

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
GERONTOLOJİ ANABİLİM DALI

Murat AKTUĞ

YÜKSEK LİSANS

2019-ANTALYA

PSİKOTİK RAHATSIZLIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERİN
ERİKSON’UN PSİKOSOSYAL GELİŞİM TEORİSİ
AÇISINDAN İNCELENMESİ

Murat AKTUĞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
GERONTOLOJİ ANABİLİM DALI

PSİKOTİK RAHATSIZLIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERİN
ERİKSON’UN PSİKOSOSYAL GELİŞİM TEORİSİ
AÇISINDAN İNCELENMESİ

Murat AKTUĞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nilüfer KORKMAZ YAYLAGÜL

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2019-ANTALYA

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Murat AKTUĞ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Nilüfer KORKMAZ YAYLAGÜL

TEŐEKKÖR

Araştırmanın her aşamasında bilgi ve deneyimini paylaşan önemli değerlendirme, yñnlendirmeleri ve destekleriyle birçok konuda şahsıma yol gñsteren danışmanım Doç. Dr. Nilüfer KORKMAZ YAYLAGÖL'e, kıymetli eleştiri ve yñnlendirmeleri ile tezime katkı sunan Prof. Dr. Abdullah OLGUN, Nñropsikolog Cahit KESKİNKILIÇ hocalarıma saygılarımı sunar, teőekkörü borç bilirim.

Araştırma sürecinde ınar Bakım Merkezlerinde araştırmayı yapma imkanı sunan Kurucu Müdürü Zeki Aykut ERSEVEN' e, Sultanbeyli Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi Psikiyatri hekimi Dr. Hatice KAYA' ya ve vakit ayıran tüm katılımcılara, araştırma sürecinde her konuda destek ve yardımını esirgemeyen hemşire Zerrin KAHRAMAN' a, ınar 2 Engelli Bakım Merkezi Pendik şubesindeki tüm çalışma arkadaşlarıma, son olarak maddi ve manevi destek ve ilgileri ile hep yanımda olan değerli aileme arkadaşlarıma sonsuz teőekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma psikotik rahatsızlığa sahip bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıkları ile gelişim dönemi çatışmaları arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: İlişkisel tarama yöntemi kullanılarak İstanbul ili sınırları içerisinde bulunan yatılı bakım merkezlerindeki ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı hanelerdeki psikotik tanısı almış 50-71 yaşları arasında bulunan 53 bireye uygulanan Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCL 90-R), Değiştirilmiş Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeği (MEPSI) ve araştırmacı tarafından hazırlanmış yarı yapılandırılmış Demografik Bilgi Toplama Envanteri'nden elde edilen bulgular doğrultusunda bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıkları ile gelişim dönemi çatışmaları arasındaki ilişki ortaya koyulmuştur.

Bulgular: Çalışmada araştırmaya katılan bireylerin yaşadıkları psikotik bozuklukların tamamı ile gelişim dönemi çatışmalarının tamamına yakını arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, cinsiyet değişkeni ile bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıklar arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Erkeklerin kadınlara göre depresyon, paranoid düşünce, psikotizm ve uyku-yemek yeme bozukluğuna daha fazla sahip oldukları anlaşılmaktadır.

Sonuç: Çalışmada gelişim dönemi çatışmalarından güven ve bağımsızlığın bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıkların tamamına yakınına yordadığı görülmüştür. Bunun yanı sıra kimlik kazanma çatışmasının fobik anksiyete rahatsızlığını yordadığı ve yakınlık çatışmasının da paranoid bozukluğu yordadığı, başarı, üretkenlik ve bütünlük çatışmalarının herhangi bir psikotik rahatsızlığı yordamadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Psikotik Bozukluk, Gelişim Dönemi, Çatışma

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the relationship between psychotic disorders experienced by individuals with psychotic disorders and developmental period conflicts.

Method: Psychological Symptoms Screening Test (SCL 90-R), Modified Psychosocial Development Periods (MEPSI) applied to 53 individuals aged 50-71 years who were diagnosed with psychotic in residential care centers and community mental health centers registered in Istanbul using the relational screening method. And the findings of the semi-structured Demographic Information Collection Inventory prepared by the researcher and the relationship between the psychotic disorders experienced by the individuals and developmental conflicts.

Results: In this study, it is seen that there is a negative relationship between all of the psychotic disorders experienced by the participants and almost all developmental conflicts. It is also seen that there is a significant negative relationship between gender variable and psychotic disorders experienced by individuals. It is understood that men have more depression, paranoid thinking, psychoticism and sleep-eating disorder.

Conclusion: In this study, it is seen that trust and independence from developmental conflicts predict almost all of the psychotic disorders experienced by individuals. In addition, it is seen that the conflict of identity acquisition predicts phobic anxiety disorder and closeness conflict predicts paranoid disorder. Conflicts of success, productivity and integrity do not appear to predict any psychotic disorder.

Keywords: Aging, Psychotic Disorder, Developmental Period, Conflict

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
TABLolar DİZİNİ	v
KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yaşlılık Dönemi Psikolojisi.....	4
2.1.1. Yaşlılığın Tanımı	4
2.1.2. Yaşlılık Çeşitleri	9
2.1.3. Yaşlanma ve Yaşlılık Bilimi (Gerontoloji).....	10
2.1.4. Yaşlanma Süreci ve Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler.....	12
2.1.5. Yaşlılık Döneminde Görülen Ruhsal Bozukluklar	13
2.1.6. Yaşlılık Üzerine Psikolojik Kuramlar	17
2.2. Psikotik Rahatsızlıklar	18
2.2.1. Şizofreni	21
2.2.2. Şizoaffektif Bozukluk.....	29
2.3. Erikson'un Psikososyal Gelişim Teorisi.....	32
2.3.1. E. Erikson'un Yaşamı ve Teorisine Etkisi (1902–1994)	33
2.3.2. Psikososyal Gelişim Teorisi Genel Çerçevesi.....	35
2.3.3. Psikososyal Kriz (Çatışma) Evreleri	42
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	55
3.1. Araştırma Modeli.....	55
3.2. Örneklem	56
3.3. Veri Toplama Araçları	58
3.3.1. Demografik Bilgi Toplama Envanteri.....	58
3.3.2. Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCL 90 - R).....	58

3.3.3. Değiştirilmiş Psikososyal Gelişim Dönemleri leği (MEPSI), ...	60
3.4. Veri Analizi.....	62
4. BULGULAR	64
5. TARTIşMA	95
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	100
KAYNAKLAR	102
EKLER.....	115
EK-1 Demografik Bilgi Formu	115
EK-2 SCL- 90-R Belirti Tarama Testi	116
ZGEMİş.....	120

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 2.1.	APA DSM-5 Tanısal sınıflaması psikotik belirti gösteren ruhsal bozukluklar	6
Tablo 2.2.	DSÖ ICD-10 tanısal sınıflaması psikotik belirti gösteren ruhsal bozukluklar	7
Tablo 2.3.	Psikososyal gelişim teorisi ana hatları	38
Tablo 2.4.	Psikososyal gelişim teorisi olumsuz sonuç örnekleri	55
Tablo 3.1.	Katılımcıların demografik özellikleri (n=53)	59
Tablo 3.2.	SCL-90-R’de yer alan alt boyutlar, maddeler ve bu alt boyutların güvenirlik katsayıları	63
Tablo 3.3.	MEPSI’de yer alan alt boyutlar, maddeler ve bu boyutların güvenirlik katsayıları	64
Tablo 4.1.	Çoklu korelasyon tablosu	68
Tablo 4.2.	Psikotik rahatsızlıkların cinsiyetleri açısından değişimi	78
Tablo 4.3.	Cinsiyet ile psikotik rahatsızlıklar arasındaki ilişki	79
Tablo 4.4.	Somatizasyonu yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları	80
Tablo 4.5.	Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri	80
Tablo 4.6.	Obsesif-kompulsif bozukluğu yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları	81
Tablo 4.7.	Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri	82
Tablo 4.8.	Kişilerarası duyarlılığı yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları	83
Tablo 4.9.	Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri	83

Tablo 4.10.	Depresyonu yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları	84
Tablo 4.11.	Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri	84
Tablo 4.12.	Kaygıyı yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları	85
Tablo 4.13.	Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri	86
Tablo 4.14.	Öfkeyi yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları	87
Tablo 4.15.	Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri	87
Tablo 4.16.	Fobik-anksiyeteyi yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları	88
Tablo 4.17.	Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri	88
Tablo 4.18.	Paranoid bozukluğu yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları	90
Tablo 4.19.	Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri	90
Tablo 4.20.	Psikotizmi yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları	91
Tablo 4.21.	Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri	91

Tablo 4.22. Yeme-içme bozukluğunu yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları 92

Tablo 4.23. Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri 93



KISALTMALAR

APA	: American Psychiatric Association
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GABA	: Gama Aminobütirik Asit
GEBAM	: Geriatrik Araştırma ve Uygulama Merkezi
ICD	: International Classification of Diseases
MEPSI	: Modified Erikson Psychosocial Stage Inventory
M.Ö.	: Milattan Önce
MYO	: Meslek Yüksek Okulu
REM	: Rapid eye movement
SCL	: Symptom Distress Check List
std.	: standart
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
v	: versus
vb.	: ve benzeri
WHO	: World Health Organization

YASAD : Yaşlı Sorunlarını Araştırma Derneği



1. GİRİŞ

Psikoz, sanrılar ve/veya varsanılar anlamına gelen, birçok farklı psikiyatrik bozukluklarla ilgili olabilen belirtiler kümesidir. Konuşma bozukluğu, davranış bozukluğu ile birlikte gerçeklik algısında kopmaların görülebildiği; bu nedenle kişinin duygusal tepkisinde, zihinsel kapasitesinde, başkalarıyla olan iletişimde bozulmaların olduğu belirtiler olarak tanımlanır (Stahl, 2015; Akt. Herdem vd. 2017).

Yaratılan değer, korku ve düşünceler önceki yaşantıdan etkilenmiş olabilmektedir. Buradan getirilen çatışma unsurları hayatın belli dönemlerinde özellikle de yaşlılıkta ortaya çıkabilmektedir.

Yaşlanma ayrıcalık olmaksızın her canlıda işlevlerin azalmasına neden olan, süregelen ve evrensel bir süreçtir. Fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarda birçok değişim yaşanan bir dönemdir. Psikolojik boyutta; kronolojik yaşa bağlı ortaya çıkabilen algılamada, öğrenmede, problem çözmede ve kişinin uyum sağlama kapasitesindeki değişimler ifade edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı 65 yaş ve üstü, 85 yaş ve üstünü de çok yaşlı şeklinde tanımlamıştır. 65 yaş ve üzeri olarak tanımlanan nüfus gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yıllık ortalama %5 artış göstermektedir. 2020’de toplam yaşlı nüfusun bir milyara ulaşacağı, bunun 700 milyonunun gelişmekte olan ülkelerde bulunacağı öngörülmektedir (Aslan ve ark., 2008). Türkiye’de mevcut durumda % 7-8 civarında olan yaşlı nüfusun, 2050’de % 20 olması öngörülmektedir (TÜİK, 2018).

Günümüzde yaşlanan nüfusun hızla artmasıyla birlikte yaşlı nüfusun sağlığı da başta tıp dünyası olmak üzere multidisipliner bir problem olarak görülmektedir. Yaşlılıkta bedensel sağlık problemleriyle karşılaşma olasılığı artış gösterebilirken, bu rahatsızlıklar bireylerde sosyal ve ekonomik anlamda zayıflık oluşturmakta, devamında psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. (Gülseren ve ark., 2000). Yaşlılık sürecinde psikolojik ve fiziksel olarak ortaya çıkan fonksiyonel gerilemeler, depresyondan ağır ruhsal hastalıklara varan bir yelpazede, diğer hastalıklarla veya tek başına bireyin yaşam kalitesine etki eden önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Tedavi edilmediği takdirde erken ölüm, genel sağlığın bozulması gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir (Şahin ve Yalçın, 2003).

Yaşlılarda hastalıkların klinik tanı ve tedavisi farklılık göstermektedir. Yaşlı bireylerin kapsamlı geriatrik değerlendirme ile taranarak kognitif bozukluk, depresyon, davranış bozukluğu gibi problemlerinin saptanması tedavilerinde önemli rol oynamaktadır (Yavuz, 2007).

Yaşlı nüfusun artmasıyla sağlık ve sosyal gereksinimlerin karşılanması ihtiyacı, önümüzdeki yıllarda birçok ülke için önemli bir sorun olacaktır. Yaşam kalitesi bozulan, daha sık hastalanan, kronik hastalıklarla yaşamak zorunda kalan yaşlı bireyler sağlık sistemi için büyük problem olabilecektir.

İnsanların kaliteli bir hayat sürmesi temel amaç olmakla birlikte sosyal, ekonomik anlamda da büyük yükler oluşmasına engel olması itibariyle yaşanan nüfusun mental sağlığının korunması önem arz etmektedir. Mental olarak problemleri olmayan yaşlıların kendine ve çevresine daha sonra da bulunduğu topluma fayda sağlamaya devam etmesi, yük olmaktan çok yük alması hayatı daha kolay ve herkes için yaşanabilir kılacaktır. Psikotik rahatsızlıkların nedenlerine ilişkin bireylerin hayatının bazı dönemlerinde yaşadığı sıkıntıların bilinmesi tedbir ve tedavi amaçlı önlemler geliştirilmesine fayda sağlayacaktır. Diğer taraftan psikotik rahatsızlıkların nedenleri hakkında hatırı sayılır bir literatür bulunmakla birlikte halen çözülememiş alanlar bulunmaktadır. Bu hastalıkları tetikleyen, gelişmesine neden olan birçok değişken vardır. Bu değişkenlerin her biri hastalığı tetikleyici olduğu gibi birlikte ortaya çıkmaları da hastalığı oluşturabilmektedir.

Bu araştırmada amaç, bireylerin psikososyal gelişimini dönemler halinde ve her dönemin çatışmalarını, kırılganlıklarını ortaya koyan Erikson'un gelişim teorisini, psikotik tanı almış bireyler üzerinden incelemektir. Bu genel problem bağlamında aşağıdaki hipotezler test edilecektir.

Hipotez 1: Bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıkların, psikososyal gelişim evrelerinde yer alan çatışmalarla anlamlı ilişkisi vardır.

Hipotez 2: Cinsiyetin bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıklarla anlamlı ilişkisi vardır.

Hipotez 3: Psikososyal gelişim evresine bağı olarak ortaya çıkan çatışmanın, bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıkları etkileme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Dönemi Psikolojisi

2.1.1. Yaşlılığın Tanımı

Yaşlılık, doğumdan başlayarak insanoğlunun yaşadığı kaçınılmaz ve geri dönülmesi mümkün olmayan, fiziksel ve kimi zaman da zihinsel yönden bağımsızlıktan bağımlılığa geçtiği dönemdir (Uncu ve Özçakır, 2003). Çevresel faktörlere uyum yeteneğinin azalmasıdır (Erkan ve Işıksan, 2000). Bilişsel aktivite yavaşlarken iletişim başarısızlığı ilişkilerin yavaşlamasına ve izole bir yaşamı devama dönüşmektedir (Kıtiş ve ark., 2012).

İnsan yaşamının doğum, büyüme ve gelişme evreleri olan “gençlik”, hücresel fonksiyonların gerilediği “yaşlılık” olarak iki bölümden oluştuğu değerlendirilmektedir. Yumurtanın döllemesi ile biyolojik olarak başlayan yaşlılık ömür boyu sürmektedir. Sosyal anlamda ise sosyal özellikler ve kültürel duruma göre toplumlar arası farklılığı olan bir dönemdir. Kronolojik yaşlılık tanımı da geçen zaman dâhilinde yıllık birimlerin esas alındığı yaşlılıktır. Patolojik olarak yaşlanma ise yaşlanma süreciyle etkileşen patolojik olayları kapsar (Bozcuk ve Demirsoy, 2000).

Yaşlanma insan vücudunda ve psikolojisinde bireysel özgünlük içeren birçok değişikliğin meydana geldiği bir dönemdir. Zaman içinde gerçekleşen bireye özgü değişimler sebebiyle “yaşlı” kavramı sadece yaşa bağlı, tek ve tartışmasız şekilde sınıflanamamaktadır. İnsan hayatında yaşlanma bireyin gelişip, olgunlaşması sonrası kendine özgü ve psikolojik değişimler görülen son evredir. (Kanber, 2018).

Dünyanın gelişmiş ülkelerinde 2020’de 65 yaş ve üzerinde 232 milyon, 2030’da 1,4 milyar insan olacağı ön görülmektedir. Yine dünyada sayısı en hızlı artan yaş grubu 85 yaş ve üzeridir. En hızlı yaşlanan kıta Avrupa iken, Afrika yoksulluk ve hastalıklar sebebiyle en yavaş yaşlanan kıtadır (Gökçe-Kutsal, 2006).

Yirminci yüzyılda “toplumların yaşlanması” kavramı ortaya çıkmıştır. Tıpta ve teknolojiye gelişmeler yanında doğum oranları azalmıştır. Doğurganlık yenilenme düzeyini aşağı çektiğinden ilk olarak çocuk nüfusu, devamında genç ve orta yaşlı nüfus azalmış, yaşlı nüfus sayısal ve oransal olarak kaçınılmaz şekilde artmıştır. 1975’te doğurganlık hızı yenilenme düzeyi altında dünyada 22 ülke bulunuyorken bu sayı

günümüzde 70'lere ulaşmış, gün geçtikçe de artmaktadır. Sağlık alanında ilerlemeler insanların yaşam beklentisini de arttırmış, arttırmaya devam etmektedir (Gökçe-Kutsal, 2006).

Karakteristik özellikleri açısından yaşlanma için; organların rezerv kapasitesinin azalması, homeostatik kontrolün azalması, çevresel uyaranlara uyum sağlama kabiliyetinde azalma ve stres cevap kapasitesi azalması sıralanmaktadır. Yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan, gün geçtikçe de artan kayıplar hastalık ve yaralanmaya karşı bireyi korunmasız kılmaktadır.

Artık insanlar daha uzun yaşamak kadar yaşam kalitesinin artmasının da önemli olduğunu, sağlık beklentisinin yaşam süresinden daha önemli olduğunu düşünmektedirler. Bu nedenle gençler için tıpta hedef tedavi, geriatric nüfus için esas olan yaşam kalitesinin devamlılığıdır (Gökçe-Kutsal, 2006).

Yaşlılığın Başlangıcı

Literatürde çoğunlukla kabul gören tanıma göre 65 yaşlılık sınırı olup, bu yaş ve üzerindeki kişiler sağlık durumu vb. gözetilmeden “yaşlı” kapsamında değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü de teknik raporlarında kronolojik yaşlılığı 65 yaş ve üstü şeklinde kabul etmiştir. Ayrıca 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üzerini de ihtiyarlık olarak kategorize etmiştir (WHO, 1984). Biyolojik yaşlanma için bu sınıflandırma yapılsa da kesin ve değişmez olduğu söylenemez (Gökçe-Kutsal, 2006).

Sosyal gerontologlar yaşlılığı; genç yaşlılık, orta yaşlılık, ileri yaşlılık şeklinde üç grupta sınıflandırmaktadır (Görpelioğlu, 2009).

Yaşlılık evresi başlangıcında bedensel, zihinsel yetiler zayıflarken, güç kaybı oluşmaktadır. Bilimsel çalışmalar açısından genel olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri yaşlar kişisel olarak bedensel ve ruhsal işlevsellik incelenmeden herkes için geçerli sayılamamaktadır. Diğer bir ifadeyle yaşlı bireyin 65 yaş ve üzerinde olması bedensel ve ruhsal sağlığına ilişkin genel bilgi edinebilmek açısından yeterli olmayabilir (Onur, 2004).

Yaşlılık aslen bireyin psikolojik anlamda yaşlılığı kabulü ile başlamaktadır. Yaşlılığa geçişte güçlü psikoloji olması, yaşlılık sürecinde gelişmelere adaptasyon sağlayabilmesi mutlu ve sağlıklı yaşlılık evresini desteklemektedir (Stub, 1984).

Toplumsal ve kişisel anlamda yaşlılık, bireyin kendine yetememesi nedeniyle genellikle bir sorun olarak algılanmaktadır. Fiziksel, zihinsel kayıplar, kişisel bakım ve günlük yaşamda bağımsız olamama yaşlılığı sıkıntılı bir duruma getirmektedir. Kişide ortaya çıkan bu kayıplara bağlı olarak evde veya kurumda bakıma gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle sosyo-ekonomik yetersizlik, yaşlanma ile artan tedavi ve rehabilitasyon giderleri, yaşlı sağlığı çalışmalarına ilgiyi artırmıştır (Majercsik, 2005).

Yaşlılık algısı konusunda Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM) tarafından 1300 yaşlı bireyi inceleyen bir araştırma yürütülmüştür. Çalışmada olumlu algı için “saygı görme (%84,4), emekli olma (%74,7), dinlenme (%63,8), azalan sorumluluk (%55,3), her şey için zaman ayırabilme (%50,8), önceden yapılamayanlara fırsat bulma (%35,7)” sıklıkla ifade edilen başlıklardır. Olumsuz olarak ise “yorgunluk hali (%71,7), hastalık (%68,8), hayatın sonu (%55,8), sevdiklerini kaybetme (%52,8), yalnız kalma (%49,8), başkalarına muhtaç olma (%40,9)” durumları tanımlanmıştır. Çalışmaya katılanların yarısı önemli sağlık sorunları olduğunu beyan etmiş, sadece beş yaşlıdan biri çok sağlıklı hissettiğini ifade etmiştir. Yine katılanların beşte biri yalnız yaşamaktadır (Troisi ve Gökçe Kutsal, 2006).

Dünya nüfusu gün geçtikçe yaşlanmaktadır. Doğum oranının azalması ve ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte yaşlı popülasyonu artmaktadır. Teknolojide yaşanan gelişmeler yaşam standartlarına olumlu etki etmektedir. Gelişen tedavi yöntemleri ve sağlık çalışmaları önceden ölümlerle sonuçlanan durumları ortadan kaldırmakta veya hastalıkların hiç gelişmemesini sağlamaktadır. Bu da genel popülasyonda yaşlı oranının artmasını sağlayan bir durumdur (Diker ve ark., 2001).

Dünya nüfusu için oluşturulan projeksiyonlarda 2050 için toplam nüfusun 8.9 milyar olabileceği tahmin edilmektedir. 1950’de 60 yaş ve üzeri yaşlı nüfusu tüm dünyada 200 milyon iken, 1970’de 291 milyon, 2000’de 400 milyon kişi olmuştur. 2025’te bu sayının 1.1 milyar, 2050 yılında 2 milyara çıkması beklenmektedir. Anılan rakamlara

bakıldığında, 2025'te 60 yaş ve üzeri nüfusun dünya nüfusunun %14'üne ulaşacağı ön görülmektedir. (Çilingiroğlu ve Demirel, 2004).

Türkiye'de Yaşlanma

Hâlihazırdaki demografik eğilimler, tüm dünya gibi Türkiye'nin de yaşlanan ülke olacağına işaret etmektedir. 2050 yılı için nüfusun yaklaşık 16 milyonu yaşlı kategorisinde olacaktır. Son 20 yılda nüfus kompozisyonunda doğurganlığın da azalmasıyla önemli değişiklikler yaşanmıştır. 65 yaş ve üzerindekilerin oranı 2005'te %5,9 (4.249.000 kişi) olmuştur. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) öngörüsünde ise 60 yaş ve üzerinde 2025'te 12.055.400 kişi olacağı bildirilmektedir.

Dünyada yaşam beklentisinin artmasına paralel olarak Türkiye'de de yaşam beklentisi artmaktadır. 2005'te 70,8 olan yaşam beklentisi 2015 için 72,3, 2023 için ise 74,1 yıla çıkmıştır. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) raporlarında doğuştan beklenen yaşam süresi 2007'de 71,7 iken, 2050'de ortalama 77,3 (erkekler için: 74,3, kadınlar için: 80,4) olacağı tahmin edilmektedir. Bu durum gelecek açısından hedeflenen, yürütülen planlar bakımından önem taşımaktadır (Gökçe-Kutsal, 2009).

Yaşlılık ve Sağlık

DSÖ 1948 yılında sağlığı; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam iyilik hali olarak tanımlamıştır. İleri yaş grubunda bildirimi yapılmayan çok sayıda hastalık bulunabilmektedir. Sorunların çoğu yaşlı birey veya çevresindekiler tarafından "yaşlılıktan" denilerek önemsenmemekte, belirtiler tedavisi mümkün hastalıkların habercisi olsa da genellikle tedavide geç kalınarak bağımlı hale gelecek durumlara yol açabilmektedir. 65 yaş ve üzeri kişilerde bulunan kronik hastalıklar yaşam kalitesini tümüyle etkilemekte, hastanelerin uzun süreli misafirleri ileri yaş grubu hastalar olmaktadır.

DSÖ'nün açıklamalarına göre dünya nüfusunda yaşlandıkça kanser, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ile başta demans olmak üzere mental hastalıklar artmıştır. Bu hastalıklar için ciddi boyutta sağlık harcaması yapılmakta, ekonomik yönden ağır yük oluşmaktadır. Çoğu kronik hastalık kaynaklı yeti kaybı ve hatta ölüm koruyucu önlemlerle önlenebilecekken, yaşlı sağlık gereksinimleri konusunda ilgisizlik ve bilgisizlik bunu mümkün kılmamaktadır (Gökçe-Kutsal, 2009).

Geriatrik grup için; “suistimal ve ihmal, afektif bozukluklar, hastabakıcı stresi, bilişsel bozukluklar, bası yaraları, diş sorunları, düşmeler, beslenme yetersizlikleri, yürüyüş anormallikleri, işitme bozuklukları, inkontinans, tekrarlayan infeksiyonlar, osteoporoz, ayak sorunları ve bakımı, çoklu ilaç kullanımı, rehabilitasyon gereksinimleri, uyku ve görme bozuklukları” değerlendirilmesi gereken başlıklardır (Gökçe Kutsal ve Bal, 2003).

Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

DSÖ’nün yaşam kalitesi tanımında bireylerin kültürel bağlamındaki yaşamı, değer sistemleri, hedefleri, standartları ile ilgilerini algılaması yer almaktadır (Erkan ve Işıkhani, 2000).

Yaşlılarda kronik dejeneratif hastalıklar toplumun geri kalanına göre daha sık görülmektedir. Araştırmalar anlamlı derecede daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Yaşlılık dönemi beraberinde görülen kronik hastalıklar sebebiyle toplum içinde yaşam kalitesi de düşmekte ve aktiflik kısıtlanmaktadır (Özyurt ve ark., 2007).

Yaşlıların günlük faaliyetlerde başkasına bağımlılığı yaşam kalitesini azaltmakta, sosyal problemler oluşturmaktadır (Lüleci ve Mandıracıoğlu, 2001). Yaşlı refahı sağlanması, yaşam kalitesi iyileştirilmesi için olması gereken geniş kapsamlı bir yaklaşımdır. DSÖ’nün önerdiği tedbirler doğrultusunda ABD, yaşlılar için faaliyet gösteren kuruluşların yaşam kalitesi belirleme ölçütlerini kullanmaktadır. Yaşam kalitesi ölçütleri arasında “konut koşulları ve donanım uygun hale getirilmesi, yeterli ve dengeli beslenme sağlanması, gelir düzeyi yeterli hale getirilmesi, giyim ihtiyaçları karşılanması, sağlıklı aile ilişkileri kurulması ve tüketici davranışlarının belirlenmesi” yer almaktadır (Erkan ve Işıkhani, 2000).

Yaşlılar için sunulan hizmetlerin kalitesi yaşam kalitesi değerlendirme kapsamında önemli bir yere sahiptir. Türkiye için araştırmalar yaşlılara sunulabilecek hizmetlerin belirlenmesi, hizmetin kalitesini değerlendirme, yaşam kalitesini geliştirme noktasında müdahale edilecek hususların belirlenmesinde yetersizdir. Genellikle büyük şehirlerdeki sürekli bakım ve rehabilitasyon merkezleri hızla kapasite artırılmasına ihtiyaç duymaktadır. Evlerinden çıkamayan yaşlılar için de hizmet ağı geliştirilmesine bir an önce başlanmalıdır. Yatılı kurumlar için yaşlı hizmeti veren personelin mutlaka eğitim görmesi gerekmektedir. Diğer yandan aile üyeleri yaşlıya doğru yaklaşma,

davranışlar konusunda bilgilendirilme ihtiyacı giderilmelidir. Yaşlılar için ek işte çalışmak yerine ekonomik seviyelerinin yükseltilmesi konusunda tedbirler geliştirilmesi esas olmalıdır (Erkan ve Işıksan, 2000).

2.1.2. Yaşlılık Çeşitleri

Yaşlanma; kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak tasnif edilebilmektedir (Akçay, 2011):

* Kronolojik Yaşlanma: İnsanların doğumlarından içinde oldukları zamana değin geçen yılların hesabına bağlı olarak yaşama sürecidir.

* Biyolojik Yaşlanma: Vücutta yapı ve fonksiyonlar açısından gelişen değişikliklere denilmektedir. Yapı ve fonksiyonların yaşlanması dengeli şekilde ilerleyemediği gibi kişiler arasında da farklılıklar görülmektedir.

* Psikolojik Yaşlanma: Deneyim artışı sonucu gelişen davranışsal uyum yeteneği ve davranış değişikliğindeki yaşa bağlı gerçekleşen farklılıklar olarak tanımlanabilir. Yaşlılık ile deneyim ve birikimler arttıkça davranış şekli yanında, zekâ, bellek, duygu alanları için de değişimler yaşanmaktadır. Bunun yanında verilen kayıplar, geçmişe özlem de gelişmektedir. Gençlikte yaşam telaşından isteklerini öteleme, kendine zaman ayırmama yaşlandıkça bireyin mutsuz olmasına sebep olmaktadır. Bazı hayallerin yaşanmak istenen duyguların, plan ve düşüncelerin yaşlılık halinde birtakım eksiklikler, fonksiyonlarda yitim nedeniyle gerçekleştirilememesi yaşlıda içe dönüklük, hüznün, çöküntü ve hırçınlık gösteren ruh hali göstermesine neden olabilir.

* Sosyal Yaşlanma: Bireyin yaşadığı toplumda yaşa ilişkin değer ve normlar karşılığı belirli yaş grubu için beklenen rol ve davranışlar ile sosyal ilişkilerin belirli dönemler açısından değişimini ifade etmektedir. Birey toplumda daha önceden sahip olduğu, çalışma ve sosyal işlerdeki güç ve yeteneğinin azalması sonucu toplumsal statü ve beklentilerdeki değişim ile alakalıdır.

Yaşlanmada anılan bu dört boyut kişisel olarak farklılıklar içermektedir. Anılan olgular bakımından her insanın yaşlanma sürecine dair bu boyutları farklı şekillerde yaşaması mümkündür (Kalkın, 2011).

2.1.3. Yaşlanma ve Yaşlılık Bilimi (Gerontoloji)

Gerontoloji bilimi, insanların yaş alma ve yaşlanma ile beraber fiziksel, psikolojik, sosyal ve tarihsel yönleriyle oluşan değişikliklerin açıklanması için çalışan yaşlılık bilimidir. Gerontolojinin amacı yaşlanmadaki değişikliklerin nedenleri ile buna götüren etkenleri araştırmaktır (Görpelioglu, 2009). Gerontoloji Enstitüsü (Gerontological Society) Gerontolojiyi; “*zamanın ilerlemesine bağlı olarak ortaya çıkan ve erişkinlik sonrası yaş dönemlerine özgü koşulları ve değişimleri inceleyen bilim dalı*” olarak tanımlamaktadır (Lehr, 1972).

Geriatride ise yaşlılıkta oluşan rahatsızlıklarla ilgilenen, yaşlanmanın getirdiği rahatsızlıklara çözüm sunmak amacıyla sosyal yönden bireye destek sağlayan tıp bilim dalıdır. Gerontolojiden farkı daha çok yaşlılıktaki hastalıklara tedavi amaçlı yaklaşmasıdır (Kalınkara, 2011).

Gerontoloji kavramının doğuşu için ilkel toplumların yaşam tarzlarına kadar gitmek gerekebilir. Bu dönemde avcılık ve toplayıcılık geçim kaynağı olup yaşlılar beslenebildiği oranda, kendilerine bakabildiği sürece yaşayabilmektedir. Beslenme kaynağı yetersiz kaldığında insanlar sürekli yer değiştirerek yeni kaynaklar bulmaya çalışmış, bazen günler boyunca yürümüşlerdir. Bu durumda yaşlıların diğerlerine ayak uydurması çoğunlukla zor olmuş, bitkin düşüp hastalanarak ölmüşlerdir. Anılan olumsuzluklar ortalama yaşam süresinin de çok düşük olmasına neden olmuştur. M.Ö. 10 binli yıllarda ortalama 14 yıl olduğu tahmin edilmektedir. Buna karşılık yerleşik hayata geçildikten sonra ancak ortalama yaşam süresi 40'lara kadar çıkabilmiştir (Kalınkara, 2011).

Gerontoloji terimi ilk defa 1903'te Tıp Nobel Ödülü alan Rus bilim adamı “Elie Metchnikoff” tarafından ortaya atılmıştır. 1940'lara kadar gerontoloji konusunda birçok çalışma yapılmıştır. Araştırma sonuçları paylaşıldıkça bilim adamları yeni çalışmalara öncülük etmiştir. Araştırma verilerinin birleştirilmesi, yeni çalışmalara zemin oluşturması bakımından önemli olan bir araştırma merkezi olan “Gerontological Society of America” 1945 yılında kurulmuştur. 1960'lardan itibaren Gerontoloji biliminin yönü yaşlı bakım evleri, sağlık problemleri konularında yenilikler üzerine yoğunlaşmıştır.

Türkiye’de gerontoloji ve geriatri alanlarında gelişmelere bakıldığında bilimsel çalışmaların oldukça yeni olduğu görülmektedir. Yaşlılık konusunda Kalıncara’nın 1998 yılındaki girişimleri sayesinde ilk bilimsel dernek kurulmuştur. “Yaşlı Sorunlarını Araştırma Derneği (YASAD)” yaşlıların kaliteli yaşam sürmesi adına kurulan bir dernektir. 2001’de bu derneğin öncülüğünde ilk bilimsel dergi de çıkarılmıştır.

Bir başka önemli merkez de 2000 yılında kurulan “Geriatrik Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM)”dır. Hacettepe Üniversitesi bünyesinde kurulmuştur. Akademik olarak “Gerontoloji Bölümü” ilk defa Akdeniz Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesinde Prof. Dr. İsmail TUFAN tarafından, “Yaşlı Hizmetleri Programı” da Sağlık Hizmetleri MYO bünyesinde açılarak öğrenci kabul etmiştir (Kalıncara, 2011). Daha sonra vakıf ve devlet üniversitelerinde Gerontoloji bölümleri açılarak eğitim hayatına girmiştir. Bu bölümlerden mezun olanların sayısı arttıkça yaşlıların bakımında, yaşam kalitesinin artırılmasında bilinçli bir şekilde verilen hizmet de artacaktır.

Gerontoloji’nin Diğer Bilim Dalları ile İlişkisi

20. yüzyıl başında tıp biliminin bir dalı şeklinde ortaya çıkan ve gelişen geriatri beraberinde diğer bilim dallarıyla ilişkili yeni alanlar gelişimine de neden olmuştur (Akdemir ve ark., 2007):

* **Gerontopsikoloji:** Psikoloji bilimi alt dalıdır. Yaşlanma dönemi psikolojik değişimleri ile ruhsal kayıpları inceleme konusudur. Yaşlanma ile gelişen zekâ işlevselliğindeki değişiklikleri verilere ulaşarak araştıran, yaşlılık bilimine katkı sunan önemli bir alandır.

* **Gerontopsikiyatri:** İleri yaşlılıkta alzheimer en sık rastlanan rahatsızlıktır. Bu dönem yaşlı bireyin beden ve psikolojik anlamda sosyal sebepler kaynaklı psikiyatri ihtiyacını en fazla hissettiği yaşlardandır. Bu rahatsızlıkları geçiren yaşlılar genelde aile veya bir yardımcı tarafından bakılan, buna muhtaç insanlar olmaktadır.

* **Gerontososyoloji:** Sosyoloji bilimi alt dalıdır. “Yaşlılık dönemindeki bireylerin toplumsal ve kültürel çevreden soyutlanmadan incelenmesi” görüşü ile literatüre girmiştir. Yaşlılık ve yaşlanma sosyolojisi inceleme konularıdır. Yaşlılıkta oluşan

değişiklikler, buna neden olan etkenler ile davranış farklılıklarının biçimlerini araştırmaktadır.

Yaşlı bireylerin yaşantısında karşılaşılabilecekleri şartlar, problemler üzerinden çözüm üretmeye çalışırken, yaşlıların sosyalleşmesi adına yapılabilecekleri de incelemektedir. Yapılanların yaşlı hayatına etkisini de bilimsel olarak ortaya koyma, ölçme hedefi de gütmektedir.

Yaşlılık psikolojisinde birey yaş ilerledikçe daha fazla olmak üzere kendisi ve çevresindeki değişikliklerden kaygı duymakta, endişe ve korku duygusu artmaktadır. İnsanlara karşı güven duygusunda azalma görülmektedir. Yaşlılığın getirdiği değişimler ise bireyin uyum sağlaması, alıştığı düzenin bozulması, bundan vazgeçilmesi zorlaşmaktadır. Üretkenlikten durağanlığa geçiş benimsenemediğinde yaşlı bireyin ruhsal bunalım yaşaması, depresyon hali yaşanmaktadır (Kalınkara, 2011).

2.1.4. Yaşlanma Süreci ve Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlandıkça bireylerde yeti kaybı, ölümün yaklaştığı hissiyle çaresizlik duygusu en sık hissedilen duygulardır. Bedensel ve fiziksel değişimler daha hızlı gerçekleşmekte, umulmayan birçok rahatsızlık ortaya çıkmakta, psikolojik ve sosyal özellikler azalmaktadır (Kaya, 1999). Her açıdan değişim bireyi zorlamaktadır. Burada kısaca fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlere değinilmiştir.

Yaşlılıkta Fiziksel Değişiklikler

Yaş ilerledikçe doku ve organlar da yaşlanır. İç organların yanında, kas-iskelet yapısı, sinir, solunum, sindirim, bağışıklık ve üreme sistemleri ile deride işlev yönünden bozulma ve değişimler olmaktadır. Beyin hücre sayısı azalırken kısa süreli bellek kayıpları olağan hale gelmektedir. Üreme kabiliyeti sona erer. Cildin kuruluğu artarak kırışmalar görülür. Saçlar beyazlar ve zayıflar. Kas ve iskelet sisteminde bozulmalarla eklem ağrıları, ayak ve bacak sızlamaları ve romatizma artar. Yine yaş ilerlemesi nedeniyle Parkinson hastalığı ile organlarda istem dışı titremeler görülür. Duyu organları işlevi azalır. Hastalıklara karşı direnç azalırken, sık hastalanma olağanlaşır (Yertutan, 1991).

İlerleyen yaş beraberinde azalan fiziksel aktivite de bazı hastalıklar için zemin hazırlamaktadır. Bu ilişki ile bağlantılı olarak “kemik hastalıkları, kardiyovasküler rahatsızlıklar, bağırsak kanseri” benzeri durumlar görülebilmektedir (Soyuer ve Soyuer, 2008).

Yaşlılıkta Psikolojik Değişiklikler

Yaşlılık sürecinde psikolojik değişimler bilişsel ve ruhsal yönlerdeki değişimlerdir. Bilişsel becerilerde yaşla ilgili değişimi daha çok öğrenme, dikkat, zekâ ve bellek konularında gerçekleşmektedir. Ruhsal davranışlar açısından ise yaşa bağlı değişim duygudurum ve başa çıkma davranışlarıyla ilgilidir. Yaşlıların psikolojik sağlığı, yaşlı iken görülen eş veya çocuğun ölmesi, üretimden çekilme, fiziksel ve kronik kimi hastalıkların çıkması ve ilerlemesi, hayat standardında değişmesi ve çoğunlukla gerileme olumsuz şekilde etkilemektedir. (Eyüpoğlu ve ark., 2012).

Yaşlılıktaki ruhsal sorunların kaynağı birçok farklı nedenden ileri gelebilmektedir. Cangöz’ün sıraladığı nedenler arasında; yaşlı bireyin gençken yaşadığı ruhsal problemler de yer almaktadır. Bu çağda yaşanan deneyimler yaşlı iken ortaya çıkabilmekte veya gençlikte gelişen sorun yaşlılığa kadar sürekli veya ara ara devam edebilmektedir. Bunun dışında hastada travma yaşatabilecek sevilen birinin ölümü, kaza vb. sonucu bedensel rahatsızlık, sakatlık yaşanması, bu nedenle toplumdan soyutlanma, çevredekilere muhtaç duruma düşme, ölüm korkusu gibi başka problemler de ruhsal bozukluklara yol açabilmektedir (Cangöz, 2009). Sonuç olarak küçük veya büyük psikolojik değişiklikler yaşlı bireyin özel durumu ile de bağlantılı olmakla birlikte uyum sorunların, ruhsal sıkıntılara sebep olabilmektedir (Eyüpoğlu ve ark., 2012).

Yaşlılıkta sıkça karşılaşılan Alzheimer ve Parkinson gibi rahatsızlıklar da yaşlılarda bilişsel yeteneklerin yitirilmesine neden olabilmektedir. Bu hastalıkların tedavisi için çalışmalar yapılmakla birlikte tam tedavi mümkün olana dek, insanlarda yaşam süresi arttıkça daha fazla görüleceği öngörülmektedir (Özer, 2013).

2.1.5. Yaşlılık Döneminde Görülen Ruhsal Bozukluklar

Yaşlı bireylerde ruhsal alanda üzerinde durulması gerekli olan önemli farklı değişkenler vardır. Ruhsal bozukluklar konusunda belirti ve yakınmalar genellikle

bedensel ve ruhsal güçte azalma, belirtilerin semptomal olarak ortaya çıkması ve bunlara karşı bireyin tepkisinin azalması hedef gösterilmiştir (Köknel, 1992).

Yaşın ilerlemesiyle yaşlanmayla beraber bedende oluşan değişimler, örneğin fiziksel görünümün eskiye oranla farklı olması bireyde psikolojik etki yaratmaktadır. Kişinin adaptasyon sağlamakta ve kabul etmekte zorlandığı durumlar bedende görülebilir. Bedenin yıpranması dikkat çekici bir değişimdir. Buna ayak uydurmak, kabullenmek zor olduğundan bireyin psikolojisinin bozulması olasıdır.

Yaşlanan bireyin kişisel özellikleri yanında kişiliğinin yansıması ile gelişen aile bağları, kültürel özellikleri, olumsuzluklara karşı savunma mekanizması, geçmişten edindiği yaşam tecrübeleri, çevresiyle ilişkileri, yaşadığı değişimleri kabullenmesi ruh sağlığını etkileyen faktörlerin başındadır. Yaşla beraber yaşam doyumundaki azalma, toplumsal ve biyolojik güdülerde görülen zayıflık çöküntüyü getirebilmektedir (Köknel, 1992).

Duygu durumunda görülen daralma, coşkuların yok olması, azalması sonucunda ilgisizlik ortaya çıkabilmektedir. İlgisizlik haliyle birlikte yaş ilerledikçe bireyde duygulanım ve uyaranlara tepkisizlik hali gelişebilir. Buna apati (duyumsamazlık) denilmektedir. Bazı yaşlı bireylerde ise elverişsiz koşullarda yaşanan sorunlara ilişkin tersi bir duygu hali gelişebilir. Bu kişilerin keyifli, her şeyden mutlu olan, öfari (neşe) hali, huzurlu, sağlıklı olduğuna inanma durumu gelişebilir (Köknel, 1992).

Ruhsal değişimler yaşlıdan yaşlıya farklı olabilmektedir. Yaşlılarda üzüntü ile gelişen artmış duygulanım sıkça görülmektedir. Yine elem ile beraber kaygı da en yoğun görülen duygulardandır. Kaygı durumu içindeki yaşlı birey nedenini açıklayamadığı, bilmediği korkuya kapılır, kuşku içerisindedir. Tehlike ile karşı karşıya kalacağı hissi veya belirsiz bir felaketle karşılaşacağını kurgular. Bu sebeple gergin ve tedirgindir, sürekli bu bekleyiş içinde olabilir. Yaşlı bireylerde bazı hallerde ruhsal değişim öfke ile de kendini belli edebilir. Engellenme ile görülen “aşırı, ölçsüz, gereksiz, kızgınlık ve saldırganlık” hali olarak öfke tanımlanabilir (Köknel, 1992).

Yaşlılık sürecinde psikopatoloji incelemelerinde yeni konumdan kaynaklanan yaşa bağlı kişilik değişiklikleri gözlenebilmektedir. Birçok farklı ruhsal problemlerle karşılaşmaktadır. Fiziksel güçsüzleşme ile ağrılar ön planda olmakta, ileri yaşta başlayan nörolojik sorunlar ve somatizasyon da sıkça görülmektedir. Depresyon ile

bunun neden olduğu psödodemans (yalancı unutkanlık olarak bilinir) görülebilmektedir.

Böyle durumlarda yalnız kalanlarda kendine zarar verme davranışı da artabilmektedir. Yeme-içme gibi bazı temel ihtiyaçlar, öz bakım gibi ihtiyaçları dahi karşılamak istemeyebilirler (Cankurtaran ve Cankurtaran, 2007).

Yaşlılarda psikotik bozukluklar kapsamında katatonik ya da uygunsuz bazı davranışlar gözlenebilmektedir. Gerçeğin değerlendirilmesinde problemler görülebilir. Bu durumdaki bireylerde hezeyan ve halüsinasyonların görülmesi beklenebilir. Bilişsel kabiliyetler azaldıkça yaşlı bireylerde şüphecilik artar. Şüphecilik arttıkça bilişsel beceriler azaldıkça çevrede düşman görme, güvensizlik algısı sosyal ortamdan soyutlanma ile sonuçlanabilmektedir (Cankurtaran ve Cankurtaran, 2007).

Birçok çalışmada yaşlılıkta şizofreni tanı ölçütleri yetersiz olduğu ve tedavinin güç olduğu belirtilmiştir (Adamis ve Ball, 2000). Buna karşılık yaşlı nüfus artmaktadır ve ileri yaşta geç başlangıçlı şizofreni de buna paralel artmaktadır. Hastalığın tanı ölçütlerinin iyi değerlendirilmesi, ayırıcı tanı yapılması da önemini korumaktadır (Hocaoğlu, 2001).

Yaşlılıkta sık görülen diğer psikiyatrik bozukluklar bilişsel bozukluklardır. Yaşlılıkta sıkça görülen, bilişsel işlevsellikte ve süreçlerde bozulmayla seyreden, sonucunda yıkım görülen duruma “sendroma demans” denilmektedir. Alzheimer olarak çoğunlukla adlandırılrsa da “vasküler demans, Lewy cisimcikli demans ve frontotemporal demans” gibi sınıflandırılması mümkündür. Psödodemans da fiziksel nedene bağlanamayan demans olup, klinik görünümü organik demanslar gibi düşündürmektedir (Yaluğ ve ark., 2006).

Yaşlılarda sık görülen diğer problem de uyku bozukluklarıdır. Yaşlılıkta bireyler yavaşlamış bir hayat sürerler. Yaş aldıkça da yaşamlarında sevilenlerin kaybı, yalnızlık, huzurevi veya bakımevinde yaşama, emeklilik, fiziksel hastalıkların artması benzeri değişiklikler hayatına girmektedir. Bütün anılan değişiklikler yaşlılarda yaşam kalitesi yanında uykuda da bozulmalara neden olmaktadır. Yaşlı bireyde anlama-kavrama ve dikkat yetenekleri de uyku düzenin bozulmasıyla olumsuz etkilenmektedir. Yaşam kalitesini daha da olumsuz şekilde etkileyen sonuçları olan “hatırlama güçlüğü, günlük işlevlerde bozulma, yorgunluk” gibi etmenler ortaya

çıkmaktadır. Anılan rahatsızlıklar bireyde sağlık bakım arayışına sebep olmaktadır. REM uyku davranışı bozukluğu (parasomnia), gece solunum bozukluğu, hareket bozuklukları yaşlılıkta sıkça görülen uyku bozuklukları arasındadır. Ayrıca depresyon ve uykusuzluk birbiriyle ilişkili kabul edilmiştir. Tedavi edilmeyen insomnia da depresyona sebep olabilmektedir. Depresif ruh hali de insomnia öngörebilir. Tedavi edilmeyen uyku bozuklukları da önemli morbidite ve mortalite sebebi olabilmektedir (Kulaksızoğlu, 2009).

Yaşlılık sürecinde yaşam kalitesini azaltan bir diğer problem de işlevsellikte belirgin bozulma nedeni olan anksiyetedir. Depresif yaşlılarda panik bozukluk ve genel anksiyete bozukluğu yaygındır. Yaşlılarda genç bireylere nazaran panik atak belirtileri hafif düzeyde ve daha az görülmektedir. Yine hafif düzeyde eşlik eden depresif belirtiler görülürken, yaşlılarda işlevsellik gençlere oranla daha iyi olmaktadır. Yaşlı bireylerde fobik bozukluk da sık görülmektedir. Anksiyete bozukluklarından biri olan agorafobi görülme sıklığı araştırmalara göre yaşlılık döneminde yaygındır. Genellikle de 60 yaş sonrası başlamaktadır (Kızıl ve Turan, 2007). Diğer anksiyete bozukluğu türü olan yaygın anksiyete bozukluğu da kronik seyirli olarak yaşlılarda sıkça görülmektedir. Yaşlı bireylerde diğer anksiyete bozukluklarındaki gibi işlevselliğin kaybı, yaşam kalitesinin bozulması ile sonuçlanabilmektedir (Eroğlu ve ark., 2012).

Yaşlılarda depresyon da daha sık görülen, semptom tarama haricinde ayrıca değerlendirilmesi gereken önemli bir diğer başlıktır. DSM - 5 tanı rehberine göre Depresyon, “depresif ruh hali ya da ilginin kaybı, gündelik aktivitelerde motivasyon kaybı, enerji kaybı, insomnia veya uykuda artış, suçluluk duygusu ya da değersiz hissetme, dikkatin azalması, ölüm düşünceleri, psikomotor yavaşlama veya ajitasyon” gibi belirtilerin en az beşinin eşliğinde yine en az 15 gün süren klinik bir tablo şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşlılar arasında en sık görülen ruhsal bozukluklardandır (Tamam ve Öner, 2001).

Araştırmalar yaş ve depresyonun pozitif ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Ancak tek başına yaşlılık depresyon riski oluşturmamaktadır. “Fiziksel yetilerde zorluk, bilişsel süreçlerde ve yaşamsal aktivitelerde gerileme, sosyal ilişkilerde zayıflama, gelir düzeyinde azalma, yalnızlık ve sosyal desteğin az olması” da sayılan diğer etkenler arasındadır. Depresyon görülme sıklığı anılan etkenlerin sayı ve görülme derecesine göre artmaktadır. Yaşlılıkta görülen bilişsel gerilemenin hızlanması ve fiziksel

rahatsızlıkların artışı depresyon tanısı için zorluk taşımaktadır. Diğer hastalıklarla karıştığında depresyon tedavisi güçleşmektedir (Tamam ve Öner, 2001).

2.1.6. Yaşlılık Üzerine Psikolojik Kuramlar

Jung'un Kuramı

Jung'un kuramına göre, insan kendini gerçekleştirebilmek için kendine ilişkin her şeyi bütünlük kategorisinde ele almalıdır. Jung, yaşlılığı çocukluk dönemi ile benzeştirerek bu dönemde de yaşlının bilinç dışı olduğunu, buna gömüldüğünü belirtmektedir. Jung yaşlanmış kişilerin bilgiyle donanmış, bilgelik kaynağı olduğunu iddia etmiştir. Buna karşılık modern insan da gelecekte bir beklentisi olmadığından yaşlılıkta doyurulmamış isteklerin karşılanmasına çalışmaktadır (Altuk, 2011)

Gençlikte sürekli olarak kendini yenileyip, üretmek isteyen, bilgiyle donanan birey yaşlandığında yaşa dair bir kaygı taşımaz ve bunun yerine anını dolu dolu ve üretken geçirmeye, en azından o şekilde yaşamaya odaklanmaktadır. Yaşanmış yıllar birikim ve edinilmiş tecrübe bireyin yaşla beraber ayrı donanımlar ve bilgelik geliştirmesine sebep olmaktadır.

Jung' a göre ölüm korkusu, aslında temel olarak yaşlanma korkusundan kaynaklanmaktadır. Ölümden korkan bireyler yaşamaktan da en çok korkanlardır. Geçmişin geri gelmeyeceği, gençliğe ulaşamayacağı gerçeği yanında, yılların da hızla geçerek gelecekte yaşam süresinin kısa olması kişide korkuya neden olmaktadır (Bauman, 2000). Bu durum bireyin kalan süreci, yani geleceğini de rahatça yaşamasına engel olmaktadır. Gerçek anlamda ölümü anlamından yoksun şekilde, basit duruş şeklinde görememekte, yaşadığı anları değerli kılmak, anlamlı görmek, çalışmak yerine küskün, çekinik ve kaygı içinde geçirmekte, bu ruh halini devam ettirmektedir (Kalınkara, 2011).

Maslow'un Kuramı

Maslow, insanların kişilik özelliklerini çözebilmek için çalışan, bu yönde araştırmalar yapmış önemli bir kuramcıdır. Kurguladığı ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramında insanların yaşamları hakkında değişik teoriler ileri sürmüştür. İhtiyaç hiyerarşisinin temelinde yetersizlik ve büyüme ihtiyaçlarının birleşmesi vardır. Maslow'un ihtiyaçlar sıralaması azdan, yüksek seviye gereksinimlere göre oluşturulmuştur. En altta fizyolojik (aç kalmak, susuz kalmak, uykusuz kalmak) gereksinimler, “güvenlik ihtiyaçları, ait olmak, sevgi gereksiniminin, saygı gereksinimi, kendini gerçekleştirebilme” ihtiyaçları da yükselen diğer basamakların ihtiyaçlarıdır (Ekşioğlu Ahad, 2016).

Maslow'un gereksinimlerinde doyum bireyin kendisini gerçekleştirebilmesi ile mümkündür. İnsan bu dönemde başkalarından biri şeklinde kendisini yönetebilir, yeni donanım kazanır, başka yeniliklere de açık olarak, başkaları için kaygı duyar. Tecrübe ve yaratıcılık gelişmesinde değerli hisseder. Gereksinimlerin karşılanması yaşlı birey için de hayattan alınan doyumunu arttıran önemli bir aşamadır (Ekşioğlu Ahad, 2016).

Erikson'un Kuramı

8 aşamalı psiko-sosyal gelişim kuramıdır. Toplumsal unsurlarla, yaşamdaki dönemlerden söz edilmektedir (Dinçel, 2006). Kuramın sekizinci evresi “Bütünleşmeye Karşı Umutsuzluk Evresi” olarak tanımlanmıştır. 65 yaş ve üzerindekilerde ego bütünlüğüne karşı umutsuzluk yaşanmasının olağan bir süreç olduğu, kişinin bu dönemde sürekli geçmişini irdelediği ifade edilmektedir. Geçmişe dair anılar bireye mutsuzluk yerine mutluluk hatırlatıyorsa benliğine saygı duyarak kalan yaşantısını huzurlu geçireceğini ümit edecektir. Çevresiyle güçlü iletişimi olan, karşısındakilerden sevgi ve saygı görmüş, donanımlı, üretken, tecrübelerle dolu geçen bir hayat geçirmiş olan kişinin huzurlu olacağı, doyum sağlayarak “ego” bütünlüğüne ulaşacağı değerlendirilir (Erikson ve ark., 1994).

2.2. Psikotik Rahatsızlıklar

Psikotik bozuklukların tanı ve sınıflandırılmasında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yayınladığı tablolar genel kabul gören standart metinlerdir. APA'nın “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı”, dördüncü gözden geçirme basımı kapsamında (DSM-IV-TR) (APA, 1994) “şizofreni ve diğer

psikotik bozukluklar” başlığında tanımladığı rahatsızlıklardır. En bilineni şizofreni olan bozukluklar “şizoaftif bozukluk, şizofreniform bozukluk, sanrsal bozukluk, kısa psikotik bozukluk, paylaşılmış psikotik bozukluk, genel tıbbi duruma/maddeye bağı psikotik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk” adlarıyla tanı kategorilerine ayrılmıştır.

Psikoz, DSM ve ICD gibi tanısallistelerde özgöl bir hastalık olarak yer almayan, sanrılar ve/veya varsanılar anlamına gelen, birçok farklı psikiyatrik bozukluklarla ilgili olabilen belirtiler kümesidir. Konuşma bozukluğu, davranış bozukluğu ile birlikte gerçeklik algısında kopmaların göröllebildiğı; bu nedenle kişinin duygusal tepkisinde, zihinsel kapasitesinde, başkalarıyla olan iletişiminde bozulmaların olduğı belirtiler olarak tanımlanır (Stahl, 2015; Akt. Herdem vd. 2017).

Tanımın zorunlu olmadığını öne süren Bleuler, Kraepelin psikozun birincil ve ikincil belirtilerini ortaya koymuş, ruhsal bozukluk olarak tanımlanmasında katkı sunmuşlardır. Duygulanımda bozukluk, çağrışım da bozukluk, ambivalans ve otizm birincil; sanrı, varsanı, katatoni ve manyerizm gibi hareket bozuklukları da ikincil belirtilerdendir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Psikotik belirtilerin depresif bozukluk ve bipolar bozukluk gibi duygudurum bozuklukları ile paranoid, şizoid bozukluklarında göröllebileceğı de belirtilmiştir (APA, 2013).

“Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı”, güncellenmiş ve beşinci basımı (DSM-5) (APA, 2013) yayınlanmıştır. Bu basımda ruhsal hastalıkların kodlama, sınıflandırılma ve tanı konulmasında bazı yenilikler yapılmıştır (Tablo 2.1).

DSM -5’de ruhsal hastalıklar için boyutsal yaklaşım getirilmek istenmiştir. Bu kapsamda şizofreni ve diğ er psikotik bozukluklar bölümünde de değ iş iklik ve yenilikler yapılmıştır. Öncelikle bölüm adı “Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğ er Bozukluklar” olarak değ iş tirilmiştir. Bunun amacı psikotik bozuklukların aynı ancak farklı düzeyde görünüm arz etmesinden dolayı spektrum yaklaşımı gereğı değ iş tirildiğı ifade edilmiştir. DSM-IV’de olmayan “şizotipal kişilik bozukluğu, katatoni, tanımlanmış/tanımlanmamış psikotik bozukluk, diğ er” tanı kategorileri yeni eklenmiştir. Yine “şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğ er bozukluklar” tanı kümesi içinde bazı tanı ölçütlerini karşılayan ancak tüm

ölçütleri karşılamayan durumlar için “tanımlanmış/tanımlanmamış diğer psikotik bozukluklar” ifadesi eklenmiştir.

Tablo 2.1. APA DSM-5 Tanısal sınıflaması psikotik belirti gösteren ruhsal bozukluklar

ŞİZOFRENI AÇILIM KAPSAMINDA VE PSIKOZLA GİDEN DİĞER BOZUKLUKLAR :
Şizotürü (şizotipal) Kişilik bozukluğu
Sanrılı Bozukluk ** Erotomanik türü / büyüklük türü / Kıskançlık türü / Kötülük görme (perseküsyon) türü / Bedensel tür / Karma tür/Belirlenmemiş tür.
Kısa Psikotik bozukluk * Belirgin tetikleyici etken(ler) olan (kısa tepkisel psikoz) Belirgin tetikleyici etken (ler) olmayan Doğum sonrası başlayan
Şizofreniform Bozukluk* Sonlanım özellikleri iyi olan / olmayan
Şizofreni*/**
Şizoaffectif Bozukluk */** İki uçlu (Bipolar) tür / depresyon türü
Madde / İlacın yol açtığı Psikotik Bozukluk Esriklik (entoksikasyon) sırasında başlayan / yoksunluk sırasında başlayan
Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Psikotik Bozukluk Sanrılarla giden / Varsanılarla giden
Katatoni Başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni (Katatoni belirleyicisi) Başka bir sağlık durumuna bağlı katatoni bozukluğu Belirlenmemiş katatoni
Tanımlanmış Diğer Bir Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar 1. Süregiden duyma varsanıları 2. Duygudurum dönemlerinin belirgin olarak örtüştüğü sanrılar 3. Eşit altı psikoz sendromu 4. Sanrılı bozukluğu olan kişilerin eşinde sanrısız belirtiler
Tanımlanmamış Şizofreni Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar
DİĞER RUHSAL BOZUKLUKLAR Duygudurum Bozuklukları Bipolar Bozukluk / Depresif Bozukluk
A Kümesi Kişilik Bozuklukları Paranoid /Şizoid / Şizotipal Kişilik bozuklukları

APA sınıflaması dışında DSÖ'nün de hazırladığı “Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması” kapsamında psikotik bozukluklar listesi bulunmaktadır. Onuncu gözden geçirme baskısı (ICD-10) içeriğinde (F 20-29); “şizofreni, şizotipal bozukluk, persistan delüzyonel bozukluk, akut ve geçici psikotik bozukluklar, başka etkenlerle ortaya çıkan delüzyon, şizoaffektif bozukluklar, diğer organik olmayan psikotik bozukluklar, tanımlanmamış organik olmayan psikotik bozukluklar” sıralanmıştır (Tablo 2.2).

Tablo 2.2. DSÖ ICD-10 Tanısal sınıflaması psikotik belirti gösteren ruhsal bozukluklar

ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR
F20 Şizofreni (Paranoid, Hebefrenik, Katatonik, Rezidüel, Ayrışmamış, Post Şizofrenik Depresyon, Basit, Diğer, Tanımlanmamış)
F21 Şizotipal Bozukluk
F23 Akut ve Geçici Psikotik bozukluk (Şizofreni belirtileri var ya da yok) Şizofreni benzeri akut Psikotik bozukluk, Akut baskın deluzyonel bozukluk, diğer)
F22 Persistan Deluzyonel Bozukluklar
F24 Deluzyon, Başka etkenlerle ortaya çıkan (Paylaşılmış
F25 Şizoaffektif bozukluk: Depresif tip / Bipolar tip / Karma tip
F27 Organik Olmayan Psikotik Bozukluklar, Diğer
F29 Organik olmayan Psikoz, Tanımlanmamış
F10 / F19.5 Psikoaktif madde kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluklar (Alkol, Opioid, Kannabinoid, sedatif veya hipnotik, kokain, kafein ve diğer stimülanlar, hallusinojen, uçucu, çoklu madde kullanımına bağlı)
DİĞER RUHSAL BOZUKLUKLAR
F06.2 Organik delüzyonel (şizofreni / benzeri) bozukluklar : (Sanrılar ya da Varsanılarla giden)
Duygudurum Bozuklukları : Bipolar Bozukluk / Depresif Bozukluk
Kişilik bozuklukları : (paranoid tip /şizoid tip

2.2.1. Şizofreni

Şizofreni, hastadan hastaya başlangıç, gidiş ve sonlanışı farklılık gösteren, çoğunlukla gençlikte başlayan bilişsel, algısal, duygusal ve davranışsal bozukluklarla seyreden, tam olarak etiyolojisi bilinmeyen yıkıcı ve süreğen seyreden bir toplum sağlığı problemidir (Sadock ve ark., 2009).

Şizofrenide birçok klinik belirti olabilir. Hastalık ortaya çıkmadan önce hastalar içe kapanık, sessiz, sakin, tuhaf özellikler taşıyan şizoid kişilik örnekleri göstermektedir. Şizofreni için klinik belirtiler arasında “düşünce ve algı bozukları, bilişsel bozulmalar, motor anomaliler, avolüsyon ve apati, iletişimde güçlükler, duygusal kısıtlılık ve duygu dışı vurumunda azalmalar” bulunmaktadır.

Güncel çalışmalar şizofrenide klinik belirtileri, gerçeğin değerlendirilmesinde bozukluk ile seyreden pozitif belirtiler ve normal işlevlerin azalmasıyla seyreden negatif belirtiler olarak gruplandırmaktadır. Pozitif belirtilerde, “normalin dışına çıkan aşırılık, fazlalık olan belirtiler olup, pozitif belirtiler kümesinde sanrılar, çağrışımlarda dağınıklık, çevresel-teğetsel baskılı konuşmalar, halüsinasyonlar, toplum özelliklerine göre sapmalar ve aşırılıklarla giden saldırgan, taşkın, garip, tuhaf, stereotipik davranış ve görünüm” gözlenmektedir. Negatif belirtilerde ise olağan fonksiyonlarda azalma veya eksiklikle ortaya çıkan belirtiler gözlenirken, “zevk alamama, istek ve enerjide azalma, toplumdaki çekilme, düşüncede fakirleşme, duygusal küntleşme” belirtiler olarak sayılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Şizofreni hastalığı için bilişsel belirtiler 100 yıldan fazla süredir bilinmektedir (Moskowitz ve Heim, 2011). Şizofren hastalar, birçok nörokognitif alanda yapılan kontrollerde anlamlı oranda düşük performans göstermektedir. Bellek, dikkat, zekâ, motor performans, dil, görsel- uzaysal ve yürütücü işlevler bu alanlardır. Anılan belirtiler, bireyin yaşam kalitesini etkilemekte, çalışmasına, normal yaşam sürmesine engel olabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Bilişsel belirtiler, hastalığın pozitif ve negatif belirtilerine göre daha stabil seyretmektedir. Yapılan araştırmalarda kişilerin birinci derece akrabalarında da bilişsel bozukluk olduğu görülmüş, ayrıca bu hastaların premorbid dönemde entelektüel eksiliği görülmüştür. Bunlara dayanarak şizofreni için nörogelişimsel bir hastalık olabileceği fikri oluşmaktadır. Diğer taraftan hastalığın erken yaşta başladığından psikomotor hız, sözel hafıza, yürütücü işlevlerde ağır kayıp sonuçlandığı, fazla doz antipsikotik ilaç alımının da işleme hızında negatif etki doğurduğu gösterilmiştir (Karakaş ve ark., 2011).

Tarihçe

Şizofreni için klinik bulgulara eski tarihli yazılı belgelerde rastlamak mümkündür. Klinik tablo ilk kez M.Ö. 1400’de Hint Veda yazılı metinlerinde görülmektedir. Metinlerde, günümüzde ağır seyreden şizofreni hastalarının da gösterebildiği, kendine bakamayan, çıplak dolaşan, fazlaca dini temalarla ilgilenen, ilah ya da peygamber olduğunu zanneden, zehirlenme korkusu yaşayan insanlardan bahsedilmiştir (Karakuş ve ark., 2017). Ortaçağdan 18. yüzyıla değin bu kişiler şeytani ve lanetlenmiş olarak görülmüş, toplumdan uzak yaşamaya, işkence veya idam gibi kötü muamelelere maruz bırakılmışlardır (Işık, 2006).

Bu dönemden sonra artan araştırmalar nihayet hastalığın tanımlanmasına yönelik çabaları getirmiştir. Şizofrenin klinik özellikleri üzerine çalışan Fransız psikiyatrist Benedict Augustine Morel (1809-1873), bu hastalık için “dementia praecox” (erken bunama) tanımını yapmıştır (Lavretsky, 2008).

Modern anlamda şizofreniyi ilk tanımlayan Alman Doktor Emil Kraepelin (1826-1926) ise “paranoid durumlar, katatoni, hebefreni ve dementia praecox” için tek hastalığın farklı klinik görünümü tespitini yaparak, klinik tabloları “dementia praecox” altında toplamıştır. Kraepelin’in tanımındaki klinik tablo “halüsinasyonlar, sanrılar, düşünce yapısında bozulmalar, enkoherans, afektif küntlük, negativizm, stereotipiler ve içgörü kaybı” yer almaktadır (Karakuş ve ark., 2017).

1911’de bir çalışma yayınlayan Eugen Bleuler, hastalığın erken yaşta başlaması ve bunamayla sonlanması gerekmediğini vurgulamış, Yunanca “akıl yarılması” anlamındaki “şizofreni” kelimesini önermiştir. Belirti çeşitliliği ve farklı klinik tablolar olsa da etiyolojik ve fizyopatolojik anlamda tek bir hastalıktan bahsedilebileceğini vurgulamıştır. “4A Belirtisi” başlığında şizofreniyi “assosiyasyon bozukluğu, otizm (otizm), ambivalans ve affektif bozukluk” başlıklarında toplamıştır (Sadock ve ark., 2009).

Kurt Schneider (1887-1967) de şizofreni tanımında fenomenolojik kavramlar kullanımını önermiş, halüsinasyon ve sanrılarını tarif eden birincil belirtileri ortaya koymuştur (Cutting, 2015). Daha sonra Kretschmer, Jaspers ve Meyer kavramın gelişimine katkı sunmuştur.

APA tanımlamalarında şizofreni; DSM-I’de, dışarıyla bağlantının, insani ilişkilerin azaldığı bir hastalık şeklinde tarif edilmiş, apati ve kayıtsızlık eşliğinde, ancak varsanı ve sanrı olmaksızın devam ettiği belirtilmiştir.

DSM-II’de aynı tanılama yapılarak yıkım sürecine daha fazla vurgu yapılmıştır. DSM-III’te şimdiki şizofreniden ilk defa bahsedilmiş, tanı kriterleri Kraepelin’in yaklaşımından alınmıştır. 1994’te yayımlanan DSM-IV’te ise Bleuler’in pozitif ve negatif belirtiler görüşüne yer verilmiştir (Hirsch ve Weinberger, 2003). Tanı koymada Schneider birinci sıra belirtilerinden yalnız birinin olması şartı DSM-V’te sanrı, varsanı ve dağınık konuşmadan en az birinin olması halinde yeterli kabul edilmiştir.

Epidemiyoloji

Sıklık - Yaygınlık

Şizofreni her toplum için ve her sosyoekonomik ortam için sıkça görülen bir hastalıktır. En sık görülen dördüncü ruhsal hastalık çeşidi olup önemli bir halk sağlığı problemidir. Çalışmalar şizofrenide insidans oranlarında değişkenlik göstermektedir. Ortalaması ise 100.000 kişide 15,2 şeklindedir. Geniş kapsamlı sistematik gözden geçirme çalışması sonucunda şizofreni için 12 aylık prevelansı ortalama olarak % 0,33 (0,26–0,51) bulunmuştur. Hayat boyu prevelansı ise ortalama % 0,48 (0,34-0,85) olmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Hem yaygınlık hem de klinik seyir, toplumsal özelliklere, yaşanan coğrafik bölgelere ve hastalığın ortaya çıktığı yaş dönemlerine göre farklılık gösterebilmektedir. Anılan oranlar dâhilinde dünyada 50 milyon, Türkiye’de de 500 bin üzerinde şizofreni hastası olduğu tahmin edilmektedir (TÜİK, 2008). İzmir’de yapılan bir çalışma sonucunda şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı % 0.7, DSM-IV psikotik belirtilerin olduğu 12 bozukluk için yaşam boyu toplam yaygınlık ise % 2.62 olarak tespit edilmiştir (Binbay ve ark., 2012).

Hastalığın kadın ve erkekler de ortaya çıkma riskinin birbirine yakın olduğu görülmektedir. Erkeklerde daha sık 20-29 yaş arasında görülüyorken, kadınlarda 20-29 ve 30-39 yaşları arasında pik yapmaktadır (Van Der Werf ve ark., 2014).

Araştırmalar evliliğin şizofrenide koruyucu etki yaptığı, hasta olanlarda da gidişin olumlu etkilendiği tespit edilmiştir. Bekar veya yalnız olan şizofreni hastaları daha çok

sorun yaşamakta, sosyal destek ve yönlendirilme ihtiyacını daha fazla hissettikleri bildirilmiştir (Desmukh ve ark., 2016).

Şizofrenide ortalama yaşam boyu morbidite riski 7.2/1,000 kişidir. Sağlıklı bireylere göre iki kattan fazla artmıştır. Şizofreni hastası kişilerde, diyabet, epilepsi, koroner arter hastalığı komorbiditeleri sıkça bildirilmişse de kardiyovasküler hastalıklar en yaygın ölüm nedenidir (Karamustafalıoğlu, 2018).

Risk Faktörleri

* Cinsiyet ve Başlangıç yaşı: Şizofreni sıklığı yönünden erkek/kadın oranı 1.4 olarak rapor edilmiştir. Başlama yaşı da kadınlarda daha geç ve hastalık seyri daha iyi olarak bildirilmiştir. Erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 aralığı öne çıkmaktadır (Kaplan, 2004). Kadınlarda 5 yıllık bir gecikme olsa da menapoz öncesinde 40-45 yaşlarda ikinci bir pik görülebilmektedir. DSÖ'nün bir araştırmasında ise 54 yaşına kadar kadın ve erkeklerin eşit risk oranı olduğu bulunmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

* Esrar (Kannabis) Kullanımı: Şizofreni geliştirme riski kannabis maruziyetinde artmaktadır. Kannabis kullanımında psikotik bozuklukların hepsi için görülme olasılığı oranı 1.4-2.1 arasındadır. Şizofreni hastalarında %43- 51 arası kannabis kullanımı bildirilmiştir (McGrath, 2005).

* İlerlemiş paternal yaş: Şizofreni ile ilişkisi çalışmalarla ortaya konulmuştur. Yaş ilerledikçe spermdeki de novo mutasyonları artışının riski arttırdığı fikri gelişmiştir. Ailede şizofreni olan bireyler için ise bu iddianın geçerliliği saptanmamıştır (McGrath, 2005).

* Enfeksiyon: Prenatal karşılaşma ardından şizofreni riski artışı; influenza, rubella, T. Gondii etmenlerinde gözlenmiştir. HSV tip II konusunda ise çelişkili bulgular vardır (McGrath ve Susser, 2009).

* Gebelik ve doğum komplikasyonları: Gebelik ve doğum komplikasyonları ile şizofreni riski arasında orta düzeyde ilişki bulunmuştur. “Antepartum kanama, diabetes mellitus, rh uyuşmazlığı, pre-eklampsi, düşük doğum ağırlığı, konjenital malformasyonlar, küçük kafa çevresi, uterus atonisi, asfiksi ve acil sezaryen operasyonu” risk artırıcı etmenlerdir (McGrath, 2006).

* Doğum mevsimi: Genellikle kış aylarında ve ilkbahar başlarında doğan bireylerin şizofreni tanısı aldığı görülmüştür. Soğuk mevsimde maruz kalınan enfeksiyonların beyin gelişiminde aksaklıklara sebep olabileceği düşünülmüştür (Doğan, 2011).

* Beslenme: Prenatal beslenme azlığı bir risk etmeni olup 3. trimesterde D vitamini azalışı, maternal homosistein artışı şizofreni risk faktörlerindendir (McGrath, 2006)

* Sosyoekonomik konum: Ekonomik konumu düşük olanlarda daha sık şizofreni görüldüğü yapılan araştırmalarda ortaya konulmuştur (Kebede ve ark., 2004).

* Kentleşme ve Göç: Şizofreni ile doğum yeri ilişkisi incelendiğinde, şehirlerde doğanlarda kırsal bölgelerde doğanlara oranla daha sık şizofreni görülmektedir. Göçün de risk artıran bir etmen olduğu kabul edilmiştir (Mulvany ve ark., 2001).

Etiyoloji

Kesin olarak bilinmemektedir. Başlangıç yaşı, klinik belirtiler, nöroanatomik ve tedaviye cevap gibi konularda farklılıklar görülmektedir. Bu nedenle hastalık için tek etiyolojik nedenden bahsedilememektedir.

Kalıtım

Çalışmalar sonucunda kalıtsal yatkınlık önemli bir faktör olarak görülmüştür. % 60-80 oranında hastalığın kalıtsal özellik taşıdığı tespit edilmiştir. Aile araştırmalarında anne veya babadan birinin hasta olması çocuktaki riskin % 12.5 -13.8, her ikisinde bulunması durumunda ise riskin %35 - 46 olduğu görülmüştür. Sağlıklı anne-baba, hasta kardeş bulunması durumunda ise şizofreni riski % 6.7 – 8.2 olmuştur. Yakın akrabadan hasta birisi olması hastalanma riskini normal orandan 7 – 10 kat arttırmaktadır (Freedman ve ark., 2001). Birçok çalışma yüksek risk grubu olarak nitelenen bir veya daha fazla yakını şizofreni olan bu bireylere odaklanmaktadır.

Freedman ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptıkları çalışmada, şizofreni hastası olan ebeveynlerin çocuklarında; “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu sıklığında artış, dikkat, uzamsal işlem belleği, yürütücü işlevlerde azalma” saptanmıştır.

Hastalığa dair yapılan ikiz çalışmaları, çevresel ve genetik etkileri test etmek bakımından önemlidir. Bir çalışmada 1951-2000 arasında doğan 31524 ikiz

değerlendirilmiş, şizofreni bakımından monozigot ikizlerde %33 konkordans oranı yakalanmıştır, dizigot ikizlerde bu oran %7 olmuştur (Hilker ve ark., 2018). Tek yumurta ikizlerinde oranın yüksek oluşu şizofrenide kalıtım etkisini destekler niteliktedir.

Şizofreni genetiği hakkında çalışmalar kalıtsal olarak aktarılmanın ne olduğu sorusu etrafındadır. Şizofreni hastası bireyin birinci derece akrabaları için tüm psikiyatrik hastalıklar değil, “Psikotik bozukluklar, psikotik özellikli major depresif bozukluk, şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları” gibi hastalıklarda artış görülmektedir (Ingraham ve Kety, 2000).

Yanı sıra kalıtım dışında “Dopamin, Serotonin, Glutamat GABA (Gama Aminobütirik Asit), Noradrenalin” gibi maddeleri içeren biyokimyasal çalışmalar ve farklı tekniklerin kullanıldığı beyin görüntüleme çalışmalarıyla etiyolojik nedenler araştırılmıştır.

Klinik Belirtiler ve Tanı

Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5 tanı kriterleri şizofreni tanısında kullanılmaktadır. “Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikoza Giden Diğer Bozukluklar” başlığındaki tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013):

“A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar.

2. Varsanılar.

3. Darmadağın konuşma (örn. Sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılma konuşma).

4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda

işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiüçlü (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğın (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygu durum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.”

Gidiş ve Sonlanış

Şizofreni bilişsel yıkıma neden olan akut alevlenmelerin, kısmi remisyonların olduğu kronik bir hastalıktır. Şizofreni başlangıçta akut ya da sinsi olarak başlayabilmektedir. Hastalığın klinik seyri ise hastaya göre değişebilmektedir. **Literatürde şizofreni hastalarında iyileşme bildirilmiştir.** Şizofreni hastalarının ortalama beşte biri düzelebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, ilk atak hastalarının %13.7'sinde 5 yıl sonra tam iyileşme olduğu, dörtte biri için de mesleki ve sosyal ortama dönüş gerçekleştiği bulunmuştur (Ho ve ark., 1998).

Hastalık başladıktan sonra 5-10 yıla kadar işlevsellikte biraz bozulma veya belirtilerin artışı görülebilir. (Ingraham ve Kety, 2000).

Hastalığın ekonomiye maliyeti büyüktür. 1991’de şizofreninin ABD ekonomisine doğrudan harcama maliyeti 19 milyar, yarattığı verimlilik kaybı ise 46 milyar dolar olarak hesaplanmıştır (WHO, 2001).

Diğer taraftan şizofreni hastalarında yaşam boyu en az bir kere intihar girişimi %30 oranında görülmektedir. Bu sebeple ölüm yaklaşık %10’dur. Bu hastalarda yaşam süresi beklenenin on yıl altındandır (Caldwell ve Gottesman, 1990).

2.2.2. Şizoaffektif Bozukluk

Tanım

Şizoaffektif bozukluk tanı sistemlerinde değişik biçimlerde tanımlanmış bir hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Şizofreni ya da duygudurum bozukluğu olabileceği, bağımsız bir psikoz olabileceği, şizofreni ve duygudurum bozukluğu arasında bir durum veya hepsinden farklı heterojen bir bozukluk olarak tanımlanabileceği iddia edilmiştir (Özpoyraz, 2007).

Aşağıdaki klinik görünümünden biri görülmesi halinde Şizoaffektif tanısı konulabilmektedir (Fenning ve ark., 2005);

- “1. Duygudurum belirtileri bulunan şizofreni hastaları.
2. Şizofreni belirtileri bulunan duygudurum bozukluklu hastalar.
3. Hem şizofreni hem duygudurum bozukluğu olan hastalar.
4. Şizofreni ve duygudurum bozukluğu ile ilişkisiz üçüncü bir psikozu olan hastalar.
5. Hastalık belirtileri şizofreniyle duygudurum bozukluğu arasında bir seyir gösteren hastalar.
6. Yukarıdaki sınıflamalardan birden fazlasının birleşimine sahip hastalar.”

Tarihçe

George H. Kirby 1913'te, August Hoch 1921'de affektif bozukluk belirtileri olan hastaları tanımlamışlardır. Emil Kraepelin de 1919'de şizoaftif bozukluk ismini kullanmaksızın şizofreni ve bipolar bozukluk özellikleri bulunan hastaları "dementia praecox and manic– depressive illness" şeklinde ifade etmiştir. **Şizoaftif bozukluk ilk olarak 1933 yılında Kasanin tarafından "9 olgu serisi"nden oluşan yazı içeriğinde şizofreni ve duygudurum bozukluğu bulunan hastalardan bahsedilmiştir. Bu hastalarda birkaç hafta ve birkaç ay kadar zamanda tamamen iyileşmiş akut şizoaftif bozukluk gözlemiştir. Kurt Schneider 1973'te bugünkü şizoaftif bozukluk tanımına en yakın şekilde bu hastalar için "aradaki hastalar" (Cases-in-Between) şeklinde tanımlamıştır (Varma ve ark., 2011).**

DSM tanı sistemi de zaman içinde güncellemelerle şizoaftif tanımı yapmıştır. DSM-I'de terim şizofreni alt türü olarak kullanılmıştır. DSM-II'de alt tür olarak görülmeye devam etmiş ancak depresif ve ekşite olarak iki tipte anılmıştır. DSM-III'te ilk olarak şizofreniden ayrı tanı kullanılmıştır. DSM-IV'te "şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar" başlığında, DSM-V'te ise "şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer psikotik bozukluklar" başlığında yer almıştır (Kaya, 2015).

Epidemiyoloji

Şizoaftif bozukluk epidemiyolojisi hakkında sınırlı bilgi bulunmaktadır. Sıklığı şizofreniye göre daha azdır, yaşam boyu yaygınlığı %1'in altındadır (Danacı, 2007). Cinsiyet açısından yapılan değerlendirmede kadınlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir.

Etiyoloji

Benzer şekilde şizoaftif bozukluk etiyojisi bilgileri de kısıtlıdır (Danacı, 2007).

Çalışmalarda hastalığın oluşumunda kalıtımın önemine dikkat çekilmiş, şizoaftif bozukluk bulunan kişilerin ailelerinde şizofreni olanlara oranla daha fazla duygudurum bozukluğu bildirilmiştir. Aynı şekilde, şizoaftif bozukluğu olanların ailelerinde duygudurum bozukluğu olanlara göre daha fazla şizofreni hastası olduğu bildirilmiştir. Gebelik ve doğumda yaşanan komplikasyonların da şizoaftif bozuklukta önemli etkisi olduğu bildirilmiştir (Semiz, 2005).

Şizoaffectif bozukluğu olan bireylerde beyin görüntüleme çalışmalarında patogonomik olmamakla birlikte belirgin değişiklikler gözlenmiştir. Yapılan bir gözden geçirme çalışması bu hastaların gri madde kaybı yaşadığını ortaya koymuştur. Beyinde nörotransmitterlerle alakalı yapılan çalışmalarda, şizofrenide serotonin, dopamin sistemi anormallikleri görülmüştür (Bülbül, 2008).

Klinik Belirtiler ve Tanı

Çalışmalar şizoaffectif bozukluk klinik özelliklerinin şizofreniye, seyrinin ise duygudurum bozukluklarına benzediğini ortaya koymuştur (Kaya, 2015). Şizoaffectif bozukluk tanısı koyabilmek maksadıyla kesitsel değerlendirme ve detaylı hastalık öyküsü gerekmektedir. Klinik olarak tespit edilen psikotik ve duygudurum belirtilerinin başladığı, sonlandığı zamanlar net şekilde bilinmelidir.

DSM-5-TR Şizoaffectif Bozukluk Tanı Ölçütleri (F25) aşağıdaki gibidir:

A. Yeğın (majör) bir duygudurum dönemiyle (yeğın depresyon ya da mani dönemi) eşzamanlı olarak şizofrenin A tanı ölçütünün karşılandığı, kesintisiz bir hastalık sürecinin olması.

NOT: Yeğın depresyon dönemi A 1 tanı ölçütünü kapsamalıdır: Çökkün duygudurum.

B. Hastalığın yaşam boyu süresince, yeğın bir duygudurum döneminin (depresyon ya da mani dönemi) olmadığı iki ya da daha çok hafta, sanrılar ya da varsanılar bulunur.

C. Yeğın bir duygudurum döneminin tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri, hastalığın açık ve artakalan kesiminde, toplam sürenin büyük bir çoğunluğunda bulunur.

D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 51).

Gidiş ve Sonlanış

Şizoaffectif bozukluk hakkında fikir edinebilecek kadar uzun süren çalışmalar bulunmamaktadır. Teoride şizofreni ile duygudurum bozuklukları arası olan

şizoaffectif bozukluğun seyri için de aynı durumun geçerli olabileceği değerlendirilmektedir. (Tondo ve ark., 2016).

Rolin ve arkadaşları da 2017'deki çalışmalarında şizoaffectif bozukluğu bulunan kişilerin hayatlarının ileriki dönemine sosyal etkileşimde iyi ancak fiziksel ve ruh sağlığı olumsuz etkilenmiş olarak devam ettiğini raporlamışlardır. “Hastalık öncesi işlevselliğin kötü olması, hastalığın sinsi başlaması, hastalığı tetikleyen bir etkenin bulunmaması, psikotik belirtilerin daha baskın olması, negatif belirtilerin olması, duygudurum ile uyumsuz psikotik belirtilerin varlığı, hastalığın erken yaşlarda başlaması, yatışma göstermeyen bir gidişin olması, ailede şizofreni öyküsünün bulunması, düşük sosyoekonomik durum ve madde kullanımının varlığı” kötü seyirle ilişkilendirilmektedir (Soygür ve Cankurtaran, 2008).

2.3. Erikson’ un Psikososyal Gelişim Teorisi

Yaşam, büyümek için insanlara yardımcı olan bir dizi ders ve zorluk içermektedir. Erikson’un psikososyal gelişim modeli de yaşamdaki bu zorluk ve derslerin nedenlerini anlatmaya yardımcı olan bir yaklaşımdır.

Erikson’un fikirlerinin zaman içinde gelişimi, çalışmalarını destekleyen “psikososyal kriz” aşamaları modeli kendi yolculuğu tarafından da desteklenen ilginç bir süreçtir. Sekiz aşamalı gelişim teorisini ilk defa 1950 yılında “Çocukluk ve Toplum” isimli kitabında yayınlamıştır. Modeli içeren bölüm “İnsanın Sekiz Yaşı” olarak adlandırılmıştır. Teorisini sonraki kitaplarında genişletip geliştirmiştir (Chapman, 2013): Kimlik ve Yaşam Döngüsü (1959); İçgörü ve Sorumluluk (1964); Yaşam Döngüsü Tamamlandı: Bir Gözden Geçirme (1982, 1996’da Joan Erikson tarafından revize edildi); ve Yaşlılıkta Hayati Katılım (1989).

Erikson’un modeli çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır: “Erikson’un “biyopsikososyal” veya “biyo-psiko-sosyal” teorisi; Erikson’un psikososyal gelişme döngüsü veya yaşam döngüsü”. Hepsi de sekiz aşamalı psikososyal teoriden bahsetmektedir. “Psikososyal” sözcüğü Erikson tarafından psikolojik (zihinsel) ve sosyal (ilişkiler) sözcüklerinden türetilen bir terimdir. Erikson, psikososyal ilkesinin insan gelişimini şekillendirmede genetik olarak kaçınılmaz olduğuna inanmıştır (Chapman, 2013).

Freud gibi Erikson da büyük ölçüde kişilik ve davranışların doğumdan sonra ve özellikle çocukluk döneminde nasıl etkilendiği ile ilgilenmiştir. “Doğa ve beslenme

(genler ve deneyim)” tartışmasında, beslenme ve deneyimi savunmuştur (Erikson, 1963).

Diğer ufuk açan teoriler gibi, Erikson’un modeli de basit ve ancak aynı zamanda da sofistikedir. Teori, kişiliğin ve davranışın geniş ya da karmaşık bir şekilde tartışılması ve analizi için ve ayrıca kendinin ve başkalarının kişisel gelişimini anlamak ve kolaylaştırmak için temel oluşturmuştur (Chapman, 2013).

Teoriyi etraflı bir şekilde anlayabilmek için; Erikson’un kısa biyografisi, Erikson teorisine genel bakış - modelin temel özellikleri, Freud’un Psikososyal Gelişim modeline etkisi, “Psikososyal krizler” (çatışmalar), her kriz aşamasından kaynaklanan potansiyel olumsuz sonuçlar incelenecektir.

2.3.1. Erik Erikson’un Yaşamı ve Teorisine Etkisi (1902–1994)

Erik Homburger Erikson (1902-94), 15 Haziran 1902’de Frankfurt, Almanya’da doğdu. Annesi genç bir Danimarkalı Yahudi olan Karla Abrahamsen’dir. Babası doğumdan önce ayrılmış, annesi de Erik’in çocuk doktoru olan Theodor Homberger ile evlenmiştir.

Kişisel kimliği ve yönü konusundaki belirsizlik, açıkça Erik’in çocukluğunu ve erken yetişkin yıllarını tanımlamıştır. Muhtemelen bu yaşantısı çalışmalarına ilham vermiştir.

Avrupa’da sanatçı olarak bir süre dolaştıktan sonra, Erikson neredeyse kazayla psikanalize girmiştir. 1927’de, 25 yaşında iken, Viyana’daki psikanalist Dorothy Burlingham’ın yönettiği Amerikan çocuklarına yönelik deneysel bir okulda öğretmenlik yapmıştır. Bu işi oldukça kritik bir eşik olmuştur, zira Erikson’un “Montessori eğitim metotları, psikanaliz, Anna Freud ve Sigmund Freud’un psikanalitik mükemmellik merkezi Viyana Psikanalitik Derneği” ile tanışmıştır. Sigmund Freud ve kızı Anna’nın çalışma ve öğretileri, Erikson’un düşüncelerinin gelişmesinde önemli rol oynamıştır (Cherry, 2019).

Erikson’un ilk uzmanlığı çocuk analizi üzerinedir. 1933’de ABD’ye göçü sonrası ilgisinin arttığı ve araştırmalarının büyüyerek, önce Harvard, Yale, daha sonra Berkeley Kaliforniya’da klinik çalışmalara döndüğü araştırma konusudur (Chapman, 2013).

Erik Erikson'un ilk çalışmaları, sosyal ve kültürel faktörlerin insan psikolojisi üzerindeki etkisine ilişkin Freudyen teoriyi test etmeye ve genişletmeye odaklanmıştır. Toplumun çocukluk ve gelişmeyi nasıl etkilediğini ortaya koymaya çalışmıştır. 1938'de Oglala Lakota (Sioux) ve Yurok Amerikan Yerlileri ile birlikte yürütülen araştırma, toplumlardaki çocukların ayrıntılı antropolojik çalışmalarını içermektedir. Bu deneyimler Erikson'un Freudyen fikirlerinin hayati toplumsal boyutlardan yoksun olduğunu fark etmesine yardımcı olmuş ve "biyopsikososyal" bakış açısı için bir anahtar olmuştur (Chapman, 2013).

Daha sonra çocuk refahı odaklı çalışmayı sürdürerek California Üniversitesi'ne taşınmış ve aynı zamanda San Francisco Gaziler Hastanesi'nde travma ve akıl hastalığı tedavisi üzerine çalışmıştır. 1950'de Massachusetts'e taşınmıştır. Harvard'a taşınana kadar burada on yıl çalışmıştır. Klinik pratikten emekli olmuş, ancak araştırma ve yazımlarına devam etmiştir. 1970 yılında Massachusetts'e dönmüş ve 1994'te ölmüştür (Chapman, 2013).

Erikson'un tartışmalı ve en önemli ilk kitabı "Çocukluk ve Toplum" kitabıdır. 1950'de, sekiz aşamalı psikososyal gelişim teorisini ilk kez açıkladığı ve ergenlikte "kimlik krizi" kavramını kurguladığı yayınıdır. Daha sonraki kitapları daha çok hümanist ve toplum perspektiflerine olan ilgisini ve daha sonraki yaşam evrelerinde kendi geçişlerini yansıtmıştır (Chapman, 2013): Genç Adam Luther (1958), Kimlik ve Yaşam Döngüsü (1959), İçgörü ve Sorumluluk (1964), Kimlik: Gençlik ve Kriz (1968), Gandhi'nin Hakikati (1970-Pulizter Ödüllü) ve Yeni Bir Kimliğin Boyutları (1974). Erickson'un Yaşam Döngüsü kitabı 1996 yılında Joan Erikson tarafından revize edilmiş, yaşam döngüsü modelinde yaşlılık aşamaları genişletilmiştir.

Erikson'a göre benlikte öncelikli görev bir kimlik oluşturup, bu kimliğin korunmasıdır. Kuramı da benlik psikolojisi olarak isimlendirmiştir. Yaşamı boyunca kimlik sorununu yoğun olarak yaşamış olması bu kuramı oluşturmasını anlamlı kılmaktadır. Gençlik dönemine dair yaptığı bir değerlendirmede; "erken yaşta sorunlarla yüzleşmiş olmak, kişide ciddi bir şekilde kimlik bunalımına yol açmaktadır" demiş, "kimlik bunalımı" kavramını da ilk defa kendisi kullanmıştır. Babasının doğmadan önce ayrılması, annesinin evlendiği kişinin gerçek babası olmadığını ergenken öğrenmesi ve bunu 68 yaşına kadar herkesten saklaması güvene karşı

güvensizlik duygusunun kuramın önemli basamaklarından biri olmasını sağlamıştır (Boeree, 1997).

Erikson, sekiz evreli kişilik gelişimini açıklarken yaşantısı, deneyim, değişim ve sarsıntıları hep gözünün önündedir. Ailesi tıp okusun istese de ressam olmak istemiş kimlik kazanmak için rol karmaşasını kendi de yaşamıştır. Erikson, gelişim dönemlerinde bireyin sonraki döneme geçişte bir karar verdiğini, seçeneklerden birisi onu sağlıklı gelişime götürürken diğer seçeneğin ise olumsuz etkisi görülecektir. Bir anda soy ismini Homburger yapmaya karar vermesi değişen kimlik duygusunu yansıtmaktadır. Kimlik çatışmasını ifade ederken “okulda bir Yahudi iken evde Danimarkalı kimliği ile kendisine bakıldığını” söylemesi hayatını hep ikili yaşadığını, seçenekler arasında karar vermek zorunda kaldığını göstermektedir. Yine de bu kadar zorluk içinde Erikson hayatının sonuna kadar mesleki gelişimini sürdürmüş, kuramın son kısmında belirttiği olgun yetişkinler arasında yer almıştır (Cherry, 2019).

2.3.2. Psikososyal Gelişim Teorisi Genel Çerçevesi

Erikson modelinin ana özellikleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir. Teori hakkında benzer tablolar oluşturulmuşsa da Erikson’un kendisi bu tarz bir matris ortaya koymamış, sadece teorisinin açıklanmasına yardımcı olmak için birkaç perspektif üretmiştir. Konseptini devam eden bir çalışma olarak görmüştür. Bununla birlikte 8 aşamalı psiko-sosyal gelişim kuramında genel unsurlar; çocukluk yaşantısı ve cinsellik olarak temellendirilmiştir. Kuramda toplumsal unsurlarla, yaşamın tüm dönemlerinden söz edilmektedir (Coles, 1970).

Tablo 2.3. Psikososyal gelişim teorisi ana hatları

Psikososyal Kriz Aşamaları	Psikoseksüel Gelişim Evreleri	Yaşam evresi / İlişkiler	Temel Erdem (Krizin Potansiyel Olumlu Sonucu)	Uyumsuzluk (Krizin Olumsuz Sonucu)
Temel güvene karşı güvensizlik	Oral	Bebek / anne / besleme ve rahat olma, dış çıkarma, uyku	Umut ve Uyum	Duyusal Bozulma / Çekilme
Özerkliğe karşı utanç ve şüphe	Anal	Yürümeye başlayan çocuk / ebeveyn / bedensel işlevler, tuvalet eğitimi, kas kontrolü, yürüyüş	İrade ve Öz Denetim	Dürtüsellik / Zorunlu
Girişimciliğe karşı suçluluk duygusu	Fallik	Okul öncesi / aile / keşif ve keşif, macera ve oyun	Amaç ve Yön	Acımasızlık / İnhibisyon
Çalışkanlığa karşı aşağılık duygusu	Latant (Gizil)	Okul çocuğu / okul, öğretmenler, arkadaşlar, mahalle / başarı	Yetkinlik ve Yöntem	Dar Faziletlilik (Virtuosity) / Atalet
Kimlik kazanmaya karşı rol karmaşası	Genital	Ergen / akranlar, gruplar, kimlik / yönlendirme, etkilenme / çözme, yetişkin olma	Sadakat ve Bağlılık	Fanatizm / Reddetme
Yakınlığa karşı yalıtılmışlık		Genç yetişkin / aşklar, arkadaşlar, iş bağlantıları / yakın ilişkiler, iş ve sosyal yaşam	Aşk ve İlişki	Karışık İlişki (Promiscuity) / Münhasırlık
Üretkenliğe karşı durgunluk		Yetişkin / çocuklar, topluluk / 'geri verme', yardım etmek, katkıda bulunmak	Bakım ve Üretim	Aşırı Genişletme / Reddetme
Bütünlüğe karşı umutsuzluk		Geç yetişkin / toplum, dünya, yaşam / anlam ve amaç, yaşam kazanımları	Bilgelik ve Feragatname	Varsayım / Aşağılama

Erikson'un çalışmasında güçlü, ancak zorunlu olmayan bir Freudcu unsur bulunmaktadır. Tek başına da sağlam ve alaka düzeyi Freud'a bağlı olmasa da Freudcu psikanalizin yanı sıra, Amerikan yerlileri ile olan geniş kapsamlı pratik alan araştırmasından ve önde gelen zihinsel sağlık merkezlerine ve üniversitelere bağlı klinik terapi çalışmalarından geliştirilmiştir. 1940'ların sonundan 1990'lara kadar psikanalitik gelişime aktif olarak öncülük etmiştir (Chapman, 2013).

Erikson, özellikle gençler için insanlara duyduğu ilgi ve şefkat nedeniyle ve ayrıca araştırmaları, esasen Freud'un yaklaşımı olan psikanalistin kanepesinin içe dönük dünyasından uzak tutulan insan toplulukları arasında yapıldığı için bunu başarmıştır. Kişilik ve davranışların insanlarda nasıl geliştiğini anlamak ve açıklamak için çok farklı bakış açılarından modern yaşamla çok erişilebilir ve açıkça bağlantılı bir yaklaşımdır. Teorisi sayesinde, ebeveynlik yapmak, öz-farkındalık, yönetim ve

koçluk, çatışma ile baş etmek ve genellikle kendini ve başkalarını anlayabilmek mümkün olabilmektedir (Cherry, 2019).

Erikson'un psikososyal teorisi temel olarak insanların her birinin gelişimini ve kişiliğini önemli ölçüde etkileyen sekiz “psikososyal kriz aşaması” yaşadığını iddia etmektedir (Erikson, 1963). Joan Erikson, Erik'in ölümünden sonra bir “dokuzuncu aşama” tanımlamıştır (J.Erikson, 1997), ancak sekiz aşamalı modele daha çok atıfta bulunulmuş ve standart olarak kabul edilmiştir.

Erikson'un teorisi temel olarak “psikososyal krizler” ile ilgilidir. Bu terim Freud'un “duygusal” çatışmasını temsil eden “kriz” kelimesinin bir uzantısı olarak kabul edilmektedir. Anılan krizler, büyümek ve gelişmek için bir kişinin başa çıkması gereken bir iç mücadele veya zorluk olarak da tanımlanabilmektedir (Erikson, 1963).

Erikson'un kullandığı “psikososyal” terimi, her ikisi de Erikson'un teorisinin kalbindeki iki kaynak kelimedenden türetilmiştir. Kuramda kullanılan bazı ana kavramlarla açıklamaları ise şu şekildedir (Kulaksızoğlu, 2001):

“ Aşamalı oluşum ilkesi: Aşamalı oluşum ilkesine göre kişi daha önceden belirlemiş olduğu adımlarla, belli bir tasarıma göre gelişmektedir.*

** Psiko-sosyal bunalım: Temel gelişim planında, kişi sekiz dönemde oluşan zıt çatışmaları çözmek durumundadır.*

** Bölge: Organizmanın gelişim dönemine uygun olarak kişinin bedeninin bir bölümünü temsil etmektedir.*

** Organ işlev şekli: Gelişim dönemine uygun beden bölgesinin davranışlarını belirtmektedir.*

** Toplumsal işlev örüntüsü: Gelişim dönemine uygun olarak beden bölgesinin davranış biçimini ve bireyler arasındaki ilişki örüntüsünü belirlemektedir.*

** Ego kimliği: Kişiye ait olan bir tecrübe ve dinamik bir gerçekliktir.*

** Ego kimliği duygusu: Erikson, ego kimliği duygusunu bireysel benzerlikler ve tarihsel olarak süreklilik duygusu diye tanımlamaktadır.*

** Sosyal kimlik: Kişinin diğer bireyler gözündeki benzerliklerini, süreklilik duygusunu test edip gözlemesi durumu olarak tanımlanmıştır.*

** Psikososyal gelişim dönemleri: Erikson, psikanalitik gelişim kuramına ait olan temel kavramları alarak, sekiz aşamalı bir psikososyal gelişim kuramı oluşturmuştur.*

Psikanalitik gelişim kuramlarının genel olarak temel noktaları, çocukluk yaşantıları ve cinselliktir. Erikson'un gelişim kuramında ise; toplumsal unsurlardan ve yaşamın bütün dönemlerinden söz edilmektedir."

Teorinin her aşamasında, karşıt iki duygusal güç krizi vardır. Erikson, bu muhalif güçler için "aksine eğilimler" terimini kullanmaktadır. Her kriz aşaması, buna karşılık gelen bir yaşam aşaması ve onun içerdiği zorluklarla ilgilidir. Erikson, her krizde (örneğin, güven- trust) ilk listelenen "olumlu" ifadede "syntonic" ve ikinci listelenen "negatif" ifadede (örneğin güvensizlik- mistrust) "distonik" kelimelerini kullanmıştır. Her bir kuvvet çifti ya da eğilimi arasındaki karşıt ya da çelişkili ilişkiyi belirtmek için 'v' olarak kısalttığı "versus" (Latince, doğru ya da aleyhte anlamında) kelimesiyle ilişkilendirmiştir (Chapman, 2013).

Her krizden başarılı bir şekilde geçmek, her bir krizi temsil eden iki karşıt önerme arasında sağlıklı bir oran veya dengenin sağlanmasıyla mümkündür. Örneğin, kriz aşamasında birinci aşamada (Trust v Mistrust) sağlıklı bir denge, "Güven" (insanlar, yaşam ve gelecek gelişimi) krizinde yaşanıp büyümek ve aynı zamanda "Güvensizlik" için uygun bir kapasiteyi deneyimlemek ve büyütme olarak tanımlanabilmektedir (Chapman, 2013).

Erikson, bu başarılı dengeli sonuçları "Temel Erdemler" veya "Temel Güçlü Yönler" olarak adlandırmıştır. Her aşamada kazanılan temel gücü temsil eden ve Erikson'un şemalarında ve yazılı teorisinde ve çalışmalarının diğer açıklamalarında ortaya çıkan temel bir sözcüğü tanımlamıştır. Erikson ayrıca her aşamada ikinci bir "güç" kelimesi belirlemiştir; temel erdemle birlikte her aşamada ana sağlıklı sonucu vurgulamış ve özetlerde ve çizelgelerde basit anlamlar iletmeye yardımcı olmuştur. Temel erdemlere ve destekleyici güçlü kelimelere örnek olarak "Hope Umut ve Sürücü" (birinci aşamadan, Güven v Güvensizlik) ve "İrade ve Güç Denetimi" (ikinci aşamadan, Özerklik - Utanç ve Şüphe) verilebilir. Ancak bu kelimelerin arkasındaki anlamı daha ayrıntılı olarak anlamak faydalı olacaktır çünkü Erikson'un seçimi bu kelimeler çok zekice ve kelimeler çok sembolik olsa da, yalnızca bir veya iki kelimeyi kullanmak, yalnızca teori ve özellikle her krizde sağlıklı ilerlemeden kaynaklanan duygusal ve davranışsal güçler açısından eksik kalacaktır (Erikson, 1963).

Harlow, Erikson'un kuramını bazı şempanzeler üzerinde denemiştir. Çalışmalarında erken yaşta annesinden ve diğerlerinden ayrılan yavru şempanzeler yetişkin

olduklarında yetersiz davranışlarda bulunmuştur. Şempanzelerin doğum sonrası ilk aylarda sosyalleşme bakımından kritik bir aşamayı yaşadıklarını söylemek mümkündür. İnsanlar üzerinde yapılan sonraki çalışmalar da bu bulguyu destekler niteliktedir (Harlow ve Harlow, 1972).

Erikson, kuramını geliştirirken klinik gözlemlere de dayanmıştır. Bu sayede kuram, insanın gelişim aşamaları için günümüze kadar gelen en kapsamlı açıklama olarak kabul edilmektedir. Yaşam boyunca gelişimde duygusal, bilişsel ve toplumsal yönleri dikkate alan, hatta bunların çeşitli ilişkilerini de ortaya koyan, disiplinler arası bir yaklaşım olduğu değerlendirilmektedir. Erikson kendi ifadesiyle insanın çevresi ile etkileşimi hayatı boyunca gelişmektedir. Kendisinin andığı bu gelişim üç değişken arasındaki deneyimlerden ibarettir: “biyolojik değişkenler, toplumsal-çevresel etkiler ve ego süreci” (Erikson, 1963).

Erikson, başarılı sonuçlar bağlamında “elde etme” kelimesini kullanmaktan kaçınmıştır. Net ve kalıcı bir şey kazanmak anlamına geldiğinden ve psikososyal gelişimde kesin ve geri döndürülemez sonuçlar alınması mümkün olmadığından dikkatli kullanmıştır. Önceki herhangi bir kriz, başarılı veya başarısız sonuçlarla, farklı bir kılıkla olsa da, herhangi birini etkili bir şekilde tekrar ziyaret edebilmektedir. Bu, belki de “yüksek başarılıların” nezaketten nasıl düşebileceğini ve “umutsuz başarısızlıkların” nihayetinde büyük işler başarabileceğini açıklamaya yardımcı olmaktadır. Herkes için umut olduğunu göstermektedir (Erikson, 1963).

Kriz aşamaları keskin bir şekilde tanımlanmış adımlar değildir. Aşamalar, bir aşamadan diğerine ve bir önceki aşamalara çakışma ve karışma eğilimindedir. Geniş bir kavramdır, tüm insanlar ve durumlar arasında tam olarak çoğalan matematiksel bir formül değildir. Erikson, aşamalar arasındaki geçişin “örtüşen” olduğunu belirtmiştir. “Kriz aşamaları birbirine bağlanmış parmaklar gibi birbirine bağlanır, bir dizi düzgün şekilde istiflenmiş kutu değildir”. İnsanlar bir sabah aniden uyanmaz ve yeni bir yaşam evresinde olmazlar. Bu bakımdan modelin “hissi” diğer esnek insani gelişme çerçevelerine benzemektedir (örneğin Maslow’un İhtiyaçlar Hiyerarşisi). Bir insan psikososyal kriz aşamasından başarısız bir şekilde geçtiğinde, karşıt güçlerin birine ya da diğerine bir eğilim geliştirir, bu daha sonra davranışsal bir eğilim, hatta zihinsel bir sorun haline gelir. Ham terimlerle, belki de ciddi işlerde bu tür terimlerden kaçınılsa da “bagaj” veya “takılma” denilebilir (Chapman, 2013).

Erikson kişilerin gelişiminin kalıtsal özellikler ve yaşadığı çevre ile etkileşiminden kaynaklandığını kabul etmektedir. İnsan yaşantısını 8 dönemde incelerken ergenlik dönemi için “kalıplaşmış kriz dönemi” tanımını yapmaktadır. Ergenler, bu aşamada “ben kimim?” sorusuna cevap arayarak, geçmiş tecrübeleriyle güçlü kimliğe bürünme çabasındadırlar. Kriz evresi aşıldıca, yeni kimliğe kavuşulmaktadır. Ters durumda kimlik karmaşası yaşanır ve başkalarına duyarsızlık, ilişkilerde ve yaşama şeklinde problemler görülmesi olasıdır (Evans, 1981).

Erikson bireyde gelişimin genlerle yaşanan çevre arası etkileşim ile bir bütün olduğunu ifade etmektedir. Kişinin “sosyal geçerliliği olan bir kendilik” oluşturması çok önemlidir. Ergenlerdeki gibi her birey her dönem kendisinin nasıl biri olduğunu düşünür, düşüncelerini sınar, gerekirse değiştirir veya bunlara uygun davranmaya çalışmaktadır. Bireyde ancak bu şekilde kendisine bakışta bütünlük ve süreklilik sağlayabilmektedir. Erikson, bireyin kimlik kazanma mücadelesinde toplumun gözündeki kendisiyle, kendini nasıl gördüğünü karşılaştırmaktadır. Anılan evre olumlu geçtiği takdirde yetişkinlik durumuna da olumlu etkileyerek sağlıklı bir kişilik ortaya çıkacaktır. Erikson ergenlikte kişilerin yaşadığı çatışmaları şu sözlerle özetlemiştir: “Ben olmam gereken gibi değilim, olacağım gibi de değilim ama daha önce olduğum gibi de değilim” (Dinçel, 2006).

Erikson’un Kuramına göre bir dönemde yaşanan bunalım ve çatışma diğer gelişim evresinde tekrar yaşanıp aşılabilmektedir. Ona göre erişkinler yaşamında son aşamaya geldiğinde, gerçekleştireceği görevin hayatları için bütünlük ve tutarlılık olduğunu görecektir. O dönemde bireyler hayatlarını, yaşama şekillerini o haliyle kabullenerek, yaşadıkları andan zevk alma, anlam yükleme en azından buna inanma ihtiyacı hissederler. Kabullenip, inanabildiği ölçüde ego bütünlüğü sağlanabilmekte, umutsuzlukla mücadele edebilmektedir. Anın önce ve sonrasındaki yaşanan, yaşanacakları kabullenerek, pişmanlık yerine anlama ve sindirme insanı umutsuzluktan koruyacaktır. Bu sayede kişi bilge yaşlı olabilir (Roazen, 1997).

Erikson teorisinde, herkes farklı kriz aşamalarından geçerken başkalarının deneyimlerini potansiyel olarak etkilemektedir. Bir ebeveyn açıkça çocuğun psikososyal gelişimini etkilerken, buna karşılık ebeveynin psikososyal gelişimi de çocukla ilgilenme deneyimlerinden ve üretilen baskılardan etkilenmektedir. Büyükanne ve büyükbaba için de durum aynıdır. Bazı açılardan değerlendirildiğinde

gerçekten de gelişme 7. aşamada zirveye ulaşmaktadır. Sekizinci aşamada hayatı nasıl kullandığı ile ilgili şartlara ulaşmak ve ideal olarak huzur içinde hissetmek için hazırlanmaya hazır olmaktan fazlasıdır. Gelecek nesiller için olumlu bir fark yaratma perspektifi Erikson'un insani felsefesini yansıtmaktadır (Gander ve Harry, 2001).

Freud gibi Erikson da gelişimde kritik dönemlerin olduğunu, belli başlı sekiz kritik dönemde atlatılması gereken bir kriz (dönüm noktası), çatışma bulunduğunu, sağlıklı bir kişilik için bu krizlerin veya çatışmaların başarılı şekilde atlatılmasının önemini savunmaktadır.

Sonraki evre için sağlıklı temeller oluşması krizin başarıyla atlatılmasına bağlıdır. Eğer kriz tam çözümlenemezse Freud'un kuramındaki gibi birey ona takılıp kalmaz, fakat sonraki dönemlerde kriz sürer, çözümlenene kadar sorun çıkarır. Örnek olarak; bebeklikteki güvensizlik, ergenlikteki kimlik karmaşası yetişkinlerde sıkça görülmektedir (Stevens, 1983).

Erikson, Freud ile iki noktada fikir ayrılığına düşmüştür. İlk olarak Erikson kişilerin sosyal uyumlarına odaklanmış, kişilik oluşumunda sosyal çevrenin etkisini hesaba katmıştır. İkinci olarak ise Freud'un beş aşamalı gelişim evrelerini yeterli görmemiş, "yetişkinlik, olgunluk ve yaşlılık" dönemleri ekleyerek ömür boyu süren gelişimi savunmuştur (Bezci, 2008).

Erikson, insanların her dönemde yaşadığı krizleri sağlıklı şekilde atlatmasının gelecek dönemdeki gelişimde onları olumlu etkileyeceğini iddia etmiştir. Freudyen teoriye benlik ve gelişim aşamaları çerçevesinde katkısı çok olmuştur. Freud psikoseksüel yaşamın gelişime etkisini, Erikson ise sosyal çevrenin gelişime etkilerini araştırmıştır. Erikson, bir dönemdeki olumlu veya olumsuz durumun, daha sonraki dönemleri aynı yönde etkilediğini ifade etmiştir. Gelişim dönemlerinin bağlantılı olduğunu, bütünlük arz ettiğini savunmuştur. Kişilerde özde sevgi vardır, kendini gerçekleştirme yetisi vardır, en azından her çocuk bu potansiyelle dünyaya gelir, ancak sosyal çevre gelişimin seyrini değiştirmektedir. Erikson'un bu yöndeki tüm görüşleri psikanalitik gelişim teorisi üzerine yoğunlaşmış ve katkı sağlamıştır. Tamamlayıcı nitelik taşıyan görüşleri Psikanalizin özü ile de çelişmez (Dal, 2009).

2.3.3. Psikososyal Kriz (Çatışma) Evreleri

Erikson'un psikososyal kuramı, temel olarak, her bireyin kendi büyümesini ve kişiliğini tanımlamaya yardımcı olan sekiz “psikososyal kriz” (yaşamın kilit aşamalarına bağlı iç çatışmalar) yaşadığını belirtir. İnsanlar bu “psikososyal kriz” aşamalarını sabit bir sırayla yaşarlar, ancak zamanlamalar insana ve koşullara göre değişir. Bu nedenle aşamalar ve model, katı yaş veya yaşam aşaması tanımlarından ziyade, öncelikle krizlerin veya duygusal çatışmaların adlarıyla (örneğin, Güven v Güvensizlik) temsil edilir (Chapman, 2013).

Sekiz “psikososyal krizin” her biri, iki karşıt duruş veya tutum (veya eğilimler veya duygusal güçler) arasındaki bir çatışma ile karakterize edilir. Erikson, hiçbir zaman her krizin iki bileşeni için kesin bir şekilde tanınabilir bir açıklama yapmamıştır. Ayrıca, her krizde birinci ve ikinci eğilimler için sırasıyla “syntonik” ve “distonik” terimlerini kullanmıştır. Her krizde birinci ve ikinci eğilimi “etiketlemede” zorluk, aslında tamamen iyi ya da kötü ya da tamamen olumlu ya da olumsuz olmayan bir yansımadır. İlk eğilim kesinlikle tercih edilen eğilimdir, ancak ideal bir sonuç ancak ikinci eğilimin derecesiyle dengelendiğinde elde edilir. Kriz aşamalarının bazıları diğerlerinden daha kolay anlaşılır. Her aşama, sadece iki veya üç kelimeyle aktarılabilecek olandan çok daha fazla anlam içermektedir (Chapman, 2013).

Kriz aşamasından geçişin başarısız olması (diğer bir deyişle, iyi dengelenmemiş veya daha da kötüsü psikolojik olarak zarar vermesi), kişiliğin iki karşıt ucundan birine karşılık gelen yararsız bir duygusal veya psikolojik eğilim kazanmasıyla mümkündür. Sağlıklı oluşan kişilik gelişiminde olumlu şekilde aşılması gereken krizler ve krizlerin yer aldığı evreler aşağıda sıralanmıştır (Balkaya, 2005).

1. Temel Güvene Karşı Güvensizlik (Bebeklik, 0-1,5 Yaş, Oral Dönem)

Bu dönemin ilk sosyal etkileşim boyutu güven ve güvensizliktir. Evrenin haz bölgesi ağız, temel davranış şekli emme veya içine alma olarak gösterilmektedir. Bebeğin bu dönemde çevredeki tüm uyarıcı şeyleri içine almaya çalışması esastır. En görüneni emme olmakla beraber diğer duyu organları da içine almaya çalışmaktadır. Örnek olarak gözlerle çevredekileri görmeye ve içine almaya, kulaklarla işitip içine almaya daha sonra da anlayıp, onları anlamlandırmaya çalışmaktadır. Bu dönemin ikinci bölümü diş çıkarmayla beraber ısırma davranışıyla başlamaktadır (Bacanlı, 1999).

Bebekte bu evrede içine alma davranışı dünyanın güvenilir yer olup olmadığını keşfetmek amacıyla. Evrenin iyi geçmesi durumunda temel güven duygusu, iyi geçmezse de güvensizlik duygusu gelişir. Anne davranışı dönemin en belirleyici ve önemli unsurlarındandır. Anne sayesinde çocuk dünyanın güvenilir olduğuna, en azından annesine güvenilebileceğini hissetmelidir (Bacanlı, 1999).

“Temel güven duygusu” kazanarak, anne çocuğa ihtiyacı olan huzuru, güveni her şekilde verdiğinde sonraki dönemlerde kişide tutarlılık oluşacaktır. Sağlıklı ego fonksiyonları gelişmesi için çocuğun kolay beslenme, derin uyku ve isteklerinin doğru zamanda ve muntazam şekilde karşılanacağına dair temel güven duygusu geliştirmesine ihtiyaç vardır. Bu evre sağlıklı şekilde atlatıldığında, bireyde “umut” ve “uyum” duygusu gelişecektir (Erikson, 1984).

Kişinin hayata, diğer insanlara, kendisine güven derecesi büyük ölçüde bebeklik dönemindeki gördüğü bakıma bağlıdır. Annenin bebeğin ihtiyaçlarını karşılaması ve sürekliliği güven duygusunun gelişiminde oldukça önemlidir. İhtiyaçları uyarıldığında karşılanan, hızlıca sorunları giderilen, okşanıp sevilen, bağıra basılan, oyun oynanan, konuşulan, ilgi gösterilen çocuk dünyada yaşamın güvenilir olduğu, diğer insanların da yardımsever ve güvenilir olduğu yönünde bir düşünce geliştirebilmektedir. Bakımı tutarsız, yeterli olmayan, reddedici olan dönemler için ise bebekte devam eden dönemlerde dahi etki gösterebilecek temel bir güvensizlik, kuşku ve korku gelişmektedir. Toplumsal anlamda bebekte güven unsuruna ilişkin ilk kanıt bebeğin uykusunun derinliği, beslenmesinin kolaylığı, rahat bağırsak hareketleridir. Annesinin gözünün önünden ayrılması da bebeğin ilk toplumsal başarısıdır. Anne, dış görünüş olarak güvenle beklenen biri olmasından başka artık bebekte içsel bir kesinlik durumundadır (Erikson, 1984).

Bebeğin güven duygusunun gelişimine ilişkin belirtiler annesinin olmadığı durumda aşırı bunaltı göstermesiyle kendisini belli eder. Geçici olarak annenin olmayışına katlanmak için bebek, annesinin geri döneceğine, eskisi gibi kendisine bakacağına dair güven duymalıdır (Bacanlı, 1999).

Temel güven duygusu için iki boyuttan söz edilebilir. Birisi anne ve onun sevgisine güven, diğeri de bebeğin kendini annenin sevgisine, güvenine değer görmesi, hissetmesi durumudur. Yaşamda bu ilk deneyimden edinilen yakın ilişkinin çıkarımı

olan temel güven duygusu, ileriki yıllara aktarılmakta, yakın ilişkilerde sağlamlık ve güven duygusuna dönüşmektedir (Bacanlı, 1999).

İhtiyaçlarını giderdiği zaman da annenin bebeği sevip, okşaması, sıcaklık göstermesi, ilgisi, ilerideki dönemler için çocukta kendisi ve çevresine yönelik güven duygusunun temelini atmaktadır. Annesinin sevdiğinden, asla kendisini bırakmayacağından emin haldeki çocuk, annesi başta olmak üzere, çevresine, diğer bireylere ve dünyaya güven duyacaktır. Çocuk için ilk güzel duyguların temeli atılacaktır. İyimserlik ve mutlu olma burada başlayacaktır. Yine annenin bebeğine ihtiyacı olan sevgi ve huzuru vermesiyle bireyin ileriki yaşlarında gelişecek inançları büyük oranda tutarlılık gösterecektir. Bu evre sağlıklı şekilde atlatıldığında bireyin “umut” ve “uyum” duyguları oturacaktır (Erikson, 1984).

Daha farklı bir ifade ile anne veya yerine geçen yetişkin ile kurulan ilişkinin niteliği çocuğa temel güven duygusu ile toplumsallaşma temeli oluşturacaktır. Aynı zamanda iyi olduğu hissi, “güvenilen biri olma ve kendi olma duyguları” ile birleşecektir. Aksi halde annesinin reddettiği, soğuk davranılan, ihtiyaçları zamanında ve yerinde sevgiyle görülmeyen çocukta sonraları kendine ve dünyaya karşı güvensizlik oluşacaktır. Güvensizlik durumu ileride bir şekilde olumlu olarak çözümleninceye dek tüm dönemler boyunca sürecektir (Erikson, 1984).

Güven duygusunda bir diğer uzantı tutarlılık ve devamlılıktır. Tutarlı olan durumların güvenilir, güvenilmez olanların da genel olarak tutarsız olduğu düşünülmektedir. Çocuklarda kısıtlama ve yasaklamadan fazla, tutarsızlık ve anlamsızlık rahatsızlık vericidir. Anne babaların, yalnızca izin verme veya yasaklama yönlendirmesi yerine bununla beraber çocuğun yaptığı şeyin bir anlamı olduğu konusunda açıklama yapması inanmayı sağlayabilecektir. Sonuçta çocuklar, engellenmeden değil, engellenmenin toplumsal anlamı olmayışından dolayı nevrotik olmaktadır. Bazı yasaklar çok büyük engelleme niteliği taşıırken özellikle de zihinsel ve duygusal taraf göz ardı edilerek nevrotik bozukluklara giden yol açılmaktadır (Bacanlı, 1999).

2. Özerkliğe karşı utanç ve şüphe (Erken çocukluk, Anal Dönem, 2-3 Yaş)

Doğum sonrası 18. ayda çocuklar, dışkı kontrolü yapan kalın bağırsak kaslarını, iki yaş civarı da idrar kontrolü yapan idrar torbası çıkışındaki sfinkter kaslarını kontrol edebileceklerini keşfetmektedir. Yeterli olgunluğa ulaşan kaslar fizyolojik olarak

çocukların kontrol edebileceğini fark etmesiyle istediği zaman idrar veya dışkısını tutup bırakabileceğini öğrenirler. Bu çocuklarda önemli bir özerklik girişimi olarak ortaya çıkmaktadır (Arı, 2003).

Erikson'a göre hayatın bu ikinci dönemi Freud'un kuramında anal dönemin karşılığı olan dönemdir. Bu dönemde zevk ve ilgi de anüs bölgesindedir. Erikson'a göre bedenle alakalı gelişmeler, ruhsal gelişmelerde büyük bir temel oluşturur. Örnek olarak, insan hayatında ikinci dönemde kaslar yavaş yavaş olgunlaşırken dönemin en belirgin özelliği; içte tutma ve dışa bırakma halinde görülmektedir. Anılan eylemlerle öncelikle çocuk açısından boşaltım sisteminde denetim kazanması anlaşılmalıdır (Akt. Arı, 2003).

Yeni gelişen beceri ile çocuk bazı tercihlerde bulunmaya başlar. Artık istekler daha önemlidir. Bu aşamada önemli çatışma hali tuvalet eğitiminde görülmektedir. Çocuk kendini kontrolü öğrenir ancak eğitim esnasında uygun iletişim kurulmazsa utanma duygusu gelişebilmektedir. Diğer yandan buradaki denetim hali gittikçe tüm bedene hâkim olmaya başlar. Bu aşamada inatçılık ortaya çıkar. Çocuk tuttuğu şeyi bırakmama, elindekini sürekli atma davranışı gösterebilir ve bunda ısrar edebilir. Bu hal ileride de kişiler arası ilişkiler açısından egemen toplumsal eylemlere dönüşecek şekilde gelişmeye devam edecektir (Erikson, 1984).

Çocuğun kaslarını kontrolü psiko motor davranışlarının gelişimiyle ilgilidir. Kendini kontrol ettikçe bağımsız hareket etmesi de kolaylaşacaktır. Çocuk tek başına yapmayı istediği hareketlere izin verildiğinde kendini kontrol etme özellikleri için temel atılmış olur. Sıkı kontrol öz saygıyı yok edip, utangaçlığı artırabilir. Önceki gelişim aşamasında temel güveni kazanmış çocuk, kendi kontrolünü de kazanabilmek için özgürlüğü hissetmelidir. Bu nedenle ev veya kreş gibi ortamlarda çocuğun esnek olabileceği, çevresini özgür şekilde keşfedebileceği ortamlar hazırlanmalıdır. Çocuğun kendi başına giyinme ve soyunma, yemek yeme, eşyalarını toplama, giysi seçme, karşılaşılan sorunları çözme benzeri çabaları desteklenmelidir, hatta teşvik edilmelidir. Çocukta bağımsızlık duygusu temelleri etkili bir şekilde atılacaktır. Kendini kontrol etme, öz saygı bu evrede gelişecektir. Sürekli kısıtlanan, aşırı koruma altında, sıkı kontrol edilen çocuklar, yeteneklerinden şüphe ederek kendinden, vücudundan utanma duygusu geliştirebilmektedir (Arı, 2003).

Erikson'a göre temel çatışmalar sonuç olarak düşmanca veya iyimser beklentilere yol açmaktadır. Tutma davranışı da yıkıcı şekilde elde tutma, kısıtlama durumuna neden olabilmektedir. Zıt şeklinde ise sahip olma ve elinde tutma olabilir. Dışa bırakmada gevşemiş şekilde "bırak olsun", "bırak gitsin" şeklinde bir yaklaşıma dönüşebilmektedir (Erikson, 1984).

Erikson, aşırı utandırılma durumunda kişinin kabullenmesiyle durum karşılanmaz ise, gerçekten uygunluk yerine, bireyin istediğini sinsi şekilde yapma, gizli bir kararlılık yolu izleme durumunun gelişebileceğini ifade etmiştir. Tuvalet eğitiminde azarlanma, ayıplanma olursa, utanç ve bedeninden kuşku hali gelişmektedir (Akt. Arı, 2003).

Bu evrede, benlik saygısını yok etmeyen bireye ait denetim duygusu kalıcı gurur ve iyi niyet duygusunu oluşturmaktadır. Kişisel denetim yok olduğunda ve yabancılar tarafından aşırı denetleme hissi ise kuşku ve utanç içeren kalıcı yönelme eğilimine neden olmaktadır. Erikson anılan kriz dönemini adalet duygusu ve toplumsallıkla ilişkilendirmektedir. Bu evrede çocuk istediklerinin yetişkinlerin dünya düzeninde biçimlendirilmesini istemektedir. Çevredeki yetişkinlerce yasalara karşı saygılı olma iyi niyetli olarak çocuğa döneminin özerkliği içinde, bağımsız olma şeklinde verilirse çocukta devam eden dönemde oluşabilecek gereksiz şüphe ve utancının önüne geçilebilecektir (Erikson, 1984).

3. Girişimciliğe karşı suçluluk duygusu (Erken çocukluk, Fallik Dönem 3-5 Yaş)

Üçüncü evre, okul dönemidir. Freud'un kuramındaki karşılığı fallik döneme denk gelmektedir. Erkek cinsel organı olan fallus, bu süreçte çocuğun haz duygusunun, dikkatinin cinsel organlara yöneldiğini ifade etmektedir (Erikson, 1984).

Erikson'a göre bu dönemde çocuk birey olarak kendine güçlü şekilde inanmaya başlar. İnsan olarak kabiliyetlerinin, yapabileceklerinin farkına varmaya, anlamaya başladığı evredir. Bunların yanında artık büyükler dünyasındaki şeylere ilgisi artmaktadır. Çocuğun araştırma, merakını giderme girişimleri belirli oranda desteklenerek, hoş karşılanmalıdır. Önceki evredeki özerklik hissi, artık başka amaca göre, daha uyumlu ve mantıklı, çevresine uyan hale gelmektedir. Merak duygusuyla öncelikle evi, cinsel ilgi şeklinde karşı cins ebeveyne yönelecektir. Bu dönemin sonuna doğru bu arzu hayal kırıklığına dönüşecek, bunun yerine kendisi anne-baba olma hayali kuracaktır. Oynanan evcilik oyunlarında bu durum görülecektir. Bu devrede davranışı, araştırma

isteği kırılan, soruları cevaplanmayıp azarlanan çocuk ilerideki girişimlerinde suçluluk duymaya meyilli olacaktır (Erikson, 1984).

Çocuğun dil ve motor gelişimi çevresine ilgisini daha çok artıracak, girişkenliğini artıracaktır. Çocuklara destek olmak için gözlem yapabilecekleri, problem çözebilecekleri ortam hazırlanmalı, baskı yapılmamalıdır. Suçluluk duygusu oluşturulmamalıdır. Yapılmayacak bir diğer şey de çocuğun her şeyini onaylamaktır. Ahlak gelişimi bundan olumsuz etkilenebilmektedir. Sadece yapması ve yapmaması gerekenleri dengede tutarak girişkenliklerini desteklemek gerekmektedir. Çocuğun cinselliğe duyduğu merak da yasaklar konmadan, sorularına anlayabileceği seviyede, çok fazla detay içermekten mutlaka cevaplanmalıdır (Bacanlı, 1999).

4. Çalışkanlığa Karşı Aşağılık Duygusu (Geç çocukluk, 6-12 Yaş)

Çocuğun ilkokul dönemidir. Erikson'a göre, Freud'un kuramındaki karşılığı gizil dönemdir. Bu aşamada çocuğun okula dair çeşitli becerileri edinme ve büyükler gibi alet kullanarak bir şeyler üretme isteği artacaktır. Sürekli etkinlik içinde olup yaptıklarında kusursuz olma isteği olacaktır (Erikson, 1984).

Genellikle bazı kültürel beceriler bu dönemde öğrenilmektedir. Çalışmak, başarak kendini yetişkin çevresine beğendirmek, yaptıklarının farkına varılması ve takdir edilmesi bu dönemdeki bireyler için çok önemlidir. Tüm bu becerilerde eksiklik hissedilmesi aşağılık duygusu hissettirecektir. Okul hayatıyla beraber öğretmen ve arkadaşlar daha etkin olurken anne baba da az etkili olmaya başlayacaktır (Erikson, 1984).

Bu evredeki edinilecek başarılar çalışkanlığına etki edecektir. Çocukta sosyalleşme artacaktır. Ebeveyn ve öğretmenler çocuğa uygun sorumluluk vermeli, işi başarma mutluluğunu tattırmalıdır. Çocuğun becerileri küçümsenmemeli, aşağılanmamalıdır. Aşağılanırsa değersizlik duygusu gelişebilecektir. Kendisi hakkında olumsuz değer yargısı oluşturabilecektir. Aslında bu evrede çocuk okul aşamasında olduğundan kendi yeterlilik duygusunu da geliştirebilir (Senemoğlu, 2005).

5. Kimlik Kazanmaya Karşı Rol Karmaşası (Ergenlik, 13-18 Yaş)

On üç yaşından ergenlik dönemi sonuna kadar devam eden süreçtir. İçsel bütünlüğün, sürekliliğin anlamı kimlik duygusunun geliştiği önemli bir evredir. Birey yaşlılarıyla

çeşitli kıyaslamalar yaparken görünümü ve sosyal sınıfına ilişkin değerlendirmeler yapmaktadır. Bu süreçte kendini tanıma çabasındaki birey örnek kahramanlar seçmeye çalışmaktadır. Çeşitli gruplara katılarak, orasının değerlerine bağlılık gösterir. Bir dünya görüşü edinmek, geçerli bir kimlik sahibi olmak için çalışır. Erikson'un psiko-analitik literatürüne en önemli katkısı ergenlik problemleri için çözüm yolu gösteren bu evredir (Senemoğlu, 2005).

Erikson ergenin yaşadığı ikilemi dile getirirken, ergenin cinsellik, mesleki anlamda kimlik arayışı, mevcut kimlik ve bu kimliğe ait rolleri gözden geçirme problemlerini gündeme taşır. Kim olduğu sorusu karşısında rol karmaşasında kalabilir. Sürecin başarılı şekilde atlatılamaması yaşamın diğer evrelerine etki edecek, çözülene kadar sürecektir. Örneğin ne yapacağına karar veremeyen, bocalayan, bir işten diğerine atlayan yine de tutarlı olamayan, çocuk davranışı sergileyen yetişkinler, kimlik çatışmasını henüz çözümleyememiş bireylerdir. Erikson, kişinin bu arayışının sonucunda "kimlik kazanımı" veya "kimlik dağılımı" yaşayacağını ifade etmiştir (Yavuzer, 2001).

Kimlik arayışında bazı dönemler geçirilmektedir. İlk olarak çocuksu rolden çıkan, uzaklaşan birey ben kimim sorusuna tatmin edici bir cevap arar. Bu arayışta, çeşitli kimlikleri deneyip değişik rol ve farklı ilişkilerde bulunarak tecrübe kazanır. İkinci olarak birey deneme yanılma içinde kendisini keşfetme sürecine girecektir. Bazıları yeterince olgunlaşmayan kimliğe bürünebilirken, bazıları da iyice yerleşen, oturaklı bir kimliğe gecikmeden kavuşabilir. Sağlam bir temel kazanmak için çabalarken yetersizlik, umutsuzluk, depresyon hali görülebilir. Buna eşlik edecek aşağılık duygusu ile kimlik dağılımı yaşanabilir. Güven ve umut bu evrede, kimlik oluşumuna etki edecek şekilde tekrar ortaya çıkacaktır (Yavuzer, 2001).

Bu evrede anne baba ve öğretmenlerin davranışı oldukça önemlidir. Kişiye çocuk değil yetişkin gibi davranılmalıdır. Arkadaş gruplarının etkisi daha fazla olacağından iletişimde olduğu kişiler kontrol edilebilir. Bireyin arkadaşları, beğendiği kişiler olumlu karşılanarak doğru şekilde iletişim kurulmaya çalışıldığında iletişimler daha kolay gerçekleşecektir. Bu evrede kişiye arkadaşça ilişki kurulması, uygun etkileşim kurabileceği kişilerle karşılaşma sağlanması yerinde olacaktır (Yavuzer, 2001).

6. Yakınlığa Karşı Yalıtılmışlık (Genç yetişkinlik, Soyutlanma, 19-25 Yaş)

Kimliğini bulan birey başkalarıyla yakınlık, dostluk kurabilmektedir. Bu evrede birey ergenlikteki yaşlılarıyla aile çevresinden daha geniş ilişkiler oluşturarak topluma daha çok katılma yolundadır. Aşamayı sağlıklı şekilde geçebilen bireyden beklenen güvenli şekilde sevgisini paylaşabilmesi beklenmektedir. Diğerleriyle dostluk kurmakta zorlanan kişi, psikolojik anlamda farklı bir yalnızlığa girebilmektedir. Bu tip yalnızlık hissinde bireyin “toplumdan soyutlanma ve terk edilme ” duyguları içine girmesi mümkündür. Çatışmanın atlatılabilmesi için öğretmenler, arkadaşlar başta olmak üzere çevredeki herkese görevler düşmektedir. Öncelikli prensip olarak insana karşı sevgi ve saygıyı önemli değer gören toplum yapısında, krizlerin başarılı şekilde atlatılabilmesi mümkündür (Erikson, 1984).

Önceki dönemlerde krizler başarıyla atlatılmışsa kişi kimliğini yitireceğinden korkmadan başka insanlarla yakın ilişki kurabilmektedir. Olumsuz çatışmadan çıkan birey, rol karmaşası gibi sorunlar yaşıyorsa özellikle karşı cinse karşı yaklaşma korkusu yaşayarak derin bir soyutlanmaya girebilmektedir. Genç bireyin yaşayacağı aşktan başka bir veya daha çok yakın ilişki geliştirebilmektedir. Erikson, bunun sağlıklı olabileceğini, kişinin kimlik kaygısı olmadığından yakınlık kurma yeteneğine güvenine işaret etmektedir (Erikson, 1984).

Kimlikleri zayıf, tam şekillenmemiş olanların ilişkileri sönük olacağından genelde yalıtılmışlık içinde, yalnızlık duygusuyla hayatlarına devam edeceklerdir. Bu dönemin genç yetişkinlerinde sevgi çok önemlidir. Bu dönemdeki yakın ilişki, insan sevgisinin çok daha derin şekilde hissedilmesi ve geliştirilmesine olanak sağlayacaktır. Sevgi, saygı, kardeşlik gibi kavramlarla inançların temeli de bu evrede oluşacaktır (Erikson, 1984).

7. Üretkenliğe Karşı Durgunluk (Orta ve geç yetişkinlik, 26-65 Yaş)

Orta yetişkinlik dönemi üretkenlik yıllarıdır. İnsanlar bu dönemde kendisinden sonraki kuşakları oluşturma ve onlara rehberlik etme görevlerini üstlenmiş, mesleki anlamda yaratıcılık ve başarıya odaklanmıştır. İlgi, tamamen dış dünyaya yönelmektedir. En önem verilen şey kişinin üretken hissedebilmesi olup bu üretkenlik sadece çocuk sahibi olarak, onu büyütmek olarak algılanmamalıdır. Anılan üretkenlik, kendi çıkarları yerine topluma faydalı, gelecek nesillere rehber olan birey özelliğidir (Erikson, 1984).

Erikson'a göre bu evrede kişide merhamet ve yardım konularında hassasiyet oluşmakta, empati gözlenmektedir. Başkalarını anlamaya çalışan bireyde yardım hissi duygu dünyasında yer almaktadır. Ters durumda ise bencillik ortaya çıkmaktadır. İnsanlardan uzak, verimsiz olma durumu söz konusudur. Bu şekilde hisseden bireylerde durgunluk görülebilmektedir. Bu evredeki kişilerden işi olmayan veya evlenmemiş olanlarda verimsiz oldukları kanısı hâkim olabilmektedir. Bu aşamada olumlu sonuçlar alınabilmesi için kişinin ev, iş yaşantısı ile bunları paylaştığı kişilere önemli görevler düşmektedir (Erikson, 1984).

8. Bütünlüğe Karşı Umutsuzluk (Yaşlılık, 65+ Yaş)

Erikson'un kuramının son basamağını oluşturan evre yaşlılık aşamasıdır. Bu evrede kişi kendisini yavaş yavaş geri çeker, geçmişi sorgular, ancak herhangi bir girişim konusunda gücü olmadığına inanır. Bireyin bu evrede önceki geçirdiği dönemlerdeki tecrübelerini birleştirerek kendisinin nasıl birisi haline geldiğini kabul etmesi beklenir (Cüceloğlu, 1998).

Genellikle evre 65 yaş ve üstünü kapsamaktadır. Geçmiş dönemlerin bütünleştirilip, gözden geçirilmesi yapılır. Genel değerlendirmeler sonucunda eğer geçmişte uygun şekilde yaşadığı, gücünü iyi kullandığını ve eline geçen fırsatları iyi değerlendirdiğini düşünür, geçmişe dair memnuniyet duygusu oluşursa birey benlik bütünlüğüne ulaşmıştır. Kişilerle ilişkiler kurmuş, sosyal çevresinde kabul görmüş, sevilip, sayılmış, toplumda faydalı işler yapmış, üretken bir ömür geçirmiş ise “ego bütünlüğüne” huzur içinde kavuşmuş demektir. Umutsuzluk duygusu da zamanın azaldığı hissini ifade ederken yeni yaşam kurma, alternatif yolları deneme için zamanın kalmadığını ifade etmektedir (Erikson, 1984).

Anılanların aksi şekilde bencil, anlamsız, kendisinden başkasına faydası olmayan bir yaşam sürülmüşse de bu dönemde bireyde anlamsızlık, üzüntü, boşa yaşamışlık, ümitsizlik hâkim olacaktır. Bireyde geçmiş yılların yaşanmaya değer olduğu, faydalı geçirmeye değer olduğu hissiyle tatmin hali yaşarken, diğer tarafta hayatını boşa geçirmiş olduğuna inanarak gelişen umutsuzluk duygusu hissedilecektir. Gençlik ve yetişkinlik dönemleri yeterince güzel değerlendirilemediğini düşünerek, önünde de fazla zamanı kalmadığı hissi ile tamamen umutsuzluğa kapılan bir bireyle karşı karşıya kalınabilir.

Birey yararlı olmadığını düşünürken, yaşamını anlamsız görmekte, yaşayamadıklarına dair hayal kırıklığı hissetmektedir. Yoğun şekilde umutsuzluk duygusuna, yaşayacağı zamanın da çok kısa olduğu hissinin getirdiği ümitsizlik durumu eşlik edecektir. Ümitsizliğin oluşmasında genel anlamda ölüm korkusu, kişisel başarısızlık ve boşa geçen yaşam duygusu sebep olmaktadır.

Bu evrede bireyde önceki yedi dönemden getirdiği olumlu deneyimlerle benliğini tam bulmuş, dengeli bir kişilik veya önceki dönemlerdeki çatışmalarını bu zamana kadar taşımış, sağlıklı duygular hissetmeyen oldukça umutsuz bir duygudurumu eşlik edecektir. Örnek olarak zamanında üretken geçen hayatın sağlayacağı doyum aynı dönemde yapılamayanların getirdiği boşa geçmişlik, atalet ve bunun yarattığı pişmanlıkla seyredecektir. Diğer gelişim evrelerinde de başarılı olan birey artık ölüm gerçeğiyle yüzleşebilir ve kabullenebilir. Bilgi birikiminden, tecrübelerinden çevresindekilerin yararlandığını görerek tatmin yaşayacaktır. Kimi zaman da kişi geçmişi nasıl geçmiş olursa olsun sadece günü sağ salim bitirmiş olmayı da yeterli görebilecektir (Erikson, 1984).

Olumsuz Sonuçlar

Erikson, kriz dönemlerinin her biri için yararsız bir deneyimden kaynaklanan olumsuz sonuçları göstermek için yeni bir terminoloji geliştirmiştir. Kullandığı terimlerle, olumsuz sonuçlara, bilimsel olmamakla birlikte, aslında çok uygun bir metafor belirlemiş, onlara “bagaj (yük)” demiştir. Çünkü Erikson’a göre insanlar daha önceki yararsız deneyimlerinin psikolojik sonuçlarını yaşamlarında yanlarında taşıma eğiliminde olmaktadır. Erikson’un insanların bagajın nereden geldiğini anlamalarına yardımcı olmak ve böylece onu terk etme sürecine yardımcı olmak için takip ettiği özel tedavi bilimi psikanalizdir (Chapman, 2013).

Bir dereceye kadar olumsuz sonuçlar, bir krizin tekrarlanmasından, yeniden gözden geçirilmesinden ya da daha gerçekçi bir krizin temel unsurlarından da kaynaklanabilmektedir. Aslında daha genç yaşlara doğru gidilmemekte, bunun yerine daha önceki yaşamla ilgili deneyim ve duygular yeniden gözden geçirilmektedir. Erikson, çok fazla anlam ifade eden ve her aşama ile ilgili duygusal sonuçları çok sembolik olan uyumsuzluk ve maligniteler için kelime seçerken dikkatli davranmıştır. Her durumda, uyumsuzluk veya malignite, ilgili kriz eğiliminin aşırı derecede

uzamasına tekabül etmektedir. Örneğin, “geri çekilme”, aşırı bir “güvensizlik” uzantısından kaynaklanmaktadır. Bunun hakkında düşünmek, bu sonuçların ne anlama geldiğini anlamak için yardımcı olmaktadır ve ilginç bir şekilde, ilgili davranış eğilimiyle karşılaşıldığında, insandaki özellikleri tanımlamaya yardımcı olmaktadır (Chapman, 2013).

Maligniteler ve uyumsuzluklar çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Çeşitli maligniteler ve uyumsuzluklardaki anlam ve olası tutumları, eğilimleri, davranışları vb. anlama ve yorumlamada yardımcı olmak için daha modern ve ortak bir dil kullanarak örnekler çoğaltılabilir. Her durumda, örnekler daha aşırı zihinsel zorluklar olarak ortaya çıkarak daha aşırı terimlere dönüşebilecektir (Chapman, 2013).

Erikson hiçbir zaman malignite ya da uyumsuzluk olarak tanımlanacak herhangi bir duygusal zorluk ya da eğilim mutlak ölçümünü yapmamıştır. Gerçekte herkes duygusal ve çeşitli türden aşırı hislere maruz kalmaktadır. Asıl olan her zaman gerçekte neyin sorun olduğunun tespit edilmesidir. İnsanlar, her kriz deneyiminden kaynaklı bir dereceye varan uyumsuzluk veya maligniteye sahiptir. Bu olmadan zaten insan olmak mümkün değildir, kimse mükemmel değildir. Bu aynı zamanda zayıf yönleri görerek, nereden geldiklerini görme ve bunları çözerek daha güçlü, üretken ve mutlu olunabileceğine dair bir yol gösterici görevi görecektir (Chapman, 2013).

Tablo 2.4. Psikososyal gelişim teorisi olumsuz sonuç örnekleri

Örnekler	Uyumsuzluk (Maladaptation)	Çatışma	Malignite	Örnekler
gerçekçi olmayan, şımarık, kandırılmış	Duygusal Bozulma	Güven v Güvensizlik	Geri çekilme	nevrotik, depresif, korkmuş
umursamaz, düşüncesiz	Dürtüsellik	Özerklik v Utanç / Şüphe	Zorlama	anal, kısıtlı, kendini sınırlayan
sömürücü, umursamaz, ahlaksız	Acımasızlık	Girişimi v Suçluluk	İnhibisyon	riskten kaçınan, yaratıcı olmayan
işkolik, obsesif uzmanı	Dar Faziletliği (Virtuosity)	Endüstrisi v Aşağılık	Atalet	tembel, kayıtsız, amaçsız

öz-önemli, aşırılık yanlısı	Fanatizm	Kimlik v Rol	Karışıklık Reddi	sosyal olarak kopuk
cinsel açıdan muhtaç, savunmasız	Promiscuity	Samimiyet v İzolasyon	Münhasırlık	yalnız, soğuk, kendi kendine yeten
daha iyisini yapan, meşgul vücutlu, karışık	Aşırı Gerilim	Üretkenlik v Durgunluk	Reddetme	ilgisiz, alaycı
kibirli, görkemli, kibirli sefil,	Varsayım	Bütünlük v Umutsuzluk	Dezavantajlı	tamamlanmamış, suçlu

Psikososyal Gelişim Kuramının Dokuzuncu Evresi

Kuramın geliştirildiği dönemde hâkim demografik yapı ilerleyen dönemde önemli değişim göstermiştir. Hem ortalama yaşam beklentisi hem de yaşlı nüfusun artışı kuramın o haliyle yetersiz kaldığı fikrini doğurmuştur (Erikson, 1982). Ortalama yaşam beklentisi artınca bireyin yaşamını değerlendirmek ve gelecek için daha fazla düşünmek için zamanı da artmıştır. Bireyin gelişiminin daha uzun sürece yayıldığı düşüncesiyle Erikson, ölümüne kadar kuramını eleştirel değerlendirmeye tabi tutmuştur (Erikson J., 1997). Sağlık sorunları ve 1994'te ölümü nedeniyle yeni fikirlerini kurama ekleyerek tecrübe etme fırsatı bulamamıştır.

Erikson'un eşi J. Erikson (1997) bireylerin 80'li yaşlara değin sınırlılıklarını kabul etseler de sonraki yılların hiç ummadığı deneyimler içeren bir dönem olduğunu ifade etmiştir. Yaşlanmayla birlikte biyolojik, zihinsel ve bedensel zayıflıklara bağlı psikolojik yönden farklı bir dönem geçirdiklerini belirtmiştir. Erikson'un son kitabından ve notlarından yola çıkarak yeni bir evre tanımına ihtiyaç duymuş, 1997 yılında "The Life Cycle Completed (Extended Version)" kitabını yayımlamıştır. Dokuzuncu evreyi de bu yayında eklemiştir. Dokuzuncu evrenin özelliği önceki evrelerdeki gibi tek krizin olmaması, hatta önceki evrelerdeki krizlerin bireye yeniden meydan okumasını içermektedir. Sekizinci evre ile benzerlik gösteren bu dönemde ilerleyen yaşla azalan biyolojik, bedensel ve bilişsel işlevlerin evrensel bir düşünme şekline dönüşmesi söz konusudur. Diğer farklılık, sekizinci evrede geçmiş yaşantıyı gözden geçiren birey için dokuzuncu evrede geçmişin nitelikleri de

önemsizleşmektedir. Artık günü veya haftayı sağlıklı geçirmek sorundur, yılların nasıl geçtiğinin önemi azalmıştır (Erikson J., 1997). Yaşlılıktaki kayıp veya zayıflamalar psikososyal gelişimdeki olumsuz unsurların olumlulara baskı yapmasına neden olmaktadır. Evrede çatışmaların her biri ziyaret edilerek yeniden yüzleşilmektedir (Erikson J., 1997). Örneğin, temel güven ve güvensizlik krizi konusunda yaştan ilerlemesiyle bazı işlevlerde ve sağlıkta bozulmalar oluştuğunda bazı basit işlerde bile güçsüzlük, başarısızlık bireyin bedenine, becerilerine karşı güvensizlik hissini doğurabilecektir. Sahip olunan veya ani karşılaşılabilecek hastalıklar umutsuzluğa neden olabilmektedir.

80- 90'lı yaşlar kişiye yeni zorluklar getirirken, yeni ihtiyaçları ve mevcut durumu yeniden değerlendirme gerekliliği isteyen bir dönemdir. Bu evrede bireyin yaşına bağlı olarak yeteneklerinde oluşan düşüş hayatı boyunca başardığı olumlu unsurlar için yeni meydan okumalar doğurur. Bunların başarılı biçimde çözümlenmesiyle “yaşlı aşkınlığı (gerotranscendence)” oluşmaktadır (Erikson J., 1997).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Psikotik rahatsızlığı olan yaşlı bireylerin bu rahatsızlıklarının, Erikson'un psikososyal gelişim teorisinde yer alan sekiz evredeki çatışmalar bağlamında incelendiği bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama (survey) modelinde tasarlanmıştır. Bu model, iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve muhtemel sonuçlarını belirlemek amacıyla istatistiksel analizler gerektiren nicel bir modeldir (Metin, 2014). Bu model sayesinde ortaya konulacak olan ilişkinin düzeyi (düşük, orta ve yüksek) ve yönü (pozitif, negatif) belirlenebilir. İlişkisel tarama modellerinin, korelasyon türü ilişki ve karşılaştırma yoluyla tespit edilen ilişki olmak üzere iki türü bulunmaktadır (Karasar, 1999).

Araştırma kapsamında "Erikson'un psikososyal gelişim teorisine göre gelişim dönemlerindeki kırılganlıkların yaşlılık sürecindeki psikotik hastalığı olan kişiler üzerine etkisi var mıdır?" sorusuna yanıt aranmıştır. Bu soru bağlamında aşağıdaki alt araştırma sorularına yanıt aranmış ve sorular altında yer alan hipotezler test edilmiştir.

1. Bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıkların, Psikososyal gelişim evrelerinde yer alan çatışmalarla anlamlı ilişkisi var mıdır?

Hipotez 1: Bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıkların psikososyal gelişim evrelerinde yer alan çatışmalarla anlamlı ilişkisi vardır.

2. Cinsiyetin bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıklarla anlamlı bir ilişkisi var mıdır?

Hipotez 2: Cinsiyetin bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıklarla anlamlı ilişkisi vardır.

3. Psikososyal gelişim evresine bağlı olarak ortaya çıkan çatışmanın, bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıkları etkileme düzeyi arasında anlamlı ilişki var mıdır?

Hipotez 3: Psikososyal gelişim evresine bağlı olarak ortaya çıkan çatışmanın, bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıkları etkileme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.2. Örneklem

Araştırma kapsamında İstanbul ili sınırları içerisinde bulunan yatılı bakım merkezlerinde kalmakta olan ve Toplum Ruh Sağlığına (TRSM) kayıtlı hanede yaşayan bireylere ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma zamanının kısıtlı olması ve çalışmaya katılabilecek yeterlilikte 50 yaş ve üzeri katılımcıya ulaşmanın zor olabileceği göz önünde bulundurularak örneklem seçiminde amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca, sorulan sorulara yeterli düzeyde cevap verebilecek ve çalışmaya katılım kriterlerine uygun yeterlilikteki katılımcılar araştırmaya dahil edilmiş; uygulanan ölçeklere cevap veremeyecek düzeyde olan katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak, araştırmaya, İstanbul ilindeki bakım merkezlerinde kalan ve hanede yaşayan psikotik tanı almış yaşları 50 ile 71 arasında değişen toplam 53 kişi katılmıştır. Örneklemeye dahil edilen kişilerin seçiminde, daha zengin örneklem grubuna ulaşılabilmesi amacıyla amaçlı örneklem tekniği kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri Tablo 3.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Katılımcıların demografik özellikleri (n=53)

	<i>f</i>	%
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	17	32.1
Erkek	36	67.9
<i>Yaş</i>		
50 – 55 yaş	23	43.4
56 – 60 yaş	15	28.3
61 – 65 yaş	8	15.1
65 yaş ve üzeri	7	13.2
<i>Eğitim durumu</i>		
İlkokul	28	52.8
Ortaokul	6	11.3

Lise	11	20.8
Üniversite	7	13.2
YL / Doktora	1	1.9
<i>Gelir durumu</i>		
Düşük	44	83
Orta	6	11.3
Düşük	1	1.9
Cevap vermeyen	2	3.8
<i>Medeni Durum</i>		
Evli	5	9.4
Bekar	32	60.4
Boşanmış	11	20.8
Dul	4	7.5
Cevap vermeyen	1	1.9
<i>Çocuğa sahip olma</i>		
Evet	20	37.7
Hayır	29	54.7
Cevap vermeyen	4	7.6

Çalışmaya katılanların 17'si (%32.1) kadın, 36'sı (%67.9) erkektir. Katılımcıların yaşına bakıldığında, 23'ü (%43.4) 50-55 yaş arasında, 15'i (%28.3) 56-60 yaş arasında, 8'i (%15.1) 61-65 yaş arasında ve 7'si (%13.2) 65 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında, 28'i (%52.8) ilkokul mezunu, 6'sı (%11.3) ortaokul mezunu, 11'i (%20.8) lise mezunu, 7'si (%13.2) üniversite mezunu ve 1'i (%1.8) YL / doktora mezunudur. Katılımcıların gelir durumuna bakıldığında, 44'ü (%83) düşük gelir düzeyinde, 6'sı (%11.3) orta gelir düzeyinde, 1', (%1.9)

yüksek gelir düzeyindedir. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında, 5'i (%9.4) evli, 32'si (%60.4) bekar, 11'i (%20.8) boşanmış ve 4'ü (%7.5) duldur. Katılımcıların çocuğa sahip olma durumlarına bakıldığında, 20'sinin (%37.7) çocuğu vardır ancak 29'unun (%54.7) çocuğu yoktur. 4 katılımcı çocuk sorusuna yanıt vermemiştir. Çocuğu olduğunu belirten katılımcılardan 6'sı (%11.3) 1 çocuğa, 6'sı (%11.3) 2 çocuğa, 5'i (%9.4) 3 çocuğa, 3'ü (%5.7) 5 çocuğa ve 1'i (%1.9) 6 çocuğa sahiptir

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada üç adet veri toplama aracı kullanılmıştır. Bu araçlar şu şekildedir; (1) Demografik bilgi toplama envanteri, (2) Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCL-90-R) ve (3) Değiştirilmiş Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeği (MEPSI).

3.3.1. Demografik Bilgi Toplama Envanteri

Demografik bilgi toplama envanteri, demografik bilgiler, iletişim bilgileri ve genel bilgiler olmak üzere genel olarak üç başlıktan oluşmaktadır. Demografik bilgiler başlığı altında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, medeni durum, çocuğa sahip olup olmama, çocuk varsa sayısı ve evde bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olup olmadığına yönelik olarak toplam 10 soru yer almaktadır. Bu başlıktaki sorular ile katılımcıların genel olarak demografik özellikleri ortaya konulmaya amaçlanmıştır. İkinci başlık olan iletişim bilgileri başlığında, adres, telefon ve e-mail adresi olmak üzere üç soru yer almaktadır ve katılımcılara daha kolay ulaşmak amacıyla iletişim bilgileri sorgulanmıştır. Üçüncü bölüm olan genel bilgiler başlığı altında ise katılımcıların kronik bir rahatsızlığa sahip olup olmaması, ilaç kullanıp kullanmaması ve psikoloji bir rahatsızlığın olup olmaması gibi katılımcıya ait genel fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklar ortaya konulması amaçlanmıştır. Demografik bilgi toplama envanteri EK-1'de verilmiştir.

3.3.2. Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCL 90 - R)

Jons Hopkins Üniversitesi, Psikometrik Araştırma Ünitesinde, Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Ruhsal Belirti Tarama Testi (Symptom Distress Check List – SCL-90-R), kişilerde var olan psikolojik semptomların ne düzeyde olduğunu ve bu semptomların hangi alanlarda yayıldığını ortaya koymaya yardımcı olan bir ölçme aracıdır (Kılıç, 1991). Bu ölçek, psikotik tanı konulmuş katılımcılarda var olan psikolojik semptomların son dönemlerdeki düzeyini ölçmek ve bu semptomların hangi alanda yayıldığını ortaya koyarak, kişilerin hastalık süreçlerine

ilişkin mevcut durumları yordamak amacıyla kullanılmıştır. SCL-90-R testinde 5’li Likert ölçekten oluşan toplam 90 madde yer almaktadır. Testte yer alan maddeler “0-hiç, 1-çok az, 2-orta derecede, 3-oldukça fazla ve 4-aşırı düzeyde” olmak üzere beş seçenekten oluşmaktadır.

Testte yer alan maddeler dokuz alt skalada toplanmıştır. Bu alt skalalar; somatizasyon (s) – 12 madde, obsesif-kompulsif (o) – 10 madde, kişilerarası duyarlılık (k) – 9 madde, depresyon (d) – 13 madde, kaygı (k) – 10 madde, öfke-düşmanlık (od) – 6 madde, fobik anksiyete (fo) – 7 madde, paranoid düşünce (pr) – 6 madde, psikotizm (ps) – 10 madde. Bunlara bir de yedi maddeden oluşan ek bir skala eklenmiştir. Sonuç olarak, test 10 adet semptom grubundan oluşan bir ölçme aracı olup bireylerin kendini anlatma envanteri şeklindedir. Yedi maddeden oluşan ek skalada uyku ve yemek yeme bozukluklarına ilişkin suçluluk duygusu içeren maddeler yer almaktadır.

Bu ölçeğin alt skalalarının güvenirlik analizi ilk kez Derogatis ve arkadaşları (1976: akt. Kılıç, 1991) tarafından yapılmıştır. Daha sonra Kılıç (1991), testin güvenirlik analizini test - tekrar test tekniği kullanarak yeniden yapmıştır. SCL-90-R’nin ilk güvenirlik analizi sonuçları ve Kılıç tarafından gerçekleştirilen güvenirlik analiz sonuçları Tablo 3.2.’de yer almaktadır. Ayrıca bu tabloda teste yer alan toplam 90 maddenin alt skalalar dağılımı da yer almaktadır. SCL-90-R testi EK-2’de verilmiştir.

Tablo 3.2. SCL-90-R’de yer alan alt boyutlar, maddeler ve bu alt boyutların güvenirlik katsayıları

Skalalar	Maddelerin skalalara dağılımı (Ardıç ve ark., 2014)	Güvenirlik	
		Deragotis ve ark. (1976)	Kılıç (1991)
Somatizasyon (S)	1, 4, 12, 27, 42, 40, 48, 49, 52, 53, 56, 58	0.86	0.82
Obsesif-Kompulsif (O)	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65	0.86	0.84
Kişilerarası Duyarlık (K)	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73	0.86	0.79
Depresyon (D)	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79	0.90	0.78
Kaygı (A)	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86	0.85	0.73
Öfke – Düşmanlık (OD)	11, 24, 63, 67, 74, 81	0.84	0.79
Fobik Anksiyete (FO)	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82	0.82	0.78
Paranoid Düşünce (PR)	8, 18, 43, 68, 76, 83	0.80	0.63
Piskotizm (PS)	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90	0.77	0.73
Ek Skala (EK)	19, 44, 59, 60, 64, 66, 89	-	0.77

3.3.3. Değiştirilmiş Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeği (MEPSI),

Erikson Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeğinin (EPSI) değiştirilmiş formu olan Değiştirilmiş Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeği (MEPSI,) Darling –Fisher ve Leidy (1988) tarafından geliştirilmiştir. MEPSI, daha sonra Özgüngör ve Kapıkıran (2011) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak Türk kültürüne uyarlanmıştır. Bu ölçek, katılımcıların gelişim süreçlerinde, çatışma sorununun en çok hangi dönemde yoğunlaştığını belirlemek amacıyla kullanılmıştır.

MEPSI 5’li likert ölçek yapısında toplam 80 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler Eriksonun Psikososyal gelişim dönemlerine karşılık gelecek şekilde 8 alt başlıkta gruplanmıştır. Her alt başlıkta 5’i olumlu 5’i olumsuz olmak üzere toplam 10 madde yer almaktadır. Dairling – Fisher ve Leidy (1988) tarafından gerçekleştirilen

güvenirlilik analizinde, alt boyutların güvenirlilik katsayılarının 0.75 ile 0.85 arasında değiştiği, tüm ölçek için ise bu katsayının 0.97 olduğu rapor edilmiştir. Türk kültürüne uyarlama ve psikometrik özelliklerin analiz edildiği MEPSI'nın uyarlama çalışmasında, Özgüngör ve Kapıkıran (2011), alt boyutların güvenirlilik katsayılarının 0.72 ile 0.82 arasında olduğunu rapor etmiştir.

MEPSI'de yere alan maddelerin sekiz boyutlara göre dağılımı Tablo 3.3'de verilmiştir. Ayrıca bu Tabloda Özgüngör ve Kapıkıran (2011) tarafından gerçekleştirilen güvenirlilik analiz sonuçları da yer almaktadır.

Tablo 3.3. MEPSI'de yer alan alt boyutlar, maddeler ve bu boyutların güvenirlilik katsayıları

Alt Boyutlar	Olumlu maddeler	Olumsuz maddeler	Güvenirlilik katsayısı
Güven – Güvensizlik	24, 34, 36, 53, 67	10, 18, 28, 40, 44	0.77
Bağımsızlık – Utanç	1, 5, 12, 54, 68	37, 49, 57, 66, 78	0.78
Girişimcilik – Suçluluk	7, 32, 59, 71, 75	11, 15, 22, 23, 65	0.75
Başarı – Aşağılık duygusu	2, 29, 33, 38, 64	14, 52, 61, 74, 76	0.82
Kimlik – Kimlik Karmaşası	8, 13, 16, 17, 41	6, 9, 25, 47, 48	0.79
Yakınlık – Yalıtılmışlık	4, 26, 45, 62, 77	3, 30, 39, 58, 72	0.72
Üretkenlik – Durağanlık	21, 4, 50, 70, 80	27, 43, 60, 63, 69	0.76
Bütünlük – Umutsuzluk	20, 46, 56, 73, 79	19, 31, 35, 51, 55	0.75

Her bir alt boyut için puanlama yapılırken, öncelikle ters maddeler tekrar kodlanır. Daha sonra beş olumlu ve beş olumsuz maddeler toplanarak aritmetik ortalaması alınır. Böylelikle her bir alt boyut için ortalama puan hesaplanmış olur. Aritmetik ortalamalara bakıldığında, elde edilen puan 3.9'un üzerinde ise puan yüksek, eğer ortalama değer bu puanın altında ise puanın düşük olarak değerlendirilir. Ölçekten elde edilen verilerin puanlamasına bakıldığında ise, her boyut (evre) için puanlama şu şekildedir;

- 1 – 2 puan ortalaması: o evrede olumsuz özelliğin kazanıldığı
- 3 puan ortalaması: o evrede krizim çözülemediği
- 4 – 5 puan ortalaması: o evrede olumlu özelliğin kazanıldığı

3.4. Veri Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizi SPSS.22 programı kullanılarak analiz edilmiştir. İlk olarak veriler için SPSS veri seti oluşturulmuş ve veriler bu sete girilmiştir. Daha sonra verilerin analizi iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada, veriler betimsel olarak analiz edilmiş ve bu analiz ile kayıp veriler (missing case), uç noktalar (outlier) ve normal dağılım varsayımının karşılanıp karşılanmadığı tespit edilmiştir. İlk olarak veri setinde kayıp verinin olup olmadığı incelenmiştir. Bir kişinin (#52), iki anketin yarısından fazlasını doldurmadığı görüldüğü için veri setinden çıkartılmıştır. Bunun dışında veri setinde yer alan eksik veriler düzenlenmiştir. Daha sonra veri seti standardize edilerek (ham verinin z-değerine dönüştürülmesi), kayıt verinin varlığı incelenmiştir. Standardize edilen (z-değerleri) değerlerin [-3,29, +3,29] (Field, 2009) aralığında olduğu belirlenmiş ve veri seti içinde uç noktanın (outlier) olmadığı görülmüştür. Veri temizleme işleme yapıldıktan sonra ikinci aşamaya geçilmiştir. İkinci aşamada ise normal dağılım varsayımının karşılanıp karşılanmadığı çarpıklık (skewness) ve basıklık (curtosis) değerlerine bakılarak karar verilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanmış ve bu değerlerin [-1,96, +1,96] (Field, 2009) aralığında olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, veri setinin normal dağılım varsayımını karşıladığı anlamına gelmektedir. Normal dağılım varsayımının karşılanmasından sonra araştırma hipotezlerinin test edilmesine yönelik gerçekleştirilecek olan çıkarımsal analizler için parametrik testlerin yapılmasına karar verilmiştir. Araştırma sorularını yanıtlamak için çoklu korelasyon analizi ve çoklu

regresyon analizi uygulanmıştır. Tüm analizler 0.05 anlamlılık düzeyi dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma soruları ve hipotezlerine yönelik olarak gerçekleştirilen analizlerden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırma kapsamında üç adet hipotez bulunmaktadır. Bulgular hipotezler altında sunulmuştur.

1. Bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıkların, Psikososyal gelişim evrelerinde yer alan çatışmalarla olan ilişkisi

Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıklar ile psikososyal gelişim evrelerinde yer alan çatışmalar arasında ilişkisinin olup olmadığına ortaya koymak amacıyla Psikolojik belirti tarama testinin alt boyutları ile değiştirilmiş psikososyal gelişim dönemleri ölçeğinin alt boyutları arasında çoklu korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Korelasyon analiz sonuçları Tablo 4.1.'de yer almaktadır.

Tablodan da görüleceği üzere, alt boyutlar arasında gerçekleştirilen korelasyon analizinde toplam 153 adet korelasyon değeri elde edilmiştir. Bu korelasyon değerlerinden, 12'si istatistiki olarak anlamlı değildir. Geriye kalan korelasyon değerlerinden 21'i, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde, 120'si ise $p < 0.01$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Psikotik rahatsızlıklardan Somatizasyon ile psikososyal gelişim evrelerinden güven ($r = -.466, p < 0.01$), bağımsızlık ($r = -.420, p < 0.01$), girişimcilik ($r = -.296, p < 0.05$), başarı ($r = -.456, p < 0.01$), kimlik ($r = -.364, p < 0.01$), yakınlık ($r = -.279, p < 0.05$), ve bütünlük ($r = -.316, p < 0.01$) arasında istatistiki olarak ters ilişki bulunmuştur. Ancak somatizasyon ile üretkenlik boyutu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r = -.249, p > 0.05$).

Psikotik rahatsızlıklardan Obsesif – Kompulsif ile psikososyal gelişim evrelerinden güven ($r = -.472, p < 0.01$), bağımsızlık ($r = -.446, p < 0.01$), başarı ($r = -.552, p < 0.01$), kimlik kazanma ($r = -.419, p < 0.01$), yakınlık ($r = -.300, p < 0.05$), üretkenlik ($r = -.410, p < 0.01$) ve bütünlük ($r = -.309, p < 0.05$) arasında istatistiki olarak ters ilişki bulunmuştur. Ancak, obsesif-kompulsif rahatsızlık ile girişimcilik boyutu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r = -.195, p > 0.05$).

Tablo 4.1. Çoklu korelasyon tablosu

Alt boyutlar	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
Somatizasyon (1)	.720**	.725**	.773**	.827**	.621**	.754**	.686**	.790**	.703**	-.466**	-.420**	-.296*	-.456**	-.364**	-.279*	-.249	-.316*
Obsesif-Kompulsif (2)	-	.848**	.897**	.812**	.790**	.807**	.814**	.876**	.818**	-.472**	-.446**	-.195	-.522**	-.419**	-.300*	-.410**	-.309*
Kişilerarası Duyarlık (3)		-	.871**	.819**	.811**	.854**	.799**	.868**	.836**	-.470**	-.506**	-.267	-.460**	-.460**	-.344*	-.481**	-.369*
Depresyon (4)			-	.866**	.813**	.854**	.790**	.897**	.845**	-.507**	-.536**	-.243	-.569**	-.541**	-.329*	-.514**	-.475**
Kaygı (5)				-	.809**	.900**	.711**	.832**	.780**	-.513**	-.517**	-.314	-.534**	-.506**	-.298*	-.415**	-.382**
Öfke – Düşmanlık (6)					-	.823**	.607**	.798**	.780**	-.345*	-.455**	-.226	-.407**	-.447**	-.185	-.279*	-.307*
Fobik Anksiyete (7)						-	.695**	.865**	.817**	-.451**	-.573**	-.378**	-.619**	-.589**	-.393**	-.448**	-.302*
Paranoid Düşünce (8)							-	.795**	.791**	-.547**	-.362**	-.255	-.436**	-.297*	-.386**	-.414**	-.355*
Piskotizm (9)								-	.893**	-.436**	-.438**	-.288*	-.542**	-.438**	-.324*	-.390**	-.326*
Ek Skala (10)									-	-.493**	-.446**	-.234	-.506**	-.468**	-.315*	-.398**	-.398**
Güven (11)										-	.266	.241	.492**	.413**	.244	.471**	.526**

Bağımsızlık (12)	-	.483**	.645**	.653**	.546**	.613**	.419**
Girişimcilik (13)		-	.594**	.484**	.497**	.340*	.144
Başarı (14)			-	.737**	.499**	.598**	.284*
Kimlik (15)				-	.607**	.614**	.448**
Yakınlık (16)					-	.452**	.290*
Üretkenlik (17)						-	.420**
Bütünlük (18)							-

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$

Psikotik rahatsızlıklardan kişilerarası duyarlık ile psikososyal gelişim evrelerinden güven ($r = -.470, p < 0.01$), bağımsızlık ($r = -.506, p < 0.01$), başarı ($r = -.460, p < 0.01$), kimlik kazanma ($r = -.460, p < 0.01$), yakınlık ($r = -.344, p < 0.05$), üretkenlik ($r = -.481, p < 0.01$) ve bütünlük ($r = -.369, p < 0.05$) arasında istatistiki olarak ters ilişki bulunmuştur. Ancak, kişilerarası duyarlık ile girişimcilik boyutu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r = -.267, p > 0.05$).

Psikotik rahatsızlıklardan depresyon ile psikososyal gelişim evrelerinden güven ($r = -.507, p < 0.01$), bağımsızlık ($r = -.536, p < 0.01$), başarı ($r = -.569, p < 0.01$), kimlik kazanma ($r = -.541, p < 0.01$), yakınlık ($r = -.329, p < 0.05$), üretkenlik ($r = -.514, p < 0.01$) ve bütünlük ($r = -.475, p < 0.05$) arasında istatistiki olarak ters ilişki bulunmuştur. Ancak, depresyon ile girişimcilik boyutu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r = -.243, p > 0.05$).

Psikotik rahatsızlıklardan kaygı ile psikososyal gelişim evrelerinden güven ($r = -.513, p < 0.01$), bağımsızlık ($r = -.517, p < 0.01$), başarı ($r = -.534, p < 0.01$), kimlik kazanma ($r = -.506, p < 0.01$), yakınlık ($r = -.298, p < 0.05$), üretkenlik ($r = -.415, p < 0.01$) ve bütünlük ($r = -.382, p < 0.05$) arasında istatistiki olarak ters ilişki bulunmuştur. Ancak, kaygı ile girişimcilik boyutu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r = -.314, p > 0.05$).

Psikotik rahatsızlıklardan öfke - düşmanlık ile psikososyal gelişim evrelerinden güven ($r = -.345, p < 0.05$), bağımsızlık ($r = -.455, p < 0.01$), başarı ($r = -.407, p < 0.01$), kimlik kazanma ($r = -.447, p < 0.01$), üretkenlik ($r = -.279, p < 0.05$) ve bütünlük ($r = -.307, p < 0.05$) arasında istatistiki olarak ters ilişki bulunmuştur. Ancak, öfke-düşmanlık ile girişimcilik boyutu ($r = -.243, p > 0.05$) ve yakınlık ($r = -.185, p > 0.05$) arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Psikotik rahatsızlıklardan fobik-anksiyete ile psikososyal gelişim evrelerinden güven ($r = -.451, p < 0.01$), bağımsızlık ($r = -.573, p < 0.01$), girişimcilik ($r = -.378, p < 0.01$), başarı ($r = -.619, p < 0.01$), kimlik kazanma ($r = -.589, p < 0.01$), yakınlık ($r = -.393, p < 0.05$), üretkenlik ($r = -.448, p < 0.01$) ve bütünlük ($r = -.302, p < 0.05$) arasında istatistiki olarak ters ilişki bulunmuştur.

Psikotik rahatsızlıklardan paranoid düşünce ile psikososyal gelişim evrelerinden güven ($r = -.547, p < 0.01$), bağımsızlık ($r = -.362, p < 0.01$), başarı ($r = -.436, p < 0.01$), kimlik kazanma ($r = -.297, p < 0.05$), yakınlık ($r = -.386, p < 0.01$), üretkenlik ($r = -.414, p < 0.01$) ve bütünlük ($r = -.355, p < 0.05$) arasında istatistiki olarak ters ilişki bulunmuştur. Ancak, paranoid düşünce ile girişimcilik boyutu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r = -.255, p > 0.05$).

Psikotik rahatsızlıklardan psikotizm ile psikososyal gelişim evrelerinden güven ($r = -.436, p < 0.01$), bağımsızlık ($r = -.438, p < 0.01$), girişimcilik ($r = -.288, p < 0.05$), başarı ($r = -.542, p < 0.01$), kimlik kazanma ($r = -.438, p < 0.01$), yakınlık ($r = -.324, p < 0.05$), üretkenlik ($r = -.390, p < 0.01$) ve bütünlük ($r = -.326, p < 0.05$) arasında istatistiki olarak ters ilişki bulunmuştur.

Psikotik rahatsızlıklardan uyku – yemek yeme bozuklukları (ek skala) ile psikososyal gelişim evrelerinden güven ($r = -.493, p < 0.01$), bağımsızlık ($r = -.446, p < 0.01$), başarı ($r = -.506, p < 0.01$), kimlik kazanma ($r = -.468, p < 0.01$), yakınlık ($r = -.315, p < 0.05$), üretkenlik ($r = -.398, p < 0.01$) ve bütünlük ($r = -.398, p < 0.05$) arasında istatistiki olarak ters ilişki bulunmuştur. Ancak, uyku – yemek yeme bozuklukları ile girişimcilik boyutu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r = -.234, p > 0.05$).

Psikotik rahatsızlıklar ile psikososyal gelişim evrelerinin hemen hepsi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Sadece psikososyal gelişim evrelerinden girişimciliğin psikotik rahatsızlıkların çoğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca, psikotik rahatsızlıklardan öfke – düşmanlık ile psikososyal gelişim evrelerinden yakınlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Tüm bu bulgular dikkate alındığında *“Bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıkların psikososyal gelişim evrelerinde yer alan çatışmalarla anlamlı ilişkisi vardır”* büyük oranda kabul edilmiştir.

2. Bireylerin cinsiyetleri ile psikotik rahatsızlıkları arasındaki ilişki

Katılımcıların sahip oldukları psikotik rahatsızlıkların cinsiyetleri açısından değişimi Tablo 4.2.'de verilmiştir

Tablo 4.2. Psikotik rahatsızlıkların cinsiyetleri açısından değişimi

Alt boyutlar	Kadın (n=17)		Erkek (34)	
	$\bar{X}$	Ss	$\bar{X}$	Ss
Somatizasyon	0.33	0.35	0.66	0.77
Obsesif-Kompulsif	0.64	0.49	0.93	0.83
Kişilerarası Duyarlık	0.54	0.54	0.96	0.88
Depresyon	0.53	0.45	0.97	0.84
Kaygı	0.48	0.61	0.75	0.80
Öfke – Düşmanlık	0.33	0.60	0.48	0.56
Fobik Anksiyete	0.26	0.53	0.48	0.71
Paranoid Düşünce	0.25	0.34	1.01	1.04
Piskotizm	0.26	0.30	0.78	0.87
Ek Skala	0.54	0.39	1.05	0.86

Erkek katılımcıların, tüm psikotik rahatsızlık boyutlarındaki puanları kadın katılımcılardan daha yüksektir. Katılımcıların cinsiyetleri ile psikotik rahatsızlıkları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için çoklu korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Korelasyon analiz sonuçları Tablo 4.3.'de yer almaktadır.

Tablo 4.3. Cinsiyet ile psikotik rahatsızlıklar arasındaki ilişki

Alt boyutlar	Cinsiyet
Somatizasyon	-.236
Obsesif-Kompulsif	-.189
Kişilerarası Duyarlık	-.246
Depresyon	-.279*
Kaygı	-.171
Öfke – Düşmanlık	-.121
Fobik Anksiyete	-.155
Paranoid Düşünce	-.380**
Piskotizm	-.322*
Ek Skala	-.315*

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$

Cinsiyet ile depresyon ($r = -0.279$, $p < 0.05$), paranoid anksiyete ($r = -0.380$, $p < 0.01$), psikotizm ($r = -0.322$, $p < 0.05$) ve uyuma – yeme bozuklukları (ek skala) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönlüdür. Tablo 7.2 ve Tablo 7.3. birlikte ele alındığında, cinsiyetin özellikle depresyon, paranoid anksiyete, piskotizm ve uyuma-yeme bozuklukları ile ters yönlü ilişkili olduğu ve erkek katılımcıların bu dört rahatsızlık alanında anlamlı bir şekilde kadınlardan daha yüksek puanlara sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Diğer yandan, cinsiyet ile somatizasyon ($r = -0.236$, $p = 0.096$), obsesif –kompulsif bozukluk ($r = -0.189$, $p = 0.183$), kişilerarası duyarlık ($r = -0.246$, $p = 0.081$), kaygı ($r = -0.171$, $p = 0.230$), öfke – düşmanlık ($r = -0.121$, $p = 0.396$) ve fobik anksiyete ($r = -0.155$, $p = 0.279$) arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tüm bu bulgular dikkate alındığında, “*Cinsiyetin bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıklarla anlamlı ilişkisi vardır*” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

3. Psikososyal gelişim evrelerinin psikotik rahatsızlıkları yordama düzeyi

Erikson’un psikososyal gelişim evrelerindeki çatışmaların bireylerin psikotik rahatsızlıklarını etkileme düzeyini belirlemek amacıyla her bir psikotik rahatsızlık için ayrı ayrı olmak üzere çoklu regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bu analizlerde stepwise tekniği tercih edilmiş, her bir psikososyal evrenin adım adım etkisine bakılmıştır.

Erikson’un psikososyal gelişim evrelerindeki çatışmaların, bireylerin sahip oldukları psikotik rahatsızlıklardan somatizasyonu etkileme düzeyini belirlemek için gerçekleştirilen çoklu regresyon sonuçları Tablo 4.4. ve Tablo 4.5.’de verilmiştir.

Tablo 4.4. Somatizasyonu yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	ANOVA
1	.487	.237	.222	F (1, 50) = 15.566, $p < 0.05$
2	.577	.333	.305	F (2, 49) = 12.210, $p < 0.05$

Tablo 4.5. Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri

Model	Yordayıcılar	B	Std.Hata	β	t	p
1	(Sabit)	3.284	.692		4.746	.000
	Güven	-.866	.219	-.487	-3.945	.000
2	(Sabit)	4.271	.753		5.672	.000
	Güven	-.686	.218	-.386	-3.146	.003
	Bağımsızlık	-.473	.179	-.325	-2.566	.011

Tablo 4.4. ve Tablo 4.5. birlikte ele alındığında, psikososyal gelişim evrelerinden sadece güven ve bağımsızlık basamağının somatizasyon rahatsızlığını yordadığı görülmektedir. Güven basamağındaki çatışma düzeyi ($\beta = -.487$, $t = -3.945$, $p < .000$) somatizasyon rahatsızlığını tek başına %23.7 oranında açıklamaktadır [$F(1, 50) = 15.566$, $p < 0.05$]. Güven ($\beta = -.386$, $t = -3.146$, $p < .003$) ve bağımsızlık ($\beta = -.325$, $t = -2.566$, $p < .011$) basamaklarındaki çatışma düzeyi birlikte somatizasyon rahatsızlığının %33.3'ünü açıklamaktadır [$F(2, 49) = 12.210$, $p < 0.05$]. Regresyon analiz sonuçlarına göre somatizasyon ve psikososyal gelişim dönemleri arasındaki regresyon modeli şu şekildedir;

$$\text{Somatizasyon} = 4.271 + (-.686 \times \text{Güven}) + (-.473 \times \text{Bağımsızlık})$$

Erikson'un psikososyal gelişim evrelerindeki çatışmaların, bireylerin sahip oldukları psikotik rahatsızlıklardan obsesif-kompulsif bozukluğu etkileme düzeyini belirlemek için gerçekleştirilen çoklu regresyon sonuçları Tablo 4.6. ve Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Tablo 4.6. Obsesif-kompulsif bozukluğu yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	ANOVA
1	.496	.246	.231	$F(1, 50) = 16.297$, $p < 0.001$
2	.599	.359	.333	$F(2, 49) = 13.703$, $p < 0.001$

Tablo 4.7. Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri

Model	Yordayıcılar	B	Std.Hata	β	t	p
1	(Sabit)	3.909	.761		5.137	.000
	Güven	-.974	.241	-.496	-4.037	.000
2	(Sabit)	5.098	.816		6.245	.000
	Güven	-.758	.236	-.386	-3.206	.002
	Bağımsızlık	-.569	.194	-.354	-2.937	.005

Tablo 4.6. ve Tablo 4.7. birlikte ele alındığında, psikososyal gelişim evrelerinden sadece güven ve bağımsızlık basamağının obsesif-kompulsif rahatsızlığı yordadığı görülmektedir. Güven basamağındaki çatışma düzeyi ($\beta = -.496$, $t = -4.037$, $p < .000$) obsesif-kompulsif rahatsızlığı tek başına %24.6 oranında açıklamaktadır [$F(1, 50) = 16.297$, $p < 0.001$]. Güven ($\beta = -.386$, $t = -3.206$, $p < .002$) ve bağımsızlık ($\beta = -.354$, $t = -2.937$, $p < .005$) basamaklarındaki çatışma düzeyi birlikte obsesif-kompulsif rahatsızlığı %35.9 oranında açıklamaktadır [$F(2, 49) = 13.703$, $p < 0.001$]. Regresyon analiz sonuçlarına göre obsesif-kompulsif bozukluk ve psikososyal gelişim dönemleri arasındaki regresyon modeli şu şekildedir;

$$\text{Obsesif – Kompulsif} = 5.098 + (-.758 \times \text{Güven}) + (-.569 \times \text{Bağımsızlık})$$

Erikson'un psikososyal gelişim evrelerindeki çatışmaların, bireylerin sahip oldukları psikotik rahatsızlıklardan kişilerarası duyarlılığı etkileme düzeyini belirlemek için gerçekleştirilen çoklu regresyon sonuçları Tablo 4.8. ve Tablo 4.9.'da verilmiştir.

Tablo 4.8. Kişilerarası duyarlılığı yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	ANOVA
1	.544	.296	.282	F (1, 50) = 20.999, $p < 0.000$
2	.648	.420	.397	F (2, 49) = 17.769, $p < 0.000$

Tablo 4.9. Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri

Model	Yordayıcılar	B	Std.Hata	β	t	p
1	(Sabit)	4.032	.700		5.758	.000
	Bağımsızlık	-.970	.212	-.544	-4.582	.000
2	(Sabit)	5.885	.859		6.851	.000
	Bağımsızlık	-.764	.204	-.428	-3.743	.000
	Güven	-.808	.249	-.371	-3.246	.002

Tablo 4.8. ve Tablo 4.9. birlikte ele alındığında, psikososyal gelişim evrelerinden sadece güven ve bağımsızlık basamağının kişilerarası duyarlılığı yordadığı görülmektedir. Bağımsızlık basamağındaki çatışma düzeyi ($\beta = -.544$, $t = -4.582$, $p < .000$) kişilerarası duyarlılığı tek başına %29.6 oranında açıklamaktadır [F (1, 50) = 20.999, $p < 0.000$]. Bağımsızlık ($\beta = -.428$, $t = -3.743$, $p < .000$) ve güven ($\beta = -.371$, $t = -3.246$, $p < .002$) basamaklarındaki çatışma düzeyi birlikte kişilerarası duyarlılığı %42 oranında açıklamaktadır [F (2, 49) = 17.769, $p < 0.000$]. Regresyon analiz sonuçlarına göre

kişilerarası duyarlık ve psikososyal gelişim dönemleri arasındaki regresyon modeli şu şekildedir;

$$Kişilerarası duyarlık = 5.885 + (-.764 \times Bağımsızlık) + (-.808 \times Güven)$$

Erikson'un psikososyal gelişim evrelerindeki çatışmaların, bireylerin sahip oldukları psikotik rahatsızlıklardan depresyonu etkileme düzeyini belirlemek için gerçekleştirilen çoklu regresyon sonuçları Tablo 4.10. ve Tablo 4.11.'de verilmiştir.

Tablo 4.10. Depresyonu yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	ANOVA
1	.563	.316	.303	F (1, 50) = 23.151, <i>p</i> < 0.000
2	.677	.458	.436	F (2, 49) = 20.739, <i>p</i> < 0.000

Tablo 4.11. Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri

Model	Yordayıcılar	B	Std.Hata	β	t	<i>p</i>
1	(Sabit)	3.895	.638		6.104	.000
	Bağımsızlık	-.928	.193	-.563	-4.812	.000
2	(Sabit)	5.725	.768		7.454	.000
	Bağımsızlık	-.724	.182	-.439	-3.971	.000
	Güven	-.797	.222	-.396	-3.584	.001

Tablo 4.10. ve Tablo 4.11. birlikte ele alındığında, psikososyal gelişim evrelerinden sadece güven ve bağımsızlık basamağının depresyonu yordadığı görülmektedir. Bağımsızlık basamağındaki çatışma düzeyi ($\beta = -.563$, $t = -4.812$, $p < .000$) depresyonu tek başına %31.6 oranında açıklamaktadır [$F(1, 50) = 23.151$, $p < 0.000$]. Bağımsızlık ($\beta = -.439$, $t = -3.971$, $p < .000$) ve güven ($\beta = -.396$, $t = -3.584$, $p < .001$) basamaklarındaki çatışma düzeyi birlikte depresyonu %45.8 oranında açıklamaktadır [$F(2, 49) = 20.739$, $p < 0.000$]. Regresyon analiz sonuçlarına göre depresyon ve psikososyal gelişim dönemleri arasındaki regresyon modeli şu şekildedir;

$$\text{Depresyon} = 5.725 + (-.724 \times \text{Bağımsızlık}) + (-.797 \times \text{Güven})$$

Erikson'un psikososyal gelişim evrelerindeki çatışmaların, bireylerin sahip oldukları psikotik rahatsızlıklardan kaygıyı etkileme düzeyini belirlemek için gerçekleştirilen çoklu regresyon sonuçları Tablo 4.12. ve Tablo 4.13.'de verilmiştir.

Tablo 4.12. Kaygıyı yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	ANOVA
1	.548	.300	.286	$F(1, 50) = 21.415$, $p < 0.000$
2	.672	.451	.429	$F(2, 49) = 20.131$, $p < 0.000$

Tablo 4.13. Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri

Model	Yordayıcılar	B	Std.Hata	β	t	p
1	(Sabit)	3.635	.643		5.653	.000
	Bağımsızlık	-.899	.194	-.548	-4.628	.000
2	(Sabit)	5.516	.770		7.163	.000
	Bağımsızlık	-.690	.183	-.420	-3.775	.000
	Güven	-.819	.223	-.409	-3.674	.001

Tablo 4.12. ve Tablo 4.13. birlikte ele alındığında, psikososyal gelişim evrelerinden sadece güven ve bağımsızlık basamağının kaygıyı yordadığı görülmektedir. Bağımsızlık basamağındaki çatışma düzeyi ($\beta = -.548$, $t = -4.628$, $p < .000$), kaygıyı tek başına %30 oranında açıklamaktadır [$F(1, 50) = 21.415$, $p < 0.000$]. Bağımsızlık ($\beta = -.420$, $t = -3.775$, $p < .000$) ve güven ($\beta = -.409$, $t = -3.674$, $p < .001$) basamaklarındaki çatışma düzeyi birlikte kaygıyı %45.1 oranında açıklamaktadır [$F(2, 49) = 20.131$, $p < 0.000$]. Regresyon analiz sonuçlarına göre kaygı ve psikososyal gelişim dönemleri arasındaki regresyon modeli şu şekildedir;

$$Kaygı = 5.516 + (-.690 \times Bağımsızlık) + (-.819 \times Güven)$$

Erikson'un psikososyal gelişim evrelerindeki çatışmaların, bireylerin sahip oldukları psikotik rahatsızlıklardan öfkeyi etkileme düzeyini belirlemek için gerçekleştirilen çoklu regresyon sonuçları Tablo 4.14. ve Tablo 4.15.'da verilmiştir.

Tablo 4.14. Öfkeyi yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	ANOVA
1	.513	.263	.248	F (1, 50) = 17.823, $p < 0.000$
2	.575	.331	.303	F (2, 49) = 12.101, $p < 0.000$

Tablo 4.15. Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri

Model	Yordayıcılar	B	Std.Hata	β	t	p
1	(Sabit)	2.849	.567		5.022	.000
	Bağımsızlık	-.724	.171	-.513	-4.222	.000
2	(Sabit)	3.933	.731		5.378	.000
	Bağımsızlık	-.604	.174	-.427	-3.476	.001
	Güven	-.472	.212	-.274	-2.228	.030

Tablo 4.14. ve Tablo 4.15. birlikte ele alındığında, psikososyal gelişim evrelerinden sadece güven ve bağımsızlık basamağının öfkeyi yordadığı görülmektedir. Bağımsızlık basamağındaki çatışma düzeyi ($\beta = -.513$, $t = -4.222$, $p < .000$), öfkeyi tek başına %26.3 oranında açıklamaktadır [F (1, 50) = 17.823, $p < 0.000$]. Bağımsızlık ($\beta = -.427$, $t = -3.476$, $p < .001$) ve güven ($\beta = -.274$, $t = -2.228$, $p < .030$) basamaklarındaki çatışma düzeyi birlikte öfkeyi %33.3 oranında açıklamaktadır [F (2, 49) = 12.101, $p < 0.000$]. Regresyon analiz sonuçlarına göre öfke ve psikososyal gelişim dönemleri arasındaki regresyon modeli şu şekildedir;

$$\text{Öfke} = 3.933 + (-.604 \times \text{Bağımsızlık}) + (-.472 \times \text{Güven})$$

Erikson'un psikososyal gelişim evrelerindeki çatışmaların, bireylerin sahip oldukları psikotik rahatsızlıklardan fobik-anksiyeteyi etkileme düzeyini belirlemek için gerçekleştirilen çoklu regresyon sonuçları Tablo 4.16. ve Tablo 4.17.'de verilmiştir.

Tablo 4.16. Fobik-anksiyeteyi yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	ANOVA
1	.603	.364	.351	F (1, 50) = 28.628, $p < 0.000$
2	.657	.432	.409	F (2, 49) = 18.628, $p < 0.000$
3	.696	.485	.453	F (3, 48) = 15.066, $p < 0.000$

Tablo 4.17. Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri

Model	Yordayıcılar	B	Std.Hata	β	t	p
1	(Sabit)	2.869	.462		6.214	.000
	Kimlik Kazanma	-.749	.140	-.603	-5.351	.000
2	(Sabit)	3.564	.526		6.774	.000
	Kimlik Kazanma	-.461	.179	-.371	-2.571	.013
	Bağımsızlık	-.499	.206	-.349	-2.419	.019
3	(Sabit)	4.490	.656		6.849	.000
	Kimlik Kazanma	-.330	.182	-.266	-1.812	.076
	Bağımsızlık	-.485	.198	-.340	-2.444	.018

Güven	-.446	.201	-.256	-2.223	.031
-------	-------	------	-------	--------	------

Tablo 4.16. ve Tablo 4.17. birlikte ele alındığında, psikososyal gelişim evrelerinden sadece kimlik kazanma, bağımsızlık ve güven basamağının fobik anksiyeteyi yordadığı görülmektedir. Kimlik kazanma basamağındaki çatışma düzeyi ($\beta = -.603$, $t = -5.351$, $p < .000$) fobik anksiyeteyi tek başına %36.4 oranında açıklamaktadır [$F(1, 50) = 28.628$, $p < 0.000$]. Kimlik kazanma ($\beta = -.371$, $t = -2.571$, $p < .013$) ve bağımsızlık ($\beta = -.371$, $t = -2.571$, $p < .013$) basamaklarındaki çatışma düzeyi birlikte fobik anksiyeteyi %43.2 oranında açıklamaktadır [$F(2, 49) = 18.628$, $p < 0.000$]. Kimlik kazanma ($\beta = -.330$, $t = -1.812$, $p = .076$), bağımsızlık ($\beta = -.340$, $t = -2.444$, $p < .018$) ve güven ($\beta = -.256$, $t = -2.223$, $p = .031$) basamaklarındaki çatışma düzeyi birlikte fobik anksiyeteyi %48.5 oranında açıklamaktadır [$F(3, 48) = 15.066$, $p < 0.000$]. Regresyon analiz sonuçlarına göre fobik anksiyete ve psikososyal gelişim dönemleri arasındaki regresyon modeli şu şekildedir;

$$\text{Fobik Anksiyete} = 4.490 + (-.330 \times \text{Kimlik kazanma}) + (-.485 \times \text{Bağımsızlık}) + (-.446 \times \text{Güven})$$

Erikson'un psikososyal gelişim evrelerindeki çatışmaların, bireylerin sahip oldukları psikotik rahatsızlıklardan paranoid bozukluğu etkileme düzeyini belirlemek için gerçekleştirilen çoklu regresyon sonuçları Tablo 4.18 ve Tablo 4.19.'de verilmiştir.

Tablo 4.18. Paranoid bozukluğu yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	ANOVA
1	.579	.335	.322	F (1, 50) = 25.201, $p < 0.001$
2	.636	.404	.380	F (2, 49) = 16.619, $p < 0.001$

Tablo 4.19. Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri

Model	Yordayıcılar	B	Std.Hata	β	t	p
1	(Sabit)	5.498	.941		5.838	.000
	Güven	-1.498	.298	-.579	-5.020	.000
2	(Sabit)	6.841	1.063		6.438	.000
	Güven	-1.309	.296	-.506	-4.417	.000
	Yakınlık	-.614	.258	-.273	-2.383	.021

Tablo 4.18. ve Tablo 4.19. birlikte ele alındığında, psikososyal gelişim evrelerinden sadece güven ve yakınlık basamağının paranoid rahatsızlığı yordadığı görülmektedir. Güven basamağındaki çatışma düzeyi ($\beta = -.579$, $t = -5.020$, $p < .000$) paranoid rahatsızlığı tek başına %33.5 oranında açıklamaktadır [F (1, 50) = 25.201, $p < 0.001$]. Güven ($\beta = -.506$, $t = -4.417$, $p < .000$) ve yakınlık ($\beta = -.273$, $t = -2.383$, $p < .021$) basamaklarındaki çatışma düzeyi birlikte paranoid rahatsızlığı %40.4 oranında açıklamaktadır [F (2, 49) = 16.619, $p < 0.021$]. Regresyon analiz sonuçlarına göre paranoid bozukluk ve psikososyal gelişim dönemleri arasındaki regresyon modeli şu şekildedir;

$$Paranoid = 6.841 + (-1.309 \times Güven) + (-.614 \times Yakınlık)$$

Erikson'un psikososyal gelişim evrelerindeki çatışmaların, bireylerin sahip oldukları psikotik rahatsızlıklardan psikotizmi etkileme düzeyini belirlemek için gerçekleştirilen çoklu regresyon sonuçları Tablo 4.20. ve Tablo 4.21.'de verilmiştir.

Tablo 4.20. Psikotizmi yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	ANOVA
1	.486	.236	.220	F (1, 50) = 15.422, $p < 0.000$
2	.594	.353	.327	F (2, 49) = 13.376, $p < 0.000$

Tablo 4.21. Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri

Model	Yordayıcılar	B	Std.Hata	β	t	p
1	(Sabit)	3.387	.704		4.809	.000
	Bağımsızlık	-.836	.213	-.486	-3.927	.000
2	(Sabit)	5.124	.876		5.848	.000
	Bağımsızlık	-.643	.208	-.373	-3.089	.003
	Güven	-.757	.254	-.361	-2.982	.004

Tablo 4.20. ve Tablo 4.21. birlikte ele alındığında, psikososyal gelişim evrelerinden sadece bağımsızlık ve güven basamağının psikotizmi yordadığı görülmektedir. Bağımsızlık basamağındaki çatışma düzeyi ($\beta = -.486$, $t = -3.927$, $p < .000$), psikotizmi tek başına %23.6 oranında açıklamaktadır [F (1, 50) = 15.422, $p < 0.000$]. Bağımsızlık ($\beta = -$

.373, $t = -3.089$, $p < .003$) ve güven ($\beta = -.361$, $t = -2.982$, $p < .004$) basamaklarındaki çatışma düzeyi birlikte psikotizmi %35.3 oranında açıklamaktadır [$F(2, 49) = 13.376$, $p < 0.000$]. Regresyon analiz sonuçlarına göre psikotizm ve psikososyal gelişim dönemleri arasındaki regresyon modeli şu şekildedir;

$$Psikotizm = 5.124 + (-.643 \times Bağımsızlık) + (-.757 \times Güven)$$

Erikson'un psikososyal gelişim evrelerindeki çatışmaların, bireylerin sahip oldukları psikotik rahatsızlıklardan uyuma – yeme bozukluğunu (Ek skala) etkileme düzeyini belirlemek için gerçekleştirilen çoklu regresyon sonuçları Tablo 4.22. ve Tablo 4.23.'de verilmiştir.

Tablo 4.22. Yeme-içme bozukluğunu yordayan psikososyal gelişim evrelerine ilişkin regresyon analiz sonuçları

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	ANOVA
1	.513	.263	.248	$F(1, 50) = 17.849$, $p < 0.000$
2	.608	.369	.344	$F(2, 49) = 14.345$, $p < 0.000$

Tablo 4.23. Değişkenlerin B ve β (beta) korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri

Model	Yordayıcılar	B	Std.Hata	β	t	p
1	(Sabit)	4.161	.776		5.362	.000
	Güven	-1.040	.246	-.513	-4.225	.000
2	(Sabit)	5.351	.835		6.407	.000
	Güven	-.823	.242	-.406	-3.403	.001
	Bağımsızlık	-.570	.198	-.343	-2.873	.006

Tablo 4.22. ve Tablo 4.23. birlikte ele alındığında, psikososyal gelişim evrelerinden sadece güven ve bağımsızlık basamağının uyuma ve yeme bozukluğunu (ek skala) yordadığı görülmektedir. Güven basamağındaki çatışma düzeyi ($\beta = -.513$, $t = -4.225$, $p < .000$) uyuma ve yeme bozukluğunu tek başına %26.3 oranında açıklamaktadır [F (1, 50) = 17.849, $p < 0.000$]. Güven ($\beta = -.406$, $t = -3.403$, $p < .001$) ve bağımsızlık ($\beta = -.343$, $t = -2.873$, $p < .006$) basamaklarındaki çatışma düzeyi birlikte uyumu ve yeme bozukluğunu %36.9 oranında açıklamaktadır [F (2, 49) = 14.345, $p < 0.001$]. Regresyon analiz sonuçlarına göre uyuma ve yeme bozukluğu ile psikososyal gelişim dönemleri arasındaki regresyon modeli şu şekildedir;

$$\text{Uyuma ve yeme bozukluğu (Ek Skala)} = 5.351 + (-.823 \times \text{Güven}) + (-.570 \times \text{Bağımsızlık})$$

Tüm regresyon analiz sonuçları dikkate alındığında, psikotik rahatsızlıkların, psikososyal gelişim evrelerinden bazıları (özellikle, güven ve bağımsızlık) tarafından yordandığı görülmektedir. Dolayısıyla “Psikososyal gelişim evresine bağlı olarak ortaya çıkan

atışmanın, bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıkları etkileme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.



5. TARTIşMA

Araştırmanın bu bölümünde psikotik rahatsızlığı olan yaşlı bireylerin bu rahatsızlıklarının Erikson'un psikososyal gelişim teorisinde yer alan sekiz evredeki çatışmalar bağlamında incelenmesi amacıyla İstanbul ili sınırları içerisinde bulunan yatılı bakım merkezlerinde kalmakta olan ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine (TRSM) kayıtlı hanelerde yaşayan ve psikotik tanısı almış 50-71 yaşları arasında 53 bireye uygulanan Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCL 90-R), Değiştirilmiş Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeği (MEPSI) ve araştırmacı tarafından hazırlanmış yarı yapılandırılmış Demografik Bilgi Toplama Envanteri'nden elde edilen bulgular tartışılmıştır. Araştırmanın tartışma bölümü bulgular bölümündeki akışa göre incelenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin psikotik rahatsızlıkları ile gelişim dönemlerindeki çatışmaları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla uygulanan Psikolojik Belirti Tarama Testi ve Değiştirilmiş Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde psikotik bozukların tamamıyla gelişim dönemi özelliklerinin çoğunluğu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görölmektedir. İlgili alanyazın da araştırma bulgumuzu desteklemektedir. Yılmaz Kafalı ve Bora (2018) tarafından yapılan çalışmada ruhsal bozuklukların genel olarak ergenlik ve ilk erişkinlik döneminde göröldükleri ve bireylerin kimlik gelişimini olumsuz etkilediği görölmektedir. Benzer şekilde Çakmak, Bal, Tamam ve Karaytuğ (2015) tarafından yapılan çalışmada da ruhsal bozuklulukların çocukluk yılları ve gençlik dönemlerindeki başarı ve kimlik çatışmalarından meydana geldiği ortaya koyulmaktadır. Bu doğrultuda ilgili alanyazının araştırma bulgumuzu desteklediği görölmektedir.

Yapılan korelasyon analizi tek tek incelendiğinde de somatizasyon ile üretkenlik haricindeki diğer alt boyutlar arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görölmektedir. Yavuz, Guliyeva, Tetik, Gürbaş ve Kadak (2018) tarafından yapılan çalışmaya göre somatizasyon ile bireylerin başarı ve kimlik çatışmaları arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Aynı şekilde obsesif-kompulsif bozukluk ile girişimcilik haricindeki diğer alt boyutlar arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görölmektedir. Topçuoğlu (2003) tarafından yapılan çalışmaya göre obsesif-

kompulsif bozukluğun bireylerin özellikle tuvalet eğitimi kazandığı 2-4 yaşları arasındaki bağımsızlık ve başarı dürtüsünü etkileyeceği dönemde yaşadığı çatışmalarla başladığı anlaşılmaktadır. Benzer şekilde Pişgin ve Şirvanlı Özen (2010) tarafından yapılan çalışmada da obsesif-kompulsif bozukluğun bireylerin başarı dürtüsünü etkilediği anlaşılmaktadır. Kişilerarası duyarlık psikotik rahatsızlığı ile girişimcilik alt boyutu haricindeki diğer alt boyutlar arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Aydın ve Hiçdurmaz (2016) tarafından yapılan çalışmaya göre de araştırma bulgumuz desteklenmektedir. Öyle ki yapılan çalışmada kişilerarası duyarlığın bireylerin güven, bağımsızlık ve kimlik gelişimi ile arasındaki anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Aynı şekilde depresyon psikotik rahatsızlığı ile girişimcilik alt boyutu haricindeki diğer alt boyutlar arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ertem ve Yazıcı (2006) tarafından yapılan çalışmaya göre başarı ve kimlik gelişimi ile depresyon arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Benzer şekilde kaygı psikotik rahatsızlığı ile girişimcilik alt boyutu haricindeki diğer alt boyutlar arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Tosun ve Zorlu (2019) tarafından yapılan çalışmada kaygı problemi çocukların genellikle yaşadıkları bir problem oldukları ve temel başarı dürtüsünü ve kimlik gelişimini etkiledikleri anlaşılmaktadır. Öfke-düşmanlık psikotik rahatsızlığı ile ise girişimcilik ve yakınlık alt boyutları haricindeki diğer alt boyutlar arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Kesen, Deniz ve Durmuşoğlu (2007) tarafından yapılan çalışmaya göre öfke ve düşmanlığın bireylerin başarı, bağımsızlık ve kimlik gelişimini olumsuz etkilediği anlaşılmaktadır. Fobik-anksiyete psikotik rahatsızlığı ile tüm gelişim dönemleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Gültekin ve Dereboy (2011) tarafından yapılan çalışmaya göre fobik anksiyete bozukluğunun bireylerin kimlik gelişimini etkilediği anlaşılmaktadır. Benzer şekilde Terlemez (2018) tarafından yapılan çalışmada da fobik-anksiyete ile bireylerin başarı, bağımsızlık, yakınlık ve girişimcilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Paranoid düşünce psikotik rahatsızlığı ile girişimcilik alt boyutu haricindeki diğer alt boyutlar arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Koç (2002) tarafından yapılan çalışmaya göre paranoid düşünce ile bütünlük gelişimi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Psikotizm psikotik rahatsızlığı ile tüm gelişim dönemleri arasında ise

negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Özakar Akça, Selen, Demir ve Demir (2018) tarafından yapılan çalışmada da psikotik rahatsızlıklara sahip olan bireylerin kimlik gelişimi ve bağımsızlığın olumsuz etkilendiği anlaşılmaktadır. Uyku-yemek yeme psikotik rahatsızlığı ile ise girişimcilik alt boyutu haricindeki diğer alt boyutlar arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Özmert (2006) tarafından yapılan çalışmaya göre uyku ve yemek yemenin özellikle ilk gelişim dönemi olan bebeklik döneminde güven ve bağımsızlığı etkilediği, ilerleyen yaşlarda da bağımsızlık ve başarı dürtülerini tetiklediği anlaşılmaktadır. Yapılan tüm araştırmalar değerlendirildiğinde de ilgili alanyazının araştırma bulgularımızı desteklediği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin psikotik rahatsızlıkları ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde depresyon, paranoid düşünce, psikotizm ve uyku-yeme bozuklukları ile cinsiyet değişkeni arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Öyle ki erkeklerin depresyon, paranoid düşünce, psikotizm ve uyku-yeme bozukluğuna sahip olma düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. İlgili alanyazın da araştırma bulgumuzu destekler nitelikte olmaktadır. Özakar Akça ve ark. (2018)'a göre erkeklerin psikotizm ve depresyon belirtilerinin kadınlara göre daha yüksek oldukları anlaşılmaktadır. Aynı şekilde Uzdu (2016) tarafından yapılan çalışma da erkeklerin depresyon düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Buna rağmen ilgili alanyazında araştırma bulgumuzun tam tersini gösteren çalışmalar da yer almaktadır. Erözkan (2004) tarafından yapılan çalışmada kadınların depresyon düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Benzer şekilde Karakaya, Coşkun ve Ağaoğlu (2006)'na göre de kadınların depresyon düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda ilgili alanyazında farklı görüşlerin bulunduğu ve araştırma bulgumuzun kısmen desteklendiği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin gelişim dönemlerinde yaşadıkları çatışmaların yaşadıkları psikotik rahatsızlıkları yordama düzeyleri incelendiğinde özellikle güven ve bağımsızlık kazanma çatışmalarının bireylerin psikotik rahatsızlıklarını yordadığı görülmektedir. Görken (2002) tarafından yapılan çalışmada bireylerin psikotik rahatsızlıklarının temelini çocukluk döneminde başladıkları ve 7 yaşından önce yaşadıkları bağımsızlık ve güven çatışmasının etkili olduğu anlaşılmaktadır. Benzer şekilde Yılmaz Kafalı ve Bora

(2018) tarafından yapılan çalışmaya göre bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıklarının ergenlik dönemi çatışmalarından kaynaklanabildiği ve bireylerin kimlik gelişimi de olumsuz etkilediği anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda ilgili alanyazının araştırma bulgumuzu desteklediği görülmektedir.

Yapılan regresyon analizi tek tek incelendiğinde ise güven ve bağımsızlık çatışmalarının somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, psikotizm ve uyku-yemek yeme bozukluğu psikotik rahatsızlığına sahip bireyleri yordadığı görülmektedir. Şişman, Kadioğlu, Erol ve Güven (2013) tarafından yapılan çalışmada da benzer bulgulara rastlanmaktadır. Öyle ki yapılan çalışmada 9-14 yaşlarındaki bireylerin yaşadıkları somatizasyon rahatsızlığının temel güven ve başarı duygusunu etkilediği anlaşılmaktadır. Öner ve Aysev (2001) tarafından yapılan çalışmada da çocukluk yıllarında obsesif kompulsif rahatsızlığa sahip olan bireylerin sosyal izolasyona maruz kaldıkları ve bağımsızlık duygularının olumsuz etkilendiği anlaşılmaktadır. Sung ve Son (2000) tarafından yapılan çalışmada da çocukluk döneminde bireylerin maruz kaldıkları güvensizlik ve bağımlı davranışların depresyon yaşama düzeylerini etkilediği anlaşılmaktadır. Sümer ve Anafarta Şendağ (2009) tarafından yapılan çalışmada da çocukluk döneminde bireylerin anne babaya bağlanma düzeylerinin kronik kaygı yaşamalarını etkilediği anlaşılmaktadır. Öyle ki yapılan çalışmada bireylerin bağımsızlık dürtüsünün kaygı yaşamalarına neden olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra fobik-anksiyete psikotik rahatsızlığını yordayan güven ve bağımsızlık gelişim dönemi çatışmasının yanı sıra kimlik kazanma da olduğu görülmektedir. Aynı şekilde paranoid bozukluk psikotik rahatsızlığını yordayan gelişim dönemi çatışmasının güvenin yanı sıra yakınlık da olduğu görülmektedir. Doksat (2008) tarafından yapılan çalışmada genç erişkinlik dönemde başlayan paranoid bozukluğun bireylerin güven duygusunu etkilediği bireylerin sosyal çevresinden şüphe duymasına neden olduğundan yakınlık becerisi kazanamamasına da neden olmaktadır. Buna rağmen araştırma bulgumuzun özellikle güven ve bağımsızlık çatışmasının bireylerin psikotik rahatsızlık düzeyini etkilediğini ortaya koymaktadır. İlgili alanyazının da bu doğrultuda araştırma bulgumuzu kısmen desteklediği görülmektedir.

Yapılan regresyon analizi doğrultusunda gelişim dönemi çatışmalarından güven ve bağımsızlığın psikotik rahatsızlıkların neredeyse tamamını yordadığı görölmektedir. Ancak buna rağmen başarı, üretkenlik ve bütünlük çatışmasının hiçbir psikotik rahatsızlık tarafından da yordanmadığı görölmektedir. İlgili alanyazında güven ve bağımsızlık ile ilgili bulgumuzu desteklediğinden araştırma bulgumuzun ilgili alanyazın tarafından kısmen desteklendiğı anlaşılmaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada psikotik rahatsızlığa sahip 53 bireyin sahip oldukları psikotik rahatsızlıklar ile Erikson'un psikososyal gelişim kuramındaki sekiz dönemde yaşanan çatışmalar arasındaki ilişki ortaya koyulmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet değişkeni ile psikotik rahatsızlıkları arasındaki ilişki incelendiğinde bireylerin cinsiyet değişkeni ile depresyon, paranoid düşünce, psikotizm ve uyku-yemek yeme bozukluğu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki araştırmaya katılan erkek bireylerin depresyon, paranoid düşünce, psikotizm ve uyku-yemek yeme bozukluğuna sahip olma düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. İlgili alanyazında araştırma bulgumuzu hem kabul eden hem de tam tersini belirten çalışmalar yer almaktadır. Bu doğrultuda araştırma bulgumuz değerlendirildiğinde kısmen desteklendiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylere uygulanan Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCL 90-R) ve Değiştirilmiş Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeği (MEPSI)'nden elde edilen bulgular doğrultusunda bireylerin yaşadıkları psikotik rahatsızlıklar ile gelişim dönemi çatışmaları arasındaki ilişki incelendiğinde bireylerin yaşadıkları somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, psikotizm ve uyku-yemek yeme bozukluğu ile gelişim dönemi çatışmalarının tamamına yakını arasında anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki güven ve bağımsızlık çatışması ile tüm psikotik bozukluklar arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Girişimcilik çatışması ile somatizasyon, fobik anksiyete bozukluğu ve psikotizm arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Başarı ve kimlik çatışması ile tüm psikotik bozukluklar arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yakınlık çatışması ile ise öfke-düşmanlık psikotik rahatsızlığı haricindeki diğer psikotik rahatsızlıklar arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Üretkenlik çatışması ile ise somatizasyon rahatsızlığı haricindeki diğer psikotik rahatsızlıklar arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bütünlük çatışması ile ise tüm psikotik bozukluklar arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İlgili alanyazının da araştırma bulgularımızı desteklediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylere uygulanan Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCL 90-R) ve Değiştirilmiş Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeği (MEPSI)’nden elde edilen bulgular doğrultusunda gelişim dönemi çatışmalarının bireylerin psikotik rahatsızlıklarını yordama düzeyleri değerlendirildiğinde gelişim dönemi çatışmalarından güven ve bağımsızlığın psikotik rahatsızlıkların neredeyse tamamını yordadığı görülmektedir. Ancak buna rağmen başarı, üretkenlik ve bütünlük çatışmasının hiçbir psikotik rahatsızlık tarafından da yordanmadığı görülmektedir. İlgili alanyazında güven ve bağımsızlık ile ilgili bulgumuzu desteklediğinden araştırma bulgumuzun ilgili alanyazın tarafından kısmen desteklendiği anlaşılmaktadır.

Araştırmanın sadece İstanbul ili ile sınırlandırılması araştırmanın kapsamının daralmasına neden olmaktadır. Bu doğrultuda daha sonraki çalışmaların evreni temsil gücünün artırılması konusunda Türkiye’nin çeşitli illerinden örneklemeler alınması ve kültürel etmenlerin, bireylerin yaşamlarının önemli bir bölümünü geçirdikleri yerlerin de bireylerin psikotik rahatsızlıklarını etkileyen gelişim dönemi çatışmalarının etkililiğini daha iyi ortaya koyacağı düşünülmektedir.

Aynı şekilde bireylerin almış oldukları tedavi süreçlerinin bireylerin gelişim dönemi çatışmalarını etkileyip etkilemediği merak edilmektedir. Bu doğrultuda sonraki çalışmalarda psikotik rahatsızlığa sahip bireylerin tedavi süreçlerinin de gelişim dönemi çatışmalarını etkileyip etkilemediğinin araştırmaya dahil edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Adamis, D. ve Ball, C. Physical morbidity in elderly psychiatric inpatients: prevalence and possible relations between the major mental disorders and physical illness. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000; 15:248-253.

Akçay, C. Yaşlılık kavramlar ve kuramlar. İstanbul: Kriter Yayınları; 2011.

Akdemir, N., Çınar, F. İ., & Görgülü, Ü. Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2007; 10(4), 215-222.

Altuk, B. Yaşlılıkta Bilişsel İşlevler, Empatik Eğilimler ve Depresyon Belirtileri, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Ş. Tutarel Kışlak).

APA. Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV). Washington DC: Amerika Psikiyatri Birliği. çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 1994.

APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5), Fifth Edition. Washington DC.: American Psychiatric Association; 2013.

Arı, R. Gelişim ve öğrenme. Ankara: Atlas Kitabevi; 2013.

Ardıç, F.N., Tümkaya, F., Tümkaya, S., Özdel, O., & Ankaralı, H. Baş dönmesi olan hastalarda SCL-90R ve kısa formların kullanımının değerlendirilmesi. *Nobel Medicus*. 2014; 10(2), 18-24.

Aslan, D., Şengelen, M., & Bilir, N. Yaşlılık döneminde beslenme sorunları ve yaklaşımlar. *Geriatrici Derneği Eğitim Serisi*. 2008; 1, 7-14.

Aydın, A. Hiçdurmaz, D. Kişilerarası duyarlık ve hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2016; 7(1): 45-49.

Bacanlı, H. Gelişim ve öğrenme. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2006.

Balkaya, A. Lise Öğrencilerinin Kimlik Duygusu Kazanım Düzeylerinin Bazı Kişisel Sosyal ve Ailesel Nitelikler ile Suç Davranışı Bakımından İncelenmesi. A.Ü Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Eskişehir, (Danışman: Doç. Dr. E. Ceyhan).

Bauman, Z. Ölümlülük, Ölümsüzlük ve Diğer Hayat Stratejileri,(çev. Nurgül Demirdöven). Ayrıntı Yayınları, İstanbul; 2000.

Bezci, Ş. Youth in Crisis: An Eriksonian Interpretation of Adolescent Identity in" Franny". Novitas-Royal. 2008; 2(1).

Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Tanık, F. A., ... & Van Os, J. Lifetime Prevalence and Correlates of Schizophrenia and Disorders with Psychotic Symptoms in the General Population of Izmir, Turkey. Turk Psikiyatri Dergisi. 2012; 23(3).

Boeree, C. G. Erik Erikson 1902-1994. Personality theories; 1997.

Bozcuk, AN., Demirsoy, A. Yaşlanmanın Biyolojisi. İçinde: Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S., ed. Geriatri 1. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2000; s:12.

Bülbül, F. Şizoaffektif bozukluklu hastalarda oksidatif metabolizmanın değerlendirilmesi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.

Caldwell, C. B., & Gottesman, I. I. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. Schizophrenia bulletin. 1990;16(4), 571-589.

Cangöz, B. Yaşlılıkta Bilişsel ve Psikolojik Değişim. In Geriatri: Yaşlı Sağlığına Multidisipliner Yaklaşım. (Ed. Y. Gökçe Kutsal) Ankara: Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını. No:4. 2009; (s. 99-104).

Cankurtaran, E. ve Cankurtaran, M. Geriatrik Depresyon ve Yaşlılık Psikoza. İç Hastalıkları Dergisi. 2007;14 (1), 55.

Chapman A. Erikson's Theory of Human Development. Business Balls. 2013. (Erişim Tarihi: 15.11.2019) <https://www.businessballs.com/self-management/eriksons-psychosocial-theory-of-human-development/>.

Cherry, K. Biography of Erik Erikson (1902-1994). 2019. (Erişim Tarihi: 15.11.2019) <https://www.verywellmind.com/erik-erikson-biography-1902-1994-2795538>

Coles, R. Erik H. Erikson-the Growth of His Work. Souvenir Press, 1970.

Cutting, J. First rank symptoms of schizophrenia: their nature and origin. History of psychiatry, 2015; 26(2):131-46.

Cüceloğlu, D. İnsan ve Davranışı-Psikolojinin Temel Kavramları, Remzi Yayınevi, 8. Baskı, İstanbul, 1998.

Çakmak, S., Bal, U., Tamam, L. ve Karaytuğ, M. O. Şizofreni ve diğerk psikoalarda risk sendromları ve risk belirlenmesinde kullanılan ölçekler. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2015; 24(4): 494-508.

Çilingiroğlu, N. ve Demirel, S. Yaşlılık ve Yaşlı Ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi, 2004; 7 (4): 225-230.

Dal, V. Farklı Kişilik Özelliklerine Sahip Bireylerin Risk Algılarının Tüketici Davranışı Açısından İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Isparta (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ahmet Hüsrev Eroğlu).

Danacı, E. Şizoaffektif Bozukluk. In: Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu E, Herken, H, editors. Şizofreni ve Diğerk Psikotik Bozukluklar Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınlar, 2007; p. 287-301.

Darling-Fisher, C., & Kline Leidy, N. Measuring Eriksonian development in the adult: The Modified Erikson Psychosocial Stage Inventory. Psychological Reports, 1988; 62, 747-754.

Deshmukh, V., Bhagat, A., Shah, N., Sonavane, S., & Desousa, A. A. Factors affecting marriage in schizophrenia: A cross-sectional study. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 2016; 21(2), 122.

Diker, J., Etiler, N., Yıldız, M. ve Şeref, B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001; 2(2):79-86.

Diñcel, E. Ergenlik Dönemi Gelişimsel Ödevleri ve Psikolojik Problemler. Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin).

Doğan, O. Şizofreninin epidemiyolojisi. *Psikiyatrik Epidemiyoloji*. Sivas: ESFORM, 2011.

Doksat, M. K. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlıklar: Kişilik bozuklukları. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitim Merkezi Dergisi*. 2008; 62: 239-254.

Ekşioğlu Ahad, Y. Yaşlıların Yaşlılık Algısının Yaşam Kalitesi ve Depresyonla İlişkisi. *Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2016, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç.Dr. Esin Uzun Oğuz).

Erikson, E. H. *Childhood and Society* WW Norton & Company. Inc.(New York), 1963.

Erikson, E. H. Major stages in psychosocial development. *The life cycle completed: A review*, 1982; 55-82.

Erikson, E. H. *İnsanın sekiz çağı* (Çev. Bedirhan Üstün & Vedat Şar) Birey ve Toplum: Ankara, 1984.

Erikson, J. M. *The life cycle completed (extended version)*. WW Norton & Company, 1997.

Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. Vital involvement in old age. WW Norton & Company, 1994.

Erkan, G., Işıktan, V. Yaşlılık ve Gerontolojik Sosyal Hizmet. İçinde: Duyan V, ed. Antropoloji ve Yaşlılık Kitabı:1.Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, 2000; s:119.

Eroğlu, M., Annagür, B. ve İçbay, E. Yaşlılarda yaygın anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesi. Gaziantep Tıp Dergisi, 2012;18(3): 143-147.

Erözkan, A. Lise öğrencilerinin sosyal karşılaştırma ve depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2004; 13: 1-18.

Ertem, Ü. ve Yazıcı, S. Ergenlik döneminde psikososyal sorunlar ve depresyon. Aile ve Toplum Dergisi. 2006; 3(9):7-12.

Evans, R. Dialogue with Erik Erikson. New York: Praeger Publishes, 1981.

Eyüpoğlu, C., Şişli, Z. ve Karta, M. Yaşam Döngüsünde Yaşlılığın Psikolojik Boyutu. The Journal of Turkish Family Physician, 2012; 3(1):18-22.

Fennig, S., Fochtmann, L., Carlson, G. Schizoaffective disorder. In: Sadock B, Sadock V, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins, 2005; p. 1533-36.

Field, A. Discovering statistics using SPSS (3rd ed.). London: Sage, 2009.

Freedman, R., Leonard, S., Olincy, A., Kaufmann, CA. ve ark. Evidence for the multigenic inheritance of schizophrenia. American journal of medical genetics, 2001; 105(8):794-800.

Gander, M., & Harry, G. Çocuk ve Ergen Gelişimi, çev. Bekir Onur, Ankara: İmge Kitabevi, 2001.

Gökçe-Kutsal, Y. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları, 65 Yaş üzeri yaşam rehberi, (1. baskı), içinde (ss.36-42), İstanbul: Meditime Ltd. Şti. yayını, 2006.

Gökçe-Kutsal, Y. Why geriatrics/Neden geriatri. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 2009; 51-57.

Gökçe Kutsal, Y., & Bal, S. Yaşlılık ve Kadın Sağlığı. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, HÜKSAM Yayını, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2003; 191-208.

Görken, I. Çocukluk (erken) başlangıçlı şizofreni: Tanısal değerlendirmeler, klinik bulgular, ayırıcı tanı ve tedavi yaklaşımları. Düşünen Adam Dergisi. 2002; 15(1): 39-45.

Görpelioglu, S. Yaşlılık ve Getirdiği Sorunlar, Adı: Eylül, Sağlık Bilimlerinde Yaşlılık. Ed. Nejat Gacar, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2009; s.21-29.

Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Erol, A., Bay, H., Kültür, S., Memiş, A., & Vural, N. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. Türk Geriatri Dergisi, 2000; 3(4), 133-140.

Gültekin, B. K. ve Dereboy, İ. F. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkisi, 2011; 22(3): 150-158.

Harlow, H. F., & Harlow, M. K. The young monkeys: Readings in psychology today, 1972.

Herdem, A., Dikici, D., Aydemir, O., DSM-5 Psikoz Ölçeği Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenirliliği. Anatolia Journal of Psychiatry, 2017. s. 68-72.

Hilker, R., Helenius, D., Fagerlund, B., Skytthe, A., Christensen, K., Werge, T. M., ... & Glenthøj, B. Heritability of schizophrenia and schizophrenia spectrum based on the nationwide Danish twin register. Biological psychiatry, 2018; 83(6), 492-498.

Hirsch, SR, Weinberger DR. Schizophrenia. 2nd Edition, 2003

Ho, B. C., Nopoulos, P., Flaum, M., Arndt, S., & Andreasen, N. C. Two-year outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155(9), 1196-1201.

Hocaoğlu, Ç. İleri yaşlarda görülen psikotik bozukluklar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001; 2 (2): 106-115.

Ingraham, L.J., Kety, S.S. Adoption studies of schizophrenia. *American journal of medical genetics*, 2000; 97(1):18-22.

Işık, E. Şizofreni. Ankara: Format Matbaacılık, 2006.

Kalinkara, V. Temel Gerontoloji: Yaşlılık Bilimi, Ankara: Nobel Yayınevi, 1. Basım, 2011.

Kanber, N. Yaşlıların Sosyal Destek Algısının Depresyon Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr.Üyesi Rıdvan Üney).

Kaplan, H. Klinik Psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004.

Karakaş, S., İşeri, C.İ., E., Karakaş, H.M., Yüksel, N., Arıkan, O., Uzbay, İ.T., Özgören, M. Kognitif Nörobilimler. 1 ed. Akademisyen Kitabevi, 2011.

Karakaya, I., Coşkun, A. ve Ağaoğlu, B. Yüzücülerin depresyon, benlik saygısı ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006; 7: 162-166.

Karakuş, G., Kocal, Y., & Sert, D. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2017; 26(2), 251-267.

Karamustafalıoğlu, O. Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitabevleri, 2018.

Kaya, B. Yaşlılık ve Depresyon -I Tanı ve Değerlendirme. *Turkish Journal of Geriatrics*, 1999; 2(2), 76-82.

Kaya, H. Şizoaffektif Bozukluk Hastalarında Peroksidoksin-1 düzeyi ve Oksidatif Metabolizmanın İncelenmesi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2015.

Karasar, N. Bilimsel araştırma yöntemi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 1999.

Kebede, D., Alem, A., Shibre, T., Negash, A. ve ark. The sociodemographic correlates of schizophrenia in Butajira, rural Ethiopia. Schizophrenia research, 2004; 69(2):133-41.

Kesen, N. F., Deniz, M. E. ve Durmuşoğlu, N. Ergenlerde saldırganlık ve öfke düzeyleri arasındaki ilişki: Yetiştirme yurtları üzerinde bir araştırma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2007; 17: 353-364.

Kılıç, M. Belirti tarama listesi (SCL.90-R)'nin geçerlik ve güvenirliği. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 1991; 1(2), 45-52.

Kızıl, E., T. ve Turan, E. Yaşlılarda Anksiyete Bozuklukları. Türk Geriatri Dergisi, 2007; 10 (3):150-155.

Kitiş, A., Ülgen, S., Zencir, M. ve Büker, N. Evde yaşayan yaşlılarda kognitif düzey, depresyon durumu, fonksiyonel düzey ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 2012; 23(3), 137-143.

Koç, M. Genel psikoloji açısından yaşlılık döneminde ruhsal gelişim. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2002; 12: 287-304.

Köknel, Ö. Depresyon: ruhsal çöküntü. Altın Kitaplar Yayınevi, 1992.

Kulaksızoğlu, A. Ergenlik psikolojisi. Remzi Kitabevi, 2001.

Kulaksızoğlu, I. Yaşlılık ve Psikiyatrik Hastalıklar. Klinik Gelişim Dergisi, 2009; 22(4), 65-74.

Lavretsky H. History of schizophrenia as a psychiatric disorder. In: Mueser K, Jeste, D, editors. Clinical handbook of schizophrenia. New York: The Guilford Press, 2008.

Lüleci, E., & Mandıracıoğlu, A. Manisa’da huzurevlerinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. 7. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri Kitabı. Eskişehir, 5, 2001.

Majercsik, E. Hierachy of needs of geriatric patients. Gerontology, 2005; 51(3), 170-173.

McGrath, JJ. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology--the NAPE lecture 2004. Acta psychiatrica Scandinavica, 2005; 111(1):4-11.

McGrath, JJ. Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. Schizophr Bull, 2006; 32(1):195-7.

McGrath, JJ., Susser, ES. New directions in the epidemiology of schizophrenia. The Medical journal of Australia, 2009; 190(4 Suppl):S7-9.

Metin, M. Kuramdan uygulamaya eğitimde bilimsel araştırma. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2014.

Moskowitz, A., & Heim, G. Eugen Bleuler’s Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. Schizophrenia bulletin, 2011; 37(3), 471-479.

Mulvany, F., O’Callaghan, E., Takei, N., Byrne, M. ve ark. Effect of social class at birth on risk and presentation of schizophrenia: case-control study. Bmj, 2001; 323(7326):1398-401.

Onur, B. Gelişim Psikolojisi. Ankara: İmge Kitabevi, 2004.

Öner, P. ve Aysev, A. Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2001; 10(11): 409-411.

Özakar Akça, S., Selen, F., Demir, E. ve Demir, F. Cinsiyet ve yaş farklılıklarının ergenlerin depresyon, anksiyete bozukluğu, kendine zarar verme, psikoz, travma sonrası stres bozukluğu, alkol-uyuşturucu bağımlılığı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili sorunlara etkisi. Dicle Tıp Dergisi. 2018; 45(3): 255-264.

Özer, N. Yaşlı bireylerde depresyon, istismar ve ihmalin belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Gaziantep (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Derya Tanrıverdi).

Özgüngör, S, & kapıkıran, N.A. Erikson’u psikososyal gelişim dönemleri ölçeklerinin Türk kültürüne uygunluğunun karşılaştırmalı olarak incelenmesi: Ön bulgular. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2011; 4(36), 114-126.

Özmert, E. N. Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-III: Aile. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2006; 49: 256-273.

Özpoyraz, N. Psikozun sürekliliği kavramı: şizoaffektif bozukluğun yeri. In: Köroğlu E, Güleç C, editors. Psikiyatri temel kitabı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2007; p. 211-6.

Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, 2015.

Özyurt, B. C., Eser, E., Çoban, G., Akdemir, S. N., Karaca, İ., Karakoç, Ö., & Halk, C. Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 2007; 10(3), 117-123.

Pişgin, İ. ve Şirvanlı Özen, D. Çocukluktan erişkinliğe obsesif-kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2010; 2(1): 117-131.

Roazen, P. Erik H. Erikson: The power and limits of a vision. Jason Aronson, 1997.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., Kaplan, H. I., & Bozkurt, A. Kaplan & Sadock’s klinik psikiyatri el kitabı. Güneş Tıp, 2009.

Saka, MC. Şizofreni epidemiyolojisi. Ankara, BAYT Bilimsel Araştırmalar, 2007.

Semiz, Ü. Şizoaffektif bozukluk. In: Ceylan E, Çetin M, editors. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, şizofreni-II. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, 2005; p. 1299-312.

Senemoğlu, N. Gelişim ve öğrenme. Ankara: Gazi Kitapevi, 2005.

Soygür, H., & Cankurtaran, E. Ş. diğer psikotik bozukluklar. Güncel Klinik Psikiyatri. Ankara, Golden Print Matbaası, 2008.

Soyuer, F. ve Soyuer, A. Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008; 15 (3), 219-224.

Stahl, SM. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. Alkın, T.(Çev Ed.), Tıp Kitapevi, 2015, s. 79.

Stevens, R. Erik Erikson: An Introduction. New York: St. Martin's Press, 1983.

Stub, H. R. The social consequences of long life. Illinois, 1984.

Sung E, Son M. Depression in children and adolescents. American Family Physician, 2000; 62(10): 2297-308.

Sümer, N. ve Anafarta Şendağ, M. Orta çocukluk döneminde ebeveynlere bağlanma, benlik algısı ve kaygı. Türk Psikoloji Dergisi, 2009; 24(63): 86-101.

Şahin, E. M., & Yalçın, M. Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Turkish Journal of Geriatrics, 2003; 6(1), 10-13.

Şişman, F. N., Kadioğlu, H., Ergün, A. ve Erol, S. Okul çocuklarında somatizasyon ve somatik belirtiler nedeniyle okul revirine başvurma durumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2013; 4(3): 131-136.

Tamam, L. ve Öner, S. Yaşlılık çağı depresyonları. Demans Dergisi, 2001; 1 (2), 50- 60.

Terlemez, M. Sosyal fobinin spora etkileri. Uluslararası Beşeri ve Sosyal Bilimler İnceleme Dergisi, 2018; 2(2): 1-5.

Tondo, L., Vázquez, G. H., Baethge, C., Baronessa, C., Bolzani, L., Koukopoulos, A., ... & Salvatore, P. Comparison of psychotic bipolar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia: an international, multisite study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2016; 133(1), 34-43.

Topçuoğlu, V. Obsesif-kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2003; 6: 46-50.

Tosun, Ü. ve Zorlu, A. İlkokul 3. sınıf öğrencilerinin kaygı ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. Folklor/Edebiyat Dergisi, 2019; 25(97): 768-780.

Troisi, J., & Gokce Kutsal, Y. Aging in Turkey, Hacettepe University Research and Application Center of Geriatrics Sciences-GEBAM and International Institute on Aging-INIA publication, 2006.

TÜİK. 2008. (Erişim Tarihi: 05.11.2019)
<http://www.tuik.gov.tr/Start.do;jsessionid=GydSVbTJ5nmJ6wwHckGfZrpLGL47whV3J64pr YLQC7DpTQ1X1SrD!-804585719>.

TÜİK. 2015. (Erişim Tarihi: 05.11.2019)
<http://www.tuik.gov.tr/Start.do;jsessionid=GydSVbTJ5nmJ6wwHckGfZrpLGL47whV3J64pr YLQC7DpTQ1X1SrD!-804585719>.

TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar. 2018. (Erişim Tarihi: 05.11.2019)
<https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/index.zul>.

Uncu, Y., & Özçakır, A. Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. Türk Geriatri Dergisi, 2003; 6(1), 31-37.

Uzdu, Y. S. 18-60 Yaş Arası Sedef Hastalığı Tanısı Almış Bireylerin Depresyon ve Sosyal Kaygı Düzeyi ile 18-60 Yaş Arası Sedef Hastalığı Tanısı Almamış Bireylerin Depresyon ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Mehmet Kerem Doksat).

Lehr, U., Psikolojisi, Y., & des Alterns, P. Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı. İstanbul, 1994.

Van der Werf, M., Hanssen, M., Köhler, S., Verkaaik, M., Verhey, F. R., van Winkel, R., ... & RISE Investigators. Systematic review and collaborative recalculation of 133 693 incident cases of schizophrenia. *Psychological medicine*, 2014; 44(1), 9-16.

Varma, G. S., Özdel, O., Karadağ, F., Tümkeya, S., Kalaycı, D., & Kaya, S. Şizofreni ve Şizoaffektif Bozuklukta Bilişsel İşlevlerin Karşılaştırılması. *Düşünen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 2011; 24(3).

WHO. The uses of epidemiology in the study of the elderly. WHO, Technical Reports Series 706, Geneva:8-9, 1984.

World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization, 2001.

Yaluğ, İ., Polat, A. ve Tufan, A. Demans tablolarının ayırıcı tanısı: Bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006; 7:173-178.

Yavuz, BB. Geriatrik değerlendirme ve testler. *İç Hastalıkları Dergisi*, 2007; 14:5-17.

Yavuzer, H. Çocuk psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitapevi, 2001.

Yavuz, M., Guliyeva, S., Tetik, G., Gürbaş, C. ve Kadak, M. T. Ergenlik döneminde somatizasyon belirtileri, gözlerden zihin okuma becerisi ve aleksitimi arasındaki ilişki, 2018; 56(3): 15-19.

Yertutan, C. Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Fiziksel Değişiklikler. *Aile ve Toplum Dergisi*, 1991; 1(2). 1303-0256.

Yılmaz Kafalı, H. ve Bora, E. Ergenlikte ruhsal bozuklukların öncül belirtileri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 2018; 4(1): 98-107.

Yüksel, N. Ruhsal Hastalıklar. 4 ed. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014.

EKLER

EK-1 Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Yaş :

Cinsiyet : ☐ Kadın ☐ Erkek

Eğitim durumu: ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
☐ Yüksek lisans/Doktora

Çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

Meslek:

Gelir Düzeyi: ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul

Çocuğunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise kaç tane?

Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka biri var mı?

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adres :

Telefon :

e-mail adresi :

GENEL BİLGİLER

Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı? ☐ Evet (Belirtiniz:.....)

Hayır ☐

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? ☐ Evet (Belirtiniz:.....)

Hayır ☐

Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı? ☐ Evet (Belirtiniz:)

Hayır ☐

EK-2 SCL- 90-R Belirti Tarama Testi

SCL-90-R Belirti Tarama Testi

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun, **bugün de dahil olmak üzere son onbeş gün içinde** sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, aşağıda belirtilen tanımlamalardan (**Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / Aşırı düzeyde**) uygun olanının altındaki yeri işaretleyerek seçiniz. Düşüncenizi değiştirirseniz o seçeneğin altındaki yeri işaretleyerek tercihinizi değiştirebilirsiniz.

Cevaplar :

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	Aşırı düzeyde
1. Baş ağrısı	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi	☐	☐	☐	☐	☐
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı), hoşla gitmeyen düşünceler	☐	☐	☐	☐	☐
4. Baygınlık veya baş dönmeler	☐	☐	☐	☐	☐
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı	☐	☐	☐	☐	☐
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri	☐	☐	☐	☐	☐
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler	☐	☐	☐	☐	☐
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	☐	☐	☐	☐	☐
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar	☐	☐	☐	☐	☐
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	☐	☐	☐	☐	☐
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	☐	☐	☐	☐	☐
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	☐	☐	☐	☐	☐
17. Titreme	☐	☐	☐	☐	☐
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
19. İştah azalması	☐	☐	☐	☐	☐
20. Kolayca ağlama	☐	☐	☐	☐	☐
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi	☐	☐	☐	☐	☐
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	☐	☐	☐	☐	☐
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları	☐	☐	☐	☐	☐

25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	☐	☐	☐	☐	☐
26. Olanlar için kendini suçlama	☐	☐	☐	☐	☐
27. Belin alt kısmında ağrılar	☐	☐	☐	☐	☐
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
29. Yalnızlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
30. Karamsarlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
31. Her şey için çok fazla endişe duyma	☐	☐	☐	☐	☐
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali	☐	☐	☐	☐	☐
33. Korku hissi	☐	☐	☐	☐	☐
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	☐	☐	☐	☐	☐
35. Diğer insanların sizin özel düşündüklerinizi bilmesi hissi	☐	☐	☐	☐	☐
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	☐	☐	☐	☐	☐
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak	☐	☐	☐	☐	☐
39. Kalbin çok hızlı çarpması	☐	☐	☐	☐	☐
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
41. Kendini başkalarından aşağı görme	☐	☐	☐	☐	☐
42. Adele (kas) ağrıları	☐	☐	☐	☐	☐
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	☐	☐	☐	☐	☐
44. Uykuya dalmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	☐	☐	☐	☐	☐
46. Karar vermede güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	☐	☐	☐	☐	☐
48. Nefes almada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
49. Soğuk ve sıcak basması	☐	☐	☐	☐	☐
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu	☐	☐	☐	☐	☐
51. Hiç bir şey düşünememe hali	☐	☐	☐	☐	☐
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	☐	☐	☐	☐	☐
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi	☐	☐	☐	☐	☐

54. Gelecek konusunda ümitsizlik	☐	☐	☐	☐	☐
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
57. Gerginlik veya coşku hissi	☐	☐	☐	☐	☐
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐
60. Aşırı yemek yeme	☐	☐	☐	☐	☐
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	☐	☐	☐	☐	☐
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	☐	☐	☐	☐	☐
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	☐	☐	☐	☐	☐
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma	☐	☐	☐	☐	☐
65. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali	☐	☐	☐	☐	☐
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	☐	☐	☐	☐	☐
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	☐	☐	☐	☐	☐
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	☐	☐	☐	☐	☐
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılğan hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi	☐	☐	☐	☐	☐
72. Dehşet ve panik nöbetleri	☐	☐	☐	☐	☐
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi	☐	☐	☐	☐	☐
74. Sık sık tartışmaya girme	☐	☐	☐	☐	☐
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali	☐	☐	☐	☐	☐
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma	☐	☐	☐	☐	☐
79. Değersizlik duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
80. Size kötü bir şey olacaktı duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma	☐	☐	☐	☐	☐

82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	☐	☐	☐	☐	☐
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması	☐	☐	☐	☐	☐
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller	☐	☐	☐	☐	☐
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duyamama	☐	☐	☐	☐	☐
89. Suçluluk duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı		Uyruğu	
Soyadı		Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise		
Lisans		
Yüksek Lisans		
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler: