



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ŞİZOFRENİDE BAĞLANMA BOYUTLARI, İÇGÖRÜ VE KLİNİK
DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

Hazırlayan

Hilal ÖZCAN YELPAZE

154102012

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Dilek Meltem TAŞDEMİR ERİNÇ

İstanbul – 2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ŞİZOFRENİDE BAĞLANMA BOYUTLARI, İÇGÖRÜ VE KLİNİK
DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

Hazırlayan

Hilal ÖZCAN YELPAZE

154102012

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Dilek Meltem TAŞDEMİR ERİNÇ

İstanbul – 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:	
Öğrenci Adı Soyadı	:	Hilal ÖZCAN YELPAZE
Anabilim Dalı	:	Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	:	Yrd. Doç. Dr. Dilek Meltem TAŞDEMİR ERİNÇ
Tezin Başlığı	:	Şizofrenide Bağlanma Boyutları, İçgörü ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	:	19.01.2018	Saati	:	10:00
Öğrenci Savunmaya	:	<input checked="" type="checkbox"/> GELDI			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU					
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.					
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i>					
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.					
Savunmada Tezin Başlığı	:	<input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:				
Öğrenci Savunmaya	:	<input type="checkbox"/> GELMEDİ			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.					

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Dilek Meltem TAŞDEMİR ERİNÇ	
Üye	Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ GÜL	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Tuğba Arzu ÖZAL İLDENİZ	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Şizofrenide Bağlanma Boyutları, İçgörü ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

08.01.2018

Hilal ÖZCAN YELPAZE

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez danışmanım Yrd. Doç. Dr Dilek Meltem Taşdemir Erinç'e teşekkür ederim.

Tez için veri toplama sürecinde yardımcı olan Sultan Abdülhamid Han Hastanesi psikiyatri kliniğinde görevli Yrd. Doç. Dr. Özgür Maden, Dr. İbrahim Gündoğmuş ve Yakacık Toplum Ruh Sağlığı Merkezi psikiyatristi Uzm. Dr. Esra Cebeci, Psk. Erhan Kalyoncu ve hastalara ulaşmamı sağlayan Hem. Elvan Kahraman'a çok teşekkür ederim.

Sultan Abdülhamid Han Hastanesi'nde veri toplarken her türlü desteği sağlayan, hastalardan kendi çalışmasıymış gibi titiz veri toplayan ve görüşme aralarında bilgisinden, deneyimlerinden istifade ettiğim saygıdeğer Dr. Mustafa İspir'e teşekkürlerimi sunarım.

Tüm yoğunluğuna rağmen İngilizce özet kısmında yardımcı olan sevgili Uzm. Psk. Hilal Özel'e, verileri analiz etmemde yardımcı büyük olan saygıdeğer Yrd. Doç. Dr. İsmail Yelpaze'ye çok teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde desteği sınırsız olan, maddi ve manevi her türlü yardımıyla her zaman yanımda olan ailemin her bireyine ayrı ayrı sonsuz şükranlarımı sunarım. İyi ki varsınız.

Sürecin başından beri yanımda olan, tüm düşmelerimde beni motive eden, çalışmamı tamamlamamda büyük katkısı olan yol arkadaşım, sevgili eşim Sedat Yelpaze'ye tüm kalbimle teşekkür ederim.

Hilal ÖZCAN YELPAZE

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

YEMİN METNİ.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xii
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Şizofreni.....	3
1.1.1.Tanım.....	3
1.1.2.Tarihçe.....	3
1.1.3.Epidemiyoloji.....	4
1.1.4.Etiyoloji.....	5
1.1.4.1.Kalıtım.....	5
1.1.4.2.Çevresel Faktörler ve Risk Etkenleri.....	6
1.1.4.3.Şizofreni Etiyolojisi ile İlgili Teoriler.....	8
1.1.4.3.1.Nörokimyasal Model.....	8
1.1.4.3.2.Nörogelişimsel Model.....	9
1.1.4.3.3.Stres-Diyatez Modeli.....	10
1.1.4.3.4.Psikoanalitik Kuram.....	10

1.1.4.3.5.Aile Dinamikleri.....	11
1.1.5. Tanı.....	12
1.1.5.1. DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri.....	12
1.1.5.2.Şizofreni Alt Tipleri.....	14
1.1.6.Klinik Özellikler.....	15
1.1.7.Gidiş ve Sonlanım.....	16
1.1.7.1. Şizofrenide Prognoz.....	17
1.1.7.2.Şizofrenide Sonlanım (Ölüm ve İntihar).....	17
1.1.8. İçgörü.....	18
1.2.Bağlanma	18
1.2.1. Tarihçe.....	19
1.2.2. İçsel Çalışan Modeller.....	20
1.2.3. Yetişkinlikte Bağlanma.....	20
1.2.4. Yetişkin Bağlanma Biçimleri.....	21
1.2.5.Bağlanma ve Psikopatoloji.....	22
1.3. Amaç ve Araştırma Soruları.....	25
2.YÖNTEM.....	25
2.1.Örneklem.....	26
2.2.Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlama Ölçütleri.....	26
2.2.1.Dahil Edilme Ölçütleri.....	26
2.2.2.Dışlama Ölçütleri.....	27
2.3.Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları.....	27
2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	27
2.3.2. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II).....	27
2.3.3.İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)	28
2.3.4. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	28

2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	28
3. BULGULAR.....	29
3.1. Hasta ve Sağlıklı Gruba Ait Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlgili Bulgular.....	29
3.1.1. Hasta Grubuna Ait Sosyodemografik Bilgiler.....	29
3.1.2. Hasta Gruba Ait Klinik Özellikler.....	31
3.1.3. Sağlıklı Gruba Ait Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	32
3.2. Hasta ve Sağlıklı Grubun Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması.....	34
3.2.1. İki Grup-Doğum Yeri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	35
3.2.2. İki Grup-Göç Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	35
3.2.3. İki Grup-Düzenli Sosyal Uğraş Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	36
3.2.4. İki Grup-Geleceğe Dair Plan Yapma Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	36
3.2.5. İki Grup-Geleceğe Bakış Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	37
3.2.6. İki Grup-Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Değerlendirilmesi.....	37
3.2.7. İki Grup-Kendini Yaralama Davranışı Değerlendirilmesi.....	38
3.2.8. İki Grup-İntihar Değerlendirilmesi.....	38
3.2.9. İki Grup-Kafa Travması Değerlendirilmesi.....	39
3.2.10. İki Grup-Alkol/Madde Kullanımı Değerlendirilmesi.....	39
3.2.11. İki Grup-Sigara Kullanımı Değerlendirilmesi.....	40
3.2.12. Hasta gruba İlişkin Klinik Özellikler Arasındaki İlişki.....	40
3.2.12.1. Yaralama Davranışı ve İntihar Arasındaki İlişki.....	40
3.2.12.2. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü ve Klinik Özellikler İlişkisi.....	41
3.2.12.3. Alkol- Madde Kullanımı ve İÜBDÖ Puanı Arasındaki İlişki.....	41

3.3. Hasta ve Sağlıklı Grubun Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	41
3.3.1. İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ) Puanları.....	42
3.3.2. Pozitif ve Negatif Sendrom (PANSS) Ölçeği Puanları.....	42
3.3.3. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II) Puanları.....	42
3.3.4. Hasta ve Sağlıklı Grup-YİYE-II Puanları Karşılaştırılması.....	43
3.3.5. Araştırma Ölçekleri (İÜBDÖ, PANSS, YİYE-II) Arasındaki İlişki....	43
3.3.5.1. YİYE-II ile Kullanılan Diğer Ölçeklerin Toplam Puanları Arasındaki İlişki.....	44
3.3.5.2. YİYE-II Bağlanma Boyutları Arasındaki İlişki.....	44
3.3.5.3. PANSS Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	45
3.3.5.4. İÜBDÖ Ölçeğinin PANSS Toplamı ve Alt Ölçek Puanları ile İlişkisi.....	45
3.4. Hasta Gruba Ait Klinik Özelliklerinin YİYE-II Puanları ile İlişkisi.....	45
3.4.1. Sigara Kullanımına Göre (var/ yok) YİYE-II Puanlarının Değerlendirilmesi.....	45
3.4.2. Yatış Sayısı ile YİYE-II Puanları Arasındaki İlişki.....	46
3.4.3. Toplam Yatış Süresi İle YİYE-II Puanları Arasındaki İlişki.....	46
3.4.4. Başlangıç Yaşı ile YİYE-II Puanları Arasındaki İlişki.....	47
3.4.5. Şizofreni Alt Tipler ile YİYE-II Puanlarının Değerlendirilmesi.....	48
4.TARTIŞMA ve SONUÇ.....	48
4.1. Hasta Grubun Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlıkla Grupla Karşılaştırılması.....	49
4.2. Hasta Grubun Klinik Özellikleri ve Sağlıkla Grupla Karşılaştırılması.....	50
4.3. Klinik Özelliklerin Ölçek Bulgularına Göre Değerlendirilmesi.....	51
4.4. Şizofreni ve Bağlanma Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	52
4.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Öneriler.....	54
5.KAYNAKLAR.....	56

6.EKLER.....	64
Ek-1 Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	64
Ek-2 Sosyodemografik Bilgi Formu.....	66
Ek-3 İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği- İÜBDÖ.....	69
Ek-4 Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği – PANSS.....	70
Ek-5 Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II-YİYE-II.....	72
7.ÖZGEÇMİŞ.....	76



TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo-1 Hasta Grubun Demografik Bilgileri.....	30
Tablo-2 Hastalara Gruba Ait Klinik Özellikler.....	31
Tablo-3 Sağlıklı Bireylerin Demografik ve Klinik Bilgileri.....	33
Tablo-4 Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Doğum Yeri Açısından Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Ki-Kare Bulguları.....	35
Tablo-5 Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Göç Durumun Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Bulguları.....	35
Tablo-6 Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Düzenli Uğraşlarına İlişkin Ki-Kare Bulguları.....	36
Tablo-7 Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Gelecekle İlgili Planlarına İlişkin Ki-Kare Bulguları.....	36
Tablo-8 Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Geleceğe Bakışlarına İlişkin Ki-Kare Bulguları	37
Tablo-9 Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne İlişkin Ki-Kare Bulguları.....	37
Tablo-10 Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Kendini Yaralama Davranışlarına İlişkin Ki-Kare Bulguları.....	38
Tablo-11 Hasta ve Sağlıklı İki Grubun İntihar Davranışlarına İlişkin Ki-Kare Bulguları	38
Tablo-12 Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Kafa Travma Yaşantısına İlişkin Ki-Kare Bulguları.....	39
Tablo-13 Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Alkol-madde Kullanımına İlişkin Ki-Kare Bulguları	39
Tablo-14 Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Sigara Kullanımına İlişkin Ki-Kare Bulguları	40
Tablo-15 Kendini Yaralama Davranışı İle İntihar Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları.....	40
Tablo-16 Ailede Psikiyatrik Hastalık ile Klinik Özellikler Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları	41

Tablo-17 Alkol-Madde Kullanımı ve İÜBDÖ Puanı Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları.....	41
Tablo-18 YİYE-II, PANSS ve İÜBDÖ Puanlarına İlişkin İstatistik Bilgiler...	42
Tablo- 19 Hasta ve Sağlıklı Grupların YİYE-II Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t-Testi Analizi Bulguları.....	43
Tablo-20 Hasta Grubun Bağlanma Türleri, PANSS ve Alt Kategorileri ile İÜBDÖ Puanlarının İlişisine Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları.....	44
Tablo -21 Hasta Grubun Sigara Kullanımı Açısından Bağlanma Türlerinin Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin t-Test Analizi Bulguları.....	46
Tablo-22 Yatış Sayısı ile YİYE-II Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları.....	46
Tablo -23 Toplam Yatış Süresi ile YİYE-II Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları	47
Tablo -24 Hastalık Başlangıç Yaşı ile YİYE-II Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları.....	47
Tablo-25 Hasta Grubun Şizofreni Alt Tiplerine Göre YİYE-II Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Bulguları.....	48

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM

İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği: İÜBDÖ

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği: PANSS

Psychosis Attachment Measure: PAM

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II: YİYE-II

Sosyodemografik Bilgi Formu: SDBF

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi: TRSM

min: Minimum

max: Maximum

N: Vaka sayısı

X: Sıra Ortalaması

SS: Standart sapma

p: Anlamlılık düzeyi

r: Korelasyon katsayısı

Şizofrenide Bağlanma Boyutları, İçgörü ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi

ÖZET

Bu çalışmanın temel amacı bağlanma ve şizofreni hastalığı arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bunun yanı sıra hastalığın şiddeti ve seyri ayrıca sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisine bakmayı amaçlamaktadır.

Çalışmanın örneklemini Sultan Abdülhamid Han Hastanesi ve Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi'ne bağlı hizmet veren Yakacık Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde takipli tedavi gören 11 kadın, 27 erkek (toplam 38) şizofreni tanılı hastalar ve herhangi bir psikopatolojik tanı almayan 20 kadın, 32 erkek (toplam 52) kişi oluşturmaktadır.

Çalışmanın verileri Sosyodemografik Bilgi Formu, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği ve Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği uygulanarak elde edilmiştir. Elde edilen veriler t testi, ANOVA ve korelasyon testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Çalışmamızda hasta grubun sağlıklı gruptan kaygılı bağlanma boyutu üzerinde farklılaştığı bulgulandı. Kaçınmacı bağlanmanın yatış süresi ve hastanede yatarak tedavi görülen toplam gün sayısı ile arasında pozitif yönde ilişki bulundu. Güvenli bağlanma ve yatış sayısı ve süresi arasında ise negatif ilişkiye rastlandı.

Sonuç olarak şizofreni ve bağlanmanın ilişkili olduğu, şizofreni hastalarında kaygılı bağlanma oranının daha fazla olduğu ve hastalığın gidişatının kaçınmacı bağlanma ile ilişkili olduğu, kaçınmacı bağlanmanın azaldıkça yatış sayısının ve süresinin de azaldığı, pozitif ve negatif semptomlarla ilişkili olmadığı ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde çıkan hastalığın seyrinde etkili olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, bağlanma, hastalık şiddeti

Attachment Dimensions in Schizophrenia, Its Relations with Insight and Clinic Variables

ABSTRACT

The main aim of this study is examining the relationship between attachment and schizophrenia disease. In addition, this study aims to look at the severity and the course of disease and its relationship with sociodemographic and clinical characteristics.

The sample of study consists of 11 female, 27 male (38 in total) patients diagnosed with schizophrenia and 20 female and 32 male patients without any psychopathological diagnosis (52 in total) who are treated with follow up treatment in the Yakacık Community Mental Health Center which is affiliated to Kartal Yavuz Selim Public Hospital and Sultan Abdülhamid Han Hospital.

The data of this study was collected by applying sociodemographic information form, the Positive and Negative Syndrome Scale, Experiences in Close Relationships-Revised and the Schedule for Assessing the Three Components of Insight. The collected data was analyzed by using t test, ANOVA and correlation test.

It is found that the patient group is differentiated from the healthy group on anxious attachment dimension. Also it is found that there is positive relationship between avoidant attachment and the hospitalization duration and total days of inpatient treatment at hospital. Negative relationship was encountered between secure attachment and the number and the duration of inpatient treatment.

Consequently it can be said that schizophrenia and attachment are related, the rate of anxious attachment is more among schizophrenia patients and the course of the disease is related with avoidant attachment, the more avoidant attachment decreases the more hospitalization number and duration decrease, attachment dimensions are not related with positive and negative symptoms and it is efficient on the course of disease which happens in the upcoming periods of life.

Keywords: Schizophrenia, attachment, severity of illness

1.GİRİŞ

Şizofreni; ağır belirtilerle ortaya çıkan ve genelde süreğen özellik gösteren psikiyatrik bir hastalıktır. Etiyolojisinde genetik faktörler baskın olmasına karşın açıklamada tek başına yeterli değildir. Bu konuda yapılan araştırmalar genetik faktörler kadar çevresel faktörlerin de etkili olduğunu göstermektedir. Öztürk'ün de dediği gibi “yeterli ve kapsayıcı bir biyolojik açıklamanın gösterilemeyeşi, hastalığın nedeninin psikososyal olmasını kanıtlamaz; ancak çevresel etkenler açık biçimde gösterilebildiği zaman anlam kazanır” (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Kişinin genetik yatkınlık göstermesinin, şizofreni hastalığının ortaya çıkışında bütünüyle belirleyici bir öncül olmadığı, çevre etmeniyle birleşen genetik yatkınlığın hastalığı ortaya çıkarabildiği bulgulanmıştır. Bununla birlikte, genetik yatkınlık olmasına rağmen çevrenin koruyucu etki gösterdiği de saptanmıştır (Butcher ve ark., 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2015). Yapılan bir çalışmada, şizofrenide aile içi iletişimin ve olumlu aile ortamının koruyucu etkisi gözlenirken olumsuz aile ortamının ise hastalığın ortaya çıkışını kolaylaştırdığı gösterilmiştir (Butcher ve ark., 2013).

İçgörü, şizofreni hastalığında mevcut olan, psikolojik, psikopatolojik, nörobilişsel mekanizmaları ve kişilerarası ilişkileri de kapsayan çok yönlü bir terimdir. Şizofreni tanısı almış kişilerin içgörü düzeylerini etkileyen birçok faktör vardır ve bu faktörlerin incelendiği bir araştırmada hastanın aile öyküsünün olmasının düşük içgörü düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür (Dankı ve ark., 2007).

Bağlanma; bebeğin anneye yaşamın ilk dönemlerinde kurduğu, ileriye ve geriye dönük yansımaları, sürekliliği ve tutarlılığı olan duygusal bir bağıdır. Yaşamın erken dönemlerinde birincil bakım verenle kurulan ilişkinin niteliği, gelecekteki yakın ilişkileri etkiler ve yönlendirir (Kesebir ve ark., 2011).

Bowlby (2002)'e göre akıl sağlığı ve ruhsal bozuklukların aile mikro kültürü içinde nesilden nesile aktarılması genler yoluyla aktarımdan daha fazla önem taşımaktadır, çünkü ebeveynlerin kendilerine, başkalarına ve hatta çocuğa ilişkin içsel çalışan modelleri aile içi iletişim vasıtasıyla çocuğa aktarılır. Çocuk farkında olmadan ebeveynleriyle özdeşleştiği için, ebeveyn olduğunda kendi çocukluğunda görmüş

olduğu davranış örüntüleriyle hareket eder ve böylece ilişki örüntüleri bir nesilden diğerine aktarılır.

Bowlby ve ondan sonra gelen araştırmacıların çalışmalarına göre bu dönemde kurulan güvenli bağlanmanın gelecekteki sağlıklı süreçlerle ilişkili olduğu belirtilirken güvensiz bağlanmanın ise psikopatolojinin yordayıcısı olduğu düşünölmüştür (Kesebir ve ark., 2011). Bowlby'e göre, destek ve işbirliğinin hakim olduğu bir ebeveyn ortamı, çocuğun ileriki zamanda başkalarıyla kuracağı ilişkilerin tarzını belirlemekte ve çocuğun kişilik gelişimine yardımcı olmaktadır. Aile ilişkilerinin olumlu bir seyirde devam etmesi kişiliğin kısmen kontrollü ve esnek bir biçimde işlemesini ve kötü şartlarda devam edebilme kabiliyetini sağlarken erken çocukluğun ve sonraki deneyimlerin olumsuz biçimleri ise devam etme kabiliyeti olan savunmasız yapılar, kusurlu kontrol ve düşük esnekliğe sahip olan kişilik yapılarına yol açar (Bowlby, 2012).

Son yıllarda, bağlanma ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışmada hastalığın ortaya çıkışında ve seyrinde erken dönem yaşantıların önemli bir etkileyici unsur olduğu gösterilmiştir (Gumley ve ark., 2014; Sümer ve ark., 2009). Bununla birlikte, doğumdan hatta bazı kuramcılara göre doğum öncesinden beri bebek ve anne arasında kurulan bağlanmanın niteliğinin de psikopatolojinin belirleyicisi olduğu bulgulanmıştır (Kesebir ve ark., 2011). Ponizovsky ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bağlanma stillerinin şizofreni hastalığı ile ilişkisi incelenmiş ve güvensiz bağlanan olgularda başlangıç yaşı daha erken, yatış süreleri daha uzun bulunmuştur (Ponizovsky ve ark., 2007).

Kültürel farklılıklar psikopatoloji örüntüsünü ve bağlanmayı etkileyen temel faktörlerden biridir. Sümer'e göre geleneksel olarak Batı (bireyci) ve Doğu (toplulukçu) psikokültürel örüntüleri kendi içinde harmanlayan ve daha "ilişkisel benlik" yapısıyla tanımlanan Türkiye örnekleminde bağlanma ile psikopatoloji arasındaki ilişkilerin incelenmesi önem kazanmaktadır (Sümer ve ark., 2006).

Bu çalışmadaki temel amaç da genetik ve çevresel etmenlerin birleşimi olan şizofreni hastalığının bağlanma ile olan ilişkisine bakmaktır.

1.1. Şizofreni

1.1.1. Tanım

Kişinin insan ilişkilerinden ve gerçeklikten kaçarak kendine özgü bir içe-kapanım (otizm) dünyasında yaşadığı; düşünce, duygu ve davranışlarında önemli bozulmaların olduğu bir ruhsal bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Şizofreni tek bir hastalık olarak kabul edilmesine karşın, heterojen etiyolojili bir grup bozukluğu kapsar ve bu tanı altındaki birçok hasta farklı klinik görünüm, tedaviye yanıt ve hastalık gidişatı gösterir (Sadock ve ark., 2016).

1.1.2. Tarihçe

Şizofreni terimi ilk olarak Emil Kraepelin ve Eugen Bleuler tarafından 19. yüzyılda tanımlanmış olmasına karşın, hastalığa dair semptomları gösteren bireylerin ve buna dair tanımlamaların eski çağ metinlerinden itibaren görüldüğü bildirilmektedir. Orta Çağ Avrupası'nda içine şeytan kaçtığı söylenen kişilerin, bugünkü tanısallık kriterler açısından şizofreni olduğu söylenebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Kraepelin'den önce Morel 1860'da "dementia praecox (erken bunama)" terimini, 1871'de Hecker "hebefreni"yi ve 1874'de Kahlbaum "katatoni"yi kullanmıştır. Daha sonra Kraepelin bu iki hastalık tipine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek "dementia praecox (erken bunama)" kavramını oluşturmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Kraepelin'e göre hastalar farklı özellikler gösterse de temelde erken başlangıç ve zihinsel yıkım kavramları üzerinde birleşiyorlardı. Ancak Kraepelin bunama kavramıyla, yaşlılıktaki manasından(ciddi bellek sorunları) farklı olarak şizofreni hastalarındaki zihinsel zayıflığa dikkat çekmiş, daha çok hastalığın tanımını ve özelliklerini vurgulamıştır (Davison ve Neale, 2004).

Bleuler hastalığın temeline önem vermiş, hastalığın varlığı için erken başlangıçlı olması ve bunamayla sonlanmasının zorunlu olmadığını ortaya koymuştur ve böylece dementia praecox terimi yerine 1908'de schizein (yarılma) ve phren (akıl) kelimelerinden oluşan aklın yarılması, bölünmesi anlamına gelen şizofreni terimini ortaya atmıştır. Bleuler'in ortaya koyduğu bir diğer önemli kavram "çağrışımsal bağların kopmasıdır (associative threads)" ve Bleuler burada çağrışımsal bağların

sadece kelimeleri değil düşünceleri de birleştirdiğinden söz etmiş ve bu kavramla farklı özellikler gösteren hastaların aynı kategoride toplanabileceğini göstermiştir (Davison ve Neale, 2004).

Kurt Schneider birincil sıra belirtilerini tanımlamıştır ve bu belirtiler her ne kadar hastalığın kesin şartlarından olmasa da tanının oluşmasında yararlı olmuştur. Karl Jaspers hastaların öznel duygularıyla ilgilenmiş, şizofreni hastalarının hezeyan ve halüsinasyonlarının psikolojik anlamlarını anlamaya çalışmıştır. 1950’de “şizofrenik reaksiyon” terimini terminolojiye kazandıran Adolf Meyer ise şizofreniyi kişinin yaşadığı stres olaylarına verdiği bir reaksiyon, davranışsal uyum problemleri olarak görmüştür (Sadock ve ark., 2016).

1.1.3.Epidemiyoloji

Bütün toplumlarda ve coğrafi bölgelerde görülen şizofreni; Dünya Sağlık Örgütü’nün 2010’da yaptığı bir çalışmaya göre en fazla yeti yitimine yol açan ilk on hastalık içinde olup, yaşam boyunca görülme riskinin yaklaşık olarak %1 olduğu kabul edilmiştir (Butcher ve ark., 2013).

Geçmiş dönemlerde hastalığın kadın ve erkeklerde yaklaşık olarak eşit sıklık ve yaygınlıkta görüldüğü düşünülse de son dönem çalışmalarında erkeklerde daha sık görüldüğü bulgulanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bununla birlikte, hastalığın başlangıç yaşı erkeklerde kadınlara göre daha erkendir. Erkeklerde 10-25 yaşlarında başlarken kadınlarda 25-35 yaşlarında başlar ve hastalığın 10 yaşından erken ve 60 yaşından geç başlaması nadirdir. Kadın şizofren hastalarda tedavinin gidişatı erkeklere oranla daha iyidir (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Sadock ve ark., 2016).

Şizofreni hastalarının yaşam süreleri genel topluma göre daha kısadır ve ölüm sebebi olarak intihardan sonra en çok kalp damar hastalıkları gösterilmektedir. Bunun, tedaviye uyum sağlayamama ve sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanamamadan kaynaklandığı düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Şizofreni hastalarında sigara bağımlılığı %90 oranında bulunmaktadır. Son dönemde yapılan çalışmalarda nikotinin, nöronlar üzerindeki etkisiyle dış uyaranların algılanmasını azaltarak halüsinasyon gibi pozitif belirtileri azalttığı görülmüştür

(Sadock ve ark., 2016). Bunun şizofreni hastalarında sigara kullanma oranının yüksek olmasını açıklayabilecek hipotezlerden biri olduğu düşünülmektedir. Ancak yapılan başka bir araştırmada, sigara kullanımının hastalığın seyri, psikopatolojinin düzeyi ve yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Karşıdağ ve ark., 2005).

Madde kullanımı şizofreni hastalarında yüksek olup bunun şizofreni hastalarının tedavi gidişatını ve psikopatoloji sürecini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (Dilbaz ve Enez Darçın, 2011). Yapılan bir çalışmada, alkol kullanım bozukluğu ek tanısı alan şizofreni hastalarının daha sık hastaneye yattıkları, hastalık belirtilerini daha şiddetli gösterdikleri ve aldıkları uzun dönemli tedavinin daha olumsuz sonuçlandığı gözlemlenmiştir (Buckley, 1998). Şizofreni hastalarında kannabis ve kokain madde kullanım sıklığının yüksek olduğu bulgulanmıştır (Dilbaz ve Enez Darçın, 2011). Van os ve arkadaşlarının yaptıkları bir izlem çalışmasında, kannabis kullanımının sağlıklı bireylerde psikoz gelişme riskini artırdığını, psikoz hastalarında ise hastalığın seyrini kötü etkilediği bulgulanmıştır. Şizofreni hastalarında kokain kullanımının yüksek olmasının sebebi olarak, pozitif ve negatif belirtileri azaltabildiği ve bu yüzden de hastalar tarafından depresyonu azaltmak için sıklıkla kullanıldığı düşünülmüştür (Buckley, 1998).

1.1.4.Etiyoloji

Şizofreni uzun zamandan beri inceleniyor olmasına rağmen tam olarak aydınlatılamamıştır. Genel olarak beynin gelişimsel bozukluğu olarak görülsede tek başına açıklamada yeterli değildir ve yatkınlığın hastalıkla sonuçlanması çevresel faktörlerin vasıtasıyla olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Sonuç olarak, şizofreni etiyojisine dair görüşler psikososyal ve organik olmak üzere iki temelde toplanmaktadır.

1.1.4.1.Kalıtım

Şizofreni aile çalışmaları, akrabalarda şizofreni hastalığına sahip yakın sayısı ne kadar fazlaysa ve yakınlık derecesi ne kadar ileriye hastalık riskinin de bununla birlikte arttığını göstermiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). İkiz çalışmaları incelendiğinde ise tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha fazla eş hastalanma görülmektedir

(Davison ve Neale, 2004; Butcher ve ark., 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2015). Tek yumurta ikizlerinde bu oran %31-78 iken aynı cinsiyetten çift yumurta ikizlerinde bu oran %12-28 arasındadır. İleride şizofreni yelpazesi bozukluklarının görülme riskinin incelendiği evlat edinme çalışmalarında şizofrenik biyolojik aileye sahip, evlat edinilmiş çocuklarda; şizofrenik ailesi olmayan, evlat edinilerek büyütülen çocuklardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bununla birlikte çocuğun yetiştirildiği aile çevresinin etkisine bakılan evlat edinme çalışmasında işlev bozukluğu gösteren ailelerde yetişen, genetik risk taşıyan çocuklarda şizofreni bağlantılı hastalıkların ortaya çıktığı görülmüştür. Ancak bu rahatsızlıkların sağlıklı ailelerde büyüyen ve yüksek genetik risk taşıyan çocuklarda, düşük genetik risk taşıyan çocuklara göre daha fazla rastlanmadığı bildirilmiştir (Butcher ve ark., 2013). Bu bulgu kişilerin genetik yatkınlıkları olsa da çevrenin koruyucu bir rol üstlenebileceğini göstermektedir.

1.1.4.2.Çevresel Faktörler ve Risk Etmenleri

Şizofreninin gelişiminde genlerin rol oynadığı kabul görse de genetik faktörler tek başına belirleyici değildir. Genetik yatkınlıkla birleşen çevresel ve biyolojik tetikleyiciler hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalar doğum öncesi viral enfeksiyon, RH uyuşmazlığı, erken dönemde beslenme eksikliği, doğumda yaşanan komplikasyonlar gibi durumların birer risk etmeni olduğunu göstermiştir (Butcher ve ark., 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Şizofreni hastalarında görülen bir diğer risk etmeni de babanın yaşıdır. Babanın yaşının 25'ten az olması hastalanma riskini hafif derecede artırırken 50'den yüksek olması belirgin derecede artırır. Çok genç ve yaşlı babaların çocuklarındaki hastalanma riskinin artış sebebinin farklı olduğu düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Çalışmalarda, şizofreninin gelişme olasılığının kış mevsimi ve baharın erken dönemlerinde dünyaya gelenlerde daha yüksek, yazın ve baharın geç dönemlerinde doğanlarda ise daha düşük olduğu görülmüş olup bunun virüs veya beslenmedeki değişimlerden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Bir diğer hipoteze göre ise genetik yatkınlığı olan kişiler mevsimsel olumsuzluklara karşı daha düşük biyolojik avantaja sahiptirler (Sadock ve ark., 2016).

Şehirlerde yaşayan insanların kırsalda yaşayan insanlara göre daha fazla risk altında olduğu bulgulanmış ve bunun yatkınlık taşıyan kişilerin şehirdeki sosyal stresörlerden daha fazla etkilenmesi sebebiyle hastalığın daha kolay ortaya çıkıyor oluşuna bağlanmıştır (Sadock ve ark., 2016). Ayrıca, yaşamın ilk 15 yılının şehir hayatına maruz kalarak geçirilmesinin ileride şizofreni hastalığının ortaya çıkış riskini artırdığı bildirilmiştir (Pedersen ve Mortensen, 2001).

Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların göçmen gruplarda daha fazla olduğu, göçmen olmayan kişilere göre birinci kuşak göçmenlerde şizofreni riskinin 2,7; ikinci kuşak göçmenlerde ise 4,5 kat daha fazla olduğu bulgulanmıştır. Bunun ayrımcılık, yalıtılmışlık ve toplumsal dışlanışlığın dopamin duyarlılaşmasına sebep olarak bilişsel süreçlerin bozulmasından ve psikotik yaşantıların ortaya çıkmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (Cantor-Graae ve Selten, 2005).

Çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı ve çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımının şizofrenide risk etmeni olarak ele alınması hususunda daha fazla çalışma yapılmaktadır (Morgan ve Fisher, 2005). Ülkemizde yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmaları oranının yüksek olduğu ve yaşanan travmaların yaşamın ilerleyen dönemlerinde hastalığın seyrini etkilediği gösterilmiştir (Güler, 2014).

Yapılan bir derleme çalışmasında, yaşamın ileri safhasında şizofreni olma riski düşük sosyal sınıfla ilişkili bulunmuştur (Eaton ve Harrison, 2001). Babanın düşük sosyal sınıfta oluşu ya da yoksul bir yerde dünyaya gelmiş olmak, yetişkinlikteki şizofreni olma riskini kontrol grubuna göre 2,1 kat arttırmaktayken her iki özelliği de taşıyan kişilerin daha yüksek risk taşıdığı bulgulanmıştır (Harrison ve ark., 2001). Ayrıca, çocukluktaki zorlu yaşam koşullarının sayısının fazla oluşunun şizofreni riskini daha da arttırdığı gösterilmiştir (Wicks ve ark., 2005). Buradan, düşük sosyokültürel sınıfta bulunan kişilerin dölleme gibi yaşamın en erken dönemlerinden başlayarak psikososyal risk etkenlerine daha fazla maruz kaldıkları düşünülebilir (Binbay ve ark., 2007).

1.1.4.3. Şizofreni Etiyolojisiyle İlgili Teoriler

1.1.4.3.1. Biyokimyasal Model

Dopamin hipotezine göre şizofreni hastalığı aşırı dopaminerjik aktivitenin sonucu ortaya çıkar ve bu varsayım iki gözlemden temellenir. Birincisi antipsikotiklerin (yani dopamin reseptör antagonistlerin) etki gücü ve bunun dopamin reseptörlerine antagonist etki edebilmesi, ikincisi ise dopamin reseptörlerini uyanan amfetamin ve kokain gibi maddelerin kullanımı sonrası psikotik belirtilerin ortaya çıkmasıdır (Sadock ve ark., 2016). Dopamin varsayımıyla ilgili çalışmalar hala devam etmekte, yeni reseptörler tanımlanmaya çalışılmaktadır.

Güncel çalışmalar şizofrenide negative ve pozitif belirtilerin serotonin fazlalığına bağlı olarak ortaya çıktığını varsaymaktadır. İkinci kuşak antipsikotiklerin ve klozapinin güçlü serotonin antagonist etkisinin kronik hastalarda pozitif belirtileri azaltması bu görüşü desteklemektedir (Sadock ve ark., 2016). Şizofreni hastalarında yapılan kadavra çalışmalarında bazı serotonin reseptör alt tiplerinin arttığı bazılarının azaldığı gösterilmiştir. Ancak bunun hastalıktan dolayı mı yoksa antipsikotik kullanımından dolayı mı olduğu hala tartışılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Bir glutamat antagonisti olan fensiklidin vücuda verildiğinde kişide psikotik belirtilere yol açması nedeni ile bu hormonun etiyojide yer alabileceği düşünülmektedir (Sadock ve ark., 2016). Yapılan çalışmalarda şizofreninin genetiğinde öne çıkan genlerin NMDA glutamat reseptörleri ile ilişkili olduğu görülmüştür (Butcher ve ark., 2013).

GABA hormonu ise daha çok dopamin üzerindeki inhibitör etkisi üzerinden şizofreninin patofizyolojisine girmektedir. Şizofreni hastalarının beyinlerinde yapılan incelemelerde, bazı bölgelerde (örneğin hipokampus) GABA'erjik nöronların sayısının azalmış olduğu gösterilmiştir (Sadock ve ark., 2016). GABA'erjik nöronların yitimi dopaminin yanında noradrenalinin de etkinliğinde artışa sebep olarak şizofreninin patofizyolojisinde rol aldığı düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

1.1.4.3.2.Nörogelişimsel Model

Şizofreni patofizyolojisinde beyinde birçok mekanizma ortaya konulmuş olup temelde sinaptik iletideki azalmanın sonucu olabileceği düşünülmektedir. Ergenlik döneminde sinaps yoğunluğunun yavaş yavaş azalması ve hastalığın genelde bu dönemde başlaması bu teoriyi desteklemektedir (Sadock ve ark., 2016). Başka bir görüşe göre de çok erken dönemlerde başlayan sinaptik budanma ergenlik döneminde zirve yapmasından dolayı hastalığın bu yaşta ortaya çıktığı vurgulanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Şizofreni hastalarının çekilen beyin BT (bilgisayarlı tomografi) 'lerinde ventriküllerin küçülmesi ve korteksin incilmesi gibi bulgular bu teoriyi desteklemektedir. Bazı çalışmalarda hastalıkla geçen süre arttıkça beyin dokusundaki azalmanın ilerlediği bulgulanmıştır ancak bazı çalışmalarda ise aynı kaldığı gösterilmiştir (Sadock ve ark., 2016).

Kimi araştırmacılar bu hastaların beyinlerinde asimetri saptamışlar ve bunun anne karnında başlayan bir beyin gelişim anormalliği olduğu iddiasını ortaya atmışlardır. Limbik sisteme bakıldığında, beyindeki bu sistemi oluşturan bölgelerin küçüldüğü ve buradaki nöronal ağıın dezorganize olduğu, hastaların MRI görüntüleri ve otopsilerinde beyin dokusu incelemeleri sonucunda gözlenmiştir. Şizofreni hastalarının prefrontal alan ve buranın işlevselliğinde, talamusta ve buranın beyin diğer bölgeleriyle bağlantı kuran çekirdeklerinde bulunan nöron sayısında azalma saptanmıştır (Sadock ve ark., 2016).

Şizofreni hastalarında saptanan hareket bozuklukları araştırmacıları bazal ganglion ve serebellum üzerine çalışmaları artırmıştır ve bu iki bölge üzerine yapılan çalışmalarda bazal ganglion çekirdekleri olan globus pallidus ve substantia nigrada nöron sayısında azalma saptanmıştır (Sadock ve ark., 2016).

Yapılan nörofizyoloji çalışmalarında hasta olmayan kişilerde gözlemlenen beyne gelen bilgileri ayrıştırma, kategorize etme, işleme ve kullanma yetisinin şizofreni hastalarında kaybolduğu görülmüştür. Bu da yeti yitiminin temel sebebi olarak düşünülmüştür (Öztrük ve Uluşahin, 2015).

Genetik kökeni olan bu hastalığın erken dönemdeki belirtileri üzerinde yapılan araştırmalarda ise gelişim döneminde daha geç konuşmaya başladıkları ve motor

gelişimini daha geç tamamladıkları görülmüştür. Erken dönemde görülen semptomları araştırmak için yüksek risk altındaki çocuklar (yakın akrabalarında şizofreni hastası olan) uzun yıllar gözlemlenmiş ve bu çocuklarda erken dönemlerde anormal el kol yüz hareketleri olduğu bildirilmiştir. Bu hareketlerin sebebi olduğu düşünülen anormal nöronal gelişimin ergenlik döneminde fiziksel hareketlerden çok psikiyatrik sorunlara neden olduğu düşünülmüştür (Öztrük ve Uluşahin, 2015).

Şizofreninin patofizyolojisinde beyin bazı bölgelerinin rol oynadığı yönündeki görüşler, bölgeler arası nöronal ağların rol oynadığı hipotezine doğru kaymaktadır. Şizofreni hastalarına yapılan beyin MR spektroskopisinde beyinde bazı bölgelerde bazı moleküllerin daha düşük bazılarının ise daha yüksek konsantrasyonda olduğu gösterilmiştir. Şizofreni hastalarının beyinlerindeki immünolojik değişikliklere bakıldığında T-lenfositlerin aktivasyonunda azalmanın yanında nöronlara karşı anormal yanıtlar içinde olduğu gözlemlenmiştir (Sadock ve ark., 2016). Beyin MR görüntülemelerinde en patogonomik bulgulardan biri ventriküllerin daha geniş olmasıdır ve bu tek yumurta ikizlerinde yapılan çalışmalarda net olarak gösterilmiştir. İkizlerden hasta olanın ventrikülü daha genişken hasta olmayan ikizinki normal hacimlerde ölçümlenmiştir ve yapılan kontrollü çalışmalarda hastalıkla geçen süre arttıkça beyin hacmindeki küçülmenin de devam ettiği bildirilmiştir. Yapılan çalışmalar şizofreninin sadece anormal nöron gelişiminden değil aynı zamanda nöron dejenerasyonundan da kaynaklandığını göstermiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

1.1.4.3.3. Stres-Diyatez Modeli

Bu modele göre hastalıklar biyolojik, psikososyal ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşiminden oluşur ve genetik yatkınlığı bulunan bir kişi stresli bir durumla karşılaştığında hastalık gelişir. Gottesman'a göre, şizofreni genlerin bir sonucu olmaktan ziyade genlerden etkilenen bir bozukluktur. Bu etkenlerin birleşimi hastalığın ortaya çıkmasına sebep olmasına rağmen aynı zamanda bu faktörler genetik yatkınlığa rağmen hastalığın gelişiminde önleyici rol de üstlenirler (Sadock ve ark., 2016).

1.1.4.3.4. Psikoanalitik Teoriler

Freud' a göre psikoz benliğin dış dünyayla olan çatışmasından meydana gelir. Ona göre psikozun bir türü olan şizofreni, dış dünyayla olan tüm ilişkilerin

yitimiyeen sanrılar ise benlik ve dış dñnya arasında oluşan çatlakları kapatmak için kullanılan bir yamadır (Faracı, 2004).

Winnicott'a gñre ise psikoz, bireyin dñllenmeden başlayarak doğum ve sonrasındaki sñrete(erken evrede) birincil bakım verenle (evre) arasındaki ilişkinin gelişiminde ortaya çıkan gecikme, bozulma, gerileme ve karışıklıklardan ortaya çıkar (Salgın ve Pirim, 2004). şizofrenideki dñřñnce biçimlerinin dñřlerdeki zihinsel işleyişe benzediğini dñřñnen Carl Jung ise kişinin uyandıktan sonra rñyadaki gibi hareket etmeye devam etse şizofrenik biri gibi olacağını sñyler (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Mahler'e gñreyse, ocuk ve anne arasındaki ilişkide çarpıklıklar vardır. Anne ile ocuk arasındaki ilişkinin oral dñnemle karakterize, çocuğun anneden tam olarak ayrılamadığı,bağımlı olduğu ve bu sebeple de çocuğun asla güvenli bir kimlik oluşturamadığını sñyler (Sadock ve ark., 2016).

Psikanalitik gñrñře gñre, şizofreni, kişinin çevreye yatırdığı ilginin, libidonun dış dñnyada karşılaşılan zorluklar karşısında tekrar erken ocuklukdaki gibi kendiliğe yani tekrar geri bedene dñnmesidir. Bu sevgi ve alakanın kişinin kendine dñndñrñlmesi ikincil narsisizm olarak adlandırılır ve erken dñneme gerileme olarak kabul edilir. Psikanalistler de şizofrenide doğuştan bir yatkınlığın, ego zayıflığının bulunduğunu ve çevreyle etkileşimdeki incinmelerin kişiyi kolayca birincil narsistik duruma geriletebildiğini sñyler (Öztrñk ve Uluşahin, 2015). Kuramcılara gñre ortaya çıkan içe kapanma, hezeyan, halñsñnasyon ve diğer belirtiler ise bir çeşit savunma ve uyumdur (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Sadock ve ark., 2016).

1.1.4.3.5. Aile Dinamikleri

Sullivan'ın şizofreniye dair aile içi iletişim ve anne ile baba özellikleri hususundaki gñrñřleri birçok araştırmacıyı bu konuya yñneltmiřtir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). 4 yaşındaki çocuklarda yapılan bir çalışmada anne ile ocuk arasındaki ilişkinin zayıf olduğu çocuklarda, ileride şizofreni olma riskinin 6 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Sadock ve ark., 2016).

Bateson ve arkadaşları "ikili çıkılmaz" adını verdikleri bir kavramı ortaya atmış, çocuğun ebeveynlerinden çelişkili mesajlar almasının çocukta ne yapacağını bilememe,

uygun tepkiler geliştirememesi ve böylece kendine özgü tepkiler ürettiği bir geri çekilmenin oluşabileceğini ortaya atmışlardır.

Theodore Lidz ise şizofreni hastalarının ailelerinde bölünmelerin ve yarılmaların olduğunu ve ebeveynlerin karşı cinsten çocuğa daha fazla önem verdiği ya da anne ile baba arasında güç savaşının olduğu durumları betimlemiştir. Ebeveynlerden birinin edilgen diğerinin baskın rolde olduğu, pasif olanın doyum ve destek için çocuğa yöneldiğini söylemiştir.

Wynne bazı ebeveynlerin, çocuklarıyla sürekli yalancı saldırgan ve yalancı ortak bir sözel iletişim kurarak çocuğun duygularını dışarı vurmasını baskıladığı ve bu yüzden çocuğun ev dışına çıktığında sorun yaşayıp yabancılar tarafından anlaşılabilir olarak görüldüğü, sözel bir iletişim geliştirdiklerinden bahsetmiştir.

Yukarıda aile dinamikleri konusunda ortaya konan bu kavramlar şizofreni etiolojisini açıklamaktan ziyade aile yapısını betimleyen görüşlerdir(Öztürk ve Uluşahin, 2015; Sadock ve ark., 2016).

1.1.2. Tanı

DSM, psikiyatrik bozukluklarını bu bozukluğu yaşayan kişilerin gösterdikleri semptom ve bulgulara göre sınıflamaktır. Bu kılavuza göre tanı etiolojiden yani hastalığın ortaya çıkış sebeplerinden ziyade hastanın söylediği şikayetlere göre konulur (Çamsarı, 2013).

Son güncellenen DSM-5'e göre, şizofreni tanısı için hezeyan ve halüsinasyonların olması zorunluluğu ortadan kaldırılmıştır.

1.1.5.1. DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisi (ya da daha çoğundan her biri), bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) 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 katatonik davranış

5) Negatif (silik) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama).

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 veya ergenlikte başlamışsa; kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az 6 ay sürer. Bu 6 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 de 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. Şizoaffektif (şizoduygulanımsal) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu bozukluk dışlanır, çünkü ya açık evre belirtileriyle eş zamanlı olarak majör (yeğin) 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 var ise, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle gözlemlenilebiliyorsa şizofreni tanısı konur (DSM- 5, 2013).23

1.1.5.2. Şizofreni Alt Tipler

Şizofeni alt tipleri DSM-5'te yaygın kullanılmadığı ve geçerlik, güvenilirliklerinin düşük olmasından dolayı kaldırılmıştır²⁵. Ancak bu alt tipler, Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflaması 10. Basımında (ICD-10) bulunmaktadır ve hala şizofreni tanımlanırken kullanılmaktadırlar (Sadock ve ark, 2016).

DSM-IV-TR'ye göre şizofreninin beş alt tipi bulunmaktadır. Bu alt tipler, değerlendirme sırasında önde gelen semptomlar ile tanımlarlar:

1) Paranoid tip: (aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılamalıdır)

A. Bir ya da daha fazla sanrı ya da sıklıkla işitme varsanılarının olması.

B. Şunlardan hiçbirinin bulunmaması:

(1) dezorganize konuşma

(2) dezorganize davranış

(3) donuk ya da uygunsuz affekt

2) Dezorganize (darmadağın) tip: (aşağıdaki tanı ölçütlerini karşılamalıdır)

A. Aşağıdakilerin hepsi belirgindir:

(1) dezorganize konuşma

(2) dezorganize davranış

(3) donuk ya da uygunsuz affekt

B. Katatonik tip için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

3) Katatonik (kasılakalmış) tip: (aşağıdakilerden en az ikisinin klinik görünümüne egemen olduğu Şizofreni tipi)

(1) katalepsi (balmumu esnekliği de içinde olmak üzere) ya da stupor ile belirlendiği üzere motor hareketsizlik

(2) aşırı motor aktivite (devinsel etkinlik) (açıkça amaçsız ve dış uyaranlardan etkilenmeyen

(3) aşırı negativizm (hareket ettirmeye yönelik tüm yönermelere açıkça amaçsız bir direnç gösterme ya da hareket ettirmeye yönelik girişimlere karşı rijid [katı] postürü sürdürme) ya da mutizm

(4) postür alma (istemli olarak uygunsuz ya da bizar postürler alma), basmakalıp hareketler, belirgin mannerizmler ya da belirgin grimasın olması ile belirlendiği üzere istemli davranışlarda acayıplıkların olması

(5) ekolali ya da ekopraksi

4) Ayrışmamış (Farklılaşmamış) tip:

A tanı ölçütünün karşılandığı semptomların olduğu Şizofreni tipi, ancak bu tanı ölçütleri Paranoid, Dezorganize ya da Katatonik tipin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

5) Rezidüel (artakalan) tip (aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı şizofreni tipi)

A. Belirgin sanrı, varsanılar, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranışın olmaması,

B. Negatif semptomların ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin (örneğin acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar vardır (DSM-IV-TR, 2001).

1.1.6. Klinik Özellikler

Şizofreni hastalarında görülmekte olan hiçbir klinik bulgu ve belirti, kesin tanı koymayı sağlamaz ve bu sebeple ilk ruhsal durum muayenesinde kişiden ayrıntılı anamnez alınıp hastaya tanı konulması gerekir (Sadock ve ark., 2016). Şizofrenide hastalık öncesi dönemde bazı belirtilerin başladığı, dikkat dağınıklığı ve bilişsel fonksiyonlarda bozulma gibi pre-psikotik belirtilerin görüldüğü sıklıkla bildirilmektedir (Başoğlu, 2005). Şizofrenisi olan kişilerin hastalık öncesi dönemde genellikle şizoid ve şizotipal kişilik yapısında olduğu; sessiz, sakin, yalnızlığı yeğleyen, içe kapanık,

güvensiz, arkadaşı az ve garip özellikler gösterdikleri belirtilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Sadock ve ark., 2016).

Hastalık başlangıcında tipik belirtiler yoktur. Kişiyi tanı konmasını sağlayacak psikotik semptomlardan önce; dürtülerin aşırı şiddet kazanması, cinsel ve saldırgan davranışlarda artış ya da sosyal işlevselliğin düşmesi, duygulanımda küntleşme, kendinden beklenenleri yapamama, öz bakımda düşüş, tuhaf düşünce ve davranışlar gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Bu belirtiler, birkaç hafta veya ay sürebileceği gibi 2-5 yıl devam edip ardından pozitif belirtilerin de eşlik ettiği psikotik tablo görülebilir. İlk psikozun yaşanmasından sonra pozitif belirtiler alevlenme dönemlerinde zaman zaman artış gösterirken yatışma dönemlerinde ise negatif belirtiler artarak baskınlığını devam ettirir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Çalışmalarda, hastaneye ilk yatışın sonrasında pozitif belirtilerin negatif belirtilere göre daha çok gerilediği, negatif belirtilerin tedaviye daha dirençli olduğu ve zaman içinde eksi belirtilerden anhedoni ve avolüsyonun tekrar ortaya çıktığı gösterilmiştir (Arndt ve ark., 1995).

1.1.7. Gidiş ve Sonlanım

Şizofrenide hastalığın gidişatı genel olarak iyileşme ve atak dönemleri arasında bir seyir izler. İlk atak yaşandıktan sonra bazı hastaların giderek iyileşerek işlevselliğinin normalleştiği bazı hastalarda ise iyileşme döneminin ardından hastalığın tekrar nüksedebileceği bildirilmiştir. Yaşanan atak dönemlerinin bitiminde hastanın işlevselliğinde daha fazla yıkım meydana gelir ve negatif belirtilerin baskın olduğu bir tablo ortaya çıkar (Sadock ve ark., 2016). Ayrıca nüksetme sayısı arttıkça hastalığın süregelenleşme olasılığı da artar (Wiersma ve ark., 1998). Bunun yanı sıra yapılan bir izlem çalışmasında, tedavi gören şizofreni hastalarının yarısının olumlu sonuçlar gösterdiği ve sosyal işlevlerinin de iyi olduğu bulgulanmıştır (Harrison ve ark., 2001).

1.1.7.1. Şizofrenide Prognoz

Aile içi yüksek duygu dışavurumunun (Mintz ve ark., 1987) ve tedaviye uyum bozukluklarının (Üçok, 2008) şizofreni hastalığının nüksetmesinde ve kötüye gitmesinde etken oldukları bulgulanmıştır. Çalışmalar, ilk yatışın ardından sonraki 5 ile 10 yıl arasındaki süreçte, hastaların ancak yüzde 10 ile 20'sinin iyi gidişe sahip olarak tanımlanabileceğini belirtmiştir (Sadock ve ark., 2016).

Şizofrenide olumlu gidiş göstergeleri; hastalığın geç yaşta başlaması, şizofreniyi ortaya çıkarıcı belirli bir olay olması, ani başlangıç, hastalık öncesi sağlıklı sosyal, cinsel ve iş öyküleri, duygudurum bozukluğu belirtileri (özellikle depresif), ailede duygudurum bozukluğu öyküsü, destek verici ve motive edici sistemler, evli olma, yüksek zeka düzeyi, ailenin tedavi ekibiyle işbirliği, tedaviye erken başlanması ve sürdürülmesi iken olumsuz gidiş göstergeleri ise; hastalığın erken yaşlarda başlaması, hastalığı ortaya çıkarıcı belirli bir olayın bulunmaması, sinsi başlangıç, şizofreni kişinin hastalık öncesindeki olumsuz sosyal, cinsel ve iş öyküsü içe çekilme ve otistik davranış, bekar, boşanmış veya ayrılmış olma, ailede şizofreni öyküsü, destek sistemlerinin yoksunluğu veya yeterli olmayışı, negatif belirtiler, düşük zeka düzeyi, çekingen ve içedönük kişilik örüntüsü, nörolojik bulgu ve belirtiler, perinatal travma öyküsü, üç yıl içinde düzelmeme ve çok sayıda atak olmasıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Sadock ve ark., 2016).

1.1.7.2. Şizofrenide Sonlanım (Ölüm ve İntihar)

Şizofrenide en önemli ölüm nedeni özyıkımdır ve çalışmalar şizofreni hastalarının yüzde 10'unun özyıkım sebebiyle hayatlarını kaybettiğini göstermektedir (Miles, 1977). Şizofrenideki intihar oranlarının toplum ortalamasının 20 kat üzerinde olduğu da bildirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Şizofrenide özyıkımın yüksek olmasının sebebi olarak hastaların tümünden dağılan benliğin yıkıcı dürtülerle yeterli düzeyde baş edememesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan bazı inceleme çalışmalarına göre ise şizofreni hastaları kendilerini her şeye kadir hisseder ve eğer anneleri ile yaşadıkları omnipotent döneme gerilemek isterlerse buna kendilerini öldürmekle ulaşırlar (akt: Özsan ve Tuğcu,1988).

Geçmiş intihar girişimleri, depresyon, genç olma (genellikle 30 yaşın altında), erkek olma, bekar olma, yavaş başlangıç, sosyal yalıtım, daha ileri mental yıkım endişesi, umutsuzluk, paranoid şizofreni, maddenin kötüye kullanımı, kendine kasıtlı zarar verme, işsizlik, çok sayıda alevlenme ile hastalığın kronikleşmesi, ailede intihar öyküsü, ajitasyon ve dürtüsellik, ilaçların neden olduğu ekstrapiramidal semptomlar, hastane tekrar yatışları, tedaviye yönelik olumsuz tutumlar ve azalmış tedavi uyumu, sağlık personeli ile ilişkide zorluk şizofrenide intihar için risk etkenleri olarak bulgulanmıştır (Pompili ve ark., 2007). Şizofreni hastalarında görülen beden

aktivitesinin kısıtlı olması, şişmanlık, sigara, kötü beslenme alışkanlığı gibi etkenlerin hastaların yaşam sürelerinin kısalmasına neden olduğu, kaza ve sigaraya bağlı kanserlerin şizofrenide başlıca doğal ölüm sebepleri olduğu bulgulanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

1.1.8. İçgörü

İçgörü, kişinin kendi iç dünyasını, sorunlarını, hastalığını ve hastalığının belirtilerini anlayabilme kapasitesidir (Aslan ve Altınöz, 2010). Bu kavram psikolojik, psikopatolojik, nörobilişsel mekanizmaları ve kişilerarası ilişkileri içine alır (Dilbaz ve Darçın, 2011). Tek bir alandan ziyade farklı boyutların birleşiminden oluşan içgörünün, psikotik hastaların büyük çoğunluğunda zayıf olduğu görülmüştür (Amador ve ark., 1991). Bunun yanı sıra, zayıf içgörünün depresif belirti sayısının azlığı (Moore ve ark., 1999) ya da çokluğu (Carroll ve ark., 1999), hastalık süresinin uzunluğu (Drake ve ark., 2000), kadın cinsiyeti (Peralta ve Cuesta 1998), premorbid öykü (Debowska ve ark., 1998) ve zayıf işlevsellikle (Dickerson ve ark., 1997) ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca entelektüel düzey, geçmiş yaşantılar, kişilik özellikleri (Markova ve Berrioz, 1992) ve aile öyküsü (Dilbaz ve Darçın, 2011) olmasının hastalarda içgörü düzeyini etkileyen hususlar olduğu bulgulanmıştır.

1.2. Bağlanma

Bağlanma yeni doğanın doğumdan itibaren ona birincil bakım veren ile arasında gelişen; ilişki kurma, yakınlık arayışı ve bakım veren kişiyi arama davranışlarıyla kendini ortaya koyan, stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (Pehlivan Türk, 2004). Bu bağ, doğumdan itibaren çeşitli davranış örüntüleriyle ortaya konur ve gelişir. Küçük çocuklarda bağlanma davranışı kendini yakınlık arayışı ile gösterir ve bağlanma figürlerinden ayrılma ile belirginleşir. Çocuklarda, birincil bağlanma figürlerinin varlığı halinde rahatlık duygusu, yokluğunda ise huzursuzluk ve gerginlik gözlenir. Bowlby'e göre, bağlanma figürlerine yakın kalma ve ayrılmaya karşı direnme bağlanmanın tanımlayıcı özelliğidir ve bağlanmanın temel işlevi ise tehlikelerden korunmadır (Kesebir ve ark., 2011). İlk çocukluk döneminde anne ile çocuk arasında kurulan bağlanma, doğası ve ifade ediliş şekli değişse de yaşam boyu devam eder. Bu dönemde kurulmuş olan

bağlanmanın biçimi yaşamın geri kalan kısmında kurulacak bağlanmalar için model olur (Collins ve Laurson, 2003). Bowlby'e göre, bağlanma, anne-baba ya da bebeğe bakım veren diğer kişiler ile bebek arasındaki yardım edici ve geliştirici, duygusal olarak olumlu bir ilişkiyi ifade eder. Bu ilişki bebeğin kendini güvende hissettiği, ihtiyaçlarının giderildiği, duygusal yakınlık görme beklentilerinin karşılandığı bir ortamda devam ederse, bebek kendini sevmeye ve onaylanmaya layık görüp değerli olduğunu hissederek diğer insanlar ve dünyayı da güvenilir ve olumlu bir yer olarak algılar. Bowlby'den başlayarak bugüne kadar gelen çalışmalarda "güvenli bağlanma", sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmişken "güvensiz bağlanma", ileriki yaşamda ortaya çıkabilecek psikopatolojilerin belirleyicisi olarak düşünülmüştür (Nakash-Eisikovits ve ark., 2000). Ancak, kurulan güvenli bağlanmanın zaman içinde ortaya çıkan zorlu yaşam olaylarının ve duygudurum bozukluklarının etkisiyle değişebileceği ve bu nedenle çocuklukta ve yetişkinlikte ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiği fikri ortaya konmuştur. Konunun kuramcılarına göre ise erken dönemde, anneyle ya da birincil bakım veren kişiyle bebek arasındaki ilişkiyi yansıtan, kendiliğın ve diğerlerinin tasarımlarını ruhsal yapısında bulunduran bağlanma biçimi görece olarak aynı kalmaktadır (Kesebir ve ark., 2011).

1.2.1. Tarihçe

Bağlanma kavramı neo-analitik perspektife sahip teorisyenler tarafından kuramsallaştırılmıştır (Tüzün ve Sayar, 2006). Nesne ilişkileri okulunun öğrencilerinden olan Bowlby, kuramın katı olduğunu ve çevresel etkenlere yeterince önem vermediğini düşünerek Klein'dan ayrılmıştır. Bakım evlerindeki çocukların tüm ihtiyaçlarının karşılanıp beslenmelerinin sağlanmasına rağmen aşırı sıkıntılı, kaygılı ve gelişimlerinin başarısız olması Bowlby'nin dikkatini çekmiştir. Bu gözlemlerin ardından Bowlby 1951'de Dünya Sağlık Örgütü raporunda yaşamın ilk üç yılının içerisinde görülen anne yoksunluğunun sonraki dönemlerde fiziksel ve ruhsal birçok sıkıntıya yol açabileceğini söylemiştir (Hazan ve Shaver, 1994). Çalışmaları sonucunda nesne ilişkileri kuramı ile etolojiyi birleştiren Bowlby bağlanma kuramını ortaya atmıştır. Hayvanlarda ve insanlarda yakınlık arama ve yakın ilişkiler kurma eğiliminin ortak olduğunu ve bu durumun bebeklikten itibaren görülmeye başlandığını ortaya koymuştur (Kesebir ve

ark., 2011). Bowlby tarafından ortaya atılmış olan bu kuram Ainsworth ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (akt: Pehlivanürk, 2006).

1.2.2. İçsel Çalışan Modeller

Bowlby'e göre, erken dönemde bağlanma figürleri olan anne ve babanın tekrarlayan davranış şekilleri çocukların zihinsel şemalarının gelişimini yönlendirir ve bu şemalar yaşam boyunca çocuk üzerindeki etkisini göstermeye devam eder. Bağlanma kuramına göre anne ile babanın davranışları ve çocuğun onlarla olan etkileşiminin şekli, çocuğun ileriki yaşamında kuracağı yakın ilişkilerdeki tutumlarını, inançlarını ve beklentilerini belirleyen içsel çalışma modellerinin içeriğini oluşturur (Kesebir ve ark., 2011). Bowlby'e göre, bu model, kişinin dünyaya dair oluşturduğu, bağlanma figürlerine nasıl ulaşabileceği ve bu figürlerin kendisine nasıl cevap vereceğine dair zihinsel tasarımları içerir. Kişiler, kendilerine dair oluşturdukları içsel çalışan modellerde, bağlanma figürleri açısından neyin kabul edilebilir veya kabul edilemez olduğuna dair çıkarımlar yapar ve ihtiyaç anında bağlanma figürlerinin ulaşılabilirliğine duyulan güven veya korku bu modelden kaynağını alır. Bununla bağlantılı olarak kişilik yapısının; kişinin henüz olgunluğa erişmemiş olduğu yıllardaki bağlanma figürleriyle kurduğu ilişkinin ve etkileşimin ürünü olduğu düşünülür.

1.2.3. Yetişkinlikte Bağlanma

Bowlby'e göre bağlanma insanın hayatında doğumundan ölümüne kadar devam eden bir insan davranışının bütünlüğü bir parçasıdır. Bebeklikte kurulan bağlanma, temelde aynı kalmasına rağmen yetişkinlikte önemli açılardan farklılaşabilir. Çocukluktaki bağlanma, bebeğin bakım aldığı ve güvenlik aradığı bir ilişki formuyken yetişkinlikte kurulan bağlanmalarda bunlar karşılıklıdır. Her iki ortak karşılıklı olarak birbirine hem bakım verir hem de bakım alır. Ayrıca çocukluktaki bağlanma bağlanma dışsal ve gözlenebilir etkileşimlerden, içsel olarak temsil edilen inanç ve beklentilere dönüşür. Çocukluktaki bağlanma figürleri anne ve babayken yetişkinlikte bu genellikle bir akran veya cinsel partner olur. Böylelikle, yetişkin bağlanma ilişkileri üç davranışsal sistemi -bağlanma, bakım ve cinsel birleşme- bütünleştirilmesinden oluşur (Hazan ve Shaver, 1994).

Çocuk ergenlik dönemine geldiğinde, ihtiyaç duyduğu zamanlarda ebeveyninin kendisinin yanında olacağı hususunda emin olmak isterken aynı zamanda anne ve babadan bağımsız bir birey olma arzusunu taşır. Burada ebeveyninden bağımsız olmanın bir yolu arkadaşlara güvenmektir. Güvenmenin aileden arkadaşlara aktarılması önemli bir süreçtir ve ergenin yetişkin bağlanma biçimini geliştirmesine yardımcı olur. Romantik türden olan ve bunun tam bir bağlanmaya dönüşeceği bağlanmalar arkadaşlarla kurulur (Kesebir ve ark., 2011). Mamafih Berman ve Sperlin (1994)'e göre, yetişkin bağlanması; kişinin fiziksel ve psikolojik olarak kendini emniyette hissetmek için bazı özel kişi veya kişilerle yakınlık kurması ve bu yakınlığı devam ettirmek için verdiği uğraşlardır (akt: Aksu, 2015).

1.2.4. Yetişkin Bağlanma Biçimleri

Hazan ve Shaver (1987), Ainsworth ve arkadaşları (1978) ortaya attığı üç temel bağlanma stiline (güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçınan bağlanma) kişinin yetişkinlik çağında yaşadığı romantik ilişkilerinde de görüldüğünü öne sürmüştür. Daha sonra Bartholomew (1990) tarafından içsel çalışan model eklenerek benlik ve başkaları modelinin olumlu veya olumsuz olması temelinde dört ana grup tanımlanmış ve bu bağlanma stili, Dörtlü Bağlanma Modeli (DBM) olarak adlandırılmıştır (Sümer, 2006). “Olumlu benlik temsili”; başkalarından bağımsız olarak var olan özsaygı ve sevilbilirlik duygusu olarak ifade edilirken “olumsuz benlik temsili”; başkalarından sürekli onay alma ihtiyacı ve düşük özsaygıyla ilişkilendirilmiştir. Olumlu başkaları temsili, kişinin başkalarının ulaşılabilirlik ve güvenilebilirliğine dair inançlarını içerir ve başkalarında yakınlık ve destek arama davranışlarını etkiler. Olumsuz benlik temsili ise ilişkilerde olumsuz beklentiler içinde olma, sosyal destek alma ve sağlama konusunda kayıtsız kalma ve yakınlık kurmaktan kaçınma şeklinde tanımlanabilir (Sümer ve Güngör, 1999).

Olumlu ve olumsuz benlik ve başkaları modeline göre Bartholomew dört bağlanma stili tanımlamıştır:

Güvenli bağlanma stili olumlu benlik ve başkaları temsiline birleşiminden oluşmaktadır. Güvenli Bağlanma Stiline sahip kişiler başkalarıyla kolaylıkla yakınlık

kurabilen ve aynı zamanda özerkliklerini sürdürebilen bireylerdir. Bu stil Hazan ve Shaver'in güvenli bağlanma tarzına karşılık gelmektedir.

Saplantılı bağlanma stili olumsuz benlik ve olumlu başkaları temsillerinin birleşiminden oluşmaktadır ki bu kişiler kendilerini sevmeye layık görmezken başkalarını olumlu değerlendirirler. Saplantılı Bağlanma Stili Hazan ve Shaver'in kaygılı-kararsız bağlanma stiline karşılık gelmektedir.

Korkulu bağlanma stili olumsuz benlik ve olumsuz başkaları temsillerinin birleşiminden oluşmaktadır. Bu kişiler başkalarının güvenilmez ve reddedici olduğuna dair inançlarından dolayı, kendilerini bu reddedilme ihtimalinden korumak adına başkaları ile yakınlık kurmaktan kaçınırlar. Bu bağlanma tarzı Hazan ve Shaver'in kaçınan stiline denk gelmektedir.

Kayıtsız bağlanma stili olumlu benlik ve olumsuz başkaları temsillerinden oluşur. Bu kişiler kendilerini değerli, başkalarını olumsuz gördüklerinden dolayı yakınlığa karşı kayıtsız bir tutum içerisindedirler ve yakın ilişkilerin çok da gerekli olmadığını düşünürler. Bu bağlanma tarzı ise Hazan ve Shaver'in kaçınan stiline denk gelmektedir (akt: Varlık Özsoy, 2015).

Brennan ve arkadaşları (1998), yetişkin bağlanma davranışlarını yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve başkalarıyla yakınlaşmaktan kaçınma olmak üzere iki temel boyutta toplamıştır. Kaçınma boyutu başkalarına yakın olmaktan ve başkalarına bağımlı olmaktan duyulan rahatsızlığı ifade ederken kaygı boyutu, yakın ilişkilerde hissedilen terk edilme konusundaki aşırı duyarlılıktan kaynaklanan bağlanma kaygısını tanımlamaktadır (Sümer, 2006). Kaygı ve kaçınma boyutu en düşük düzeyde olan kişiler dörtlü bağlanma modelinde güvenli; en yüksek düzeyde olan kişiler ise korkulu bağlanma stilinde sınıflandırılmıştır. Kaygı düzeyi yüksek, kaçınma düzeyi düşük olan kişiler saplantılı bağlanma stilinde; kaygı düzeyi düşük, kaçınma düzeyi yüksek olan kişiler kayıtsız bağlanma stilinde gruplandırılmıştır (akt: Varlık Özsoy, 2015).

1.2.5. Bağlanma ve Psikopatoloji

Bowlby'e göre anne ve çocuk arasında kurulan güvenli bağlanma ilişkisi, yaşamın ilerleyen safhalarında sağlıklı bir psikolojik gelişimin yordayıcısıyken ara ara

kesintiye uğramış veya yanlış gelişmiş bir bağlanma ilişkisi, zihinsel hastalıklara ve kişilik bozukluklarına sebep olabilmektedir (Tüzün ve Sayar, 2006). Erken dönemde bebeğin ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmaması, bebekle yeterince ilgilenilmemesi durumları ve duyarsız ya da tutarsız anne-baba davranışları neticesinde kaygı ve kaçınma davranışlarının ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bazı araştırmacılar psikopatoloji ve güvensiz bağlanma örüntüsü arasında nedensel bir faktör olduğunu, bu örüntüye stresli olayların aracılık ettiğini vurgularken bazı araştırmacılar ise psikopatoloji ve bağlanmanın nedensel bir ilişkiden çok önemli oranda biniştiklerini ileri sürmüştür. Bağlanma ve psikopatoloji arasındaki ilişki korelatif çalışmalarla incelenmiş ve güvensiz bağlanmaya sahip kişilerin psikopatolojiye daha yatkın olduğu bulgulanmıştır (akt Sümer ve ark., 2009). Yapılan çalışmalarda kaygılı bağlanmanın anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarla, kaçınan bağlanma tarzının davranış bozukluğu ve dışa vuruk psikopatolojilerle ve dağınık bağlanmanın ise disosiyatif bozukluklarla ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Kesebir ve ark., 2011).

Çocukluk döneminde görülen bağlanma sorunlarının annenin doğum sonrası depresyonundan kaynaklanabileceği öne sürülmüştür (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Doğum sonrası depresyon anne ile çocuk arasındaki ilişkiyi etkileyebilmekte, çeşitli güçlüklerin yaşanmasına sebep olmakta ve annenin, bebek bakımını ve ebeveyn rolünü benimsemesini zorlaştırabilmektedir (Danacı ve ark., 2000). Yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyonunun annenin kendi güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkili olduğu bulgulanmıştır (McMahon ve ark., 2005; Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006). Ayrıca çalışmalarda doğum sonrası depresyon ile çocuğun güvensiz bağlanma biçiminin ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kökçü ve Kesebir, 2010).

Bağlanma stillerinin ergenlik döneminde de psikopatolojiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada ergenlik döneminde bulunan, psikopatoloji gösteren ve herhangi psikopatolojik sorun göstermeyen örneklem incelenmiş ve psikopatoloji göstermeyen grubun %73,3'ünün, psikopatoloji gösteren grubun ise %13,3'ünün güvenli bağlanma tarzına sahip olduğu bulgulanmıştır (Brown ve Wright, 2003). Genç erişkinlerin benlik ve başkaları zihinsel temsillerinin incelendiği bir çalışmada güvenli kişilerin kendilerini stressiz ve diğerlerini destekleyici, saplantılı katılımcıların kendilerini stresli ve başkalarını destekleyicilikten uzak, kayıtsız-kaçınan

kişilerin ise kendilerini stressiz ve başkalarını da destekleyicilikten uzak olarak değerlendirdikleri bulgulanmıştır (Varlık Özsoy, 2015).

Unipolar ve bipolar hastalarda yapılan bir çalışma, kişinin içsel tasarımları ve kişilerarası ilişkilerinin bağlanma biçiminden etkilendiğini göstermektedir (Kesebir ve ark., 2011). Morriss ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada manik dönem, depresif dönem ve remisyondaki hastalar sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve sağlıklı grubun %13'ünün, hasta grubun ise %78'inin güvensiz bağlanmaya sahip olduğunu bulgulanmışlardır. Ayrıca güvensiz bağlanma tarzı, iki uçlu olgularda duygu durumdan bağımsız olarak sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur (Morriss ve ark., 2009).

Bağlanma ile ilgili yapılan araştırmalarda bağlanma tarzının psikoz (Berry ve ark., 2007), alkol tüketimi (Brennan ve ark., 1991), şizofreni (Tyrrell ve ark., 1999) ile olan ilişkisine bakılmış ve bu rahatsızlıkların güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Sümer ve arkadaşlarının (2009) ülkemizde yaptıkları bir çalışmada depresyon, panik atak ve OKB tanısı alan hastalar kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve hasta grubun kontrol grubundan yüksek düzeyde bağlanma kaygısı taşıdığı bulgulanmıştır. Ayrıca, depresyon tanısı alan hastaların OKB ve panik atak tanısı alan hastalardan daha yüksek düzeyde bağlanma kaçınması gösterdikleri bildirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda kişilik bozukluklarının da güvensiz bağlanma ile ilişkili olabileceğine ulaşılmıştır (Baron, 2003). Antisosyal kişilik bozukluğu (Mauricio ve ark., 2007), narsistik kişilik bozukluğu (Jellema, 2000), obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (Aaronson ve ark., 2006), sınır kişilik bozukluğu (Jellema, 2000; Fonagy, 2000; Fossati ve ark., 2005; Aaronson ve ark., 2006; Mauricio ve ark., 2007), bağımlı kişilik bozukluğu ve şizoid kişilik bozukluğu (Shorey ve Snyder, 2006) gibi kişilik bozukluklarının güvensiz bağlanmayla ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Yapılan boylamsal bir çalışmada kaygılı bağlanmanın B kümesi (antisosyal, sınırdaki, histrionik, narsistik, sınırdaki ve antisosyal) ve C kümesi (obsesif-kompulsif, bağımlı ve kaçınan) belirtileriyle, kaçınmacı bağlanmanın ise A kümesi (şizotipal, şizoid ve paranoid) belirtileriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Crawford ve ark., 2006).

1.3. Amaç ve Araştırma Soruları

Bağlanma ve psikopatolojinin ilişkili olduğu, bazı ruhsal bozukluklarda hastalık seyrini etkilediği bilinmektedir. Bu araştırmada şizofreni tanısı almış kişilerin sağlıklı bireylerle bağlanma tarzlarının karşılaştırılması ve şizofreni hastalarının bağlanma boyutlarının sosyodemografik ve klinik verilerle ilişkisinin ortaya konması amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Temel Hipotezi: Güvensiz bağlanma boyutlarının şizofreni hastalığı ve hastalığın seyri ve şiddeti ile ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Bu araştırmada temel hipotez ve amaç dışında aşağıdaki soruların da cevaplanması amaçlanmaktadır.

1-Güvensiz bağlanma boyutları şizofreni hastalarında anlamlı derecede yüksek midir?

2-Sigara kullanımına göre bağlanma boyutları değişmekte midir?

3-Bağlanma boyutları yatış sayısı ile ilişkili midir?

4-Yatarak tedavi görülen toplam gün sayısı bağlanma boyutları ile ilişkili midir?

5-Hastalığın başlangıç yaşı bağlanma boyutları ile ilişkili midir?

6-İçgörü düzeyi bağlanma boyutları ile ilişkili midir?

7-Hastalık şiddeti bağlanma boyutları ile ilişkili midir?

8-Şizofreni alt tiplerine göre bağlanma boyutları (kaygılı/kaçıngan/güvenli) değişmekte midir?

2. YÖNTEM

Araştırmanın amacı şizofreni hastaları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi incelemek olduğundan araştırmada şizofreni tanısı almış kişiler (hasta grup) ile hiçbir psikiyatrik tanı almamış kişiler (kontrol grup) bağlanma tarzlarını ölçen bir envanter üzerinden karşılaştırıldı. Ayrıca şizofreni hasta grubundaki katılımcılar envanterden aldıkları puanlar ile yine hasta gruba uygulanan içgörü testi, PANSS'tan aldıkları

puanlar ve sosyodemografik bilgi formundan elde edilen bilgiler istatistiki tekniklerle incelendi.

2.1. Örneklem

Araştırma şizofreni hasta grubu ve benzer özellikte seçkisiz seçilmiş kontrol grubundan oluşmaktadır. Hasta grup Sultan Abdülhamid Han Hastanesi ve Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi'ne bağlı hizmet veren Yakacık Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören takipli hastalardan oluşmaktadır. Kontrol grubu ise bir işletmedeki farklı pozisyonlardaki çalışanlar, Sultan Abdülhamid Han Hastanesi'nde dahiliye kliniğinde tedavi gören çalışanlar ve hastalardan oluştu. Şizofreni hasta grubuna sosyodemografik bilgi formu (SDBF), YİYE-II, içgörü değerlendirme testi ve PANSS; kontrol grubuna ise sosyodemografik bilgi formu ve YİYE-II uygulandı ve çalışmaya dahil olan tüm katılımcılara ise bilgilendirilmiş onam formu verilir onayları alındı. Hasta gruba uygulanan PANSS ve İÜBDÖ ölçekleri, hastaları düzenli takip eden psikiyatristleri tarafından yapıldı. Ayrıca iki gruba da-özellikle hasta grup- YİYE-II ölçeğini doldururken anlaşılmayan maddeler ayrıntılı açıklanarak sağlıklı bir şekilde doldurabilmeleri sağlanmaya çalışıldı. Hasta grup 38 sağlıklı grup ise 52 kişi olmak üzere 90 kişiden oluşmaktadır.

2.2. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlama Ölçütleri

2.2.1. Dahil Edilme Ölçütleri

Şizofreni hasta grubu;

18 yaş üstü

Atak döneminde olmamak

DSM tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış olmak

Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

Okur yazar olmak

Kontrol grubu dahil olma kriterleri;

Herhangi bir ruhsal tanı almamış olmak

18 yaş üstü

Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

Okuryazar olmak

2.2.2. Dışlama Ölçütleri

Şizofreni hasta grubu;

Mental retardasyon, demans ya da genel tıbbi duruma bağlı bir psikiyatrik hastalığın varlığı

Alkol-madde bağımlılığı

Okuryazar olmamak

2.3. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları

Bu çalışmadaki veriler;

Sosyodemografik Bilgi Formu (SDBF)

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II)

İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) kullanılarak elde edildi.

2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (SDBF): Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda çalışmanın amaçları doğrultusunda demografik bilgilere (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, göç vs) ulaşılabilecek sorular ve klinik verileri (madde kullanımı, hastalık süresi, intihar, geçmiş hastalık öyküsü vb.) içeren sorular soruldu.

2.3.2. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II): Orjinal çalışması Fraley ve Shaver tarafından 2000 yılında geliştirilen ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Selçuk ve arkadaşları (2005) tarafından yürütülmüştür. Betimleyici ve doğrulayıcı faktör analizleri YİYE-II'nin bağlanmada kaçınma ve kaygı

davranışlarını temsil eden iki faktörlü bir yapıya sahip olduğunu göstermiştir (Selçuk ve ark, 2005). Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır. 18 kaygı, 18 kaçınma alt faktöründe olmak üzere yedili likert tipi ölçüm aracıdır. Ölçek içindeki 14 maddenin ortalaması güvenli bağlanma puanını vermektedir. Ölçek puanlarındaki artış kaçınmacı bağlanma ya da bağlanma kaygısının arttığına işaret etmektedir. YİYE-II ile ölçülen boyutların yüksek düzeyde iç tutarlığa ve test-tekrar test güvenilirliğine sahip olduğu bulunmuştur (Selçuk ve ark., 2005).

2.3.3. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ): David (1990), içgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceğini bildirerek, tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşenden yola çıkarak, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren bu ölçeği geliştirmiştir. 8 sorudan oluşan, yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14'tür. Sekizinci sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soruyla birlikte en yüksek toplam puan 18'dir. Çalışmada hastaların içgörü puanları hesaplanırken son soru hesaba katılmayıp 7 soru üzerinden puanlandı. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Bu ölçeğin Türkçe'de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Arslan ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

2.3.4. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS): Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen ölçek pozitif sendrom, negatif sendrom ve genel psikopatoloji alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Yarı yapılandırılmış olarak geliştirilen bu ölçek 30 maddeden oluşmakta, 7 puanlı siddet değerlendirmesi üzerinden hesaplanmaktadır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler istatistiksel açıdan değerlendirilmek üzere bilgisayara aktarılarak SPSS 20 programı ile analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, t testi ve ANOVA testi kullanıldı ve aradaki korelasyonlara bakıldı.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın soruları kapsamında toplanan veriler istatistiksel olarak hesaplandı ve uygun analizler sonucunda elde edilen bulgulara yer verildi. Elde edilen bulgular dört alt başlıkta değerlendirildi.

- 1.Hasta ve sağlıklı gruba ait sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilgili bulgular
- 2.Hasta ve sağlıklı grubun sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması
- 3.Hasta ve sağlıklı grubun ölçek puanları açısından karşılaştırılması
- 4.Hasta grubun klinik özellikleri ile YİYE-II puanlarının ilişkisi

3.1. Hasta ve Sağlıklı Gruba Ait Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlgili Bulgular

Bu bölümde hasta ve sağlıklı grubun sosyodemografik ve klinik özellikleri (sayı, ortalama, standart sapma gibi) bulgular verilerek incelendi.

3.1.1.Hasta Gruba Ait Sosyodemografik Bilgiler

Hasta grup 11 (%28,9) kadın ve 27 (%71,1) erkek olmak üzere şizofreni tanısı almış 38 hastadan oluşmaktadır. 20-58 yaş aralığında olan hastaların ($X \pm SS$; $37,53 \pm 11,79$), %97,4'ü şehirde %2,6'sı kırsalda ikamet etmektedir ve %44,7'sinde göç öyküsü bulunmaktadır. Hastaların %26,3'ü şehirde, %60,5'i ilçede ve %13,2'si ise köyde doğduğunu bildirmiştir. En uzun bulunulan yerleşim yeri olarak hastaların 37'si (%97,4) şehir, 1'i (%2,6) ise kırsal olarak bildirmiştir. Hasta grubun toplam öğrenim süresi 5-18 yıl aralığında ve ortalaması 11,18'dir. Hastalardan sosyal güvencesi olanlar (%73,7) çoğunlukta idi. Hastaların %91,2'si birinci dereceden akrabasıyla (%21,1'i eş ve çocuklarıyla, %71'i anne-babadan oluşan ebeveynleriyle), %2,6'sı ikinci dereceden akrabasıyla (kardeş) ve %5,3'ü yalnız yaşamaktaydı. Hastaların 7'si (%18,4) düşük, 28'i (%73,7) orta ve 3'ü (%7,9) yüksek ekonomik gelir seviyesinde olduğunu bildirmiştir. Hastaların 23'ü (%60,5) düzenli bir uğraşının olduğunu ve 24'ü (%63,2) ise gelecekle ilgili plan yaptığını bildirmiştir. Geleceğe ilişkin görüşleri ile ilgili soruya hastaların

22'si (%57,9) güven ve umutla, 11'i (%28,9) korku ve kaygıyla ve 3'ü (%7,9) ise hiç düşünmedim cevabını vermiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hasta Grubun Demografik Bilgileri

Değişken	Alt kategori	N	%
Cinsiyet	Kadın	11	28.9
	Erkek	27	71.1
Yaşadığı yer	Şehir	37	97.4
	Kırsal	1	2.6
Doğum yeri	İl	10	26.3
	İlçe	23	60.5
	Köy	5	13.2
En uzun yaşadığı yer	Köy	1	2.6
	Şehir	37	97.4
Göç öyküsü	Var	17	44.7
	Yok	21	55.3
Sosyal güvence	Var	28	73.7
	Yok	10	26.3
Kimle yaşadığı	1. derece yakın	35	91.2
	2. derece yakın	1	2.6
	Yalnız	2	5.3
Ekonomik gelir	Düşük	7	18.4
	Orta	28	73.7
	Yüksek	3	7.9
Düzenli uğraş	Var	23	60.5
	Yok	15	39.5
Gelecek planı	Var	24	63.2
	Yok	14	36.8
Geleceğe bakış	Güvenli-umutlu	22	57.9
	Korkulu-kaygılı	11	28.9
	Düşünmedim	3	7.9
	Diğer	2	1.3
	Min-Max	X	SS
Yaş	20-58	37.53	11.78
Toplam öğrenim süresi	5-18	11.18	3.42

3.1.2.Hasta Gruba Ait Klinik Özellikler

Hasta grupta ailesinde psikiyatrik rahatsızlık olduğunu bildirenlerin oranı %15,8 (6 kişi) idi ve 1 (%2,6) hastada bedensel engel vardı. Hastaların 27'si (%71,1) sigara kullandığını ve 4'ü (%10,5) ise alkol-madde kullandığını bildirdi. Hasta grupta 5 (%13,2) kişide kafa travması öyküsü mevcuttu. Hastalardan 8'inin (%21,1) kendini yaralama davranışında bulunduğu ve 10'unun (%26,3) ise geçmişte intihar girişiminde bulunduğu saptandı. Hastaların intihar girişiminde buldukları dönemki yaşları 18-39 aralığındaydı ($X\pm SS$; $23,86\pm 7,24$). Önceden herhangi bir psikiyatrik tedavi aldığını belirten hasta sayısı 37 (%97,4) iken yatarak tedavi gördüğünü söyleyen hasta sayısı 33 (%86,8)'tü. Yatarak tedavi gördüğünü belirten hastaların yatış sayısı 1-10 arasındayken ($X\pm SS$; $2,27\pm 2,37$) hastalık başlangıç yaşı 14-51 arasında ($X\pm SS$; $23,68\pm 7,69$) olduğu saptandı. Hastaların 9'u (%23,7) paranoid alt tipi özellikleri gösterirken 11'i (%28,9) dezorganize tip, 12'si (%31,6) farklılaşmamış tip ve 6'sı (%15,8) ise rezidüel tip olarak kabul edildi (Tablo 2).

Tablo 2. Hasta Gruba Ait Klinik Özellikler

Klinik Veriler	N	%	
Sigara kullanımı	Var	27	71.1
	Yok	11	28.9
Alkol-madde kullanımı	Var	4	10.5
	Yok	34	89.5
Yaralama davranışı	Var	8	21.1
	Yok	30	78.9
Öz kıyım öyküsü	Var	10	26.3
	Yok	28	73.3
Hastalık tanısı	Paranoid tip	9	23.3
	Dezorganize	11	28.9
	Farklılaşmamış	12	31.6

	Rezidüel	6	15.8
Kafa travması	Var	5	13.2
	Yok	33	86.8
Bedensel engel	Var	1	2.6
	Yok	37	97.4
Hastane yatışı	Var	33	86.8
	Yok	5	13.2
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	6	15.8
	Yok	31	81.6
	Min-max.	X	SS
Hastaneye yatış sayısı	0-10	2.27	2.37
Hastalık başlangıç yaşı	14-51	23.68	7.69
Yatarak tedavi toplam gün sayısı	0-200	48.11	52.66
İntihar girişiminde bulunulan yaş	18-39	23.86	7.24

3.1.3. Sağlıklı Gruba Ait Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Sağlıklı grup 20 kadın (%38,5) ve 32 erkek (%61,5) olmak üzere hiçbir psikiyatrik tanı almamış 52 kişiden oluşmaktadır ve yaş aralığı 19-60 arasında ($X \pm SS; 30,50 \pm 9,51$) değişmektedir. Katılımcıların 7'si (%13,5) şehir merkezi, 19'u (%36,5) ilçe ve 25'i ise köyde doğduğunu bildirdi. Katılımcıların yarısında (%50) göç hikayesi vardı ve en uzun buldukları yerleşim birimleri olarak %13,5'i köy, %1,9'u kasaba ve %84,6'sı şehir merkezi olarak belirtti. Sağlıklı grubun 49'u (%94,2) şehir merkezinde, 2'si (%3,8) ise kırsalda ikamet etmektedir. Toplam öğrenim süresi 0-22 arasındadır ($X \pm SS; 12,06 \pm 4,83$) ve sağlıklı grubun 46'sının (%88,5) sosyal güvencesi vardır. Sağlıklı gruptakilerin 26'sı (%50) anne-baba ve 13'ü (%25) eş-çocuklar olmak üzere %75'i birinci dereceden akrabayla, 8'i (%15,4) yalnız ve 4'ü ise diğer kişilerle birlikte yaşamaktadır. Sağlıklı grubun %13,5'i düşük, %73,1'i orta ve %13,5'i ise

yüksek ekonomik gelir düzeyinde olduğunu bildirdi. Düzenli bir uğraşı olduğunu bildirenlerin oranı %46,2 iken gelecekle ilgili plan yaparım cevabını verenlerin oranı %80,8'dir. Geleceğe nasıl bakıyorsunuz sorusuna güven ve umutla diyen 38 (%73,1), korku ve kaygıyla diyen 8 (%15,4) ve hiç düşünmedim cevabını veren 5 (%9,6) kişi vardır. Sağlıklı grupta kafa travması, herhangi bir bedensel engel ve intihar girişimine rastlanmadı. Katılımcıların 25'i (%48,1) sigara kullandığını 3'ü (%5,8) ise alkol-madde kullandığını bildirdi. Sağlıklı gruptaki 1 (%1,9) kişi ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olduğunu ve 1 (%1,9) kişi ise geçmişte kendini yaralama davranışı olduğunu bildirdi (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlıklı Bireylerin Demografik ve Klinik Bilgileri

Değişken	Alt kategori	N	%
Cinsiyet	Kadın	20	38.5
	Erkek	32	61.5
Yaşadığı yer	Şehir	49	94.2
	Kırsal	2	3.8
Doğum yeri	İl	7	13.5
	İlçe	19	36.5
	Köy	25	48.1
En uzun yaşadığı yer	Köy	8	15.4
	Şehir	37	84.6
Göç öyküsü	Var	26	50
	Yok	26	50
Sosyal güvence	Var	46	88.5
	Yok	5	9.6
Kimle yaşadığı	1. derece yakın	39	75
	2. derece yakın	0	0
	Yalnız	8	15.4
Ekonomik gelir	Düşük	7	13.5
	Orta	38	73.1
	Yüksek	7	13.5
Düzenli uğraş	Var	24	46.2
	Yok	28	53.8
Gelecek planı	Var	42	80.8
	Yok	10	19.2

Geleceğe bakış	Güvenli-umutlu	38	73.1
	Korkulu-kaygılı	8	15.4
	Düşünmedim	5	9.6
	Diğer	1	1.9
Sigara kullanımı	Var	25	48.1
	Yok	27	51.9
Alkol-madde kullanımı	Var	3	5.8
	Yok	49	94.2
Yaralama davranışı	Var	1	1.9
	Yok	51	98.1
Öz kırım öyküsü	Var	0	0
	Yok	52	100
Kafa travması	Var	0	0
	Yok	52	100
Bedensel engel	Var	0	0
	Yok	52	100
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	1	1.9
	Yok	51	98.1
	Min-Max		SS
Yaş	19-60		9.51
Toplam Öğrenim Süresi	0-22		4.83

3.2. Hasta ve Sağlıklı Grubun Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Bu bölümde hasta gruba ait sosyodemografik ve klinik özellikler sağlıklı gruba ait özelliklerle karşılaştırılıp incendi.

3.2.1. İki Grup-Doğum Yeri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Hasta ve sağlıklı grupta yer almaya göre doğum yeri anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p<0,002$). İl merkezinde doğanların %58,8'i (10) hasta grubundayken %41,2'si (7) sağlıklı grupta; ilçede doğanların %54,8'i (23) hasta gruptayken %45,2'si (19) sağlıklı grupta ve son olarak köyde doğanların %16,7'si (5) hasta gruptayken %83,3'ü (5) sağlıklı gruptadır. Sağlıklı gruptakiler hasta gruptakilere göre köy yerleşim birimini doğum yeri olarak daha fazla bildirmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Doğum Yeri Açısından Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Ki-Kare Bulguları

	İl	İlçe	Köy	Toplam
Hasta	10 (% 58.8)	23 (% 54.8)	5 (% 16.7)	38 (% 100)
Sağlıklı	7 (% 41.2)	10 (% 45.2)	25 (% 83.3)	42 (% 100)
Toplam	17 (% 100)	33 (% 100)	30 (% 100)	

3.2.2. İki Grup- Göç Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Hasta ve sağlıklı grup ile geçmişte göç hikayesi bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 5). Yani sağlıklı ve hasta grup göç durumunun var veya yok olmasına göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 5. Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Göç Durumun Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Bulguları

	Göç		Toplam
	Evet	Hayır	
Hasta	17 (%39,5)	21 (%44,7)	38 (% 100)
Sağlıklı	26 (%60,5)	26 (%55,3)	52 (% 100)
Toplam	43 (% 100)	47 (% 100)	

3.2.3. İki Grup-Düzenli Sosyal Uğraş Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Hasta ve sağlıklı grup ile düzenli sosyal uğraşın olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 6). Yani sağlıklı ve hasta grup düzenli sosyal uğraşın var veya yok olmasına göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 6. Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Düzenli Uğraşlarına İlişkin Ki-Kare Bulguları

	Düzenli Uğraş		
	Evet	Hayır	Toplam
Hasta	15 (%34,9)	23 (%48,9)	38 (%100)
Sağlıklı	28 (%65,1)	24 (%51,1)	52 (%100)
Toplam	43 (%100)	47 (%100)	

3.2.4. İki Grup- Geleceğe Dair Plan Yapma Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Hasta ve sağlıklı grup ile geleceğe dair plan yapma sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 7). Yani sağlıklı ve hasta grup geleceğe dair plan yapma veya yapmamasına göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 7. Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Gelecekle İlgili Planlarına İlişkin Ki-Kare Bulguları

	Gelecekle İlgili Plan		
	Evet	Hayır	Toplam
Hasta	14 (%58,3)	24 (%36,4)	38 (%100)
Sağlıklı	10 (%41,7)	42 (%63,6)	52 (%100)
Toplam	24 (%100)	66 (%100)	

3.2.5. İki Grup-Geleceğe Bakış Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Hasta ve sağlıklı grup ile geleceğe bakış sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 8). Yani sağlıklı ve hasta grup geleceğe bakış şekline göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 8. Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Geleceğe Bakışlarına İlişkin Ki-Kare Bulguları

	Geleceğe bakış				Toplam
	Güven- Ümitle	Korku- Kaygıyla	Düşünmedim	Diğer	
Hasta	22 (%36,7)	11 (%57,9)	3 (%37,5)	2 (%66,7)	38 (%100)
Sağlıklı	38 (%63,3)	8 (%42,1)	5 (%62,5)	1 (%33,3)	52 (%100)
Toplam	60 (%100)	19 (%100)	8 (%100)	3 (%100)	

3.2.6. İki Grup-Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Değerlendirilmesi

Hasta ve sağlıklı grupta olma ile ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,014$). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanların %85,7'si (6) hasta grupta, %14,3'ü (1) sağlıklı grupta bulunurken ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayanların %37,8'i (31) hasta grupta, %62,2'si (51) sağlıklı grupta bulunmaktadır. Hasta gruptakiler sağlıklı gruptakilere göre daha fazla ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bildirmişlerdir (Tablo 9).

Tablo 9. Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne İlişkin Ki-Kare Bulguları

	Ailede Psikiyatrik Hastalık		
	Var	Yok	Toplam
Hasta	6 (%85,7)	31 (%37,8)	37 (%100)
Sağlıklı	1 (%14,3)	51 (%62,2)	52 (%100)
Toplam	7 (%100)	82 (%100)	

3.2.7. İki Grup-Kendini Yaralama Davranışı Değerlendirilmesi

Hasta ve sağlıklı grupta olma ile kendini yaralama davranışı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,003$). Kendini yaralama davranışında bulunanların %88,9'u (8) hasta grupta, %11,1'i (1) sağlıklı grubundayken kendini yaralama davranışında bulunmayanların %37'si (30) hasta grupta, %63'ü (51) sağlıklı gruptadır. Kendini yaralama davranışında bulunan kişiler sağlıklı gruba göre hasta grupta daha fazladır (Tablo 10).

Tablo 10. Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Kendini Yaralama Davranışlarına İlişkin Ki-Kare Bulguları

	Yaralama Davranışı		
	Var	Yok	Toplam
Hasta	8 (%88,9)	30 (%37)	38 (%100)
Sağlıklı	1 (%11,1)	51 (%63)	52 (%100)
Toplam	9 (%100)	81 (%100)	

3.2.8. İki Grup-İntihar Değerlendirilmesi

Hasta ve sağlıklı grupta olma ile intihar arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). İntihar girişiminde bulunanların %100'ü (10) hasta gruptayken, intihar girişiminde bulunmayanların %35'i (28) hasta grupta, %65'i (52) sağlıklı gruptadır. İntihar girişiminde bulunanlar hasta grupta daha fazladır (Tablo 11).

Tablo 11. Hasta ve Sağlıklı İki Grubun İntihar Davranışlarına İlişkin Ki-Kare Bulguları

	İntihar		
	Var	Yok	Toplam
Hasta	10 (%100)	28 (%35)	38 (%100)
Sağlıklı	0 (%0)	52 (%65)	52 (%100)
Toplam	10 (%100)	80 (%100)	

3.2.9.İki Grup-Kafa Travması Değerlendirilmesi

Hasta ve sağlıklı grupta olma ile kafa travması bulunma arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,007$). Geçmişte kafa travması öyküsü bulunanların %100'ü (10) hasta gruptayken kafa travması öyküsü bulunmayanların %38,8'i (33) hasta grupta, %61,2'si (52) sağlıklı gruptadır. Kafa travması bulunanlar hasta grupta daha fazladır (Tablo 12).

Tablo 12. Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Kafa Travma Yaşantısına İlişkin Ki-Kare Bulguları

	Kafa Travma		
	Var	Yok	Toplam
Hasta	5 (%100)	33 (%38,8)	38 (%100)
Sağlıklı	0 (%0)	52 (%61,2)	52 (%100)
Toplam	5 (%100)	85 (%100)	

3.2.10. İki Grup-Alkol/Madde Kullanımı Değerlendirilmesi

Hasta ve sağlıklı grupta olma ile alkol-madde kullanımı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 13). Yani sağlıklı ve hasta grup alkol-madde kullanımına göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 13. Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Alkol-madde Kullanımına İlişkin Ki-Kare Bulguları

	Alkol-Madde Kullanımı		
	Var	Yok	Toplam
Hasta	4 (%57,1)	34 (%41)	38 (%100)
Sağlıklı	3 (%42,9)	49 (%59)	52 (%100)
Toplam	7 (%100)	83 (%100)	

3.2.11. İki Grup-Sigara Kullanımı Değerlendirilmesi

Hasta ve sağlıklı grupta olma ile sigara kullanımı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,029$). Sigara kullananların %51,9'u (27) hasta grupta, %48,1'i (25) sağlıklı gruptayken sigara kullanmayanların %28,9'u (11) hasta grupta, %71,1'i (27) ise sağlıklı grupta bulunmaktadır. Sigara kullanmayanlar hasta gruba göre sağlıklı grupta daha fazladır (Tablo 14).

Tablo 14. Hasta ve Sağlıklı İki Grubun Sigara Kullanımına İlişkin Ki-Kare Bulguları

	Sigara		
	Var	Yok	Toplam
Hasta	27 (%51,9)	11 (%28,9)	38 (%100)
Sağlıklı	25 (%48,1)	27 (%71,1)	52 (%100)
Toplam	52 (%100)	38 (%100)	

3.2.12. Hasta Gruba İlişkin Klinik Özellikler Arasındaki İlişki

Hasta gruba ilişkin klinik veriler arasındaki ilişki incelendi.

3.2.12.1. Yaralama Davranışı ve İntihar Arasındaki İlişki

Kendini yaralama davranışı ve intihar girişimi arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0,571$; $p<0,001$) vardır (Tablo 15).

Tablo 15. Kendini Yaralama Davranışı İle İntihar Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları

	İntihar	
	Kendini Yaralama	r
	p	0,001*

* $p<0,001$, N=38

3.2.12.2. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü ve Klinik Özellikler İlişkisi

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve yatarak tedavi görülen toplam gün sayısı arasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,406$; $p<0,017$). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yatış sayısı ile de zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkilidir ($r=0,351$; $p<0,036$). Ayrıca ailede psikiyatrik hastalık öyküsü PANSS genel puanıyla zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkilidir ($r=0,384$; $p<0,019$) (Tablo 16).

Tablo 16. Ailede Psikiyatrik Hastalık ile Klinik Özellikler Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları

	Ailede Psk.Has.Öyk	Yat.Ted.Gün. Sayısı	Yatış Sayısı
Ailede Psk.Has.Öyk	-		
Yat. Ted. Gün. Sayısı	0,406*	-	
Yatış Sayısı	0,351	0,875**	-
PANSS Genel	0,384*	-0,094	-0,005

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

3.2.12.3. Alkol-Madde Kullanımı ve İÜBDÖ Puanı Arasındaki İlişki

Alkol-madde kullanımı ve İÜBDÖ puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-0,327$; $p<0,045$) vardır (Tablo 17).

Tablo 17. Alkol-Madde Kullanımı ve İÜBDÖ Puanı Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları

İÜBDÖ Puanı		
Alkol-Madde Kullanımı	r	-0,327
	p	0,045*

* $p<0,05$

3.3. Hasta ve Sağlıklı Grubun Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Bu bölümde kullanılan ölçeklere dair bulgu ve değerlendirmelere ve hasta ve sağlıklı grubun YİYE-II'den aldıkları puanların karşılaştırılmasına yer verilecektir.

Tablo 18. YİYE-II, PANSS ve İÜBDÖ Puanlarına İlişkin İstatistiki Bilgiler

Ölçek adı	N	X	SS	Min	Max
Kaygılı bağlanma	38	4,0547	1,31147	1,61	6,67
Kaçınmacı bağlanma	38	3,0026	1,21768	1,00	5,78
Güvenli bağlanma	38	5,1366	1,20411	2,21	7,00
PANSS pozitif	38	15,00	5,652	7	33
PANSS negatif	38	18,26	6,825	9	38
PANSS genel	38	37,47	11,733	19	67
PANSS toplam	38	71,34	22,000	36	132
İÜBDÖ	38	11,26	3,732	3	16

3.3.1. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği(İÜBDÖ) Puanları

İçgörü ölçeği puanları 3-16 arasında ($X \pm SS$; 11,26 \pm 3,73) değişim göstermektedir (Tablo 18).

3.3.2. Pozitif ve Negatif Sendrom (PANSS) Ölçeği Puanları

PANSS Ölçeği pozitif belirtiler alt ölçek puanları 7-33 arasında ($X \pm SS$; 15 \pm 5,65); negatif belirtiler alt ölçeği 9-38 puanları arasında ($X \pm SS$; 18,26 \pm 6,83); genel puanlar ise 19-67 arasında ($X \pm SS$; 37,47 \pm 11,73) değişim göstermektedir. PANSS toplam puanı 36-132 arasında ($X \pm SS$; 71,34 \pm 22) değişmektedir (Tablo-18).

3.3.3. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II) Puanları

Hasta grup; YİYE-II kaygılı bağlanma boyutu puanları 1,61-6,67 arasında ($X \pm SS$; 4,06 \pm 1,31); kaçınmacı bağlanma boyutu puanları 1- 5,78 arasında ($X \pm SS$; 3 \pm 1,22); güvenli bağlanma puanları ise 2,21-7 arasında ($X \pm SS$; 5,13 \pm 1,20) değişmektedir. Sağlıklı grup; YİYE-II kaygılı bağlanma boyutu puanları 1,33-5,50 arasında ($X \pm SS$; 3,33 \pm 1,05); kaçınmacı bağlanma boyutu puanları 1- 4,89 arasında

($X \pm SS$; 2,66 \pm 0,99); güvenli bağlanma puanları ise 3,14-7,93 arasında ($X \pm SS$; 5,52 \pm 1,09) değişmektedir (Tablo 18).

3.3.4. Hasta ve Sağlıklı Grup- YİYE-II Puanları Karşılaştırılması

Hasta ve sağlıklı grubun YİYE-II'den aldıkları puanların karşılaştırıldığı t testi sonucunda hasta ve sağlıklı grupta bulunan kişilerin kaçınmacı bağlanma boyutu puanları ve güvenli bağlanma puanlarının birbirinden istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılaşmadığı bulundu. Hasta ve sağlıklı grubun kaygılı bağlanma boyutu puanlarının birbirinden anlamlı derecede farklılaştığı bulundu ($t_{0,01-88}=2,909$). Hasta grubun kaygılı bağlanma boyutu puanları ($X=3,33$) sağlıklı grubun kaygılı bağlanma boyutu puanlarından daha yüksektir (Tablo 19).

Tablo 19. Hasta ve Sağlıklı Grupların YİYE-II Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t-Testi Analizi Bulguları

	Grup	N	X	ss	sd	t	p
Kaçınmacı	Hasta	38	3	1.21	88	1.48	.15
	Sağlıklı	52	2.65	0.99			
Güvenli	Hasta	38	5.13	1.20	88	-1.56	.12
	Sağlıklı	52	5.51	1.08			
Kaygılı	Hasta	38	4.05	1.31	88	2.90	.005*
	Sağlıklı	52	3.33	1.04			

* $p \leq 0.05$

3.3.5. Araştırma Ölçekleri (İÜBDÖ, PANSS, YİYE-II) Arasındaki İlişki

Araştırmada kullanılan ölçeklerin birbirleriyle ve alt ölçeklerle olan ilişkileri tabloda verilmektedir (Tablo 20).

Tablo 20. Hasta Grubun Bağlanma Türleri, PANSS ve Alt Kategorileri ile İÜBDÖ Puanlarının İlişkinine Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları

	1	2	3	4	5	6	7
1.Kaygılı bağlanma	-						
2.Kaçınmacı bağlanma	0.394**	-					
3.Güvenli bağlanma	-0.278	-0.863*	-				
4.PANSS Pozitif	-0.276	-0.081	0.128	-			
5.PANSS Negatif	0.195	0.185	-0.051	0.591*	-		
6.PANSS Genel	-0.007	0.039	0.085	0.843*	0.802*	-	
7.PANSS Toplam	-0.007	0.024	0.061	0.850*	0.865*	0.959*	-
8.İÜBDÖ	0.156	-0.021	-0.100	-0.641*	-0.565*	-0.748*	-0.687*

*p≤0.05, **p≤0.01

3.3.5.1. YİYE-II ile Kullanılan Diğer Ölçeklerin Toplam Puanları Arasındaki İlişki

YİYE-II puanları, PANSS toplam puanları ve İÜBDÖ puanları ile ilişkili değildir. PANSS toplam puanı ile İÜBDÖ puanı arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki ($r=-0,687$; $p< 0.001$) vardır (Tablo 20).

3.3.5.2. YİYE-II Bağlanma Boyutları Arasındaki İlişki

Kaygılı bağlanma boyutu puanları kaçınmacı bağlanma boyutu puanlarıyla zayıf derecede pozitif yönde anlamlı olarak ilişkilidir ($r=0,394$; $p<0,014$). Kaygılı bağlanma boyutu puanları ile güvenli bağlanma puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Kaçınmacı bağlanma boyutu ve güvenli bağlanma puanları arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki ($r=-0,863$; $p<0,001$) vardır (Tablo 20).

3.3.5.3. PANSS Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının İlişkisi

PANSS pozitif puanları ve PANSS negatif puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,591$; $p<0,001$). PANSS pozitif puanları ve PANSS genel puanları arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,843$; $p<0,001$). PANSS pozitif puanları, PANSS toplam puanıyla yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkilidir ($r=0,850$; $p<0,001$).

PANSS negatif puanları ve PANSS genel puanlar arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki vardır ($r=0,802$; $p<0,001$). PANSS negatif puanları ve PANSS toplam puanıyla yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki vardır ($r=0,865$; $p<0,001$).

PANSS genel puanı, PANSS toplam puanıyla çok yüksek derecede pozitif yönde anlamlı ($r=0,959$; $p<0,001$) ilişkilidir (Tablo 20).

3.3.5.4. İÜBDÖ Ölçeğinin PANSS Toplam ve Alt Ölçek Puanları ile İlişkisi

İÜBDÖ puanları, PANSS pozitif puanlarıyla orta düzeyde negatif yönde anlamlı ilişkilidir ($r=-0,641$; $p<0,001$). İÜBDÖ puanları ve PANSS negatif puanları arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki vardır ($r=-0,565$; $p<0,001$). İÜBDÖ puanları ve PANSS genel puanları arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-0,748$; $p<0,001$) vardır. İÜBDÖ puanları ayrıca PANSS toplam puanlarıyla orta düzeyde negatif yönde anlamlı ($r=-0,687$; $p<0,001$) ilişkilidir (Tablo 20).

3.4. Hasta Gruba Ait Klinik Özelliklerinin YİYE-II Puanları ile İlişkisi

Bu bölümde hasta gruba ilişkin klinik özelliklerin YİYE-II'den alınan puanlarla ilişkisi incelendi.

3.4.1. Sigara Kullanımına Göre YİYE-II Puanlarının Değerlendirilmesi

Hasta grupta sigara kullanan ve sigara kullanmayanların YİYE-II'den aldıkları puanların karşılaştırıldığı t testi sonucunda sigara kullanan ve kullanmayan kişilerin kaygılı bağlanma boyutu, kaçınmacı bağlanma boyutu ve güvenli bağlanma puanlarının istatistiksel olarak birbirinden anlamlı derecede farklılaşmadığı bulundu (Tablo 21).

Tablo 21. Hasta Grubun Sigara Kullanımı Açısından Bağlanma Türlerinin Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin t-Test Analizi Bulguları

	Grup	N	X	ss	sd	t	p
Kaygılı	Sigara var	11	4.18	1.15	36	.380	.70
	Sigara yok	27	4	1.38			
Kaçınmacı	Sigara var	11	3.01	1.21	36	.035	.97
	Sigara yok	27	3	1.31			
Güvenli	Sigara var	11	5.33	1.31	36	.651	.52
	Sigara yok	27	5.05	1.17			

3.4.2. Yatış Sayısı ile YİYE-II Puanları Arasındaki İlişki

Hastaneye yatış sayısı ile kaçınmacı bağlanma boyutu puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r=0,482$; $p<0,003$) vardır. Yatış sayısının güvenli bağlanma puanıyla ise zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı ilişkilidir ($r=-0,410$; $p<0,012$). Kaygılı bağlanma boyutu ve yatış sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur (Tablo 22).

Tablo 22. Yatış Sayısı ile YİYE-II Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları

	Yatış sayısı	Kaygılı	Kaçınmacı
Yatış sayısı	-		
Kaygılı Bağlanma	.267	-	
Kaçınmacı bağlanma	.482**	.394*	-
Güvenli bağlanma	-.410*	.278	.863**

* $p<0,05$ ** $p<0,01$, (N=38)

3.4.3. Toplam Yatış Süresi ile YİYE-II Puanları Arasındaki İlişki

Hastaneye yatarak tedavi görülen toplam gün sayısı ile kaçınmacı bağlanma boyutu puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki vardır ($r=0,341$;

$p < 0,045$). Yatış süresiyle güvenli bağlanma puanları zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı olarak ilişkilidir ($r = -0,361$; $p < 0,033$). Yatış süresi kaygılı bağlanma boyutuyla istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 23).

Tablo 23. Toplam Yatış Süresi ile YİYE-II Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları

	Yatış süresi	Kaygılı	Kaçınmacı
Toplam Yatış süresi	-		
Kaygılı Bağlanma	.213	-	
Kaçınmacı bağlanma	.341*	.394*	-
Güvenli bağlanma	-.361*	.278	.863**

* $p < 0,05$, (N=35)

3.4.4. Başlangıç Yaşı ile YİYE-II Puanları Arasındaki İlişki

Hastalığın başlangıç yaşı ile kaygılı bağlanma boyutu, kaçınmacı bağlanma boyutu ve güvenli bağlanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulunmamaktadır (Tablo 24).

Tablo 24. Hastalık Başlangıç Yaşı ile YİYE-II Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları

	Başlama Yaşı	Kaygılı	Kaçınmacı
Hastalık Başlama Yaşı	-		
Kaygılı Bağlanma	.004	-	
Kaçınmacı bağlanma	-.150	.394*	-
Güvenli bağlanma	.141	.278	.863**

* $p < 0,05$. (N=38)

3.4.5. Şizofreni Alt Tipler ile YİYE-II Puanlarının Değerlendirilmesi

Şizofreni alt tiplerinin YİYE-II'den alınan puanlarla karşılaştırıldığı ANOVA testi sonucunda şizofreni alt tiplerine göre YİYE-II puanlarının farklılaşmadığı bulundu (Tablo 25).

Tablo 25. Hasta Grubun Şizofreni Alt Tiplerine Göre YİYE-II Puanlarının karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Bulguları

	Varyansın kaynağı	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	p
Kaygılı	Gruplararası	4.729	3	1.576		
	Grupiçi	58.909	34	1.733	.910	.44
	Toplam	63.638	37			
Kaçınmacı	Gruplararası	3.518	3	1.173		
	Grupiçi	51.344	34	1.510	.777	.51
	Toplam	54.862	37			
Güvenli	Gruplararası	3.787	3	1.262		
	Grupiçi	49.858	34	1.466	.861	.47
	Toplam	53.645	37			

4.TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışmanın amacı şizofreni tanılı bireylerin bağlanma boyutları açısından nasıl farklılaştığını incelemektir. Sosyodemografik özellikler, klinik özgeçmiş ve bağlanma puanları araştırılmıştır. Bu bölümde, elde edilen bulgular literatür ışığında tartışıldı.

4.1. Hasta Grubun Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlıkla Grupla Karşılaştırılması

Araştırmanın hasta grubunu oluşturan kişilerin yaş aralığı 20-58 arasında ve ortalaması 37,53±11,09 yıl olarak bulundu. Ahmet Güler'in (2014) 70 şizofreni hastasıyla yaptığı çalışmada yaş aralığı 19-65 arasında, yaş ortalaması ise 36,79±10,72 yıl olarak bildirilmiştir. Çalışmamız bulguları bu çalışmayla benzer bulgular göstermektedir.

Hastaların önemli bir kısmı (%86,8) şehir ortamında doğmuştur. Hasta bireyler sağlıklı bireylerle doğum yerlerine göre karşılaştırıldığında, farklılaştığı bulundu. Köyde doğanların çoğunluğu (%83,3) hiçbir psikopatolojik tanı almamış sağlıklı kişilerdi. Hasta ve sağlıklı kişiler göç öyküsü açısından farklılaşmadığı görülmesine rağmen hasta kişilerin %44,7'sinde göç öyküsü vardı. Literatür incelendiğinde ailede göç öyküsü bulunmasının, şehirde yaşamının şizofreni ile ilişkili olduğu görülmüştür (Van os ve ark., 1996). Kent ve kırsalda yaşamının şizofreni üzerindeki yaygınlığının incelendiği çalışmalarda kentte yaşayan kişilerde şizofreni hastalığının daha fazla olduğu görülmüştür (Van os ve ark., 2005). Ayrıca kentte yaşamının kırsalda yaşamaya nazaran daha fazla şizofreni hastalığının ortaya çıkmasını arttırdığı bildirilmiştir (Read ve Hammersley, 2005; Krabbendam ve Van os, 2005).

Çalışmaya katılan hasta kişilerin %97'si şehirde yaşamakta ve toplam öğrenim süreleri 5-18 aralığında 11,18±3,42 yıl ortalamasındadır. Hastaların önemli kısmı (%91,2) birinci dereceden yakınıyla (ebeveyn ve eş-çocuk) birlikte kalmakta ve %5,3'ü ise yalnız yaşamaktadır.

Hastaların %60,5'i düzenli bir uğraşı vardır ve %63,2'si gelecekle ilgili planlar yapmaktadır. Hastaların %57,9'u geleceğe güven ve umutla %28,9'u ise korku ve kaygıyla bakmaktadır. Şizofreni hastalarından elde edilen bu bilgiler sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında arada anlamlı bir farklılık çıkmadı.

Hastaların %26,3'ünün sosyal güvencesi yokken önemli bir kısmının vardır. Bu durum son yıllardaki sağlık alanındaki politikalarla (yeşil kart, malulen emeklilik vs) ilgili olabileceği akla gelmektedir. Hastaların çoğu (%73,7) orta ekonomik gelir seviyesindedir.

4.2. Hasta Grubun Klinik Özellikleri ve Sağlıkla Grupla Karşılaştırılması

Hastalığın başlangıç yaşı 14-51 arasında ve $23,68 \pm 7,69$ yıl ortalamasında bulundu. Ahmet Güler'in (2014) yaptığı çalışmada da başlangıç yaşı 9-41 yaş aralığında ve $22,21 \pm 7,36$ yıl ortalamasında bildirilmektedir. İki çalışmadaki başlangıç yaşları ve ortalamalar örtüşmektedir. Erkeklerde en sık 15-25 yaşlarında ve Bleuler'in 1911'de yayınladığı büyük yapıtında dediği gibi 30-40 yaşlarında hatta daha da geç başlayabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2005). Bu çalışmadaki başlangıç yaşı literatürle uyumlu görünmektedir.

Hastaların büyük çoğunluğunun (%86,8) klinik yatışı vardı. Yatış sayısı 1-10 arasında $2,27 \pm 2,37$ yıl ortalamasındaydı. Güler (2014)'in çalışmasında yatış sayısı 1-15 aralığında ve $3,29 \pm 3,1$ yıl ortalamasında bildirilmiştir. Çalışmamızın bulguları bu çalışmayla benzerdir. Hastaların klinik yatışlarının toplam gün sayısı 2-200 aralığındaydı ve $48,11 \pm 52,66$ ortalamasındaydı.

Çalışmaya katılan hastaların %2,6'sında bedensel engel vardı ve kafa travma öyküsü olanların oranı %13,2'yd. Hasta bireyler sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında kafa travma öyküsü hasta grupta daha fazla çıkmıştır. Doğan (2011)'a göre psikiyatrik bozukluklar ve tıbbi hastalıklar, şizofreni hastalarının yarısından fazlasında birlikte görülebilir (akt. Güler, 2014). Hastaların %71,1'i sigara kullanmaktaydı ve sağlıklı grupla karşılaştırıldıklarında, sağlıklı grupta sigara içmeyenler daha fazlaydı. Alkol-madde kullananların oranı 10,5'ti ve sağlıklı kişilerle arasında anlamlı bir fark yoktu. Şizofrenide sigara içme oranlarının genel popülasyona göre daha yüksek olduğuna dair görüşler vardır (Leonard ve ark., 2001; Breslau ve ark., 2004). Bu bulgu çalışmamızdan çıkan sonuçla uyumludur. Ülkemizde yapılan bir araştırmada şizofreni hastalarının sigara içme oranının yaklaşık olarak %67 olduğu bildirilmiştir (Ekinci ve Ekinci, 2012). Çalışmamızın sonucuyla yaklaşık olarak benzer oranlardır. Şizofreni hastaları üzerine yapılan bir araştırmada %11,4'ünün alkol kullandığı ve %14,3'ünün ise psikoaktif madde kullandığı bildirilmiştir. Çalışmamızda ise alkol-madde kullananların oranı bu çalışmaya göre daha düşüktür.

Çalışmadaki şizofreni hastalarının %21,1'inde kendini yaralama davranışı (kesik atma, boğazını sıkma gibi) mevcuttu ve intihar oranı ise %26,3'tü. Kendini yaralama davranışı ve intihar oranları sağlıklı bireylere göre daha yüksekti. Yurtdışında yapılan

bir çalışmada şizofrenide intihar girişim oranı %20-40 arasında değiştiği bildirilmiştir (Harkavy-Friedmen ve Nelson, 1997). Bu çalışmadan çıkan sonuç da bu yüzdelerdir.

Hastaların %15,8'inde psikiyatrik aile psikopatoloji öyküsü mevcuttu ve bu oran araştırmaya katılan sağlıklı bireylerdeki aile öyküsünden daha yüksekti. Başka bir çalışmada ise ailede psikopatoloji öyküsü bulunmasının şizofreniyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Dankı ve ark., 2007). Çalışmamızdan çıkan sonuç literatürle uyumludur.

4.3. Klinik Özelliklerin Ölçek Bulgularına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmamızda klinik özelliklerden kendini yaralama davranışı, intihar girişimiyle pozitif ilişkili bulundu. Ailede psikopatoloji öyküsü bulunması yatış sayısı ve klinikte toplam yatış gün sayısı ile zayıf da olsa pozitif ilişkili bulundu.

Ayrıca aile psikopatoloji öyküsünün varlığı PANSS genel psikopatoloji semptomlarıyla ilişkili bulundu. Ülkemizde yapılan bir çalışmada aile öyküsü (ailede şizofreni hastalığının olması) ile pozitif semptomlar ilişkili bulunmasına (Kesebir ve ark., 2011) rağmen literatürde daha çok negatif semptomlarla ilişkilendirilmiştir (Malaspina ve ark., 2000). Bizim çalışmamızda da literatürdeki aile öyküsünün hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu bulgusuyla benzer sonuçlara ulaşıldı ancak pozitif ve negatif semptomlarla ilişki bulunmadı.

Çalışmada alkol-madde kullanımı ile içgörü arasında zayıf da olsa negatif yönde ilişki bulundu. Bu sonuç hastalık konusunda farkındalık arttıkça alkol-madde kullanımının düşmesinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmaya katılan hastaların yaklaşık olarak yarısı hastanede gelen takipli hastalarken yarısı ise Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne sürekli olarak gelen hastalardan oluşmaktaydı. TRSM'lerde hastalığa ve etkilerine dair bireysel ve grup görüşmeleri yapıldığından bu konudaki bilinçlenme alkol-madde kullanımı ve içgörü arasındaki negatif ilişkiyi açıklıyor olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların PANSS toplam puanı PANSS toplam puanı 36-132 arasında ve $71,34 \pm 22$ düzeyindeydi. Güler (2014)'in 70 kişilik şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada PANSS toplam puanı 66-147 arasında ve $101,21 \pm 17,18$ ortalamasındaydı. Bu çalışmadaki oranlar bizim çalışmamızdan biraz yüksek olmasına rağmen benzerdir.

Çalışmamızda içgörü puanları 3-16 arasında $11,26 \pm 3,73$ düzeyindeydi. Aygün (2009)'ın 104 kişilik şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada içgörü puanları 2-18

arasında ve $15,26 \pm 3,63$ düzeyinde bildirilmiştir. İki çalışmada çıkan sonuçlar birbirine benzerdir.

Çalışmada PANNS pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji belirtileri ve toplam belirtiler aralarında birbirleriyle pozitif yönde anlamlı ilişkili bulundu.

İçgörü PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve toplam belirtilerle orta düzeyde negatif ilişki içinde; genel belirtilerle ise yüksek düzeyde negatif ilişki içinde bulundu. Çalışmamızla uyumlu olan bir meta analiz çalışmasında 40 literatür incelenmiş ve sonucunda pozitif, negatif ve genel psikopatoloji belirti şiddetinin içgörüyle negatif ilişkili olduğu ancak istatistiksel olarak anlam taşımadığı bildirilmiştir (Mintz ve ark., 2003). Yapılan başka bir araştırmada ise bu sonuçtan farklı olarak pozitif ve genel psikopatoloji belirti şiddeti ile içgörü arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Negatif belirti şiddeti ile içgörü arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Vaz ve ark., 2002). Pozitif, negatif, genel ve toplam belirti şiddeti ile içgörünün negatif yönde ilişkili olması aslında beklenebilecek bir durumdur. İçgörünün azlığı hastalığın şiddetini gösteren yönlerden biridir ve PANSS da bize hastalık şiddetini verir. Bu yüzden arada ters ilişkinin olması klinik verilerle uyumaktadır.

4.4. Şizofreni ve Bağlanma Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan şizofreni hastalarının ve sağlıklı kişilerin bağlanma tarzları incelendiğinde, şizofreni hastalarının daha fazla kaygılı bağlanma bildirdiği görüldü. Kaçınmacı bağlanma ve güvenli bağlanma açısından anlamlı bir farka rastlanmadı. Yurt dışında yapılan bir çalışmada erkek şizofreni hastaları ile sağlıklı bireyler arasında güvenli bağlanma açısından bir fark olmadığı ancak erkek şizofreni hastalarında kaygılı ve kaçınan bağlanma puanların sağlıklı bireylerden yüksek olduğu bildirilmiştir (Ponizovsly, 2007).

Bizim çalışmamızda şizofreni hastalarında kaygılı bağlanmanın daha yüksek çıkmasının olası nedenleri arasında örneklem sayısının küçük olması ve kültürel farklılıklar olabilir. Türkiye ve ABD'deki sağlıklı üniversite öğrencilerinin bağlanma tarzlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada iki ülke öğrencileri arasındaki farklılığın daha çok güvensiz bağlanma tarzları arasında olduğu bulgulanmıştır. Amerikan örnekleminde daha çok kayıtsız ve korkulu bağlanma tarzları görülürken Türk örnekleminde saplantılı bağlanma stiline daha çok temsil edildiği bulunmuştur. Sümer'e göre bu farklılık

Türkiye'deki benlik kavramı ve ilişkilerin kültürden kültüre değişen yapısı ve anlamı ile ilişkili olabilir. Toplulukçu kültürlerde (Türkiye gibi) benlik kavramı ve kişilerarası ilişkiler, karşılıklı bağımlılıklar ve ilişkisellik temelinde şekillenirken; bireyci toplumlarda (örneğin ABD) ise bu durum kendine yetme, özerklik gibi ilkeler temelinde şekillenir (Sümer ve Güngör, 1999). Türk toplumunda, batı toplumlarındaki gibi çocuğun özerkleşmesi için kendi kendine bırakıldığı aile yapılarından ziyade çocuk belli bir yaşa gelse bile ebeveynlerin desteğinin ve ilgisinin devam ettiği daha korumacı aileler mevcuttur. Yurt dışında psikoz hastalarının bağlanma stilleri ve aile yapılarının incelendiği bir çalışmada, daha az ilgili ailelerin kaçınmacı bağlanma tarzıyla, aşırı tutucu ailelerin ise kaygılı bağlanma tarzıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Berry ve ark., 2009). Çalışmamızda kaygılı bağlanma boyutunun daha yüksek çıkması kültürün bağlanmanın psikopatolojiyle ilişkisinden kaynaklanıyor olabilir. Sayar'a göre farklı kültürel ortamlar normallik ve patoloji üzerine çok farklı tanımlamalar getirebilir (Sayar, 1998).

Çalışmamızda içgörü ve PANSS belirtileriyle bağlanma boyutları arasında herhangi bir ilişki bulunmadı. İngiltere'deki bir meta analiz çalışmasında güvensiz bağlanmanın pozitif ve negatif semptomların ilişkili olduğu bildirilmiştir (Gumley ve ark., 2014). Ayrıca sigara kullanan şizofreni hastalarında bağlanma tarzlarıyla ilgili bir bulguya ulaşılamadı. Araştırmanın sonunda başlangıç yaşı ve bağlanma tarzları arasında ilişki beklenirken analizler sonucunda anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı. Son olarak bağlanma tarzları şizofreni alt tiplerine göre farklılık göstermiyordu. Bizim çalışmamızda pozitif ve negatif semptomlarla, başlangıç yaşıyla güvensiz bağlanma boyutları arasında bir ilişkinin olmaması örneklem sayısının azlığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda yatış sayısı ve hastanede yatarak tedavi görülen toplam gün sayısı kaçınmacı bağlanma tarzıyla pozitif yönde ilişkili bulundu. Ayrıca güvenli bağlanmayla yatış sayısı ve yatış toplam gün sayısı arasında negatif yönde ilişki bulundu. İngiltere'de yapılan 21 çalışmadan oluşan meta analiz çalışmasında kaçınan bağlanmanın yatış sayısı ile ilişkili olduğu, kaygılı bağlanana göre kaçınan bağlanmanın tedaviden daha az yararlandıkları, yatış sürelerinin daha uzun olduğu bildirilmiştir (Gumley ve ark., 2014). Çalışmamızdan çıkan bu sonuç literatürle uyumludur. Kaçınan bağlanma tarzı daha toplumdan, yakın çevreden içe çekilmeyi, destek ve yardım istemeyi azalttığı

için şizofreni hastalarının içe çekilmesini, eve hatta odalarına kapanmalarına sebep olarak hastalığın kötü gitmesine sebep olmuş olabilir. Kaçınan bağlanma tarzı bu yolla yatış sayısı ve süresinin uzamasına sebep olmuş, terapötik ittifakın kurulmasını zayıflatmış olabilir.

Bağlanma kuramı psikopatolojik bir model olmaktan ziyade kişinin ötekiyle olan ilişkileri hakkında tanımlamalar yapan esnek bir modeldir. Araştırmamızdan çıkan sonuçlar ışığında bağlanma ve şizofreni arasında etiyolojik neden-sonuç ilişkileri hakkında bir şey diyemsek de tedavi süreci hakkında önemli bulgular verir bize. Öncelikle genetik yatkınlığı olan kişilerin herhangi bir atak çıkmadan evvel bağlanma tarzlarına bakılıp eğer güvensiz bağlanma tarzına sahip ise (özellikle kaçınan bağlanma) bu terapide kişinin kendisiyle çalışılabilir ve aile ile bu konuda işbirliği oluşturulabilir. İkincisi ilk atağını geçirmiş hastaların bağlanma tarzlarına bakılıp ona göre destekleyici bir terapi yapılabilir ve son olarak şizofreni hastalarına verilen ilaç tedavisinin yanında hastalara verilen klinik görüşme ve terapi hizmetlerinde güvensiz bağlanma tarzları çalışılarak atak sayısı, atakların verdiği tahribat azaltılabilir ve iyileşme sürecine katkıda bulunulabilir.

4.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Öneriler

Araştırmanın en büyük kısıtlılığı örneklem sayısının az olmasıydı. Bu konuda yapılacak diğer çalışmalarda örneklem sayısı çoğaltılabilirse daha sağlıklı sonuçlara ulaşılabilir.

Çalışmada hastaların ve sağlıklı kişilerin bağlanma tarzlarını ölçmek için kişisel öz bildirim dayalı bir test kullanıldı. Kişilerin kendilerini iyi gösterme yanlılığı bu konuda bir kısıtlılıktı. Ayrıca yaptığımız çalışmada şizofreni hastalarının bağlanma tarzlarını ölçmek için Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II kullanıldı. Yabancı dildeki Psychosis Attachment Measure (PAM) yani Psikoz Bağlanma Testi Türkçe'ye uyarlanabilirse alana ve bundan sonra yapılacak araştırmalara katkı sağlayacaktır. Yine de yabancı literatürde de sağlıklı kişilere uygulanan bağlanma testlerinin şizofreni hastalarına uygulanarak yapılan çalışmalar mevcuttur. Ancak yeterli zaman ve imkan varsa bu konuda yapılacak araştırmalarda yüz yüze görüşmeler ve kişisel bildirimlerden oluşan bağlanma görüşmeleri kullanılması tavsiye olunur.

Bağlanma ve psikopatoloji konusunda en büyük kısıtlılık çalışmaların anlık yapılması. Gelişimi ve seyrini incelemek için bu konuda boylamsal araştırmalara ihtiyaç

vardır. Bağlanma ve psikoz arasındaki ilişkiye dair literatürde yapılan çalışma ve bilgi çok azdır ve Türkiye’de ise bu konuda yapılan herhangi bir bilgiye rastlanmadı. Bu alışma Türkiye’de psikoz ve bağlanma arasında yapılan ilk çalışmalardan olması ile hem kültürel karşılaştırma hem de bundan sonra gelecek araştırmalar için önem taşımaktadır. Bu konuda daha ciddi ve geliştirilmiş araştırmalara ihtiyaç vardır.



5.KAYNAKLAR

Aaronson, C., Bender, D., Skodol, A., ve Gunderson, J. (2006). "Comparison of Attachment Styles in Borderline Personality Disorder and Obsessive-Compulsive Personality Disorder" *Psychiatric Quarterly*, 77, 69-80.

Aksu, Y. (2015). *Şiddet İçeren Suçlardan Kayıtları Olan Bireylerin Bağlanma Stilleri, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (basılmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S.A., ve Gorman, J.M. (1991). "Awareness of Illness in Schizophrenia" *Schizophrenia Bulletin*, 17(1), 113-132.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2001). *Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2013). *Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Arndt, S., Andreasen, N. C., Flaum, M., Miller, D., ve Nopoulos, P. (1995). "A Longitudinal Study of Symptom Dimensions in Schizophrenia: Prediction and Patterns of Change" *Archives of General Psychiatry*, 52(5), 352-360.

Arslan S., Günay Kılıç, B., Karakılıç H. ve ark. (2001). "İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması" *Türkiye'de Psikiyatri Dergisi*, 3(2), 17-24.

Aslan, S. ve Altınöz, A. E. (2010). "İçgörü Kavramı ve Şizofreni" *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*, 4: (1-2), 23-32.

Aygın, F. (2009). *Şizofreni Hastalarında Başa Çıkma Tutumlarının Umutsuzluk, İntihar Davranışı ve İçgörü ile İlişkisi* (basılmamış psikiyatri uzmanlık tezi). Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi, İstanbul.

Baron, L. (2003). "Developmental Protective and Risk in Borderline Personality Disorder: A Study Using the Adult Attachment Interview" *Attachment and Human Development*, 5, 64-77.

Baskak, B., Atbaşoğlu, C. ve Can Saka, M. (2009). "Şizofreni Etiyolojisinde Psiko-Sosyal Etmenlerin Rolü: Antipsikiyatriden Gen Çevre Etkileşimine" *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 1-9.

Başoğlu, C. (2005). "Tanı ve Değerlendirme/Sınıflandırma Sistemleri ve Şizofreni Tanısı". M. E.Ceylan ve M. Çetin (Ed.). *Şizofreni-I* içinde (ss. 621-643). İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş.

- Berry, K., Band, R., Corcoran, R., Barrowclough, C., ve Wearden, A. (2007). "Attachment Styles, Earlier Interpersonal Relationships and Schizotypy in a Nonclinical Sample" *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 563-576.
- Berry, K., Barrowclough, C. and Wearden, A. (2009). "Adult Attachment, Perceived Earlier Experiences of Care Giving and Trauma in People with Psychosis" *Journal of Mental Health*, 18, 280-287.
- Binbay, B., Ulaş, H. ve Alptekin, K. (2007). "Şizofrenide Psikososyal Etkenlerin Yeniden Önem Kazanması" *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*, 1:3, 39-48.
- Bowlby, J. (2012). *Bağlanma* (T.V. Soylu, Çev.). İstanbul: Pinhan Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 1969).
- Bowlby, J. (2014). *Ayrılma* (M. Günay, Çev.). İstanbul: Pinhan Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 1973).
- Brennan, K. A., Shaver, P. R., ve Tobey, A. E. (1991). "Attachment Styles, Gender, and Parental Problem Drinking" *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 451-466.
- Breslau, N., Scott, P., Kessler, R. (2004). "Psychiatric Disorder and Stages of Smoking" *Biol Psychiatry*, 55, 69-76.
- Brown, L.S. and Wright, J. (2003). "The Relationship between Attachment Strategies and Psychopathology in Adolescence" *Psychology and Psychopathology*, 76, 351-367.
- Bryne, M., Agerbo, E., Eaton, W. W., Mortensen, P. B. (2004). "Parental Socio-Economic Status and Risk of First Admission with Schizophrenia- Danish National Register Based Study" *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(2), 87-96.
- Buckley, P. F. (1998). "Substance Abuse in Schizophrenia: A review" *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(3), 26-30.
- Butcher, J. N., Mineka, S. ve Hooley, J. M. (2013). *Anormal Psikoloji* (O. Gündüz, Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2011).
- Cantor-Graae, E., Selten, J. P. (2005). "Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review" *The American Journal of Psychiatry*, 162, 12-24.
- Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I., Owens, D. C., ve Johnstone, E. C. (1999). "Correlates of Insight and Insight Change in Schizophrenia" *Schizophrenia Research*, 35(3), 247-253.

Collins, N. L. ve Laurson, W. (2003). "Adolescents' Relationships with Parents" *Journal of Language and Social Psychology*, 22, 58-65.

Crawford, T. N., Shaver, P. R., Cohen, P., Pilkonis, P. A., Gillath, O. ve Kasen, S. (2006). "Self-Reported Attachment, Interpersonal Aggression, and Personality Disorder in a Prospective Community Sample of Adolescents and Adults" *Journal of Personality Disorders*, 20, 331-351.

Çamsarı, U. M. (2013). "Nöropsikiyatride Yeni Perspektifler" *Yeni/New Symposium Journal*, 51(2), 67-69.

Danacı, A., Dinç, G., Deveci, A. ve ark. (2000). "Manisa İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve Etkileyen Etmenler" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 204-211.

Dankı, D., Dilbaz, N., Okay, İ. T. ve Telci, Ş. (2007). "Şizofreni Tanısı Olan Hastalarda İçgörünün Aile Öyküsü, Pozitif ve Negatif Belirtilerle İlişkisi" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 129-136.

Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2004). *Anormal Psikoloji* (İ. Dağ, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 1998).

Debowska, G., Grzywa, A., Kucharska-Pietura, K. (1998). "Insight in Paranoid Schizophrenia-Its Relationship to Psychopathology and Premorbid Adjustment" *Comp Psychiatry*, 39, 255-260.

Dickerson, F. B., Boronow, J. J., Ringel, N. ve ark. (1997) "Lack of Insight Among Outpatients with Schizophrenia" *Psychiatric Services*, 48, 195-199.

Dilbaz, N. ve Darçın, A. E. (2011). "Şizofreni ve Madde Kullanım Bozukluğu Eş Tanılı Hastalarda Tedavi" *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 21(1), 80-90.

Dilbaz, N. ve Enez Darçın, A. (2011). "Şizofreni ve Madde Kullanım Bozukluğu Eş Tanılı Hastalarda Tedavi" *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 21, 80-90.

Drake, R. J., Haley, C.J., Akhtar, S. ve ark. (2000). "Causes and Consequences of Duration of Untreated Psychosis in Schizophrenia" *The British Journal of Psychiatry*, 177, 511-515.

Eaton, W. ve Harrison, G. (2001). "Life Chances, Life Planning and Schizophrenia: A Review And Interpretation of Research on Social Deprivation" *International Journal of Mental Health*, 30, 58-81.

Ekinci, O. ve Ekinci, A. (2012). "Türkiye’de Şizofreni Hastalarında Sigara Kullanımının Psikopatolojik, Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi" *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25, 321-329.

Faracı, F. (2004). "Nevroz ve Psikoz" *Psikanaliz Yazıları: Nevrozlar*, 159, 63-75.

Fonagy, P. (2000). "Attachment and Borderline Personality Disorder" *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1129-1146.

Fossati, A., Feeney, J. A., Carretta, I., Grazioli, F., Milesi, R., Leonardi, B., ve ark. (2005). "Modeling the Relationships between Adult Attachment Patterns and Borderline Personality Disorder: The role of impulsivity and aggressiveness" *Journal of Social And Clinical Psychology*, 24(4), 520-537.

Gottesman, I. I. (2001). "Psychopathology through a Life Span-Genetic Prism" *The American Psychologist*, 56(11), 867-78.

Güler, A. (2014). *Şizofreni Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Etkileri* (basılmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Gumley, A. I., Taylor, H. E., Schwannauer, M. and MacBeth, A. (2014). "A Systematic Review of Attachment and Psychosis: Measurement, Construct Validity and Outcomes" *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(4), 257-274.

Harkavy-Friedman, J. M., Nelson, A. E. (1997). "Assessment and Intervention For The Suicidal Patient with Schizophrenia" *Psychiatric Quarterly*, 68(4), 361-375.

Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., ve ark. (2001). "Recovery from Psychotic Illness: A 15- and 25-Year International Follow-up Study" *The British Journal of Psychiatry*, 178, 506-517.

Harrison, G., Gunnell, D., Glanebrook, C., Page, K. and Kwiecinski, R. (2001). "Association Between Schizophrenia and Inequality at Birth: Case-Control Study" *British Journal of Psychiatry*, 179, 346-350.

Hazan, C. ve Shaver, P. R. (1994). "Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships" *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.

Jellema, A. (2000). "Insecure Attachment States: Their Relationship to Borderline and Narcissistic Personality Disorders and Treatment Process in Cognitive Analytic Therapy" *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 138-154.

Karşıdağ, Ç., Alpay, N. ve Kocabıyık, A. (2005). “Şizofreni ve Sigara Bağımlılığı ” *Düşünen Adam*, 18 (1), 13 -20.

Kesebir, S., Özdoğan Kavzoğlu, S. ve Üstündağ, M. F. (2011). “Bağlanma ve Psikopatoloji” *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 321-342.

Kökçü, F. ve Kesebir, S. (2010) “İki Uçlu Olgular ve Çocuklarında Bağlanma Biçiminin Mizaç, Kişilik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma” *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 309-318.

Kostakoğlu, E., Batur, S., Tiryaki, A. ve Göğüş, A. (1999). “Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uygulamasının Geçerlik ve Güvenirliği” *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(44), 23-32.

Krabbendam, L. ve van Os, J. (2005). “Schizophrenia and Urbanicity: A Majör Environmental Influence Conditional on Genetic Risk” *Schizophrenia Bulletin*, 31, 795-799.

Leonard, S., Adler, L. E., Benhammou, K., Berger, R., Breese, C. R., Drebing, C., ve ark. (2001). “Smoking and Mental Illness” *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 70, 561-570.

Malaspina, D., Goetz, R. R., Yale, S. ve ark. (2000). “Relation of Familial Schizophrenia to Negative Symptoms but not to the Deficit Syndrome” *The American Journal of Psychiatry*, 157(6), 994-1003.

Markova I. S. ve Berrioz, G. E. (1992). “The Assessment of Insight in Clinical Psychiatry: A New Scale” *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 159-164.

Mauricio, A. M., Tein, J. Y., ve Lopez, F. G. (2007). “Borderline and Antisocial Personality Scores as Mediators between Attachment and Intimate Partner Violence” *Violence and Victims*, 22(2), 139-157.

McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C. (2005). “Psychological Factors Associated with Persistent Postnatal Depression: Past and Current Relationships, Defence Styles and the Mediating Role of Insecure Attachment Style” *Journal of Affective Disorders*, 84, 15-24.

Miles, C. (1977). “Conditions Predisposing to Suicide: A Review” *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 231-246.

Mintz, A. R., Dobson, K.S. and Romney, D. M. (2003). "Insight in schizophrenia: A meta-Analysis" *Schizophrenia Research*, 61, 75-88.

Mintz, L. I., Liberman, R. P., Miklowitz, D. J. ve Mintz, J. (1987). "Expressed Emotion: A Call for Partnership among Relatives, Patients, and Professionals" *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 227-235.

Moore, O., Cassidy, E., Carr, A. ve Callaghan, E. O. (1999). "Unawareness of Illness and its Relationship with Depression and Self-Deception in Schizophrenia" *The European Journal of Psychiatry*, 14, 264-269.

Morgan, C. ve Fisher, H. (2005). "Environment and Schizophrenia: Broadening the Concepts, Pushing Back the Boundaries" *Schizophrenia Research*, 79, 5-13.

Morriss, R. K., van der Guht, E., Lancaster, G. ve Bentan, R. P. (2009). "Adult Attachment in Bipolar I Disorder" *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 82, 267-277.

Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L. ve Westen, D. (2000). "Relationship between Attachment Patterns and Personality Pathology in Adolescents" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1111-1123.

Özsan, H. H. ve Tuğcu, H. (1988). "Şizofrenik Hastalarda İntihar Olasılığının Çeşitli Faktörlere Göre İncelenmesi" *Kriz Dergisi*, 6(1), 33-39.

Öztürk, Ö. ve Uluşahin, N. A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara

Pedersen, C. ve Mortensen, P. (2001). "Evidence of a Dose-Response Relationship between Urbanicity during Upbringing and Schizophrenia Risk" *Archives of General Psychiatry*, 58, 1039-46.

Pehlivantürk, B. (2004). "Otistik Çocuğu Olanlarda Bağlanma" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 56-63.

Peralta, V. ve Cuesta, M. J. (1998). "Factor Structure and Clinical Validity of Competing Models of Positive Symptoms in Schizophrenia" *Biological Psychiatry*, 44, 107-114.

Pompili, M., Amador, X. F., Girardi, P. ve ark. (2007). "Suicide Risk in Schizophrenia: Learning From the Past to Change the Future" *Annals of General Psychiatry*, 6, 10.

Ponizovsly, A. M., Nechamkin, Y. ve Rosca, P. (2007). "Attachment Patterns are Associated with Symptomatology and Course of Schizophrenia in Male Inpatients" *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 324.-331.

Read, J. ve Hammersley, P. (2005). "Child Abuse and Schizophrenia" *The British Journal of Psychiatry*, 186, 76-80.

Read, J., van Os, J., Morrison, A. P. and Ross, C. A. (2005). "Childhood Trauma, Psychosis and Schizophrenia: A Literature Review with Theoretical and Clinical Implications" *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350.

Remschmidt, H. ve Theisen, F. (2012). "Early-Onset Schizophrenia" *Neuropsychobiology*, 66(1), 63-69.

Sabuncuoğlu, O. ve Berkem, M. (2006). "Bağlanma Biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye'den Bulgular" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17, 252-258.

Sadock, B. J., Sadock, V. A. ve Ruiz, P. (2016). "Şizofreni" (S. Akarsu, Çev.). Ö. Uzun (Çev. Ed.). *Kaplan & Sadock: Klinik Psikiyatri* içinde (ss. 300-323). Ankara: Güneş Kitabevi. (Orijinal çalışma basım tarihi 2015).

Salgın, A. ve Pirim, B. (2004). "Psikozlar ve Çocuk Bakımı" *Psikanaliz Yazıları: Nevrozlar*, 159, 63-75.

Sayar, K. (1998). "Kültür ve Psikopatoloji" *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 8(3), 176-179.

Selçuk, E., Günaygın, G., Sümer, N. ve Uysal, A. (2005). "Yetişkin Bağlanma Boyutları İçin Yeni Bir Ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II'nin Türk Örnekleminde Psikometrik Açından Değerlendirilmesi" *Türk Psikologlar Derneği*, 8(16), 1-11.

Shorey, H. S. ve Snyder, C. R. (2006). "The Role of Adult Attachment Styles in Psychopathology and Psychotherapy Outcomes" *Review of General Psychology*, 10, 1-20.

Sümer, N. (2006). "Yetişkin Bağlanma Ölçeklerinin Kategoriler ve Boyutlar Düzeyinde Karşılaştırılması" *Türk Psikoloji Dergisi*, 21, 1-22.

Sümer, N. ve Güngör, D. (1999). "Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma" *Türk Psikoloji Dergisi*, 14, 71-109.

Sümer, N., Ünal, S., Selçuk, E., Kaya, B., Polat, R. ve Çekem, B. (2009). “Bağlanma ve Psikopatoloji: Bağlanma Boyutlarının Depresyon, Panik Bozukluk ve Obsesif-Kompulsif Bozuklukla İlişkisi” *Türk Psikoloji Dergisi*, 24 (63), 38-45.

Şar, V. (2010). “DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel Bir Bakış: ‘Batı Cephesinde Yeni Bir Şey Yok’ mu?” *Klinik Psikiyatri*, 13, 196-208.

Tüzün, O. ve Sayar, K. (2006). “Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji” *Düşünen Adam*, 19(1), 24-39.

Tyrrell, C., Dozier, M., Teague, G. B. ve Fallot, R. D. (1999). “Effective Treatment Relationships for Persons with Serious Psychiatric Disorders: The Importance of Attachment States of Mind” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 725-733.

Üçok, A. (2008). Şizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellikler ve Tedavi İlkeleri” *Klinik Psikiyatri*, 11(1):3-8.

Van Os, J., Krabbendam, L., Myin-Germeys, I. ve Delespaul, P. (2005). “The Schizophrenia Environment” *Current Opinion in Psychiatry*, 18 (2): 141-145.

Van Os, J., Castle, D. J., Takei, N., Der, G. and Murray, R. M. (1996). “Psychotic Illness Ethnic Minorities: Clarification from the 1991 Census” *Psychological Medicine*, 26 (1): 203-208.

Van Os, J., Bak, M., Hanssen, M., Bijl, R.V., de Graaf, R. and Verdoux, H. (2002). “Cannabis Use and Psychosis: A Longitudinal Population-based Study” *American Journal of Epidemiology*, 156(4), 319-327.

Varlık Özsoy, E. (2015). *Bağlanma, Anksiyete ve Bilgi İşleme* (basılmamış doktora tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Vaz, F. J., Bejar, A. ve Casado, M. (2002). “Insight, Psychopathology, and Interpersonal Relationships in Schizophrenia” *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 311- 317.

Wicks, S., Hjern, A., Gunnell, D., Lewis, G. ve Dalman, C. (2005). “Social Adversity in Childhood and the Risk of Developing Psychosis: A National Cohort Study” *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1652-1657.

Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Slooff, C. J. ve Giel, R. (1998). “Natural Course of Schizophrenic Disorders: A 15-Year Follow up of a Dutch Incidence Cohort” *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 75-85.

6.EKLER

Ek-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Şizofrenide Bağlanma Çeşitleri ve İçgörüsü İlişkisi

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI: Çalışmanın amacı, bağlanma boyutları ve şizofreni hastalığı arasındaki ilişkiye bakmak ve bunun iç görüsü ilişkisini incelemektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken dört adet form (eğer kontrol grubunda iseniz iki adet form) verilecektir. Bunlardan ilkinde bazı demografik verilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır. Diğer formlar ise standardize ölçeklerdir. Bu ölçeklerden biri sizin diğer insanlara bağlanma tarzınızı ölçecektir. Diğerleri ise (kontrol grubunda iseniz dikkate almayınız) içgörünüzü ve hastalığa dair belirtilerinizin şiddetini değerlendirmek için kullanılacaktır. Ölçeklerden ikisi uygulayıcı tarafından yapılacaktır, diğerlerini ise sizin doldurmanız gerekmektedir. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1.Hilal Yelpeze:hilalozcanyelpaze@gmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hr irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Arařtırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gnllnin bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanklık eden kişi

2: Gnlly araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Ek-2 Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Adınız:

2. Cinsiyet: 1 () K
2 () E

3. Doğum Tarihi: / ... /

4. Doğum Yeri :

1- İl:.....

2- İlçe:.....

3- Köy:.....

5. Şu anda yaşadığınız :

1- İl:.....

2- Semt:.....

6. Öz kardeş sayısı:

1 () Yok

2 () Var (Belirtiniz)

7. Üvey kardeş sayısı:

1 () Yok

2 () Var (Belirtiniz).....

8. Toplam öğrenim süreniz:.....yıl

9. Sosyal güvence :

1 () Yok

2 () Var

10. Birlikte yaşadığı kişiler:

1 () Yalnız

2 () Anne-Baba

3 () Kardeş

4 () 2+3

- 5 () Akriba
6 () 2+3+5
7 () Öğrenci yurdu

11. En uzun süre bulunduğunuz yerleşim yeri:

- 1 () Köy
2 () Kasaba
3 () Şehir merkezi

12. Ailenizin Ekonomik gelirinizi nasıl tanımlarsınız?

- 1 () Düşük (Asgari ücret ve altı)
2 () Orta (1300-5000)
3 () Yüksek (5000 üstü)

13. Siyasal, ekonomik, dini, sosyal ve diğer nedenlerle kişilerin ve toplulukların hayatlarının tamamını ya da bir kısmını geçirmek üzere mevcut yaşamlarını sürdürdükleri yerden başka bir yere yerleştirmek koşuluyla yer değiştirilmesi hareketine göç denir.

Bulduğunuz yerden daha önce göç ettiniz mi?

- 1 () Evet
2 () Hayır

14. Yanıtınız “Evet “ ise göç sebebiniz nedir ?

- 1 () Ekonomik
2 () Eğitim
3 () İklim / Coğrafi Koşullar
4 () Can Güvenliği
5 () Sağlık
6 () Diğer (Açıklayınız).....

15. Herhangi bir bedensel engellilik

- 1 () Yok
2 () Var (Açıklayınız).....

16. Düzenli bir sosyal uğraşınız (spor yapmak, müzikle ilgilenmek gibi) var mı?

- 1 () Yok
2 () Var (Açıklayınız).....

17. Gelecekle ilgili olarak plan yapar mısınız/ planlarınız var mıdır?

- 1 () Hayır
2 () Evet

18. Geleceğinize nasıl bakıyorsunuz?

- 1 () Güvenle ve umutla
2 () Korku ve kaygıyla
3 () Hiç düşünmedim umurumda değil
4 () Diğer (Belirtiniz)

19. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü

- 1 () Yok
2 () Var var ise tanı ?.....

20. Kendini yaralama davranışı:

- 1 () Yok
2 () Var (Açıklayınız)

21. İntihar girişimi:

- 1 () Yok
2 () Varsa (Belirtiniz).....(Yaş)

22. Alkol-Madde kullanımınız:

- 1 () Yok
2 () Var

23. Sigara kullanımınız:

- 1 () Yok
2 () Var belirtiniz.....paket/günyıldır.

24. Psikiyatrik hastalık sebebi ile daha önce tedavi gördünüz mü?

- 1 () Hayır
2 () Evettanısı ile

25. Psikiyatrik hastalık sebebi ile **yatarak** tedavi gördünüz mü?

- 1 () Hayır
2 () Evetgüntanısı ile.....kez

26. Kafa travması öyküsü :

- 1 () Yok
2 () Var

27. Hastalık başlangıç yaşı:

Ek-3 Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği - PANSS

1: Yok 2: Minimal 3: Hafif 4: Orta 5: Orta Şiddetli 6: Şiddetli 7: Aşırı

1) POZİTİF BELİRTİLER

P1 Hezeyanlar	1 2 3 4 5 6 7
P2 Kavramsal dağınıklık	1 2 3 4 5 6 7
P3 Varsanlı davranış	1 2 3 4 5 6 7
P4 Taşkınlık (Eksitasyon)	1 2 3 4 5 6 7
P5 Büyüklük	1 2 3 4 5 6 7
P6 Şüphencilik/Kötülük görme	1 2 3 4 5 6 7
P7 Düşmanlık	1 2 3 4 5 6 7

2) NEGATİF BELİRTİLER

N1 Küntleşmiş duygulanım	1 2 3 4 5 6 7
N2 Emosyonel yoksunluk	1 2 3 4 5 6 7
N3 Zayıf uyum	1 2 3 4 5 6 7
N4 Edilgen/apatik sosyal çekilme	1 2 3 4 5 6 7
N5 Soyut düşünme zorluğu	1 2 3 4 5 6 7
N6 Konuşma akışı ve kendiliğinden eksikliği	1 2 3 4 5 6 7
N7 Stereotipik düşünme	1 2 3 4 5 6 7

3) GENEL PSİKOPATOLOJİ

G1 Bedensel yakınmalar	1 2 3 4 5 6 7
G2 Anksiyete	1 2 3 4 5 6 7
G3 Suçluluk hisleri	1 2 3 4 5 6 7
G4 Gerginlik	1 2 3 4 5 6 7
G5 Mannerizm	1 2 3 4 5 6 7
G6 Depresyon	1 2 3 4 5 6 7
G7 Motor yavaşlama	1 2 3 4 5 6 7
G8 İşbirliğine girmeme	1 2 3 4 5 6 7
G9 Olağandışı düşünce içeriği	1 2 3 4 5 6 7
G10 Yönelim bozukluğu	1 2 3 4 5 6 7
G11 Dikkat zayıflığı	1 2 3 4 5 6 7
G12 Muhakeme ve içgörü eksikliği	1 2 3 4 5 6 7
G13 İdare bozukluğu	1 2 3 4 5 6 7
G14 Dürtü denetim zayıflığı	1 2 3 4 5 6 7
G15 Zihinsel meşguliyet	1 2 3 4 5 6 7
G16 Aktif biçimde sosyal kaçınma	1 2 3 4 5 6 7

Puanlama: Pozitif belirtiler: Negatif belirtiler: Genel Psikopatoloji: TOPLAM:

Ek-4 İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

1. HERHANGİ BİR HASTALIĞI OLDUĞUNU DÜŞÜNÜYOR MU?	0. Hayır 1. Bazen 2. Evet
2. BİR AKIL/RUH HASTALIĞI OLDUĞUNU KABUL EDİYOR MU?	0. Hayır 1. Şüpheleri var 2. Evet
3. BU HASTALIĞI NASIL AÇIKLIYOR?	0. Hezeyanlı açıklama 1. Bilmiyor 2. Sosyokültürel düzeyine göre kabul edilebilir açıklama
4. YAŞANTILARINI PATOLOJİK/FARKLI OLARAK DEĞERLENDİRİYOR MU?	0. Kesinlikle karşı çıkıyor 1. Telkin edilebilir 2. Evet
5. SEMPTOMLARINI NASIL AÇIKLIYOR?	0. Dış güçlere, hezeyanlarına bağlıyor 1. Yorgunluk, stres gibi dış etkenler 2. Hastalığının bir parçası olarak
6. TEDAVİ İÇİN KENDİ TALEBİ VAR MI?	0. Hayır 1. Bazen 2. Evet
7. TEDAVİYİ KABUL EDİYOR MU?	0. Hayır (Zor kullanarak) 1. Bazen 2. Evet (Her zaman)
8. NEDEN TEDAVİYİ KABUL EDİYOR?	0. Zorunlu olduğu için "Başka çare yok" 1. Başkalarının isteği/ başka amaçlar için 2. Şikayetlerini ortadan kaldıracığı için
9. ÖNCEKİ HASTALIKLARINI NASIL DEĞERLENDİRİYOR?	0. Hiçbir zaman hastalığını kabul etmiyor 1. Geçştiriyor 2. Doğru, kabul edilebilir açıklama

Toplam Puan:
Puan (B):



Ek-5 Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer hali hazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Hiç

Kararsızım/

Tamamen

Katılmıyorum

fikrim yok

katılıyorum

1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.

1 2 3 4 5 6 7

2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.

1 2 3 4 5 6 7

3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.

1 2 3 4 5 6 7

4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.

1 2 3 4 5 6 7

5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.

1 2 3 4 5 6 7

6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip dayanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.

1 2 3 4 5 6 7

7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemseyemediğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.

1 2 3 4 5 6 7

8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.

1 2 3 4 5 6 7

9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.

1 2 3 4 5 6 7

10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.

1 2 3 4 5 6 7

11. İlişkilerimi kafama çok takarım.

1 2 3 4 5 6 7

12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.

1 2 3 4 5 6 7

13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.

1 2 3 4 5 6 7

14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.

1 2 3 4 5 6 7

15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.

1 2 3 4 5 6 7

16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.

1 2 3 4 5 6 7

17. Birlikte olduğum kişinin beni terkedeceğinden pek endişe duymam.

1 2 3 4 5 6 7

18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.

1 2 3 4 5 6 7

19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur.

1 2 3 4 5 6 7

20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.

1 2 3 4 5 6 7

21. Terk edilmekten pek korkmam.

1 2 3 4 5 6 7

22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.

1 2 3 4 5 6 7

23. Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.

1 2 3 4 5 6 7

24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.

1 2 3 4 5 6 7

25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler.

1 2 3 4 5 6 7

26. Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.

1 2 3 4 5 6 7

27. Çok yakın olma arzumu bazen insanları korkutup uzaklaştırır.

1 2 3 4 5 6 7

28. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissederim.

1 2 3 4 5 6 7

29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıktan sonra, “gerçek ben”den hoşlanmayacağından korkarım.

1 2 3 4 5 6 7

30. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip dayanma konusunda rahatımdır.

1 2 3 4 5 6 7

31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelenendirir.

1 2 3 4 5 6 7

32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip dayanmak benim için kolaydır.

1 2 3 4 5 6 7

33. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım

1 2 3 4 5 6 7

34. Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.

1 2 3 4 5 6 7

35. Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda önemser.

1 2 3 4 5 6 7

36. Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.

1 2 3 4 5 6 7



7.ÖZGEÇMİŞ

Kocaeli’nde doğdu. İlk ve orta öğrenimini Kocaeli’nde tamamladı. 2015 yılında İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümünden mezun oldu. Yine aynı yıl İstanbul Üniversitesi’nde pedagojik formasyon programını tamamladı.

İLETİŞİM

e-mail adresi: hilalozcanyelpaze@gmail.com.tr

