(7), pp. 1096-1109.
123. Kaplan, B.J. (2016). Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(1), pp. 78-79.
124. Karasar, N. (2003). Bilimsel araştırma yöntemi. Ankara. Nobel Yayın Dağıtım.

125. Kelleher, I. Harley, M. Lynch, F. Arseneault, L. Fitzpatrick, C. and Cannon, M. (2008). Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *The British Journal of Psychiatry*, 193(5), pp. 378-382.
126. Kelly, M.E. Duff, H. Kelly, S. Power, J.E.M. Brennan, S. Lawlor, B.A. and Loughrey, D.G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic reviews*, 6(1), pp. 259.
127. Kesebir, S. Kökçü, F. ve Dereboy, F. (2012). Erişkin bağlanma biçimi ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *New / Yeni Symposium Journal*, 10(2), pp. 99-104.
128. Khalsa, H.M.K. Baldessarini, R. J. Tohen, M. and Salvatore, P. (2018). Aggression among 216 patients with a first-psychotic episode of bipolar I disorder. *International journal of bipolar disorders*, 6(1), pp. 1-6.
129. Kim, H.S. Cassetta, B.D. Hodgins, D.C. Tomfohr-Madsen, L.M. McGrath, D.S. and Tavares, H. (2018). Assessing the relationship between disordered gamblers with psychosis and increased gambling severity: the mediating role of impulsivity. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(6), pp. 370-377.
130. Klein, G.S. (1954). Need and regulation. In M. Jones (Ed.). *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 2). Lincoln: University of Nebraska Press.
131. Kolk. CJV. (1998). *Introduction to group counseling and psychotherapy*. Canada: Charles E. Merrill Company.
132. Köşger, F. Eşsizoglu, A. Sönmez, İ. Güleç, G. Genek, M. ve Akarsu, Ö. (2016). Şizofrenide şiddet davranışının klinik özellikler, içgörü ve bilişsel işlevler ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(2), ss. 92-99.
133. Krakowski, M. Volavka, J. and Brizer, D. (1986). Psychopathology and violence: a review of literature. *Comprehensive Psychiatry*, 27(2), pp. 131-148.
134. Kulaçağlı, F. Solmaz, M. Ardic, F. C. Akin, E. and Köse, S. (2017). The relationship between childhood traumas, dissociation, and impulsivity in patients with borderline personality disorder comorbid with ADHD. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(4), pp. 393-402.
135. Kurth-Nelson, Z. and Redish, A. D. (2010). A reinforcement learning model of precommitment in decision making. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 4, 184.

136. Kurtz, D.L. and Zavala, E. (2017). The importance of social support and coercion to risk of impulsivity and juvenile offending. *Crime and Delinquency*, 63(14), pp. 1838-860.
137. Lee, L. (1984). Sequences in separation: a framework for investigating endings of the personal (romantic) relationship. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1(1), pp. 49-73.
138. Lewis. (1934). The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology*, 14, pp. 332.
139. Liu, YP. Wilkinson, LS. and Robbins, TW. (2004). Effects of acute and chronic bupropion on impulsive choice and efflux of 5-HT and dopamine in hippocampus, nucleus accumbens and prefrontal cortex. *Psychopharmacology (Berl)*, 173, pp. 175-185.
140. London, M. (2002). Leadership development path to self-insight and professional growth. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
141. Lucas, J.W. (2003). Theory-testing, generalization, and the problem of external validity. *Sociological Theory*, 21(3), pp. 236-253.
142. Ludwig, A.M. (1966). The formal characteristics of therapeutic insight. *American journal of psychotherapy*, 20(2), pp. 305-318.
143. Macdonald, E.M. Jackson, H.J. Hayes, R.L. Baglioni Jr, A.J. and Madden, C. (1998). Social skill as a determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 29(3), pp. 275-286.
144. Madran, AD. (2013). Buss-Perry saldırganlık ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(2), pp. 124-129.
145. Maner, F. (2009). Dürtüsellik: Yeme Bozuklukları İlişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19.
146. Maner, F. Kayatekin, Z.E. Abay, E. Saygili, S. ve Sener, A.I. (1991). Psikiyatrik hastalıklar ve suç. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 4, 6-13.
147. Martin, L.E. and Potts, G.F. (2004). Reward sensitivity in impulsivity. *Neuroreport*, 15(9), pp. 1519-1522.
148. Marwaha, S. ve Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(5), pp. 337-349.

149. Massons, C. Lopez-Morinigo, J. D. Pousa, E. Ruiz, A. Ochoa, S. Usall, J. ... and Dutta, R. (2017). Insight and suicidality in psychosis: a cross-sectional study. *Psychiatry research*, 252, 147-153.
150. McBurnett, K. Lahey, B.B. Rathouz, P. J. and Loeber, R. (2000). Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior. *Archives of general psychiatry*, 57(1), pp. 38-43.
151. McGirr, A. Tousignant, M. Routhier, D. Pouliot, L. Chawky, N. Margolese, H.C. and Turecki, G. (2006). Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: a case-control study. *Schizophrenia Research*, 84(1), pp. 132-143.
152. Mehlman PT, Higley JD, Faucher I, Lilly AA, Taub DM, Vickers J, et al. (1994). Low CSF 5-HIAA concentrations and severe aggression and impaired impulse control in nonhuman primates. *Am J Psychiatry*, 151, pp. 1485-1491.
153. Messer, S.B. and McWilliams, N. (2007). Insight in psychodynamic therapy: Theory and Assessment
154. Mikulincer M. Florian F. Weller A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, pp. 817-826
155. Mobini, S. Chiang, TJ. Ho, MY. Bradshaw, CM. and Szabadi, E. (2000). Effects of central 5- hydroxytryptamine depletion on sensitivity to delayed and probabilistic reinforcement. *Psychopharmacology (Berl)*, 152, pp. 390-397.
156. Modestin, J. Hug, A. and Ammann, R. (1997). Criminal behavior in males with affective disorders, *Journal of Affective Disorders*, 42, pp. 29-38
157. Moeller, F.G. Barratt, E.S. Dougherty, D.M. Schmitz, J.M. and Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), pp. 1783-1793.
158. Mogenson, GJ. Jones, DL. Yim, CY. (1980). From motivation to action: Functional interface between the limbic system and the motor system. *Prog Neurobiol*, 14, pp. 69-97.
159. Montoya, E.R. Terburg, D. Bos, P.A. and Van Honk, J. (2012). Testosterone, cortisol, and serotonin as key regulators of social aggression: a review and theoretical perspective. *Motivation and emotion*, 36(1), pp. 65-73.

160. Morgan CFisher H. Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. *Schizophr Bull* 2007, 33(1), pp. 3-10.
161. Mosele, P.H.C. Figueira, G.C. Bertuol Filho, A.A. de Lima, J.A.R.F. and Calegaro, V.C. (2018). Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression. *Psychiatry research*, 265, 13-18.
162. Mukadam, A. (2020). An Investigation of the Effects of Trauma, Attachment Styles, and Resilience, on Intimate Partner Violence (Doctoral dissertation, University of Central Lancashire).
163. Murdock, NL. (2012). *Psikolojik danışma v e psikoterapi kuramları*. F. Akkoyun, (Ed.) Ankara: Nobel Yayınevi.
164. Nanda, P. Tandon, N. Mathew, I. T. Padmanabhan, J. L. Clementz, B. A. Pearlson, G. D. ... and Keshavan, M. S. (2016). Impulsivity across the psychosis spectrum: correlates of cortical volume, suicidal history, and social and global function. *Schizophrenia research*, 170(1), pp. 80-86.
165. Nehir, S. Irmak, H. Demet, M.M. and Toksöz, K. (2018). Bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(2), pp. 163-168.
166. Nelson-Jones R. (1982). *Danışma psikolojisi kuramları*. F. Akkoyun (Ed). London: Cassel Educational Limited.
167. Norman, R. M. Malla, A. K. Manchanda, R. Harricharan, R. Takhar, J. and Northcott, S. (2005). Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia research*, 80(2-3), pp. 227-234.
168. Norman, R. M. Windell, D. Lynch, J. and Manchanda, R. (2011). Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), pp. 3-7.
169. O'Connor, J.A. Ellett, L. Ajnakina, O. Schoeler, T. Kolliakou, A. Trotta, A. ... and David, A.S. (2017). Can cognitive insight predict symptom remission in a first episode psychosis cohort?. *BMC psychiatry*, 17(1), pp. 1-8.
170. Ogden, T.H. (1983). The concept of internal object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 64, 227-241.
171. Ongur, D. and Price, JL. (2010). The organization of networks within the orbital and medial prefrontal cortex of rats, monkeys and humans. *Cereb Cortex*, 10, pp. 206-219.

172. Overtoom, CC. Verbaten, MN. Kemner, C. Kenemans, JL. van Engeland, H. Buitelaar, JK et al. (2003). Effects of methylphenidate, desipramine, and L-dopa on attention and inhibition in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Behav Brain Res*, 145, pp. 7-15.
173. Owens, G.P. Pike, J.L. and Chard, K.M. (2001). Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive distortions of female child sexual abuse survivors. *Behavior therapy*, 32(3), pp. 413-424.
174. Ögel, K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(47), pp. 61-64.
175. Örsel, S. Karadağ, H. Kahıloğulları, A.K. ve Aktaş, E.A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2).
176. Öveç, Ü. (2007). Öz duyarlılık ile öz bilinç, depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişkilerin yapısal eşitlik modeliyle incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi.
177. Özdemir, P. G. Selvi, Y. ve Aydın, A. (2012). Dürtüsellik ve tedavisi. *Psikiyatri ve Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), pp. 293-314.
178. Pascual-Leone, A. and Greenberg, L.S. (2002) Insight and awareness in experiential therapy. Louis G. Castonguay and Clara e. Hill (Ed.). *Insight in Psychotherapy*. Washington.American Psychological Association.
179. Patterson E. ve Welfel E. (2000). The counseling process (5th ed.). Canada: Brooks Cole.
180. Patton, JH. Stanford, MS. and Barratt, ES. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*, 51, pp. 768-774.
181. Penn, D.L. Corrigan, P.W. Bentall, R.P. Racenstein, J.M. and Newman, L. (1997). *Social cognition in schizophrenia*. *Psychological Bulletin*, 121, 114-132
182. Piotrowski, P. Frydecka, D. Kotowicz, K. Stańczykiewicz, B. Samochowiec, J. Szczygieł, K. and Misiak, B. (2020). A history of childhood trauma and allostatic load in patients with psychotic disorders with respect to stress coping strategies. *Psychoneuroendocrinology*, 115, 104645.
183. Platts, H. Tyson, M. and Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs, pp. Are they linked? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 332-348.

184. Ponizovsky, A.M. Nechamkin, Y. and Rosca, P. (2007). Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), pp. 324-331.
185. Poulos, CX. Parker, JL. and Le, AD. (1996). Dexfenfluramine and 8-OH-DPAT modulate impulsivity in a delay-of-reward paradigm: Implications for a correspondence with alcohol consumption. *Behav Pharmacol*, 7, pp. 395-399.
186. Rabinovitch, M. Cassidy, C. Schmitz, N. Joobar, R. and Malla, A. (2013). The influence of perceived social support on medication adherence in first-episode psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(1), pp. 59-65.
187. Ramanauskas, B. (2020). The Relationship Between Traumatic Brain Injuries, Impulsivity, and Crime.
188. Rapaport, D. (1950). On the psycho-analytic theory of thinking. *International Journal of Psycho-analysis*, 31, 161-170
189. Reddy, LF. Lee, J. Davis, MC. Altshuler, L. Glahn, DC. Miklowitz, DJ. and Green, MF. (2014). Impulsivity and risk taking in bipolar disorder and schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 39(2), pp. 456-463.
190. Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R (2009) Risk of homicide and major mental disorders: a critical review. *Encephale*, 35(6), pp. 521-30.
191. Richard-Lepouriel, H. Kung, AL. Hasler, R. Bellivier, F. Prada, P. Gard, S. ... and Etain, B. (2019). Impulsivity and its association with childhood trauma experiences across bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Journal of affective disorders*, 244, 33-41.
192. Robinson, ES. Eagle, DM. Mar, AC. Bari, A. Banerjee, G. Jiang, X. et al (2008). Similar effects of the selective noradrenaline reuptake inhibitor atomoxetine on three distinct forms of impulsivity in the rat. *Neuropsychopharmacology*, 33, pp. 1028-1037.
193. Robustelli, BL. Newberry, RE. Whisman, MA. and Mittal, VA. (2017). Social relationships in young adults at ultra high risk for psychosis. *Psychiatry research*, 247, 345-351.
194. Rogers, CR. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflon Company.
195. Rolin, SA. Marino, LA. Pope, LG. Compton, MT. Lee, RJ. Rosenfeld, B. ... and Dixon, L. (2019). Recent violence and legal involvement among young adults with early psychosis enrolled in Coordinated Specialty Care. *Early intervention in psychiatry*, 13(4), pp. 832-840.

196. Rosenfeld, H. (1983). Primitive object relations and mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 64, 261-267.
197. Rueger, SY. Malecki, CK. Pyun, Y. Aycock, C. and Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 142(10), pp. 1017.
198. Ruissen, A. M. Widdershoven, G. A. M. Meynen, G. Abma, T. A. and Van Balkom, A. J. L. M. (2012). A systematic review of the literature about competence and poor insight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(2), pp. 103–13.
199. Sadath, A. Muralidhar, D. Varambally, S. Gangadhar, BN. and Jose, JP. (2017). Do stress and support matter for caring? The role of perceived stress and social support on expressed emotion of carers of persons with first episode psychosis. *Asian Journal of Psychiatry*, 25, 163-168.
200. Sadock, BJ. (2000). Signs and symptoms in psychiatry, Sadock BJ, Sadock VA (Ed), Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume: 1, Seventh Edition, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
201. Salahur, E. (2010). Üniversite öğrencilerinin geriye dönük olarak çocukluklarında algılamış oldukları ebeveyn kabul veya reddinin yetişkin bağlanma biçimleri ve depresif belirtiler ile ilişkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
202. Sams, M. Paavilainen, P. Alho, K. and Näätänen, R. (1985). Auditory frequency discrimination and event-related potentials. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology/Evoked Potentials Section*, 62(6), pp. 437-448.
203. Şar, V. Öztürk, E. İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 32, pp. 1054-1063.
204. Schanda, H. Stompe, T. and Ortwein-Swoboda G. (2010) Increasing criminality in patients with schizophrenia, pp. Fiction, logical consequence or avoidable side effect of the mental health reforms? *Neuropsychiatr*, 24(3), pp. 170-81.
205. Schoenbaum, G. Setlow, B. Saddoris, MP. and Gallagher, M. (2003). Encoding predicted outcome and acquired value in orbitofrontal cortex during cue sampling depends upon input from basolateral amygdala, *Neuron*, 39, pp. 855-867.
206. Sheffield, J.M. Williams, L.E. Woodward, N.D. and Heckers, S. (2013). Reduced gray matter volume in psychotic disorder patients with a history of childhood sexual abuse. *Schizophrenia research*, 143(1), pp. 185-191.

207. Sheinbaum, T. Racioppi, A. Kwapil, T. R. and Barrantes-Vidal, N. (2020). Attachment as a mechanism between childhood maltreatment and subclinical psychotic phenomena: Results from an eight-year follow-up study. *Schizophrenia research*, 220, 261-264.
208. Sığırcı, A. (2010). Evli bireylerde bağlanma biçimleri ve evliliğe dair inançların evlilik doyumu ile ilişkisinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
209. Silver, J.M. Yudofsky, S.C. (1991). The Overt Aggression Scale, pp. Overview and Guiding Principles. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2(1), pp. 557- 560.
210. Simane-Vigante, L. Plotka, I. and Blumenau, N. (2018). Research of the relationship of criminal violence, adult attachment styles and personality traits of violent male offenders. *Rural Environment, Education, Personality*, 11, 128-139.
211. Simpson, JA. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of personality and social psychology*, 59(5), pp. 971.
212. Şimşek, DE. ve Evrensel, A. (2018). The relationship between childhood traumas and aggression levels in adults. *Medicine Science International Medical Journal*, ss. 1-5.
213. Singer, JL. (1955). Delayed gratification and ego development, pp. Implications for clinical and experimental research. *Journal of Consulting Psychology*, 19, 259-266.
214. Smalley, SL. Bailey, JN. Palmer, CG. Cantwell, DP. and McGough, JJ. (1998). Del’Homme MA et al. Evidence that the dopamine D4 receptor is a susceptibility gene in attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*, 3, pp. 427-430.
215. Sorgi, P. Ratey, J. Knoedler, DW. Marketi, RJ. Reichman, M. (1991). Rating Aggression in the Clinical Setting. A Retrospective Adaptation of the Overt Aggression Scale, Preliminary Results. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2(1), pp. 557-560.
216. Soubrie P. (1986). Reconciling the role of central serotonin neurons in human and animal behavior. *Behav Brain Sci*, 9, pp. 319-364.
217. Soygür, H. Alptekin, K. Atbaşoğlu, EC. ve Herken, H. (2007). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. İstanbul: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
218. Stern, S. Doolan, M. Staples, E. Szmukler, G. L. and Eisler, I. (1999). Disruption and reconstruction, pp. Narrative insights into the experience of family members caring for a relative diagnosed with serious mental illness. *Family Process*, 38(3), pp. 353-369.

219. Sweeney, TJ. (1989). *Adlerian counseling: a practical approach for a new decade* Accelerated Development Inc. 3400 Kilgore Ave. Muncie, IN 47304-4896
220. Świtaj, P. Grygiel, P. Anczewska, M. ve Wciórka, J. (2015). Experiences of discrimination and the feelings of loneliness in people with psychotic disorders: The mediating effects of self-esteem and support seeking. *Comprehensive Psychiatry*, 59, 73-79.
221. Şener, A. Tomruk, N. B. Evren, C. ve Karaytuğ, M. O. (2020). Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmasının dissosiyasyonla ilişkisi. *Çukurova Medical Journal*, 45(3), pp. 1-1.
222. Takeda, K. Sugawara, N. Yamada, Y. Nagata, T. Kashiwagi, H. Kono, T. ... and Okada, T. (2019). Employment-related factors of forensic psychiatric outpatients with psychotic disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 3341.
223. Taşçıoğlu, K. (1996). Psikotik olgularda saldırganlık ve semptom dağılımının ilişkisi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul.
224. Taylor, PJ. (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry*, 147, pp. 491-498.
225. Teixeira, EH. and Dalgalarrrondo, P. (2009). Violent crime and dimensions of delusion: a comparative study of criminal and noncriminal delusional patients. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 37(2), pp. 225-231.
226. Tezcan S. (1992). *Epidemiyoloji Tıbbi araştırmaların yöntem bilimi*. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı.
227. Toh, WL. Castle, DJ. Mountjoy, RL. Buchanan, B. Farhall, J. and Rossell, SL. (2017). Insight in body dysmorphic disorder (BDD) relative to obsessive-compulsive disorder (OCD) and psychotic disorders: Revisiting this issue in light of DSM-5. *Comprehensive psychiatry*, 77, 100-108.
228. Topor, A. Stefansson, CG. Denhov, A. Bülow, P. and Andersson, G. (2019). Recovery and economy, salary and allowances: a 10-year follow-up of income for persons diagnosed with first-time psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(8), pp. 919- 926.
229. Tunca Z, Hancıoğlu M. (1993). Hastaların psikiyatriste devamını etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4, pp. 219-223.
230. Tzeletopoulou, A. Alikari, V. Krikelis, MI. Zyga, S. Tsironi, M. Lavdaniti, M. and Theofilou, P. (2019). Fatigue and perceived social support as predictive factors for

aggressive behaviors among mental healthcare professionals. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 36(6).

231. Uygur, N. Işıklı, M. Ögel, K ve ark. (1992). Suç işlemiş şizofrenlerin demografik özellikleri ve suç profili, *Düşünen Adam*, 5(1,2,3), pp. 5-9.
232. Ünsal, A. (1996). Genişletilmiş bir şiddet tipolojisi, *Şiddet içinde*, Cogito, pp. 29-36
233. van Erp, TG. Baker, RA. Cox, K. Okame, T. Kojima, Y. Eramo, A. and Potkin, SG. (2020). Effect of brexpiprazole on control of impulsivity in schizophrenia: a randomized functional magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 301, 111085.
234. van Gaalen, MM. van Koten, R. Schoffemeer, AN. (2006). Critical involvement of dopaminergic neurotransmission in impulsive decision making. *Biol Psychiatry*, 60, pp. 66- 73.
235. Van Winkel, R. Van Nierop, M. Myin-Germeys, I. and Van Os, J. (2013). Childhood trauma as a cause of psychosis, pp. linking genes, psychology, and biology. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(1), pp. 44-51.
236. Velthorst, E. Fett, AKJ. Reichenberg, A. Perlman, G. van Os, J. Bromet, EJ. and Kotov, R. (2017). The 20-year longitudinal trajectories of social functioning in individuals with psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 174(11), pp. 1075-1085.
237. Vohs, JL. Leonhardt, BL. James, AV. Francis, MM. Breier, A. Mehdiyou, N. ... and Lysaker, P. H. (2018). Metacognitive reflection and insight therapy for early psychosis: a preliminary study of a novel integrative psychotherapy. *Schizophrenia Research*, 195, 428-433.
238. Wachtel, LE. Jaffe, R. and Kellner, CH. (2011). Electroconvulsive therapy for psychotropic-refractory bipolar affective disorder and severe self-injury and aggression in an 11-year-old autistic boy. *European child and adolescent psychiatry*, 20(3), pp. 147-152.
239. Walderhaug, E. Lunde, H. Nordvik, JEV. Landrø, NI. Refsum, H. and Magnusson, A. (2002). Lowering of serotonin by rapid tryptophan depletion increases impulsiveness in normal individuals. *Psychopharmacology (Berl)*, 164, pp. 385-391.
240. Wendel, BE. Rocque, M. and Posick, C. (2018). Rethinking self-control and crime, pp. Are all forms of impulsivity criminogenic? *European Journal of Criminology*, 1477370820902992.
241. Westen, D. (1996). *Psychology, Mind, Brain and Culture*. John Willey and Sons.

242. Widom, CS. Czaja, SJ. Kozakowski, SS. and Chauhan, P. (2018). Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes?. *Child abuse and neglect*, 76, 533-545.
243. Willcutt, EG. Pennington, BF. Chhabildas, NA. Friedman, MC. and Alexander, J. (1999). Psychiatric comorbidity associated with DSM-IV ADHD in a nonreferred sample of twins. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38, pp. 1355-1362.
244. Winstanley, CA. LaPlant, Q. and Theobald, DE. (2007). DeltaFosB induction in orbitofrontal cortex mediates tolerance to cocaine-induced cognitive dysfunction. *J Neurosci*, 27, pp. 10497-10507.
245. Winstanley, CA. Theobald, DE. Cardinal, RN. and Robbins, TW. (2004). Contrasting roles for basolateral amygdala and orbitofrontal cortex in impulsive choice. *J Neurosci*, 24, pp. 4718- 4722.
246. Yazıcı, K. and Yazıcı, AE. (2010). Dürtüsellüğün nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), pp. 254-280
247. Zimet, GD. Dahlem, NW. and Zimet SG. et all. (1998). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assepp*, 52, pp. 30-41.