

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
PSİKIYATRİ KLİNİĞİ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI  
TRAVMASININ ŞİZOFRENİ HASTALIK BAŞLANGIÇ  
YAŞINA ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ  
Dr. CEM İNGEÇ**

**TEZ DANIŞMAN  
Uzm. Dr. Esin Evren KILIÇASLAN**

**İZMİR- KASIM 2018**

## TEŞEKKÜR

Bilgi ve birikimlerinden yararlandığım değerli hocalarım, eğitim sorumlumuz Prof. Dr. Lütfullah Beşiroğlu'ya ve idari sorumlumuz Doç. Dr. Levent Mete'ye,

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen, bana sevgisini, desteğini ve anlayışını her zaman hissettiren, tecrübe ve birikimi ile bana yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Uzm. Dr. Esin Evren Kılıçaslan'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli katkılarıyla beni meslek hayatıma hazırlayan, kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli hocalarım Doç. Dr. Almıla Erol Stenstad'a, Doç. Dr. Demet Gülpek'e, Doç. Dr. Mustafa Güleç'e, Doç. Dr. Elif Oral'a, Doç. Dr. Nabi Zorlu'ya, Uzm. Dr. Serhan Işıklı'ya,

Asistanlık sürecince bilgi birikimlerini paylaşan ve her zaman yanımızda olan değerli hocam Doç. Dr. Şeref Gülseren'e,

Asistanlık sürecini varlıklarıyla anlamlandıran ve güzel anılar biriktirdiğimiz asistan arkadaşlarıma ve bu çalışmaya verdikleri emekten dolayı özellikle Dr. Meltem İzci Kasal'a ve Dr. İmran Gökçen Yılmaz Karaman'a,

Tezime değerli katkılarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Murat Boysan'a,

Dostum ve kardeşim Meriç Balıkoğlu'na,

Hayatım boyunca sonsuz destekleriyle her zaman arkamda olan, bugünlerimi borçlu olduğum canım annem ve babam'a,

Her zaman yanımda olan, unutulmayacak anılar biriktirdiğimiz abim Armağan İnceç'e ve Özge Erarslan İnceç'e,

Hayatıma girdiğinden beri destek olan, tez sürecinde sevgisi ve anlayışı için Seda Kurt'a ve sadece tez yazarken kendini sevdiren kedim Minnoş'a

Sonsuz teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	II
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	V
TABLO LİSTESİ.....	VI
1. GİRİŞ .....	1
2. ŞİZOFRENİ.....	3
2.1. Tanım.....	3
2.2. Tarihçe .....	3
2.3. Epidemiyoloji .....	4
2.4. Etiyoloji .....	5
2.4.1. Genetik Faktörler .....	5
2.4.2. Çevresel Faktörler ve Risk Etkenleri .....	6
2.4.3. Şizofreni Etiyolojisi ile İlgili Teoriler .....	7
2.5. Tanı.....	10
2.6. Klinik Özellikler.....	12
2.7. Gidiş ve Sonlanım .....	13
2.7.1. Şizofreni Prognozu.....	13
2.7.2. Olumlu Gidiş Göstergeleri.....	14
2.7.3. Olumsuz Gidiş Göstergeleri.....	14
2.7.4. Şizofrenide Sonlanım (Ölüm ve Özkıyım).....	14
2.8. Şizofreni ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi.....	15
2.8.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Tanımı .....	15
2.8.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Klinik Özellikler.....	17
2.8.3. DSM-5 Tanı Ölçütü Başvuru Kitaplarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı...18	
2.8.4.Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi.....	21
2.8.5.Çocukluk Çağı Travmalarında Etiyoloji .....	23
2.8.6. Çocukluk Çağı Travmalarının Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi.....	23
2.8.7. Çocukluk Çağı Travmalarının Şizofreni ile İlişkisi .....	24
2.9. Amaç ve Araştırma Soruları.....	26
3. YÖNTEM VE GEREÇLER .....	27
3.1. Uygulama ve Yöntem.....	27

3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları .....	28
3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu .....	28
3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği - PANSS .....	28
3.2.3. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği – CTQ-28.....	28
3.2.4. Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, Türkçe Versiyonunun İntihar Riskini Değerlendirme Alt Ölçeği (MINI-S) .....	29
3.3. Ölçme, Değerlendirme, İstatistiksel Analiz Yöntemleri.....	29
4. BULGULAR .....	31
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Verileri .....	31
4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerle İlgili Puanlar .....	33
4.2.1. MINI-S, PANSS, CTQ-28 Ölçekleri ile ilgili puanlar .....	33
4.2.2 Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) Alt Grupların Sınıflandırılması ....	34
4.3. Kullanılan Klinik Ölçek (MINI-S, PANSS, CTQ-28) Puanları Arasındaki İlişki .35	
4.3.1. MINI-S ile PANSS Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişki Düzeyi .....	35
4.3.2. MINI-S ile CTQ-28 Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişki Düzeyi .....	36
4.3.3. PANSS ölçeği ile CTQ-28 Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişki Düzeyi .....	36
4.4. Hastalık Başlangıç Yaşına Etki Eden Faktörler Ve Kullanılan Klinik Ölçekler İle Hastalık Başlangıç Arasındaki İlişki Düzeyi .....	37
4.4.1 Hastalık Başlangıç Yaşı ile Kullanılan Klinik Ölçeklerin (MINI-S, PANSS, CTQ-28) Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi.....	37
4.4.2. Hastalık Başlangıç Yaşına Etki Eden Faktörler İle Başlangıç Yaşı Arasındaki İlişki Düzeyleri .....	38
4.5. Pozitif ve Negatif Semptomların Pozitif, Negatif ve Orta Semptomlarına Göre Örtük Sınıf Analizi .....	38
4.5.1. Pozitif Ve Negatif Semptomların Örtük Sınıf Analizi .....	38
4.5.2 Örtük Sınıflar Arasında İntihar Ve Çocukluk Travmasının Tek Yönlü Varyans Analizi.....	41
4.5.3. Örtük sınıflar arasında sosyo-demografik ve klinik özelliklerin tek yönlü varyans analizi .....	42
5. TARTIŞMA.....	44
5.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi .....	44
5.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerle İlgili Puanların Değerlendirilmesi .....	47
5.3. Kullanılan Klinik Ölçek (MINI-S, PANSS, CTQ-28) Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi .....	49

5.4. Hastalık Başlangıç Yaşına Etki Eden Faktörler Ve Kullanılan Klinik Ölçekler İle Hastalık Başlangıç Yaşı Arasındaki İlişki Düzeyinin Değerlendirilmesi.....	51
5.4.1 Hastalık Başlangıç Yaşı ile Kullanılan Klinik Ölçeklerin (MINI-S, PANSS, CTQ-28) Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi Değerlendirilmesi .....	51
5.4.2. Hastalık Başlangıç Yaşına Etki Edebilecek Faktörler İle Başlangıç Yaşı Arasındaki İlişki Düzeyleri .....	52
5.5. Pozitif ve Negatif Semptomların Pozitif, Negatif ve Orta Semptomlarına Göre Örtük Sınıf Analizinin Değerlendirilmesi .....	54
5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri .....	55
5.7. SONUÇ .....	55
6. ÖZET.....	57
7.SUMMARY .....	59
8.KAYNAKLAR.....	61
9. EKLER .....	70

## SİMGELER VE KISALTMALAR

**GABA:** Gama Amino Bütirik Asit

**WorldSAFE:** Dünya Aile Ortamında İstismar

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**MINI-S:** Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, intihar riskini değerlendirme alt ölçeği

**COMT:** Katekol-O-Metiltransferaz

**PANSS:** Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği,

**PPANS:** PANSS Pozitif Puanı,

**NPANSS:** PANSS Negatif Puanı,

**GPANSS:** PANSS Genel Puanı,

**TPANSS:** PANSS Toplam Puanı,

**CTQ-28:** Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

**FİS:** CTQ-28 Fiziksel İstismar Puanı,

**FİH:** CTQ-28 Fiziksel İhmal Puanı,

**DİS:** CTQ-28 Duygusal İstismar Puanı,

**DİH:** CTQ-28 Duygusal İhmal Puanı,

**CİS:** CTQ-28 Cinsel İstismar Puanı,

**TCTQ:** CTQ-28 Toplam Puanı

**min:** Minimum

**max:** Maximum

**N:** Vaka sayısı

**X:** Sıra Ortalaması

**SS:** Standart sapma

**p:** Anlamlılık düzeyi

**r:** Korelasyon katsayısı

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Sosyodemografik ve klinik özellikleri.....	32
<b>Tablo 2.</b> Kullanılan Ölçeklerin (PANSS, CTQ-28, MINI-S) Puanları .....	33
<b>Tablo 3.</b> Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) Alt Grupların Sınıflandırılması.....	35
<b>Tablo 4.</b> MINI-S ile PANSS Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişki Düzeyi.....	35
<b>Tablo 5.</b> MINI-S ile CTQ-28 Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişki Düzeyi.....	36
<b>Tablo 6.</b> PANSS ölçeği ile CTQ-28 Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişki Düzeyi.....	36
<b>Tablo 7.</b> Hastalık Başlangıç Yaşı ile Kullanılan Klinik Ölçeklerin (MINI-S, PANSS, CTQ-28) Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi.....	37
<b>Tablo 8.</b> Hastalık Başlangıç Yaşını Etkileyebilecek Klinik Özellikler İle Başlangıç Yaşı Arasındaki İlişki Düzeyleri.....	38
<b>Tablo 9.</b> Pozitif ve negatif semptomların örtük sınıf analizi.....	40
<b>Tablo 10.</b> Örtük sınıflar arasında intihar ve çocukluk travmasının tek yönlü varyans analizi .....	41
<b>Tablo 11.</b> Örtük sınıflar arasında sosyo-demografik ve klinik özelliklerin tek yönlü varyans analizi .....	42
<b>Tablo 12.</b> Çalışmalarındaki Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) Alt Grupların Sınıflandırılması .....	49

# 1.GİRİŞ

Şizofreni birçok davranış ve düşünce bozukluğuna, beyin yapısı, fizyoloji ve kimyasında önemli değişikliklere neden olan, kişinin alışıl gelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım dünyasına çekildiği bir ruhsal bozukluktur [1, 2].

Şizofreninin, dorsolateral prefrontal korteks ve subkortikal yapılar arasındaki devrelerde bağlantı bozuklukları ile genetik ve epigenetik etmenlerin bir araya gelmesiyle birlikte nörogelişimsel bir patoloji sonucu ortaya çıktığı düşünölmektedir [3].

Etyolojisinde birçok faktörün rol oynadığı bilirse de genetik yatkınlık ile çevresel stres arasındaki etkileşim önemlidir [4, 5]. Şizofreninin patofizyolojisinde biyolojik araştırmalar kadar psikolojik ve çevresel etkenler de incelenmiştir. Yeterli ve kapsayıcı bir biyolojik açıklamanın gösterilemeyişi, hastalığın nedeninin psikososyal olmasını kanıtlamaz; ancak çevresel etkenler açık biçimde gösterilebildiği zaman anlam kazanabilir.

Erken yetişme ortamının ileriki yaşlarda duygusal ve psikolojik durumlara olan etkisi ve şizofreniyle ilişkisi konusunda yapılan çalışmalar 1960'ların öncesi ile sınırlı değildir. Son yıllarda istenmeyen gebelik, annenin gebeliği sırasında çökkünlük geçirmesi, anne karnında zorlanmalar gibi durumların şizofreni gelişme riskini arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır [5]. Şizofreni gelişme riskini arttıran faktörlerden biri de erken çocukluk döneminde maruz kalınan çocukluk çağı travması olduğu düşünölmektedir.

Çocukluk çağında travma öyküsü, yetişkinlikte psikiyatrik bir bozukluğa sahip olma olasılığının artması ile ilişkilendirilmiştir [6]. Çocuklukta travma öyküsü olan yetişkin psikiyatrik hastaların, hastaneye ilk yatışlarının daha erken yaşta ve yatış sayılarının artmış olduğu, relaps oranlarının ve yatış sürelerinin daha uzun olduğu aynı zamanda intihar riski açısından bu hastaların daha fazla risk taşıdığı gösterilmiştir [7-9]. Psikotik bozukluğu olan hastalarda ise kendi bildirimlerine göre % 30 ile % 75 oranında çocuklukta kötüye kullanım ve ihmal oranı normal populusyona oranla daha yüksektir [10, 11].



Şizofrenide başlangıç yaşı fenotipik bir belirteçtir [12]. Başlangıç yaşıyla ilişkili klinik ve biyolojik farklılıklar bildirilmiştir [13]. Şizofreni, çok sayıda risk faktörünün birikiminin sonucudur [5]. Bunlar arasında genetik risk faktörleri [14], obstetrik komplikasyonlar [15], merkezi sinir sistemindeki yapısal anormallikler [16], kış veya ilkbaharda doğum [17], prenatal ve perinatal enfeksiyonlar [18], nörolojik gelişimsel problemlerin işaretlerin varlığı (örneğin, koordinasyon bozuklukları, istemsiz hareketler, duyu bulguları) [19], davranış bozuklukları [20] sayılabilir. Diğer risk faktörleri olumsuz yaşam olaylarına [21] ve esrar kullanımına maruz kalmadır [22].

Yüzdört şizofreni ve şizoaffektif hastasında erken başlangıç yaşının 17'den küçük olarak alındığı bir çalışmada erken başlangıç yaşı olanlarda bilişsel işlevlerde bozulma, negatif belirtilerde artış, yaşam kalitesinde düşüklük ve yüksek dürtüsellik tanımlanmıştır [23].

Çocukluk çağı travmasının şizofreni kliniğine etkisini araştıran bir çalışmada, çocukluk çağı travma ölçeğinde duygusal ve cinsel kötüye kullanım puanları ile hastalık başlangıç yaşı arasında negatif korelasyon bulunmuştur [24]. Başka iki çalışmada ise bu ilişki bulunamamıştır [25, 26]. Şizofreni hastalarında hastalık öncesi işlevsellik, hastalık bulguları ve bilişsel işlevlerin araştırıldığı bir çalışmada çocukluk çağı travması olanların ortalama hastaneye ilk yatış yaşının daha küçük olduğu bulunmuştur [27]. Ancak bu çalışmaların hiçbiri özellikle çocukluk çağı travmasının hastalık başlangıç yaşına etkisini araştırmamaktadır. Biz bu çalışmada bu ilişki özelinde hastalık başlangıç yaşını etkileyebilecek olan aile öyküsü, kafa travması, doğum travması, alkol ve madde kötüye kullanımını gibi etkenleri de göz önünde bulundurarak çocukluk çağı travmasının hastalık başlangıç yaşına ve hastalığın klinik özelliklerine etkisini araştırmayı amaçladık.

## 2. ŞİZOFRENİ

### 2.1. Tanım

Şizofreni, algı, duygu, biliş, düşünme ve davranış alanlarını kapsayan, çok çeşitli ruhsal belirtilerle seyreden ve yıkıcı psikopatolojik etkileri olan klinik bir sendromdur. Şizofreni hastalığı kronik seyreder ve seyri zaman içinde değişebilir. Psikolojik ve sosyal kayıplara neden olur [28].

### 2.2. Tarihçe

M. Ö. 1400 yılından kalmış Hint Veda'da, çıplak dolaşan, özbakımı azalmış, kendini Tanrı olarak gören, zehirlenme korkusu olan ve tufana neden olmamak için işemeyi reddeden insanlardan söz edilmiştir [29]. Eski Yunan tabipleri, delüzyon, kişilikteki bozulmalar ve bilişsel işlevlerle ilgili tanımlamalarda bulunmuşlardır [30].

Ortaçağ Avrupası'nda ruhsal problemi olan kişiler ruhunu şeytana satmış kişiler olarak çeşitli cezalara maruz kalmışlardır. On sekizinci yüzyıl sonlarına kadar psikiyatri hastaları hem korkulan hem de eğlence olarak sirklerde gösterilen kişiler olmuştur. Aynı dönem İslamiyet toplumu ruh hastalıklarına karşı hoşgörülü davranmış ve Kudüs ve Bağdat'ta ruh hastaları için hastaneler yapılmış, İbni Sina "Kanun" adlı kitabında on iki farklı ruh hastalığı tanımlamıştır [31].

Thomas Willis 17. yüzyılda ve Phillippe Pinel 18. yüzyılda şizofreni ile ilgili tanı, tedavi ve araştırma ile ilgili adımlar atmışlardır [32]. Fransız ruh hekimi Psikiyatrist olan Benedict A. Morel, 1856'da "Démence précoce" terimini ilk kez kullanan hekimidir. Ewald Hecker 1871'de "Hebephrenie" terimini kullanarak hebefrenisi olan şizofreni hastalarında bizar davranışlar ile ilgili bilgi sunmuştur. Karl Kahlbaum "katotoni"yi tanılamıştır [33].

Kraepelin, 1899 yılında, dementia praecox, hebefreni ve katotoni olarak bilinen ve farklı olarak düşünülen sendromları "demans praecox" (erken bunama) başlığı altında toplanması gerektiğini söylemiştir. Bu klinik tabloda temel özellikler sanrılar, varsanılar, düşüncenin yapısında bozulma, affektif küntlük, negativist tutum, stereotipiler ve içgörünün olmamasıdır [32, 34, 35]. Kraepelin geniş kapsamlı "Şizofreni" tanımını yapan

ilk psikiyatristtir. Kraepelin hastalığın sonlanmasına göre, yıkım ile giden (dementiapræcós) ve gitmeyen (manik-depresif psikoz) olarak ikiye ayırmıştır. Dementia præcós'u katotonik tip, paranoid tip ve hebefrenik tip olarak üç gruba ayırmıştır [32].

Kurt Schneider, 1930 yıllarında şizofreni için patognomonik olduğunu düşündüğü birinci sıra semptomları tanımlamıştır. Schneider daha çok bizar sanrı ve varsanılar üzerine yoğunlaşmıştır. Bunlar; düşünce çekilmesi, düşünce sokulması, kendisi hakkında konuşan sesler ve davranışlarını yorumlayan sesler, düşünce yayılması, düşüncesinin, hareketin ve eylemin dış güçler tarafından kontrol edilmesi gibi yaşantılardır. "Schneiderian belirtiler" kavramı DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) için ölçütleri oluşturmada etkili olmuştur [32, 36, 37].

Sigmund Freud, şizofrenik fenomenleri regrese olma kavramıyla açıklamaya çalışmış ve şizofrenik mekanizmaları nevrotik semptom oluşumu kuramı ile ayırtılandırmıştır [38].

### **2.3. Epidemiyoloji**

Psikiyatri kaynakları uzun yıllar boyunca şizofreni yaşam boyu yaygınlığını tüm toplumlarda görüme oranı % 1 olarak vermiştir. Son on yılda yapılan araştırmalar şizofreni yaygınlığının toplumların özelliklerine göre geniş bir aralıkta dağılımı olduğunu göstermiştir [39].

Farklı ülkelerde yapılan yaygınlık araştırmalarını inceleyen sistematik gözden geçirme araştırması sonucunda şizofreni için nokta yaygınlık ortancası 4.6/1000 kişi olarak bulunmuştur. Yaşam boyu şizofreni olma riski ise %0.7 olarak bulunmuştur [40].

Tüm psikiyatrik bozukluklarda olabilecek psikotik belirtilerin yaşam boyu yaygınlık %2.5 ile 3.5 aralığındadır [41-44]. Şizofreni dışındaki diğer psikotik bozuklukların (şizofreniform, kısa psikotik atak, şizoafektif bozukluk, sanrılı ve tanımlanamayan psikotik bozukluklar) yaşam boyu toplam yaygınlıkları 9/1000 civarındadır [41-44].

Türkiye'de kesitsel olarak yapılan epidemiyoloji araştırmalarında şizofreni prevalans ortalaması 8.9/1000 kişi olarak bulunmuştur. İzmir merkezinde şizofreninin

yaşam boyu yaygınlığı 7.4/1000 olarak saptanmıştır. Bu oranlara göre Türkiye’de 480.000 civarı şizofreni tanısı olan kişi olduğu düşünülebilir [43].

Şizofreni hastalığı ortalama 15 ile 25 yaş arasında başlamaktadır[40]. Erkeklerde başlangıç yaşı ortalama 19, kadınlarda ise 23 civarındadır [45]. Kadın hastalarda ilk şizofreni atağı 40’lı yaşlarda ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle hastaların yaklaşık %20’sinde başlangıç yaşı 40 civarındadır [46].

Yapılan araştırmalarda şizofreni uzun yıllar boyunca kadın ve erkeklerde eşit yaygınlıkta bulunmuştur [28]. Son zamanlarda yapılan araştırmalarda şizofreni yaygınlığı ve sıklığı erkeklerde kadınlara göre daha fazla bulunmuştur [40, 47].Şizofreni yıllık sıklığı yaklaşık kadınlarda 10/100.000, erkeklerde ise 15/100.000 kişi olarak saptanmıştır [32].

## **2.4. Etiyoloji**

Yüzyılı aşkın bir süredir yapılan araştırmalarda şizofreninin oluş nedenleri henüz kesin olarak aydınlatılamamıştır. Etiyoloji “psikososyal” ve “organik” olmak üzere iki temel grupta toplanarak incelenmektedir [37].

### **2.4.1. Genetik Faktörler**

Şizofreni ve benzeri hastalıklarda genetik faktörler etkilidir ve hastaların biyolojik akrabalarında görülme oranı daha yüksektir. Şizoreni de birçok genin genetik yatkınlığa katkısı olduğu düşünülmektedir. Şu an en güncel aday genler; a-1 nikotinik reseptör, DISC 1, GRM 3, COMT, NRG 1, RGS4 ve G72’dir [28].

Aile, ikiz ve evlatlık çalışmaları, şizofreni hastalığının kalıtsal geçişli olduğunu göstermektedir. Şizofreni riskini araştıran kontrollü çalışmalarda şizofreni hastalarının birince derece yakınlarında risk oranları 1.4 ile 16.2 arasında değişmektedir. Anne babadan biri hasta ise çocuğun şizofreni olma riski %12.5-13.8 arasındadır. Her iki ebeveyni şizofreni olan çocuklarda risk %35-46 oranlarına çıkmaktadır. Danimarka’da 2010’da yayınlanan bir çalışmada anne ve babası şizofreni olan kişilerde şizofreni görülme riski %27.3, şizofreni benzeri bozukluklar eklenince bu oran %39.2’ye çıktığı bildirilmiştir. Ebeveynler sağlam, ancak çocuklardan biri hasta ise, kardeşlerde hastalanma riski %6.7–8.2 oranındadır [37].

Tek yumurta ikizlerinde %31-78 arasında değişen oranda en yüksek eř hastalanma görülmektedir. Yakın akrabalar arasında hastalık riski, normal nüfusa göre 7 ile 10 kat daha artmaktadır. z ebeveyni şizofreni olan ve başka bir aile tarafından yetiştirilmiş kişilerde şizofreni ve benzeri hastalıkların görülme riski, öz ebeveyni şizofreni olmayan ve evlat edinilen kişilere göre daha yüksek bulunmuştur [37].

#### **2.4.2. Çevresel Faktörler ve Risk Etkenleri**

şizofreni etyolojisinde yatkınlık sağlayan nedenler arasında gösterilen genetik faktörlerin tek yumurta ikizlerinde bile eř hastalanma %40-45 oranında olması nedeniyle yatkınlığı açıklamaya yetersiz kaldığı grlmştir. Bu nedenle hastalığın oluşumuna neden olan çevresel faktörleri bulmak için araştırmalar yapılmaya başlanmıştır [48].

Obstetrik komplikasyonların kişide nörolojik ve ruhsal problemlere neden olabileceği bilinmektedir [49]. Yapılan alışmalar şizofreni ile obstetrik komplikasyonlar arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Çalışmalarda gebelik sresinde annenin stresli olması, sigara alkol kullannımı, erken doğum, uzamış doğum eylemi, düşük ağırlıklı doğum, baş çevresinin küçük olması, Rh kan uyuramazlığı gibi komplikasyonların şizofreni riskini arttırdığı gösterilmiştir [50, 51].

Yapılan çalışmalarda güney yarımlar küre’de Haziran – Eylül arasında, kuzey yarımlar küre’de ise Kasım – Nisan ayları arasında doğanların şizofreni olma ihtimalinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir [52]. Öte yandan soğuk aylarda doğum ile şizofreni arasındaki ilişki olduğuna dair çelişkili bildirimler de bulunmaktadır [53]. Viral enfeksiyonların soğuk mevsimlerde doğan bebeklerin beyin gelişimi üzerine etkisi olduğu dşnlmektedir [49].

Erken yaşta olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşma, çocuklukta istismara uğrama, ihmal edilme ve cinsel olarak kötüye kullanılmanın şizofreni olma riskini arttırdığı kabul edilmektedir [54]. Küçük yaşta ebeveyn kaybı, ebeveyn ayrılığı, ebeveyninden ayrı kalma gibi olumsuz olaylarla şizofreni arasında risk olduğu gösterilmiştir [55, 56]. Ebeveyninden ayrı kalan çocukların şizofreni ve psikoz riski 3 kat artmaktadır [55].

İhmal ve istismar tüm psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi psikoz için de risk faktörleri arasındadır [57].Fiziksel, cinsel ve psikolojik istismar ile fiziksel ve psikolojik ihmal şizofreni ve psikoz riskini 3 ile 8 kat arttırmaktadır [55].

Kentte yaşayanların şizofreni olma riskinin kırsal bölgede yaşayanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur [58, 59]. Yapılan bir metaanaliz sonucunda, kentte yaşayan kişilerde kırsal kesimde yaşayan kişilere göre şizofreni yaklaşık 2 kat fazla olduğu bulunmuştur. Kentte yaşayan bu kişilerde psikotik özellikler ya da yaşantılar daha fazla görülmektedir. Bireyin kentsel bölgede yaşamanın koşullarına erken maruz kalması durumunda, şizofreni için yüksek risk taşıdığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur [59].

Birinci kuşak göçmenlerde şizofreni riski 2-3 kat artarken, ikinci ve üçüncü kuşak göçmenlerde risk 7-8 kat kadar arttığı gösterilmiştir [60, 61]. Bu durum, ikinci kuşak göçmenlerin doğum ile birlikte başlayan sosyal eşitsizliğe ve sosyal izolasyona daha uzun süre maruz kalmasına bağlı olabilir [62].

Madde bağımlılığının şizofreni olma riskini arttığı bulunmuştur [51].Esrar kullanan kişilerde şizofreni riski 2 kat artmaktadır [63]. Çalışmalarda şizofreni hastalarında amfetamin, halusinojen ve kannabis kullanımının arttığı gösterilmiştir. Hastalar, madde kullanarak anksiyete ve depresif belirtilerini azaltmak ve haz almak için kullandıklarını belirtmektedir. Şizofreni hastalarında madde kullanım bozukluğunun kötü prognozla ilişkili olduğu bildirilmiştir [52, 64].

### **2.4.3. Şizofreni Etiyolojisi ile İlgili Teoriler**

#### **Nörokimyasal Model**

Dopamin kimyasal yapı olarak adrenaline benzeyen, motor devinimi denetleyen, zevk ve acı gibi süreçlerde etkili olan önemli bir nörotransmitterdir. Son 40 yılda şizofreni fizyopatolojisi ile ilgili çalışmalarda, şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotiklerin D2 reseptörlerine bağlanarak etki göstermesi, şizofreni hastalarında yapılan post mortem incelemelerde beyinde D2 benzeri reseptörlerin yoğunluğunda artış olması ve dopamini arttıran amfetamin, kokain, levodopa, metilfenidat gibi maddelerin şizofreniye benzer durumlar ortaya çıkarması üzerine dopamin varsayımı öne çıkmıştır [37].

Dopamin varsayımında temel olarak şizofrenide subkortikal ve mezolimbik yapılarda aşırı dopamin etkinliği ile artı belirtiler, mezokortikal yapılarda dopamin yayılımındaki azalma ile eksi belirtiler ve bilişsel kayıplar ortaya çıkmaktadır [37].

Serotonin ve triptamin türevlerinin 1950'lerde halüsinojenik etkisinin bulunması üzerine serotoninin şizofreni patofizyolojisinde etkili olabileceği görüşü ortaya atılmıştır. Beyinde dopaminerjik ve serotonerjik sistemler anatomik ve işlevsel olarak birbiriyle etkileşim içindedir. Şizofreni hastalarında 5-HT1a yoğunluğunda artma, kortekste 5-HT2a yoğunluğunda azalma tespit edilmiştir [65]. Serotonin ve dopamin antagonisti (klozapin, risperidon, sertindol gibi) ilaçların 5-HT2 reseptördeki antagonizma etkisi ile psikotik belirtilerin azalmasına etkili olduğu ve D2 antagonizması ile ilişkili hareket bozuklukları yan etkisinin daha az ortaya çıktığı vurgulanmıştır [52].

Beyindeki ana inhibitör olan nörotransmitter GABA etkisini GABA-A ve GABA-B reseptörleri ile etki gösterir. Şizofreni hastalarında kortikal GABAerjik ara nöronlarda azalma ve prefrontal kortekste GABA-A reseptörlerinde artış saptanmıştır. İnhibitör olan GABA'nın azalması kuramsal olarak dopamin ve noradrenalinde artış anlamına gelebilir [66].

Glutamat ile ilişkili NMDA reseptör antagonisti fensiklidinin sağlıklı kişilerde şizofreni benzeri bir sendromu ortaya çıkarmasından ve şizofreni hastalarında psikotik belirtilerin artışına neden olmasından dolayı, şizofreni etiyolojisinde glutamatın etkisi olduğu düşünülmektedir [65]. NMDA işlev bozukluğunda dopaminerjik sistemde dengesizliğe neden olduğu ve dopaminerjik sistemdeki bozukluğun ise glutamaterjik sistemdeki anormalliği arttırdığı iddia edilmiştir [67].

Şizofreni hastalarında Asetilkolin ile ilgili post mortem çalışmalarda, dentat girus, singulat korteks ve frontal lob bölgelerinde alfa-7 nikotinik asetilkolin reseptörü bağlanmasında azalma saptanmıştır. Şizofreni hastalarında görülen bilişsel işlev bozukluğunun kolinerjik sistem ile ilgili olan alfa-7 nikotinik asetilkolin reseptörlerinden dolayı olduğu düşünülmektedir. Şizofreni hastalarında sigara içme oranlarının yüksek olmasının nedeni olarak kendi bilişsel yetersizliklerini sigara ile düzeltmeye çalışmaları olduğu düşünülmektedir [68, 69].

Esrarın psikoz ve benzeri bulgular ortaya çıkarması ve kanabinoid reseptörlerinin (CB) bulunmasından sonra şizofreni hastalarında endokanabinoid sistem ile ilgili çalışmalar artmıştır. CB1 striatum, hipokampus ve beyincikte presinaptik bölgede yer almaktadır. CB1 reseptörleri GABA, Glutamat, Serotonin, Dopamin ve Asetilkolin salınımını etkiler ve sinaps plastisitesinde rol oynar. Beyin olgunlaşmasında ve ergenlik döneminde bu sistemde olan bozukluğun erişkinlik döneminde bilişsel kayıplara yol açtığı gösterilmiştir [70].

Norepinefrin sisteminin diğer nörotransmitter sistemleriyle birlikte şizofreni patofizyolojisinde etkili olduğu düşünülmektedir. Paranoid belirtilerin baskın olduğu hastalarda BOS ve plazma norepinefrin düzeyinde artış olduğu gösterilmiştir. Norepinefrin düzeyindeki anormallik duygudurum bozukluklarında da görülmekte olup şizofreniye özgü değildir [71, 72].

### **Nörogelişimsel Model**

Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalar, erken beyin gelişimi döneminde oluşan akuaduktus daralması, araknoid ve septal kistler, korpuskallozum gelişim problemleri, beyin asimetrisinin tersine dönmesi gibi yapısal anormallikler ve bunlara ek olarak çocukluk dönemlerinde anormal nörolojik ve davranışsal bulgular saptanmasından dolayı şizofreni hastalığının nörogelişimsel bir bozukluk olabileceğini düşündürmektedir [37].

45 yıllık doğum-izleme çalışması sonucunda ilerde şizofreni olanların gülümseme, başını tutma, oturma, emekleme ve yürüme gibi birçok motor mental gelişim basamağına ileride bir ruhsal rahatsızlığı olmayan bireylere göre daha geç ulaştıklarını göstermektedir [37]. Şizofreni hastalarının post-mortem histolojik incelemelerde sadece beyin gelişiminin erken dönemlerinde olabilen kortikal hücre dizilim ve dağılım anormallikleri saptanmıştır [65].

### **Stres Yatkınlık Modeli**

Son zamanlarda şizofreninin etiyojisi ile ilgili araştırmalar stres-yatkınlık (diates) modeli üzerine yoğunlaşmaktadır. Yatkınlığı bulunan bir kişi biyolojik, psikososyal ve çevresel etkenlerin birbiri ile etkileşimi sonucunda stresli bir olayla karşılaştığında şizofreni belirtileri gösterir. Bu modelde, yatkınlık veya stres biyolojik,



çevresel kökenli veya her ikisi birlikte olabilir. Çevresel bölüm hem biyolojik (kanser, enfeksiyon gibi), hem psikolojik (stresli çalışma ortamı, sevilen kişinin kaybı gibi) olabilir. Yatkinlığın biyolojik temeli madde bağımlılığı, psikososyal stres ve travma gibi epigenetik etkilerle şekillenebilir [52, 73].

### **Psikoanalitik Kuram**

Psikanalitik kurama göre, şizofrenide libidinal aktarım özsevici (narsist) düzeyde fikse olur. Stresse maruz kalan bireyin benliği (ego) bu ilkel düzeye geriler (regresyon) ve libidinal aktarım nesnelere geri çekilerek özbenliğe (self) yatırılır (ikincil narsisizm). Libidinal aktarımın, bedene çevrilmesi durumundaki şizofreni hastalarında, hastaların kendi bedenleri ile uğraşmaları ve otizm gibi belirtiler gözlenir. Libidonun dış nesnelere ve gerçekliğe tekrar ulaşabilme çabası sonucunda sanrılar ve varsanılar oluşmaktadır [37, 52]

### **2.5. Tanı**

#### **DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri**

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisi (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur.

Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

- 1) Sanrılar
- 2) Varsanılar
- 3) Dezorganize konuşma (örneğin sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma).
- 4) İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı
- 5) Negatif (silik) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri 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 6 ay sürer. Bu 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 rezidüel (artakalan) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, prodromal ya da rezidüel evreleri sırasında, yalnızca negatif (silik) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örneğin yargılanacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoaftif (şizoduygulanımsal) bozukluğa da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiçülu bozukluk dışlanır, çünkü ya açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör (yeğın) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır. (ya da açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve rezidüel dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.)

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

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanısıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur [74].

## 2.6. Klinik Özellikler

Şizofreni çok çeşitli ruhsal belirti ve bulguların bir araya gelmesi ile oluşan bir sendromdur. Şizofreni için patognomonik bulgu olmadığı gibi; şizofreni hastalarında görülen belirtiler herhangi bir psikiyatrik veya nörolojik hastalıkta görülebilir [32].

Şizofreni hastalığının belirtiler açısından tipik bir başlangıcı yoktur. Sosyal izolasyon, konuşma içeriğinde ve kişiler arası iletişimde azalma gibi sinsi bir başlangıç olabileceği gibi bazı hastada uygunsuz gülmeler, garip davranışlar, kendi kendine konuşma, ajitasyon ya da obsesif kompulsif bulgular şeklinde olabilmektedir. Şizofreni hastalığı renkli sanrılar, varsanılar, algı bozukluğu, saldırganlık ve taşkınlık gibi akut bir tablo ile de başlayabilmektedir [50, 71].

Şizofreni hastalarının ilk nöbetlerinin yarısında psikoza geçiş yavaş ve sinsi olur. Bazı hastaların prodrom döneminde psikotik belirtiler ortaya çıkmadan önce hastanın işlevselliğinde gerileme, çevreye ilgide azalma, sosyal ortamlardan kaçınma, garip düşünce ve davranışlar olur. Bu dönemde diğer psikiyatrik rahatsızlıklarda da görülebilen uyku düzensizliği, irritabilite, anskiyete belirtileri, dikkatini odaklamada güçlük, halsizlik, öz bakımda azalma gibi belirtiler görülebilir. Prodrom dönemi bazen birkaç hafta ya da ay sürerken, genel olarak 2-5 yıl sürmektedir. Prodrom dönemi sonrasında artı belirtilerin baskın olduğu psikotik tablo ortaya çıkar [75].

Kronik dönemde hastalarda farklı dönemlerde farklı belirtiler olabilmektedir. Zamanla gerçeklik kavramını yitiren şizofreni hastası, deneyimlediği yaşantılara bir açıklama getirme çabasıyla sanrılar, varsanılar ve psikotik açıklamalar geliştirmeye başlar ve zamanla gerçek dışı olan bu deneyimleri gerçeğin yerine koymaya başlar. Hastalığın bu döneminde daha çok artı belirtilerin olduğu dönemdir. Hastalık kronikleştikçe artı belirtiler yerine negatif belirtiler hakim olur [52, 71].

Şizofrenide artı ve eksik belirtiler dışında klinik olarak bilişsel işlevlerde ve işlevsellikte azalma, homosidal davranışlar ve affektif bulgular olabilmektedir. Şizofrenide artı belirtiler algı bozukluğu (varsanı), düşünce bozukluğu (sanrı), dezorganize belirtiler (düşünce ve davranışlarda) olarak tanımlanmıştır. Eksik belirtiler ise duygusal tepkilerde azalma veya küntlük, düşünce içeriğinde fakirleşme (alogia), istemli

eylem ve istenç azlığı (avolition) ve zevk almama (anhedonia) olarak tanımlanmıştır [37, 52].

## **2.7. Gidiş ve Sonlanım**

Şizofreni her hastada farklı şekilde gidiş ve sonlanım gösterebilen kronik bir rahatsızlıktır. Sinsi ve yavaş başlayıp uzun süre böyle giderken ani olarak akut alevlenme olabilir. Akut alevlenme dönemi tedaviyle ya da kendiliğinden yatışabilir. Daha sonra kronik süreçte negatif belirtilerin daha baskın olduğu rezidüel (kalıntı) şizofreniye dönüşebilir [37]. Hastalık klasik olarak akut alevlenmeler ve remisyonlar şeklinde ilerler. İlk psikotik atak sonrasında işlevsellik göreceli olarak normaleşebilir. İlk 5 yıl boyunca hastalığın seyri hastanın genel gidişini gösterir. Her akut alevlenme sonrasında hastanın işlevselliğinde ve bilişselliğinde yıkım olur [52].

Hastaneye yatarak tedavi olmuş hastalar düzenli ilaç kullansa bile ortalama %35-40'ı ilk sene içinde ikinci bir akut alevlenme dönemi geçirir. Nüks sayısı arttıkça hastalığın kronikleşme olasılığı artar [76]. Şizofreni hastalığının gidişi ve sonlanması her hastada farklı seyredebileceği için hastalığın seyrini önceden kestirmek hemen hemen olanaksızdır [77]. Yapılan bir izlem çalışması şizofreni hastalarının %25'nin tamamen iyileştiği, %50'sinin belirtilerinin yatıştığı ve sosyal işlevlerinin iyi olduğunu göstermiştir [78].

### **2.7.1. Şizofreni Prognozu**

Şizofreni hastalığının gidişatı ve sonlanması ile ilgili incelemelerin sonucunda; hastalık gidişinin hem aynı hastanın hastalık sürecinde hem de hastadan hastaya son derece farklı olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre prognoz; tam iyileşme ile hastalık bulgularının olduğu ve işlevsellikte hiç düzelme olmaksızın giden kronik hastalık arasında değişebilir. Hastaların önemli bir bölümünün bu iki uç arasında bir yerde kaldığı ve kısmi iyileşme ile giden psikotik ataklar geçirdiği bilinmektedir. Şizofreni tanısı konan hastaların yarısından azında ortalama altı sene içinde klinik düzelme olduğu saptanmıştır [77].

### **2.7.2. Olumlu Gidiş Göstergeleri**

Hastanın kadın cinsiyet olması, hastalığın ani başlangıçlı olması, hastalığın ileri yaşta başlaması, ailede duygudurum bozukluğu öyküsü, hastalık öncesinde toplumsal uyumun iyi olması, evli olma, kırsal kesimde yaşama, yüksek zeka düzeyi, sanrı ve varsanılarının baskın olması, az sayıda ve kısa süreli alevli dönem olması, tedaviye erken başlanması ve düzenli tedavi alması, ek tanı olmaması, ailelerin iş birlikçi olması şizofreni için olumlu gidiş göstergeleridir [79].

### **2.7.3. Olumsuz Gidiş Göstergeleri**

Hastanın erkek cinsiyet olması, hastalığın sinsi başlaması, hastalık başlangıcının erken olması, ailede şizofreni öyküsü olması, hastalık öncesinde şizoid ya da şizotipal kişilik özellikleri olması, bekâr olması, şehir merkezinde yaşamak, zeka düzeyinin düşük olması, eksi belirtilerin ağırlıklı olması, çok sayıda ve uzun süreli hastaneye yatışı olması, dezorganize belirtiler olması, düzenli tedavi almaması, ektanilerin bulunması ve ailede duygu dışavurumunun yüksek olması şizofreni için olumsuz gidiş göstergeleridir [79].

### **2.7.4. Şizofrenide Sonlanım (Ölüm ve Özkıyım)**

Ölüm oranı; şizofreni hastalarında topluma göre 2-4 kat fazladır. Ölüm nedenlerinin ilk sırasında özkıyım bulunmaktadır. Şizofreni hastalarının %20-50'sinin intihar girişiminde bulunduğu ve %10 hastanın intihar sonucu yaşamlarını kaybettiği bildirilmektedir. Bu oran toplum oranlarından yirmi kattan fazladır [30, 80, 81]. Özkıyım riskini arttıran faktörler erkek olmak, alkol ve madde kullanım bozukluğu, iç görü sahibi olmak, bekar, yalnız yaşamak veya işsiz olmaktır [75, 81].

Şizofreni hastalarında bedensel aktivitenin kısıtlı olması, obezite, sigara kullanımı, kötü beslenme alışkanlıkları olması nedeniyle yaşam süresi toplum ortalamasına göre kısa olmaktadır. Şizofrenide enfektif hastalıklar, kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve kazalar topluma göre daha yüksek oranlarda seyretmektedir [81].

## 2.8. Şizofreni ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi

### 2.8.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Tanımı

Ruhsal travma, kişinin beklemediği bir anda ve aniden olan, bireyin başatma yöntemleri ve savunma düzenekleri ile üstesinden gelemeyeceği kadar ağır olan, ruhsal olarak zorlayan ve aşırı sarsıcı deneyim olarak tanımlanmaktadır. Bu travmatik yaşantı, insan eliyle yapılmış ya da doğal afetler şeklinde olabilir [82-84].

Çocukluk çağı travması kişinin 18 yaş öncesinde maruz kaldığı fiziksel, cinsel, duygusal kötüye kullanım ve ihmalin yanı sıra ebeveyn ya da bakım veren kaybı, ayrılma, şiddete tanık olma, göç, kaza veya doğal afetler şeklinde olabilmektedir [82, 83].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), çocuğa yapılan kötü muamele ve istismarı, sorumluluk, güven ve yetenekle ilgili çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya psikolojik her türlü kötü davranışı, ihmali, her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren davranışların tamamı olarak tanımlamaktadır [85].

İhmal ile istismar arasındaki temel fark ise istismarın aktif, ihmalin pasif bir durum olmasıdır [86]. Literatürde farklı sınıflandırmalar mevcut olsa da çocuk istismarını, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olarak ayırmak mümkündür [87].

Fiziksel İstismar, 18 yaşından küçük çocuğun, ebeveyn ya da primer bakım vereni tarafından sağlığına zarar verecek şekilde bedensel zarara uğraması, yaralanması ya da yaralanma olasılığı taşımasıdır. Zarar verme; elle ya da bir cisimle vurularak, sarsılarak, itilerek, ısırılarak ya da yakılarak oluşabilmektedir [52, 83, 88]. Fiziksel istismar başka bir tanımla çocuğa vurmak, sarsmak, fırlatmak, zehirlemek, yakmak ve boğmak gibi fiziksel olarak zarar verebilecek her türlü davranışı kapsamaktadır [89].

Cinsel İstismar, çocuk ve yetişkin arasında veya diğer çocuğun yaşınınanlamlı olarak daha büyük olması ya da zor kullanması şartıyla, cinsel olarak kötüye kullanım olan davranışlar olarak tanımlanmaktadır [90]. Bir başkası tarafından cinsel gereksinim ya da isteklerinin doyumu için çocuğun cinsel nesne olarak kullanılmasıdır. Cinsel istismar davranışları olarak çocuğun özel bölgelerine bakmak, dokunmak, öpmek, vücuduna organ ya da cisim sokmak, bir başkasının özel bölgelerini göstermek, zorla

dokundurmak, cinsel içerikli video, resim vb şeyler izlemeye zorlamak olarak tanımlamıştır [91].

Duygusal istismar, çocuğa uygunsuz duygusal davranışlarda bulunarak çocuğun ruhsal gelişimini bozacak davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Çocuğa yetersiz olduğunu hissettirmek, sevilmediğini hissettirmek, çocuktan aşırı ve uygunsuz beklentiler, okula göndermeme, sosyalleşmesini ve araştırmasını kısıtlama davranışları örnek olarak sayılabilir [89].

İhmal, çocuğun gelişim ve sağlığında bozulmaya neden olacak şekilde temel fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının yerine getirilmemesi olarak tanımlanır. Fiziksel ihmal, bilişsel ihmal (eğitimsel ihmal), duygusal ihmal ve gözetim eksikliği olarak dört farklı ihmal türü vardır [92].

Şar, fiziksel ihmali çocuğun sağlık hizmetlerine ulaştırılmaması veya geciktirilmesi, evden kovulması, terk edilmesi, bakımının ebeveyn dışında başkalarında yerine getirilmesi için uzun süre bırakılması, tehlikelerden korunmaması ve güvenliğinin sağlanmaması ve özbakım, beslenme ve giyim ihtiyaçlarının yeteri kadar karşılanmaması olarak tanımlamıştır [83].

Bilişsel ihmal (eğitimsel ihmal), çocukla yeterince iletişim kurmama, oyun oynamama, eğitimini engelleme gibi durumlar bilişsel ihmal veya bazı kaynaklarda eğitimsel ihmal olarak tanımlanır [92]. Başka bir açıklamaya göre çocuğun eğitim ihtiyaçlarının karşılanmaması, okula kayıt yaptırılmaması, okuldan uzaklaştırılmasına izin verilmesi gibi eğitim sorunu üzerinde durulmasını içerir [52, 93].

Duygusal ihmal, çocuğa sıcaklık göstermeme, psikolojik olarak ulaşılmaz olmak, çocuğun ruhsal sorunları ile ilgili belirtileri görmezden gelme olarak tanımlamıştır [89]. Ebeveyn tarafından çocuğa yeterli sevginin gösterilmemesi, çocuğun ruhsal ihtiyaçlarının karşılanmaması, çocuğun alkol ve madde kullanımına izin verilmesi ve işlerden birinin çocuğun ihmal edilmesine müsaade edilmesidir [83].

Gözetim eksikliği güvensiz bakıcılara iş verilmesi, tıbbi bakımla ilgili alanlarda yetersizlik gibi durumları içerir [89].

## 2.8.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Klinik Özellikler

Çocuk çağı kötüye kullanım ve ihmalinin düşünülenden daha fazla olduğu, erişkinlerde etkilerinin tahmin edilenden daha komplike ve daha zengin belirtileri olduğu çeşitli araştırmalarca gösterilmiştir [52, 83]. Doğal afetler ya da kazalar nedeniyle olan travmalara, insanların sebep olduğu travmalara göre baş etmesi daha kolaydır. İnsan eliyle travmaya maruz kalanların, diğer travmaya maruz kalanlara göre psikiyatrik destek arayışı daha fazladır. Katlanılması zor olan diğer bir durum ise kötüye kullanım ve ihmale uğrayan kişinin, çevresindeki tanıdık birinden zarar görmesidir [83]. İnsanların neden olduğu travmalar sıklıkla kronik, tekrarlayıcı olabilir ve yıllarca sürebilir [52].

Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda birçok bedensel bulgu olabileceği gibi, bazı vakalarda fiziksel bulgunun olmayacağı ve tek istismar belirtisi çocuğun tutarlı ifadesi olabileceği unutulmamalıdır. İstismara maruz kalan çocuklarda bir çok psikiyatrik belirti görülebilmektedir. İstismar sonrasına özgü bir belirtli kümesi veya özgün bir sendrom yoktur. İstismara uğrayan çocuklarda, psikiyatrik belirtilerin hemen ortaya çıkmaması hayatı boyunca psikiyatrik bozukluk olmayacağı anlamına gelmez [91].

Fiziksel istismar ve ihmale uğrayan çocuklarda huzursuzluk, korku, ajitasyon, agresyon, paranoid davranışlar, derslerde başarısızlık ile çökkünlük belirtileri, ayrılık kaygıları, asosyallik, uykularda bozulma, öğrenmede zorluk, davranım bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, emosyonel düzensizlik, madde ve alkol kullanımı, dissosiyatif belirtiler ve travma sonrası stres bozukluğu gibi geniş bir spektrumdaki bozukluklar ortaya çıkabilmektedir [52, 83].

Cinsel istismar akut veya kronik dönemde psikiyatrik semptomlara neden olabilir. Akut olan belirtiler etrafındakileri tedirgin edici ve belirgin olabilir. Küçük çocuklarda olan uygunsuz cinsel davranış, cinsellikle ilgili oyunlar, artmış cinsel merak, uygunsuz yerlerde masturbasyon yapmak, cinsel saldırgan davranışlar ve yaşına uygun olmayan cinsel bilgiler akla cinsel istismarı getirmelidir. Büyük çocuklarda ve ergenlerde cinsel davranışlar ve rastgele olan cinsel deneyimler görülebilir. Okul öncesindeki çocuklarda, karın ağrısı, vajinal ağrı, uykuda kâbus görme, etrafına zarar verici davranışlar ve masturbasyon gibi fiziksel ve davranışsal belirtiler ön plandadır [91, 92, 94].



Cinsel yönden kötüye kullanılan çocuklarda kaygı bozuklukları (travma sonrası stres bozukluğu, fobiler vb.), dissosiyatif bozukluk, depresyon, cinsel fobiler ve ketlenmeler, somatoform bozukluklar, uyku bozukluğu, cinsel kimlik bozukluğu, psikotik bozukluklar gelişebilir. Çocukta psödomaturasyon görülebileceği gibi intihar girişimi ve ölüm gibi dramatik sonuçlar olabilmektedir [91, 92, 94].

### **2.8.3. DSM-5 Tanı Ölçütü Başvuru Kitaplarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı**

Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar

Kötüye Kullanma ve İhmal (Boşlama)

Çocuğa Kötü Davranma ve Çocuğu Boşlama (İhmal) Sorunları

Çocuğa Bedensel Sömürü

Çocuğa bedensel sömürü, anne – baba, bakımveren ya da çocuğun sorumluluğunu taşıyan başka biri tarafından istenerek uygulanan, küçük yara bereden ağır kırıklara ve ölüme kadar uzanan aralıkta, yumruklama, dövme, tekmeleme, ısırma, sallama, atma, bıçaklama, boğma, vurma (elle, kayışla, sopayla ya da başka bir nesneyle), yakma yolu ile ya da başka bir yöntemle çocuğun bedensel yaralanmasına yol açmadır. Böyle bir yaralama, bakımverenin çocuğu incitmek isteyip istememesinden bağımsız olarak sömürü olarak düşünülür. Kıçına şaplak atmak ya da tokat atmak gibi çocuğu dizginlemeye yönelik davranışlar, kabul edilebilir düzeyde olduğu ve bedensel yaralanmaya yol açmadığı sürece sömürü olarak değerlendirilmez.

Çocuğa Bedensel Sömürü, Doğrulanmış

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğa Bedensel Sömürü, Sanılan

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğa Bedensel Sömürü ile İlişkili Diğer Durumlar

Anne babası tarafından sömürüye uğramış çocuğa ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılama

Anne babası dışında birileri tarafından sömürüye uğramış çocuğa ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

Çocuğa sömürü uygulamış anne babaya ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

Çocuğa sömürü uygulamış anne baba dışında birilerine ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

Çocuğa Cinsel sömürü

Çocuğa cinsel sömürü, anne – baba, bakım veren ya da çocuğun sorumluluğunu taşıyan başka birinin, cinsel doyum sağlamak için çocuğu herhangi bir cinsel eyleme katmasını kapsar. Cinsel sömürü, çocuğun cinsel organlarını okşama, içine girme, enest, zor kullanarak cinsel ilişki kurma, sodomi (oğlancılık), açık saçık görünme gibi etkinlikleri kapsar. Cinsel sömürü, anne baba ya da bakımverenin dokunmadan sömürüsünü de kapsar. Sözelimi, çocukla sömüren kişi arasında doğrudan bedensel bir dokunuş olmadan, çocuğu, başkalarının cinsel doyumunu için bir takım eylemlere zorlama, kandırma, ayartma, gözünü korkutma ya da baskı altında tutma da bu kapsam içindedir.

Çocuğa Cinsel Sömürü, Doğrulanmış

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğa cinsel sömürü, Sanılan

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğa Cinsel Sömürü ile İlişkili Diğer Durumlar

Anne babası tarafından cinsel sömürüye uğramış çocuğa ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

Anne babası dışında birileri tarafından cinsel sömürüye uğramış çocuğa ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

Çocuklukta cinsel sömürü öyküsü (geçmiş öykü)

Çocuğa cinsel sömürü uygulamış anne babaya ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

Çocuğa cinsel sömürü uygulamış anne baba dışında birilerine ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

### Çocuğu İhmal (Boşlama)

Çocuğu boşlama, çocuğun anne – babası tarafından birinin ya da başka bir bakım verenin, çocuğun yaşına uygun temel gereksinimlerini karşılamaktan uzak, dolayısıyla çocuğa bedensel ya da ruhsal bir kötülüğün dokunmasıyla ya da dokunabilecek olmasıyla sonuçlanan, doğrulanmış ya da yapıldığı sanılan, gereken ilgiyi göstermeme ve ihmal (boşlama) davranışları olarak tanımlanır. Çocuğu boşlama, bırakıp gitme, denetim altında tutmama, gerekli duygusal ya da ruhsal gereksinmelerini karşılamama ve gerekli eğitimi, sağlık bakımını, besinleri, barınağı ve / veya giysileri sağlamamayı kapsar.

#### Çocuğu Boşlama, Doğrulanmış

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

#### Çocuğu Boşlama, Sanılan

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

#### Çocuğu Boşlama ile İlişkili Diğer Durumlar

Anne babası tarafından boşlanmış çocuğa ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

Anne babası dışında birileri tarafından boşlanmış çocuğa ruh sağlığı hizmetivermek için karşılaşma

Çocuklukta boşlanmışlık öyküsü (geçmiş öykü)

Çocuğunu boşlamış anne babaya ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

Çocuğu boşlamış anne baba dışında birilerine ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

#### Çocuğa Ruhsal Sömürü

Çocuğa ruhsal sömürü, anne – babadan biri ya da bakım veren tarafından isteyerek yapılan, çocuğa belirgin ruhsal bir kötülüğün dokunmasıyla ya dadokunabilecek olmasıyla sonuçlanan, sözel ya da simgesel eylemlerdir (Bedensel vecinsel istismar eylemleri bu kategori kapsamında değildir). Çocuğa ruhsal sömürü örnekleri arasında çocuğu paylamak, aşağılamak, küçük düşürmek, gözünü korkutmak, çocuğun değer verdiği kişilere ya da nesnelere kötülük yapmak / onları bırakıp gitmek (ya da birinin

onlara kötülük yapacağını / alıp gideceğini söylemek), davranışlarını kısıtlamak (kollarını ya da bacaklarını bağlamak, bir yere bağlamak, kapalı küçük bir yere [gömme dolap gibi] tıkmak), sürekli günah keçisi yapmak, kendine acı vermesine zorlamak, bedensel ya da bedensel olmayan yollarla aşırı bir disiplin uygulamak (bedensel sömürü düzeyinde olmasa da, çok sık ya da çok uzun süreli olarak) vardır.

Çocuğa Ruhsal Sömürü, Doğrulanmış

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğa Ruhsal Sömürü, Sanılan

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğa Ruhsal Sömürü ile İlişkili Diğer Durumlar

Anne babası tarafından ruhsal sömürüye uğramış çocuğa ruh sağlığı hizmetivermek için karşılaşma

Anne babası dışında birileri tarafından ruhsal sömürüye uğramış çocuğa ruhsağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

Çocuklukta ruhsal sömürü öyküsü (geçmiş öykü)

Çocuğa ruhsal sömürü uygulamış anne babaya ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

Çocuğa ruhsal sömürü uygulamış anne baba dışında birilerine ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma [74].

#### **2.8.4 .Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi**

Çocukluk dönemi istismar ve ihmali genellikle toplum içinde saklı kaldığı için tahmin edilenden fazladır ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir [95-97].

Çocuk istismarı ve ihmali tüm dünya için ortak problemdir. Her sene 1.6 milyon çocuğun fiziksel, cinsel, duygusal istismara ya da ihmale maruz kaldığı; 1000'den fazla çocuğun bu nedenlerle hayatını kaybettiği düşünülmektedir [98].

Dünya Aile Ortamında İstismar (WorldSAFE) tarafından yapılan çalışmada, Fiziksel istismar yaygınlık oranı Amerika Birleşik Devletleri ve Şili'de %4, Filipinler'de %21, Mısır'da %26, Hindistan'da %36 olarak bulunmuştur. Bu beş ülkedeki psikolojik istismar ise Amerika Birleşik Devletlerin'de %85, Şili'de %84, Filipinler'de %82, Mısır %72'de ve Hindistan %70 olarak bulunmuştur [85].

Örsel ve arkadaşları, 2011 yılında psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatrik tanısı olan 183 hastada çocukluk çağı travmasını araştırmıştır. Kadınların %70.3'ünün, erkeklerin %58.2'sinin çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı gösterilmiştir. Hastaların 117'sinde (%65.7) çocukluk çağında fiziksel, duygusal ve cinsel istismar deneyimlerinden en az birinin; 11'inde (%6.1) ise bu üç istismarın da olduğu bulunmuştur [99].

Ayaz ve arkadaşlarının 2012'de yaptığı bir çalışmada, çocuk psikiyatrisine adli muayene için getirilen 6-18 yaş aralığındaki çocuk-ergenlerde istismar öyküsü olanların %71'inde psikiyatrik bozukluk olduğunu gösterilmiştir [100].

Zoroğlu ve arkadaşlarının İstanbul'da 14-17.5 yaş arasında olan 326'sı erkek, 513'ü kız olan toplam 839 lise öğrencisinde yapılan bir çalışmada, gönüllülerin %16.5'i ihmal, %15.8'i duygusal istismar, %13.5'i fiziksel istismar ve %10.7'si cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmiştir [101].

Turla ve arkadaşları fiziksel istismar oranını araştırdığı rastgele bir örneklem çalışmasında Samsun'da 988 üniversite öğrencisi çalışmaya alınmıştır. Katılımcıların 527'sinin fiziksel şiddete uğradığı bulunmuştur. Fiziksel istismara maruz kalma oranı erkeklerde %64, kadınlarda %41 olarak bildirilmiştir [102].

Putnam'ın, 1989 - 2003 yılları arasındaki İngilizce olarak yapılmış çalışmaları gözden geçirdiği bir metaanalizde erkeklerin %4-9'u, kadınların %12-35'inin 18 yaşının altında istenmeyen cinsel deneyimler yaşadığı bulunmuştur [103].

Koten ve arkadaşlarının Trakya Üniversitesinde yaptığı çalışmada yaptığı bir araştırmada, aile içi cinsel istismar oranı %1.4 olarak bulunmuştur [104]. Alikışıfoğlu ve arkadaşlarının 2000 yılında İstanbul'da dokuzuncu, onuncu ve onbirinci sınıflarda okuyan 1871 kız öğrenciyi aldığı araştırmada, ensest oranı %1.8, çocukken özel bölgelerine istemedikleri halde dokulması %11.3, cinsel ilişkiye zorlanma ise %4.9 olarak bulunmuştur [105].

Bilginer ve arkadaşlarının 2013 yılında bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen polikliniğine başvuran cinsel istismar eyleminin sanığı veya mağduru olan çocuklarda yaptığı araştırmada, mağdurların %78.8'i kız, %21.2'sinin erkek olduğu ve sanıkların hepsinin erkek olduğu bulunmuştur [106].

Çocukluk çağı kötüye kullanım sıklığı ile ilgili araştırmalar farklı sonuçlar bildirmektedir. Kızlarda %6-61, erkeklerde %3-31 aralığında olduğu bulunmuştur. Cinsel istismarda bulunanların önemli bir çoğunluğu erkek iken, kız çocuklarının erkeklerle oranla 5 kat daha fazla istismara maruz kaldığı bildirilmiştir [83] .

Gelişmemiş ülkelerde, beş yaşın altındaki çocuklarda fiziksel istismar nedeniyle ölümlerin gelişmiş ülkelere oranla 4-6 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir [85].

### **2.8.5 .Çocukluk Çağı Travmalarında Etiyoloji**

Çocukluk istismarı için risk faktörleri çevresel, kültürel, ailesel ve çocukla ilgili etkenler olarak incelenebilir. Çevresel etkenler olarak düşük sosyo ekonomik durum, ebeveynlerin düşük eğitim düzeyi, işsizlik, aile ortamında çatışmalar olması, aile içi şiddet, ebeveynlerden birinin olmaması, tecrübesiz ebeveynler, çocuk sayısının çokluğu, ebeveynlerde psikiyatrik rahatsızlık, alkol madde kullanımı, ebeveynlerde kişilik bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Çocukla ilgili risk faktörleri olarak mental retardasyon, kronik rahatsızlıklar, fiziksel engellilik ve psikiyatrik rahatsızlıklar sayılabilir [89, 107].

Fiziksel istismar ve ihmal ebeveyn ya da primer bakım veren ile ilgili risk faktörleri arasında çocukluk çağı travmasına maruz kalma, psikiyatrik rahatsızlıklar, madde kullanımı ve sosyal desteğin azlığı ya da yokluğu gösterilmektedir [108]. Cinsel istismarda bulunan ve enest ilişkide bulunan kişilerde farklı ruhsal rahatsızlıklar ve mental kapasite kısıtlılığı bulunabilmektedir [52].

### **2.8.6. Çocukluk Çağı Travmalarının Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi**

Çocukluk çağında travma öyküsü, yetişkinlikte psikiyatrik bir bozukluğa sahip olma olasılığının artması ile ilişkilendirilmiştir [6, 109]. Çocuklukta travma öyküsü olan yetişkin psikiyatrik hastaların, hastaneye ilk yatışlarının daha erken yaşta ve yatış sayılarının artmış olduğu, relaps oranlarının ve yatış sürelerinin daha uzun olduğu aynı

zamanda intihar riski açısından bu hastaların daha fazla risk taşıdığı gösterilmiştir [8, 9, 109, 110].

Çocukluk çağında istismar ve ihmale maruz kalma ile; travma sonrası stres bozukluğu [110, 111],disosiyatif bozukluklar [81-83, 112-115], konversiyon bozukluğu [52], kendine zarar verme davranışı [116],intihar girişimi [117], depresif ve affektif bozukluklar [52, 118-121], yeme bozuklukları [121, 122], sınırda kişilik bozukluğu [83, 112, 123], antisosyal kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu [124], obsesif kompulsif bozukluk [125], alkol - madde kullanımı ve bağımlılığı [82, 83, 108, 120], erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu [126], beden dismorfik bozukluğu [127], intihar girişimi [117], cinsel işlev bozukluğu ve cinsel sorunlar [52, 123], anksiyete bozuklukları [112, 119, 123],intihar girişimi ve kendine zarar verme [82, 83, 112, 123] gibi bir çok psikiyatrik rahatsızlık ile arasında ilişki gösterilmiştir.

### **2.8.7. Çocukluk Çağı Travmalarının Şizofreni ile İlişkisi**

Çocukluk çağında travmaya maruziyet ve erişkin dönem psikotik bozukluk veya şizofreni arasındaki nedensellik ile ilgili çalışmalar artmaktadır.

Fiziksel, duygusal ve cinsel istismar gibi çocukluk çağı travması deneyimi yaşamının psikoz için risk faktörü olduğu bildirilmiştir [128].

2005 senesinde yapılan ve çocukluk çağı travması ile psikotik bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştıran 51 araştırmanın bulunduğu bir metaanalizde, çocukluk çağı travması olanlarda varsanı ve sanrı belirtileri arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur [58].

Üçok ve Bıkmaz'ın ilk atak şizofreni olan 57 hastada yaptığı bir çalışmada, hastaların %52'sinde en az bir çocukluk çağı istismar türü, %43'ünde ise en az bir çocukluk çağı ihmal türü olduğu bulunmuştur [129]. Bendall ve arkadaşlarının 2012 yılında çocukluk

çağı travması, travma sonrası stres bozukluğu ve ilk atak psikoz arasındaki ilişkiyi incelediği bir araştırmaya göre, çocukluk çağı travmasına maruz kalma ile ilişkili travma sonrası stres bozukluğu sonrasında psikoz gelişme ihtimali 20 kat fazla saptanmıştır [130].

Çocukluk çağı travmasının şizofreni kliniğine etkisini araştıran bir çalışmada, travmanın daha fazla TSSB ve anksiyete belirtileri ile intihar ve saldırgan davranış ile ilişkili olduğunun saptanmasının yanısıra, çocukluk çağı travma ölçeğinde duygusal ve

cinsel kötüye kullanım puanları ile hastalık başlangıç yaşı arasında negatif korelasyon bulunmuştur [24].

Janssen ve arkadaşları (2004), çocukluk çağında maruz kalınan istismarın ileride özellikle pozitif semptomlarla ilişkili olduğunu ve psikotik yaşantılar için de önemli bir risk faktörü olduğunu vurgulamıştır [131].

Şizofreni hastalarında hastalık öncesi işlevsellik, hastalık bulguları ve bilişsel işlevlerin araştırıldığı bir çalışmada çocukluk çağı travması olanların ortalama hastaneye ilk yatış yaşının daha küçük olduğu bulunmuştur [27].

Schenkel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, şizofreni/şizoaffektif bozukluk tanısı olan 40 hastada, çocukluk çağı travması şiddet ve sıklığı ile varsanı ve sanrılar arasında pozitif korelasyon olduğu bildirilmiş, çocukluk çağı travmasına maruz kalan hastalarda, anksiyete ve depresyon bulgularının ve hastaneye yatış sayısının fazla olduğu, hastaneye ilk yatış yaşının küçük olduğu, okul güçlüğü, çocukluk çağında daha fazla akran sorunları ve bilişsel performansta bozulma olduğu bulunmuştur [27].

Lysaker ve arkadaşlarının yaptığı 12 çocukluk çağı travma öyküsü olan şizofreni hastası ile, 31 çocukluk çağı travması olmayan şizofreni hastasının karşılaştırıldığı bir çalışmada, çocukluk çağı travması olan hastalarda bilişsel işlevlerin daha kötü olduğu, varsanı ve anksiyetenin anlamlı oranda daha fazla olduğu bulunmuştur [132].

Wang ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı 128 ilk atak ve 571 kronik şizofreni hastasında yapılan bir çalışmada, ilk atak hastalarda çocukluk çağı travması maruziyetinin varsanılarla ilgili olduğu gösterilmiştir. Kronik şizofreni hastalarında ise varsanı ve sanrı ile çocukluk çağı travması arasında ilişki saptanmamıştır [133].



## 2.9. Amaç ve Araştırma Soruları

Çalışmalar, şizofreni hastalarının çocuklukta önemli oranda istismar ve ihmale uğradıklarını bildirmektedir. Çalışmamızda, şizofreni hastalarında çocukluk döneminde travmanın varlığı ve şiddeti ile öncelikle hastalık başlangıç yaşının arasındaki ilişkinin araştırılması; bununla beraber sosyodemografik bilgiler, klinik özellikler ve hastalığın belirtileri arasındaki ilişkinin de incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Temel Hipotezi: Çocukluk çağında travmaya maruz kalan şizofreni hastalarının, hastalık başlangıç yaşının daha erken olacağını varsaymaktayız. Bu araştırmada temel amaç ve hipotez dışında aşağıdaki soruları da cevaplamak amaçlanmaktadır.

1. Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmalarının varlığı ve şiddeti anlamlı oranda yüksek midir?
2. Çocukluk çağı travması olan hastalar klinik özellikler bakımından farklılık göstermekte midir?
3. Hastalık başlangıç yaşına etki edebilecek olan göç, kafa travması, doğum komplikasyonu ve çocukluk çağı travması ile hastalık başlangıç yaşı arasında bir ilişki var mıdır? Eğer bu faktörler ile hastalık başlangıç yaşı arasında bir ilişki var ise bu ilişkide klinik faktörlerin etki düzeyi açısından birbirlerine üstünlükleri var mıdır?
4. Çocukluk döneminde maruz kalınan ihmal ve istismar ile özkıyım arasında ilişki var mıdır?
5. Özkıyım riski ile hastaların semptomları arasında ilişki var mıdır?
6. Hastalar semptomları açısından incelendiğinde altgruplardan bahsedilebilir mi?
7. Şizofreni tanımlı hastalar belirtilere göre ayrıldığında, sosyodemografik değişkenler, klinik özellikler ve etiolojisinde rol oynayabilecek çevresel faktörler açısından farklılık göstermekte midir?

### 3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Araştırma projesi İzmir Katip Çelebi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulu tarafından onaylanmıştır.

#### 3.1. Uygulama ve Yöntem

İzmir Katip Çelebi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Özel Dal Polikliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından takip edilen şizofreni tanılı, dahil edilme ve dışlanma kriterleri açısından uygun olan hastalar araştırmaya alınmıştır. İki yüz hasta hedefine yedi ayda ulaşılmıştır.

#### **Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri:**

- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
- 18-65 yaş arasında olmak
- DSM-V'e göre şizofreni için tanı kriterlerini karşılamak
- Ek psikiyatrik tanısı bulunmamak

#### **Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri:**

- Organik psikotik bozukluk
- Mental retardasyon
- 18 yaşından küçük olmak
- Madde kullanım bozukluğu
- Alkol kullanım bozukluğu

Çalışmaya alınan bütün olgular çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden olgulardan yazılı onam alınmıştır. Bütün katılımcılar bir klinisyen tarafından psikiyatrik değerlendirmeye alınıp, "SCID-I yarı yapılandırılmış görüşme formu" ile klinik tanı doğrulanmıştır.. Ek olarak sosyodemografik veri formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) ve Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, Türkçe versiyonunun intihar riskini değerlendirme alt ölçeği (MINI-S) uygulanmıştır.

### **3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları**

Bu çalışmada sosyodemografik veri formu, PANSS, CTQ-28 ve MINI-S ölçeği kullanılmıştır.

#### **3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu**

Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından hastalara yönelik hazırlanan; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim süresi, çalışma durumu, hastalık başlangıç yaşı, hastaneye ilk yatış yaşı, yatış sayısı, doğum komplikasyonu, kafa travması, göç ve ailede şizofreni hastası durumu ile ilgili detaylı soru listesi haline getirilen klinik verileri içeren bir form kullanılmıştır.

#### **3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği - PANSS**

şizofreni ya da diğer psikotik bozuklukları olan hastalarda artı ve eksi belirtileri, genel psikopatolojiyi değerlendirmek üzere Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş otuz maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış klinisyen tarafından doldurulan bir ölçektir [134]. PANNS tarafından değerlendirilen otuz psikiyatrik parametreden yedisi artı belirtilere (PPANSS), yedisi eksi belirtilere (NPANSS) ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji (GPANSS) alt ölçeğine aittir. PPANSS, NPANSS ve GPANSS alt ölçeklerinin toplamı toplam PANSS puanı (TPANSS) olarak değerlendirilir. Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır [135].

#### **3.2.3. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği – CTQ-28**

Çocukluk ve ergenlik dönemindeki istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak değerlendirmeyi amaçlayan özbildirim ölçeğidir. İngilizce özgün biçimi David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş ve asıl adı Childhood Trauma Questionnaire'dir. İlk olarak Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilmiş olan bu ölçek, 1998 yılında yeniden düzenlenerek 28 maddelik kısa form haline getirilmiştir [136].

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Vedat şar tarafından yapılan 28 soruluk kısa form kullanılmıştır. CTQ-28, 28 maddeden oluşan 5 alt boyutu ölçen bir

ölçektir. Her çocukluk çağı travması tipi için olası puanlar 5 ile 25 arasında değişir. Toplam puan (TCTQ) ise 25 ile 125 arasında değişir. Fiziksel istismar (FİS), fiziksel ihmal (FİH), duygusal istismar (DİS), duygusal ihmal (DİH) ve cinsel istismar (CİS) olmak üzere 5 alt boyutu ölçmektedir. Ölçekte bulunan 3 soru minimalizasyon-inkar sorusu (10, 16 ve 22. sorular) olarak bulunmaktadır. Minimalizasyon soruları sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilmektedir. CTQ-28, travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ayrı ayrı ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Fiziksel istismar 9,11,12,15,17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1,2,4,6,26 numaralı maddelerle, duygusal (emosyonel) istismar 3,8,14,18,25 numaralı maddelerle, duygusal (emosyonel) ihmal 5,7,13,19,28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20,21,23,24,27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir [137]. CTQ-28, 5 alt ölçeği ve toplam travma puan ölçeği puanlarına göre şu şekilde hesaplanmaktadır; “minimal/yok” ( $FİS \leq 7$ ,  $FİH \leq 7$ ,  $DİS \leq 8$ ,  $DİH \leq 9$ ,  $CİS = 5$ ,  $TCTQ \leq 36$ ), “düşük-orta” ( $FİS > 7$  ve  $\leq 9$ ,  $FİH > 7$  ve  $\leq 9$ ,  $DİS > 8$  ve  $\leq 12$ ,  $DİH > 9$  ve  $\leq 14$ ,  $CİS > 5$  ve  $\leq 7$ ,  $TCTQ > 36$  ve  $\leq 51$ ) “orta-şiddetli” ( $FİS > 9$  ve  $\leq 12$ ,  $FİH > 9$  ve  $\leq 12$ ,  $DİS > 12$  ve  $\leq 15$ ,  $DİH > 14$  ve  $\leq 17$ ,  $CİS > 7$  ve  $\leq 12$ ,  $TCTQ > 51$  ve  $\leq 68$ ), “çok şiddetli” ( $FİS \geq 13$ ,  $FİH \geq 13$ ,  $DİS \geq 16$ ,  $DİH \geq 18$ ,  $CİS \geq 13$ ,  $TCTQ \geq 69$ ) [138].

#### **3.2.4. Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, Türkçe Versiyonunun İntihar Riskini Değerlendirme Alt Ölçeği (MINI-S)**

MINI-S, Sheehan ve Lecrubier tarafından DSM-IV ve ICD-10’da yer alan temel birinci eksen psikiyatrik bozuklukları değerlendiren kısa yapılandırılmış görüşme olarak tasarlanmıştır [139]. Ölçekte hastanın intihar düşüncelerini ve önceki intihar girişimini değerlendirmek için 6 soru bulunmaktadır.

### **3.3. Ölçme, Değerlendirme, İstatistiksel Analiz Yöntemleri**

Örneklemin sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin betimleyici analizi ile başlanmıştır. Hastalık başlangıç yaşı ve klinik ölçek puanları Pearson korelasyon analizi yapıldı. Hastalık başlangıç yaşı ile kafa Travması ve doğum komplikasyonu için Mann-

Whitney U testi ve hastalık başlangıç yaşı ile ailede şizofreni birey bulunması ve göç öyküsü için T testin kullanıldı. PANSS ile ölçülen yedi pozitif ve yedi negatif semptomlara örtük sınıf analizi uygulanmıştır. Örneklemin sosyo-demografik özelliklerine ek olarak PANSS, CTI ve MINI alt ölçekleri tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak örtük sınıflar arasında karşılaştırılmıştır. Bonferroni çoklu karşılaştırma testi kullanılarak Post hoc karşılaştırmalar yapılmıştır. Son olarak, multinominal lojistik regresyon analizi kullanarak, örtük sınıflar arasında cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, hastaneye yatış, geçmiş kafa travmasının varlığı, ailede şizofreni öyküsü, göç öyküsü ve doğum komplikasyonlarının varlığı yordanmıştır. İstatistiksel anlamlılık eşiği  $p < 0.05$  olarak belirlenmiştir.

## 4.BULGULAR

### 4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Verileri

Çalışmaya, 138'i (%69) erkek ve 62'si (%31) kadın olmak üzere 200 hasta alınmıştır. 22-65 yaş aralığında olan hastaların yaş ortalaması  $42.7 \pm 10.34$  (min. 22, max. 65) olarak saptanmıştır. Hastaların 135'i (%67.5) evlenmemiş, 42'si (%21) evli ve 23'ü (%11.5) boşanmıştır. Hastaların 147'si (%73.5) çocuk sahibi değilken 18'i (%9) 1 çocuk, 19'u (%9.5) 2 çocuk ve 16'sı (%8) 3 veya daha fazla çocuğa sahiptir. Çalışmaya katılanların eğitim süreleri ortalama 9.5 (min. 0, max.  $18 \pm 4,206$ ) senedir. Katılımcıların 123'ü (%61.5) çalışmıyorken 39'u (%19.5) çalışıyor, 8'i (%4) emekli, 2'si (%1) öğrenci ve 28'i (%14) malulen emeklidir.

Hastaların hastalık başlangıç yaşı ortalaması  $25.13 \pm 9.36$  olarak bulunmuştur. Erkek hastalarda ortalama başlangıç yaşı  $24.33 \pm 8.01$  (min. 8, max. 55) iken kadın hastalarda ortalama başlangıç yaşı  $26.92 \pm 11.70$  (min. 10, max. 59) olarak bulunmuştur. Hastaların hastalık süresi ortalama  $17.65 \pm 8.96$  (min. 2, max. 43) olarak bulunmuştur. Hastaların hastaneye ilk yatış yaşı ortalama  $27.04 \pm 9.26$  (min. 10, max. 60) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan 40 (%20) hastanın psikiyatri servisinde yatış öyküsü yokken 160 (%80) hastanın psikiyatri servisinde yatış öyküsü mevcuttur. Klinikte yatışı bulunan hastaların yatış sayısı 1-15 arasında değişmektedir. Yatış ortalaması ise  $2.52 \pm 2.79$  değerindedir.

Hastaların 193'ünün (%96.5) doğum komplikasyonu öyküsü yokken 7'sinin (%3.5) doğum komplikasyonu öykücü mevcuttur. Hastaların 182'sinde (%91) kafa travması öyküsü yokken 18'inde (%9) kafa travması öyküsü mevcuttur. Çalışmaya katılan 143 (%71.5) hastanın ailesinde şizofreni öyküsü yokken 57'sinin (%28.5) ailesinde şizofreni öyküsü mevcuttur. Göç öyküsü olmayan hasta sayısı 154 (%77) iken 46 (%23) hastanın göç öyküsü vardır.

Tablo 1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

		N	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	62	31
	Erkek	138	69
<b>Medeni Durum</b>	Evlenmemiş	135	67.5
	Evli	42	21
	Boşanmış	23	11.5
<b>Çocuk Sayısı</b>	0	147	73.5
	1	18	9
	2	19	9.5
	3 ve daha fazla	16	8
<b>İş Durumu</b>	Çalışmıyor	123	61.5
	Çalışıyor	39	19.5
	Emekli	8	4
	Öğrenci	2	1
	Malulen emekli	28	14
<b>Psikiyatri Servisine Yatış Sayısı</b>	Var	160	80
	Yok	40	20
<b>Doğum Komplikasyonu</b>	Var	7	3.5
	Yok	193	96.5
<b>Kafa Travması</b>	Var	18	9
	Yok	182	91
<b>Ailede şizofreni</b>	Var	57	28.5
	Yok	143	71.5
<b>Göç</b>	Var	46	23
	Yok	154	77

	Cinsiyet	Min - Max	X±SS
<b>Hastalık</b>		8-59	25.13±9.36
<b>Başlangıç Yaşı</b>	Kadın	10-59	26.92±11.70
	Erkek	8-55	24.33±8.01
<b>Yaş (Yıl)</b>		22-65	42.78±10.34
<b>Eğitim Süresi</b>		0-18	9.50±4.20
<b>Hastalık süresi</b>		2-43	17.65±8.96
<b>Hastaneye ilk yatış yaşı</b>		10.-60	27.04±9.26
<b>Hastanede yatış sayısı</b>		1-15	2.52±2.79

## 4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerle İlgili Puanlar

### 4.2.1. MINI-S, PANSS, CTQ-28 Ölçekleri ile ilgili puanlar

PANSS Ölçeği pozitif belirtiler alt ölçek puanları (PPANS) 7-22 arasında ( $X \pm SS$ ; 10.18 $\pm$ 3.34); negatif belirtiler alt ölçeği (NPANSS) 7-30 puanları arasında ( $X \pm SS$ ; 13.79 $\pm$ 4.66); genel puanlar (GPANSS) ise 16-62 arasında ( $X \pm SS$ ; 46.46 $\pm$ 12.46) değişim göstermektedir. PANSS toplam puanı (TPANSS) 30-108 arasında ( $X \pm SS$ ; 46.56 $\pm$ 12,39) değişmektedir.

MINI suicidality ölçeği (MINI-S) puanları 0-33 arasında ( $X \pm SS$ ; 4.72 $\pm$ 8.25) değişmektedir.

Çocukluk çağı travma ölçeği (CTQ-28) puanlarına göre fiziksel istismar 5-20 ( $X \pm SS$ ; 6.51 $\pm$ 2.83); fiziksel ihmal 5-17 ( $X \pm SS$ ; 7.61 $\pm$ 2.66); duygusal istismar 5-25 ( $X \pm SS$ ; 7.80 $\pm$ 3.73); duygusal ihmal 5-25 ( $X \pm SS$ ; 11.04 $\pm$ 5.01) ve cinsel istismar 5-21 ( $X \pm SS$ ; 6.22 $\pm$ 2.87) puan aralığındadır. Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puan aralığı 25-86 ( $X \pm SS$ ; 39.30 $\pm$ 12.63) arasındadır.

Tablo 2. MINI-S, PANSS, CTQ-28 Ölçekleri ile İlgili Puanlar

<b>Kullanılan Ölçeklerin</b>				
<b>(PANSS, CTQ-28, MINI-S)</b>	<b>N</b>	<b>X<math>\pm</math>SS</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
<b>PPANSS</b>	200	10.18 $\pm$ 3.34	7	22
<b>NPANSS</b>	200	13.79 $\pm$ 4.66	7	30
<b>GPANSS</b>	200	46.46 $\pm$ 12.46	16	62
<b>TPANSS</b>	200	46.56 $\pm$ 12.39	30	108
<b>FİS</b>	200	6.51 $\pm$ 2.83	5	20
<b>FİH</b>	200	7.61 $\pm$ 2.66	5	17
<b>DİS</b>	200	7.80 $\pm$ 3.73	5	25
<b>DİH</b>	200	11.04 $\pm$ 5.01	5	25
<b>CİS</b>	200	6.22 $\pm$ 2.87	5	21
<b>TCTQ</b>	200	39.30 $\pm$ 12.63	25	86
<b>MINI-S</b>	200	4.72 $\pm$ 8.25	0	33

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, PPANS: PANSS Pozitif Puanı, NPANSS: PANSS Negatif Puanı, GPANSS: PANSS Genel Puanı, TPANSS: PANSS Toplam Puanı, FİS: CTQ-28 Fiziksel İstismar Puanı, FİH: CTQ-28 Fiziksel İhmal Puanı, DİS: CTQ-28 Duygusal İstismar Puanı, DİH: CTQ-28 Duygusal İhmal Puanı, CİS: CTQ-28 Cinsel İstismar Puanı, TCTQ: CTQ-28 Toplam Puanı



## 4.2.2 Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) Alt Grupların

### Sınıflandırılması

Çocukluk çağı travması ölçeği (CTQ-28) alt ölçekleri olan fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar ve toplam çocukluk çağı travması ölçek puanları şiddetine göre sınıflandırıldı. Bu sınıflandırmaya göre alt ölçekler; minimal/yok, düşük-orta, orta-şiddetli ve çok şiddetli olacak şekilde 4 grup olarak incelendi.

Fiziksel istismar alt ölçeği travmanın şiddetine göre sınıflandırıldığında hastaların 158'i (%79) minimal/yok, 20'si (%10) düşük-orta, 10'u (%5) orta-şiddetli ve 12'si (%6) çok şiddetli grubunda olduğu bulunmuştur. Fiziksel ihmal alt ölçeği travmanın şiddetine göre sınıflandırıldığında hastaların 114'ü (%57) minimal/yok, 41'i (%20.5) düşük-orta, 33 (%16.5) orta-şiddetli ve 12'si (%6) çok şiddetli grubunda olduğu bulunmuştur.

Duygusal istismar alt ölçeği travmanın şiddetine göre sınıflandırıldığında hastaların 143'ü (%71.5) minimal/yok, 35'i (%17.5) düşük-orta, 10'u (%5) orta-şiddetli ve 12'si (%6) çok şiddetli grubunda olduğu bulunmuştur. Duygusal ihmal alt ölçeği travmanın şiddetine göre sınıflandırıldığında hastaların 93'ü (%46.5) minimal/yok, 57'si (%28.5) düşük-orta, 25'i (%12.5) orta-şiddetli ve 25'i (%12.5) çok şiddetli grubunda olduğu bulunmuştur.

Cinsel istismar alt ölçeği travmanın şiddetine göre sınıflandırıldığında hastaların 155'i (%77.5) minimal/yok, 12'si (%6) düşük-orta, 19'u (%9.5) orta-şiddetli ve 14'ü (%7) çok şiddetli grubunda olduğu bulunmuştur.

CTQ-28 toplam puanı travmanın şiddetine göre sınıflandırılarda hastaların 98'i (%49) minimal/yok, 72'si (%36) düşük-orta, 21'i (%10.5) orta-şiddetli ve 9'u (%4.5) çok şiddetli grubunda olduğu bulunmuştur.

Tablo 3. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) Alt Grupların Sınıflandırılması

Çocukluk Travma (CTQ-28)	Çağı Ölçeği	Minimal / Yok	Düşük-orta	Orta-Şiddetli	Çok Şiddetli
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
FİS		158 (%79)	20 (%10)	10 (%5)	12 (%6)
FİH		114 (%57)	41(%20.5)	33 (%16.5)	12 (%6)
DİS		143 (%71.5)	35 (%17.5)	10 (%5)	12 (%6)
DİH		93 (%46.5)	57 (%28.5)	25 (%12.5)	25 (%12.5)
CİS		155 (%77.5)	12 (%6)	19 (%9.5)	14 (%7)
TCTQ		98 (%49)	72 (%36)	21 (%10.5)	9 (%4.5)

FİS: CTQ-28 Fiziksel İstismar Puanı, FİH: CTQ-28 Fiziksel İhmal Puanı, DİS: CTQ-28 Duygusal İstismar Puanı, DİH: CTQ-28 Duygusal İhmal Puanı, CİS: CTQ-28 Cinsel İstismar Puanı, TCTQ: CTQ-28 Toplam Puanı

### 4.3. Kullanılan Klinik Ölçek (MINI-S, PANSS, CTQ-28) Puanları Arasındaki İlişki

#### 4.3.1. MINI-S ile PANSS Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişki Düzeyi

MINI-S ölçeği ile pozitif PANSS ( $p<0.05$ ), genel PANSS ( $p<0.01$ ) ve toplam PANSS ( $p<0.01$ ) puanları arasındaki pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 4. MINI-S ile PANSS Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişki Düzeyi

		PPANSS	NPANSS	GPANSS	TPANSS
MINI-S	p	.017	.051	.007	.005
	r	.168*	.138	.190**	.198**

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, PPANSS: PANSS Pozitif Puanı, NPANSS: PANSS Negatif Puanı, GPANSS: PANSS Genel Puanı, TPANSS: PANSS Toplam Puanı

### 4.3.2. MINI-S ile CTQ-28 Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişki Düzeyi

MINI-S ölçeği ile CTQ ölçek puanları arasındaki ilişki düzeyine bakıldığında; MINI-S ile CTQ alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının hepsinde pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. MINI-S ile fiziksel istismar ( $p<0.05$ ), fiziksel ihmal ( $p<0.01$ ), duygusal istismar ( $p<0.01$ ), duygusal ihmal ( $p<0.01$ ), cinsel istismar ( $p<0.01$ ) ve toplam CTQ ( $p<0.01$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 5. MINI-S ile CTQ-28 Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişki Düzeyi

		FİS	FİH	DİS	DİH	CİS	TCTQ
MINI-S	p	.026	.005	.000	.003	.000	.000
	r	.157*	.199**	.251**	.206**	.267**	.278**

CTQ-28 Fiziksel İstismar Puanı: FİS, CTQ-28 Fiziksel İhmal Puanı: FİH, CTQ-28 Duygusal İstismar Puanı: DİS, CTQ-28 Duygusal İhmal Puanı: DİH, CTQ-28 Cinsel İstismar Puanı: CİS, CTQ-28 Toplam Puanı: TCTQ.

### 4.3.3. PANSS ölçeği ile CTQ-28 Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişki Düzeyi

PANSS ölçeği puanları ile CTQ-28 ölçek puanlarının arasındaki ilişki düzeyine bakıldığında; pozitif PANSS ile fiziksel istismar ( $p<0.01$ ), duygusal istismar ( $p<0.05$ ), cinsel istismar ( $p<0.05$ ) ve toplam CTQ-28 ( $p<0.01$ ) puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Negatif PANSS puanı ile duygusal istismar arasında ( $p<0.05$ ) negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 6. PANSS ölçeği ile CTQ-28 Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişki Düzeyi

		FİS	FİH	DİS	DİH	CİS	TCTQ
PPANSS	p	.001	.097	.045	.058	.017	.001
	r	.232**	.118	.142*	.134	.169*	.232**
NPANSS	p	.658	.839	.020	.824	.682	.583
	r	-.031	-.014	-.164*	.016	-.029	-.039
GPANSS	p	.756	.122	.481	.200	.529	.158
	r	.022	.110	-.050	.091	.045	.100
TPANSS	p	.664	.506	.408	.296	.650	.338
	r	.031	.047	-.059	.074	.032	.068

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, PPANSS: PANSS Pozitif Puanı, NPANSS: PANSS Negatif Puanı, GPANSS: PANSS Genel Puanı, TPANSS: PANSS Toplam Puanı, FİS: CTQ-28 Fiziksel İstismar Puanı, FİH: CTQ-28 Fiziksel İhmal Puanı, DİS: CTQ-28 Duygusal İstismar Puanı, DİH: CTQ-28 Duygusal İhmal Puanı, CİS: CTQ-28 Cinsel İstismar Puanı, TCTQ: CTQ-28 Toplam Puanı

#### 4.4. Hastalık Başlangıç Yaşına Etki Eden Faktörler Ve Kullanılan Klinik Ölçekler İle Hastalık Başlangıç Arasındaki İlişki Düzeyi

##### 4.4.1 Hastalık Başlangıç Yaşı ile Kullanılan Klinik Ölçeklerin (MINI-S, PANSS, CTQ-28) Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi

Hastalık başlangıç yaşı ile MINI-S ölçeği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde anlamlı bulunmamıştır.

Hastalık başlangıç yaşı ile PANSS alt ölçekleri ve toplam puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise; hastalık başlangıç yaşı ile PANSS alt ölçeklerinden pozitif PANSS ölçeğinin puanları ( $p<0.05$ ) arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. PANSS ölçeğinin negatif, genel ve toplam puanları ile hastalık başlangıç yaşı arasında ilişki saptanmamıştır.

Hastalık başlangıç yaşı ile CTQ-28 ölçeğinin alt ölçekleri ve toplam puanları arasındaki ilişki düzeyine bakıldığında; hastalık başlangıç yaşı ile fiziksel istismar alt ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Hastalık başlangıç yaşı ile fiziksel ihmal ( $p<0.05$ ), duygusal istismar ( $p<0.05$ ), duygusal ihmal ( $p<0.01$ ), cinsel istismar ( $p<0.01$ ) ve toplam CTQ-28 ( $p<0.01$ ) arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 7. Hastalık Başlangıç Yaşı ile Kullanılan Klinik Ölçeklerin (MINI-S, PANSS, CTQ-28) Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi

	HASTALIK BAŞLANGIÇ YAŞI
MINI-S	-0.08
PPANS	<b>-0.15*</b>
NPANS	0.02
GPANS	-0.03
TPANS	-0.06
FİS	-0.11
FİH	<b>-0.16*</b>
DİS	<b>-0.18*</b>
DİH	<b>-0.19**</b>
CİS	<b>-0.19**</b>
TCTQ	<b>-0.26**</b>

Not. . \*:  $p < 0.05$ ; \*\*:  $p < 0.01$ ; pearson momentler çarpımı korelasyon katsayıları tablodaki sunulmuştur

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, PPANS: PANSS Pozitif Puanı, NPANS: PANSS Negatif Puanı, GPANS: PANSS Genel Puanı, TPANS: PANSS Toplam Puanı, FİS: CTQ-28 Fiziksel İstismar Puanı, FİH: CTQ-28 Fiziksel İhmal Puanı, DİS: CTQ-28 Duygusal İstismar Puanı, DİH: CTQ-28 Duygusal İhmal Puanı, CİS: CTQ-28 Cinsel İstismar Puanı, TCTQ: CTQ-28 Toplam Puanı

#### 4.4.2. Hastalık Başlangıç Yaşına Etki Eden Faktörler İle Başlangıç Yaşı Arasındaki İlişki Düzeyleri

Hastalık başlangıç yaşı ile kafa travması ve doğum komplikasyonu arasında Mann-Whitney U Test ile yapılan analizde anlamlı ilişki bulunmamıştır. Hastalık başlangıç yaşı ile ailede şizofreni birey bulunması ve göç öyküsü ilişkisini değerlendirmek için yapılan T testinde anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 8. Hastalık Başlangıç Yaşına Etki Eden Faktörler İle Başlangıç Yaşı Arasındaki İlişki Düzeyleri

Hastalık Başlangıç Yaşı	n	Mean	Std. Deviation	Sig. (2-tailed)	
Doğum Komplikasyonu	Var	7	22.29	5.58	.521
	Yok	193	25.26	9.46	
Kafa Travması	Var	18	23.39	9.45	.376
	Yok	182	25.30	9.36	
Ailede Şizofreni	Var	57	24.54	8.78	.577
	Yok	143	25.36	9.60	
Göç	Var	46	24.24	9.25	.463
	Yok	154	25.40	9.40	

#### 4.5. Pozitif ve Negatif Semptomların Pozitif, Negatif ve Orta Semptomlarına Göre Örtük Sınıf Analizi

##### 4.5.1. Pozitif Ve Negatif Semptomların Örtük Sınıf Analizi

PANNS ile ölçülen yedi pozitif ve yedi negatif semptom puanları örtük sınıf analizine tabi tutulmuştur. Analizde 2 örtük sınıflı modelden 4 örtük sınıflı modele kadar örtük sınıf analizi gerçekleştirilmiştir. Lo-Mendell – Rubin düzeltilmiş olasılık oran testi 4 örtük sınıflı modelin 3 örtük sınıflı modelden anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını göstermiştir (Lo-Mendell – Rubin düzeltilmiş oran testi = 174.314  $p = 0.316$ ). Diğer yandan, Bayesian bilgi kriteri 5747.115 değeriyle beraber, 3 örtük sınıflı model 2 örtük sınıflı modelden anlamlı bir şekilde farklılık göstermiştir (Lo-Mendell – Rubin düzeltilmiş oran testi = 362.510  $p = 0.038$ ). Entropy indeksi 0.963 değerinde bulunmuştur. Yüz kırk

bir şizofreni tanılı hasta orta semptomlar örtük sınıf alt grubunda yer alırken (70.5%), 26 hasta pozitif semptomlar örtük sınıfına (13.0%) ve 33 hasta ise negatif semptomlar örtük sınıfına ayrılmıştır (16.5%).

Analizlerde 3 örtük sınıf üzerinden yedi pozitif ve yedi negatif semptom, pozitif semptomlar, negatif semptomlar, genel psikopatoloji ve PANSS'ın toplam puanına tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Varyans analizi modellerinde üç örtük sınıf bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Bonferroni çoklu karşılaştırma testi kullanılarak, post hoc analiz yürütülmüştür.

Tablo 9'da görüldüğü gibi, pozitif semptom homojen alt grubunda yer alan hastalar büyük ölçüde pozitif şizofreni semptomlarına sahipken ( $F(2, 197) = 94.691, p < 0.001, \eta^2 = 0.490$ ); negatif semptom homojen alt grubunda yer alan hastalar yüksek seviyede negatif şizofreni semptomlarına sahiptir ( $F(2, 197) = 70.111, p < 0.001, \eta^2 = 0.416$ ). Hem pozitif hem de negatif semptomlara yüksek ölçüde sahip hastalar orta düzeyde semptomlara sahip hastalardan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Orta düzeyde şizofreni semptomlarına sahip hastalar, hem pozitif semptomlara sahip hastalarla hem de negatif semptomlara sahip hastalarla kıyaslandığında PANSS'ın genel psikopatoloji alt ölçeği ( $F(2, 197) = 28.807, p < 0.001, \eta^2 = 0.226$ ) ve PANSS toplam puanı ( $F(2, 197) = 62.857, p < 0.001, \eta^2 = 0.390$ ) üzerinden anlamlı bir şekilde daha düşük skorlara sahiptir. Bulgular Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Pozitif ve Negatif Semptomların Örtük Sınıf Analizi

	Örtük Sınıf						F (2, 197)	P	η <sup>2</sup>	Post Hoc
	Orta Semptom n = 141		Pozitif Semptom n = 26		Negatif Semptom n = 33					
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD				
<b>Sanrılar</b>	1.50	0.69	2.81	0.90	1.91	0.88	33.825	<0.001	0.256	P > N > M
<b>Düşünce Dağınıklığı</b>	1.40	0.61	2.38	0.70	2.48	0.83	51.951	<0.001	0.345	P = N > M
<b>Varsanı</b>	1.42	0.72	2.31	1.16	2.00	1.03	16.037	<0.001	0.140	P = N > M
<b>Taşkınlık</b>	1.08	0.32	1.50	0.58	1.36	0.78	12.212	<0.001	0.110	P = N > M
<b>Büyüklik Duyguları</b>	1.06	0.23	1.62	0.70	1.21	0.48	25.262	<0.001	0.204	P > N > M
<b>Şüphencilik / Kötülük</b>	1.38	0.65	2.77	0.91	1.73	0.98	38.525	<0.001	0.281	P > N > M
<b>Düşmanca Tutum</b>	1.00	0.00	2.19	0.40	1.00	0.00	784.313	<0.001	0.888	P > N = M
<b>Duygulanımda Küntleşme</b>	2.03	0.63	2.46	0.99	3.18	0.77	36.339	<0.001	0.269	N > P > M
<b>Duygusal İçe çekilme</b>	1.96	0.69	2.50	0.99	3.21	0.70	40.236	<0.001	0.290	N > P > M
<b>İlişki Kurmada Güçlük</b>	1.74	0.71	2.58	0.95	2.30	1.10	15.356	<0.001	0.135	N = P > M
<b>Toplumdan Kendini Çekme</b>	1.81	0.76	2.58	0.99	3.00	1.12	30.066	<0.001	0.234	N = P > M
<b>Soyut Düşünme Güçlüğü</b>	1.68	0.73	2.31	0.88	2.91	1.16	31.550	<0.001	0.243	N > P > M
<b>Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı</b>	1.51	0.59	2.04	0.82	2.82	0.88	51.345	<0.001	0.343	N > P > M
<b>Steriotipik Düşünme</b>	1.17	0.41	1.58	0.64	2.52	1.03	70.300	<0.001	0.416	N > P > M
<b>Pozitif Semptomlar</b>	8.81	2.04	15.58	2.86	11.52	3.26	94.691	<0.001	0.490	P > N > M
<b>Negatif Semptomlar</b>	11.92	3.30	16.04	5.20	19.73	3.13	70.111	<0.001	0.416	N > P > M
<b>Genel Psikopatoloji</b>	20.70	4.32	28.27	9.62	27.06	7.71	28.807	<0.001	0.226	N = P > M
<b>Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği</b>	41.45	7.73	58.38	15.49	58.24	11.42	62.857	<0.001	0.390	N = P > M

Not. Bonferroni çoklu karşılaştırma testi kullanılarak, post hoc analiz yürütülmüştür.

## 4.5.2 Örtük Sınıflar Arasında İntihar Ve Çocukluk Travmasının Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 10'da görüldüğü gibi, tek yönlü ANOVA kullanarak, MINI'nin intihar alt ölçeği ve CTQ-28 alt ölçek ve toplam puanları üç örtük sınıf arasında karşılaştırılmıştır. Analiz örtük homojen alt gruplarındaki hastalar arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir.

Tablo10. Örtük Sınıflar Arasında İntihar ve Çocukluk Travmasının Tek Yönlü Varyans Analizi

	Örtük Sınıf						F (2, 19)	P	η <sup>2</sup>	Post Hoc
	Orta Semptom		Pozitif Semptom		Negatif Semptom					
	O		P		N					
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD				
<b>MINI-S</b>	4.06	7.49	6.19	8.13	6.36	10.97	1.521	0.221	0.015	-
<b>FİS</b>	0.35	0.82	0.69	1.09	0.27	0.63	2.219	0.111	0.022	-
<b>FİH</b>	0.70	0.95	0.88	1.07	0.64	0.86	0.540	0.583	0.005	-
<b>DİS</b>	0.47	0.87	0.54	0.90	0.33	0.69	0.485	0.616	0.005	-
<b>DİH</b>	0.85	1.06	0.96	0.92	1.12	1.05	0.933	0.395	0.009	-
<b>CİS</b>	0.47	0.92	0.54	1.07	0.36	0.86	0.274	0.761	0.003	-
<b>TCTQ</b>	0.68	0.80	0.92	1.09	0.64	0.70	1.067	0.346	0.011	-

CTQ-28 Fiziksel İstismar Puanı: FİS, CTQ-28 Fiziksel İhmal Puanı: FİH, CTQ-28 Duygusal İstismar Puanı: DİS, CTQ-28 Duygusal İhmal Puanı: DİH, CTQ-28 Cinsel İstismar Puanı: CİS, CTQ-28 Toplam Puanı: TCTQ.



### 4.5.3. Örtük sınıflar arasında sosyo-demografik ve klinik özelliklerin tek yönlü varyans analizi

Tablo 11’de görülebileceği gibi, tek yönlü ANOVA kullanılarak, hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri üç örtük sınıf arasında karşılaştırılmıştır. Analiz örtük homojen alt gruplardaki hastalardaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir.

Tablo 11. Örtük Sınıflar Arasında Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerin Tek Yönlü Varyans Analizi

	Örtük Sınıf						F	df	P	$\eta^2$	Post Hoc
	Orta Semptom O		Pozitif Semptom P		Negatif Semptom N						
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD					
Yaş	43.03	10.50	42.92	11.93	41.58	8.34	0.265	2, 197	0.768	0.003	-
Eğitim Süresi	9.70	4.06	9.69	5.03	8.48	4.11	1.153	2, 197	0.318	0.012	-
Başlangıç Yaşı	25.29	9.71	24.58	8.12	24.88	8.98	0.077	2, 197	0.926	0.001	-
Hastalık Süresi	17.67	9.15	18.65	9.16	16.76	8.07	0.325	2, 197	0.723	0.003	-
Hastaneye İlk Yatış Yaşı	27.48	9.58	26.24	8.70	25.83	8.47	0.417	2, 157	0.659	0.005	-
Hastaneye Yatış Sıklığı	2.38	2.78	3.23	2.39	2.55	3.11	1.031	2, 197	0.358	0.010	-

Üç örtük sınıf arasında kategorik sosyo-demografik değişkenlerdeki olası farklılıkları araştırmak için, sıralı multinominal lojistik regresyon analizleri yürütülmüştür. Her modelde, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, hastaneye yatış, geçmiş kafa travması varlığı, ailede şizofreni öyküsü, göç öyküsü ve doğum komplikasyonlarının varlığı ayrı ayrı bağımlı değişken (örtük sınıflar) üzerinden yordanmıştır. Orta düzey semptomlar alt grubundaki hastalar regresyon modelleri içinde referans olarak ele alınmıştır. Cinsiyet ( $\chi^2(2) = 7.951$   $p = 0.019$ ) ve hastaneye yatışın ( $\chi^2(2) = 7.048$   $p = 0.029$ ) üç örtük homojen alt gruplarındaki hastalar arasında istatistiksel olarak

farklılaştığı bulunmuştur. Negatif semptomlara sahip hastaların orta düzey semptomlara sahip hastalara kıyasla daha çoğunlukla erkek oldukları (Odds ratio = 4.344, p = 0.021, 95% Confidence Interval = 1.243 – 15.182) ve pozitif semptomlara sahip hastaların negatif semptomlara sahip hastalara kıyasla daha fazla hastaneye yatış sayısının (Odds ratio = 9.375, p = 0.040, 95% Confidence Interval = 1.102 – 79.727) olduğu bulunmuştur. Medeni durum ( $\chi^2(2) = 1.025$  p= 0.599), çocuk sahibi olma ( $\chi^2(2) = 0.346$  p= 0.841), geçirilmiş kafa travması varlığı ( $\chi^2(2) = 3.678$  p= 0.159), ailede şizofreni öyküsü ( $\chi^2(2) = 0.533$  p= 0.766), göç öyküsü ( $\chi^2(2) = 2.307$  p= 0.316), ve doğum komplikasyonlarının varlığı ( $\chi^2(2) = 0.397$  p= 0.820) örtük semptom yapısının anlamlı yordayıcıları olarak bulunmamıştır.

## 5.TARTIŞMA

Çalışmamızda, şizofreni tanılı bireylerin çocukluk çağı travmaları ile hastalığın başlangıç yaşı arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlamaktadır. Ayrıca sosyodemografik veriler ve hastalığın şiddeti ile çocukluk çağı travması arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu bölümde çalışmamızda elde edilen veriler literatür ışığında tartışılmaktadır.

### 5.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan 200 hastanın, %69'u erkek ve %31'i kadın olarak bulunmuştur. Çin'de psikiyatri kliniğinde yatan 200 şizofreni tanılı hastayla yapılan çalışmada, katılımcıların %62.64'ü erkek iken %37.36'sı kadın katılımcı olarak bildirilmiştir [24]. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'ne bağlı olarak hizmet veren Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapılan 70 şizofreni hastasının katıldığı çalışmada katılımcıların %71.4'ü erkekken %28.6'sı kadın olarak bildirilmiştir [140]. Yakın zamanda şizofreni yaygınlığı ve sıklığının erkeklerde daha yüksek olduğunu göstermektedir [40, 47]. Türkiye'de şizofreni erkek/kadın oranı 1,5/1 olarak bulunmuştur [43]. Erkek ve kadın dağılım kayıtlara dayalı saptanan yaygınlıklarda, ayaktan tedavi birimlerine başvurularda da devam etmektedir [141, 142]. Çalışmamızdaki erkek/kadın oranının diğer çalışmalarla benzer ancak epidemiyolojik araştırmalardan daha yüksek olması kadın hastaların kurumsal tedaviye katılımının daha az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan 200 hastanın yaşları 22-65 yaş aralığında, yaş ortalaması  $42.7 \pm 10.34$  yıl olarak bulundu. Klinikte yatan 100 şizofreni tanılı birey ile yapılan bir çalışmada yaş aralığı 23-54 arasında, yaş ortalaması ise  $38 \pm 7.91$  olarak bulunmuştur [143]. Hastanemizde 199 şizofreni hastası ile yapılan çalışmada hastaların yaş ortalaması  $40.42 \pm 11.20$  olarak bulunmuştur [144]. Çalışmamızdaki bulgular bu çalışmalardaki yaş aralığıyla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan hastaların büyük kısmı %67.5 evlenmemiş, %21 evli ve %11.5 boşanmıştır. Genel topluma göre şizofreni hastaları arasında bekar ve boşanmış olma oranları daha yüksektir [145]. Şizofreni tanılı bireyler ilişki kurmaya yöneldiği yaş döneminde hastalanmaktadır. Hastalık belirtileri ve tedavi sürecinin zorluğu ile birlikte

bireylerin uzun süreli ilişki kurmasına ve devam ettirilmesine engel olmaktadır [146]. Bu bulgular literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmadaki hastaların eğitim süreleri ortalama  $9.5 \pm 4.20$  senedir. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi psiko polikliniğine başvuran 100 şizofreni tanılı birey ile yapılan bir çalışmada eğitim süresi ortalama  $11.32 \pm 3.03$  olarak bulunmuştur [147]. Çalışmamızdaki ortalama eğitim süresi genel toplum verilerine göre daha az bulunmuştur. Bunun nedeni olarak eğitim süresinin bir yanı sıra kişinin zeka düzeyinden, diğer yanı sıra da ebeveynlerin eğitim durumlarından etkilenmekte [148] olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Diğer yandan şizofreni rahatsızlığının ortaya çıkma yaşları eğitim sürecine, özellikle de yükseköğretim yaşlarına denk geldiği için şizofreni hastalarında eğitim süresi genel topluma göre daha düşük olma eğilimindedir [145]. Ortalama eğitim süresinin genel topluma oranla daha az olması ise literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hastaların %61.5 çalışmıyorken %19.5 çalışıyor, %4 emekli, %1 öğrenci ve %14 malulen emekli oranında bulunmuştur. Bireylerin iş sürecinde yer alması ergenlik sonrası ve erişkinlik döneminde olmaktadır ve bu dönem ile şizofreni hastalığının ortaya çıktığı yaş grubuna denk gelmektedir. Bu nedenle şizofreni hastalarında genel topluma oranla işsiz olma ve istihdam edilememe oranları daha yüksektir [146, 149].

Çalışmaya katılan hastaların hastalık başlangıç yaşı ortalama  $25.13 \pm 9.36$  olarak bulunmuştur. Erkek hastalarda ortalama başlangıç yaşı  $24.33 \pm 8.01$  iken kadın hastalarda ortalama başlangıç yaşı  $26.92 \pm 11.70$  olarak bulunmuştur. Hindistan'da 62 şizofreni hastası ile yapılan bir çalışmada, tüm hastalarda hastalık başlangıç yaşı  $25.8 \pm 7.6$  erkeklerde  $24.9 \pm 7.4$  ve kadınlarda  $26.6 \pm 7.9$  olarak bulunmuş [25]. Çalışmamızdaki ortalama başlangıç yaşı bu çalışma ile uyusmaktadır. Şizofreni için ortalama başlama yaşı 15-25 yaş arasındadır [150] Erkeklerde kadınlara göre hastalık daha erken başlama eğilimi göstermektedir [45]. Çalışmamızın yaş aralığı ve ortalaması genel itibariyle literatür ile uyumludur.

Çalışmaya katılan hastaların %20 oranında psikiyatri servisinde yatış öyküsü yokken %80 oranında psikiyatri servisinde yatış öyküsü mevcuttur. Klinikte yatışı bulunan hastaların yatış sayısı 1-15 arasında değişmektedir. Yatış ortalaması ise

2.52±2.79 değerindedir. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapılan çalışmada hastanede yatış oranı %80 olarak bildirilmiş. Aynı çalışmada hastaların yatış sayısı 1-15 arasında değişmektedir. Yatış sayısı ortalaması ise 3.29±3.1 bulunmuş [140]. Turan'ın, serviste yatan 100 şizofreni hastası ile yaptığı çalışmasında yatış sayısı ise 2-16 arasında ve yatış ortalaması ise 8.38± 3.52 olarak bildirilmiştir [143]. Bu çalışmadaki tüm hastaları yatan hastalardan seçmesinden dolayı yatış ortalamasının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde ve hastanemizde yapılan çalışmalarda hastalar toplum ruh sağlığı ve düzenli takibe gelen hastalardan oluşan bir örneklem olmasından dolayı ortalama yatış sayısının düşük olduğu düşünülmektedir. Psikiyatrist, psikolog, hemşire gibi profesyonel sağlık ekibinin hastaları düzenli muayene etmesinin ve hastalarla sık görüşmeler yapmasının klinik belirtilerinin ve psikiyatri servislerinde yatış sayısının önlenmesinde önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Literatürde şizofrenideki psikiyatri servisinde yatış oranı bildirilmese de hastaların önemli bir kısmında hastalık gidişatına göre klinik tedavi gerektiği vurgulanmıştır [71].

Çalışmaya katılan hastaların %3.5'unda doğum komplikasyonu, %9'unda kafa travması öyküsü, %28.5 hastanın ailesinde şizofreni öyküsü ve %23 hastanın göç öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Avusturya'da yapılan bir araştırmada, hastalarda doğum komplikasyon %18 iken göç oranı ise %14 olarak bulunmuştur [26]. Yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarında %8.15 oranında kafa travması olduğu bildirilmiştir [151]. Samsun'da yapılan çalışmada, birinci derece akrabada şizofreni hastalığı %20 oranında olduğu bildirilmiştir.

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında doğum komplikasyonları ile şizofreni arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir [152]. Obstetrik komplikasyonların kişide nörolojik ve ruhsal problemlere neden olabileceği bilinmektedir [49]. Yapılan bir çalışmada, travmatik beyin hasarının, şizofreni hastalığı için risk faktörü olan bireylerde şizofreni ile ilişkisini desteklerken risk faktörü olmayan bireylerde bu ilişkinin daha az olduğu bildirilmiştir [153]. Şizofreni riskini araştıran kontrollü çalışmalarda şizofreni hastalarının birince derece yakınlarında risk oranları 1.4 ile 16.2 arasında değişmektedir

[10]. Birinci kuşak göçmenlerde şizofreni riski 2-3 kat artarken, ikinci ve üçüncü kuşak göçmenlerde risk 7-8 kat kadar arttığı gösterilmiştir [60, 61].

## 5.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerle İlgili Puanların Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan bireylerin hastalık şiddetini gösteren PANSS toplam puanları 30-108 arasında değişmekteydi ve ortalaması  $46.56 \pm 12.39$  düzeyindeydi.

Çalışmamıza katılan bireylerin MINI suicidality ölçeği (MINI-S) puanları 0-33 ( $X \pm SS$ ;  $4.72 \pm 8.25$ ) arasında değişmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin çocukluk çağı travma ölçeği toplam puan aralığı 25-86 ( $39.30 \pm 12.63$ ) arasında değişmektedir. En yüksek alt ölçek puan ortalaması  $11.04 \pm 5.01$  ile duygusal ihmale aitti. Hastalarda en düşük alt ölçek  $6.22 \pm 2.87$  puan ortalaması ise cinsel istismara aitti. Yapılan çalışmalarda, çocukluk dönemi travma oranlarında duygusal ihmal en yüksek, cinsel istismar ise en düşük puan olarak bildirilmiştir [25, 140, 143]. Üçok ve Bıkmaz'ın çalışmasında (2007), duygusal ihmal en yüksek çocukluk çağı travma türü olarak bildirilirken fiziksel istismar en düşük puan olarak bildirilmiştir [129]. Duygusal ihmalin en yüksek çocukluk çağı travma türü olması çalışmamızın sonucu ile uyumludur. Çalışmamızda en düşük puan cinsel istismar puan ortalamasıydı; ancak fiziksel istismar ortalama puanı cinsel istismar puanına yakındı. Bu bilgiler ışığında bulgularımız literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda fiziksel istismar alt ölçeği, travmanın şiddetine göre sınıflandırıldığında hastaların %10'u düşük-orta, %5'i orta-şiddetli ve %6'sının çok şiddetli grupta olduğu bulunmuştur. Fiziksel istismarın şiddetine göre sınıflandırılması ile ilgili hastanemizde yapılan bir çalışmada, hastaların %11.5'inin düşük-orta, %4.5'inin orta-şiddetli ve %4.5'inin çok şiddetli grupta olduğu bildirilmiştir [144]. Çin'de yapılan bir çalışmada ise hastaların %8.6'sı düşük-orta, %9.1'i orta-şiddetli ve %4.5'i çok şiddetli gruptadır [24].

Çalışmamızda fiziksel ihmal alt ölçeği, travmanın şiddetine göre sınıflandırıldığında hastaların %20.5'i düşük-orta, %16.5'i orta-şiddetli ve %6'sı çok şiddetli grupta olduğu bulunmuştur. Fiziksel ihmalin şiddetine göre sınıflandırılması ile ilgili hastanemizde yapılan bir çalışmada, hastaların %17.5'i düşük-orta, %11.5'i orta-

şiddetli ve %6.5'i çok şiddetli grupta olduğu bildirilmiştir [144] . Çin'de yapılan çalışmada ise hastaların %22.8'i düşük-orta, %33.9'u orta-şiddetli ve %15'i çok şiddetli grupta olduğu bildirilmiştir [24].

Çalışmamızda duygusal istismar alt ölçeği, travmanın şiddetine göre sınıflandırıldığında hastaların %17.5'i düşük-orta, %5'i orta-şiddetli ve %6'sı çok şiddetli grupta olduğu bulunmuştur. Duygusal istismarın şiddetine göre sınıflandırılması ile ilgili hastanemizde yapılan bir çalışmada, hastaların %21'i düşük-orta, %3.5'i orta-şiddetli ve %8'i çok şiddetli grupta olduğu bildirilmiştir [144]. Çin'de yapılan çalışmada ise hastaların %20'si düşük-orta, %9.4'ü orta-şiddetli ve %2.3'ü çok şiddetli grupta olduğu bildirilmiştir [24].

Çalışmamızda duygusal ihmal alt ölçeği, travmanın şiddetine göre sınıflandırıldığında hastaların %28.5'i düşük-orta, %12.5'i orta-şiddetli ve %12.5'i çok şiddetli grupta olduğu bulunmuştur. Duygusal ihmalin şiddetine göre sınıflandırılması ile ilgili hastanemizde yapılan bir çalışmada, hastaların %35'i düşük-orta, %14.5'i orta-şiddetli ve %9'unun çok şiddetli grupta olduğu bildirilmiştir [144]. Çin'de yapılan çalışmada ise hastaların %27.4'ü düşük-orta, 13.4'ü orta-şiddetli ve %17.8'inin çok şiddetli grupta olduğu bildirilmiştir [24].

Çalışmamızda cinsel istismar alt ölçeği, travmanın şiddetine göre sınıflandırıldığında hastaların %6'sı düşük-orta, %9.5'i orta-şiddetli ve %7'si çok şiddetli grupta olduğu bulunmuştur. Cinsel istismarın şiddetine göre sınıflandırılması ile ilgili hastanemizde yapılan bir çalışmada, hastaların %6.5'i düşük-orta, %14.5'i orta-şiddetli ve %3'ü çok şiddetli grupta olduğu bildirilmiştir [144]. Çin'de yapılan çalışmada ise hastaların %11.2'si düşük-orta, %23'ü orta-şiddetli ve %5.7'si çok şiddetli grupta olduğu bildirilmiştir [24].

Çalışmamızda CTQ-28 toplam puanı, travmanın şiddetine göre sınıflandırıldığında hastaların %36'sı düşük-orta, %10.5'i orta-şiddetli ve %4.5'i çok şiddetli grupta olduğu bulunmuştur. Hastanemizde yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları şiddetine göre sınıflandırıldığında, hastaların %37'si düşük-orta, %11.5'i orta-şiddetli ve %2.5'i çok şiddetli grupta olduğu bildirilmiştir [144].

Tablo 12. Çalışmalaradaki Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) Alt Grupların Sınıflandırılması

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ- 28)	Düşük-orta (%)			Orta-Şiddetli (%)			Çok Şiddetli (%)		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
<b>FİS</b>	10	11.5	8.6	5	4.5	9,1	6	4.5	4.5
<b>FİH</b>	20.5	17.5	22.8	<b>16.5</b>	<b>11.5</b>	<b>33,9</b>	<b>6</b>	<b>6.5</b>	<b>15</b>
<b>DİS</b>	17.5	21	20	5	3.5	9,4	6	8	2.3
<b>DİH</b>	28.5	35	27.4	12.5	14.5	13,4	12.5	9	17.8
<b>CİS</b>	6	6.5	11.2	<b>9.5</b>	<b>14.5</b>	<b>23</b>	7	3	5.7
<b>TCTQ</b>	36	37		10.5	11.5		4.5	2.5	

A:Çalışmamız, B: Kılıçaslan ve ark (2015), C: Li ve ark (2015)

FİS: CTQ-28 Fiziksel İstismar Puanı, FİH: CTQ-28 Fiziksel İhmal Puanı, DİS: CTQ-28 Duygusal İstismar Puanı, DİH: CTQ-28 Duygusal İhmal Puanı, CİS: CTQ-28 Cinsel İstismar Puanı, TCTQ: CTQ-28 Toplam Puanı

Hastanemizde yapılan diğer çalışmadaki çocukluk çağı travmalarının şiddete göre gruplandırılması çalışmamız ile benzerdir. Bunun nedeni olarak çalışmaların aynı hastanede ve benzer örnekleme yapıldığı düşünülmektedir. Çin’de yapılan çalışmada, çalışmamızdan farklı olarak fiziksel ihmal ve cinsel istismar şiddet sınıflandırılmasında orta-şiddetli ve çok şiddetli gruplarda daha fazla oranda hasta olduğu dikkat çekmektedir. Çalışmaların farklı toplumsal özelliklere sahip olması ve özellikle toplumumuzda cinsel istismar mağdurlarının damgalanma ve dışlanma ihtimalinin daha yüksek olmasından dolayı bildirimiminin az olduğu düşünülmektedir.

### 5.3. Kullanılan Klinik Ölçek (MINI-S, PANSS, CTQ-28) Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

MINI-S ölçeği ile pozitif PANSS, genel PANSS ve toplam PANSS puanları arasındaki pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Ülkemizde 115 şizofreni hastası ile yapılan bir çalışmada, PANSS alt ölçekleri ile özkıyım öyküsü arasında ilişki bulunmamıştır[154]. Çalışmamızdaki bulgular ülkemizde yapılan çalışma ile uyumlu olmasa da şizofreni hastalığının şiddetli olmasının hastalarda özkıyım riskini arttırdığı bilinmektedir [37].

MINI-S ölçeği ile CTQ-28 ölçek puanları arasındaki ilişki düzeyine bakıldığında; MINI-S ölçek puanı ile CTQ-28 alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının hepsinde pozitif



yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda, çocuklukta olan bütün travma türlerinin hastada intihar riskini arttırdığı bulunmuştur. Literatürde çocukluk çağı travması ile özkıyım arasında ilişki bulunmayan ve çalışmamızın sonuçları ile uyumlu olmayan çalışmalar mevcuttur [140, 144]. Bunun aksine çalışmamızın sonuçları ile uyumlu olan çalışmalar da bulunmaktadır [27, 129, 155-157].

PANSS, pozitif semptomlar ölçek puanı ile fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve toplam CTQ-28 puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki mevcutken, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ile ilişki saptanmamıştır. PANSS negatif puanı ile duygusal istismar puanı negatif yönde anlamlı ilişkiliyken diğer travma alt ölçek puanları ve CTQ-28 toplam puanı arasında ilişki bulunmamıştır. PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği ve toplam puanı ile çocukluk çağı travma toplam puanı ve alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hindistan'da yapılan çalışmada, çocukluk çağı travması alt ölçek ve toplam puanları ile PANSS alt ölçeği ve toplam puanları arasında korelasyon bulunmadığı bildirilmiştir [25]. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise genel istismar düzeyinin pozitif semptomlar pozitif yönde ilişkisi olduğu bildirilmiştir [143].

Çocuklukta yaşanan travmaların, psikotik dönem ve deneyimler için risk faktörü olduğu ve özellikle de psikotik semptomların pozitif belirtileriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir [131]. Çocukluk çağındaki istismarın, şizofreni hastalarının pozitif semptomları ile ilişkisi olduğunu bildiren başka çalışmalar da bulunmaktadır [158].

Hayvan çalışmalarında perinatal komplikasyonların beyinde dopamin sistemini etkilediği ve düzensizliklere yol açtığı gösterilmiştir. Moore ve arkadaşları temporal korteksin gelişimsel bozukluğunun dopamin disregülasyonuna neden olabileceği ve psikomimetiklerin, stresin ve yaşam olaylarının dopamin sistemini daha kolay etkileyebileceğini öne sürmektedir. Benzer şekilde, erken çevresel faktörler genetik olarak şizofreniye yatkın olan bireylerde dopamin düzensizliğine neden olarak psikoz geliştirme riskine neden olabileceğini belirtmişlerdir [159]. Yapılan bir çalışmada, fiziksel istismar ve psikoz arasındaki ilişkinin COMT (Katekol-O-Metiltransferaz) tarafından kontrol edildiğini bildirmişlerdir [160].

Yapılan başka bir çalışmada çocukluk çağındaki ihmalin şizofreninin negatif belirtileri ile çocukluk çağı istismarın ise psikozun pozitif belirtileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [161]. Çocukluktaki ihmal ile negatif bulgular arasındaki ilişki çalışmamızla çelişmektedir. Duygusal ihmali olan hastaların, PANSS negatif alt ölçeğinden düşük puan alması hastanın bu semptomlarını (duygulanımda küntleşme, duygusal içeçekilme, ilişki kurmada güçlük, pasif biçimde kendini toplumdan çekme, soyut düşünme güçlüğü, konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı, steriotipik düşünme) önemsememesi ve görüşme sırasında ifade etmemesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda bulunan istismar ile pozitif psikotik belirtiler arasındaki ilişki literatürdeki çoğu çalışma ile uyumludur.

#### **5.4. Hastalık Başlangıç Yaşına Etki Eden Faktörler Ve Kullanılan Klinik Ölçekler İle Hastalık Başlangıç Yaşı Arasındaki İlişki Düzeyinin Değerlendirilmesi**

##### **5.4.1 Hastalık Başlangıç Yaşı ile Kullanılan Klinik Ölçeklerin (MINI-S, PANSS, CTQ-28) Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi Değerlendirilmesi**

Çalışmaya katılan hastaların hastalık başlangıç yaşı ile MINI-S ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çocuklukta başlayan şizofreni hastalarında, özkıyım riski erişkin başlangıçlı şizofreniye göre daha fazladır [52]. Çalışmamızda kullanılan ölçeğin son bir aydaki intihar düşüncelerini değerlendirmesi ve alınan hastaların remisyonda olmasından dolayı intihar skorlarının başlangıç yaşı ile ilişkisinin bulunmadığı düşünülmektedir.

Hastalık başlangıç yaşı ile PANSS alt ölçekleri ve toplam puanları arasındaki ilişki düzeyine bakıldığında; hastalık başlangıç yaşı ile PANSS alt ölçeklerinden pozitif PANSS ölçeğinin puanları ( $p<0.05$ ) arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Yapılan bir çalışmada, PANSS alt ölçekleri ve toplam puanlarla hastalık başlangıç yaşı arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir [140]. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, erken yaşta şizofreni tanısı alan hastaların semptomlarının şiddetlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir [143]. Hastalık başlangıcının erken olması hastalığın şiddetinin daha fazla ve prognozunun daha kötü olacağını göstergelerindedir [79]. Çalışmamızdaki başlangıç

yaşı ile PANSS'ın tüm alt ölçekleri ve toplam puanlarının hepsi ile anlamlı ilişki gösterilememiş olsa da pozitif PANSS ile başlangıç yaşı arasındaki negatif korelasyon literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Hastalık başlangıç yaşı ile CTQ-28 ölçeğinin alt ölçekleri ve toplam puanları arasındaki ilişki düzeyine bakıldığında; hastalık başlangıç yaşı ile fiziksel ihmal ( $p<0.05$ ), duygusal istismar ( $p<0.05$ ), duygusal ihmal ( $p<0.01$ ), cinsel istismar ( $p<0.01$ ) ve toplam CTQ-28 puanları ( $p<0.01$ ) arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastalık başlangıç yaşı ile fiziksel istismar alt ölçeği puanları arasında ise anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çin'de 182 şizofreni hastası ile yapılan çalışmada, fiziksel istismar ve cinsel istismar ile başlangıç yaşı arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir [24]. Ülkemizde 70 şizofreni hastası ile yapılan bir çalışmada, hastalık başlangıç yaşı ile fiziksel ihmal arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir [140]. Ülkemizde 100 şizofreni hastası ile yapılan başka bir çalışmada, başlangıç yaşı küçük olan hastaların çocukluk döneminde daha fazla travmaya maruz kaldıkları bildirilmiştir [143]. Hindistan'da yapılan 62 kişinin alındığı bir çalışmada ise başlangıç yaşı ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir [25]. Literatürde çocukluk çağı travması ile hastalık başlangıç yaşı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde farklı travma türleri ile başlangıç yaşı arasında ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızda fiziksel istimar dışında diğer tüm travmalar arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır; bu farkın sebebinin çalışmamızdaki örneklem sayısının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

#### **5.4.2. Hastalık Başlangıç Yaşına Etki Edebilecek Faktörler İle Başlangıç Yaşı Arasındaki İlişki Düzeyleri**

Çalışmamızda kafa travması, doğum komplikasyonu, göç ve ailede şizofreni öyküsü olan hastalarda hastalık başlangıç yaşının daha erken olduğu saptanmış ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu istatistiki sonuç değerlendirilirken örneklemimizdeki doğum komplikasyonu ve kafa travması öyküsü olan hastaların az olmasının da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Hastalığın etiolojisinde rol oynayabilecek bu çevresel faktörlerin hastalık başlangıç yaşına etkisi ile ilişkili literatürde çelişkili yayınlar mevcuttur.

İngiltere’de yapılan bir çalışmada, doğum komplikasyonu, nörolojik travma ve esrar kullanımı ile erken başlangıçlı şizofreni arasında ilişkisi saptanmışken göç öyküsü ile hastalık başlangıç yaşı arasında bu ilişki saptanmamıştır [162].

Avusturya’da yapılan çalışmada, doğum komplikasyonlarının ailesel olmayan şizofreni hastalarında hastalık başlangıç yaşını düşürürken ailesel şizofrenide bu ilişkinin olmadığı bildirilmiştir [26]. Yapılan bir çalışmada, travmatik beyin hasarı tanısı almış ve almamış şizofreni hastaların hastalık başlangıç yaşları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [151]. Başka bir çalışmada, bireyin ailesel yüklülüğünün şizofreni hastalığına neden olabileceği ve hastalık başlangıç yaşına etki edebileceği bildirilmiştir [163]. Avusturya’da yapılan çalışmada ise göç ile hastalık başlangıç yaşı arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir [26].

Literatürdeki bu farklı sonuçlar bu çalışmalardaki örneklem farklılıklarından, kültürel farklılıklardan, çalışma deseni ve yöntem farklılıklarından kaynaklanıyor olabileceği gibi bu faktörlerin geriye dönük olarak hatırlanmasında yanlışlıklar olabilmesi ve geçmişe dönük sağlıklı kayıtlara ulaşılamamasının da sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını engelleyebileceği gözönünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızın temel hipotezi diğer faktörler göz önüne alınarak çocukluk çağı travmasının şizofreni hastalarında başlangıç yaşına etkisi incelemektir. Çalışmamızda, başlangıç yaşına etki eden ve karıştırıcı faktör olabileceği düşünülen alkol ve madde kullanım bozukluğu olmayan hastalar baştan çalışmaya dahil edilmemiştir. Yapılan analizler sonucunda kafa travması, doğum komplikasyonu, göç ve ailede şizofreni tanılı birey olması ile hastalık başlangıç yaşı arasında anlamlı ilişki saptanmaması sebebiyle bu ilişki değerlendirilememiştir.

## 5.5. Pozitif ve Negatif Semptomların Pozitif, Negatif ve Orta Semptomlarına Göre Örtük Sınıf Analizinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda semptomlarına göre alttiplerin saptanıp saptanamayacağına göre örtük sınıf analizi yaptığımızda 141 şizofreni tanılı hasta orta semptomlar örtük sınıf alt grubunda yer alırken (70.5%), 26 hasta pozitif semptomlar örtük sınıfına (13.0%) ve 33 hasta ise negatif semptomlar örtük sınıfına ayrılmıştır (16.5%).

Şizofrenide "pozitif" ve "negatif" belirti kavramının ilk kez Reynolds ve Jackson tarafından tanımlandığı bildirilmiştir [164]. Bu ayırım Strauss ve Carpenter [165] ve Andreasen [166] tarafından tekrar gündeme getirilerek tartışılmaya başlanmıştır. 1980 yılında Crow, pozitif belirtili olguları tip I, negatif belirtili olguları ise tip II diye sınıflandırarak, daha önceki bilgilerin aksine pozitif ve negatif belirtili olguları aynı sürecin farklı evreleri olarak değil, şizofreninin değişik tipleri olarak tanımlamıştır [167]. Bilindiği gibi pozitif belirtili şizofrenide (PBŞ) hezeyan, halüsinasyon ve dezorganize konuşma ve davranışlar; negatif belirtili şizofrenide (NBŞ) ise daha çok yapısal beyin anormallikleri bulunmakta ve avolüsyon, anhedoni, affektif sıkışma ve aloji gibi klinik bulgular önde gelmektedir. PBŞ ve NBŞ arasındaki ayrılıkların sadece klinik görünümle sınırlı olmadığı; bu iki tip arasında tedavi seçimi, tedaviye yanıt, hastalık seyri, beyin görüntüsü, patofizyolojik mekanizmalar ve nörotransmitter tutulumu açısından da farklılıkların bulunduğu ifade edilmiştir [37]. Daha sonraları Andreasen ve Olson, pozitif ve negatif ayırımına ilaveten "mikst" belirtili bir tipin de olduğunu bildirmiştir [168]. Son yıllarda yapılan çalışmalar, alt grupların sayısı 3'ten 5'e kadar olan alt grupların lehine kanıt bulmuştur [169, 170]. Buna karşın çalışmamızdaki örtük sınıf analizi literatürde çok tartışılan pozitif negatif belirti ayırımının ancak hastaların 1/4 kısmında bir varyasyona neden olduğunu, büyük oranda pozitif ve negatif belirtilerin birlikte bulunduğunu göstermektedir.

Yine belirtilere göre hastalar ayrıldığında bunların sosyodemografik değişkenler bakımından çok önemli farklara yol açmadığı gibi konuyla ilişkili belirtilere dayalı sınıflamalardan bağımsız olarak hastalarda intihar düşüncesi, erken dönem travmatik yaşantılar ve hastalığın etiopatogenezinde rol oynayabilecek klinik özelliklerin de uniform özellik gösterdiği görülmektedir.

## 5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı araştırmada sorulan soruların, özellikle doğum komplikasyonu, kafa travması, göç ve çocukluk çağı travması gibi kişinin erken dönemiyle ilgili soruların geriye dönük hatırlama yanlılığına açık olmasıdır. Çocukluk çağı travmasına ilişkin özbildirim, hafıza eksikliklerine yatkınlığı nedeniyle eleştirilmiş olmasına rağmen, psikiyatri hastalarının psikoz teşhisi konulanlar da dahil olmak üzere travma raporlarının şaşırtıcı derecede güvenilir olduğu gösterilmiştir [57, 171].

Şizofreni hastalarında çocukluk çağındaki travmanın düzeyini, etkisini ve travmayla hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi araştırdığımız bu çalışma, kesitsel bir çalışma olması ve kontrol grubunun olmaması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Hastalık başlangıç yaşına etki eden birçok faktör bulunurken çalışmamızda bu faktörlerden sadece çocukluk çağı travması, kafa travması, göç, ailede şizofreni birey ve doğum komplikasyonu bakılmıştır. Bundan sonraki çalışmalarda hastalık başlangıç yaşı ile ilgili daha fazla sayıda belirteçe bakılması yararlı olabilir.

Çalışmamızın yeterli bir örneklem büyüklüğünde ve şizofreni tanısı olan homojen bir grupta yapılması ve buna ek olarak örtük sınıf analizinde karışık değişkenleri kontrol eden basamaklı regresyon analizinin kullanılması çalışmamızın güçlü yönleridir.

## 5.7. SONUÇ

Çocukluk çağı travmalarının şizofreni başlangıç yaşına etkisini araştırdığımız bu çalışmada, şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmalarının yaygın olduğu ve bu travmaların hastalık başlangıç yaşını erkene çektiği, aynı zamanda semptom profiline ve özkıyım etkisi olduğu görülmektedir. Çalışmamız semptomatoloji ile beraber hastalık başlangıç yaşını da etkiliyor olduğunu göstermesi bakımından bir çevresel faktör olarak çocukluk çağı travmasının şizofreni etiolojisindeki yerine dikkat çekmektedir. Gelecekteki çalışmalar şizofrenide çocukluk çağı travmasının patogenezi ve çocukluk çağı travması ile biyolojik ve genetik yatkınlık arasındaki etkileşimi açıklamaya yönelik olmalıdır.

Çalışmamızda başlangıç yaşına etki eden diğer faktörler de göz önüne alınarak çocukluk çağı travmasının hastalık başlangıç yaşına etkisi araştırılması amaçlanmıştır; ancak çalışmamızda hastalık başlangıç yaşına etki edebilecek diğer faktörlerle başlangıç yaşı arasında ilişki olmaması nedeniyle istenilen ilişkiye bakılamamıştır. İlerideki araştırmalarda hastalık başlangıç yaşına etki edebilecek daha çok faktöre bakılması ve öz bildirim dayalı olan erken dönem travmatik yaşantılar, aile üyelerinden bilgi alınarak ve tıbbi kayıtlar incelenerek desteklenmelidir.

Bununla birlikte, önlenebilir insan travması ile ilgili ileri çalışmaların yapılması ve travmaya yönelik sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi, gelecekteki psikiyatrik hastalıklardan korunma ve bu hastalıkların tedavisi için önemlidir.

## 6. ÖZET

### ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ ŞİZOFRENİ HASTALIK BAŞLANGIÇ YAŞINA ETKİSİ

**Amaç:** Bu çalışmada hastalık başlangıç yaşını etkileyebilecek olan faktörleri de göz önünde bulundurarak çocukluk çağı travmalarının hastalık başlangıç yaşına etkisinin araştırılması amaçlanmıştır ve hastalık belirtileri ile sosyodemografik ve klinik özellikler arasındaki ilişkiler de incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** İzmir Katip Çelebi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Özel Dal Polikliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından takip edilen 200 şizofreni tanılı hasta araştırmaya alınmıştır. Çalışmada, hastaların kimlik bilgileri ile beraber hastalık başlangıç yaşını etkileyebilecek olan faktörlerin de sorgulandığı Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) ve Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, Türkçe versiyonunun intihar riskini değerlendirme alt ölçeği (MINI-S) uygulanmıştır.

Çalışmamızda, klinik özellikler, klinik ölçekler ve hastalık başlangıç yaş analizleri için Pearson Korelasyon Analizi, Mann-Whitney U Testi ve T-testi kullanılmıştır. PANSS ile ölçülen yedi pozitif ve yedi negatif semptomlara örtük sınıf analizi uygulanmıştır ve örneklemin sosyodemografik özelliklerine ek olarak PANSS, CTI ve MINI alt ölçekleri tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak örtük sınıflar arasında karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Şizofreni hastalarında en sık gözlenen çocukluk çağı travması duygusal ihmal iken, en az gözlenenin cinsel istismar olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismara maruz kalan hastalarda pozitif psikotik bulguların daha fazla olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarında, çocuklukta tüm travma çeşitlerinin hastalık şiddetini ve özkıyımı arttırdığı tespit edilmiştir. Fiziksel istismar dışındaki tüm travma tipleri ile hastalık başlangıç yaşı arasında ilişki gözlenmekle beraber; kafa travması, doğum komplikasyonu, göç ve ailede şizofreni öyküsü olan hastalarda hastalık başlangıç yaşının daha erken olduğu saptanmıştır ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu nedenle bu etiyolojik faktörler gözönünde



bulundurularak çocukluk çağı travmasının şizofreni hastalarında başlangıç yaşına etkisi incelenememiştir. Örtük sınıf analizine göre, 141 şizofreni tanılı hasta orta semptomlar örtük sınıf alt grubunda yer alırken (70.5%), 26 hasta pozitif semptomlar örtük sınıfına (13.0%) ve 33 hasta ise negatif semptomlar örtük sınıfına ayrılmıştır (16.5%). Örtük sınıfların sosyodemografik değişkenler, olası çevresel faktörler ve klinik özellikler açısından genel olarak benzer özellikler gösterdiği gözlenmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamız semptomatoloji ile beraber hastalık başlangıç yaşını da etkiliyor olduğunu göstermesi bakımından bir çevresel faktör olarak çocukluk çağı travmasının şizofreni etiyolojisindeki yerine dikkat çekmektedir. Gelecekteki çalışmalar şizofrenide çocukluk çağı travmasının patogenezi ve çocukluk çağı travması ile biyolojik ve genetik yatkınlık arasındaki etkileşimi açıklamaya yönelik olmalıdır. Bununla birlikte, travmaya yönelik sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi ve önlenebilir insan travmasıyla ilgili ileri çalışmaların yapılması, gelecekteki psikiyatrik hastalıklardan korunma ve bu hastalıkların tedavisi için önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Şizofreni, Çocukluk Çağı Travması, Şizofrenide Başlangıç Yaşı, İntihar, Örtük Sınıf Analizi

## 7.SUMMARY

**Aims:** In this study, it was aimed to investigate the effects of childhood trauma on the age of onset and beside this, the relationship between the disease symptoms and sociodemographic and clinical features was examined.

**Materials and Methods:** A total of 200 schizophrenic patients followed-up by İzmir Katip Çelebi Atatürk Training and Research Hospital Psychiatry Psychosis Polyclinic and Community Mental Health Center were included in the study. Sociodemographic Data Form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28), Mini International Neuropsychiatric Interview Suicidal Scale (MINI-S) were applied. In our study, Pearson Correlation Analysis, Mann-Whitney U Test and T-test were used for clinical features, clinical scales and disease onset age analyzes. We subjected seven positive and seven negative symptoms as indexed by the PANSS to latent class analysis and the subscales of the PANSS, CTI and MINI as well as socio-demographic characteristics of the sample were compared across latent classes using one-way analysis of variance (ANOVA).

**Results:** The most frequently observed childhood trauma in schizophrenia patients is emotional neglect and the least observed is sexual abuse. Positive psychotic symptom were found to be higher in patients exposed to physical abuse, emotional abuse and sexual abuse. It has been determined that all types of trauma in schizophrenia patients increase disease severity and suicide. Although all trauma types other than physical abuse are associated with age at onset. The age of onset of the disease was found to be earlier in patients with head trauma, birth complication, migration and family history of schizophrenia, but this relationship was not statistically significant. Therefore, the effect of childhood trauma on the age of onset in schizophrenia patients could not be investigated in view of these etiological factors. According to latent class analysis, 141 schizophrenia patients were classified into mild symptoms latent class subgroup (70.5%), 26 patients were allocated in positive symptoms latent class subgroup (13.0%) and 33 patients were

characterized by negative symptoms (16.5%). It has been observed that the latent classes generally have similar characteristics in terms of sociodemographic variables, possible environmental factors and clinical characteristics.

**Conclusions:** Our study points out the importance of childhood trauma as an environmental factor in the etiology of schizophrenia, indicating that it affects the onset age of the disease with symptomatology. Future studies should address the pathogenesis of childhood trauma in schizophrenia and the interaction between childhood trauma and biological and genetic predisposition. However, further studies on preventable human trauma and the development of social support systems are important for the treatment of psychiatric disorders.

**Key words:** Schizophrenia, Childhood Trauma, Age of onset in Schizophrenia, Suicide, Latent Class Analysis

## 8.KAYNAKLAR

1. Psikofarmakoloji, Y.N., *İkinci baskı*. Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2003.
2. Güleç, C. and K.E.P.T. Kitabı, *Cilt 1*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997: p. 321-325.
3. Yavaşçı, E.Ö. and C. Akkaya, *Şizofrenide Serotonin Rolü*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2012. **4**(2).
4. Harrison, P.J. and D.R. Weinberger, *Schizophrenia genes, gene expression, and neuropathology: on the matter of their convergence*. Molecular psychiatry, 2005. **10**(1): p. 40.
5. McDonald, C. and R.M. Murray, *Early and late environmental risk factors for schizophrenia*. Brain Research Reviews, 2000. **31**(2-3): p. 130-137.
6. Cicchetti, D., S.L. Toth, and A. Maughan, *An ecological-transactional model of child maltreatment*, in *Handbook of developmental psychopathology*. 2000, Springer. p. 689-722.
7. Beck, J.C. and B. Van der Kolk, *Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women*. The American journal of psychiatry, 1987.
8. Beitchman, J.H., et al., *A review of the long-term effects of child sexual abuse*. Child abuse & neglect, 1992. **16**(1): p. 101-118.
9. Goff, D.C., et al., *Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients*. Psychiatry Research, 1991. **37**(1): p. 73-80.
10. Bonoldi, I., et al., *Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: a meta-analysis of retrospective studies*. Psychiatry research, 2013. **210**(1): p. 8-15.
11. Shah, S., et al., *Prevalence and impact of childhood abuse in people with a psychotic illness. Data from the second Australian national survey of psychosis*. Schizophrenia research, 2014. **159**(1): p. 20-26.
12. Gourion, D., et al., *Age at onset of schizophrenia: interaction between brain-derived neurotrophic factor and dopamine D3 receptor gene variants*. Neuroreport, 2005. **16**(12): p. 1407-1410.
13. Nafissi, S., M. Ansari-Lari, and M. Saadat, *Parental consanguineous marriages and age at onset of schizophrenia*. Schizophrenia research, 2011. **126**(1): p. 298-299.
14. Mäki, P., et al., *Predictors of schizophrenia—a review*. British Medical Bulletin, 2005. **73**(1): p. 1-15.
15. Geddes, J.R., et al., *Schizophrenia and complications of pregnancy and labor: an individual patient data meta-analysis*. Schizophrenia bulletin, 1999. **25**(3): p. 413-423.
16. Stewart, A., et al., *Brain structure and neurocognitive and behavioural function in adolescents who were born very preterm*. The lancet, 1999. **353**(9165): p. 1653-1657.
17. Hare, E., *Temporal factors and trends, including birth seasonality and the viral hypothesis*. Handbook of schizophrenia, 1988. **3**: p. 345-377.
18. O'callaghan, E., et al., *Schizophrenia after prenatal exposure to 1957 A2 influenza epidemic*. The Lancet, 1991. **337**(8752): p. 1248-1250.
19. Walker, E., *Neurodevelopmental aspects of schizophrenia*. Schizophrenia Research, 1993. **9**(2): p. 151-152.

20. Fish, B., *Neurobiologic antecedents of schizophrenia in children: Evidence for an inherited, congenital neurointegrative defect*. Archives of General Psychiatry, 1977. **34**(11): p. 1297-1313.
21. Bearden, C.E., et al., *A prospective cohort study of childhood behavioral deviance and language abnormalities as predictors of adult schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 2000. **26**(2): p. 395-410.
22. Ventura, J., et al., *A prospective study of stressful life events and schizophrenic relapse*. Journal of abnormal psychology, 1989. **98**(4): p. 407.
23. Kao, Y.-C. and Y.-P. Liu, *Effects of age of onset on clinical characteristics in schizophrenia spectrum disorders*. BMC psychiatry, 2010. **10**(1): p. 63.
24. Li, X.-B., et al., *Childhood trauma associates with clinical features of schizophrenia in a sample of Chinese inpatients*. Psychiatry research, 2015. **228**(3): p. 702-707.
25. Rajkumar, R.P., *The impact of childhood adversity on the clinical features of schizophrenia*. Schizophrenia research and treatment, 2015. **2015**.
26. Scherr, M., et al., *Environmental risk factors and their impact on the age of onset of schizophrenia: Comparing familial to non-familial schizophrenia*. Nordic journal of psychiatry, 2012. **66**(2): p. 107-114.
27. Schenkel, L.S., et al., *Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits*. Schizophrenia research, 2005. **76**(2-3): p. 273-286.
28. Kaplan, B.J., *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 2016. **58**(1): p. 78-79.
29. Bhugra, D., *Psychiatry in ancient Indian texts: A review*. History of Psychiatry, 1992. **3**(10): p. 167-186.
30. Buchanan, R., *W Carpenter*. Concept of schizophrenia. Kaplan And Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 2005. **1**: p. 1329-1345.
31. Soygür, H. and E.D. Cankurtaran, *ruh sağlığı: Tarihsel süreç içinde bir bakış; Stigma Ruhsal Hastalara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, E. Oryal Taşkın (Editör), 2007: p. 41.
32. Esen-Danacı, A., et al., *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. 2018.
33. Özmenler, K. and S. Battal, *Şizofreni tarihçesi*. Şizofreni Dizisi, 1998. **1**(1): p. 5-16.
34. Andreasen, N.C., *The evolving concept of schizophrenia: from Kraepelin to the present and future*. Schizophrenia Research, 1997. **28**(2-3): p. 105-109.
35. Arkonaç, O., *Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd*. 1996, Şti.
36. Koehler, K., *First rank symptoms of schizophrenia: questions concerning clinical boundaries*. The British Journal of Psychiatry, 1979. **134**(3): p. 236-248.
37. Öztürk, M.O. and A. Uluşahin, *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 2014: Nobel Tıp Kitabevleri.
38. Fenichel, O., *Nevrozların psikoanalitik teorisi (çev) Tuncer S*. Ege Ün matbaası, Bornova, İzmir, 1974: p. 234-236.
39. McGrath, J., et al., *Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality*. Epidemiologic reviews, 2008. **30**(1): p. 67-76.
40. Saha, S., et al., *A systematic review of the prevalence of schizophrenia*. PLoS medicine, 2005. **2**(5): p. e141.

41. Kessler, R.C., et al., *The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. Biological psychiatry, 2005. **58**(8): p. 668-676.
42. Perälä, J., et al., *Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population*. Archives of general psychiatry, 2007. **64**(1): p. 19-28.
43. Binbay, T., et al., *Lifetime Prevalence and Correlates of Schizophrenia and Disorders with Psychotic Symptoms in the General Population of Izmir, Turkey*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2012. **23**(3).
44. Chang, W.C., et al., *Lifetime prevalence and correlates of schizophrenia-spectrum, affective, and other non-affective psychotic disorders in the Chinese adult population*. Schizophrenia bulletin, 2017. **43**(6): p. 1280-1290.
45. Häfner, H., et al., *Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia*. Schizophrenia bulletin, 1998. **24**(1): p. 99-113.
46. Howard, R., et al., *Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus*. American Journal of Psychiatry, 2000. **157**(2): p. 172-178.
47. McGrath, J., et al., *A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology*. BMC medicine, 2004. **2**(1): p. 13.
48. Sadock, B.J., V.A. Sadock, and P. Ruiz, *Comprehensive textbook of psychiatry*. 2000.
49. Doğan, O., *Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarında özgün bir örnek: Sivas’ ta yapılan araştırmaların önemli bulguları*. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 2010. **13**(1): p. 12-22.
50. Işık, E. and U. Işık, *şizofreni*. Güncel Klinik Psikiyatri, E Işık, E Taner, U Işık (Ed), Ankara. Asimetrik Paralel Yayıncılık, 2008: p. 81-115.
51. Jablensky, A., J.B. Kirkbride, and P.B. Jones, *Schizophrenia: the epidemiological horizon*. Schizophrenia, 2010: p. 185-225.
52. Kaplan, S. and B. Sadock, *Comprehensive handbook of psychiatry*. 2005, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore.
53. Davies, G., et al., *A systematic review and meta-analysis of Northern Hemisphere season of birth studies in schizophrenia*. Schizophrenia bulletin, 2003. **29**(3): p. 587-593.
54. BEBBINGTON, P. and E. KUIPERS, *Psychosocial factors*. Clinical handbook of schizophrenia, 2008: p. 74.
55. Varese, F., et al., *Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies*. Schizophrenia bulletin, 2012. **38**(4): p. 661-671.
56. Clarke, M.C., et al., *Sudden death of father or sibling in early childhood increases risk for psychotic disorder*. Schizophrenia research, 2013. **143**(2-3): p. 363-366.
57. Read, J., et al., *Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2005. **112**(5): p. 330-350.
58. Read, J. and P. Hammersley, *Child sexual abuse and schizophrenia*. The British Journal of Psychiatry, 2005. **186**(1): p. 76-76.
59. Krabbendam, L. and J. Van Os, *Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence—conditional on genetic risk*. Schizophrenia bulletin, 2005. **31**(4): p. 795-799.

60. Cantor-Graae, E. and J.-P. Selten, *Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review*. American Journal of Psychiatry, 2005. **162**(1): p. 12-24.
61. Bourque, F., E. van der Ven, and A. Malla, *A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants*. Psychological medicine, 2011. **41**(5): p. 897-910.
62. Veling, W., *Ethnic minority position and risk for psychotic disorders*. Current opinion in psychiatry, 2013. **26**(2): p. 166-171.
63. Henquet, C., et al., *The environment and schizophrenia: the role of cannabis use*. Schizophrenia bulletin, 2005. **31**(3): p. 608-612.
64. Bresnahan, M., et al., *Race and risk of schizophrenia in a US birth cohort: another example of health disparity?* International journal of epidemiology, 2007. **36**(4): p. 751-758.
65. ERTUĞRUL, A., *Şizofreni etiyojisi*. Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 2005. **1**(12): p. 6-14.
66. Monti, J.M. and D. Monti, *Sleep in schizophrenia patients and the effects of antipsychotic drugs*. Sleep medicine reviews, 2004. **8**(2): p. 133-148.
67. Laruelle, M., *Schizophrenia: from dopaminergic to glutamatergic interventions*. Current opinion in pharmacology, 2014. **14**: p. 97-102.
68. Guillin, O., A. Abi-Dargham, and M. Laruelle, *Neurobiology of dopamine in schizophrenia*. International review of neurobiology, 2007. **78**: p. 1-39.
69. Young, J.W. and M.A. Geyer, *Evaluating the role of the alpha-7 nicotinic acetylcholine receptor in the pathophysiology and treatment of schizophrenia*. Biochemical pharmacology, 2013. **86**(8): p. 1122-1132.
70. Burns, J.K., *Pathways from cannabis to psychosis: a review of the evidence*. Frontiers in psychiatry, 2013. **4**: p. 128.
71. Savaş, K. and M. Levent, *Psikiyatri temel kitabı*. Güleç C&Köroğlu E (Ed), 2007.
72. Öztürk, O. and U.A.R. Sağlığı, *Bozuklukları*, 11. Baskı. Ankara, Tuna Matbaacılık, 2008: p. 452-467.
73. Köroğlu, E., *PsikoNozoloji: Tanımlayıcı klinik psikiyatri*. 2004: Hekimler yayın birliği.
74. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 2013: American Psychiatric Pub.
75. Association, A.P., *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium [year]*. 2000: The Association.
76. Wiersma, D., et al., *Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort*. Schizophrenia bulletin, 1998. **24**(1): p. 75-85.
77. Lang, F., et al., *Psychopathological long-term outcome of schizophrenia—a review*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2013. **127**(3): p. 173-182.
78. Harrison, G., et al., *Recovery from psychotic illness: a 15-and 25-year international follow-up study*. The British journal of psychiatry, 2001. **178**(6): p. 506-517.
79. Remschmidt, H. and F. Theisen, *Early-Onset Schizophrenia1*. Neuropsychobiology, 2012. **66**(1): p. 63-69.
80. Gabbard, G.O., J.S. Beck, and J. Holmes, *Oxford textbook of psychotherapy*. 2007: Oxford University Press, USA.
81. Kirkpatrick, B. and C. Tek, *Schizophrenia: Clinical features and psychopathology concepts*. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: p. 1416-1436.

82. Herman-Lewis, J., *Trauma and recovery: the aftermath of violence-from domestic abuse to political terror*. 1992: Basic Books.
83. Şar, V., *Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar*. Temel Psikiyatri (Eds C Güleç, E Köroğlu), 1997: p. 823-834.
84. Türksoy, N., *Psikolojik travma ve tan› m sorunlar›*. Psikolojik Travma ve Sonuçlar, 2003.
85. Runyan, D., et al., *Child abuse and neglect by parents and other caregivers*. 2002.
86. Aral, N. and F. Gürsoy, *Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı*. Milli Eğitim Dergisi, 2001. **151**(5).
87. Taner, Y. and B. Gökler, *Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri*. Acta Medica, 2004. **35**(2): p. 82-86.
88. Kaplan, S.J., D. Pelcovitz, and V. Labruna, *Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1999. **38**(10): p. 1214-1222.
89. Jones, D.P., *Child maltreatment*. Rutter's child and adolescent psychiatry, 2008: p. 421-439.
90. Tamar-Gurol, D., et al., *Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey*. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2008. **62**(5): p. 540-547.
91. Glazer, D., *Child Sexual Abuse*. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Rutter M, editor. 2008, USA: Balckwell Publishing.
92. Green, A.H., *The impact of physical, sexual, and emotional abuse*. Handbook of child and adolescent psychiatry, 1997. **2**: p. 202-212.
93. Sedlak, A.J., *A history of the national incidence study of child abuse and neglect*. The Children's Bureau, Administration of Children and Families, US Department of Health and Human Services, Washington, DC Viewed online at the NIS-4 website May, 2001. **21**: p. 2009.
94. Bernet, W., *Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997. **36**(10): p. 37S-56S.
95. Browne, K., C. Hamilton-Giachritsis, and S. Vettor, *Preventing Child Maltreatment in Europe: a Public Health Approach. Policy Briefing*. World Health Organization: Violence and Injury Prevention Programme. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.
96. Avcı, A. and A. Tahiroğlu, *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Eds: Aysev A, Taner YI, 2007. **1**.
97. Özer, E., et al., *Mitolojide çocuk istismarı olguları*. Cumhuriyet Medical Journal, 2014. **36**(1): p. 111-115.
98. Sedlak, A. and D.D. Broadhurst, *Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect (NIS-3)*. National Center on Child Abuse and Neglect (DHHS), Washington, DC, 1996.
99. Örsel, S., et al., *Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi*. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2011. **12**(2).
100. Ayaz, M., A.B. Ayaz, and N. Soylu, *Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2012. **15**(1): p. 33-40.



101. Zoroglu, S.S., et al., *Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları/Probable results of childhood abuse and neglect*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001. **2**(2): p. 69.
102. Turla, A., C. Dünder, and Ç. Özkanlı, *Prevalence of childhood physical abuse in a representative sample of college students in Samsun, Turkey*. Journal of interpersonal violence, 2010. **25**(7): p. 1298-1308.
103. Putnam, F.W., *Ten-year research update review: Child sexual abuse*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2003. **42**(3): p. 269-278.
104. Koten, Y., C. Tuğlu, and E. Abay, *Üniversite öğrencileri arasında ensest bildirim*. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 1996. **154**.
105. Ercan, O., et al., *İstanbul lise gençlerinde riskli davranışların sıklığı ve cinsiyete göre dağılımı Cerrahpaşa Gençlik Sağlığı Araştırması 2000*. Türk Pediatri Arşivi, 2001. **36**(4).
106. Bilginer, Ç., S.T. Hesapçioğlu, and S. Kandil, *Sexualabuse in childhood: a multi-dimensional look from the view point of victims and perpetrators*. Düşünen Adam: Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 2013. **26**: p. 55-64.
107. Glaser, D., *Child maltreatment*. Psychiatry, 2008. **7**(7): p. 295-298.
108. Ramsay, C.E., et al., *Clinical correlates of maltreatment and traumatic experiences in childhood and adolescence among predominantly African American, socially disadvantaged, hospitalized, first-episode psychosis patients*. Psychiatry research, 2011. **188**(3): p. 343-349.
109. Sameroff, A.J., M. Lewis, and S.M. Miller, *Handbook of developmental psychopathology*. 2000: Springer Science & Business Media.
110. Pettigrew, J. and J. Burcham, *Characteristics of childhood sexual abuse and adult psychopathology in female psychiatric patients*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 1997. **31**(2): p. 200-207.
111. Farrugia, P.L., et al., *Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post-traumatic stress disorder*. Mental Health and Substance Use, 2011. **4**(4): p. 314-326.
112. Şar, V., et al., *Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder*. American Journal of Psychiatry, 2004. **161**(12): p. 2271-2276.
113. Turner, H.A. and M.J. Butler, *Direct and indirect effects of childhood adversity on depressive symptoms in young adults*. Journal of youth and adolescence, 2003. **32**(2): p. 89-103.
114. Yanık, M., Özmen M. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Derg, 2002. **3**: p. 140-146.
115. Tutkun, H., et al., *Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic*. American Journal of Psychiatry, 1998. **155**(6): p. 800-805.
116. Van der Kolk, B.A., J.C. Perry, and J.L. Herman, *Childhood origins of self-destructive behavior*. American journal of Psychiatry, 1991. **148**(12): p. 1665-1671.
117. Roy, A. and M. Janal, *Gender in suicide attempt rates and childhood sexual abuse rates: is there an interaction?* Suicide and Life-Threatening Behavior, 2006. **36**(3): p. 329-335.

118. Bilginer, Ç., S.T. Hesapçioğlu, and S. Kandil, *Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı: Magdur ve Sanik Açısından Çok Yönlü Bakış/Sexual abuse in childhood: a multi-dimensional look from the view point of victims and perpetrators*. Dusunen Adam, 2013. **26**(1): p. 55.
119. McCrory, E., S.A. De Brito, and E. Viding, *The link between child abuse and psychopathology: a review of neurobiological and genetic research*. Journal of the Royal Society of Medicine, 2012. **105**(4): p. 151-156.
120. Evren, C., E. Dalbudak, and B. Evren, *Childhood trauma and quality of life among alcohol dependent men*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2011. **12**(4): p. 245.
121. Weiss, E.L., J.G. Longhurst, and C.M. Mazure, *Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates*. American journal of psychiatry, 1999. **156**(6): p. 816-828.
122. Rayworth, B.B., L.A. Wise, and B.L. Harlow, *Childhood abuse and risk of eating disorders in women*. Epidemiology, 2004: p. 271-278.
123. Kairys, S.W., et al., *The psychological maltreatment of children—technical report*. Pediatrics, 2002. **109**(4): p. e68-e68.
124. Bierer, L.M., et al., *Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses*. CNS spectrums, 2003. **8**(10): p. 737-754.
125. Çelikel, H. and L. Besiroğlu, *Klinik olmayan örnekleme de çocukluk çağı travmatik yasantıları, dissosiyasyon ve obsesif-kompulsif belirtiler\*/Childhood traumatic experiences, dissociation and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical samples*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008. **9**(2): p. 75.
126. Rucklidge, J.J., et al., *Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD*. Journal of attention disorders, 2006. **9**(4): p. 631-641.
127. Didie, E.R., et al., *Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder*. Child Abuse & Neglect, 2006. **30**(10): p. 1105-1115.
128. Bendall, S., et al., *Childhood trauma and psychosis: An overview of the evidence and directions for clinical interventions*. Family Matters, 2011(89): p. 53.
129. Üçok, A. and S. Bıkmaz, *The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2007. **116**(5): p. 371-377.
130. Bendall, S., et al., *Childhood trauma increases the risk of post-traumatic stress disorder in response to first-episode psychosis*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2012. **46**(1): p. 35-39.
131. Janssen, I., et al., *Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2004. **109**(1): p. 38-45.
132. Lysaker, P.H., et al., *Reported history of child sexual abuse in schizophrenia: associations with heightened symptom levels and poorer participation over four months in vocational rehabilitation*. The Journal of nervous and mental disease, 2005. **193**(12): p. 790-795.
133. Wang, Z., et al., *Comparison of first-episode and chronic patients diagnosed with schizophrenia: symptoms and childhood trauma*. Early intervention in psychiatry, 2013. **7**(1): p. 23-30.
134. Kay, S.R., A. Fiszbein, and L.A. Opler, *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophrenia bulletin, 1987. **13**(2): p. 261-276.
135. Kostakoglu, E., et al., *Reliability and validity of the Turkish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*. Turk Psikoloji Dergisi, 1999. **14**(44): p. 23-34.

136. Bernstein, D.P., et al., *Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997. **36**(3): p. 340-348.
137. Şar, V., P.E. ÖZTÜRK, and E. İkikardeş, *Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire*. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2012. **32**(4): p. 1054.
138. MacDonald, K., et al., *Minimization of childhood maltreatment is common and consequential: results from a large, multinational sample using the childhood trauma questionnaire*. PLoS One, 2016. **11**(1): p. e0146058.
139. Hergueta, T., R. Baker, and G.C. Dunbar, *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. J clin psychiatry, 1998. **59**(Suppl 20): p. 2233.
140. GÜLER, A., *Şizofreni Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Etkileri in Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı*. 2014, Haliç Üniversitesi.
141. Binbay, T., *Admission-Based Prevalence of Schizophrenia, Schizoaffective Disorder and Bipolar I Disorder in a Catchment Area in Sinop, Turkey*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2016. **27**(3): p. 151.
142. Binbay, T., et al., *The psychosis epidemiology in Turkey: A systematic review on prevalence estimates and admission rates*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2011. **22**(1).
143. TURAN, H.S.K., *Kısmi Remisyondaki Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Agresyon İlişkisi*, in *İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2011*. p. 132.
144. Kilicaslan, E.E., et al., *Childhood trauma, depression, and sleep quality and their association with psychotic symptoms and suicidality in schizophrenia*. Psychiatry research, 2017. **258**: p. 557-564.
145. Yıldız, M., A. Yazıcı, and Ö. Böke, *Demographic and clinical characteristics in schizophrenia: A multi center cross-sectional case record study*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2010. **21**(3).
146. Agerbo, E., et al., *Marital and labor market status in the long run in schizophrenia*. Archives of general psychiatry, 2004. **61**(1): p. 28-33.
147. AY, N.D., *Çocukluk Çağı Travmasının Şizofreni Kliniği İle İlişkisi*, in *Psikiyatri Anabilim Dalı 2013*, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi p. 53.
148. Galobardes, B., et al., *Indicators of socioeconomic position (part 1)*. Journal of Epidemiology & Community Health, 2006. **60**(1): p. 7-12.
149. Tsang, H.W., et al., *Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2010. **44**(6): p. 495-504.
150. Sham, P., C. MacLean, and K. Kendler, *A typological model of schizophrenia based on age at onset, sex and familial morbidity*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1994. **89**(2): p. 135-141.
151. Jerrell, J.M. and R.S. McIntyre, *Factors Differentiating Childhood-Onset and Adolescent-Onset Schizophrenia: A Claims Database Study*. The primary care companion for CNS disorders, 2016. **18**(2).
152. Cannon, M., P.B. Jones, and R.M. Murray, *Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review*. American Journal of Psychiatry, 2002. **159**(7): p. 1080-1092.

153. Kim, E., *Does traumatic brain injury predispose individuals to develop schizophrenia?* Current opinion in psychiatry, 2008. **21**(3): p. 286-289.
154. Sağlam Aykut, D., et al., *Current Clinical Variables in Schizophrenia Cases with Suicide Attempt History.* Turk Psikiyatri Dergisi, 2017. **28**(3).
155. Pompili, M., et al., *Suicide risk in first episode psychosis: a selective review of the current literature.* Schizophrenia research, 2011. **129**(1): p. 1-11.
156. Roy, A., *Reported childhood trauma and suicide attempts in schizophrenic patients.* Suicide and Life-Threatening Behavior, 2005. **35**(6): p. 690-693.
157. Conus, P., et al., *Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients.* Schizophrenia bulletin, 2009. **36**(6): p. 1105-1114.
158. Read, J., et al., *Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder.* Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice, 2003. **76**(1): p. 1-22.
159. Howes, O.D., et al., *Pathways to schizophrenia: the impact of environmental factors.* 2004, Cambridge University Press Cambridge, UK.
160. Green, M.J., et al., *Catechol-O-methyltransferase (COMT) genotype moderates the effects of childhood trauma on cognition and symptoms in schizophrenia.* Journal of psychiatric research, 2014. **49**: p. 43-50.
161. Gallagher III, B.J. and B.J. Jones, *Childhood stressors and symptoms of schizophrenia.* Clinical schizophrenia & related psychoses, 2013. **7**(3): p. 124-130.
162. Bhavsar, V., *Environmental factors, including cannabis, are strongly related to the age of onset and morbidity of schizophrenia.* Evid Based Health, 2015. **18**(3): p. 84.
163. Kendler, K.S., M.T. Tsuang, and P. Hays, *Age at onset in schizophrenia: a familial perspective.* Archives of General Psychiatry, 1987. **44**(10): p. 881-890.
164. Berrios, G.E., *Positive and negative symptoms and Jackson: a conceptual history.* Archives of General Psychiatry, 1985. **42**(1): p. 95-97.
165. Strauss, J.S. and W.T. Carpenter, *Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia.* Archives of General Psychiatry, 1974. **30**(4): p. 429-434.
166. Andreasen, N.C., *Affective flattening and the criteria for schizophrenia.* The American Journal of Psychiatry, 1979.
167. Crow, T.J., *Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?* British medical journal, 1980. **280**(6207): p. 66.
168. Andreasen, N.C., *Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability.* Archives of general psychiatry, 1982. **39**(7): p. 784-788.
169. Dollfus, S., et al., *Identifying subtypes of schizophrenia by cluster analyses.* Schizophrenia Research, 1995. **15**(1): p. 10.
170. Lykouras, L., et al., *Clinical subtypes of schizophrenic disorders: a cluster analytic study.* Psychopathology, 2001. **34**(1): p. 23-28.
171. Goodman, L.A., et al., *Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness.* Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 1999. **12**(4): p. 587-599.

## 9. EKLER

### EK-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

## BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

### 1. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Adı: Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı Travmasının Şizofreni Hastalık Başlangıç Yaşına Etkisi

**Araştırmanın İçeriği:** Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travması

**Araştırmanın Amacı:** Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmasının hastalığın başlangıç yaşına etkisi

**Araştırmanın Öngörülen Süresi:** 6 ay

**Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** 200

**Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:**

*(Araştırmada gönüllüye uygulanacak yöntemler ve tedaviler / (varsa invaziv girişimler) hastanın anlayabileceği şekilde anlatılmalıdır.)*

Gönüllülere görüşmeci tarafından travmatik yaşantıları sorgulamak amacıyla çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği (childhood Trauma Questionnaire- CTQ), hastanın psikotik semptomlarının sorgulamak amacıyla Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) uygulanacak. Hastanın intihar düşünceleri için , MINI suicidality ölçeği .Ayrıca sosyodemografik form aracılığıyla hastaların hastalık başlangıç yaşı , hastalık süresi ,medeni durumu ,çocuk sayısı , eğitim süresi , doğum komplikasyonu ,motor mental gelişimi, kafa içi travma , aile öyküsü ve göç konusunda sorgulanacak. Görüşme tek oturumda tamamlanacaktır.

### 2. ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Bu çalışmada sizin için beklenen yararlar çocukluk çağı travmasının ve diğer faktörlerin hastalığın başlangıç faktörü olup olmadığını bulmak ve ileride ilgili hastalıktan etkilenmiş bireylere fayda sağlamaktır.

### 3. GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Çalışmaya bağlı istenmeyen hiçbir yan etki yoktur.

#### **4. GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:**

Şu anda bu çalışmanın hemen size bir fayda olarak dönüp dönmeyeceğini bilmiyoruz. Ancak ilgili hastalığın etkilerinin öğrenilmesi tedavide yeni yaklaşımlara ve ileride ilgili hastalıktan etkilenmiş bireylere fayda sağlayacaktır.

#### **5. GEBELİK**

Çalışmaya gece hasta alınsa bile sadece görüşme ile uygulanacak ölçeklerin gebeliği açısından herhangi bir sorun yaratmayacaktır.

#### **6. ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME**

Yukarıdaki araştırmada uygulanacak tetkik ve tedaviye yönelik girişimler dışında hastalığımla ilgili başka uygun yöntemlerin var olduğunu, ancak bu araştırmada uygulanmayacağını öğrendim. Eğer yukarıdaki çalışmaya katılmayı kabul etmezsem sözü edilen öteki tedavileri alma hakkına sahip olduğumun bilincindeyim.

#### **7. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI**

Uygulama esnasında doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

#### **8. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI**

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

#### **9. ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

#### **10. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT**

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığınızda aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

Dr. Cem Ingeç

1. Telefon: 0232 244 44 44 1320

2. Telefon: 0232 244 44 44 2620

#### **11. ZARARLARIN KARŞILANMASI:**

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı / doktor tarafından yerine getirileceği, çalışma ilacı ya da uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür tıbbi zarara karşı güvencede olduğum, masraflarımın araştırmacı tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

## 12. GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

## 13. GİZLİLİK:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak , bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır

## 14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

*Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.*

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....  
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Doktorun

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:



**Ek-2 Sosyodemografik Bilgi Formu**  
**SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

**HASTA NO:**

**YAŞI:**

**CİNSİYETİ:**

**0.KADIN**

**1.ERKEK**

**MEDENİ DURUMU:**

**0.HİÇ EVLENMEMİŞ**

**1. EVLİ**

**2.BOŞANMIŞ VEYA AYRI YAŞIYOR**

**3.DUL**

**ÇOCUK SAYISI:**

**EĞİTİM SÜRESİ:**

**İŞ:**

**0.ÇALIŞMIYOR**

**1.ÇALIŞIYOR 2.EMEKLİ**

**3.ÖĞRENCİ**

**4.MALULEN EMEKLİ**

**HASTALIK BAŞLANGIÇ YAŞI:**

**HASTALIK SÜRESİ:**

**HASTANEYE İLK YATIŞ YAŞI:**

**YATIŞ SAYISI:**

**DOĞUM KOMPLİKASYONU:**

**0.YOK**

**1.VAR**

**KAFA TRAVMA:**

**0.YOK**

**1.VAR**

**AİLEDE ŞİZOFRENİ ÖYKÜSÜ:**

**0.YOK**

**1.VAR**

**GÖÇ:**

**0.YOK**

**1.VAR**

**ALKOL:**

**0.YOK**

**1.KULLANIMI VAR**

**MADDE:**

**0.YOK**

**1.KULLANIMI VAR**

**Telefon numarası:**

**MINİ SUİCİD( İNTİHAR) ÖLÇEĞİ**

**AİLEDE İNTİHAR ÖYKÜSÜ:**

**0.YOK**

**1.VAR**

1."ölssem de kurtulsam" gibi bir düşünceniz oldu mu ?

0.hayır 1. evet

2.hiç kendinize zarar vermeyi istediniz mi ?

0.hayır 1. evet

3.intihar düşündünüz mü ?

0.hayır 1. evet

4.intihar planı yaptınız mı ?

0.hayır 1. evet

5.intihar girişiminiz oldu mu ?

0.hayır 1. evet

6.Tüm hayatınız boyunca intihar girişiminiz oldu mu?

0.hayır 1. evet

**Ek-3 Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği**

Uygulayan Doktor :

Tarih:

Pozitif Belitiler	1	2	3	4	5	6	7
1)Sanrılar							
2)Düşünce dağınıklığı							
3)Varsanı							
4)Taşkınılık							
5)Büyükklük Duyguları							
6)Şüphencilik Kötülük							
7)Düşmanca Tutum							

SKOR:

Negatif Belitiler	1	2	3	4	5	6	7
1)Duygulanımda Künleşme							
2)Duygusal İççekilme							
3)İlişki Kurmada Güçlük							
4)Pasif Biçimde Kendini Toplumdan Çekme							
5)Soyut Düşünme Güçlüğü							
6)Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı							
7)Steriotipik Düşünme							

SKOR:

Genel Psikopatoloji	1	2	3	4	5	6	7
1)Bedensel Kaygı							
2)Anksiyete							
3)Suçluluk Duyguları							
4)Gerginlik							
5)Manyerizm							
6)Depresyon							
7)Motor Yavaşlama							
8)İşbirliği Kuramama							
9)Olağandışı Düşünce							
10)Yönetim Bozukluğu							
11)Dikkat Azalması							
12)Yargılama ve İçgörü							
13)İrade Bozukluğu							
14)Dürtü Kontrolsüzlüğü							
15)Zihinsel Aşırı Uğraş							
16)Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma							

TOPLAM SKOR:

SKOR:

#### EK-4 Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

### Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0

(Çeviren: © Vedat Şar,1996, 2012)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz.

Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

#### Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

3. Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

7. Sevdiğimi hissediyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar

oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

12.Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

13.Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

14.Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

15.Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

16.Çocukluğum mükemmeldi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

17.Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.,

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

18.Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

19.Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

20.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

21.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

22.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

23.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorlad

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

24.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

25.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

26.İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

28.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

## Ek-5 Etik Kurul Onam Formu



T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

GİZLİ

Sayı : 31829978-050.01.04-E.1700069912  
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurulu  
Kararı

05/10/2017

Sayın Esin Evren KILIÇASLAN  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**“Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı Travmasının Şizofreni Hastalık Başlangıç Yaşına Etkisi”** adlı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına kurulumuzun **13.09.2017 tarihli ve 187 sayılı karar numarası** ile toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

*e-İmza*

Doç. Dr. Orhan GÖKALP  
Etik Kurul Başkanı

<https://www.izmir.edu.tr/ETIK-KURULU>

Adres : İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Çiğli Ana  
Yerleşkesi 25620 Çiğli İlçesi - TÜRKİYE

Bölge İçin İletişim : Bilimsel Merak - Merak

Tel: +90 (0) 232 3291535 (Sınan)

Belgeleme No : (0) 232 3860888

İnternet Adresi : www.izmir.edu.tr



05.10.2017 tarihli ve 1702088912 numaralı belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 3. maddesi gereğince Orhan Gökaly tarafından güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.