

**T.C**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**PSİKIYATRI ANABİLİM DALI**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ ŞİZOFRENİ KLİNİĞİ İLE İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Naile Dila AY**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Ömer BÖKE**

**SAMSUN-2013**

## TEŞEKKÜR

*Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, deneyim ve yardımlarını her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN, Prof. Dr. Ali Cezmi ARIK, Prof. Dr. Hatice GÜZ, Yrd. Doç. Dr. Gökhan SARISOY, Yrd. Doç. Dr. Ozan PAZVANTOĞLU'na,*

*Tez danışmanım olarak çalışmanın gerçekleşmesi için gerekli şartların hazırlanmasında, çalışmanın oluşum aşaması ile sonrasında ayrıca uzmanlık eğitimim boyunca emeğini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Ömer Böke'ye*

*Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğretim üyesi hocalarım Doç. Dr. M. Z. Koray KARABEKİROĞLU, Doç. Dr. Seher AKBAŞ, Yrd. Doç. Dr. Murat YÜCE'ye,*

*Rotasyon eğitimim sırasında katkılarından dolayı Nöroloji ve Dahiliye Anabilim Dalı öğretim üyesi hocalarıma,*

*Asistanlık eğitimim boyunca her zaman desteklerini yanımda hissettiğim sevgili asistan arkadaşlarıma ve tüm psikiyatri kliniği ekibine,*

*Çalışmama katılmayı kabul eden değerli hastalarıma,*

*Hayatımın her anında yanımda olan anneme ve ablama,*

*Her zaman varlığını ve desteğini hissettiğim sevgili eşim Hüseyin Ay'a ve henüz tanışmadığım kızıma*

*sonsuz teşekkürler...*

*Dr. Naile Dila Ay*

## İÇİNDEKİLER

SAYFA

İÇİNDEKİLER .....	i
KISALTMALAR .....	iii
TABLO LİSTESİ .....	iv
ÖZET VE ANAHTAR KELİMELELER .....	v
ABSTRACT AND KEY WORDS .....	vi
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. Şizofreni .....	2
2.1.1. Şizofreni Tanımı .....	2
2.1.2. Şizofreni Tanısı .....	2
2.1.3. Şizofrenide yaşam kalitesi .....	6
2.1.4. Etiyoloji .....	6
2.1.4.1. Genetik Etkenler .....	6
2.1.4.2. Nörokimyasal Etmenler .....	7
2.1.4.2.1. Dopamin .....	7
2.1.4.2.2. Serotonin .....	7
2.1.4.2.3. Norepinefrin .....	7
2.1.4.2.4. Glutamat .....	8
2.1.4.2.5. GABA .....	8
2.1.4.3. Çevresel Etkenler .....	8
2.1.4.3.1. Kannabis .....	9
2.1.4.3.2. Kentsel çevre .....	9
2.1.4.3.3. Göçmenlik, Etnik köken, Azınlık durumu .....	9
2.1.4.3.4. Prenatal ve erken çocukluk dönemi riskleri .....	10
2.1.4.3.5. Doğum mevsimi .....	10
2.1.4.3.6. Çocukluk çağı travmaları .....	11
2.2. Çocukluk çağı travması tanımları ve ilişkili olduğu psikiyatrik durumlar .....	12
2.3. Çocukluk çağı travmaları ve şizofreni ilişkisi .....	13
3. AMAÇ .....	16
4. YÖNTEM VE GEREÇLER .....	17
4.1. Uygulama ve yöntem .....	17
4.1.1. Hasta grubu seçimi .....	17
4.2. Çalışmada kullanılan ölçekler .....	19
4.2.1. Sosyodemografik ve klinik bilgi formu: .....	19
4.2.2. Pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS): .....	20

4.2.3. Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği kısa formu türkçe versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) .....	20
4.2.4. Calgary Sizofrenide Depresyon Ölçeği.....	21
4.2.5. Cocukluk Cağı Travmaları Olçeği (CTQ-28).....	21
4.3. Ölçme, değerlendirme, istatistiksel analiz yöntemleri .....	21
5. BULGULAR .....	23
5.1. Sosyodemografik Veriler .....	24
5.2. Hastalık Özellikleri .....	25
5.3. Hastaların Travma Özelliklerine Göre Grupları .....	26
5.4. Travma Şiddeti ve Klinik İlişkisi.....	27
5.4.1. Pozitif Belirtiler .....	27
5.4.2. Negatif Belirtiler, Major Depresif Bozukluk ve Antidepresan Kullanımı Öyküsü 30	
5.5. CTQ-28 Ölçeği ile PANSS, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi.....	31
6. TARTIşMA .....	32
6.1. Hastalık özellikleri.....	32
6.2. Klinik özellikler .....	34
6.2.1. Pozitif Belirtiler .....	34
6.2.2. Negatif Belirtiler .....	35
6.2.3. Major Depresif Bozukluk ve Antidepresan Kullanımı Öyküsü .....	36
6.3. Yaşam Kalitesi.....	37
6.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları .....	38
7. SONUÇLAR VE GENEL DEğerLENDİRME .....	40
8. KAYNAKLAR.....	41
9. EKLER.....	51

## KISALTMALAR

BPRS	: Brief Psychiatric Rating Scale (Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği)
CKK	: Cinsel Kötüye Kullanım
CRH	: Kortikototropin Salgılatıcı Hormon
CTQ	: Childhood Trauma Questionnaire (Çocukluk Çağı Travma Ölçeği)
Dİ	: Duygusal İhmal
DKK	: Duygusal Kötüye Kullanım
DSM-IV	: Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition [Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı, gözden geçirilmiş dördüncü baskı ]
Fİ	: Fiziksel İhmal
FKK	: Fiziksel Kötüye Kullanım
HPA	: Hipotalamo-Pitiüter-Adrenal
NMDA	: N-metil-D-aspartat
PANSS	: Positive and Negative Syndrome Scale (Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği)
SANS	: Scale for Assesment of Negative Symptoms (Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği)
SAPS	: Scale for Assesment of Positive Symptoms (Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği)
WHOQOL-BREF-TR	: World Health Organization Quality of Life Bref Form-Turkish Version.(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu)

**TABLO LİSTESİ****SAYFA**

Tablo-I: Travma Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması .....	23
Tablo-II: Travma Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Hastalık Özellikleri Açısından Karşılaştırılması .....	25
Tablo-III: Örneklemin çocukluk çağında fiziksel ve cinsel kötüye kullanım özellikleri .....	26
Tablo-IV: Ciddi Çocukluk Çağı Travma Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Varsanı Özellikleri Açısından Karşılaştırılması .....	27
Tablo-V: Ciddi Travma Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Sanrı Özellikleri Açısından Karşılaştırılması .....	28
Tablo-VI: Ciddi Travma Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Bazı Davranış Özellikleri Açısından Karşılaştırılması.....	29
Tablo-VII: Ciddi Travma Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Negatif Belirtiler, Depresif Bozukluk ve Antidepresan Kullanımı Öyküsü Açısından Karşılaştırılması .....	30
Tablo-VIII: CTQ-28 Ölçeği ile PANSS, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi.....	31

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı; şizofreni hastalarında çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile hastalığın seyri, hastalık özellikleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve ciddi çocukluk çağı travmalarının şizofreni hastalığının klinik görünümü ile ilişkisini incelemektir.

**Gereç ve yöntem:** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi psiko polikliniğinde takip edilen DSM-IV-TR kriterlerine göre şizofreni tanısı olan 100 hasta çalışmaya alındı. Hastalar ile ayrıntılı klinik görüşme yapılarak çocukluk çağı travma varlığı, şiddeti ve hastalığın klinik görünümü değerlendirildi. Hastalar öncelikle sosyodemografik özellikler ve hastalık özellikleri açısından karşılaştırılmak üzere “travma var” ve “travma yok” olarak iki gruba ayrıldı. Sonrasında, şizofreni hastalığının klinik görünümü ile ciddi travmanın ilişkisini araştırmak üzere sınıflandırmamıza göre orta ve ağır şiddette travma bildiren hastalar “ciddi travma var” adı altında, herhangi bir travma bildirmeyen hastalar “ciddi travma yok” adı altında gruplandırıldı. Hastalara sosyodemografik ve klinik bilgi formu, PANSS, WHOQOL-BREF-TR, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, CTQ-28 uygulandı.

**Bulgular:** Çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda, travma öyküsü olmayanlara göre; hastalığın daha erken yaşta başladığı, hastalığın remisyon dönemlerinde daha fazla rezidüel belirti olduğu ve daha fazla kendine zarar verme davranışı öyküsü olduğu tespit edildi.

Ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda pozitif belirtilerden işitsel varsanı, yorum yapan sesler, görsel varsanılar, suçluluk ya da günahkarlık sanrıları, büyüklük sanrıları, dinsel sanrılar, kontrol edilme sanrıları, düşünce okunması, düşünce sokulması ve düşünce çekilmesi sanrılarının daha yüksek oranda görüldüğü saptandı. Ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda, olmayanlara göre; negatif belirtilerden kısıtlı duygulanım, duygusal alanda daralmanın ve eksiklik sendromunun daha düşük oranda görüldüğü tespit edildi. Ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda major depresif bozukluk ve antidepresan kullanımı öyküsünün daha fazla olduğu saptandı. Çalışmamızda CTQ-28 toplam puanı ile WHOQOL-BREF-TR fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre alanı arasında negatif korelasyon olduğu tespit edildi.

**Sonuç:** Çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda, hastalığın daha kötü seyrettiği, pozitif belirtilerin ve depresif bozukluğun daha sık görüldüğü, çocukluk çağı travma öyküsü olmayan hastalarda eksiklik sendromunun daha fazla olduğu tespit edildi. Bu bulgular doğrultusunda ciddi çocukluk çağı travma yaşantılarının yaşamın ilerleyen dönemlerinde gelişen şizofreni hastalığının kliniği ile ilişkili olduğu söylenebilir.

**Anahtar kelimeler:** Şizofreni, çocukluk çağı travma, yaşam kalitesi



## ABSTRACT

**Objective:** The objective of this study was to investigate the relationship between the exposure to trauma in childhood in schizophrenic patients and the course of disease, disease characteristics and quality of life, and the relationship of severe childhood trauma with the clinical manifestation of schizophrenia.

**Materials and Methods:** We included 100 patients in the study who were diagnosed with schizophrenia based on DSM-IV-TR criteria and monitored in the psychosis polyclinic of Medical Faculty of Ondokuz Mayıs University. We had detailed interviews with the patients to investigate the presence and severity of any childhood traumas, and to evaluate the clinical manifestation of disease. The patients were initially categorized into two groups, “with trauma” and “without trauma”, in order to compare the sociodemographic characteristics with disease characteristics. The patients who reported moderate and severe trauma were classified as “with severe trauma” and the patients who did not report any traumas were classified as “without severe trauma” to investigate the relationship between the clinical manifestation of schizophrenia and the severe trauma. Then the patients were asked to complete the sociodemographic and clinical information form, PANSS, WHOQOL-BREF-TR, Calgary Depression Scaler for Schizophrenia and CTQ-28.

**Findings:** We determined that the disease started at younger ages; there were more residual symptoms in remission period of disease, and there were more stories of self-harm in the patients with a history of childhood trauma compared to those who did not have any histories of trauma.

In the patients with a history of severe childhood trauma, the most common positive symptoms included auditory hallucinations, commenting voices, visual hallucinations, delusion of self-accusation or guilt, delusion of grandeur, religious delusions, delusions of being controlled, mind reading, delusions of thought insertion and thought withdrawal. Of negative symptoms, restricted affect, constriction of emotional affective domain and deficiency syndrome were less in the patients with a history of severe childhood trauma compared to those who did not have any histories. They who had a history of severe childhood trauma had more major depressive disorders and used more antidepressants. We found a negative correlation between the total points of CTQ-28 and WHOQOL-BREF-TR physical, psychological, social and environmental area.

**Results:** We found that the course of the disease was worse, and positive symptoms and depressive disorders were more common in the patients with a history of childhood trauma while the patients with no history of childhood trauma had a higher deficiency syndrome. In the light of these findings, it could be suggested that experiences of severe childhood trauma is associated with the clinic of schizophrenia that is developed in the later periods of life.

**Key Words:** Schizophrenia, childhood trauma, quality of life

## 1. GİRİŞ

Şizofreni, çok geniş bir yelpaze içerisinde yer alan ruhsal belirtilerin bir araya gelmesi ile oluşan, gidişi ve sonlanması hastadan hastaya ve süreç içerisinde değişen, henüz etiyojisi tam olarak bilinmeyen ve önemli ölçüde yeti yitimine neden olan bir sendromdur (Soygür ve Erkoç, 2007; Erol, 2007). Şizofreninin klinik sendromu içinde, her biri ayırt edilebilir etiyojisi ve fizyopatolojiye sahip, birden fazla hastalık varlığının bulunma ihtimali fazladır (Buchanan ve Carpenter, 2007). Bu klinik sendromu daha iyi anlamak, daha homojen hale getirmek için patognomonik belirtiler tanımlanmış, birçok alt tiplene ve sınıflandırma yapılmış, hastalığın negatif, pozitif, affektif, agresif ve kognitif belirtilerini kümeler halinde içeren modeller geliştirilmiştir.

Şizofreni etiyojisinde genetik faktörlerin rolü olduğu uzun yıllardır bilinmektedir. Zaman içerisinde yapılan çalışmalar şizofreni etiyojisinin sadece genetik faktörlerle açıklanamayacağını ortaya koymuş ve etiyojide çevresel faktörlerin rolünü araştırmaya yönlendirmiştir (Kültür ve ark., 2007; Brown ve ark., 2007). Çocukluk çağında travmaya maruz kalma da şizofreni etiyojisinde sorumlu olduğu düşünülen ve üzerinde çalışılan çevresel faktörlerden biridir. Özellikle son yıllarda çocukluk çağı travma öyküsü ile psikoz ilişkisine ilgi artmış ve çocukluk çağı travma öyküsünün sadece etiyojiden sorumlu olmadığı, şizofreni hastalığının seyri, hastaların yaşam kalitesi, işlevsellikleri ve hatta hastalığın kliniği üzerine de etkileri olduğu düşünülerek bu konuda çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.

Çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın şizofreni hastalığının kliniği ile ilişkisini inceleyen çalışmalarda, çocukluk çağı travma öyküsü ile pozitif psikotik belirtilerin özellikle de varsanların ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Lysaker ve ark., 2005; Üçok ve Bıkmaz, 2007; Wang ve ark., 2013). Çocukluk çağı travma öyküsünün, şizofreni hastalığının kliniği üzerine etkisini araştıran çalışmaların çoğunda çocukluk çağı travmasının varlığı ve derecesi ölçeklerle tespit edilmiş, klinik görüşme ile travmanın varlığı, şiddeti değerlendirilmemiştir. Bu nedenle, ciddi travmanın şizofreni hastalığı üzerindeki etkisi ile ilgili yeterli veri yoktur.

Biz bu çalışmada şizofreni hastalarında çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın, hastalığın seyri ve hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini tanımlamayı, ciddi çocukluk çağı travma öyküsünün; belirti kümeleri ile ilişkisini araştırarak, hastalığın kliniği üzerine olan etkisini ortaya koymayı amaçladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şizofreni

#### 2.1.1. Şizofreni Tanımı

Şizofreni davranışın bilişsel, emosyonel, algısal ve diğer yönlerini kapsayan, derinden yıkıcı psikopatolojik etkileri olan klinik bir sendromdur. Görünümü ve gidişi, hastadan hastaya ve zaman içinde değişkenlik gösterir, hastalığın etkisi her zaman ağırdır ve çoğunlukla uzun sürelidir. Şizofreninin klinik sendromu içinde, her biri ayırt edilebilir etiyojoloji ve fizyopatolojiye sahip, birden fazla hastalık varlığının bulunma ihtimali fazladır (Buchanan ve Carpenter, 2007).

#### 2.1.2. Şizofreni Tanısı

##### **Şizofreni Tanı Ölçütleri (DSM-IV-TR)**

A. Karakteristik belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

1. Hezeyanlar (sanrılar)
2. Halüsinasyonlar (varsanılar)
3. Dezorganize konuşma
4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
5. Negatif belirtiler (affektif donukluk, aloji ya da avolisyon)

Not: Sanrılar bizar ise ya da varsanılar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle/birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütlerinden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu:

İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk yada ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişiler arası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

#### C. Süre:

Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da A Tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örneğin; acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

#### D. Şizoaffektif bozukluğun ve Duygudurum bozukluğunun dışlanması:

Şizoaffektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif-evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda majör depresif, manik ya da mikst epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif-evre belirtileri sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

#### E. Madde kullanımının/genel tıbbi durumun dışlanması:

Bu bozukluk bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

#### F. Yaygın bir gelişimsel bozuklukla olan ilişkisi:

Otistik bozukluk ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin sanrı ya da varsanılar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1996).

Crow (1980), şizofreni hastalarını pozitif ve negatif belirtilerine göre Tip I ve Tip II sendrom olarak iki şekilde sınıflandırmıştır. Tip I şizofreni olguları, varsanı, sanrı ve düşünce bozukluğu ile karakterize pozitif belirtiler, hastalığın ani başlangıcı, antipsikotiklere iyi tedavi yanıtı, bilişsel yıkımın olmaması özelliklerine sahip olup öne sürülen patofizyoloji, D2 reseptör yoğunluğu veya duyarlılığında artmanın bulunmasıdır. Tip II şizofreni olguları ise, duygulanımda küntlük, konuşma fakirliği, enerji azlığı gibi negatif belirtilerle kronik bir seyir, antipsikotiklere zayıf yanıt, kognitif bozukluklar özelliklerine sahip olup, öne sürülen patofizyoloji, beyinde yapısal değişiklikler ve hücre kaybıdır.

Şizofrenide negatif ve pozitif belirtileri temel alarak değerlendiren diğer bir kişi ise Andreasen'dir. Pozitif belirtili şizofreni, negatif belirtili şizofreni ve karma belirtili şizofreni modellerini geliştirmiştir. Pozitif belirtilerin yüksek kortikal işlevlerden kaynaklandığını, negatif belirtilerin ise beyin yıkımını yansıttığını ve negatif pozitif ayrımının garip davranış temelinde birleştiğini ileri sürmüştür.

A. Pozitif belirtili şizofreni tanısı için;

1) Aşağıdakilerden en az biri bulunmalıdır.

- a) Belirgin varsanılar
- b) Sanrılar
- c) Yapısal düşünce bozuklukları
- d) Tuhaf ve dağınık davranışlar

2) Aşağıdakilerden hiçbiri bulunmamalıdır.

- a) Aloji
- b) Affektif düzleşme
- c) İrade yokluğu, apati
- d) Dikkat eksikliği
- e) Anhedoni , sosyal çekilme

B. Negatif Belirtili Şizofreni

1) Aşağıdakilerden en az ikisi bulunmalıdır

- a) Aloji
- b) Affektif düzleşme
- c) İrade yokluğu, apati
- d) Dikkat eksikliği
- e) Anhedoni, sosyal çekilme

2) Aşağıdakilerden hiçbiri bulunmamalıdır

- a) Belirgin varsanılar
- b) Sanrılar
- c) Yapısal düşünce bozuklukları
- d) Tuhaf ve dağınık davranışlar

C. Karışık Belirtili Şizofreni

Pozitif ve negatif belirtili şizofreni tanı ölçütlerini karşılamayan ya da her ikisini de karşılayan hastaları kapsamaktadır. (Andreasen, 1982).

Crow ve Andreasen'in şizofreninin kompleks, heterojen yapısını anlamaya, homojenleştirmeye yönelik çalışmalarından sonra, bu alanda yeni adımlar atılmaya devam

edilmiştir. Liddle (1987), üç faktörü bulunan sendrom modelini pozitif belirtiler, dezorganize düşünce ve davranışlar, negatif belirtiler üzerine kurmuştur.

Liddle şizofrenideki belirti kümelerine göre üç sendrom tanımlamıştır:

- 1) Psikomotor yoksulluk sendromu: Konuşmanın yoksulluğu, düz duygulanım, spontan hareketlerde azalma ile karakterizedir.
- 2) Dezorganizasyon sendromu: Uygunsuz duygulanım, formal düşünce bozukluğu ile karakterizedir.
- 3) Gerçeği değerlendirmede bozukluk sendromu: Sanrı ve varsanılar ile karakterizedir.

Carpenter ve arkadaşları (1988), şizofrenide “eksiklik (defisit)” kavramını ortaya koymuşlardır. Şizofrenide eksiklik sendromu için tanısal ölçütler önermişler ve negatif belirtileri birincil ve ikincil, geçici ve kalıcı biçiminde ayırmışlardır. Eğer negatif belirtiler birincil ve kalıcı ise eksiklik teriminin kullanılmasını uygun görmüşlerdir. Bu şekilde şizofreni tanı hastaların eksiklik belirtilerinin varlığı ya da yokluğuna dayanarak iki farklı gruba ayrılabilceğini düşünmüşlerdir. Kirkpatrick ve arkadaşları (1989), şizofrenide eksiklik sendromu çizelgesi geliştirmişler, Çıtak ve arkadaşları (2006), tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Eksiklik sendromu tanı ölçütleri:

1. Aşağıdaki negatif belirtilerden en az ikisi olmalıdır:

- a) Kısıtlı duygulanım
- b) Duygusal alanda daralma
- c) Konuşmada yoksullaşma
- d) İlgi yoksunluğu
- e) Amaç duyusunda azalma
- f) Sosyal dürtüde azalma

2. Yukarıda sıralanan negatif belirtilerden iki ya da daha fazlası son 12 ay içinde ve klinik istikrar dönemlerinde her zaman görülmektedir.

3. Yukarıdaki negatif belirtiler birincildir; hastalık sürecinden başka etmenlere bağlı değildir.

Bu etmenler:

- a) Anksiyete
- b) İlaç etkisi
- c) Şüphencilik(ve diğer psikotik belirtiler)
- d) Depresyon

4. Hasta DSM-IV şizofreni tanı ölçütlerini karşılar.

Eksiklik sendromu bulunan şizofrenide, eksiklik sendromu olmayan şizofreniye göre; negatif belirtilerin, sıklıkla hastalığın başlangıcında da olduğu ve ilk 5 yıl içinde şiddetinin giderek arttığı, daha şiddetli ve ısrarlı olduğu, hastalık gidişinin daha kötü olduğu saptanmıştır (Fenton ve McGlashan, 1994).

Kay ve Sevy (1990)'nin önerdiği dört belirti boyutlu modelde; negatif ve pozitif belirtilerin yanı sıra, saldırganlık belirtileri ve depresif belirtiler bulunmaktadır. Lindenmayer ve arkadaşları (1994), ise onların kurduğu sendromlar modeline beşinci bir boyut olarak bilişsel belirtileri eklemiştir.

### **2.1.3. Şizofrenide yaşam kalitesi**

Şizofreni kişilerin yaşam kalitesini düşüren, sadece kendilerinin değil ailelerinin de etkileyen bir toplum sağlığı sorunudur (Knapp ve ark., 1999). Şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ile negatif belirtiler ve tedavide kullanılan ilaçların ekstrapiramidal yan etkileri (Katsching, 2000), depresyon ve anksiyete belirtileri (Huppert ve ark., 2001), bilişsel işlevler (Green ve ark., 2000) arasında ilişki bulunduğu gösterilmiştir.

### **2.1.4. Etiyoloji**

#### **2.1.4.1. Genetik Etkenler**

Şizofreni etiyojisi hala net olarak anlaşılammıştır. Çok çeşitli nedenlerin hastalığın ortaya çıkmasından sorumlu tutulduğu bilinmektedir. Özellikle aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları şizofreni etiyojisinde genetik faktörlerin önemli rol oynadığını ortaya çıkarmıştır. Şizofreni hastalığı olanların birinci derece akrabalarında şizofreni riski genel nüfusa göre 5-10 kat daha yüksektir (Jones ve Canon, 1998). Bildirilen ikiz çalışmalarındaki oranlara göre, monozigotlarda eş hastalanma oranı %31-78, aynı cinsiyet dizigot ikizlerde %0-28'dir (Riley ve Kendler, 2007).

Şizofreni ile ilişkili olan çok sayıda gen bildirilmiştir. Geniş örneklemelerin kullanıldığı bağlantı analizi haritalama çalışmaları; şizofreni ile nöroregülin-1, disbindin, prolin dehidrogenaz ve katekol-O-metiltransferaz vb. gen bölgeleri ile ilişki bulunduğunu göstermiş, 1q, 2q, 5q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q, 18q, 22q kromozomlarında şizofreni için aday gen bölgelerinin bulunduğu dair kanıtlar elde edilmiştir (Ertuğrul, 2007).



## **2.1.4.2. Nörokimyasal Etmenler**

### **2.1.4.2.1. Dopamin**

Dopaminerjik etkinlikte artış olduğu hipotezi, dopamin sistemi üzerinden etki eden ilaçların, postsinaptik dopaminerjik nöronları bloke ederek etki ettiği ile ilgili verilere dayanmaktadır. Dopamin sisteminin etkinliğini artıran amfetamin, levodopa, metilfenidat gibi maddeler şizofreniye benzer psikotik durumlara yol açabilmektedir (Buchanan ve Carpenter, 2007).

Şizofrenide; subkortikal yapılarda artmış, prefrontal kortikal yapılarda ise azalmış dopamin etkinliği olduğu bildirilmiştir. Subkortikal ve limbik bölgelerdeki dopamin etkinliği artışının pozitif belirtilere, prefrontal ve diğer kortikal alanlarda dopamin etkinliğinin azalmasının negatif belirtilere ve bilişsel kayıplara yol açtığı iddia edilmiştir (Davis ve ark., 1991; Önder ve Küçükada, 1999).

### **2.1.4.2.2. Serotonin**

Klozapin ve diğer ikinci kuşak antipsikotiklerin serotonin reseptörlerine olan ilgisi ve halüsinojen bir madde olan LSD'nin serotonin ile benzerliği serotonin nörotransmitterinin şizofreni patofizyolojisinde rolü olduğunu düşündürmüştür. Şizofrenide serotonin hipotezinde, postsinaptik serotonin reseptörlerindeki duyarlılık artışının şizofreninin bir kısım belirtilerinden sorumlu olduğu ileri sürülmüştür. Bu duyarlılık artışı muhtemelen merkezi serotonin işlevindeki azalmayla ilişkilidir (Yavaşçı ve Akkaya, 2012).

### **2.1.4.2.3. Norepinefrin**

Norepinefrin sisteminin, tek başına değilse de, diğer nörotransmitter sistemleriyle birlikte şizofrenide rol oynadığı düşünülmektedir. Paranoid belirtilerin baskın olduğu hastalarda BOS ve plazma norepinefrin düzeyinde artma olduğu bildirilmiştir. Ancak, norepinefrin düzeyindeki anormallik şizofreniye özgü olmayıp, duygudurum bozukluklarında da görülmektedir (Kültür ve ark., 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Bazı hastalarda klozapinin çok etkili olması noradrenerjik sistemdeki güçlü etkisine bağlanmıştır (Breier ve ark., 1994).

#### **2.1.4.2.4. Glutamat**

Beyindeki ana uyarıcı nörotransmitterdir. Glutamat reseptörü olan N-metil D-aspartat (NMDA) antagonistleri olan fensiklidin ve ketaminin şizofreniye benzer bir sendrom ortaya çıkarmasından hareketle etiyojide rolü olduğu düşünölmüştür. Çalışmalar, şizofrenide hipoglutamerjik varsayımdan bahsetmektedir. Glisin, D-sikloserin, D-serin gibi NMDA agonistleriyle ekleme tedavisinin, şizofreni belirtilerinde orta derecede düzelme sağlayabileceği bildirilmiştir (Stahl, 2012; Krystal ve ark., 1994; Laruelle ve ark., 2003).

#### **2.1.4.2.5. GABA**

Beyindeki ana inhibitör nörotransmitterdir. Bazı şizofreni hastalarında hipokampusta GABA'erjik nöronlarda kayıp olduğu saptanmıştır. Teorik olarak inhibitör GABA'erjik nöron kaybı dopaminerjik ve noradrenerjik nöronlarda hiperaktiviteye yol açarak şizofreninin pozitif belirtilerine neden olabilir (Çetin ve Ceylan, 2005; Köroğlu, 2004).

#### **2.1.4.3. Çevresel Etkenler**

Şizofreni etiyojisinde genetik faktörlerin rolü uzun yıllardır bilinmektedir. Şizofreniye genetik yatkınlık kuramını ilk kez Meehl (1989) dile getirmiş ve şizotaksi olarak adlandırmıştır. Ancak daha sonra yapılan araştırmalar, şizofreni etiyojisinin sadece genetik faktörlerle açıklanamayacağını, hastalığın çok sayıda etkenin bir araya gelmesi ile olduğunu ortaya koymuştur (Kültür ve ark., 2007). Brown ve arkadaşları (2007), şizofreninin çevresel etiyojisini gösteren en büyük kanıtın tek yumurta ikizleri üzerinde yapılan çalışmalar olduğunu öne sürmüşlerdir. Tek yumurta ikizlerinin tamamen aynı genleri paylaştıkları halde eş hastalanma oranının yaklaşık %50 olmasının araştırmacıları şizofreni etiyojisinde çevresel faktörlerin etkilerini araştırmaya yönelttiğini belirtmişlerdir. Bu konuda önemli araştırmalar yapan Tsuang (2000), şizofreni etiyojisinde genetik ve çevresel faktörlerin etkileşiminin önemini vurgulamıştır. Tsuang ve arkadaşları (2001), şizofreni hastalarının, geniş belirti çeşitliliği gösterdiğini ve bu klinik heterojenitenin, çevresel faktörler gibi çeşitli değişkenlerin etkisiyle oluşan etiyojistik heterojeniteden kaynaklanıyor olabileceğini belirtmiştir. Şizofreni etiyojisinde rolü olduğu düşünölen başlıca çevresel faktörler; kannabis kullanımı, kentsel çevre, göçmenlik, etnik köken ve azınlık olma durumu, çeşitli

prenatal ve erken çocukluk dönemi riskleri, doğum mevsimi ve çocukluk çağı travmaları olarak sıralanabilir.

#### **2.1.4.3.1. Kannabis**

Yapılan çalışmalarda, özellikle erken ergenlik döneminde kannabis kullanımının ileride psikoz görülmesi açısından yüksek risk oluşturduğu gösterilmiştir (Arseneault ve ark., 2002; Veen ve ark., 2004; Stefanis ve ark., 2004 ). Laboratuvar koşullarında deneysel kannabis uygulama desenini kullanan bir çalışmada, Delta-9-tetrahidrokanabinolun sağlıklı bireylerde şizofreninin bazı özelliklerini taklit eden çeşitli geçici belirtiler, davranışlar ve bilişsel bozukluklara neden olduğu gösterilmiştir (D'Souza ve ark., 2004).

Kannabis kullanımı sık olmasına rağmen, şizofreninin eşit sıklıkta olmaması ve kannabis kullanımı ile şizofreni gelişme riski arasında doğrusal bir ilişki olmamasının nedenlerini araştıran çalışmalarda; daha yüksek düzeyde psikoz yatkınlığı olan bireylerin kannabise maruz kaldığında psikotik deneyimler geliştirmesi olasılığının daha yüksek olduğu (Henquet ve ark., 2005; Verdoux ve ark., 2003) ve psikoz gelişme riskinin kullanılan kannabis miktarı ve kannabis kullanım süresi ile ilişkili (Henquet ve ark., 2005) olduğuna dair bulgular saptanmıştır.

#### **2.1.4.3.2. Kentsel çevre**

Yapılan çalışmalar, kentsel çevrede doğmuş olmanın ve yaşamının, psikotik bozukluk gelişme riskini arttırdığını göstermiştir (Lewis ve ark., 1992; Marcelis ve ark., 1998). Yakın zamanda yayınlanan bir prospektif çalışma, şizofreni insidansının kentsel alanda yaşayanlarda kırsal alanda yaşayanlara göre daha yüksek olduğu literatür bilgisini yinelemiştir (Kelly ve ark., 2010). Şizofreni riskinin, kentsel ve kırsal bölgelerde farklı olmasının nedenleri tam olarak açıklanamamaktadır. Duyarlı bireylerin “seçici göç” olarak tanımlanan bir biçimde hareket etmeleri, sosyoekonomik farklar, doğum komplikasyonları, olasılıkla kalabalık ev şartları ile şekillenen erken enfeksiyonlar aday nedenler arasında gösterilmektedir (Tiryaki, 2008).

#### **2.1.4.3.3. Göçmenlik, Etnik köken, Azınlık durumu**

Bu konuda yapılan bir gözden geçirmede, birinci nesil göçmenlerde şizofreni gelişimi açısından ortalama görece riskin 2.7 olduğu sonucuna varılmıştır. İkinci nesil göçmenler için

yürütülen başka bir analiz, görece riski 4.5 olarak göstermiştir. Alt grup karşılaştırmalarında, gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere göç edenlerde görece riskin 3.3, çoğunluğun siyah olduğu yerlerden göç eden grupta (beyaz ya da ne beyaz ne siyah olduğu yerlerle kıyaslandığında) görece riskin 4.8 olduğu saptanmıştır (Cantor-Graae ve Selten, 2005). Bir çalışmada ten rengi veya etnik köken, yaş, cinsiyet, görünüm, cinsel yönelim ve engellilik gibi özellikler nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmanın psikozun ortaya çıkışını etkilediğine ve bu durumun kronik olarak yaşanmasının sanrı oluşumuna katkıda bulunduğuna ilişkin kanıtlar sağlanmıştır (Janssen ve ark., 2003).

#### **2.1.4.3.4. Prenatal ve erken çocukluk dönemi riskleri**

Erken gebelik döneminde maternal folat eksikliğinin, çocuklarda şizofreninin bir nedeni olduğu öne sürülmüştür. Gebelik maternal folat rezervlerini tüketir ve doğum sonrası normal folat değerlerine ulaşılması bir yıl kadar sürebilir. Bu nedenle, gebelikler arasındaki sürenin kısa oluşu şizofreni riskini artıracaktır. Bu hipotez, 1950 ile 1983 yılları arasında Danimarka’da doğan, 5095 şizofreni vakası ile onların çocukları ve ebeveynlerini içeren 1.43 milyon kişilik bir toplum kohortunda araştırılmıştır. Kırk beş ay ve daha uzun aralıklar için karşılaştırıldığında, şizofreni risk oranı; 15 aya kadar olan doğum aralıkları için 1.14, 15-17 aylık aralar için 1.32, 18-20 aylık aralar için 1.38, 21-26 aylık aralar için 1.13 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar kısa doğum aralıkları ile şizofreni arasında, doğrusal olmasa da ilişki olduğunu göstermektedir (Smits ve ark., 2004).

Gebeliklerinde kanları alınarak çalışmalarda kullanılmak üzere saklanan gebelerin aileleri izleme alınmış ve çocuklarında şizofreni spektrum bozukluğu saptanan annelerin, çocuklarında şizofreni spektrum bozukluğu saptanmayan annelerle karşılaştırıldığında, ikinci trimester maternal interlökin-8 düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Brown ve ark., 2004a). Bir başka çalışmada, ilk trimesterde influenzaya maruz kalma ile şizofreni riskinin yedi kat arttığı bildirilmiştir (Brown ve ark., 2004b). Bu bulgular şizofreni etiyojisinde rahim içi enfeksiyon ya da enflamasyonun rolü olduğunu düşündürülebilir.

#### **2.1.4.3.5 Doğum mevsimi**

Şizofreni etiyojisinde doğum mevsiminin bir risk faktörü olabileceği çok eskiden beri düşünülmüş ve çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Çalışmaların çoğunda, şizofreni hastalarında kış ve ilkbahar aylarında doğum fazlalığı tespit edilmiştir (Hafner ve ark., 1987). Doğum mevsimi etkisinin nedeni veya nedenleri halen bilinmemektedir. Kışın hamilelik ve doğum

komplasyonlarının artmasına, bu aylarda doğum yapan annelerin ikinci trimesterlerinde enfeksiyonlara, özellikle de influenzaya diğer aylara göre daha fazla maruz kalmalarına, beslenme bozukluklarına ve eser element yetmezliklerine değinilmiş, ancak kesin bir bilgiye ulaşılmamıştır (Saka ve Atbaşoğlu, 2007).

#### **2.1.4.3.6. Çocukluk çağı travmaları**

Strese duyarlı gelişim dönemlerinde karşılaşılan zorlayıcı yaşantıların genetik ve diğer yatkınlaştırıcı etmenlerin toplam etkileri sonucunda ruhsal bozuklukların gelişimine etki edebileceği düşünölmektedir (Weber ve ark., 2008). Son yıllarda çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın psikoz riskini arttırıp arttırmadığı sorusuna ilgi artmaktadır (Gil ve ark., 2009; Morgan ve Fisher, 2007; Sideli ve ark., 2012). Çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile psikoz ilişkisini araştıran geniş örneklemlerli çalışmalarda; çocukluk çağında travmaya maruz kalanlarda, maruz kalmayanlara göre psikotik bulgu gelişme oranının daha yüksek olduğu (Janssen ve ark., 2004) ve psikotik bozukluğu olanlarda psikotik olmayan diğer psikiyatrik hastalığı olan ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan kişilere göre yaşam boyu ve çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir (Bebbington ve ark., 2004). Şizofreni hastaları ile psikiyatrik tanısı olan ama psikotik olmayan hastalar (Spence ve ark., 2006) ve şizofreni hastaları ile duygudurum bozukluğu hastaları (Larsson ve ark., 2013) çocukluk çağı travma öyküsü sıklığı açısından karşılaştırıldığında, şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsünün daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Çocukluk çağı travma öyküsü, psikoz için yüksek risk grubunda da hem pozitif belirtilerle hem de affektif belirtilerle ilişkili bulunmuştur (Thompson ve ark., 2009). Çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımı (CKK) ve fiziksel kötüye kullanımı (FKK) ile psikoz riski ilişkisini cinsiyete göre karşılaştıran bir çalışmada kadınlarda çocukluk çağı CKK ve FKK ile psikoz gelişimi riski arasında ilişki saptanırken, erkeklerde bu ilişki saptanmamıştır. Yazarlar cinsiyetler arasında saptanan bu farklılığın, kadınların karşılaştıkları zorlukları içselleştirmeye daha eğilimli olurken erkeklerin daha dışa yansıtan davranışlarla cevap vermeye eğilimli olmalarına, çocukluk çağında travmaya maruz kalan erkeklerin daha fazla agresyonla yanıt vererek adli kurumlarda olma ve bu nedenle çalışma dışında kalmış olma olasılığına, kadınların yaşamın ilerleyen dönemlerinde de tecavüz, partner şiddeti gibi travmalara tekrar maruz kalma ihtimalinin daha yüksek olmasına ve çeşitli hormonal faktörlere bağlanabileceğini belirtmişlerdir (Fisher ve ark., 2009).

Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma sıklığını araştıran çalışmalar %45-85 arasında oranlar bildirmektedir (Schenkel ve ark., 2005; Bennouna-Greene ve ark., 2011; Spence ve ark., 2006; Wang ve ark., 2013; Üçok ve Bıkmaz, 2007; Larsson ve ark., 2013; Goff ve ark., 1991; Greenfield ve ark., 1994). Yakın zamanda yayınlanan bir derleme, çocukluk çağında kötüye kullanıma uğrayanlarda, kötüye kullanım öyküsü olmayanlara göre psikotik belirtilerin oranınının 1.7-15 kat fazla olduğunu belirtmiştir (Sideli ve ark., 2012). Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde hem genel toplumda çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda olmayanlara göre daha yüksek oranda psikotik bulgular saptanması, hem de şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda yüksek çocukluk çağı travma öyküsü oranlarınının saptanması çocukluk çağı travma öyküsünün şizofreni hastalığının etiolojisinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

## **2.2. Çocukluk çağı travması tanımları ve ilişkili olduğu psikiyatrik durumlar**

Çocuk ihmali ve kötüye kullanımı genel olarak; başta ana-baba olmak üzere çocuğun bakımı, sağlığı ve korunmasından sorumlu olan kişiler ile diğer yetişkin kişilerin yaptığı ya da yapmayı savsakladığı eylemler sonucunda çocuğun her türlü fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye düşmesi olarak tanımlanabilir. Yapılan davranışın mutlaka çocuk tarafından algılanması ya da erişkin tarafından bilinçli olarak yapılması gerekli değildir (Turla, 2002).

FKK, bir kişinin 18 yaşından önce, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya uğramasıdır. Kişi bunu kardeş rekabeti gibi bir aile içi çatışma olarak algılamış olmamalıdır. Fiziksel temas içermeyen arkadaş kavgaları bu tanıma girmemektedir (Brown ve Anderson, 1991).

CKK, bir kişinin 18 yaşından önce kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından, okşamadan cinsel ilişkiye kadar herhangi bir derecede cinsel kullanıma maruz kalması olarak tanımlanır (Brown ve Anderson, 1991).

Duygusal kötüye kullanım (DKK), çocuk ya da ergenin, duygusal ya da ruhsal sağlığını tehlikeye atacak derecede sözel tehdit, alay ya da küçük düşürücü yorumlara maruz kalmasıdır (Walker ve ark., 1988).

İhmal ise bir çocuğun beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi tedavi gibi fiziksel bakımının yapılmaması ya da sevgi, destek, ilgi, duygusallık, terbiye, bağlanma gibi duygusal ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır (Walker ve ark., 1988).

Çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal yaşantıları ile; travma sonrası stres bozukluğu (Copeland ve ark., 2007; Farrugia ve ark., 2011), intihar girişimi (Roy ve Janal, 2006), kendine zarar verme davranışı (Van der Kolk ve ark., 1991), yeme bozuklukları (Wonderlich ve ark., 1997; Rayworth ve ark., 2004), sınırdaki kişilik bozukluğu (Golier ve ark., 2003; Şar ve ark., 2006), antisosyal kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu (Bierer ve ark., 2003), bipolar affektif bozukluk (Hyun ve ark., 2000; Garino ve ark., 2005), erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (Rucklidge ve ark., 2006), beden dismorfik bozukluğu (Didie ve ark., 2006), dissosiyatif bozukluklar (Sar ve ark., 2004), anksiyete bozuklukları, depresyon (Spertus ve ark., 2003), madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı (Farrugia ve ark., 2011), alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı (Young-Wolff ve ark., 2011) gibi pek çok psikiyatrik tanı arasında ilişki bulunmuştur.

### **2.3. Çocukluk çağı travmaları ve şizofreni ilişkisi**

Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsünün; yaşam kalitesi, işlevsellik, hastalığın seyri ve kliniği üzerine etkilerini araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Şizofreni hastalarında çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile; erişkinlikte yetiyitimi (Gil ve ark., 2009), psikososyal işlevsellikte bozulma (Lysaker ve ark., 2001), mesleki işlevsellikte bozulma (Lysaker ve ark., 2004), daha erken ilk tanı yaşı, daha fazla intihar girişimi (Alvarez ve ark., 2011), daha sık relaps (Goff ve ark., 1991), daha erken ilk hastane yatış yaşı, daha fazla sayıda hastane yatışı (Schenkel ve ark., 2005) ve dissosiyatif belirtiler (Holowka ve ark., 2003; Schafer ve ark., 2006; Sar ve ark., 2010; Schafer ve ark., 2012) arasında ilişki olduğu bildirilmiştir.

Bilimsel kaynaklarda 2013 yılı şubat ayı itibariyle, çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın, şizofreni hastalarında, hastalığın kliniği üzerine etkilerini inceleyen, altı araştırmaya ulaşılmıştır (Schenkel ve ark., 2005; Lysaker ve ark., 2005; Spence ve ark., 2006; Üçok ve Bıkmaz, 2007; Wang ve ark., 2013; Gallagher ve Jones, 2013).

Hastanede yatan DSM-IV'e göre şizofreni/şizoaffektif bozukluk tanılı 40 hasta ile yapılan bir çalışmada geniş detaylı yapılandırılmış görüşme ile çocukluk çağı kötüye kullanım öyküsü ve şiddeti ile premorbid işlevsellik, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS) ile mevcut belirti varlığı ve şiddeti ve bazı nöropsikolojik testlerle kognitif durum değerlendirilmiştir. Çocukluk çağı travma şiddeti ve sıklığı, varsanılar ve sanrıların daha yüksek oranda olması ile ilişkili bulunmuştur. Çocukluk çağı kötüye kullanımı, BPRS'de yüksek anksiyete/depresyon skorları ile, daha fazla önceki hastaneye yatış sayısı, ilk

hastaneye yatış yaşının daha küçük olması, daha düşük eğitim başarısı, okul güçlüğü, çocukluk çağı akran problem öyküsüyle ve görsel-uzamsal organizasyonda bozulmuş performans ile ilişkili bulunmuştur (Schenkel ve ark., 2005).

Lysaker ve arkadaşları 12 şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanılı çocukluk çağı travma öyküsü olan hastayı, 31 şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanılı çocukluk çağı travma öyküsü olmayan hastayla çeşitli klinik özellikler açısından karşılaştırmışlardır. Çocukluk çağı travma öyküsü çocukluk çağı yaşantıları ölçeği ile saptanmıştır. Çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda yürütücü işlevlerin daha bozuk olduğunu, varsanı ve anksiyete belirtilerinin anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğunu saptamışlardır (Lysaker ve ark., 2005).

Bir çalışmada 40 şizofreni hastası ve 30 psikoz dışı psikiyatrik tanılı hastadan oluşan iki grupta çocukluk çağı, erişkin ve yaşam boyu travma oranları ve travmanın şizofreni belirtileri üzerine etkisi araştırılmıştır. Çocukluk çağı, erişkinlik ve yaşam boyu travma öyküsü, travma öyküsü testi (Trauma History Questionnaire) ile, şimdiki psikiyatrik belirtiler 14 madde içeren bir skala [The Krawiecka Rating Scale (Manchester Scale), version 6] ile, psikososyal işlevsellik sosyal işlevsellik skalası ile değerlendirilmiştir. Şizofreni hastalarında, çocukluk çağı travma öyküsünün; kişiler arası işlevsellikte bozulma, işsizlik, sosyal çekilme, depresif belirtiler ve anksiyete ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Spence ve ark., 2006).

Üçok ve Bıkmaz, 57 ilk epizod şizofreni hastasını çocukluk çağı travma öyküsü açısından çocukluk çağı kötüye kullanım soru listesi ve çocukluk çağı travma ölçeği (CTQ) ile değerlendirmişlerdir. Çocukluğunda CKK'a uğrayanlarda SAPS puanının diğer travmalara [DKK, FKK, duygusal ihmal (Dİ), fiziksel ihmal (Fİ)] uğrayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, daha önce en az bir kez intihar girişimi olanlarda CTQ CKK alt ölçeği puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, DKK'ın varlığı ve şiddetinin, Fİ'in varlığının varsanılıların şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Üçok ve Bıkmaz, 2007).

Pensilvanya'da bir hastanede 1984-1990 yılları arasında yatıp taburcu olmuş 134 şizofreni hastasının kayıtları incelenerek yapılan bir çalışmada; çocukluk çağı travma öyküsü, hastane kayıtları "sosyal öykü" bölümü incelenilerek araştırılmış, çocukluk çağı ihmali ve çocukluk çağı kötüye kullanımı olarak iki gruba ayrılmıştır. Hastalar, kayıtları incelenerek, retrospektif olarak SANS, SAPS ve PANSS ölçekleri ile pozitif ve negatif belirtiler açısından değerlendirilmiştir. Yazarlar, çocukluk çağı ihmali ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ile şizofreninin pozitif ve negatif belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemişler ve çocukluk çağı ihmalinin şizofreninin negatif belirtileri ile çocukluk çağı kötüye kullanımının pozitif belirtileri ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (Gallagher ve Jones, 2013).



Yüz yirmi sekiz ilk epizod ve 571 kronik şizofreni hastasını sosyodemografik özellikler, klinik belirtiler ve çocukluk çağı travma öyküsü açısından karşılaştıran bir çalışmada, belirtiler PANSS ile, travma varlığı CTQ kısa versiyonu ile değerlendirilmiştir. İlk epizod hastalarda çocukluk çağı travma öyküsünün varsanılarla ilişkili olduğu bulunmuştur, ancak kronik şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsü ile varsanı ve sanrılar arasında ilişki bulunmamıştır (Wang ve ark., 2013).

Yapılan altı çalışmanın beşinde çocukluk çağı travma öyküsü ile şizofreni hastalığının kliniği arasında ilişki bulunmuş, bir çalışmada ise ilk epizod hastalarda ilişki bulunurken, kronik şizofreni hastalarında ilişki bulunmamıştır. Çocukluk çağı travma öyküsünün tespiti için altı çalışmanın birinde geriye dönük kayıtlar incelenmiş, üçünde travma öyküsü ölçeklerle değerlendirilmiştir. Bir çalışmada hem CTQ uygulanmış, hem çocukluk çağı kötüye kullanım soru listesi üzerinden klinik görüşme yapılmıştır, ancak bu çalışma sadece ilk epizod şizofreni hastalarını kapsamaktadır. Çalışmalardan sadece birinde ayrıntılı yapılandırılmış klinik görüşme ile travma varlığı ve şiddeti araştırılmıştır.

### 3.AMAÇ

Çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile şizofreni hastalığının klinik görünümü arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların sadece birinde ayrıntılı klinik görüşme ile travmanın varlığı ve şiddeti sorgulanmıştır. Bu nedenle literatürde, ciddi travmanın şizofreni hastalığı üzerindeki etkisi ile ilgili yeterli veriye rastlanmamıştır.

Çalışmamızın amaçları:

1. Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travması ile hastalığın seyri ve özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemek,
2. Şizofreni hastalarında ciddi çocukluk çağı travması ile şizofreni hastalığının belirti kümeleri arasında ilişki olup olmadığını incelemek,
3. Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travması ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Hipotezler:

1. Çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda hastalığın seyri daha kötüdür.
2. Ciddi çocukluk çağında travmaya maruz kalma şizofreni hastalarında farklı bir klinik görünüme yol açar.
- 3.Çocukluk çağı travma öyküsü olan şizofreni hastalarının yaşam kalitesinde bozulma daha fazladır.

## 4.YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu çalışmanın örneklemini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı psikoz polikliniği tarafından takip edilen, çalışma kriterlerini karşılayan hastalardan oluşmaktadır. Yüz şizofreni tanılı hasta alınması hedeflenmiş ve 100 hasta tamamlanınca çalışmaya hasta alımı sonlandırılmıştır. Araştırma projesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

### **4.1. Uygulama ve yöntem**

#### **4.1.1. Hasta grubu seçimi**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi psikoz polikliniğine muayene için gelen hastalar ardışık olarak çalışmaya alınmıştır. Yüz hasta hedefine altı ayda ulaşılmıştır. Şizofreni hastaları polikliniğe 4-8 hafta aralıklarla kontrole çağırılmaktadır. Dolayısıyla düzenli takibe gelen tüm şizofreni hastaları dahil edilme ve dışlanma kriterleri açısından değerlendirilmiştir.

#### **Hasta grubunun araştırmaya dahil edilme kriterleri**

- DSM-IV-TR Psikiyatrik Tanı Kılavuzu'na göre şizofreni tanısı alma
- 18-60 yaş arası olma
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- Okuduğunu anlayabilecek düzeyde okuma yazma bilme
- Son 3 aydır aynı antipsikotikle tedavi edilme

#### **Hasta grubunun dışlanma kriterleri**

- Kafa travmasına bağlı bilinç kaybı ve diğer nörolojik bozukluklara sahip olma
- Kooperasyonu engelleyecek düzeyde yapısal düşünce bozukluğuna sahip olma
- Çalışmada kullanılacak ölçekleri anlayacak ve doldurabilecek zeka düzeyine sahip olmama
- Çalışmaya katılmak istememe

#### **Prosedür**

1-Psikoz polikliniğine gelen hastalar çalışmaya alınma ve dışlama kriterleri açısından değerlendirilmiştir.

2-Çalışma anlatılmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

3-Hasta ile ayrıntılı klinik görüşme yapılarak çocukluk çağı travması varlığı, şiddeti ve şizofreni hastalığının klinik görünümü değerlendirilmiştir.

Çocukluk çağı travma varlığı ve şiddeti; çocukluk çağı kötüye kullanımı soru listesindeki FKK ve CKK ile ilişkili sorulardan da faydalanarak yarı yapılandırılmış görüşme

ile değerlendirilmiştir. FKK, CKK ve ensest için Brown ve Anderson'un tanımları esas alınmıştır (Brown ve Anderson, 1991). Buna göre FKK, “bir kişinin 18 yaşından önce, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya uğramasıdır; kişi bunu kardeş rekabeti gibi bir aile içi çatışma olarak algılamış olmamalıdır ve fiziksel temas içermeyen arkadaş kavgaları bu tanıma girmemektedir” olarak tanımlanmaktadır. CKK, “bir kişinin, 18 yaşından önce, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az 2 yaş büyük bir aile bireyiyle okşamadan cinsel ilişkiye kadar değişen herhangi bir derecede cinsel yakınlığa girmesi” olarak tanımlanmaktadır. FKK ve CKK varlığı değerlendirildikten sonra, travma öyküsü olan hastalardan yaşadığı travma olayını anlatması istenmiş ve travma şiddeti Schenkel ve arkadaşlarının tanımlamaları esas alınarak aşağıda belirtildiği üzere sınıflandırılmıştır (Schenkel ve ark., 2005).

### **FKK**

-Hafif FKK: Fiziksel yaralanmanın spesifik bir tipinin bildirilmediği ama FKK'nın bildirildiği durumlar

-Orta FKK: Fiziksel hasarın bazı türlerinin (yara, kesi gibi) olduğu, ancak bu yaralanmanın medikal bakım gerektirmediği durumlar

-Ağır FKK: Kemik kırıkları, yanmalar, laserasyonlar ve kamçılanma gibi çoğu medikal bakımla sonuçlanan daha ciddi durumlar

### **CKK**

-Hafif CKK: Hafif dokunma, öpme veya kıyafetlerinin üzerinden okşama gibi durumlar

-Orta CKK: Daha şiddetli fiziksel temas, kıyafetlerinin altından okşama, mahrem bölgelerden öpme, ve erişkinin seksüel doyumunu için çocuğu pornografiye maruz bırakma gibi durumlar

-Ağır CKK: Oral seks, cinsel ilişki, anal seks ve ensest

Örnekleme sosyodemografik özellikler ve hastalık özellikleri açısından karşılaştırılmak üzere öncelikle 2 gruba ayrılmıştır;

**Çocukluk çağı travma öyküsü olan grup (travma var):** Hafif FKK, orta FKK, ağır FKK, hafif CKK, orta CKK, ağır CKK olmak üzere herhangi bir travma yaşadığını bildiren hastalar

**Çocukluk çağı travma öyküsü olmayan grup (travma yok):** FKK ve CKK öyküsü olmayan hastalar

Daha sonra travmanın şizofreni hastalığının klinik görünümü ile ilişkisi incelenmiştir. Farklı şiddette ve farklı türde travmaya maruz kalma öyküsü olan hastaları; pozitif belirtiler, negatif belirtiler, bazı davranış özellikleri, antidepresan kullanımı ve major depresif bozukluk öyküsü açısından ayrı ayrı karşılaştırmak istatistiksel açıdan grup sayıları nedeniyle uygun olmadığından grup birleştirme yoluna gidilmiştir. Schenkel ve arkadaşlarının (2005)

makalesinde kullandığı üç farklı şiddette travma bulunmaktadır. Hem hafif FKK'da hem hafif CKK'da yaralanma ya da aşikar zorlama söz konusu değildir ancak orta FKK ve ağır FKK ile orta CKK ve ağır CKK'da zorlama ve/veya yaralanma söz konusudur. Olası bellek hatalarının önüne geçmek, ağır travmanın klinik üzerine etkisini ortaya çıkarmak ve olgu sayısı kısıtlılığı nedeniyle, hafif FKK ve hafif CKK bildiren hastalar dışlanarak orta/ağır FKK/CKK bildiren hastalar "ciddi travma var" adı altında tek bir grup olarak değerlendirilmiştir. Buna göre örneklem aşağıda belirtildiği şekilde iki gruba ayrılmıştır;

**Ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olan grup (ciddi travma var):** Orta FKK, şiddetli FKK, orta CKK ve şiddetli CKK bildiren hastalar

**Ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olmayan grup (ciddi travma yok):** FKK ve CKK öyküsü olmayan hastalar

Klinik görünüm için; pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve duygudurum belirtileri değerlendirilmiştir.

-Pozitif belirtiler, Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği'ndeki varsanılar, sanrılar ve garip davranış başlığı altındaki belirtilerin hastalık süresince olup olmadığı sorgulanarak değerlendirilmiştir.

-Negatif belirtiler için eksiklik sendromu tanı kriterleri sorgulanmış ve her bir kriterin ve eksiklik sendromunun olup olmadığı belirlenmiştir (Carpenter ve ark., 1988).

-Duygudurum belirtileri değerlendirmesi için geçmişte ve/veya halen antidepresan kullanımı ve geçmişe yönelik DSM-IV Major Depresif Bozukluk tanı kriterleri sorgulanmıştır.

4- Hastanın sosyodemografik bilgileri görüşmeci tarafından araştırma için hazırlanan sosyodemografik ve klinik bilgi formuna doldurulmuştur.

5- Çalışmaya alınan hastalara

-Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği,

-Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa formu Türkçe Versiyonu

-Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) uygulanmıştır.

## **4.2. Çalışmada kullanılan ölçekler**

### **4.2.1. Sosyodemografik ve klinik bilgi formu:**

Araştırmacı tarafından hazırlanmış formda hastanın sosyodemografik bilgileri, şizofreni hastalık öyküsü (hastalık başlangıç yaşı, hastalık başlangıç şekli, ilk tedavi başlanana kadar geçen süre, tedavisiz geçen süre, hastaneye yatış sayısı/hastalık süresi, epizod sayısı/hastalık süresi, DSM-IV'e göre hastalık seyri, şu anda ya da geçmişte esrar kullanımı,

intihar girişimi, kendine zarar verme davranışı, şiddet içeren davranış öyküsü), ailesinde şizofreni öyküsü olup olmadığı sorgulanmıştır (Ek-1).

#### **4.2.2. Pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS):**

Şizofrenide veya diğer psikotik bozukluğu olan kişilerde pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek için kullanılmaktadır. Ölçek Kay ve arkadaşları (1987) tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olarak geliştirilmiştir. Toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Maddelerin yedi tanesi pozitif belirtileri, yedi tanesi negatif belirtileri, 16 tanesi ise genel psikopatoloji belirtilerini ölçmektedir. Her maddenin tanımladığı belirtinin şiddeti 1-7 puanlık skalada işaretlenir. Toplam puan her maddenin puanlarının toplanmasıyla hesaplanır. Pozitif ve negatif sendrom alt ölçekleri için puan aralığı 7-49, genel psikopatoloji alt ölçeği için ise 16-112'dir. Toplam puan 30-210 arasında değişmektedir. Bu ölçeğin Türkçe'ye çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

#### **4.2.3. Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği kısa formu Türkçe versiyonu (WHOQOL-BREF-TR):**

Dünya sağlık örgütü tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır. Yüz sorudan oluşan dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe versiyonunda ayrı bir sosyal baskı alanını oluşturan üç ek soru vardır. Orijinal WHOQOL-BREF 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçek fiziksel (yedi madde), psikolojik (altı madde), sosyal (üç madde), çevre (sekiz madde) alanlarını içermektedir. Ayrıca yaşam kalitesi ve genel sağlık maddelerinden oluşan iki genel maddeyi de içermektedir. Türkçe versiyonu uzun formundaki ulusal soru olan 102. soru çevre alanına eklenerek kültürel çevre alanı oluşturulmuştur. Böylece WHOQOL-BREF-TR beş alan, 27 sorudan oluşmaktadır. Hastalık ile fiziksel etkinlik, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu, hastalığın kişi tarafından nasıl algılandığını ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin hastanın yorumunu içermektedir. Fiziksel alanda günlük işleri yürütebilme, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik alan olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüm, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal alan ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre alanında ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fiziki çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır. Türkçe versiyonunda yer alan kültürel

çevre alanında, çevre alanındaki sorulara ek olarak bir tane sosyal baskı ile ilgili soru bulunmaktadır. Her bir alana ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

#### **4.2.4. Calgary Sizofrenide Depresyon Ölçeği**

Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek (Addington ve ark., 1993; Addington ve ark., 1994), sizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastalarda depresif belirtilerin düzeyinin ve şiddet değişiminin ölçülmesi amacıyla kullanılır. Ölçek, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir ve dörtlü Likert tipinde değerlendirilen dokuz maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler, depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıyım ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. Her madde 0-3 puan arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanmasından elde edilir. Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı ise 27'dir. Bu ölçeğin Türkçe'de güvenilirlik ve geçerlik çalışması ise Aydemir ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır.

#### **4.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28):**

Çocukluk çağındaki DKK, FKK, CKK, Fİ ve Dİ'i değerlendiren 28 soruluk öz bildirim ölçeğidir (Bernstein ve ark., 1994). Her çocukluk çağı travması tipi için olası puanlar 5 ile 25 arasında değişir. Toplam puan ise 25 ile 125 arasında değişir. Ayrıca travmanın minimize edilmesinin değerlendirildiği üç soru bulunmaktadır. Kişinin bu sorulardan kaç tanesine beş puan verdiği hesaplanarak elde edilen travmanın minimize edilme puanı, kişinin inkar düzeyini göstermektedir. Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek Türkiye'de konversiyon bozukluklarında (Sar ve ark., 2004), sınırda kişilik bozukluklarında (Sar ve ark., 2006), dissosiyatif bozukluklarda (Öztürk ve Sar, 2008) ve sizofrenide (Üçok ve Bıkmaz, 2007; Sar ve ark., 2010) kullanılmıştır.

#### **4.3. Ölçme, değerlendirme, istatistiksel analiz yöntemleri:**

Çalışma gruplarından elde edilen veriler "SPSS for Windows 20,0" istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçümle elde edilen veriler ortalama±standart sapma olarak, sayımla elde edilen veriler yüzde olarak ifade edilmiştir. "Travma var" ve "travma yok" grupları arasında yaş, eğitim süresi, hastalık başlangıç yaşı, ilk tedavi başlanana kadar geçen süre, tedavisiz geçen süre, hastaneye yatış sayısı/hastalık süresi, epizod sayısı/hastalık

süresi gibi sayısal verilerin karşılaştırılmasında Student-t testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi ve gerektiğinde Fisher Kesin Ki-kare kullanılmıştır. Çocukluk çağı travma ölçeği alt ölçekleri ve toplam puanı ile pozitif ve negatif sendrom alt ölçekleri, yaşam kalitesi alt ölçekleri, Calgary şizofrenide depresyon ölçeği arasındaki ilişki, Pearson korelasyon yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Korelasyon katsayısının gücü ile ilgili olarak aşağıdaki değerler kullanılmıştır (Hinkle ve ark., 1998):

0.30-0.49: Düşük derecede ilişki

0,50-0,69: Orta derecede ilişki

0,70-0,89: Yüksek derecede ilişki

0,90-1,00: Çok yüksek derecede ilişki

Tüm analizlerde 'p' değerinin, 0,05 ten küçük olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



## 5. BULGULAR

### 5.1. Sosyodemografik Veriler

Çocukluk çağı travma öyküsü olan ve olmayan hasta grubu arasında karşılaştırılan sosyodemografik veriler açısından anlamlı fark saptanmadı. Tüm grubun yaş ortalaması  $32,93 \pm 8,71$ 'di. Çocukluk çağı travma öyküsü olan hastaların dördü öğrenci, 15'i bir işte çalışıyor, 25'i herhangi bir işte çalışmıyor, üçü malulen emekli idi. Çocukluk çağı travma öyküsü olmayan hastaların sekizi öğrenci, 14'ü bir işte çalışıyor, 27'si herhangi bir işte çalışmıyor, biri emekli, üçü malulen emekli idi. Çocukluk çağı travma öyküsü olan ve olmayan hasta grubunun sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması Tablo-I'de verilmiştir.

**Tablo-I: Travma Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması**

		Travma var (n=47)	Travma yok (n=53)	Analiz	P
Cinsiyet	Kadın n (%)	25 (%53.2)	23 (%43.4)	$X^2=0,605$	0,437
	Erkek n (%)	22 (%46.8)	30 (%56.6)		
Yaş (Yıl)	Ort. $\pm$ SS	$32,70 \pm 8,05$	$33,13 \pm 9,33$	$t=-0,245$	0,807
Eğitim Süresi (Yıl)	Ort. $\pm$ SS	$11,32 \pm 3,03$	$10,23 \pm 3,80$	$t=1,577$	0,118
Medeni Durum	Evli	11 (%23.4)	19 (%35.8)	$X^2=1,292$	0,256
	Evli Değil	36 (%76.6)	34 (%64.2)		
Çalışma Durumu	Çalışıyor, öğrenci,emekli	19 (%40,4)	23 (%43,4)	$X^2=0,009$	0,922
	Çalışmıyor, malulen emekli	28 (%59,6)	30 (%56,6)		
Ailede Şizofreni Hastalığı Öyküsü	Var	6 (%12,8)	14 (%26,4)	$X^2=2,110$	0,146
	Yok	41 (%87,2)	39 (%73,6)		

## **5.2. Hastalık Özellikleri**

Tedavi başlanana kadar geçen süre; hastaların pozitif belirtilerinin ilk başladığı zamandan ilaç tedavisi başlanana kadar geçen sürenin ay olarak hesaplanması ile elde edildi. Tedavisiz geçen süre; hastalara ilaç tedavisi başladıktan sonra, çalışmaya alındıkları süreye kadar antipsikotik ilaç kullanmadıkları sürelerin ay olarak hesaplanıp toplanması ile elde edildi.

Hastalar madde kullanımını açısından sorgulandı. Yüz hastanın altısında esrar kullanımını olduğu tespit edildi. Yapılan görüşmede hastalarda esrar dışında herhangi bir madde kullanımının olmadığı öğrenildi.

İki hastanın hastalık süresi bir yıldan kısa olduğu için hastalık seyri açısından değerlendirme dışında tutuldu ve hastalık seyri karşılaştırması 98 hasta üzerinden yapıldı. Hastalık seyri açısından değerlendirilen 98 hastadan çocukluk çağında travma öyküsü olanların; ikisinin geçirilmiş tek epizod tam remisyonda, altısının epizodlar arası rezidüel belirti olmaksızın epizodik, 35'inin epizodlar arası rezidüel belirtiler gösteren epizodik, dördünün sürekli hastalık seyrine sahip olduğu; çocukluk çağı travması öyküsü olmayan hastaların, altısının geçirilmiş tek epizod tam remisyonda, 18'inin epizodlar arası rezidüel belirti olmaksızın epizodik, 23'ünün epizodlar arası rezidüel belirtiler gösteren epizodik, dördünün sürekli hastalık seyrine sahip olduğu tespit edildi. Hastalık seyri değerlendirmelerini gruplar arasında ayrı ayrı yapmak, grup sayıları nedeniyle istatistiksel açıdan uygun olmadığından grup birleştirme yoluna gidildi ve hastalar rezidüel belirtisi olan ve rezidüel belirtisi olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Rezidüel belirtisi olan hasta grubuna; epizodlar arası rezidüel belirtiler gösteren epizodik seyirli hastalar ve sürekli hastalık seyri gösteren hastalar alındı. Rezidüel belirti olmayan hasta grubuna; tek epizod geçirmiş tam remisyonda olan hastalar ve epizodlar arası rezidüel belirti olmaksızın epizodik hastalık seyri gösteren hastalar alındı.

Çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda, travma öyküsü olmayanlara göre; hastalığın daha erken yaşta başladığı, remisyon dönemlerinde daha fazla rezidüel belirti olduğu ve daha fazla kendine zarar verme davranışı öyküsü olduğu saptandı. Değerlendirilen diğer klinik özellikler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalar ile çocukluk çağı travma öyküsü olmayan hastaların hastalık özellikleri açısından karşılaştırılması Tablo-II'de verilmiştir.

**Tablo-II: Travma Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Hastalık Özellikleri Açısından Karşılaştırılması**

		Travma var (n=47)	Travma yok (n=53)	Analiz X <sup>2</sup> /t	P
Hastalık Başlangıç Yaşı (Yıl)	Ort. ± SS	21,70±5,20	24,66±7,03	t=-2,409	<b>0,018</b>
İlk Tedavi Başlanana Kadar Geçen Süre (ay)	Ort. ± SS	10,09±18,74	7,51±33,79	t=0,463	0,644
Tedavisiz geçen süre (ay)	Ort. ± SS	5,74±12,32	3,09±9,18	t=1,228	0,222
Hastaneye yatış sayısı/hastalık süresi(yıl)	Ort. ± SS	0,48±0,40	0,42±0,61	t=0,615	0,540
Epizod sayısı/hastalık süresi(yıl)	Ort. ± SS	0,74±0,54	0,56±0,51	t=1,757	0,082
Hastalık başlangıcı	Akut	27 (%57,4)	20 (%37,7)	X <sup>2</sup> =3,134	0,077
	Sinsi	20 (%42,6)	33 (%62,3)		
Hastalık seyri	Rezidüel belirtisi olmayan	8 (%17)	24 (%47,1)	X <sup>2</sup> =8,716	<b>0,003</b>
	Rezidüel belirtisi olan	39 (%83)	27 (%52,9)		
Şu anda ya da geçmişte esrar kullanımı	Var	4 (%8,5)	2 (%3,8)		0,416*
	Yok	43 (%91,5)	51 (%96,2)		
İntihar girişimi	Var	17 (%36,2)	13 (%24,5)	X <sup>2</sup> =1,101	0,294
	Yok	30 (%63,8)	40 (%75,5)		
Kendine zarar verme davranışı	Var	14 (%29,8)	3 (%5,7)	X <sup>2</sup> =8,638	<b>0,003</b>
	Yok	33 (%70,2)	50 (%94,3)		
Şiddet davranışı	Var	18 (%38,3)	12 (%22,6)	X <sup>2</sup> =2,210	0,137
	Yok	29 (%61,7)	41 (%77,4)		

\*: Fisher Kesin Ki-kare kullanılmıştır.

### **5.3. Hastaların Kötüye Kullanım Özelliklerine Göre Grupları**

Hastaların 28'i(%28) çocukluk çağında FKK'a maruz kaldıklarını bildirdi ve cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmadı. Çocukluk çağında FKK'a maruz kaldığını bildiren 28 hastayla yapılan görüşmede; sınıflandırmamıza göre, hastaların yaşadığı travmaların sekizinin hafif FKK, 16'sının orta FKK, dörtünün şiddetli FKK olduğu tespit edildi.

Hastaların 24'ü(%24) çocukluk çağında CKK'a maruz kaldıklarını bildirdi ve cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmadı. Çocukluk çağında CKK'a maruz kaldığını bildiren 24 hastayla yapılan görüşmede; sınıflandırmamıza göre, hastaların yaşadığı travmaların yedisinin hafif CKK, altısının orta CKK, 11'inin şiddetli CKK olduğu tespit edildi. (Tablo III)

**Tablo-III: Örneklemin çocukluk çağında fiziksel ve cinsel kötüye kullanım özellikleri**

	Kadın (n=48)	Erkek (n=52)	Analiz	P
FKK yok	35 (%72,9)	37 (%71,2)	X <sup>2</sup> =0,000	1,000
FKK var	13 (%27,1)	15 (%28,8)		
Hafif	6 (%12,5)	2 (%3,8)		
Orta	5 (%10,4)	11 (%21,2)		
Ağır	2 (4,2)	2 (%3,8)		
CKK yok	33 (%68,8)	43 (%82,7)	X <sup>2</sup> =1,951	p=0,163
CKK var	15 (%31,2)	9 (%17,3)		
Hafif	5 (%10,4)	2 (%3,8)		
Orta	5 (%10,4)	1 (%1,9)		
Ağır	5 (%10,4)	6 (%11,5)		

## **5.4. Travma Şiddeti ve Klinik İlişkisi**

### **5.4.1. Pozitif Belirtiler:**

Ciddi travma öyküsü olanlarda, olmayanlara göre; işitsel varsanı, yorum yapan sesler ve görsel varsanların daha yüksek oranda görüldüğü saptandı (Tablo IV). Ciddi travma öyküsü olanlarda, olmayanlara göre; suçluluk ya da günahkarlık sanrıları, büyüklük sanrıları, dinsel sanrılar, kontrol edilme sanrıları, düşünce okunması, düşünce sokulması ve düşünce çekilmesi sanrılarının daha yüksek oranda görüldüğü saptandı (Tablo V). Hasta grupları arasında Tablo VI'da belirtilen davranış özellikleri açısından farklılık saptanmadı.

**Tablo-IV: Ciddi Travma Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Varsanı Özellikleri Açısından Karşılaştırılması**

		Ciddi travma var (n=34)	Ciddi travma yok (n=53)	Analiz	P
İşitsel varsanılar	Var	31 (%91,2)	32 (%60,4)	$X^2=8,354$	<b>0,004</b>
	Yok	3 (%8,8)	21 (%39,6)		
Yorum yapan sesler	Var	23 (%67,6)	10 (%18,9)	$X^2=18,913$	<b>0,000</b>
	Yok	11 (%32,4)	43 (%81,1)		
Aralarında konuşan sesler	Var	11 (%32,4)	8 (%15,1)	$X^2=2,674$	0,102
	Yok	23 (%67,6)	45 (%84,9)		
Somatik ve dokunsal varsanılar	Var	8 (%23,5)	5 (%9,4)	$X^2=2,224$	0,136
	Yok	26 (%76,5)	48 (%90,6)		
Koku varsanıları	Var	10 (%29,4)	6 (%11,3)	$X^2=3,392$	0,066
	Yok	24 (%70,6)	47(%88,7)		
Görsel varsanılar	Var	23 (%67,6)	13 (%24,5)	$X^2=14,148$	<b>0,000</b>
	Yok	11 (%32,4)	40 (%75,5)		

**Tablo-V: Ciddi Travma Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Sanrı Özellikleri Açısından Karşılaştırılması**

		Ciddi travma var (n=34)	Ciddi travma yok (n=53)	Analiz	P
Kötülük görme sanrıları	Var	32 (%94,1)	46 (%86,8)		0,473
	Yok	2 (%5,9)	7 (%13,2)		
Kıskançlık sanrıları	Var	7 (%20,6)	4 (%7,5)		0,101
	Yok	27 (%79,4)	49 (%92,5)		
Suçluluk ya da günahkarlık sanrıları	Var	14 (%41,2)	5 (%9,4)	X <sup>2</sup> =10,437	<b>0,001</b>
	Yok	20 (%58,8)	48 (%90,6)		
Büyüklik sanrıları	Var	16 (%47,1)	7 (%13,2)	X <sup>2</sup> =10,526	<b>0,001</b>
	Yok	18 (%52,9)	46 (%86,8)		
Dinsel sanrılar	Var	10 (%29,4)	3 (%5,7)	X <sup>2</sup> =7,420	<b>0,006</b>
	Yok	24 (%70,6)	50 (%94,3)		
Somatik sanrılar	Var	5 (%14,7)	2 (%3,8)		0,105
	Yok	29 (%85,3)	51 (%96,2)		
Referans sanrıları	Var	33 (%97,1)	46 (%86,8)		0,142
	Yok	1 (%2,9)	7 (%13,2)		
Kontrol edilme sanrıları	Var	20 (%58,8)	7 (%13,2)	X <sup>2</sup> =18,062	<b>0,000</b>
	Yok	14 (%41,2)	46 (%86,8)		
Düşünce okunması sanrıları	Var	24 (%70,6)	17 (%32,1)	X <sup>2</sup> =10,832	<b>0,001</b>
	Yok	10 (%29,4)	36 (%67,9)		
Düşünce yayınlanması	Var	17 (%50,0)	15 (%28,3)	X <sup>2</sup> =3,313	0,069
	Yok	17 (%50,0)	38 (%71,7)		
Düşünce sokulması	Var	15 (%44,1)	5 (%9,4)	X <sup>2</sup> =12,183	<b>0,000</b>
	Yok	19 (%55,9)	48 (%90,6)		
Düşünce çekilmesi	Var	12 (%35,3)	2 (%3,8)	X <sup>2</sup> =12,996	<b>0,000</b>
	Yok	22 (%64,7)	51 (%96,2)		

**Tablo-VI: Ciddi Travma Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Bazı Davranış Özellikleri Açısından Karşılaştırılması**

		Ciddi travma var (n=34)	Ciddi travma yok (n=53)	Analiz	P
Giyim ve görünümde gariplik	Var	1 (%2,9)	0 (%0)		0,391
	Yok	33 (%97,1)	53 (%100)		
Toplumsal ve cinsel davranış	Var	2 (%5,9)	1 (%1,9)		0,558
	Yok	32 (%94,1)	52 (%98,1)		
Saldırgan ve taşkın davranış	Var	12 (%35,3)	11 (%20,8)	X <sup>2</sup> =1,566	0,211
	Yok	22 (%64,7)	42 (%79,2)		
Yineleyici yada stereotipik davranış	Var	4 (%11,8)	4 (%7,5)		0,706
	Yok	30 (%88,2)	49 (%92,5)		

#### **5.4.2 Negatif Belirtiler, Major Depresif Bozukluk ve Antidepresan Kullanımı Öyküsü:**

Ciddi travma öyküsü olanlarda, olmayanlara göre; negatif belirtilerden kısıtlı duygulanımın, duygusal alanda daralmanın ve eksiklik sendromunun daha düşük oranda görüldüğü tespit edilmiştir. Ciddi travma öyküsü olanlarda major depresif bozukluk ve antidepresan kullanımı öyküsünün daha fazla olduğu saptanmıştır. Tablo VII’de belirtilen diğer negatif belirtiler açısından hasta grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

**Tablo-VII: Ciddi Travma Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Negatif Belirtiler, Depresif Bozukluk ve Antidepresan Kullanımı Öyküsü Açısından Karşılaştırılması**

		Ciddi travma var (n=34)	Ciddi travma yok (n=53)	Analiz	P
Kısıtlı duygulanım	Var	20 (%58,8)	43 (%81,1)	$X^2=4,104$	<b>0,043</b>
	Yok	14 (%41,2)	10 (%18,9)		
Duygusal alanda daralma	Var	16 (%47,1)	39 (%73,6)	$X^2=5,179$	<b>0,023</b>
	Yok	18 (%52,9)	14 (%26,4)		
Konuşmada yoksullaşma	Var	18 (%52,9)	39 (%73,6)	$X^2=3,047$	0,081
	Yok	16 (%47,1)	14 (%26,4)		
İlgi alanlarının azalması	Var	19 (%55,9)	35 (%66)	$X^2=0,527$	0,468
	Yok	15 (%44,1)	18 (%34)		
Amaçların ve isteklerin azalması	Var	17 (%50,0)	31 (%58,5)	$X^2=0,309$	0,578
	Yok	17 (%50,0)	22 (%41,5)		
Sosyal güdünün azalması	Var	18 (%52,9)	36 (%67,9)	$X^2=1,390$	0,238
	Yok	16 (%47,1)	17 (%32,1)		
Eksiklik sendromu	Var	10 (%29,4)	31 (%58,5)	$X^2=5,910$	<b>0,015</b>
	Yok	24 (%70,6)	22 (%41,5)		
Major depresif bozukluk öyküsü	Var	29 (85,3)	19 (35,8)	$X^2=18,524$	<b>0,000</b>
	Yok	5 (14,7)	34 (64,2)		
Antidepresan kullanımı öyküsü	Var	29 (%85,3)	21 (%39,6)	$X^2=15,857$	<b>0,000</b>
	Yok	5 (%14,7)	32 (%60,4)		



### **5.5. CTQ-28 Ölçeği ile PANSS, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi**

Tablo VIII’de CTQ-28 alt ölçekleri ve toplam puanı ile PANSS alt ölçekleri, yaşam kalitesi alt ölçekleri, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği arasındaki korelasyon incelenmiştir. PANSS pozitif belirtiler ve genel psikopatoloji alt ölçekleri ile CTQ-28 CKK alt ölçeği arasındaki korelasyonun anlamlı olduğu ve bu ilişkinin düşük derecede olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık alanı ile CTQ-28 DKK, Fİ alt ölçekleri ve CTQ-28 toplam puanı arasında negatif korelasyon olduğu ve bu korelasyonun düşük derecede olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesi ölçeği psikolojik sağlık alanı ile CTQ-28 FKK, DKK alt ölçekleri ve CTQ-28 toplam puanı arasında negatif korelasyon olup, düşük derecede ilişki olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alanı ile CTQ-28 DKK alt ölçeği ve CTQ toplam puanı arasında negatif korelasyon olduğu ve bu korelasyonun düşük derecede olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesi ölçeği çevre alanı ile CTQ-28 FKK, DKK, Fİ, Dİ ve CTQ-28 toplam puanı arasında negatif korelasyon olduğu görülmüş olup, CTQ-28 FKK, DKK, Dİ alt ölçekleriyle düşük, CTQ-28 Fİ alt ölçeği ve CTQ-28 toplam puanıyla orta derecede ilişki olduğu bulunmuştur. Calgary şizofrenide depresyon ölçeği ile CTQ-28 DKK ve CKK alt ölçekleri arasındaki korelasyon anlamlı olup, düşük derecede ilişki olduğu görülmüştür.

**Tablo-VIII: CTQ-28 Ölçeği ile PANSS, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi**

		CTQ FKK	CTQ DKK	CTQ CKK	CTQ Fİ	CTQ Dİ	CTQ Toplam
PANSS P	r	0,074	0,138	<b>0,365</b>	-0,159	-0,138	0,084
PANSS N	r	-0,015	0,034	-0,085	0,026	-0,003	-0,010
PANSS G	r	0,178	0,247	<b>0,475</b>	-0,042	-0,100	0,218
PANSS T	r	0,090	0,169	0,302	-0,079	-0,100	0,113
WHOQOL Fiz.	r	-0,248	<b>-0,338</b>	-0,221	<b>-0,309</b>	-0,183	<b>-,0360</b>
WHOQOL psik.	r	<b>-0,304</b>	<b>-0,375</b>	-0,286	-0,292	-0,168	<b>-0,394</b>
WHOQOL sos.	r	-0,216	<b>-0,391</b>	-0,292	-0,229	-0,210	<b>-0,379</b>
WHOQOL çevre-tr	r	<b>-0,335</b>	<b>-0,440</b>	-0,187	<b>-0,509</b>	<b>-0,380</b>	<b>-0,526</b>
Calgary ölçeği	r	0,156	<b>0,377</b>	<b>0,421</b>	0,011	-0,069	0,260

## 6. TARTIŞMA

Şizofreni etiyolojisinde hem genetik faktörlerin hem çevresel faktörlerin rolü olduğu bilinmektedir. Son yıllarda çevresel faktörlerden biri olan çocukluk çağı travma öyküsünün şizofreni etiyolojisindeki rolüne ilgi artmaktadır. Çocukluk çağı travma öyküsünün sadece etiyolojiden sorumlu olmadığı, şizofreni hastalığının seyri, hastaların yaşam kalitesi, işlevsellikleri ve hatta hastalığın kliniği üzerine de etkileri olduğu düşünüülerek bu konuda çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.

Bu çalışmada şizofreni hastalarında çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile hastalığın seyri, hastalık özellikleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve ciddi çocukluk çağı travmalarının şizofreni hastalığının klinik görünümü ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

### **6.1. Hastalık özellikleri**

Çalışmamızda çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda hastalığın daha erken yaşta başladığını saptadık. Yapılan çalışmalarda; çocukluk çağı kötüye kullanım öyküsü olan şizofreni hastalarında olmayanlara göre şizofreni tanısının ortalama 4.1 yıl daha erken konulduğu (Alvarez ve ark., 2011), ilk hastaneye yatış yaşının daha erken olduğu (Schenkel ve ark., 2005) tespit edilmiştir. Verilerimiz, şizofreni hastalarında çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın, hastalığın daha erken ortaya çıkmasına katkıda bulunduğu şeklindeki literatür bilgisiyle uyumludur.

Çalışmamızda, çocukluk çağı travma öyküsü olanlarla olmayanlar arasında yıla düşen hastaneye yatış sayısı açısından farklılık bulunmadı. Schenkel ve arkadaşları (2005), çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda, olmayanlara göre hastaneye yatış sayısının daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Schenkel ve arkadaşları birim zamana düşen yatış sayısını değil toplam yatış sayısını değerlendirmeye almıştır. Biz ise daha güvenli bilgi veren yıla düşen hastane yatış sayısını değerlendirdik.

Çalışmamızda, hastalığın seyrini DSM-IV'e göre sınıfladık. Çocukluk çağı travma öyküsü olan hastaların remisyon dönemlerinde daha fazla rezidüel belirti olduğunu saptadık. Literatürde şizofreni hastalığıyla çocukluk çağı travma ilişkisini araştıran çalışmalar içinde remisyon dönemlerinde rezidüel belirti varlığını veya yokluğunu değerlendiren çalışmaya rastlamadık. Çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda, hastalığın erken başlamasıyla beraber hastalığın remisyon dönemlerinde daha fazla rezidüel belirtiler olduğunun saptanması, çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın hastalığın seyri üzerine kötüleştirci etkisi olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda çocukluk çağı travma öyküsü olan 47 hastadan 17'sinde (%36,2), çocukluk çağı travma öyküsü olmayan 53 hastanın 13'ünde (%24,5) intihar girişimi öyküsü olduğu tespit edildi ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Roy (2005), intihar girişimi öyküsü olan 50 şizofreni hastası ile intihar girişimi öyküsü olmayan 50 şizofreni hastasını 34 maddeli CTQ skorları açısından karşılaştırmış; intihar girişimi öyküsü olanlarda, olmayanlara göre DKK, FKK, CKK, Dİ ve Fİ CTQ skorlarının daha yüksek olduğunu saptamış ve çocukluk çağı travma öyküsünün şizofreni hastalarında intihar girişimi açısından risk faktörü olabileceğini bildirmiştir. İlk epizod psikoz hastalarıyla yapılan bir çalışmada fiziksel ve/veya cinsel kötüye kullanım öyküsü olan hastalarda, olmayanlara göre daha yüksek oranda intihar girişimi öyküsü ve tedavi süresince daha fazla intihar girişimi olduğu tespit edilmiştir (Conus ve ark., 2010). Alvarez ve arkadaşları (2011), çocukluk çağı travma öyküsü olan şizofreni hastalarında olmayanlara göre daha yüksek oranda intihar girişimi olduğunu tespit etmişlerdir. Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travması ile intihar girişimi ilişkisini inceleyen çalışmalar değerlendirildiğinde; Roy (2005)'un çalışmasında şizofreni hastalarında intihar girişimi öyküsünün değil, intihar girişimi olan şizofreni hastalarında CTQ skorlarının karşılaştırıldığı görülmektedir. Conus ve arkadaşlarının (2010) çalışması ise ilk epizod psikoz hastalarıyla yapılmış olup, hastalık başlangıcı öncesi ve tedavi süresince intihar girişimi değerlendirmeye alınmıştır, ayrıca izlem sonrasında hastalar şizofreni tanısı dışında, bipolar bozukluk I, major depresif bozukluk gibi farklı tanılar da almıştır. Bu bağlamda, Alvarez ve arkadaşlarının (2011) çalışması şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsü varlığında intihar girişiminin daha fazla olduğunu gösteren tek çalışma gibi görünmektedir. Biz çalışmamızda şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsü olanlarla olmayanlar arasında intihar girişimi açısından anlamlı bir farklılık saptamadık. Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsü ile intihar girişimi ilişkisini araştıran daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda olmayanlara göre daha fazla kendine zarar verme öyküsü olduğu tespit edildi. Bu bulguya benzer şekilde, çocukluk çağı travma öyküsü ile kendine zarar verme davranışı arasında ilişki olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur (Zoroğlu ve ark., 2001; Glassman ve ark., 2007; Isohookana ve ark., 2013). Artmış dissosiyasyon düzeyleriyle kendine zarar verme davranışının çok yüksek oranda birliktelik gösterdiği ve dissosiyasyonun kendine zarar verme davranışı üzerindeki olası rolü bilinmektedir (Zoroğlu ve ark., 2001). Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsü ile dissosiyatif belirtiler arasında ilişki olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır (Holowka ve ark., 2003; Schafer ve ark., 2006; Sar ve ark., 2010; Schafer ve ark., 2012).

Çalışmamızda dissosiyatif belirtiler değerlendirilmemiştir ancak bu veriler ışığında çocukluk çağı travma öyküsü olan şizofreni hastalarında, kendine zarar verme davranışının daha yüksek oranda olması, çalışmalarda çocukluk çağı travma öyküsü olan şizofreni hastalarında daha yüksek oranda görüldüğü saptanan dissosiyatif belirtilerle ilişkili olabilir.

## **6.2. Klinik özellikler**

### **6.2.1. Pozitif Belirtiler**

Çalışmamızda ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olan şizofreni hastalarında olmayanlara göre; işitsel varsanı, yorum yapan sesler ve görsel varsanların daha yüksek oranda görüldüğü saptandı. Benzer şekilde çocukluk çağı travması ile varsanlar arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Read ve Argyle, 1999; Read ve ark., 2003; Lysaker ve ark., 2005; Üçok ve Bıkmaz, 2007; Wang ve ark., 2013).

Read ve Argyle (1999), hastanede yatmış 100 hastanın kayıtlarını inceleyerek, CKK ve FKK öyküsü olan 22 hasta belirlemiş ve çocukluk çağı CKK ve FKK ile varsanlar, sanrılar ve düşünce bozukluğu arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. 22 hastadan 17'sinin bu belirtilerden en az birini yaşadığını, CKK öyküsü olanlarda, özellikle de ensest öyküsü bildirenlerde varsanların, düşünce bozukluğuna oranla daha fazla görüldüğünü tespit etmişlerdir. Ensest öyküsü olanların, aile dışı CKK öyküsü olanlara göre daha fazla sayıda belirti gösterdiğini saptamışlar, ensestle özellikle varsanların ilişkisini ortaya koymuşlardır. 22 hastadan 11'inin işitsel varsanı belirtisi yaşadığı ve bunların özellikle komut varsanları olduğunu tespit etmişlerdir. Başka bir çalışmada Read ve arkadaşları (2003), hasta kayıtlarını inceleyerek, yaşamının herhangi bir döneminde CKK veya FKK yaşadığı belirlenen 92 kişiyi, istismar öyküsü olmayan 108 kişiyle karşılaştırmışlardır. Yaşamının herhangi bir döneminde CKK veya FKK yaşadığı belirlenen 92 kişiden, 60'ında çocukluk çağında travma öyküsü olduğunu belirlemişler, çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda, yaşamının herhangi bir döneminde istismar öyküsü olmayanlara göre varsanların daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Genel popülasyonda yapılan bir çalışmada 4045 kişi çocukluk çağı travmaları açısından değerlendirilmiş ve iki yıl sonra Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirildiklerinde 16 yaşından önce kötüye kullanıma maruz kaldığını bildirilenlerde varsanların görülme oranı %1.7 iken, kötüye kullanım yaşantısı bildirmeyenlerde %0.4 olarak bulunmuştur (p=0.005) (Janssen ve ark., 2004). Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastalarıyla yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda olmayanlara göre varsanı belirtisinin daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır (Lysaker ve ark., 2005). İlk epizod şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada DKK'nın varlığı ve şiddetinin ve Fİ'in

varlığının, varsanların şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Üçok ve Bıkmaz, 2007). İlk epizod ve kronik şizofreni hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada sadece ilk epizod hastalarda varsanların çocukluk çağı travma öyküsüyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Wang ve ark., 2013).

Çalışmamızda ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda olmayanlara göre suçluluk ya da günahkarlık sanrıları, büyüklük sanrıları, dinsel sanrılar, kontrol edilme sanrıları, düşünce okunması, düşünce sokulması ve düşünce çekilmesi sanrılarının daha yüksek oranda görüldüğü saptandı. Ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda yüksek oranda görülen sanrı çeşitlerinin schneiderian belirtileri anımsattığı söylenebilir. Gainer (1994), şizofreni ve dissosiasyonla ilgili yaptığı bir derlemede schneiderian ilk sıra belirtilerinin dissosiyatif kimlik bozukluğu ve şizofrenide görüldüğünü vurgulamıştır. Ayrıca travmanın varlığı ile dissosiyatif bozukluklar arasındaki ilişki net olarak bilinmektedir (Holowka ve ark., 2003; Schafer ve ark., 2006; Sar ve ark., 2010; Schafer ve ark., 2012). Bu bilgiler ışığında travma varlığının şizofreni hastalarında dissosiasyona benzer bir şekilde schneiderian belirtilere neden olduğu düşünülebilir.

Çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile sanrı ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalara bakıldığında; Üçok ve Bıkmaz (2007)'ın çalışmasında, çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile düşünce okunması ve referans sanrıları arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Janssen ve arkadaşlarının (2004), genel popülasyonda yaptıkları çalışmada da 16 yaşından önce kötüye kullanıma uğramış olanlarda sanrısız düşüncelerin görülme oranı (%1.9), kötüye kullanıma uğramamış olanlardakinden (%0.5) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Çocukluk çağı travma öyküsü ile varsanı ve sanrı ilişkisi konusundaki verilerimiz literatürle uyumlu görünmektedir. Olumsuz erken yaşam olaylarının eğer yeterince erken veya gerektiği kadar şiddetliyse, sadece şizofreniye psikososyal yatınlığa katkıda bulunmayacağı, şizofreninin altında yatan nörogelişimsel anomalilerin de şekillenmesine yardımcı olabileceği ileri sürülmüştür. Erken travmanın beyinde özellikle de HPA eksenini ve ilişkili sistemlerde neden olduğu nörogelişimsel değişikliklerin strese hassasiyet ve psikotik semptomatoloji gelişimi için risk artışı ile sonuçlanabileceği belirtilmiştir (Read ve ark., 2001). Bizim bulgularımız da bu görüşü destekliyor gibi gözükmektedir.

### **6.2.2. Negatif Belirtiler**

Çalışmamızda ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olmayanlarda olanlara göre; kısıtlı duygulanım, duygusal alanda daralmanın ve eksiklik sendromunun daha yüksek oranda

görüldüğü tespit edilmiştir, buna karşılık iki grup arasında konuşmada yoksullaşma, ilgi alanlarının azalması, amaçların ve isteklerin azalması, sosyal güdünün azalması belirtilerinin görülme oranları açısından farklılık saptanmamıştır. Ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olan 34 hastanın 29'unda (%85,3) geçirilmiş major depresif bozukluk öyküsü olduğu ve iki grup arasında görülme oranları açısından farklılık göstermeyen belirtilerin (konuşmada yoksullaşma, ilgi alanlarının azalması, amaçların ve isteklerin azalması, sosyal güdünün azalması) major depresif bozukluk belirtilerine benzerliği göz önüne alındığında, bu durum yanıtıcı olmuş olabilir. Literatürde şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsü varlığında negatif belirtilerin daha az ya da daha fazla olduğunu tespit eden herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile negatif belirtiler arasında ilişki bulunmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Read ve ark., 2003; Üçok ve Bıkmaz, 2007). Read ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile şizofreni belirtileri arasındaki ilişki incelenmiş olmakla birlikte hastaların hepsi şizofreni hastaları değildir. Çalışmaya 200 psikiyatrik tanıli hasta alınmış olup sadece 28'i şizofreni hastasıdır. Üçok ve Bıkmaz (2007)'in çalışması ise ilk epizod şizofreni hastalarını kapsamaktadır. Literatürde çocukluk çağı travma öyküsü negatif belirti ilişkisinde eksiklik sendromunu ayrıca sorgulayan çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda saptadığımız, ciddi çocukluk çağı travma varlığında negatif belirtilerin daha az görüldüğü bulgusu ilgi çekicidir. Sadece kronik şizofreni hastalarını kapsayan, eksiklik sendromunun da araştırıldığı, kapsamlı çalışmalarla bu bulgunun araştırılmasına ihtiyaç vardır.

### **6.2.3. Major Depresif Bozukluk ve Antidepresan Kullanımı Öyküsü**

Çalışmamızda, ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda olmayanlara göre major depresif bozukluk ve antidepresan kullanımı öyküsünün daha yüksek oranda görüldüğü saptandı. Literatürde şizofreni hastalarında çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile antidepresan kullanımı öyküsü arasındaki ilişkinin sorgulandığı herhangi bir veriye rastlanmamıştır. Lysaker ve arkadaşları (2005), 12 şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanıli çocukluk çağı travma öyküsü olan hastayı, 31 şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanıli çocukluk çağı travma öyküsü olmayan hastayla çeşitli klinik özellikler açısından karşılaştırmışlar ve çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda depresif duygudurumun daha yüksek oranda olduğunu, ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamışlardır. Hastanede yatan şizofreni/şizoaffektif bozukluk tanıli hastalarla yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda, olmayanlara göre BPRS anksiyete/depresyon skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Schenkel ve ark., 2005).

Şizofreni hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada, çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın daha yüksek depresyon düzeyleriyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Spence ve ark., 2006). Bulgularımız literatürle uyumlu olup, çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın şizofreni hastalarında depresyon görülmesini arttırması beklenen bir bulgudur.

Çocukluk çağındaki stresörlerin erişkinlikte depresyon gelişimi ile ilişkisi çeşitli mekanizmalarla açıklanmaya çalışılmıştır. Erken stresörlerin Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal (HPA) eksenin aktivitesinde ve regülasyonunda akut ve kronik değişikliklerle sonuçlanabileceği, özellikle de kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) hipersekresyonuna yol açabileceği, CRH hipersekresyonunun da direk olarak veya erişkinlikteki stresörlere duyarlılık artışı yoluyla sonraki depresyon gelişimine biyolojik yatkınlık yaratabileceği bildirilmiştir (Weiss ve ark., 1999).

### **6.3. Yaşam Kalitesi**

Çalışmamızda CTQ-28 toplam puanı ile WHOQOL-BREF-TR fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre alanı arasında negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Çocukluk çağında travmaya maruz kalmayı sorgulayan çocukluk çağı travma ölçeği skoru arttıkça yaşam kalitesi bozulmaktadır. Bulgularımıza benzer şekilde, 102 şizofreni spektrum bozukluğu olan hastayla yapılan bir çalışmada hastalar cinsel saldırıya uğrama, fiziksel saldırıya uğrama ve bir yakınının öldürülmesi, başka birinin ölümüne veya ciddi yaralanmasına tanık olma öyküsü açısından değerlendirilmiş ve bu travmaları bildirenler bildirmeyenlerle kısa form 36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeği uygulanarak karşılaştırılmıştır. Cinsel travma öyküsü olanlar sağlığın genel algılanmasının daha kötü olması, daha düşük enerji/vitalite, daha fazla emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, daha kötü mental sağlık bildirmişlerdir. Bir yakınının öldürülmesi, başka birinin ölümüne veya ciddi yaralanmasına tanık olma öyküsü olanlar, daha fazla fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları, sağlığın genel algılanmasının daha kötü olması, daha zayıf sosyal fonksiyon, daha fazla emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları bildirmişlerdir (Lysaker ve LaRocco, 2009). On dokuz çocukluk çağı CKK öyküsü olan şizofreni hastası ve 35 CKK öyküsü olmayan şizofreni hastasıyla yapılan bir çalışmada çocukluk çağı CKK'nın erişkinlikte psikososyal işlevselliğin daha zayıf olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Lysaker ve ark., 2001). Beş yüz altmış dokuz erişkin şizofreni hastasıyla yapılan bir çalışmada olumsuz çocukluk çağı olaylarına maruz kalmanın fiziksel sağlık alanından; daha fazla doktor başvurusu, sağlık problemleri, HIV enfeksiyonuyla ve sosyal işlevsellik alanından evsiz kalma ve suç işleme ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Rosenberg ve ark., 2007). Gil ve arkadaşları (2009), 102 şizofreni hastasıyla yaptıkları çalışmada, çocukluk

çağı kötüye kullanımı ve ihmali ile erişkinlikteki yeti yitimi arasındaki ilişkiyi incelemişler ve DKK, Fİ ve Dİ'in erişkinlikte sosyal ve işlevsel bozulma ile ilişkili olduğunu, özellikle Fİ'le erişkinlikte yeti yitimi arasındaki ilişkinin daha belirgin olduğunu saptamışlardır. On iki şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanımlı çocukluk çağı cinsel istismarı öyküsü olan hastayı, 18 istismar öyküsü olmayan şizofreni hastasıyla karşılaştıran bir çalışmada; çocukluk çağı cinsel istismarının erişkinlikte daha fazla mesleki işlevsellikte bozulma ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Lysaker ve ark., 2004).

Şizofreni hastalığının, kişilerin yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir. Bulgularımız ve literatür bilgisi çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın yaşam kalitesini daha da fazla düşürdüğünü, hastaların işlevselliklerini daha da fazla bozduğunu göstermektedir. Son zamanlarda şizofreni tedavisinin ana amacı şizofreni belirtilerinin azaltılmasından ve yinelemeleri önlemekten öte hastanın tam olarak iyileşmesine ve yaşam kalitesinin optimizasyonuna doğru yönelmektedir. Bu kapsamda düşünüldüğünde hastaların çocukluk çağı travma öyküsünün sorgulanıp, bu konuda da gereken psikoterapotik müdahalelerin yapılmasının önemi açıktır.

#### **6.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları**

Araştırmamızın en önemli yöntemsel kısıtlılığı araştırma sonuçlarının geriye dönük hatırlama yanlılığına açık olmasıdır. Hem hastalık özellikleri (hastalık başlangıç yaşı, ilk tedavi başlanana kadar geçen süre, tedavisiz geçen süre, hastaneye yatış sayısı/hastalık süresi, epizod sayısı/hastalık süresi, hastalık başlangıcı, hastalık seyri, esrar kullanımı, intihar girişimi, kendine zarar verme davranışı, şiddet davranışı öyküsü), hem klinik özellikler (pozitif belirtiler, negatif belirtiler, major depresif bozukluk ve antidepresan kullanımı öyküsü), hem de çocukluk çağı travmaları geriye dönük olarak sorgulanmıştır. Özellikle çocukluk çağı travma öyküsü ile ilgili bu kısıtlılığın neden olabileceği yanlılığı azaltmak için, çocukluk çağı travma öyküsü sadece öz bildirime dayalı ölçeklerle araştırılmamış, ayrıntılı klinik görüşme yapılarak çocukluk çağı travma varlığı, kapsamı ve şiddeti değerlendirilmiştir. Ayrıca çalışmamızda olası bellek hatalarının önüne geçmek için zorlama ve/veya yaralanmanın söz konusu olduğu ciddi çocukluk çağı travması ayrıca değerlendirmeye alınmıştır. Travma öyküsü olan hastaların çocukluk çağından itibaren izlendiği uzun süreli izlem çalışmalarının yapılması, bu yanlılığı daha net şekilde ortadan kaldıracaktır.

Araştırmanın diğer bir kısıtlılığı hafif travmanın şizofreni kliniği ile ilişkisinin değerlendirilmemesidir. Çalışmamızda hem olası bellek hatalarının önüne geçmek, hem ağır travmanın klinik üzerine etkisini ortaya çıkarmak hem de olgu sayısı kısıtlılığı nedeniyle ciddi



travmanın şizofreni hastalığının kliniği ile ilişkisi araştırılırken hafif CKK ve hafif FKK bildiren hastalar çalışma dışında tutulmuştur. Bu nedenle hafif CKK ve hafif FKK'ın şizofreni kliniği ile ilişkisi değerlendirilememiştir.

Araştırmanın bir başka kısıtlılığı, araştırma örnekleminin bazı araştırmalara göre düşük sayıda hasta içermesidir. Bu durum değişkenler arasındaki ilişkilerin yanlış olarak anlamlı/anlamsız bulunmasına neden olmuş olabilir. Bununla birlikte örneklem sayımız, literatürde çocukluk çağı travma öyküsü ile şizofreni hastalığının kliniği arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmaların çoğunun örneklem sayısından daha fazladır. Daha geniş örneklem grubu olan çalışmalar yapılması bu tür sorunların aşılması için gereklidir.

## 7. SONUÇLAR VE GENEL DEĞERLENDİRME

- 1- Çalışmamızda çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda hastalığın daha erken yaşta başladığını, çocukluk çağı travma öyküsü olan hastaların remisyon dönemlerinde daha fazla rezidüel belirti olduğunu saptadık. Bu bulgular, çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın hastalığın seyri üzerine kötüleştirci etkisi olduğunu düşündürmektedir.
- 2- Çalışmamızda çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda daha fazla kendine zarar verme öyküsü olduğu tespit edildi.
- 3- Çalışmamızda ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olan şizofreni hastalarında; işitsel varsanı, yorum yapan sesler, görsel varsanılar, suçluluk ya da günahkarlık sanrıları, büyüklük sanrıları, dinsel sanrılar, kontrol edilme sanrıları, düşünce okunması, düşünce sokulması ve düşünce çekilmesi sanrılarının daha yüksek oranda görüldüğü saptandı.
- 4- Çalışmamızda ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda; kısıtlı duygulanım, duygusal alanda daralma ve eksiklik sendromunun daha düşük oranda görüldüğü tespit edildi.
- 5- Çalışmamızda ciddi çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda, major depresif bozukluk ve antidepresan kullanımı öyküsünün daha yüksek oranda görüldüğü saptandı.
- 6- Çalışmamızda maruz kalınan travma düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre alanlarının olumsuz etkilendiği tespit edildi.

## 8. KAYNAKLAR

- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry Suppl.* 1993; (22):39-44.
- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr Res.* 1994; 11:239-44.
- Alvarez MJ, Roura P, Osés A, Foguet Q, Solà J, Arrufat FX. Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *J Nerv Ment Dis.* 2011;199(3):156-61.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı, gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'den çeviren Koroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1996.
- Andreasen NC. Negative and positive schizophrenia. Definition and validation. *Arch Gen Psychiatry.* 1982; 39:789-94.
- Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: Longitudinal prospective study. *BMJ* 2002;325:1212-3.
- Aydemir Ö, Danacı EA, Deveci A, İçelli İ. Calgary Sizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arsivi.* 2000; 37: 82-6.
- Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry.* 2004;185:220-6.
- Bennouna-Greene M, Bennouna-Greene V, Berna F, Defranoux L. History of abuse and neglect in patients with schizophrenia who have a history of violence. *Child Abuse Negl.* 2011;35(5):329-32.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman L. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry.* 1994; 151: 1132-6.
- Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, Siever LJ. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr.* 2003; 8 (10): 737-54.

- Breier A, Buchanan RW, Kirkpatrick B, Davis OR, Irish D, Summerfelt A, Carpenter WT. Effects of clozapine on positive and negative symptoms in outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1994;151(1):20-6.
- Brown A, Bresnahan M, Susser E. Şizofreni: Çevresel Epidemiyoloji. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de. Sadock BJ, Sadock VA (Eds.). 2. Cilt. Aydın H, Bozkurt A (Çev. Ed.). 8. Baskı. Güneş Kitabevi. 2007;1371-81.
- Brown AS, Hooton J, Schaefer CA, Zhang H, Petkova E, Babulas V, Perrin M, Gorman JM, Susser ES. Elevated maternal interleukin-8 levels and risk of schizophrenia in adult offspring. *Am J Psychiatry* 2004a; 161(5):889–95
- Brown AS, Begg MD, Gravenstein S, Schaefer CA, Wyatt RJ, Bresnahan M, Babulas VP, Susser ES. Serologic evidence of prenatal influenza in the etiology of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004b;61(8):774–80.
- Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 1991; 148:55-61
- Buchanan R, Carpenter W. Şizofreni Kavramı. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de. Sadock BJ, Sadock VA (Ed.). 2. Cilt. Aydın H, Bozkurt A (Çev. Ed.). 8. Baskı. Güneş Kitabevi. 2007; 1329-45.
- Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005; 162:12–24.
- Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagman AMI. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: The concept. *Am J Psychiatry* 1988;145:578-83.
- Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M. Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients. *Schizophr Bull*. 2010; 36(6):1105-14
- Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64 (5): 577-84.
- Crow TJ. Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *Br Med J*. 1980;280:66-8
- Çetin M, Ceylan ME. Genel Bilgiler. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri-Şizofreni*'de. 1.Cilt. Ceylan E, Çetin M (Ed.). Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş, İstanbul 2005:529-53.
- Çıtak S, Oral T, Aker T, Şenocak M. Şizofreni'de Eksiklik Sendromu Çizelgesi (ESC)'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(2):115-28

- Davis KL, Kahn RS, Ko G, Davidson M. Dopamine in schizophrenia: A review and reconceptualization. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 1474-86.
- Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Philips KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl*. 2006; 10: 1105-15.
- D'Souza DC, Perry E, MacDougall L, Ammerman Y, Cooper T, Wu Y, Braley G, Gueorguieva R, Krystal H. The psychotomimetic effects of intravenous delta-9-tetrahydrocannabinol in healthy individuals: implications for psychosis. *Neuropsychopharmacology*. 2004; 29:1558–72.
- Erol A. Şizofrenide Klinik Özellikler ve Tanı Ölçütleri, Kullanılan Ölçekler. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar'da. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Ed.). *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, Ankara 2007:165-95.
- Ertuğrul A. Şizofreni Etiyolojisi. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar'da. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Ed.). *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, Ankara 2007:28-53.
- Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *3P Dergisi* 1999;7:23-40
- Farrugia PL, Mills KL, Barrett E, Back SE, Teesson M, Baker A, Sannibale C, Hopwood S, Rosenfeld J, Merz S, Brady KT. Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post traumatic stress disorder, *Ment Health Subst Use*. 2011; 4(4): 314–26.
- Fenton WS, McGlashan TH. Antecedents, symptom progression, and long-term outcome of the deficit syndrome in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1994;151(3):351-6.
- Fisher H, Morgan C, Dazzan P, Craig TK, Morgan K, Hutchinson G, Jones PB, Doody GA, Pariante C, McGuffin P, Murray R. M, Leff J, Fearon P. Gender differences in the association between childhood abuse and psychosis. *Br J Psychiatry*. 2009, 194:319-25.
- Gainer K. Dissociation and schizophrenia: An historical review of conceptual development and relevant treatment approaches. *Dissociation*. 1994; 261-71
- Gallagher Iii BJ, Jones BJ. Childhood Stressors and Symptoms of Schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2013:1-19.
- Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2005; 186: 121–5.

Gil A, Gama CS, Jesus DR, Lobat MI, Zimmer M, Abreu PB. The association of child abuse and neglect with adult disability in schizophrenia and the prominent role of physical neglect. *Child Abuse & Neglect* 2009;618–24.

Glassman LH, Weierich MR, Hooley JM, Deliberto TL, Nock MK. Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behav Res Ther.* 2007;45(10):2483-90.

Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E. Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Res.* 1991;37(1):73-80.

Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, New AS, Schmeidler J, Silverman JM, Siever LJ. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry.* 2003; 160 (11): 2018-24.

Greenfield SF, Strakowski SM, Tohen M, Batson SC, Kolbrener ML. Childhood abuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry.* 1994;164(6):831-4.

Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are We Measuring the "Right Stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 2000; 26(1):119-36.

Hafner H, Haas S, Pfeifer- Kurda M. Eichorn S, Michitsuji S. Abnormal seasonality of schizophrenic births, A specific findings. *European Archives of Psychiatry and Neurological sciences.* 1987; 236: 333-42.

Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan C, Lieb R, Wittchen HU, Van Os J. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis and psychotic symptoms in young people. *BMJ* 2005; 330:11.

Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences.* Houghton Mifflin Company: 1998 New York

Holowka DW, King S, Saheb D, Pukall M, Brunet A. Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophr Res.* 2003;60(1):87-90.

Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res.* 2001; 51(2-3):171-80.

Hyun M, Friedman SD, Dunner DL. Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2000; 2:131-5.

Isohookana R, Riala K, Hakko H, Räsänen P. Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22(1): 13-22.

- Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, de Graaf R, Vollebergh W, Mckenzie K, Van Os J. Discrimination and delusional ideation. *Br J Psychiatry*. 2003; 182:71–6.
- Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, Van Os J. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 38–45.
- Jones P, Cannon M. The new epidemiology of schizophrenia. *Psych Clinics North Am* 1998; 21:1-25
- Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand*. 2000:33-7.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261-76.
- Kay SR, Sevy S. Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990; 16(3): 537-45.
- Kelly BD, O'Callaghan E, Waddington JL, Feeney L, Browne S, Scully PJ, Clarke M, Quinn JF, McTigue O, Morgan MG, Kinsella A, Larkin C. Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophr Res*. 2010;116(1):75-89.
- Kirkpatrick B, Buchanan RW, McKenney PD, Alphas LD, Carpenter WT Jr. The Schedule for the Deficit syndrome: an instrument for research in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 1989;30(2):119-23.
- Knapp M, Almond S, Percudani M. Costs of schizophrenia: A review in *Schizophrenia, WPA series evidence and experience in psychiatry*. M Maj, N Sartorius (Ed), England, John&WileySons. 1999: 407-54.
- Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999;14:23-32.
- Köroğlu E. *Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri'de*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2004:189-227
- Krystal JH, Karper LP, Seibyl JP, Freeman GK, Delaney R, Bremner JD, Heninger GR, Bowers MB, Charney DS. Subanesthetic effects of the noncompetitive NMDA antagonist, ketamine, in humans. Psychotomimetic, perceptual, cognitive, and neuroendocrine responses. *Arch Gen Psychiatry*. 1994: 199-214
- Kültür S, Mete L, Erol A. Şizofreni. *Psikiyatri Temel Kitabı'nda*. Güleç C, Köroğlu E (Ed.). 2. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2007:184-205.

- Larsson S, Andreassen OA, Aas M, Rössberg JI, Mork E, Steen NE, Barrett EA, Lagerberg TV, Peleikis D, Agartz I, Melle I, Lorentzen S. High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54(2):123-7.
- Laruelle M, Kegeles LS, Abi-Dragham A. Glutamate, dopamine and schizophrenia: from pathophysiology to treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2003; 1003:138-58
- Lewis G, David A, Anreasson S, Allebeck P. Schizophrenia and city life. *Lancet*. 1992; 340: 137-40.
- Liddle PF. The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. *Br J Psychiatry* 1987, 151:145-51.
- Lindenmayer JP, Bernstein-Hyman R, Grochowski S. Five-factor model of schizophrenia. Initial validation. *J Nerv Ment Dis*. 1994; 182(11): 631-8.
- Lysaker PH, Meyer PS, Evans JD, Clements CA, Marks KA. Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2001;52(11):1485-8.
- Lysaker PH, Nees MA, Lancaster RS, Davis LW. Vocational function among persons with schizophrenia with and without history of childhood sexual trauma. *J Trauma Stress*. 2004;17(5):435-8.
- Lysaker PH, Beattie NL, Strasburger AM, Davis LW. Reported history of child sexual abuse in schizophrenia: associations with heightened symptom levels and poorer participation over four months in vocational rehabilitation. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(12):790-5.
- Lysaker PH, LaRocco VA. Health-related quality of life and trauma history in adults with schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(5):311-5.
- Marcelis M, Navarro-Mateu F, Murray R, Selten JP, Van Os J. Urbanization and psychosis: a study of 1942-1978 birth cohorts in the Netherlands. *Psychosol Med*. 1998; 28(4):871-9.
- Meehl PE. Schizotaxia revisited. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1989;46:935-44.
- Morgan C, Fisher H. Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. *Schizophr Bull*. 2007;33(1):3-10.
- Önder E, Küçükada K. Şizofreni ve Dopamin. *Şizofreni Dizisi* 1999;2:45-57



- Öztürk E, Sar V. Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008; 62: 662-8.
- Öztürk MO, Uluşahin U. Şizofreni. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları'nda*. 1.Cilt. Tuna Matbaacılık Ankara 2008; 242-324.
- Rayworth BB, Wise LA, Harlow BL. Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Epidemiology*. 2004; 15(3):271-8.
- Read J, Argyle N. Hallucinations, delusions and thought disorders among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatr Serv* 1999;50:1467–72.
- Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients. A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry* 2001;64:319–45.
- Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical assault during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychol Psychother Theory Res Pract* 2003;76:1–22.
- Riley PR, Kendler KS. Şizofreni: Genetik. *Comprehensive Textbook of Psychiatry'de*. Sadock BJ, Sadock VA (Eds.). 2. Cilt. Aydın H, Bozkurt A (Çev. Ed.). 8. Baskı. Güneş Kitabevi 2007:1354-71.
- Rosenberg SD, Lu W, Mueser KT, Jankowski MK, Cournos F. Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*. 2007;58(2):245-53.
- Roy A, Janal M. Gender in suicide attempt rates and childhood sexual abuse rates: is there an interaction? *Suicide Life Threat Behav*. 2006; 36(3):329-35.
- Roy A. Reported childhood trauma and suicide attempts in schizophrenic patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005; 35(6):690-3
- Rucklidge JJ, Brown DL, Crawford S, Kaplan BJ. Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *J Atten Disord*. 2006; 9(4): 631-41.
- Saka MC, Atbaşoğlu EC. Şizofreni Epidemiyolojisi. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar'da. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Ed.). *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, Ankara 2007:13-27.
- Sar V, Akyuz G, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(12): 2271-6.

- Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H. Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma., *J Clin Psychiatry*. 2006;67(10):1583-90.
- Sar V, Taycan O, Bolat N, Ozmen M, Duran A, Ozturk E, Ertem-Vehid H. Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*. 2010; 43(1):33-40.
- Sar V, Ozturk E, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32(4):1054-63
- Schäfer I, Harfst T, Aderhold V, Briken P, Lehmann M, Moritz S, Read J, Naber D. Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(2):135-8.
- Schäfer I, Fisher HL, Aderhold V, Huber B, Hoffmann-Langer L, Golks D, Karow A, Ross C, Read J, Harfst T. Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Compr Psychiatry*. 2012;53(4):364-71.
- Schenkel LS, Spaulding WD, DiLillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research*. 2005; 273–86.
- Sideli L, Mule A, Barbera DL, Murray RM. Do child abuse and maltreatment increase risk of schizophrenia? *Psychiatry Investig*. 2012; 9(2): 87–99.
- Smits L, Pedersen C, Mortensen P, Van Os J. Association between short birth intervals and schizophrenia in the offspring. *Schizophr Res*. 2004; 70:49–56
- Soygür H, Erkoç Ş. Şizofreni Kavramına Tarihsel Bir Bakış. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar'da. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Ed.). *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, Ankara 2007:1-12.
- Spence W, Mulholland C, Lynch G, McHugh S, Dempster M, Shannon C. Rates Of childhood trauma in a sample of patients with schizophrenia as compared with a sample of patients with non-psychotic psychiatric diagnoses. *J Trauma Dissociation*. 2006;7(3):7-22.
- Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, Halligan S, Seremetis SV. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse Negl*. 2003; 27(11):1247-58.

- Stahl SM. Psikoz ve Şizofreni. Temel Psikofarmakoloji. Nörobilimsel ve Pratik Uygulamalar'da. Üçüncü Baskı. Uzbay İ.T. (Çev. Ed.). İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul 2012: 247-327.
- Stefanis NC, Delespaul P, Henquet C, Bakoula C, Stefanis CN, Van Os J. Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction*. 2004; 99:1333–41.
- Thompson JL, Kelly M, Kimhy D, Harkavy-Friedman JM, Khan S, Messinger JW, Schobel S, Goetz R, Malaspina, Corcoran C. Childhood trauma and prodromal symptoms among individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*. 2009; 108: 176–81.
- Tiryaki A. Şizofrenide Ruhsal Toplumsal Risk Etmenleri Üzerine Eleştirel Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11:3-8.
- Tsuang M. Schizophrenia: genes and environment. *Biol. Psychiatry* 2000;47: 210-20.
- Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV. Genes, environment and schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*. 2001;40: 18-24.
- Turla A. Çocuk istismarı ve ihmali olgularında tıbbi yaklaşım. *O.M.Ü Tıp Dergisi*. 2002; 19(4):291-300.
- Ucok A, Bıkmaz S. The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2007; 116: 371–7.
- Van der Kolk C, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self- destructive behavior. *Am J Psychiatry*, 1991; 148: 1665-71.
- Veen ND, Selten JP, van der Tweel I, Feller WG, Hoek HW, Kahn RS. Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004; 161:501–6.
- Verdoux H, Gindre C, Sorbara F, Tournier M, Swendsen JD. Effects of cannabis and psychosis vulnerability in daily life: an experience sampling test study. *Psychol Med*. 2003; 33:23–32.
- Walker CE, Bonner BL, Kaufmann KL. The physically and sexually abused child: Evaluation and treatment. New York, 1988; Pergamon Press.
- Wang Z, Xue Z, Pu W, Yang B, Li L, Yi W, Wang P, Liu C, Wu G, Liu Z, Rosenheck RA. Comparison of first-episode and chronic patients diagnosed with schizophrenia: symptoms and childhood trauma. *Early Interv Psychiatry*. 2013;7(1):23-30.

Weber K, Rockstroh B, Borgelt J, Awiszus B, Popov T, Hoffmann K, Schonauer K, Watzl H, Pröpster K. Stress load during childhood affects psychopathology in psychiatric patients. *BMC Psychiatry*. 2008;8:63.

Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 1999;156(6):816-28.

Wonderlich SA, Brewerton TD, Jovic Z, Dansky BS, Abbott DW. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(8):1107-15.

Yavaşçı EÖ, Akkaya C. Şizofrenide serotoninin rolü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4(2):237-59.

Young-Wolff KC, Kendler KS, Ericson ML, Prescott CA. Accounting for the association between childhood maltreatment and alcohol-use disorders in males: a twin study. *Psychol Med*. 2011; 41(1):59-70.

Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Eröcal Kora M, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2):69-78

## 9. EKLER

### Ek-1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

1) Adı Soyadı:

2) Yaş:

3) Cinsiyet:

4) Medeni durum: a) Evli b) Evli değil

5) Çalışma durumu: a) Çalışıyor b) Öğrenci c) Emekli d) Çalışmıyor e) Malulen emekli

6) Ailede şizofreni öyküsü: a) yok b) var Ayrıntı:

7) Şu anda yada geçmişte esrar kullanımı: a) yok b) var Ayrıntı:

8) İntihar girişimi: a) yok b) var Ayrıntı:

9) Kendine zarar verme davranışı: a) yok b) var Ayrıntı:

10) Şiddet davranışı: a) yok b) var Ayrıntı:

11) Hastalık başlangıç yaşı:

12) Hastalık başlangıcı: a) akut b) sinsi

13) İlk tedavi başlanana kadar geçen süre (ay):

14) Tedavisiz geçen süre (ay):

15) Hastaneye yatış sayısı/Hastalık süresi (yıl).....

16) Epizod sayısı/Hastalık süresi (yıl):.....

17) Hastalık seyri: a) Geçirilmiş tek epizod kısmi remisyonda  
b) Geçirilmiş tek epizod tam remisyonda  
c) Epizodlar arasında rezidüel semptomlar gösteren epizodik  
d) Epizodlar arasında rezidüel semptomlar olmaksızın epizodik  
e) Sürekli