

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARININ ETKİLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Ahmet GÜLER

Tez Danışmanı

Yard. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ

İstanbul – 2014

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARININ ETKİLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Ahmet GÜLER

Tez Danışmanı

Yard. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ

İstanbul – 2014

T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı ^{Uygulamalı} Psikoloji..... Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisi Ahmet GÜLER tarafından hazırlanan
“ Şizofreni Tanılı Hastalarda Sorumluluk Çoğu
Traumalarının Etkileri ”

adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 23/06/2014

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu) :

Jüri Üyesi: Yard. Doç. Dr. Perin Sevil BIKMAZ
Danışman: Halis Üniv. Psikoloji/ASD/ABD Öğr. Üyesi

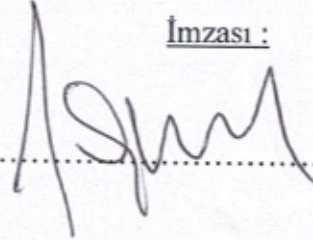
Jüri Üyesi: Doç. Dr. Meral GULTHA
Halil Üniv. Psikoloji/ASD/ ABD Öğr. Üyesi

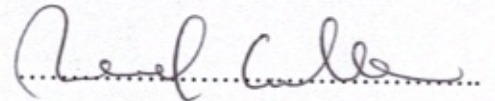
Jüri Üyesi: Yard. Doç. Dr. Ceda BAYRAKTAR
Halil Üniv. Uyg. Psikoloji/ASD/ ABD Öğr. Üyesi

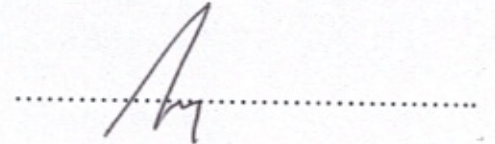
Jüri Üyesi:
.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi:
.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

İmzası :







TEŞEKKÜR

Yüksek lisans programım süresince, bilgisini ve desteğini öğrencilerinin hiç birinden esirgemeyen, yoğun programı içinde tez danışmanlığımı tereddüt etmeden kabul eden, tez dönemim boyunca desteğini, doğru ve pratik yönlendirmesini devam ettiren, tezimin daha erken bir sürede bitmesini sağlayan, koruyucu ve hep motive edici tutumuyla yanımda olan, hep çok güvendiğim ve hep bana çok güvendiğini hissettiren, bir tez danışmanından öte iyi ve duyarlı bir insan ve değerli bir akademisyen olarak örnek aldığım ve saygı duyduğum Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ hocama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bakırköy Ruh ve Sinir E. A. Hastanesi 4. Psikiyatri kliniğindeki çalışma dönemim ve ortamımda klinik şefi olarak bilgisinden istifade ettiğim ilk şefim Prof. Dr. M. Emin CEYLAN'a, çok değerli bilgisi ve değerli deneyimlerini her fırsatta ekibiyle paylaşan, kendisinden çok şey aldığım, ablam ve hocam olarak görmekten ve her zaman anmaktan mutluluk duyduğum 4. Psikiyatri kliniği şefi ve eğitim sorumlusu Doç. Dr. Fulya MANER'e, kısa bir süre de olsa birlikte çalışma imkanı bulduğum için çok şanslı olduğumu düşündürten, kendisini ve vizitlerini hep özleyeceğim saygıdeğer psikiyatrist, Uzm. Dr. Nevzat SATMIŞ ağabeyime, 4. Psikiyatri kliniğinde keyifle mesai yaptığım asistan, hemşire ve personel arkadaşlarıma çok şey borçlu olduğumu belirtmeliyim.

Yüksek lisans ve tez hazırlama sürecinde Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde birlikte çalıştığım, tezimin her türlü aşamasında kendi tezleriymişçesine hassas davranan ve tezimde göz nuru bulunan değerli arkadaşlarımla emeği tarifimin ötesindedir: Tez konusunu seçmemden tez sunumuna dek yanımda olan, metodolojiyi ve içerik tartışmalarını her zaman birlikte sürdürdüğüm, mesaisinden zaman ve bilgi çaldığım Uzm. Dr. Cenk VARLIK'a, fedakarlıklarını karşılayamayacağım kadar hissettiğim, zamanlarını ve enerjilerini aldığım Hem. Sibel KALUK SARAÇ, Hem. Zühal ÇELİK, Hem. Seda GÖKSU ile merkezimizde çalışmaya başladığı günden tezin teslimine dek yanımda olan, motive edici, destekleyici, yönlendirici ve kaygımı alıcı rolüyle deneyimini benimle paylaşmaktan kaçınmayan sevgili arkadaşım Uzm. Psk. Dilek CİVELEK KARLIKLI'ya müteşekkirim.

Daha yüksek lisans programına başlamadan beni destekleyen ve yanımda olan, hep motive eden değerli arkadaşım Yrd. Doç. Dr. Fatih ARTVİNLİ'ye, her yardım talebimde onca yoğunluğu arasında yanımda olan ve İngilizce özet konusunda da desteğini esirgemeyen Uzm. Dr. FerhalUTKU'ya, özgün yönlendirmeleriyle ve her zaman yanımda olduğunu hissettirmesiyle bir kütüphaneciden daha fazla desteğini aldığım manevi ablam, tarihçi ve uzman kütüphaneci Songül UĞUR'a, metodolojiyi ve teknik donanımı pratik kullanmamda desteğini yadsıyamayacağım arkadaşım arkeolog ve müze uzmanı Fulya KARDEŞ GÜLMEZ'e, hastanenin kütüphane kaynaklarını kullanmamda emeği ve özverisi bulunan kütüphane ve bilgi belge uzmanı Muazzez UYMAZ GÜLER'e teşekkürlerimi belirtmeliyim.

Nihayet, hayatımın gerek özel gerek de akademik dönemlerinde hep yanımda olduklarını hissettiren ancak tez konusunu ve literatürü de beraber tartıştığım ve mesleki tecrübelerinden çokça istifade ettiğim çok sevgili arkadaşlarım ve meslektaşlarım Uzm. Psk. Zeynep GÜNEY'e, Uzm. Psk. Salih HAFIZOĞLU'na ve Uzm. Psk. Abdurrahman ALUÇ'a sonsuz teşekkürler ederim.

Klinik çalışmalarım da deneyimlerimin mimarları ve tez sürecimin en çok öğretenleri olarak hiçbir zaman haklarını teslim edemeyeceğim hastalarım a çok teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca yanımda olan, kararlarım da en büyük destekleri ve özverileri bulunan, şüphesiz beni bugünlere getiren, varoluşlarıyla bana enerji veren, en değerli varlığım olan aileme; annem, babam, ağabeyim, ablam ve kardeşlerime sonsuz sevgi ve saygılar sunarım.

İstanbul, 2014

Ahmet GÜLER

İÇİNDEKİLER

Sayfa no.

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar LİSTESİ.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	xi
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Şizofreni.....	3
1.1.1.Tanım.....	3
1.1.2.Tarihçe.....	3
1.1.3.Epidemiyoloji.....	5
1.1.4.Etiyoloji.....	6
1.1.4.1.Genetik Faktörler.....	6
1.1.4.2.Çevresel Faktörler ve Risk Etkenleri.....	7
1.1.4.3.Şizofreni Etiyolojisi ile İlgili Teoriler.....	10
1.1.4.3.1.Nörokimyasal Model.....	10
1.1.4.3.2.Nörogelişimsel Model.....	11
1.1.4.3.3.Stres Yatkinlık Modeli.....	12
1.1.4.3.4.Psikoanalitik Kuram.....	12
1.1.5. Tanı.....	13
1.1.5.1.DSM-IV-TR Şizofreni Tanı Kriterleri.....	14

1.1.5.1.1.Şizofreni Alt Tipleri.....	15
1.1.5.2. DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri.....	17
1.1.6.Klinik Özellikler.....	19
1.1.7.Gidiş ve Sonlanım.....	20
1.1.7.1. Şizofreni Prognozu.....	21
1.1.7.1.1.Olumlu Gidiş Göstergeleri.....	21
1.1.7.1.2.Olumsuz Gidiş Göstergeleri.....	22
1.1.7.2.Şizofrenide Sonlanım (Ölüm ve Özkıyım).....	22
1.2.Şizofreni ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi.....	23
1.2.1.Çocukluk Çağı Travmalarının Tanımı ve Tarihsel Süreci.....	23
1.2.2.Çocukluk Çağı Travmaları ve Klinik Özellikler.....	26
1.2.2.1.DSM-IV-TR ve DSM-5 Tanı Ölçütü Başvuru Kitaplarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı.....	27
1.2.2.1.1.DSM-IV-TR Tanı Kitabında Çocuk İhmali ve İstismarı Kriterleri...28	
1.2.2.1.2.DSM-5 Tanı Kitabında Çocuk İhmali ve İstismarı Kriterleri.....	29
1.2.3.Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi.....	34
1.2.4.Çocukluk Çağı Travmalarında Etiyolojisi.....	37
1.2.5.Çocukluk Çağı Travmalarının Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi.....	38
1.2.6.Çocukluk Çağı Travmalarının Şizofreni ile İlişkisi.....	39
1.3.Amaç ve Araştırma Soruları.....	42
2. YÖNTEM.....	43
2.1.Örnekleme.....	43
2.2.Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlama Ölçütleri.....	44
2.2.1.Dahil Edilme Ölçütleri.....	44
2.2.2.Dışlama Ölçütleri.....	44
2.3.Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları.....	45

2.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	45
2.3.2. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği – KPDÖ.....	46
2.3.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği – PANSS.....	46
2.3.4. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği - CTQ-28.....	46
2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	47
3. BULGULAR.....	48
3.1. Hasta ve Ailelerinin Demografik ve Klinik Verileri ile İlgili Bulgular.....	48
3.1.1. Hasta Grubuna İlişkin Sosyodemografik Bilgiler.....	48
3.1.2. Hasta Grubuna İlişkin Klinik Özellikler.....	50
3.1.3. Aileye İlişkin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	52
3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerle İlgili Puanlar.....	54
3.2.1. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) Puanları.....	54
3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom (PANSS) Ölçeği Puanları.....	54
3.2.3. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) Puanları.....	55
3.3. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile Ölçeklerarası İlişki ve Puanlar.....	55
3.3.1. Cinsiyete Göre PANSS, CTQ ve KPDÖ Ölçeklerinin Değerlendirilmesi.....	55
3.3.2. Göç (var/yok) Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	56
3.3.3. Eğitim Durumuna Göre (PANSS, CTQ-28, KPDÖ) Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	57
3.3.4. Düzenli İlaç Kullanımına Göre (PANSS, CTQ-28, KPDÖ) Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	59
3.3.5. Hastaneye Yatış Sayısı ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi.....	59
3.3.6. Hastalık Başlangıç Yaşı ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi.....	60
3.3.7. Annede Psikiyatrik Hastalığın Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi...	61
3.3.8. Babada Psikiyatrik Hastalığın Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi...	62
3.3.9. Kardeşlerde Psikiyatrik Hastalığın Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	63
3.3.10. Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin Cinsiyete Göre Puan Değerleri.....	64
3.3.11. Özkıyımın Varlığına Göre Travma Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	65

3.3.12.Klinik Yatışın Varlığına Göre Travma Ölçeği Puanlarının (CTQ) Değerlendirilmesi...	66
3.3.13.Kardeş Sayısına Göre Travma Ölçeği Puanlarının (CTQ-28) Değerlendirilmesi.....	66
3.3.14.Varsanı Türüne Göre Travma Ölçeğinin (CTQ-28) Değerlendirilmesi.....	67
3.3.15. Sanrı Türlerine Göre Travma Ölçeğinin (CTQ-28) Değerlendirilmesi.....	69
3.3.16.Alkol ve Madde Kullanımı ile Travma Ölçeği Puanlarının (CTQ-28) Değerlendirilmesi.....	72
3.4. Araştırma (PANSS, KPDÖ ve CTQ-28) Ölçekleri Arasındaki İlişki.....	73
3.4.1.Ölçek Puanlarının Karşılıklı Korelasyonu.....	73
3.4.1.1.Kullanılan Ölçeklerin (CTQ, PANSS, KPDÖ) Toplam Puanları Arasındaki İlişki..	74
3.4.1.2. CTQ-28 Ölçeğinin Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	75
3.4.1.3. PANSS Ölçeği ile Alt Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	76
3.4.1.4. KPDÖ Ölçeğinin Diğer Ölçek Puanları ile İlişkisi.....	77
4.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	78
4.1.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	78
4.2.Hastaların Tanımlayıcı Klinik Özellikleri.....	80
4.3.Aileye İlişkin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	83
4.4.Sosyodemografik Özelliklere Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	84
4.5.Aileye İlişkin Demografik ve Klinik Özelliklerin Ölçek Bulgularına Göre Değerlendirilmesi.....	86
4.6.Klinik Özelliklere Göre Ölçek Bulgularının Değerlendirilmesi.....	87
4.7.Şizofreni ve Travma İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	91
4.8.Hastalık Şiddeti ile Travma İlişkisinin Tartışılması.....	92
4.9.Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Öneriler.....	94
5.KAYNAKLAR.....	95
6.EKLER.....	112
Ek-1 Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	112

Ek-2Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	113
Ek-3 Kısa Psikiyatri Değerlendirme Ölçeği – KPDÖ.....	118
Ek-4 Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği – PANSS.....	121
Ek-5 Çocukluk Çağı Travma Ölçeği – CTQ-28.....	123
7.ÖZGEÇMİŞ.....	126

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa no
Tablo-1 Hasta Grubuna İlişkin Sosyodemografik Bilgiler.....	49
Tablo-2 Hastaların Klinik Özellikleri.....	51
Tablo-3 Aileye İlişkin Sosyodemografik ve Klinik Veriler.....	53
Tablo-4 Kullanılan Ölçeklerin (PANSS, CTQ-28, KPDÖ) Puanları.....	55
Tablo-5 Cinsiyete Göre Ölçek (CTQ-28, PANNS, KPDÖ) Puanlarının Değerlendirilmesi.....	56
Tablo-6 Göç Öyküsünün Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	56
Tablo-7 Eğitim Durumu ile Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	57
Tablo-8 Düzenli İlaç Kullanımı ile Ölçek (CTQ-28, PANSS ve KPDÖ) Puanlarının Değerlendirilmesi.....	59
Tablo-9 Hastaneye Yatış Sayısı ile Ölçek (CTQ-28, PANSS ve KPDÖ) Puanları Arasındaki İlişki.....	60
Tablo-10 Hastalık Başlangıç Yaşı ile Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	60
Tablo-11 Annede Psikiyatrik Hastalığın Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi....	62
Tablo-12 Babada Psikiyatrik Hastalığın Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi....	63
Tablo-13 Kardeşlerde Psikiyatrik Hastalığın Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	63
Tablo-14 Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Travma Oranları (CTQ-28 Puanları).....	64
Tablo-15Özkiyımın Varlığına Göre (CTQ-28) Travma Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi....	65
Tablo-16 Klinik Yatış (var/yok) Durumu ile Travma Ölçeğinin (CTQ-28) Değerlendirilmesi.....	66
Tablo-17 Kardeş Sayısı ile CTQ-28 Arasındaki İlişki.....	66
Tablo-18 İşitsel Varsanı ile CTQ-28 İlişkisi.....	67
Tablo-19 Görsel Varsanı ile CTQ-28 İlişkisi.....	68
Tablo-20 Koku Varsanısı ile CTQ-28 İlişkisi.....	68
Tablo-21 Dokunma Varsanısı ile CTQ-28 İlişkisi.....	69
Tablo-22 Büyüklük Sanrısı ile CTQ-28 İlişkisi.....	70

Tablo-23Edilgenlik/Zihin Okuma Sanrısı ile CTQ-28 İlişkisi.....	70
Tablo-24Sexüel / Erotomanik Sanrı ile CTQ-28 İlişkisi.....	71
Tablo-25 Suçluluk Sanrısı ile CTQ-28 İlişkisi.....	71
Tablo-26 Somatik Sanrı ile CTQ-28 İlişkisi.....	71
Tablo-27 Mistik Sanrı ile CTQ-28 İlişkisi.....	72
Tablo-28 Alkol Kullanım Öyküsü ile CTQ-28 İlişkisi.....	73
Tablo-29 Madde Kullanım Öyküsü ile CTQ-28 İlişkisi.....	73
Tablo-30 Ölçek Puanlarının (PANSS, CTQ-28 ve KPDÖ) Birbirleri ile Karşılıklı Korelasyonu.....	74

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

- Amerikan Psikiyatri Akademisi: APA
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği: CTQ-28
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM
Dünya Sağlık Örgütü: DSÖ
Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği: KPDÖ
Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği: PANSS
World Health Organization: WHO

min: Minimum

max: Maximum

N: Vaka sayısı

X: Sıra Ortalaması

SS: Standart sapma

p: Anlamlılık düzeyi

r: Korelasyon katsayısı

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Ahmet GÜLER
Anabilim Dalı : Psikoloji
Programı : Uygulamalı Psikoloji
Tez Danışmanı : Yard. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Haziran 2014

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ ETKİLERİ

ÖZET

Bu çalışmanın temel amacı, şizofreni tanısı alan hastaların çocukluk çağında yaşadıkları travmatik yaşantılarının varlığı ve düzeyi ile hastalığın seyri ve şiddeti arasındaki ilişkinin ortaya konmasıdır. Sosyodemografik ve klinik özellikler ile hastalığın belirtileri arasındaki ilişkinin ortaya konması da amaçlanmaktadır.

Çalışmanın örneklemini, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi'ne bağlı Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde takibi ve tedavisi sürdürülen 50 erkek ve 20 kadın (toplam 70) şizofreni tanılı hasta oluşturmaktadır.

Çalışmanın verileri, Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ve Çocukluk

Çağı Travma Ölçeğı kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen veriler Kruskal Wallis, Mann-Whitney U ve Spearman'srho testleri ile analiz edilmiştir.

Çalışmamızda, en yüksek çocukluk çağı travma düzeyi fiziksel ihmal (%68,5) olarak belirlendi. Bunu sırasıyla duygusal ihmal (%58,5), fiziksel istismar (%55,7), duygusal istismar (%52,8) ve cinsel istismar (%38,5) alt ölçekleri takip etti. Çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda hastalık şiddetinin daha fazla olduğu, hastalığın daha erken yaşta başladığı, kliniğe yatış sayılarının daha çok olduğu, madde kullanımına yönelimlerinin daha fazla olduğu, koku varsanılarının daha yüksek oranda olduğu, sanrı türlerinden büyüklük sanrısı ve edilgenlik/zihin okuma sanrısının daha yüksek oranda olduğu, anne, baba veya kardeşlerde psikiyatrik hastalığın daha fazla olduğu ve kardeş sayılarının daha çok olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmalarının oranının yüksek oranda olduğu, çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda hastalığın pozitif belirtilerinin fazla olduğu, negatif bulguların çocukluk çağı travmasıyla ilişkili olmadığı, ailedeki klinik özgeçmişin çocukluk dönemi travmasıyla ilişkili olduğu ve çocukluk döneminde yaşanan travmaların yaşamın ilerleyen döneminde ortaya çıkan şizofreni hastalığının seyrini etkilediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, çocukluk çağı travmaları, hastalık şiddeti

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Ahmet GÜLER
Field : Psychology
Program : Applied Psychology
Supervisor : Assistant Professor Pervin Sevda BIKMAZ
Degree Awarded and Date : Master – June 2014

THE EFFECTS OF CHILDHOOD TRAUMA IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

ABSTRACT

The main aim of this research is to determine the prevalence and severity of childhood trauma in patients with a diagnosis of Schizophrenia and its impact on the course of the illness. We also aim to discuss the link between sociodemographic factors and clinical findings in this group of patients.

There were in total 70 patients with a diagnosis of Schizophrenia (of whom 50 male and 20 female) recruited from Küçükçekmece Community Mental Health Center, which is a branch of Bakırköy Neuropsychiatric Teaching Hospital.

Data was collected using the Sociodemographic and Clinical Findings form, the Positive and Negative Syndrome Scale, the Brief Psychiatric Rating Scale and the

Childhood Trauma Questionnaire and analysed via Kruskal Wallis, Mann-Whitney U and Spearman's rho methods.

We found that among childhood traumatic events the highest incidence was physical neglect (68.5%) followed by emotional neglect (58.5%), physical abuse (55.7%), emotional abuse (52.8%) and sexual abuse (38.5%) respectively. Patients with a history of childhood trauma had an earlier onset of the illness, with more severe symptoms. There was a clear link between childhood trauma and a higher frequency of inpatient treatments, substance use, olfactory hallucinations, delusions of grandiosity and passivity phenomena. A family history of psychiatric illness and a greater number of siblings was found to be present in this group of patients.

In summary, there is evidence that patients with Schizophrenia have a higher prevalence of childhood trauma, with those with a history of childhood trauma there is a higher incidence of positive symptoms. No clear association was found between childhood trauma and negative symptoms. Childhood trauma was also linked to family psychiatric history. Overall, one can say that childhood traumatic events do influence the course and outcome of Schizophrenia. The main aim of this research is to determine the prevalence and severity of childhood trauma in patients with a diagnosis of Schizophrenia and its impact on the course of the illness. We also aim to discuss the link between sociodemographic factors and clinical findings in this group of patients.

Keywords: Schizophrenia, childhood trauma, severity of illness

1. GİRİŞ

Şizofreni, kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım (otizm) dünyasına çekildiği; gençlik yıllarından başlayarak kişiyi üretim dışına itebilen ve çevresiyle önemli uyumsuzluk ve çatışmalar yaşamasına neden olabilen bir ruhsal bozukluktur (Kültür, Mete ve Erol,2007).

Şizofreninin ortaya çıkmasında çocukluk çağının, hastalığa yatkınlığın ya da erişkin yaşamında hastalığın ortaya çıkmasında kritik önem taşıdığı söylenebilir. Psikiyatrik hastalıkların birçoğunda önemli yeri olan çocukluk çağı travmaları, şizofreninin ortaya çıkmasında da risk etkeni olarak daha fazla ele alınmaya başlanmıştır (Morgan veFisher, 2005).

Çocukluk çağında yaşanan travmatik yaşantıların, kişinin yetişkin yıllarını ruhsal bakımdan etkileyeceği görüşü, çocukluk çağı travmalarını birçok çalışmanın ana başlığı haline getirmiştir. Çocukluk döneminde yaşanan istismarın, kişiyi yetişkinlik sürecinde psikiyatrik destek aramaya yönelten temel faktörlerden biri olduğu ayrıca görülmüştür (Herman,1992).

Psikolojik travma, beklenmedik ve aniden, kişinin karşı konulamaz bir güç tarafından çaresiz bırakılması durumudur. Yaşamı tehdit eden bu travmatik yaşantı, kişinin duyuları üzerinde yoğun bir etki bırakır: Savaş ve doğal afetler, cinsel ya da diğer şiddet ihlalleri veya herhangi bir kazaya tanıklık etme gibi (Türksoy, 2003; Hordvic,1999).

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) 2002 yılı Şiddet ve Sağlık Dünya Raporunda, ailede gelişen travma için alt bir başlık ayırmıştır. Buna göre; travmatik yaşantılar çocukluk döneminde kişinin bakım verenleri tarafından yapılan istismar ve ihmal sonucu ortaya çıkmaktadır. Çocuk istismarı fiziksel istismar, cinsel istismar, psikolojik istismar ve ihmal olarak incelenmektedir (Runyan ve diğ., 2002).

MacMillan ve arkadaşlarının çalışmasında çocukluk çağı istismar yaşantısı olan kişilerde yaşam boyu psikopatoloji gelişme riskinin arttığı vurgulanmıştır (2001).Erken yaşta olumsuz yaşam olayları ile karşılaşma, çocukluk çağında cinsel istismara uğrama ve yetersiz toplumsal desteğin şizofreni riskini arttırdığı bildirilmiştir (Bebbington ve Kuipers, 2008). Diğer yandan yaşam stresinin psikoza yatkınlığı arttırdığı ileri sürülmüştür (Freeman veGarety, 2003).

Read ve arkadaşlarının (2005) çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları ile psikotikbozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen önemli bir gözden geçirme çalışmasında, çocukluk çağı travmaları ile varsanılar ve sanrılar arasında ilişki olduğu bildirilerek çocukluk dönemi istismarının psikoz için risk faktörü olduğu bildirilmiştir.

Son yıllarda Türkiye’de şizofreni ve çocukluk çağı travmaları ilişkisi konusunda çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışmalardan birinde şizofrenide agresyon düzeyi, hastalık şiddeti ile çocukluk çağı travmaları arasında kuvvetli ilişki bulunmuştur (Kalkan-Turan, 2011). Diğer bir çalışmada ciddi çocukluk çağı travma yaşantılarının yaşamın ilerleyen dönemlerinde gelişen şizofreni hastalığının kliniği ile ilişkili olduğu sonucu elde edilmiştir (Ay, 2013).

Uçok ve Bıkmaz, araştırmalarında, şizofreni ilk epizod 57 hastanın %29.8’inde çocukluk çağı cinsel, %40.9’unda duygusal, %13.6’sında fiziksel kötüye kullanılma olduğuna dair sonuçlar bildirmiştir (Uçok ve Bıkmaz, 2007).

1.1.Şizofreni

1.1.1.Tanım

Şizofreni, davranışın bilişsel, duygusal, algısal ve diğer yönlerini kapsayan, değişiklik gösteren, derinden yıkıcı psikopatolojik etkileri olan bir klinik sendromdur. Görünümü hastadan hastaya ve zaman içinde değişkenlik gösterir ancak hastalığın etkisi her zaman ağırdır ve sıklıkla uzun sürelidir. Bireysel ve ekonomik bedelleri oldukça fazla olan şizofreni, dünya çapında önde gelen halk sağlığı sorunlarından biridir (Buchanan ve Carpender, 2007).

1.1.2.Tarihçe

Eski çağ Sanskritçe ve Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan hekimlerinin yazılarında şizofreni belirtileri gösteren ruh hastalıklarının tanımlandığı belirtilmektedir. 17. yüzyılda nöroanatomist Thomas Willis ile 18. yüzyılda Pinel'in şizofreniyi tanıdıklarını gösteren yazıları mevcuttur (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Bir Fransız Psikiyatrist olan Benedict A. Morel, ergenlikte başlayıp yıkım gösteren hastalar için 1860 yılında "demenceprecoce" (erken bunama) terimini kullanmıştır (Öztürk ve Uluşahin; 2011; Kaplan ve Sadock, 2004). 1863 yılında Karl Ludwig Kahlbaum "paraphreniahebetica" terimini kullanmış, katatoninin belirtilerini tanımlamış; öğrencisi EwaldHecker 1871 yılında "hebephrenie" terimini kullanarak hebefrenili hastalarda bizar davranışlar hakkında bilgiler sunmuştur(Sadock veSadock, 2005)

1896 yılında, bir ruh hekimi olan Emil Kraepelin, demenceprecoce, katatoni ve hebefreni olarak bilinen durumlara paranoid ve basit tipleri de ekleyerek hepsini "dementiapræcox" tanısı altında topladı. Bu terimle birlikte, bozukluğun bilişsel süreci (dementia) ile erken başlaması (precox) arasındaki fark vurgulanmıştır (Öztürk

ve Uluşahin, 2011; Çetin ve Ceylan, 2009). Kapsamlı hastalık tanımını ilk yapan psikiyatrist olan Kraepelin, yıkım gösterip göstermemesine göre de erken bunamayı manik – depresif psikozdan ayırması açısından da önem taşır (Buchanan ve Carpenter, 2007;Sadock veSadock, 2005).

1911 yılında yayınladığı “DementiaPraecox ya da Şizofreniler Grubu” adlı kitabı ile çığır açan EugenBleuler (Öztürk ve Uluşahin, 2011), literatüre erken bunamanın yerine zihnin bölünmesi anlamına gelen “schizophrenia” terimini kazandırmıştır. Bu terim aynı zamanda bozukluğu olan hastanın düşünce, duyu ve davranışları arasındaki bölünmenin varlığını vurgulamak için de seçilmiştir (Buchanan ve Carpenter, 2007; Sadock veSadock, 2005). Bleuler, şizofreni semptomlarını temel (birincil) ve yardımcı (ikincil) olarak ikiye ayırmıştır. Klasik psikiyatride 4A belirtisi olarak bilinen bu temel belirtiler, çağrışım (associations) bozuklukları, duygulanım (affect) bozuklukları, otizm (autizm) ve ikilemi (ambivalence) içerir. İkincil belirtiler arasında ise varsanı ve sanrılar vardı (Köroğlu, 2004;Sadock veSadock, 2005).

AdolphMeyer, şizofreni ve diğer mental bozuklukları çeşitli yaşam streslerine karşı birer tepki olarak değerlendirmiş, bu sendroma da bu nedenle “şizofrenik reaksiyon” adını vermiştir. Kişilerarası psikoanalitik okulunun kurucusu Harry StackSullivan’a göre toplumsal izolasyon, şizofreninin hem bir nedeni, hem de bir belirtisidir.Şizofreniyi, “gerçek şizofreni” ve “şizofreniform psikoz” olarak ikiye ayıran GabriellLangfeldt, gerçek şizofreni tanısı için şu faktörleri önemle vurgulamıştır: sinsi bir başlangıç, duygusal küntlük, otizm, depersonalizasyon, derealizasyon ve gerçekdışılık duyguları (Köroğlu, 2004;Çetin ve Ceylan, 2009).

Kurt Schneider, işitme varsanıları, kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme, bedenin dış güçlerce etkilenmesi, düşünce çalınması, düşünce

sokulması gibi sanrı ve varsanılardan oluşan belirti kümesini şizofreni için “birinci derece belirtiler” olarak adlandırmış, şizofreni tanısı için bunlara öncelik tanımıştır(Kültür, Mete ve Erol, 2007). Schneider’ın bu belirtileri DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) serisi için ölçüt oluşturmada da etkili olmuştur (Çetin ve Ceylan, 2009).

Sigmund Freud, şizofrenik fenomenleri temel regresyon kavramıyla açıklamış, şizofrenik mekanizmaları nevrotik semptom oluşumu kuramı ile uygunluk haline getirmiştir (Fenichel, 1974).

1.1.3. Epidemiyoloji

Bütün toplumlarda ve coğrafi bölgelerde görülen şizofreni (Jablensky ve diğ, 1992), sıklık ve yaşam boyu yaygınlık oranları açısından bazı bölge ve gruplar arasında farklılık gösterdiği belirtilse de tüm dünyada neredeyse eşittir (Barbato, 1998; Buchanan ve Carpenter, 2007; Sadock ve Sadock, 2005).

Şizofreni ile ilgili araştırmalar, görülme sıklığının (prevalans) %0.4 ile %0.7 arasında sonuçlar verdiğini göstermektedir (Jablensky, Kirkbride ve Jones, 2011). Dünya Sağlık Örgütü bilgilerine göre Asya ve Avrupa için ortalama sıklık (prevalans) oranı %0.85, yaşam boyu yaygınlık (insidans) %0.5 ile %1.0 arasındadır. Yaşam boyu hastalanma riski (morbidity), yani 15-45 yaş arasındaki nüfusta şizofreni olma olasılığı %1 civarındadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Dünya nüfusunun yaklaşık %1’ini etkileyen bu hastalığın yaygınlık tahminlerine şizofreni spektrum bozuklukları (şizoid kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu, şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk) da dahil edilirse, etkilenen kişi oranı yaklaşık %5’e kadar yükselir (Buchanan ve Carpenter, 2007).

Şizofreni, kadın ve erkeklerde eşit yaygınlıktadır. Bununla birlikte her iki cinsiyette hastalığın gidişi ve başlama yaşı farklıdır (Sadock ve Sadock, 2005).Başlangıç yaşı, erkeklerde en sık 15-25, kadınlarda 25-35 arasındadır. Kadınlarda başlangıç yaşı 3-4 yıl daha geç olmaktadır. Erkek hastaların %61.6'sında, kadın hastaların %47'sinde hastalık belirtileri 25 yaşına kadar ortaya çıkmakta; erkek hastaların yarısından fazlası, kadın üçte biri ilk kez 25 yaşından önce hastaneye başvurur (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Sadock ve Sadock, 2005).

1.1.4. Etiyoloji

Yüzyılı aşkın bir süredir araştırmalara konu olduğu halde şizofreninin oluş nedenleri henüz kesin olarak aydınlatılamamıştır. Etiyoloji üzerindeki görüşler “psikososyal” ve “organik” olmak üzere iki ana kümede toplanarak tartışılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

1.1.4.1.Genetik Faktörler

Birçok çalışma şizofreninin geçişinde genetik bir komponent olduğunu şiddetle öne sürmektedir. Çeşitli çalışmalarda kromozomların yarısından fazlası şizofreni ile ilişkili bulunmuştur. Fakat 5, 11 ve 18. kromozomun uzun kolu, 19 ve X kromozomunun kısa kolu en sık üzerinde durulanlardır (Meltzer ve Fatemi, 2003; Sadock ve Sadock, 2005; Köroğlu, 2004).

Aile, ikiz ve evlatlık çalışmaları, hastalığın genetik bir temeli olduğunu göstermektedir.Toplumda %1 olan şizofreni yaygınlığı, ebeveynlerinden sadece birinde şizofreni olan çocukların hastalanma riski %12.5-13.8, her iki ebeveyni şizofreni olan çocuklarda bu risk %35-46 arasındadır. Anne ve babası sağlam, ancak çocuklardan biri hasta ise, kardeşlerde şizofreni riski %6.7-8.2'dir. Monozigot ikizler en yüksek eş hastalanma oranını göstermektedir. Yakın akraba arasında hastalık riski

normal nüfusa göre 7 ile 10 kat daha yüksektir. Akrabalık uzaklaştıkça oran da düşmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

1.1.4.2.Çevresel Faktörler ve Risk Etkenleri

Genel olarak obstetrik komplikasyonların ileri yaşlarda nörolojik ve ruhsal problemlere neden olduğu ya da daha çok birlikte görüldüğü kabul edilmektedir (Doğan, 2011). Çeşitli çalışmalar, şizofreni hastalığı ile obstetrik komplikasyonlar arasında sağlam bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Anne adayının stresli olması, uzamış doğum eylemi, sigara ve alkol kullanımı, oksijen yetersizliği, prematüre doğum, düşük ağırlıklı doğum, düşük baş çevresi, Rh uyuşmazlığı gibi obstetrik komplikasyonları ile şizofreni arasında sağlam bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Jablensky, Kirkbride ve Jones, 2011; Brown, 2011; Işık ve Işık, 2008; Rosso ve Cannon, 2003).

Akal ve Doğan'ın(2010) Türkiye'de şizofreninin potansiyel risk faktörlerinin ve risk altındaki bireylerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, şizofreni annelerinin diğer annelere göre hamilelik döneminde ilaç kullanma ve inflamatuvar bir hastalık geçirme açısından istatistiksel yönden anlamlı oranda daha yüksek sorunlara işaret etmektedir.

Doğum mevsiminin şizofreni için bir risk etkeni olduğunu bildiren çok sayıda çalışma bildirilmiştir (Doğan, 2011). Şizofreni ile doğum mevsimi arasında ilişki olup olmadığını bildiren çalışmaların sonuçları, güney yarımkürede Haziran – Eylül arasında doğanlarda, kuzey yarımkürede ise Kasım – Nisan ayları arasında doğanlarda şizofreni gelişme riskinin daha yüksek olduğu yönündedir (Sadock ve Sadock, 2005). Bu sonuç, soğuk mevsimde doğanlarda viral enfeksiyonların geç etkilerine, beslenme yetersizliğine ve buna bağlı olarak beyin gelişmesinde gecikme

yaşanmasına; aksine sıcak mevsimde doğmanın beynin gelişmesi için avantaj sağlayacağına bağlanmaya çalışılmaktadır (Doğan, 2011).

Erken yaşta olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşma, çocukluk döneminde yaşanan istismar ve cinsel kötüye kullanılma ile yetersiz toplumsal desteğin şizofreni olma riskini arttırdığı kabul edilmektedir (Bebbington ve Kuipers, 2008).

Çocukluk çağındaki zorlu yaşam olayları sayısı ile şizofreninin ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. Böyle bir çalışmada çocukluk dönemi zorlu yaşam sayısı ile (düşük sosyoekonomik düzey, kirada oturma, işsizlik, tek ebeveynli olma gibi) şizofreni riskinin doğru orantılı olduğu ve dörtten daha fazla zorlu yaşam koşulu bulunduran hanelerin/ailelerin çocukları için risk oranının 2,7 kat arttığı bildirilmiştir (Wicks ve diğ., 2005). Babanın sosyal sınıfının düşük olması ya da yoksul bir bölgede dünyaya gelmek yetişkinlik döneminde şizofreni riskini kontrol grubuna göre 2,1 kat arttırmakta, her iki risk etkenini taşıyanlar için şizofreni riskinin dahayüksek olduğu bildirilmektedir (Harrison ve diğ., 2001).

Kentte yaşayanların kırsal bölgede yaşayanlara oranla daha çok şizofreni geliştirdikleri bildirilmektedir (Read ve Hammersley, 2005; Krabbendam ve vanOs, 2005). Şizofreni yaygınlığını araştıran on araştırmanın incelendiği bir gözden geçirmede, kentte yaşayanlarda kırsal alanda yaşayanlara oranla şizofreninin yaklaşık iki kat daha fazla olduğu, psikotik özellik ya da yaşantıların da daha çok görüldüğü belirtilmiştir. Kentleşmenin ortaya çıkarttığı riske, bireyin maruz kaldığı zaman dilimi de önemlidir. Doğum öncesi ve sonrası, çocukluk ve ergenlik döneminde kentsel çevre koşullarına maruz kalmanın şizofreni için yüksek risk taşıdığını ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Krabbendam ve vanOs, 2005).

Önemli kültürel ortam değişikliğinin, göçün ya da bir toplumda azınlık konumunda olmanın toplumsal izolasyonun nedeni olabileceği kabul edilmektedir

(Selten ve Cantor-Graae, 2005). Göç ve şizofreni ile ilgili son 30 yıllık (1977-2003 yılları arası) çalışmaların incelendiği önemli bir gözden geçirmede, ilk kuşak göçmenlerde şizofreni için göreceli risk oranı 2.7, ikinci kuşak göçmenlerde ise bu riskin 4.5 olduğu bildirilmiştir (Cantor-Graae ve Selten, 2005). Ayrımcılık, toplumsal dışlanmışlık ve izolasyonun yarattığı kronik zorlanmayı, Selten ve Cantor-Graae “sosyal yenilgi” olarak tanımlanmıştır. Bu zorlanmanın dopamin duyarlılaşmasına neden olarak psikotikyaşantı ve belirtilerin ortaya çıkmasına neden olduğu ileri sürülmüştür (Selten ve Cantor-Graae, 2005).

Şizofreninin bekar erkeklerde daha çok ortaya çıktığıyla ilgili veriler bildirilmiştir. Şizofrenisi olan bekar erkekler evli olanlara göre 10-12 kat daha yüksek oranda hospitalize edilmektedir. Şizofrenisi olan bekar kadınların hospitalizasyon riskinin, evli olanlara göre ancak 3 kat daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Her iki cinsiyette bekarların daha fazla hospitalize edilmesi, evliliğin hastalığa karşı koruyucu faktör olduğunu gösteriyor şeklinde yorumlanmaktadır. Öte yandan bir grup çalışma, evliliğin şizofreniyi engelleyici ya da geciktirici bir rolünün olmadığını ortaya koymaktadır (Çetin ve Ceylan, 2009).

Şizofrenisi olan bireylerin dörtte üçünden fazlasının sigara içtiğini bildiren çok sayıda çalışma bildirilmiştir. Tüm psikiyatrik hastalarla karşılaştırıldığında bu oran, şizofrenideki oranın yarısından daha azdır. Çalışmalar, sigara içmenin yüksek doz antipsikotik kullanımı ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Olasılıkla bu durum, sigara içmenin ilaçların metabolizma hızını arttırmasından kaynaklanmaktadır. Sigara içme, ilaca bağlı azalmış parkinsonizm ile ilişkili olabilir; olasılıkla dopamin nöronlarının nikotine bağlı aktivasyonundan kaynaklanmaktadır. Son yıllardaki çalışmalar, şizofrenisi olanlarda nikotinin beyindeki nikotin reseptörlerine etkisi ile dışarıdaki uyaranları azaltarak, gürültü, varsanı gibi pozitif belirtileri baskıladığını ortaya koymaktadır. (Sadock ve Sadock, 2005).

Madde bağımlılığı risk etkeni olarak şizofreniyle ilişkili bulunmuştur (Jablensky, Kirkbride ve Jones, 2011). Çalışmalar, şizofrenili hastalardapsikoaktif maddelerden amfetamin, halusinojen ve kannabis kullanımının arttığını göstermektedir. Hastalar, maddeyi anksiyete ve depresyonu azaltmak ve haz duymak için kullandıklarını belirtmektedirler. Birçok çalışmada, madde ilişkili bozuklukların eşlik etmesinin şizofrenide kötü gidişle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Brown, Bresnahan ve Susser, 2007; Sadock ve Sadock, 2005).

1.1.4.3.Şizofreni Etiyolojisi ile İlgili Teoriler

1.1.4.3.1.Nörokimyasal Model

Dopamin varsayımına göre şizofreni, aşırı dopaminejik aktivitenin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Varsayımın en büyük dayanağı, antipsikotik ilaçların hemen bütününde birer dopamin reseptörü antagonisti olmasıdır. Amfetamin, levodopa gibi dopaminerjikagonistlerin şizofreni tanısı alan hastalarda uygulanmasının, bu hastaların çoğunda semptomları alevlendiriyor olması, varsayımı destekleyen bir diğer gözlemdir (Koroğlu, 2004). Şizofrenide dopamin varsayımıyla ilgili çalışmalar sürmekte, yeni reseptörler tanımlanmaya devam etmektedir.

Kuvvetli serotonin ilişkili aktiviteye sahip, serotonin dopamin antagonisti (SDA) ilaçlarla (klozapin, risperidon, sertindol gibi) ilgili gözlemlerden sonra, serotoninin şizofreni çalışmalarında dikkatleri üzerine çekmiştir. Özellikle 5-HT₂ reseptördeki antagonizmin psikotik belirtileri azaltılmasında etkili olduğu ve D₂ antagonizmasıyla ilişkili hareket bozuklukların gelişmesine karşı hafifletici etkisinin bulunduğu vurgulanmıştır (Sadock ve Sadock, 2005).

Uzun süreli antipsikotik ilaç kullanımının lokusseroleusdakınoradrenerjik nöronların aktivitesini azalttığı ve bazı antipsikotiklerin Alfa1-adrenerjik ve Alfa2-

adrenerjik reseptörler üzerinde etkinlik göstererek terapötik etki ortaya çıkardığı bildirilmiştir. Şizofreni tanılı hastaların bazılarında hipokampusta GABA' erjik nöronlarda bir kayıp olduğu bulunmuştur. İnhibitör GABA' erjik nöron kaybı dopaminerjik ve noradrenerjik nöronlarda hiperaktiviteye sebep olmaktadır (Köroğlu, 2004).

Öne sürülen varsayımlarda glutamatin hipoaktivitesi, hiperaktivitesi ve glutamatin yol açtığı nörotoksite üzerinde durulmaktadır. Glutamat antagonisti olan fenilsiklidinin akut alınmasıyla şizofreni benzeri bir sendromun ortaya çıkmasından dolayı, şizofreni etiolojisinde glutamatin da etkisi olduğu ileri sürülmektedir (Saddock ve Saddock, 2005).

Bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) çalışmalarının çoğunda lateral ve üçüncü ventiküllerde büyüme ve kortikal atrofi saptanmıştır. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) çalışmaları şizofrenisi olan hastalarda hipokampal-amigdala kompleksinin ve parahippokampal girusun hacminin azaldığını göstermiştir. Pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmalarında genelde glikoz kullanımı ya da serebral kan akımı ölçülmektedir. Hastaların frontal loblarında hipoaktivite, psikolojik testle stimülasyonun ardından belirli bir takım beyin bölgelerinde aktivasyon bozukluğu ve serebral kortekse oranla bazal ganglionlarda hiperaktivite tespit edilmiştir (Köroğlu, 2004).

1.1.4.3.2. Nörogelişimsel Model

Modele göre erken beyin gelişimindeki anormallikler ileride klinik belirtilerin ortaya çıkma riskini arttırmaktadır. Obstetrik komplikasyonlarının ve in utero viral enfeksiyonlara maruz kalmanın şizofreni riskini arttırması, fenotipik olarak minör fiziksel anormalliklerin, premorbid nörolojik ve nöropsikolojik anormalliklerin şizofrenili bireylerde daha fazla görülmesi, hayvan modellerinde

neonataltemporallob lezyonlarının erişkin dönemde şizofreninin özelliklerini taklit eden davranışsal sonuçlarının olması, nörodejeratif modeli çürütür şekilde beyinde gliozisin saptanmaması, yapısal beyin değişiklikleri ve entelektüel işlev bozukluğunun hastalığın başlangıcında var olması ve ilerlememesi, postmortem çalışmalarda yetersizlik saptanan kortikal nöron göçünün gebeliğin ikinci trimestrında gerçekleşmesi nörogelişimsel modeli desteklemektedir. Klinik belirtilerin ergenlik, genç erişkinliğe dek ortaya çıkmaması ya erken lezyonun hazırladığı zeminde hastalık başlangıcı öncesi yeni bir nörogelişimsel anormalliğin ortaya çıkmasıyla ya da gelişim sürecindeki olaylar veya artan işlevsel talepler nedeniyle daha öncesi bir lezyonun açığa çıkması ile açıklanmaktadır (Akil ve Weinberger, 2000).

1.1.4.3.3.Stres Yatkınlık Modeli

Şizofreninin etiyolojisi söz konusu olduğunda artık stres-yatkınlık (diates) modeli üzerinde durulmaktadır. Biyolojik, psikososyal ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşiminin ifadesi olan stres-yatkınlık modeline göre, özel yatkınlığı bulunan bir kişi stresli bir durumla karşılaştığında şizofreni belirtileri gelişir. Bu modelde, yatkınlık veya stres biyolojik, çevresel ya da her ikisi birden olabilir. Çevresel bölüm hem biyolojik (enfeksiyon gibi), hem psikolojik (stresli aile ortamı, bir yakının ölümü gibi) olabilir. Yatkınlığın biyolojik temeli madde bağımlılığı, psikososyal stres ve travma gibi epigenetik etkilerle şekillenebilir (Sadock ve Sadock, 2004; Köroğlu, 2004).

1.1.4.3.4.Psikoanalitik Kuram

Psikoanalitik kurama göre şizofreni, primer narsisizm dönemini sağlıklı olarak aşamamış bireyin çevreyle yaşadığı çatışma ve engellemelere (frustration) verdiği gerileme (regression) yanıtıdır. Şizofrenik regresyon bireyin dış dünyadaki

nesnelere ve onların kendi iç dünyasındaki temsilcilerinden libidinal enerjisini çekerek gelişimin otoerotik erken dönemine gerilemesidir (ikincil narsisizm). Sanrılar ve varsanılar ise libidonun dış nesnelere ve gerçekliğe tekrar ulaşabilme çabasının sonucudur(Sadock ve Sadock, 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

1.1.5. Tanı

Şizofreni tanısını koymak için Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan ve çoğunluğun referans olarak aldığı DSM tanı kriterleri dikkate alınmaktadır. Yakın zamana kadar DSM-IV-TR tanı ölçütleri klinisyenler tarafından kullanılmaktaydı. 2013 yılında Türkçe versiyonu basılan DSM-5 tanı kriterleri kitabının yayımlanmasıyla birlikte tanılardaki yenilikler ve değişiklikler ortaya çıktı.

Şizofreni ölçütü için iki önemli yenilik DSM-5'te dikkat çekmektedir. İlki, şizofreninin A ölçütünde yapılan değişiklik özellikle önem taşımaktadır. DSM-IV'te A tanı ölçütündeki belirtilerden az ikisinin bulunması şartı bulunmaktaydı: Tek bir Schneideryen belirti diğer iki belirtiyeye eşdeğer sayılırken DSM-5 bu ayrıcalığa son vererek Schneider belirtiyi ortadan kaldırmaktadır. Diğer bir deyişle Schneider belirti şizofreni için artık patognomonik değildir. İkinci önemli değişiklik ise şizofreni alt tipleriyle ilgilidir. DSM-IV'te yer alan dezorganize, paranoid, ayrışmamış, rezidüel ve katatonik klasik alt tipleri DSM-5'te kaldırılmaktadır. Bu değişimin gerekçesi olarak alt tiplerin az kullanılması ve alt tiplerin varlığını düşündüren çalışmaların yöntem bakımından zayıf yönleri gösterilmektedir. Ancak "katatoni" bir ek tanımlayıcı olarak, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar bölümünde yer alan tüm klinik tablolarla kullanılması önerilmiştir. (Şar, 2010).

Aşağıda DSM-IV-TR tanı kitabının şizofreni kriterleri ile birlikte yakın zamanda kullanılmaya başlanan DSM-5 tanı kitabının daşizofreni kriterleri verilecektir.

1.1.5.1.DSM-IV-TR Şizofreni Tanı Kriterleri

A. Özgül 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) sanrılar

2) varsanılar

3) dezorganize (darmadağın) konuşma (örneğin çağrışımlarda dağınıklık [sık sık konu dışı sapmalar gösterme] ya da enkoherans)

4) ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış

5) negatif belirtiler, yani affektif donukluk (tekdüzelik), konuşamazlık (aloji) ya da avolasyon

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 ölçütünden sadece bir semptomun 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 ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası 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 semptomları kapsamaludur; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemi kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun 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 aktif evre semptomları ile birlikte aynı zamanda Majör Depresif, Manik ya da Mikst Epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da aktif evre semptomları 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. Bir yaygın 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.

1.1.5.1.1.Şizofreni Alt Tipleri

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

1) Paranoid tip: (aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılamalıdır)

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

B.Şunlardan hiçbirinin bulunmaması:

(1) dezorganize konuşma

(2) dezorganize davranış

(3) donuk ya da uygunsuz affekt

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

A. Aşağıdakilerin hepsi belirgindir:

(1) dezorganize konuşma

(2) dezorganize davranış

(3) donuk ya da uygunsuz affekt

B. Katatonik tip için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

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

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

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

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

(5) ekolali ya da ekopraksi

4) Ayrışmamış (Farklılaşmamış) tip:

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

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

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

B. Negatif semptomların ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin (örneğin acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar vardır (DSM-IV-TR, 2000).

1.1.5.2.DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri

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

1) Sanrılar

2) Varsanılar

3) Dezorganize konuşma (örneğin sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılabilir konuşma).

4) İleri derecede dağınık davranış ya da katatonik davranış

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

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az 6 ay sürer. Bu aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve rezidüel (artakalan) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, prodromal ya da rezidüel evreleri sırasında, yalnızca negatif (silik) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örneğin yargılanacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

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

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

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanısıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (DSM-5, 2013).

1.1.6. Klinik Özellikler

Hiçbir belirti veya bulgu şizofreni için patognomonik (tanı koydurucu) değildir, hastalık farklı şekillerde görülebilir (Kaplan ve Sadoç, 2004). Sosyal içe çekilmeyle başlayan sinsi bir başlangıcın yanı sıra, kimi hastada kendi kendine konuşma, uygunsuz gülme gibi tuhaf davranışlar ilk olarak görülebilmekte, kimi hastada aşırı bedensel uğraşlar, özbakımını ihmal etme ya da obsesif kompulsif belirtiler şeklinde olabilmektedir. Klinik tablo akut bir biçimde sanrı, varsanı, algı bozukluğu, agresif ve saldırgan davranışlar biçiminde bir seyirle de başlayabilmektedir (Kültür, Mete ve Erol, 2007; Işık ve Işık, 2008).

Süregiden dönemde hastalar, farklı evrelerde farklı belirtiler gösterebilmektedir. Giderek gerçeklik kavramını yitirmeye başlayan şizofrenihastası,

yaşantılara bir açıklama getirme çabasıyla psikotik düşünce, duygu ve davranış geliştirmeye başlayacak, zaman içinde de gerçek dışı yaşantılarını gerçeğin yerine koymaya başlayacaktır. Şizofreninin daha çok pozitif belirtilerinin izlendiği bu dönem, hastalığa ait klinik seyrin yerleşmeye başladığı dönemdir. Hastalık kronikleştikçe belirgin psikotik bulgular yerini silik ve giderek daha regresif karakter kazanan düşünce, duygu ve davranışlara bırakmaya başlar. Bu dönem ise, daha çok negatif belirtilerin hakim olduğu dönemi içerir (Kaplan ve Sadock, 2004; Kültür, Mete ve Erol, 2007).

Şizofrenide klinik belirti ve bulgular ele alındığında pozitif ve negatif belirtilerin yanı sıra affektif, bilişsel, işlevsel ve öznel belirtilerle düşmancıl davranışlara rastlanmaktadır. Şizofreninin pozitif belirtileri algı bozukluğu (varsanı), düşünce bozukluğu (sanrı), katatoni, kavramsal dezorganizasyon ve dezorganize konuşmadır. Negatif belirtiler ise sığ affekt, apati, anhedoni, aloji, avolüsyon, dikkat ve motivasyon azlığı, iş yaşamı ve kişiler arası ilişkilerde bozulma şeklinde gözlenmektedir (Kültür, Mete ve Erol, 2007).

1.1.7. Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni çok farklı gidiş ve sonlanım özellikleri gösteren süregelen bir bozukluktur. Sinsi ve yavaş başlayıp yıllarca böyle sürüp giderken alevli ataklar ortaya çıkabilir. Nöbetler kendiliğinden ya da tedaviyle yatıştır. Daha sonra yavaşça ilerleyen ve daha sonra negatif belirtilerin baskın olduğu rezidüel (kalıntı) şizofreniye dönüşebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Hastalığın klasik gidişi alevlenmeler ve remisyonlar şeklindedir. İlk psikotik atak sonrası hastada iyileşmeye doğru seyir gözlenir, uzun zaman içerisinde işlevsellik göreceli olarak normalleşebilir. Bununla birlikte, hastalar genellikle nüksle karşılaşır ve tanıdan sonraki ilk beş yıl boyunca izlenen hastalık tablosu genellikle hastanın gidişini

gösterir. Psikozunher bir nüksü hastanın işlevselliğinde daha fazla yıkım izler. Şizofreni hastasının strese yatkınlığı genellikle yaşamboyudur. Pozitif belirtiler zamanla hafifleme eğilimdedir, fakat sosyal yetersizliğe yol açan negatif ve defisit (eksiklik) belirtilerin şiddeti artabilir (Sadock ve Sadock, 2005).

Çalışmalar şizofreni için ilk hastaneye yatıştan sonraki 5-10 yıllık dönemde hastaların sadece yaklaşık %10-20'sinin iyi bir gidişe sahip olarak tanımlanabileceğini göstermektedir. Hastaların yarısından çoğu mükerrer yatışlar, belirtilerin alevlenmesi, major duygudurum atakları ve özkıyım girişimi gibi kötü gidişe sahip olarak tanımlanabilir. Kötü tabloya karşın bildirilen iyileşme oranı %10-60 arasındadır ve kabul edilebilir tahmin şizofreni hastalarının %20-30'unun normale yakın hayat sürdürebildiğidir. Hastaların %20-30'u hafif belirtileri yaşamaya devam eder ve %40-60'ının tüm yaşamlarında hastalığın neden olduğu önemli bozulmalar vardır (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Sadock ve Sadock, 2005)

1.1.7.1. Şizofreni Prognozu

Şizofreninin gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş ülkelere oranla daha iyi bir gidiş izlediği bildirilmiştir. Günümüzde şizofreninin prognozu, nöroleptiklerin kullanıma girmesinden önceki yıllara oranla daha iyidir. Yine de gidiş ve prognoz, kişisel farklılıklar gösterdiğinden hastalık sürecini öngörmeye olumlu ve olumsuz prognoz göstergelerini göz önünde bulundurmaya gerekecektir (Işık ve Işık, 2008).

1.1.7.1.1. Olumlu Gidiş Göstergeleri

Hastalığın ani başlangıçlı olması ve pozitif belirtilerle gelişmesi, hastalığın geç başlangıçlı olması, affektif belirtilerin olması, ortaya çıkarıcı bir olay olması, paranoid ve katatonik türler, kadın olma, evli olma, destekleyici aile ve/veya destekleyici eşin varlığı, yüksek zeka düzeyi, konfüzyonun varlığı, ailede

duygudurum bozukluğu olması, ailede şizofreni öyküsünün olması, destek sistemlerinin iyi oluşu, dalgalanan seyir, kırsal kesimde yaşama, psikotik saldırganlığın olmayışı, aile içinde eleştirici ortamın olmayışı, hastalık öncesi sosyal, cinsel ve iş işlevselliğinin iyi olması (Meltzer ve Fatemi, 2003; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

1.1.7.1.2. Olumsuz GidişGöstergeleri

Başlangıcın sinsi ve yavaş ortaya çıkması, hastalığın erken yaşta başlaması, sosyal geri çekilme ve otizm, ayrışmamış ve dezorganize tip şizofreni, bekar, boşanmış veya dul olma, ailede şizofreni öyküsünün varlığı, destek sistemlerinin kötü oluşu, süreğen seyir, negatif belirtiler, kısıtlı ve künt affekt, ortaya çıkarıcı bir olayın olmaması, hastalık öncesi sosyal, cinsel ve iş işlevselliğinin kötü olması, nörolojik belirti ve bulguların olması, perinatal travma öyküsü olması, ailede duygu dışavurumunun yüksek oluşu, eleştirici aile ortamı, psikotik saldırganlığın oluşu, hastaneye yatma sayısının çok, yatış sürelerinin uzun ve iyileşme durumlarının kısa olması (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Işık ve Işık, 2008).

1.1.7.2.Şizofrenide Sonlanım (Ölüm ve Özkıyım)

Şizofrenili hastalarda ölüm oranı toplum ortalamasının üzerindedir (2-4 kat yüksek). En önemli ölüm nedeni özkıyımdır. Girişilmiş ve tamamlanmış özkıyım oranları şizofrenide anlamlı olarak artış seyretmektedir. Hastaların %20-50'sinin özkıyım girişiminde buldukları ve %10 civarında hastanın özkıyım sonucu öldüğü bildirilmektedir. Bu oran genel nüfustaki özkıyım oranlarından 20 kat fazladır. Gelişmiş ülkelerdeki hastaların özkıyım oranı az gelişmiş ülkelerdeki hastaların oranından daha azdır. Şizofrenide erkek olmak, alkol ve madde kullanıyor olmak, içgörü sahibi olmak, bekar, yalnız veya işsiz olmak özkıyım için riski artıran

özellikler olarak bildirilir. Yüksek özkıyım oranlarında komut varsanları, ilaç kötüye kullanımı ve major depresif dönemin varlığı olasılıkla önemli faktörlerdendir.

Şizofrenide kazalar, enfeksiyonlar, kalp damar ve solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler de genel toplumdan daha yüksek oranlarda seyretmektedir (Kirkpatrick ve Tek, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

1.2.Şizofreni ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi

1.2.1.Çocukluk Çağı Travmalarının Tanımı ve Tarihsel Süreci

Ruhsal travma, beklenmedik ve aniden, bireyin olağan savunma düzenekleri ve başetme yolları ile üstesinden gelemeyeceği kadar ağır olan, zorlanma boyutlarını aşan sarsıcı yaşantılarolarak tanımlanmaktadır. Bu travmatik süreç, doğal afet ya da kaza sonucu olabileceği gibi insan eliyle de gerçekleşmiş olabilir (Türksoy, 2003; Şar, 1998; Herman, 1992).

Çocukluk çağı travması ise bireyin 18 yaş öncesinde maruz kaldığı fiziksel, cinsel ve duygusal kötüye kullanım ile ihmalin yanı sıra ebeveynin ya da bakım verenin kaybı, ayrılma, şiddete tanık olma, göç, kaza veya doğal afetler biçiminde olabilir(Şar, 1998, Herman, 1992).

DSÖ, çocuğa yönelik kötü muamele ve istismarı, sorumluluk, güven ve yetenekle ilgili genel durumunda çocuğun sağlığına, yaşam, gelişim ve değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya psikolojik olarak kötü davranışı, ihmali, her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren davranışlar bütünü olarak tanımlamaktadır (Runyan ve diğ., 2002).

İstismar ile ihmali birbirinden ayıran temel nokta istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir durumu tanımlamasıdır (Aral, 2001).Farklı sınıflandırmalar literatürde yer

alsa da çocuk istismarını, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olarak alt bölümlere ayırmak mümkündür (Taner ve Bahar, 2004):

Fiziksel İstismar: 18 yaşından küçük çocuğun, anne – babası ya da bakım vereni tarafından sağlığına hasar verecek şekilde bedensel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma olasılığı taşımasıdır. Söz konusu zarar verme; elle ya da bir cisimle vurularak, sarsılarak, itilerek, ısırılarak ya da yakılarak oluşabilmektedir (Bernet, 2007; Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999; Şar, 1998; Kaplan, 1996).

Cinsel İstismar:Çocuk ve yetişkin arasında; veya diğer çocuğun yaşının anlamlı olarak daha büyük olması ya da zor kullanması koşuluyla iki çocuk arasında, cinsel davranış durumunun olması cinsel açıdan kötüye kullanım olarak tanımlanmaktadır (Şar, 2008). Aktepe'ye göre (2009) ise, cinsel istismar; yetişkinin çocuk ya da ergeni cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla güç kullanarak, tehdit ederek ya da kandırarak kullanması durumudur (Aktepe, 2009).Amerikan Pediatri Akademisi'nin Çocuk İstismarı ve İhmali Komitesi1998-1999 (American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect, 1999)raporuna göre cinsel istismar, fiziksel olarak daha az müdahale içeren cinsel temastan tecavüze kadar geniş bir spektrumun içine alır.

Duygusal İstismar:Ruhsal ve duygusal sağlığı tehlikeye atacak biçimde ağır sözel tehditler yapılması, küçük düşürecek yorumlarda bulunulması, alay, eleştiri ya da aşağılanma içermesi şeklinde tanımlanabilir. Çocuğu çeşitli konularda suçlama, katı şekilde cezalandırma, yaratıcılığını kısıtlayacak biçimde aşırı denetleme, istemediği tercihlere zorlanması ve diğer taciz türlerinin dışında kalan istismar türleri bu tanımın yelpazesinde değerlendirilebilir. Duygusal istismar, sınırlarının çizilmesi görece güç olan bir kavramdır. (Glaser, 2002; Şar, 1998).

Çocuğun bakımının ve korunmasının sağlanmasındaki yetersizlikleri kapsayan ihmal, çocuğa kötü muamelenin en sık görülen biçimidir (Bernet, 2007). Sıklıkla duygusal ve fiziksel olarak sınıflandırılmakla birlikte artık eğitimle ilgili ihmalin de (educational neglect) alt başlık olarak dikkate alındığı çalışmalar yaygındır. Aşağıda eğitimsel ihmal de yer almaktadır:

Duygusal ihmal: Anne – baba tarafından, çocuğa yeterli sevgi ve ilginin gösterilmemesi, çocuğun psikolojik ihtiyaçlarına yanıt verilmemesi, çocuğun alkol ya da başka bir madde kullanmasına müsaade edilmesi ve eşlerden biri tarafından çocuğun ihmal edilmesine göz yumulması duygusal ihmal olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun, ebeveynler arasındaki şiddete tanıklık etmek zorunda kalması da duygusal ihmal kapsamında değerlendirilmektedir (Şar, 1998).

Fiziksel İhmal: Çocuğa gerekli olan tıbbi müdahalenin yetersiz veya geç sağlanması, çocuğun terkedilmesi ya da evden kovulması ile beslenme, hijyen, giyim gibi konularda koşullara uygun desteklenmemesi şeklinde dikkat çeker (Bernet, 2007; Şar, 1998).

Eğitimsel İhmal: Çocuğa gerekli eğitimin sağlanmaması, okula kaydının yapılmaması veya okuldan uzaklaştırılması, okuldan uzaklaşılmasına izin verilmesi gibi çocuğun eğitim sorununa dikkat edilmemesini içerir (Bernet, 2007; Sedlak, 2001).

İnsanlık tarihinin erken dönemlerine kadar uzanan çocuğa kötü muamele, dünyanın çeşitli kültür ve coğrafyalarında görülmeye devam edegelmektedir. 19. yüzyılın sonlarına doğru çocukların kötüye kullanımı konusunda toplumsal farkındalık arttı. Fransız asıllı adli patolog Ambroise Tardieu, 1860'larda ölümle sonuçlanacak biçimde dövülen çocuklarda yaptığı otopsiler ile ciddi çocuk kötüye kullanımını tanımlamıştır. Modern anlamda çocuk kötüye kullanımı, radyolog ve

pediatrist John Caffey tarafından 1946 yılında çoklu iskelet kırıkları ve kronik subdural hematomları olan çocuklarda ortaya konmuştur.

1962 yılında Henry Kempe ve arkadaşları (1962) “the battered child syndrome” (dövülmüş çocuk sendromu) adlı tarihsel bir makale yayınlamak üzere bilimsel alana taşımış, bu tarihten hemen sonra öncelikle Amerika olmak üzere çocuk kötüye kullanımı ile ilgili yasalar yürürlüğe girmeye başlamıştır (Bernet, 2007).

DSM-IV-TR, “klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar” ve ihmal ve kötüye kullanımla ilgili problemler” bölümlerinde çocuğun fiziksel ve cinsel kötüye kullanımı ve ihmalini tanımlamaktadır (DSM-IV-TR, 2000; Bernet, 2007). DSM-5 tanı ölçütleri kitabı ise DSM-IV-TR tanı kitabındaki tanımı detaylandırarak sunmaktadır: “Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar” ve “kötüye kullanma ve boşlama (ihmal)” bölümlerinin altında çocuğa bedensel, cinsel, ruhsal sömürü ile çocuğu boşlama başlıkları yer almakta, her bir başlık da kendi içinde açıklanmaktadır (DSM-5, 2013).

1.2.2.Çocukluk Çağı Travmaları ve Klinik Özellikler

Çocukluk dönemi kötüye kullanım ve ihmalinin tahmin edilenden daha sık olduğu, erişkinlik dönemindeki etkilerinin sanılandan çok daha karmaşık ve daha zengin belirtileri olduğu yapılan araştırmalar sonucu bilinmektedir (Şar, 1998; Bernet, 2007). İnsanların sebep olduğu travma ile başa çıkmak doğal afetlerin ya da kazaların sebep olduğu travmayla baş etmekten daha zordur. Nitekim profesyonel destek arayanların çoğunluğunun insan eliyle travmaya maruz kaldığı gözlenebilir. Katlanılması güç bir başka durum ise kötüye kullanım ve ihmale maruz kalan bireyin, yakın ve bağımlı ilişki geliştirdiği birinden zarar görmesidir (Şar, 1998).İnsanın sebep olduğu kötü deneyim ve travmalar sıklıkla uzun süreli ve

yineleyicidir ve yıllarca sürebilir. İhmal ve istismara uğrayan çocuklarda duygusal, davranışlar ve somatik yakınmalar sık görülür (Bernet, 2007).

Çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal, bireyin psikososyal gelişimini tamamlamasını engelleyerek erişkin yaşamda benzer travmatik ortamları ya da ilişkileri geliştirmelerine neden olmaktadır (Herman, 1992). Nitekim çocukluklarında fiziksel ihmale maruz kalan bireylerin yetişkinliklerinde eşlerini kötüye kullandıkları bildirilmiştir (Şar, 1998).

Fiziksel istismar ve ihmale uğrayan çocuklarda, gerginlik, korku, agresyon, şüpheli tavırlar, akademik başarısızlık ile depresif özelliklerden, ayrılık anksiyetesi, sosyal izolasyon, uyku bozuklukları, öğrenme güçlüğü, davranım bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, duygulanım düzensizlikleri, madde kullanımı, dissosiyatif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğuna dek giden bir yelpazede patolojiler görülebilmektedir(Şar, 1998; Bernet, 2007).

Cinsel yönden kötüye kullanıma maruz kalan çocuklarda güvensizlik, duygusal yakınlığı cinsel yakınlaşmadan ayırt edememe veya cinsel ketlenme, cinsiyet kimliğinde bozulmalar, cinsel davranış bozuklukları ile anksiyete semptomları, depresif bozukluklar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif reaksiyonlar gibi patolojiler görülebilmektedir (Bernet, 2007).

1.2.2.1.DSM-IV-TR ve DSM-5 Tanı Ölçütü Başvuru Kitalarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı

Çocukluk çağı travmalarıyla ilgili DSM-IV-TR ile DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı arasında benzerlikler ve farklılıklar yer almaktadır. Aşağıda iki el kitabının da ilgili bölümleri yer almaktadır:

1.2.2.1.1.DSM-IV-TRTanı Kitabında Çocuk İhmali ve İstismarı Kriterleri

Klinik İlgil Odağı Olabilecek Diğer Durumlar

Sömürü ya da İhmal Etme ile İlişkili Sorunlar

Bu bölüm, bir bireyin bir başkasını bedensel sömürüsü, cinsel sömürüsü ya da çocuğu ihmal etmesi gibi ileri derecede kötü davranma eylemi klinik odağı olduğunda kullanılması gereken kategorileri kapsar. Bu sorunlar kapsanmıştır çünkü bunlar sağlık alanında çalışanlar tarafından görülen bireyler arasında sıklıkla klinik ilgi odağı olan sorunlardır. Klinik ilgi odağı, sömürü ya da ihmal suçu işleyen kişi ise ya da olayın ortaya çıktığı ilişki birimi ise uygun kod uygulanır:

Çocuğun Bedensel İstismarı (Sömürüsü)

Bu kategori, bir çocuğun bedensel sömürüsü klinik ilgi odağı olduğunda kullanılmalıdır.

Kodlama notu: klinik ilgi odağı zarar gören kişi (mağdur) ise kodu belirtiniz.

Çocuğun Cinsel İstismarı (Sömürüsü)

Bu kategori, bir çocuğun cinsel sömürüsü klinik ilgi odağı olduğunda kullanılmalıdır.

Kodlama notu: klinik ilgi odağı zarar gören kişi (mağdur) ise kodu belirtiniz.

Çocuğun İhmal Edilmesi

Bu kategori, çocuğun ihmal edilmesi klinik ilgi odağı olduğunda kullanılmalıdır.

Kodlama notu: Klinik ilgi odağı zarar gören kişi (mağdur) ise kodu belirleyiniz.

1.2.2.1.2.DSM-5 Tanı Kitabında Çocuk İhmali ve İstismarı Kriterleri

Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar

Kötüye Kullanma ve İhmal (Boşlama)

Çocuğa Kötü Davranma ve Çocuğu Boşlama (İhmal) Sorunları

Çocuğa Bedensel Sömürü

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

Çocuğa Bedensel Sömürü, Doğrulanmış

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğa Bedensel Sömürü, Sanılan

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğa Bedensel Sömürü ile İlişkili Diğer Durumlar

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

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

Çocuğa sömürü uygulamış anne babaya ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

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

Çocuğa Cinsel sömürü

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

Çocuğa Cinsel Sömürü, Doğrulanmış

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğa cinsel sömürü, Sanılan

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğa Cinsel Sömürü ile İlişkili Diğer Durumlar

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

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

Çocuklukta cinsel sömürü öyküsü (geçmiş öykü)

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

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

Çocuğu İhmal (Boşlama)

Çocuğu boşlama, çocuğun anne – babası tarafından birinin ya da başka bir bakım verenin, çocuğun yaşına uygun temel gereksinimlerini karşılamaktan uzak, dolayısıyla çocuğa bedensel ya da ruhsal bir kötülüğün dokunmasıyla ya da dokunabilecek olmasıyla sonuçlanan, doğrulanmış ya da yapıldığı sanılan, gereken ilgiyi göstermeme ve ihmal (boşlama) davranışları olarak tanımlanır. Çocuğu

boşlama, bırakıp gitme, denetim altında tutmama, gerekli duygusal ya da ruhsal gereksinmelerini karşılamama ve gerekli eğitimi, sağlık bakımını, besinleri, barınağı ve / veya giysileri sağlamamayı kapsar.

Çocuğu Boşlama, Doğrulanmış

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğu Boşlama, Sanılan

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğu Boşlama ile İlişkili Diğer Durumlar

Anne babası tarafından boşlanmış çocuğa ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

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

Çocuklukta boşlanmışlık öyküsü (geçmiş öykü)

Çocuğunu boşlamış anne babaya ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

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

Çocuğa Ruhsal Sömürü

Çocuğa ruhsal sömürü, anne – babadan biri ya da bakım veren tarafından isteyerek yapılan, çocuğa belirgin ruhsal bir kötülüğün dokunmasıyla ya da dokunabilecek olmasıyla sonuçlanan, sözel ya da simgesel eylemlerdir (Bedensel ve cinsel istismar eylemleri bu kategori kapsamında değildir). Çocuğa ruhsal sömürü örnekleri arasında çocuğu paylamak, aşağılamak, küçük düşürmek, gözünü korkutmak, çocuğun değer verdiği kişilere ya da nesnelere kötülük yapmak / onları bırakıp gitmek (ya da birinin onlara kötülük yapacağını / alıp gideceğini söylemek), davranışlarını kısıtlamak (kollarını ya da bacaklarını bağlamak, bir yere bağlamak, kapalı küçük bir yere [gömme dolap gibi] tıkmak), sürekli günah keçisi yapmak, kendine acı vermesine zorlamak, bedensel ya da bedensel olmayan yollarla aşırı bir disiplin uygulamak (bedensel sömürü düzeyinde olmasa da, çok sık ya da çok uzun süreli olarak) vardır.

Çocuğa Ruhsal Sömürü, Doğrulanmış

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğa Ruhsal Sömürü, Sanılan

İlk karşılaşma

Sonraki karşılaşma

Çocuğa Ruhsal Sömürü ile İlişkili Diğer Durumlar

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

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

Çocuklukta ruhsal sömürü öyküsü (geçmiş öykü)

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

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

1.2.3.Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

Çocukluk dönemi istismar ve ihmali çoğunlukla gizli kaldığı için sanıldığından fazladır ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (Browne, Hamilton-Giachritsis ve Vettor, 2007; Avcı ve Yolga Tahiroğlu, 2007; Özer, 2014).

Detaylı ve dikkatli değerlendirmeler yapıldığında psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların %50-60'ında ve ayakta tedavi gören psikiyatrik hastaların %40-60'ında çocukluk çağı fiziksel ya da çocukluk çağı cinsel veya hem fiziksel hem de cinsel istismar öyküsünün varlığı ortaya konacaktır (Herman, 1992).

Dünyada Aile Ortamında İstismar (WorldSAFE) çalışmasında beş ülkedeki fiziksel istismar yaygınlığı incelenmiş, bu ülkeler için yaygınlık oranları Amerika Birleşik Devletleri ve Şili için %4, Filipinler için %21, Mısır için %26, Hindistan için %36 olarak bildirilmiştir. Bu ülkelerdeki psikolojik istismar oranları için Amerika Birleşik Devletleri %85, Şili %84, Filipinler %82, Mısır %72, Hindistan %70 olarak bildirilmiştir (Runyan ve diğ., 2002).

Dong ve arkadaşlarının (2003) cinsiyete göre çocukluk çağı kötüye kullanım yaygınlığını araştırdıkları çalışmalarında kadın katılımcılarda duygusal istismar %13.1, fiziksel istismar %27.0, cinsel istismar %24.7, duygusal ihmal %16.7, fiziksel ihmal %9.2; erkek katılımcılarda ise duygusal istismar %7.6, fiziksel istismar %29.9, cinsel istismar %16.0, duygusal ihmal %12.5, fiziksel ihmal %10.8 olarak bildirilmiştir.

Örsel ve arkadaşlarının (2011) çocukluk çağı travmasını sorguladıkları çalışmada bir hastanenin psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatrik tanı almış olan 183 hastayla görüşülmüştür. Katılımcıların 117'si (%65.7) çocukluk çağında fiziksel, duygusal ve cinsel istismar yaşantılarından en az birine; 11'i (%6.1) ise bu üç tür istismara da maruz kaldığını bildirmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların %70.3'ü ve erkeklerin %58.2'si çocukluk çağı travması bildirmişlerdir.

Ayaz ve arkadaşları (2012), adli sebeplerle çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran 6-18 yaş aralığındaki çocuk-ergenlerle yaptıkları çalışmada katılımcılardan istismar öyküsü verenlerin %71'inde ruhsal bozukluk tespit etmişlerdir.

İstanbul'da çocukluk çağı ihmalinin sorgulandığı bir çalışmada lise öğrencilerinde %16.5, üniversite öğrencilerinde %8.0, ayakta tedavi gören psikiyatri hastalarında %33.3, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında ise %33.2 oranında bildirilmiştir (Şar, 1998).

Zeren ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı istismarının sıklığı incelenmiş, erkek katılımcıların kızlara göre duygusal, fiziksel ve cinsel istismar oranlarının belirgin düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada duygusal istismar %35, fiziksel istismar %21.8 ve cinsel istismar %5.7 oranında bildirilmiştir.

İstanbul'da, duygusal istismar lise öğrencilerinde %15.8, üniversite öğrencilerinde %9.1, ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında %26.0, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında %34.3 oranında bildirilmiştir (Şar, 1998).

Yanık ve Özmen (2002), bir üniversite hastanesinin polikliniğine ilk defa başvuran kadın hastalarının çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmali değerlendirildikleri çalışmada çocukluk çağı fiziksel istismarını %15.3, duygusal istismarı %18.7, cinsel istismarı %22, ihmal oranını ise %30.5 bildirmişlerdir.

Samsun'da, rasgele bir örnekleme 988 üniversite öğrencisinde fiziksel istismar öyküsünün sorgulandığı bir çalışmada, katılımcıların 527'si (%53.3) fiziksel şiddet öyküsü bildirmiştir. Fiziksel şiddete maruz olma prevalansı erkeklerde (%64.0) kadınlardan (%41.6) daha fazlaydı (Turla, Dündar ve Özkanlı, 2009).

İstanbul'da 16 yaş öncesi cinsel tacizin araştırıldığı bir çalışmada aile bireyleri tarafından cinsel istismar (ensest) oranı lise öğrencilerinde %4.5, üniversite öğrencilerinde %4.6, ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında %8.7, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında %10.2 olarak bulunmuştur. Ensest dışındaki cinsel istismar eklendiğinde bu oran lise öğrencilerinde %10.7, üniversite öğrencilerinde %10.0, ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında %16.0 ve yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında %21.1 olarak belirlenmiştir (Şar, 1998).

Kız ve erkek çocuklarında çocukluk çağı travma oranları, bir çok kötüye kullanım tipinde birbirine yakındır ancak cinsel kötüye kullanım kızlarda daha sık olarak görülmektedir. Kötüye kullanım suçlularının %58'i kadın %42'si erkektir (Bernet, 2007).

Bilginer ve arkadaşları (2013), bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen polikliniğine gelen ve cinsel istismar eyleminin mağduru veya sanığı olan çocuklarla

yaptıkları çalışmada mağdurların %78.8'i kız, %21.2 erkek iken, sanıkların hepsinin (%100) erkek olduğunu bildirmişlerdir.

Çocukluk çağı kötüye kullanımı sıklığı oranlarında farklı sonuçlar ortaya çıkmakla birlikte cinsel istismar için bildirilen oranlar kızlarda %6-61, erkeklerde %3-31 aralığındadır. Kız çocuklarında istismar sıklığı erkek çocukların beş katıdır. Cinsel istismarda bulunanların önemli bir kısmı erkektir (Şar, 1998).

Çocuk istismarı ve ihmali sıklığı ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle de ilişkilidir. 5 yaşın altındaki çocuklardaki fiziksel istismar sonucu gerçekleşen ölümler gelişmemiş ülkelerde, gelişmiş ülkelere oranla 4-6 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Runyan ve diğ., 2002).

Herman'a göre (1992) kadınların %10'u çocukluk çağı cinsel istismarını bildirmektedir.

1.2.4.Çocukluk Çağı Travmalarında Etiyoloji

Çocuğun ihmali ve istismarına her çeşit sosyoekonomik seviyede rastlanabilmekle beraber düşük gelirli ailelerde finansal ve psikolojik stres altında daha sık ortaya çıkmaktadır. Anne-babanın eğitim düzeyinin düşüklüğü, işsizlik, kötü ev koşulları, tek ebeveyn kötü muamelesi ve huzur ve güven eksikliği gibi faktörlerle ilişkili olarak bulunmuştur. Çocukluk travmasının sık görüldüğü ailelerde ev içinde şiddet, sosyal izolasyon, ebeveynde ruhsal sorunlar, madde kullanımı, özellikle de alkol bağımlılığı gibi sorunlar dikkat çekmektedir. Fiziksel engelli, prematüre ve zeka geriliği olan çocuklar daha sık kötüye kullanıma maruz kalırlar. Çocuk sayısının fazla olduğu ailelerde istismar ve ihmal riski daha fazladır (Bernet, 2007).

Fiziksel istismar ve ihmal için, anne-baba ya da bakım verene ilişkin risk etkenleri olarak çocukluk çağı travmasına maruz kalma, psikiyatrik bozukluk, madde kullanımının varlığı ve sosyal destek yokluğu gibi özellikler bildirilmektedir (Powers, Eckenrode ve Jaklitsch, 1990).

Alkol kullanımı, artmış fiziksel yakınlık, aile dışı ilişkileri kısıtlayan izolasyon ensest davranışına ortam hazırlayabilir. Cinsel istismar uygulayan veya ensest ilişki kuran bazı kişilerde çeşitli ruhsal bozukluklara ve bilişsel kapasitede kısıtlılığa rastlanabilmektedir (Bernet, 2007).

Travmatik yaşantılar özellikle de çocukluk çağında meydana gelen nörobiyolojik hasarlara da yol açabilmektedir (Kızıltan ve Eroğlu, 1998)

1.2.5.Çocukluk Çağı Travmalarının Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi

Çocukluk dönemi ihmal ve istismarının yaşam boyu psikiyatrik bozuklukların oluşumundaki etkisini ortaya koyan bulgu ve araştırmalar günden güne artmaktadır (Şar, 2011). Yaşamın erken dönemlerinde istismar edilen çocukların bir kısmı psikiyatri birimlerine başvurmayabilir ancak diğer bir kısmı özellikle de şiddetli istismar yaşantısı olanlar eninde sonunda psikiyatrik hastalık geliştirirler (Herman, 1992).

Çocukluk döneminde travmaya maruz kalma, yaşam boyu psikopatoloji olasılığını artırmaktadır (MacMillan ve diğ., 2001).

Çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantıları ile dissosiyatif bozukluklar (Tolun, 2010; Bernet, 2007; Şar, 2007; Şar ve diğ., 2004; Turner ve Butler, 2003; Yanık ve Özmen, 2002; Tutkun, 1998; Şar, 1998; Herman, 1992), depresif ve afektif bozukluklar (Bilginer, Hesapçioğlu ve Kandil, 2013; McCrory, De Brito ve Viding, 2012; Evren, Dalbudak ve Evren, 2011; Uğur, 2010; Kalkay, 2009; Bernet, 2007;

Weiss, Longhurst ve Mazure, 1999; Livingston, 1987), travma sonrası stres bozukluğu (Bendall ve diğ., 2012; Pepper ve Agius, 2009; Bernet, 2007; Şar, 1998; Herman, 1992), sınırda kişilik bozukluğu (Şar ve diğ., 2004; Kairys ve Johnson, 2002; Şar, 1998), obsesif kompulsif bozukluk (Tatlı, 2012; Çelikel ve Beşiroğlu, 2008), alkol - madde kullanımı ve bağımlılığı (Ramsay ve diğ., 2011; Evren, Dalbudak ve Evren, 2011; Roy, 2004; Mirsal ve diğ., 2004; Şar, 1998; Herman, 1992; Powers, Eckenrode ve Jaklitsch, 1990), antisosyal kişilik bozukluğu (McCrary, De Brito ve Viding, 2012; Kairys ve Johnson, 2002), cinsel işlev bozukluğu ve cinsel sorunlar (Kaplan, 2012; Kairys ve Johnson, 2002; Friedman ve Harrison, 1984), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (Bernet, 2007), anksiyete bozuklukları (McCrary, De Brito ve Viding, 2012; Mirsal ve diğ., 2004; Şar ve diğ., 2004; Kairys ve Johnson, 2002) intihar girişimi ve kendine zarar verme (Kalkay, 2009; Gümüş Saçarçelik, 2009; Şar ve diğ., 2004; Kairys ve Johnson, 2002; Yanık ve Özmen, 2002; Şar, 1998; Herman, 1992), yeme bozukluğu (Hymowitz, Vivian ve O'Leary, 2014; Kairys ve Johnson, 2002; Şar, 1998), konversiyon bozukluğu (Kaplan, 2012) arasında ilişki bulunmuştur.

1.2.6.Çocukluk Çağı Travmalarının Şizofreni ile İlişkisi

Çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimlerin yetişkinlik dönemlerinde psikotik bozukluklara veya şizofreni hastalığına yol açtığını ve hastalığın kliniğini etkilediğini bildiren araştırmalar günden güne artış göstermektedir.

Çocukluk dönemi travmaları önemli bir halk sağlığı sorunudur ve psikotik bozukluk için potansiyel risk faktörüdür (Spataro ve diğ., 2004). Çok sayıda araştırma psikotik bozukluk tanısı alan hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının fazla olduğunu bildirmektedir (Larkin ve Read, 2008).

Bendall ve arkadaşları (2011), çalışmalarında fiziksel, duygusal ve cinsel istismar gibi çocukluk döneminde gerçekleşen kötüye kullanımların psikozun gelişimi için bir risk faktörü olarak belirtmişlerdir.

Read ve arkadaşları (2005), çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile psikotik bozukluklar arasındaki ilişkiyi ele alan 51 araştırmanın sonuçlarını derledikleri çalışmalarında varsanı ve sanrılar ile çocukluk çağı travmaları arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu bildirdiler. Çalışma, çocukluk çağı travmasının psikotik bozukluklar, dolayısıyla şizofreni için önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır.

Rosenberg ve arkadaşları şizofreni tanısı almış 569 hastayla çocukluk dönemi istismarı ve travmatik deneyimlerin düzeyine baktıkları çalışma, çocukluk dönemindeki travmatik yaşam deneyimleri sıklığının normal popülasyonun üzerinde olduğunu desteklemektedir (Rosenberg ve diğ. 2007).

İlk atak şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların yarısından fazlası (%52) çocukluk çağı travmasının varlığını bildirmişlerdir (Greenfield ve diğ., 1994). İlk atak şizofreni hastaları ile yapılan bir diğer çalışmayı Üçok ve Bıkmaz (2007), 57 hastayla (29 erkek, 28 kadın) bir üniversite hastanesinde gerçekleştirdiler. Katılımcı hastaların %52'si en az bir çocukluk dönemi istismar türünü; %43'ü ise en az bir çocukluk çağı ihmal türünü bildirdiler.

Psikotik bozukluklar ile çocukluk dönemi travmaları arasındaki ilişkinin araştırıldığı ve 46 araştırmanın değerlendirildiği bir gözden geçirmede psikotik bozukluklarda çocukluk çağı travma prevalansı %28-73 oranında saptanmıştır. Çalışmada, cinsel istismar, %13-61 arasında; fiziksel istismar oranı ise %10-61 arasında bildirilmiştir (Bendall, 2007).

İngiliz Ulusal Psikiyatri Araştırma Birimi, yaşları 16-74 arasında değişen 8580 kişi ile yaptıkları çalışmada yaşamının erken döneminde travmatik deneyimleri olan bireylerin erişkinlikte psikoza yatkınlıklarının belirgin biçimde arttığını ortaya koymaktadır. Çocukluk döneminde özellikle cinsel istismar öyküsünün varlığı psikotik bozuklukla ilişkilendirilmektedir (Spataro ve diğ., 2004; Bebbington ve diğ., 2004). Spataro ve arkadaşlarının (2004) çalışması, çocukluk dönemi cinsel istismarı ile şizofreni arasında anlamlı bir ilişkili olduğunu ve yaşamın ilerleyen yıllarında psikoz için yatkınlık oluşturabileceğini göstermektedir.

Bendall ve arkadaşlarının (2012) çocukluk çağı travması, ilk atak psikoz ile travma sonrası stres bozukluğuarasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarına göre, çocukluk çağında yaşanan travma ile ilişkili olarak travma sonrası stres bozukluğu, sonrasında psikoz gelişme olasılığını (20 kat) arttırmaktadır.

Livingston'un çalışması (1987), cinsel şiddete maruz kalma ile psikotik bozukluk arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır.

Şizofreni hastalığı olan kadınların hasta olmayan gönüllü kadınlarla karşılaştırıldığı bir çalışmada şizofreni tanısıyla takip edilen kadınların hastalığı olmayan gönüllülere göre çocukluk döneminde daha fazla cinsel istismar öyküsünün olduğu ve ileriki yaşamlarında daha fazla cinsel sorunlar tarifledikleri bildirilmiştir (Friedman ve Harrison, 1984).

Goodman ve arkadaşlarının(2001)çalışmalarında şizofrenili hastaların çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismar oranları %34-65 arasında bildirilmiştir.

Janssen ve arkadaşları (2004), çocukluk döneminde yaşanan istismarın ileride psikotik dönem ve deneyimler için önemli bir risk olduğunu, özellikle psikotik semptomların pozitif belirtileriyle ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir. Çocukluk

döneminde yaşanan psikolojik ve cinsel istismarın psikozla bağlantılı olduğunu, şizofreni gibi psikotik bozukluklar için yatkınlık oluşturduğunu bildiren başka çalışmalar da bildirilmiştir (Pepper ve Agius, 2009).

1.3.Amaç ve Araştırma Soruları

Araştırmalar, şizofreni tanılı hastaların çocukluk döneminde önemli oranda istismar ve ihmale maruz kaldıklarını bildirmektedir. Bu çalışmada, şizofreni tanısıyla takip edilen bireylerin çocukluk dönemi kötüye kullanımının varlığı ve düzeyi, sosyodemografik ve klinik özellikler ile hastalığın belirtileri arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Temel Hipotezi: Çocukluk çağı travmalarının, şizofreni hastalığının belirtileriyle ilişkili olabileceğini ve hastalık sürecini olumsuz etkileyeceğini varsaymaktayız. Bu çalışmada temel amaç ve hipotezin yanı sıra aşağıdaki araştırma sorularının cevaplanması amaçlanmaktadır:

1-Çocukluk döneminde maruz kalınan ihmal ve istismar ile hastalığın başlama yaşı arasında ilişki var mıdır?

2-Çocukluk dönemi travmalarının varlığı ve düzeyi şizofreni hastalarında anlamlı oranda yüksek midir?

3-Şizofreni hastalarının kliniğe yatırımları ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki var mıdır?

4-Hastanın doğduğu ve büyüdüğü (kırsal/kentsel) bölge ile travma düzeyi arasında ilişki var mıdır?

5-Cinsiyete göre çocukluk çağı travmalarının oranı değişmekte midir?

- 6-Kardeş sayısı ile travmanın türü ve düzeyi arasında ilişki var mıdır?
- 7-Çocukluk çağı travmaları ile varsanların türü arası ilişki var mıdır?
- 8-Çocukluk çağı travmaları ile sanrıların türü arasında ilişki var mıdır?
- 9-Özkıyım girişimi ile çocukluk dönemi travmaları arasında ilişki var mıdır?
- 10-Alkol - madde kullanımı ile travmanın varlığı arasında ilişki var mıdır?
- 11-Eğitim düzeyi ile hastaların istismar ve ihmal oranları arasında ilişki var mıdır?
- 12-Ölçek puanları (PANSS, KPDÖ, CTQ-28) cinsiyete göre değişmekte midir?
- 13-Ailede psikiyatrik hastalığın varlığı ile çocukluk dönemi travma ölçeğinin puanları arasında ilişki var mıdır?

2. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanmasında izlenen yol ve verilerin çözümlenmesinde kullanılan istatistiki teknikler açıklanmıştır.

2.1. Örneklem

Araştırmaya, Ekim 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında Prof. Dr. Mazhar OsmanBakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma

18-65 yaşları arasında olmak

Organik mental bozukluk ya da mental retardasyonu almamak

Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya yazılı onay vermiş olmak

2.2.2.Dışlama Ölçütleri

DSM-IV tanı ölçütlerine şizofreni tanı kriterlerini karşılamamak

Okuma yazma bilmemek

18-65 yaş aralığında olmaması

Organik mental bozukluğu olmak ya da mental retardasyonu olmak

Aktif olarak alkol veya madde kullanıyor olması

Ciddi nörolojik rahatsızlığının varlığı

Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmak istememek

2.3.Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları

Bu çalışmadaki veriler Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir.

2.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından hastalara yönelik hazırlanan yaş, cinsiyet, göç, erken dönem ilişkileri, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu gibi sosyodemografik verileri ile psikoaktif madde kullanımı, tedavi süresi, hastalık öyküsü, özkıyım, aile hastalık öyküsü gibi detaylandırılarak soru listesi haline getirilen klinik verileri içeren bir form kullanıldı.

2.3.2. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği – KPDÖ

Orijinal adı Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) olan ölçek,1962’de Overall ve Gorham tarafından hazırlanmıştır. Türkçeye yalnız çevirisi yapılmıştır. Ölçek 18 maddeden oluşmaktadır. Görüşmeci, görüşme süresince hastanın durumunu değerlendirmeli ve bu maddedeki belirtilerin varlığını ve derecesini saptamalıdır. Aşağıdaki altı madde değerlendirilirken, hastanın son üç gün içindeki klinik durumu temel alınmalıdır: 2 (anksiyete), 10 (düşmanca davranış), 11 (kuşkuculuk), 12 (varsanlı davranış), 15 (garip düşünce içeriği) ve 16 (duygusal küntlük). Bu başlıkları değerlendirirken kuşkuya düğüldüğü takdirde, görüşmeci hastanın çevresindekilerden bilgi almalıdır (servis elemanları, hastanın yakınları vb. gibi). Ölçek, temel olarak nicelikseldir ve günlük klinik durumun değerlendirilmesini amaçlar. Ölçekteki maddelerin her bir üst basamağının daha önceki alt basamakları da kapsadığı varsayılır. Normal işlev daima 0 olarak derecelendirilir. 1: çok hafif, 2: hafif, 3: orta, 4:Orta şiddetli, 5: şiddetli, 6: aşırı şiddetli olarak puanlanır.

2.3.3.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği - PANSS

Şizofreni ya da diğere psikotik bozuklukları olan hastalarda pozitif ve negatif belirtileri, genel psikopatolojiyi değerlendirmek üzere Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş otuz maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. PANNS tarafından değerlendirilen otuz psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine, yedisi negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Kostakoğlu ve diğ., 1999).

2.3.4.Çocukluk Çağı Travma Ölçeği - CTQ-28

Çocukluk ve ergenlikteki istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak değerlendirmeyi amaçlar. İngilizce özgün biçimi David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olup asıl adı Childhood Trauma Questionnaire’dır. Bernstein tarafından

70 madde olarak geliştirilmiş olan bu ölçek, 1995 yılında 54 maddeye indirilmiş ve 1998 yılında yeniden düzenlenerek 28 maddelik kısa form haline getirilmiştir (Bernstein, 1997). Ölçeğin önceki biçimi 53 maddeden oluşmakta olan ancak sonradan özgün yazarınca kısaltılmıştır. Bu çalışmada geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Vedat Şar tarafından yapılan 28 soruluk kısa form kullanılmıştır. CTQ-28, 28 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. 5 alt boyut; duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, duygusal istismar ve fiziksel istismar şeklindedir. Ayrıca 3 minimalizasyon-inkar sorusu (10, 16, 22. sorular) bulunmaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Aynı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Duygusal ihmal alt ölçeği 5, 7, 13, 19, 28 numaralı sorularla, fiziksel ihmal alt ölçeği 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddelerle, duygusal istismar alt ölçeği 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar alt ölçeği 9, 11, 12, 15, 17 numaralı sorularla, cinsel istismar alt ölçeği ise 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle değerlendirilir (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012).

Türkiye’de CTQ-28 ölçek puanlarının kesim noktaları konusunda şimdiye dek herhangi bir düzey bildirilmemiştir. Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmanın bulguları cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan her hangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiğini düşündürmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır. Toplam puan için bu sınırın 35 dolayında olabileceği görülmüştür. Çalışmamızda istatistiki değerlendirme için bu kesme noktaları referans olarak alınmıştır.

2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmamızda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için bilgisayar ortamında SPSS programı kullanıldı. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, ortalama, yüzde, standart sapma gibi) ile normal dağılıma uymayan veriler nedeniyle non-parametrik testleri (Kruskal Wallis, Mann-Whitney U) ile korelasyonel analiz için de Spearman's rho testi kullanıldı.

3. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular şu dört alt başlık altında değerlendirildi:

1. Hasta ve ailelerinin sosyodemografik ve klinik verileri ile ilgili bulgular
2. Araştırmada kullanılan ölçeklerle ilgili puanlar
3. Sosyodemografik ve klinik özellikler ile ölçekler arasındaki ilişki
4. PANSS, CTQ-28 ve KPDÖ ölçekleri arasındaki ilişki

3.1. Hasta ve Ailelerinin Demografik ve Klinik Verileriile İlgili Bulgular

Konuyla ilgili bu bölümde hasta ve ailelerinin hem demografik hem de klinik özellikleri(sayı, ortalama, yüzde ve standart sapma gibi) bulgular verilerek değerlendirildi.

3.1.1. Hasta Grubuna İlişkin Sosyodemografik Bilgiler

Çalışma, 50'si (%71,4)erkek ve 20'si (%28,6) kadın olmak üzere 70 hasta ile yapılmıştır. 19-65 yaş aralığında olan ($X \pm SS$; 36,79 \pm 10.718) katılımcıların çoğunluğu şehirde (%61,4) doğmuştur. İlçede doğanlar %12,9 oranında, köyde doğanlar ise %25,7 oranındadır. Göç öyküsü olan hasta sayısı çoğunluktaydı (%57,1). Hastalardan yalnızca 1'i (%1,4) okuryazar iken ilkokul mezunu 23 kişi (%32,9), ortaokul mezunu 13 kişi (%18,6), lise mezunu 17 kişi (%24,3), 16 kişi ise (%22,9) üniversite ve üstü eğitim almıştır. Hastaların medeni durumunda bekar kişi sayısı (52 kişi) çoğunluktadır (%74,3). 13 kişi (%18,6) evli iken 5 kişi ise (%7,1)

dul/ayrıdır. Primer bakım verenler sorusuna hastaların önemli bir bölümü (62 kişi ve %88,66'sı) “anne” yanıtını vermiştir. “Büyük ebeveyn” tarafından bakılan hasta sayısı ise 5'tir (%7,1). Çocukluğunda ayrı bir odaya sahip 4 hasta (%5,7) bulunmaktadır. Diğer hastaların 48'i (%68,6) çocukluk döneminde kardeşleriyle aynı odayı paylaştığını, 16'sı (%22,8) ebeveynle aynı odayı paylaştığını, geriye kalan 2 hasta ise (%2,9) büyük ebeveynle aynı odada yattığını belirtmiştir. Herhangi bir sosyal güvencesi bulunan hasta sayısı 68'dir(%97,1). Hastaların 5'i (%7,1) yalnız yaşamakta, 2'si (%2,9) 2. derece yakınıyla (kardeşleriyle), 63'ü (%90) ise 1.derece yakınıyla (50'si ebeveynle, 13'ü eşi ve çocuklarıyla) oturmaktadır. 55 hasta (%78,6)çalışmazken yalnızca 15 hasta (%21,4) herhangi bir işte çalışmaktadır. Özur maaşı alan 19 (%27) kişi iken bu maaşı almayan 51 (%73) hasta bulunmaktadır (Tablo-1).

Tablo-1 Hasta Grubuna İlişkin Sosyodemografik Bilgiler

Sosyodemografik Bilgiler		N	%
Cinsiyet	Kadın	20	28,6
	Erkek	50	71,4
Doğduğu Bölge	Şehir	43	61,4
	İlçe	9	12,9
	Köy	18	25,7
Eğitim Durumu	Okuryazar	1	1,4
	İlkokul	23	32,9
	Ortaokul	13	18,6
	Lise	17	24,3
	Üniversite ve üstü	16	22,9
Göç Öyküsü	Var	40	57,1
	Yok	30	42,9
Medeni Durumu	Bekar	52	74,3

Evli	13	18,6
Dul/ayrı	5	7,1

Tablo-1 devamı

Sosyodemografik Bilgiler		N	%
Primer Bakım Veren	Anne	62	88,6
	Büyük ebeveyn	5	7,1
	Diğer	3	4,3
Çocukluğunda Odayı Kiminle Paylaştığı	Anne ve/ya baba	16	22,8
	Büyük ebeveyn	2	2,9
	Kardeşler	48	68,6
	Yalnız olarak	4	5,7
İş Durumu	Evet	15	21,4
	Hayır	55	78,6
Şuan Birlikte yaşadığı kişiler	1.derece yakın	63	90
	2. derece yakın	2	2,9
	Yalnız	5	7,1
Güvence türü	SGK	31	44,3
	2022	13	18,6
	Yeşilkart	6	8,6
	Emekli	7	10
	Malulen emekli	7	10
	Güvence yok	2	2,9
Özür Maaşı	Var	19	27
	Yok	51	73
Yaş	min – max 19-65		X±SS 36,79±10,72

3.1.2. Hasta Grubuna İlişkin Klinik Özellikler

Sigara kullanan hasta sayısı 40 (%57,1), kullanmayan hasta sayısı ise 30 (42,9)'dur. Hastaların 8'inde (%11,4) alkol kullanım öyküsü, 10'unda (%14,3) ise madde kullanım öyküsü mevcuttu. Özkıyım öyküsü bulunan hasta sayısı 24'tü (%34,3). Son 6 ay içinde düzenli olarak ilaç kullandığını belirten hasta sayısı 56 (%80) kişiydi. Hastalık başlangıç yaşı için hastalardan yalnızca 1'i (%1,4) 10 yaş öncesinde hastalığın başladığını, 27 hasta (%38,6) 10-18 yaş aralığını, 42 hasta (%60) ise 18 yaş ve üstü aralığını bildirdi. Şizofreni tanısıyla çalışmaya alınan 70 hastanın 43 (%61,4)'ü paranoid tip özellikleri taşıırken, 21 (%30)'i farklılaşmamış tip, 3'ü rezidüel ve 3'ü ise dezorganize tip kategorisinde değerlendirildi. Eşlik eden başka psikiyatrik hastalığı olan hasta sayısı ise 23 (%32,9)'tü. Hastaların 34'ü (%48,6) herhangi bir bedensel veya dahili bir hastalık bildirdi. Hastaların 24 (%20)'ünün klinik yatışı bulunmazken, 56'sı (%80) en bir kez bir psikiyatri kliniğine yatırılmıştı. Klinik yatışı bulunan hastaların yatış sayıları 1-15 arasında ($X \pm SS$; $3,29 \pm 3,1$) değişmekteydi. Hastalık başlangıç yaşı 9-41 yıl arasında ($X \pm SS$; $22,21 \pm 7,36$) değişmekteydi. Hastalığın başlangıcından ilk tedaviye kadar geçen süre 1-156 ay arasında ($X \pm SS$; $18,96 \pm 34,11$) değişmekteydi (Tablo-2).

Tablo-2 Hastaların Klinik Özellikleri

Klinik veriler		N	%
Sigara kullanımı	Var	40	57,1
	Yok	30	42,9
Alkol kullanımı	Var	8	11,4
	Yok	62	88,6
Madde kullanımı	Var	10	14,3
	Yok	60	85,7
Özkıyım Öyküsü	Var	24	34,3
	Yok	46	65,7

Düzenli ilaç kullanımı	Var	56	80
	Yok	14	20

Tablo-2 devamı

Klinik Özellikler		N	%
Hastalık tanısı	Paranoid tip	43	61,4
	Dezorganize	3	4,3
	Farklılaşmamış	21	30
	Rezidüel	3	4,3
Eşlik eden psikiyatrik hastalık	Var	23	32,9
	Yok	47	67,1
Fiziksel hastalık	Var	34	48,6
	Yok	36	51,4
Hastane yatışı	Var	56	80
	Yok	14	20

	min – max	X±SS
Hastane yatış sayısı	1-15	3,29±3,1
Hastalık başlangıç yaşı	9-41	22,21±7,36
Hastalık başlangıcından ilk tedaviye dek geçen süre (ay)	1-156	18,96±34,11

3.1.3. Aileye İlişkin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Hastalardan 58'inin (%82,9) annesi, 41 (%58,6) hastanın babası halen hayattaydı. Hastaların 21'inin (%30) annesinin okuma yazması yoktur. 42'si (%60) ilkokul, 3'ü (%4,3) ortaokul, 3'ü (%4,3) lise mezunuyken yalnızca 1'i (%1,4) üniversite mezunudur. Hastaların 9'unun (%12,9) babasının okuma yazması bulunmamaktadır. 45'inin babası (%64,3) ilkokul, 9'u (%12,9) ortaokul, 3'ü (%4,3)

lise ve 4'ü (5,7) üniversite mezunudur. Hayatta olan 58 anneden yalnızca 1'i çalışmakta; babanın iş durumunda ise hayatta olan 41 kişinin 30'u (%73) emekli, 11'i ise (%27) halen bir işte çalışıyor. Hastaların 23'ünün (%32,9) annesinde psikiyatrik hastalık bulunurken 16 hastanın da (%22,9) babasında psikiyatrik bozukluk mevcuttur. 21 hastanın kardeşinde (30,0) herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Hastalardan 9'unun babasında (%12,9) alkol kullanım öyküsü, 3'ünün ise (4,3) madde kullanım öyküsü bulunmaktadır. Hastaların kardeş sayısı 1-9 arasında ($X \pm SS$; $3,91 \pm 2,055$) değişmektedir (Tablo-3).

Tablo-3 Aileye İlişkin Sosyodemografik ve Klinik Veriler

Aile VerileriN%

Anne	Sağ	58	82,9
	Ölü	12	17,1
Baba	Sağ	41	58,6
	Ölü	29	41,4
Anne Eğitim Durumu	Yok	21	30
	İlkokul	42	60
	Ortaokul	3	4,3
	Lise	3	4,3
	Üniversite ve üstü	1	1,4
Baba Eğitim Durumu	Yok	9	12,9
	İlkokul	45	64,3
	Ortaokul	9	12,9
	Lise	3	4,3
	Üniversite ve üstü	4	5,7
Anne İş Durumu	Çalışıyor	1	2
	Çalışmıyor	57	98
Baba İş Durumu	Çalışıyor	11	27
	Çalışmıyor	30	73

Annede psikiyatrik hastalık	var	23	32,9
	yok	47	67,1

Tablo-3 devamı

		N	%
Babada psikiyatrik hastalık	var	16	22,9
	yok	54	77,1
Kardeşlerde psikiyatrik hastalık	Var	21	30
	Yok	49	70
Babada alkol kullanımı	Var	9	12,9
	Yok	61	87,1
Babada madde kullanımı	Var	3	4,3
	Yok	67	95,7

Kardeş sayısı	min – max	X±SS
	1-9	3,91±2.06

3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerle İlgili Puanlar

Bu bölümde araştırmada kullanılan PANSS, CTQ-28 ile KPDÖ ölçek puanları ile ilgili bulgu ve değerlendirmelere yer verilecektir.

3.2.1. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) Puanları

Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeğinin (KPDÖ) puanları 31-72 arasında ($X \pm SS$; 50,7±9,948) değişmektedir (Tablo-4).

3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom (PANSS) Ölçeği Puanları

PANSS Ölçeği pozitif belirtiler alt ölçek puanları 13-43 arasında ($X \pm SS$; 29,18±6,46); negatif belirtiler alt ölçeği 9-44 puanları arasında ($X \pm SS$; 16,98±5,88); genel puanlar ise 36-78 arasında ($X \pm SS$; 55,04±9,88) değişim göstermektedir. PANSS toplam puanı 66-147 arasında ($X \pm SS$; 101,21±17,18) değişmektedir (Tablo-4).

3.2.3. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) Puanları

Çocukluk çağı travma ölçeği (CTQ-28) puanlarına göre duygusal ihmal puan aralığı 5-26 arasında ($X \pm SS$; 14,01 \pm 4,97); fiziksel ihmal puan aralığı 5-16 arasında ($X \pm SS$; 9,57 \pm 3,11), duygusal istismar puan aralığı 5-24 arasında ($X \pm SS$; 8,60 \pm 3,88), fiziksel istismar puan aralığı 5-23 arasında ($X \pm SS$; 7,44 \pm 3,87) ve cinsel istismar puan aralığı 5-19 ($X \pm SS$; 7,01 \pm 3,32) aralığındadır. Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puan aralığı 30-88 ($X \pm SS$; 50,80 \pm 13,66) puandır (Tablo-4).

Tablo-4 Kullanılan Ölçeklerin (PANSS, CTQ-28, KPDÖ) Puanları

Ölçek adı	N	X	SS	Minimum	Maximum
PANSS pozitif puanı	70	29,1857	6,46797	13	43
PANSS negatif puanı	70	16,9857	5,88659	9	44
PANSS genel puanı	70	55,0429	9,88548	36	78
PANSS toplam puanı	70	101,2143	17,18349	66	147
CTQ duygusal istismar puanı	70	8,6	3,88009	5	24
CTQ fiziksel istismar puanı	70	7,4429	3,87723	5	23
CTQ fiziksel ihmal puanı	70	9,5714	3,11877	5	16
CTQ cinsel istismar puanı	70	7,0143	3,32096	5	19
CTQ duygusal ihmal puanı	70	14,0143	4,97382	5	26
CTQ toplam puanı	70	50,8	13,66854	30	88
KPDÖ puanı	70	50,7	9,9482	31	72

3.3. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile Ölçeklerarası İlişki ve Puanlar

3.3.1. Cinsiyete Göre PANSS, CTQ ve KPDÖ Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

Cinsiyete göre ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Kadın erkek ayrımına göre ölçeklerin puanları değerlendirildiğinde KPDÖ, PANSS ve

CTQ-28 toplam puanları ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo-5).

Tablo-5 Cinsiyete Göre Ölçek (CTQ-28, PANNS, KPDÖ) Puanlarının Değerlendirilmesi (n=70)

Ölçek adı	Cinsiyet	N	X	Mann-Whitney U	Z	P
CTQ duygusal istismar puanı	Erkek	50	34,88	469	-0,408	0,683
	Kadın	20	37,05			
CTQ fiziksel istismar puanı	Erkek	50	33,64	407	-1,27	0,204
	Kadın	20	40,15			
CTQ fiziksel ihmal puanı	Erkek	50	35,35	492,5	-0,098	0,922
	Kadın	20	35,88			
CTQ cinsel istismar puanı	Erkek	50	35,01	475,5	-0,364	0,716
	Kadın	20	36,73			
CTQ duygusal ihmal puanı	Erkek	50	37,18	416	-1,095	0,274
	Kadın	20	31,3			
PANSS pozitif puanı	Erkek	50	37,35	407,5	-1,204	0,228
	Kadın	20	30,88			
PANSS negatif puanı	Erkek	50	34,45	447,5	-0,686	0,493
	Kadın	20	38,13			
PANSS genel puanı	Erkek	50	34,52	451	-0,638	0,524
	Kadın	20	37,95			
PANNS toplam puanı	Erkek	50	35,82	484	-0,208	0,835
	Kadın	20	34,7			
KPDÖ puanı	Erkek	50	35,03	476,5	-0,306	0,76
	Kadın	20	36,68			

Mann-Whitney U Test

3.3.2. Göç (var/yok) Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Göç öyküsüne göre göre CTQ-28, PANSS ve KPDÖ ölçekleri değerlendirildiğinde CTQ genel ve alt ölçek puanları ile göç öyküsü arasında; PANSS genel ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır (Tablo-6).

Tablo-6 Göç Öyküsünün Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi (n=70)

Göç öyküsü		N	X	Mann-Whitney U	Z	p
CTQ duygusal istismar puanı	yok	30	37,5	540	-0,722	0,471
	var	40	34			
CTQ fiziksel istismar puanı	yok	30	36,58	567,5	-0,405	0,685
	var	40	34,69			
CTQ fiziksel ihmal puanı	yok	30	37,28	546,5	-0,638	0,523
	var	40	34,16			
CTQ cinsel istismar puanı	yok	30	33,78	548,5	-0,698	0,485
	var	40	36,79			
CTQ duygusal ihmal puanı	yok	30	37,37	544	-0,666	0,505
	var	40	34,1			
CTQ toplam puanı	yok	30	37,82	530,5	-0,825	0,409
	var	40	33,76			
PANSS pozitif puanı	yok	30	34,87	581	-0,226	0,821
	var	40	35,98			
PANSS negatif puanı	yok	30	37,5	540	-0,715	0,474
	var	40	34			
PANSS genel puanı	yok	30	40,9	438	-1,925	0,054
	var	40	31,45			
PANSS toplam puanı	yok	30	39,22	488,5	-1,324	0,185
	var	40	32,71			
KPDÖ puanı	yok	30	37,65	535,5	-0,766	0,444
	var	40	33,89			

Mann-Whitney U Test

3.3.3.Eğitim Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Hastaların eğitim durumu ile CTQ-28, PANSS ile KPDÖ ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo-7).

Tablo-7 Eğitim Durumu ile Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi (n=70)

Eğitim durumu		N	X	Chi-Square	P
CTQ duygusal istismar puanı	okuryazar	1	10	1,76	0,78
	ilkokul	23	34,91		
	ortaokul	13	35,96		
	lise	17	37,18		
	üniversite	16	35,78		
CTQ fiziksel istismar puanı	okuryazar	1	57,5	2,359	0,67
	ilkokul	23	36,13		
	ortaokul	13	38,65		
	lise	17	34,68		
	üniversite	16	31,53		

Tablo-7 devamı

Eğitim durumu		N	X	Chi-Square	P
CTQ fiziksel ihmal puanı	okuryazar	1	4,5	8,177	0,085
	ilkokul	23	42,24		
	ortaokul	13	37,92		
	lise	17	34,71		
	üniversite	16	26,63		
CTQ cinsel istismar puanı	okuryazar	1	22	3,307	0,508
	ilkokul	23	32,07		
	ortaokul	13	40,38		
	lise	17	33,65		
	üniversite	16	39,28		
CTQ duygusal ihmal puanı	okuryazar	1	13	6,593	0,159
	ilkokul	23	42,46		
	ortaokul	13	37,38		
	lise	17	33,29		
	üniversite	16	27,72		
CTQ toplam puanı	okuryazar	1	11,5	4,55	0,337
	ilkokul	23	40,07		
	ortaokul	13	38,46		
	lise	17	34,71		
	üniversite	16	28,88		
PANSS pozitif puanı	okuryazar	1	64,5	2,587	0,629
	ilkokul	23	33,15		
	ortaokul	13	34,35		
	lise	17	37,71		
	üniversite	16	35,66		
PANSS negatif puanı	okuryazar	1	31,5	6,615	0,158
	ilkokul	23	43		
	ortaokul	13	35,81		
	lise	17	34,06		
	üniversite	16	26,25		
PANSS genel puanı	okuryazar	1	28,5	5,885	0,208
	ilkokul	23	37,2		
	ortaokul	13	38,35		
	lise	17	41,09		
	üniversite	16	25,25		
PANSS toplam puanı	okuryazar	1	42,5	4,917	0,296
	ilkokul	23	38,11		
	ortaokul	13	35,96		
	lise	17	40,18		
	üniversite	16	25,97		
KPDÖ puanı	okuryazar	1	37	2,614	0,624
	ilkokul	23	36,02		
	ortaokul	13	33,35		
	lise	17	41,29		
	üniversite	16	30,25		

Kruskal Wallis Test

3.3.4. Düzenli İlaç Kullanımına Göre (PANSS, CTQ-28, KPDÖ) Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Düzenli ilaç kullanımı geriye dönük 6 ay olarak dikkate alındı. Düzenli ilaç kullanımı ile KPDÖ, PANSS ve CTQ ölçekleri puanları arasında istatistiki olarak anlamlılık saptanmadı. Düzenli ilaç kullanımı ile PANSS pozitif puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,025$). Diğer bir deyişle düzenli ilaç kullanan hastaların düzenli ilaç kullanmayan hastalara oranla PANSS pozitif puanları daha düşük olarak seyretti (Tablo-8).

Tablo-8 Düzenli İlaç Kullanımı ile Ölçek (CTQ-28, PANSS ve KPDÖ) Puanlarının Değerlendirilmesi (n=70)

Düzenli ilaç kullanımı	N	X	Mann-Whitney U	Z	p	
CTQ duygusal istismar puanı	yok var	13 57	37,96 34,94	338,5	-0,49	0,624
CTQ fiziksel istismar puanı	yok var	13 57	38,92 34,72	326	-0,706	0,48
CTQ fiziksel ihmal puanı	yok var	13 57	36,31 35,32	360	-0,159	0,873
CTQ cinsel istismar puanı	yok var	13 57	36,73 35,22	354,5	-0,276	0,783
CTQ duygusal ihmal puanı	yok var	13 57	35,46 35,51	370	-0,008	0,994
CTQ toplam puan	yok var	13 57	36,81 35,2	353,5	-0,257	0,797
PANSS pozitif puan	yok var	13 57	46,92 32,89	222	-2,246	,025*
PANSS negatif puan	yok var	13 57	36,38 35,3	359	-0,174	0,862
PANSS genel puan	yok var	13 57	39,31 34,63	321	-0,748	0,454
PANSS toplam puan	yok var	13 57	41,19 34,2	296,5	-1,118	0,263
KPDÖ puanı	yok var	13 57	42,92 33,81	274	-1,459	0,145

*P < 0.05 Mann-Whitney U Test

3.3.5. Hastaneye Yatış Sayısı ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi

Klinik yatışı bulunan hastaların hastaneye yatış sayısı ile travma bulguları, yani (CTQ-28) ölçeğin toplam puanları arasında ilişki saptanmamıştır ancak hastaneye yatış sayısı ile ölçeğin alt testlerinden cinsel istismar puanı arasında pozitif yönde güçlü korelasyon vardır ($p<0,010$). PANSS toplam puanı ile yatış sayısı arasında pozitif yönde bir ilişki vardır ($p<0,036$). Ayrıca PANSS pozitif puanları ile yatış sayısı arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,004$). KPDÖ puanları ile yatış sayısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p<0,028$) saptanmıştır (Tablo-9).

Tablo-9 Hastaneye Yatış Sayısı ile Ölçek (CTQ-28, PANSS ve KPDÖ) Puanları Arasındaki İlişki (n=70)

Hastaneye yatış sayısı		
CTQ duygusal istismar puanı	r	0,161
	p	0,227
CTQ fiziksel istismar puanı	r	0,061
	p	0,647
CTQ fiziksel ihmal puanı	r	0,194
	p	0,146
CTQ cinsel istismar puanı	r	,336**
	p	0,01
CTQ duygusal ihmal puanı	r	0,128
	p	0,339
CTQ toplam puan	r	0,226
	p	0,088
PANSS pozitif puan	r	,368**
	p	0,004
PANSS negatif puan	r	0,135
	p	0,312
PANSS genel puan	r	0,213
	p	0,109
PANSS toplam puanı	r	,276*
	p	0,036
KPDÖ puanı	r	,289*
	p	0,028

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

Spearman's rho Test

3.3.6. Hastalık Başlangıç Yaşı ile (PANSS, CTQ-28 ve KPDÖ) Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi

Hastalığın başlangıç yaşı ile PANSS toplam ve alt ölçekler arasında; hastalık başlangıcı ile CTQ toplam puanı ve yine hastalık başlangıcı ile KPDÖ puanı arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Ancak hastalık başlangıç yaşı ile CTQ alt ölçeklerinden fiziksel istismar puanı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı ilişki ($p<0,036$)saptanmıştır(Tablo-10).

Tablo-10 Hastalık Başlangıç Yaşı ile Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi (n=70)

Hastalık başlangıç yaşı		
CTQ duygusal istismar puanı	r	-0,147
	p	0,226
CTQ fiziksel istismar puanı	r	-0,062
	p	0,61
CTQ fiziksel ihmal puanı	r	,251*
	p	0,036
CTQ cinsel istismar puanı	r	0,019
	p	0,874
CTQ duygusal ihmal puanı	r	0,13
	p	0,285
CTQ toplam puan	r	0,104
	p	0,393
PANSS pozitif puan	r	-0,044
	p	0,715
PANSS negatif puan	r	-0,046
	p	0,703
PANSS genel puan	r	-0,196
	p	0,105
PANSS toplam puanı	r	-0,089
	p	0,461
KPDÖ puanı	r	-0,125
	p	0,302

* $p<0,05$ Spearman's rho Test

3.3.7. Annede Psikiyatrik Hastalığın Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Annede psikiyatrik hastalığın varlığı ile fiziksel istismar ($p<0,010$) arasında anlamlı farklılık; annede psikiyatrik hastalık varlığı ile cinsel istismar ($p<0,035$) arasında anlamlı farklılık var (Tablo-11).

Tablo-11 Annede Psikiyatrik Hastalığının Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi (n=70)

Annede psikiyatrik hastalık		N	X	Chi-Square	P
CTQ duygusal istismar puanı	yok	47	34,69	0,232	0,63
	var	23	37,15		
CTQ fiziksel istismar puanı	yok	47	31,32	6,657	,010**
	var	23	44,04		
CTQ fiziksel ihmal puanı	yok	47	34	0,785	0,376
	var	23	38,57		
CTQ cinsel istismar puanı	yok	47	32,36	4,434	,035*
	var	23	41,91		
CTQ duygusal ihmal puanı	yok	47	36,49	0,34	0,56
	var	23	33,48		
CTQ toplam puanı	yok	47	33,97	0,811	0,368
	var	23	38,63		
PANSS pozitif puan	yok	47	34,74	0,198	0,657
	var	23	37,04		
PANSS negatif puanı	yok	47	34,65	0,252	0,615
	var	23	37,24		
PANSS genel puanı	yok	47	33,11	1,983	0,159
	var	23	40,39		
PANSS toplam puanı	yok	47	34	0,778	0,378
	var	23	38,57		
KPDÖ puanı	yok	47	33,8	1,003	0,317
	var	23	38,98		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ Kruskal Wallis Test

3.3.8. Babada Psikiyatrik Hastalığının Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Babada psikiyatrik hastalığın varlığı ile travma alt ölçeklerinden cinsel istismar puanı arasında anlamlı farklılık ($p<0,048$) saptanmıştır (Tablo-12).

Tablo-12Babada Psikiyatrik Hastalığın Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi (n=70)

Babada psikiyatrik hastalık		N	X	Chi-Square	P
CTQ duygusal istismar puanı	yok	54	33,15	1,99	0,158
	var	16	41,13		
CTQ fiziksel istismar puanı	yok	54	34	0,629	0,428
	var	16	38,31		
CTQ fiziksel ihmal puanı	yok	54	34,47	0,16	0,689
	var	16	36,75		
CTQ cinsel istismar puanı	yok	53	32,72	3,91	0,048*
	var	16	42,56		
CTQ duygusal ihmal puanı	yok	54	33,46	1,35	0,245
	var	16	40,09		
CTQ toplam puanı	yok	54	32,55	3,42	0,064
	var	16	43,13		
PANSS pozitif puanı	yok	54	34,05	0,517	0,472
	var	16	38,16		
PANSS negatif puanı	yok	54	34,31	0,272	0,602
	var	16	37,28		
PANSS genel puanı	yok	54	34,35	0,241	0,623
	var	16	37,16		
PANSS toplam puanı	yok	54	34,46	0,164	0,685
	var	16	36,78		
KPDÖ puanı	yok	53	34,31	0,27	0,603
	var	16	37,28		

*p<0,05 Kruskal Wallis Test

3.3.9.Kardeşlerde Psikiyatrik Hastalığın Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Kardeşlerde psikiyatrik hastalığın varlığı ile travma alt ölçeklerinden fiziksel istismar arasında anlamlı farklılık ($p<0,050$) saptanmıştır (Tablo-13).

Tablo-13Kardeşlerde Psikiyatrik Hastalığın Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi (n=70)

Kardeşlerde psikiyatrik hastalık		N	X	Chi-Square	P
CTQ duygusal istismar puanı	Yok	49	32,51	1,585	0,208
	Var	21	38,95		
CTQ fiziksel istismar puanı	Yok	49	31,56	3,698	,050*
	Var	21	41,07		
CTQ fiziksel ihmal puanı	Yok	49	32,55	1,491	0,222
	Var	21	38,86		
CTQ cinsel istismar puanı	Yok	49	33,7	0,318	0,573
	Var	21	36,29		
CTQ duygusal ihmal puanı	Yok	49	33,77	0,211	0,646
	Var	21	36,14		
CTQ toplam puanı	Yok	49	32,2	2,058	0,151
	Var	21	39,64		
PANSS pozitif puanı	Yok	49	33,54	0,358	0,55
	Var	21	36,64		
PANSS negatif puanı	Yok	49	34,71	0,018	0,894
	Var	21	34,02		
PANSS genel puanı	Yok	49	34,36	0,007	0,931
	Var	21	34,81		
PANSS toplam puanı	Yok	49	34,02	0,089	0,765
	Var	21	35,57		
KPDÖ puanı	Yok	49	34,8	0,035	0,852
	Var	21	33,83		

*p<0,05

Kruskal Wallis Test

3.3.10.Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin (CTQ-28) Cinsiyete Göre Puan Değerleri

Ölçek puanlarının değerlendirilmesi sonucu duygusal ihmal alt testinde erkekler (%60) kadınlardan (%55) daha yüksek oranda travma bildirdiler. Diğer alt testlerde, yani duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar alt ölçeklerinde kadınların travma oranları daha yüksek olarak bulundu. Travma oranı en düşük alt ölçek %38,5 ile cinsel istismar olurken en yüksek alt test %68,5 oranı ile fiziksel istismar olarak saptandı (Tablo-14).

Tablo-14Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Travma Oranları (CTQ-28 Puanları)

	Toplam N (%)	Erkek N (%)	Kadın N (%)
Cinsel istismar oranı	27 (%38.5)	19 (%38)	8 (%40)
Fiziksel istismar oranı	39 (%55.7)	26 (%52)	13 (%65)
Fiziksel ihmal oranı	48 (%68.5)	34 (%68)	14 (%70)
Duygusal istismar oranı	37 (%52.8)	25 (%50)	12 (%60)
Duygusal ihmal oranı	41 (%58.5)	30 (%60)	11 (%55)

3.3.11.Özkiyımın Varlığına Göre Travma Ölçek Puanlarının (CTQ-28) Değerlendirilmesi

Özkiyımın varlığı ile PANSS, KPDÖ ve CTQ-28 ölçekleriyle ilişkilerine bakıldığında PANSS genel puanı ile alt test puanları arasında; özkiyımın varlığı ile CTQ-28 toplam ve alt test puanları arasında ve özkiyım varlığı ile KPDÖ puanları arasında istatistiki olarak farklılık saptanmadı (Tablo-15).

Tablo-15Özkiyımın Varlığına Göre (CTQ-28) Travma Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi (n=70)

Hastada özkiyım öyküsü		N	X	Mann- Whitney U	Z	p
CTQ duygusal istismar puanı	Yok	46	35,02	530	-0,276	0,783
	Var	24	36,42			
CTQ fiziksel istismar puanı	Yok	46	37,37	466	-1,117	0,264
	Var	24	31,92			
CTQ fiziksel ihmal puanı	Yok	46	36,05	526,5	-0,317	0,751
	Var	24	34,44			
CTQ cinsel istismar puanı	Yok	46	34,39	501	-0,72	0,471
	Var	24	37,63			
CTQ duygusal ihmal puanı	Yok	46	33,77	472,5	-0,986	0,324
	Var	24	38,81			
CTQ toplam puanı	Yok	46	34,55	508,5	-0,539	0,59
	Var	24	37,31			

Mann-Whitney U Test

3.3.12.Klinik Yatışın Varlığına Göre Travma Ölçeği Puanlarının (CTQ-28) Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların klinik yatışının (var/yok) durumuna göre CTQ-28 testi toplam puanları ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo-16).

Tablo-16Klinik Yatış (var/yok) Durumu ile Travma Ölçeği (CTQ-28) Puanlarının Değerlendirilmesi (n=70)

Klinikte yatış durumu		N	X	Mann-Whitney U	p
CTQ duygusal istismar puanı	yok	14	43,93	274	0,079
	var	56	33,39		
CTQ fiziksel istismar puanı	yok	14	34,86	383	0,89
	var	56	35,66		
CTQ fiziksel ihmal puanı	yok	14	41,32	310,5	0,229
	var	56	34,04		
CTQ cinsel istismar puanı	yok	14	40,25	325,5	0,265
	var	56	34,31		
CTQ duygusal ihmal puanı	yok	14	35,18	387,5	0,947
	var	56	35,58		
CTQ toplam puanı	yok	14	40,79	318	0,277
	var	56	34,18		

Mann-Whitney U Test

3.3.13.Kardeş Sayısına Göre Travma Ölçeği Puanlarının (CTQ-28)Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen hastalardaki kardeş sayısı ile CTQ-28 toplam puan ve alt ölçek puanları değerlendirildiğinde alt ölçeklerde anlamlı farklılık bulunmamaktadır ancak kardeş sayıları ile CTQ-28 ölçeği toplam puanı arasında anlamlı farklılık ($p<0,049$) saptanmıştır (Tablo-17).

Tablo-17Kardeş Sayısı ile CTQ-28 Travma Ölçeği Arasındaki İlişki (n=70)

Kardeş sayısı (kategorileri)		N	X	Chi-Square	P
CTQ duygusal istismar puanı	1-2 kardeş	18	37,28	1,961	0,581
	3 kardeş	20	30,43		
	4-6 kardeş	23	36,76		
	7 ve üstü	9	40		
CTQ fiziksel istismar puanı	1-2 kardeş	18	30,31	6,029	0,11
	3 kardeş	20	31,15		
	4-6 kardeş	23	38,98		
	7 ve üstü	9	46,67		
CTQ fiziksel ihmal puanı	1-2 kardeş	18	36,94	4,618	0,202
	3 kardeş	20	27,5		
	4-6 kardeş	23	39,26		
	7 ve üstü	9	40,78		
CTQ cinsel istismar puanı	1-2 kardeş	18	36,81	2,221	0,528
	3 kardeş	20	32,65		
	4-6 kardeş	23	34,13		
	7 ve üstü	9	42,72		
CTQ duygusal ihmal puanı	1-2 kardeş	18	34,78	6,598	0,086
	3 kardeş	20	26,63		
	4-6 kardeş	23	41,48		
	7 ve üstü	9	41,39		
CTQ toplam puanı	1-2 kardeş	18	35,61	7,624	,049*
	3 kardeş	20	25,98		
	4-6 kardeş	23	39,72		
	7 ve üstü	9	45,67		

*p<0,05 Kruskal Wallis Test

3.3.14. Varsanı Türüne Göre Travma Ölçeğinin (CTQ-28) Değerlendirilmesi

Varsanı türleri ile travma (var/yok) arasında anlamlı farklılık yok. Varsan çeşidi ile travma alt testlerine bakıldığında (Tablo: 18-21) yalnızca koku varsanısı ile duygusal istismar arasında anlamlı farklılık ($p<0,041$); yine koku varsanısı ile duygusal ihmal arasında farklılık ($p<0,049$) saptanmıştır (Tablo-20).

Tablo-18İşitsel Varsanı ile CTQ-28 Travma Ölçeği İlişkisi (n=70)

İşitsel Varsanı		N	X	Mann-Whitney U	p
CTQ duygusal istismar puanı	var	62	34,86	208,5	0,46
	yok	8	40,44		
CTQ fiziksel istismar puanı	var	62	36,42	191	0,269
	yok	8	28,38		
CTQ fiziksel ihmal puanı	var	62	36,06	213	0,516
	yok	8	31,13		
CTQ cinsel istismar puanı	var	62	36,6	180	0,152
	yok	8	27		
CTQ duygusal ihmal puanı	var	62	34,87	209	0,47
	yok	8	40,38		
CTQ toplam puanı	var	62	35,7	235,5	0,817
	yok	8	33,94		

Mann-Whitney U Test

Tablo-19Görsel Varsanı ile CTQ-28 Travma Ölçeği İlişkisi (n=70)

Görsel Varsanı		N	X	Mann-Whitney U	P
CTQ duygusal istismar puanı	var	31	38,1	524	0,335
	yok	39	33,44		
CTQ fiziksel istismar puanı	var	31	39,6	477,5	0,115
	yok	39	32,24		
CTQ fiziksel ihmal puanı	var	31	38,94	498	0,206
	yok	39	32,77		
CTQ cinsel istismar puanı	var	31	38,26	519	0,248
	yok	39	33,31		
CTQ duygusal ihmal puanı	var	31	39,92	467,5	0,104
	yok	39	31,99		
CTQ toplam puanı	var	31	39,48	481	0,144
	yok	39	32,33		

Mann-Whitney U Test

Tablo-20Koku Varsansı ile CTQ-28 Travma Ölçeği İlişkisi (n=70)

Koku Varsanısı		N	X	Mann-Whitney U	p
CTQ duygusal istismar puanı	var yok	7 63	50,21 33,87	117,5	,041*
CTQ fiziksel istismar puanı	var yok	7 63	43,36 34,63	165,5	0,258
CTQ fiziksel ihmal puanı	var yok	7 63	40,43 34,95	186	0,497
CTQ cinsel istismar puanı	var yok	7 63	33,21 35,75	204,5	0,721
CTQ duygusal ihmal puanı	var yok	7 63	49,57 33,94	122	,049*
CTQ toplam puanı	var yok	7 63	45,21 34,42	152,5	0,183

*p<0,05 Mann-Whitney U Test

Tablo-21Dokunma Varsanısı ile CTQ-28 Travma Ölçeği İlişkisi (n=70)

Dokunma Varsanısı		N	X	Mann-Whitney U	p
CTQ duygusal istismar puanı	var yok	2 68	38,5 35,41	62	0,83
CTQ fiziksel istismar puanı	var yok	2 68	35 35,51	67	0,97
CTQ fiziksel ihmal puanı	var yok	2 68	35,75 35,49	67,5	0,986
CTQ cinsel istismar puanı	var yok	2 68	39,75 35,38	59,5	0,732
CTQ duygusal ihmal puanı	var yok	2 68	36,25 35,48	66,5	0,958
CTQ toplam puanı	var yok	2 68	35,5 35,5	68	1

Mann-Whitney U Test

3.3.15. Sanrı Türlerine Göre Travma Ölçeğinin (CTQ-28) Değerlendirilmesi

Sanrı türü ile CTQ (travma var-yok) arasında anlamlı farklılık yok. Travma ile sanrı türleri arasındaki anlamlılık düzeyine bakıldığında (Tablo: 22-27) büyüklük sanrısı ile duygusal istismar arasında anlamlı farklılık($p<0,004$)mevcuttur (Tablo-22). Edilgenlik/ zihin okuma sanrısı ile yine duygusal istismar arasında anlamlı farklılık ($p<0,001$)saptanmıştır (Tablo-23).

Tablo-22Büyüklik Sanrısı ile CTQ-28 Travma Ölçeği İlişkisi (n=70)

Büyüklik Sanrısı		N	X	Mann-Whitney U	p
CTQ duygusal istismar puanı	var	16	48,22	228,5	,004**
	yok	54	31,73		
CTQ fiziksel istismar puanı	var	16	41,31	339	0,172
	yok	54	33,78		
CTQ fiziksel ihmal puanı	var	16	33,31	397	0,623
	yok	54	36,15		
CTQ cinsel istismar puanı	var	16	39,47	368,5	0,311
	yok	54	34,32		
CTQ duygusal ihmal puanı	var	16	37,75	396	0,614
	yok	54	34,83		
CTQ toplam puanı	var	16	42,28	323,5	0,129
	yok	54	33,49		

** $p<0,01$ Mann-Whitney U Test

Tablo-23Edilgenlik/Zihin Okuma Sanrısı ile CTQ-28 Travma Ölçeği İlişkisi (n=70)

Edilgen/Zihin Okuma Sanrısı		N	X	Mann-Whitney U	p
CTQ duygusal istismar puanı	var	43	41,81	309	,001**
	yok	27	25,44		
CTQ fiziksel istismar puanı	var	43	37,73	484,5	0,224
	yok	27	31,94		
CTQ fiziksel ihmal puanı	var	43	33,76	505,5	0,363
	yok	27	38,28		
CTQ cinsel istismar puanı	var	43	38,62	446,5	0,065
	yok	27	30,54		
CTQ duygusal ihmal puanı	var	43	34,35	531	0,549
	yok	27	37,33		
CTQ toplam puanı	var	43	37,88	478	0,216
	yok	27	31,7		

** $p<0,01$ Mann-Whitney U Test

Tablo-24 Seksüel / Erotomanik Sanrı ile CTQ-28 Travma Ölçeği İlişkisi (n=70)

Seksüel/Erotomanik Sanrı		N	X	Mann-Whitney U	p
CTQ duygusal istismar puanı	var yok	7 63	34,29 35,63	212	0,866
CTQ fiziksel istismar puanı	var yok	7 63	35,5 35,5	220,5	1
CTQ fiziksel ihmal puanı	var yok	7 63	31,21 35,98	190,5	0,555
CTQ cinsel istismar puanı	var yok	7 63	45,21 34,42	152,5	0,129
CTQ duygusal ihmal puanı	var yok	7 63	36,07 35,44	216,5	0,937
CTQ toplam puanı	var yok	7 63	36,57 35,38	213	0,883

Mann-Whitney U Test

Tablo-25 Suçluluk Sanrısı ile CTQ-28 Travma Ölçeği İlişkisi (n=70)

Suçluluk sanrısı		N	X	Mann-Whitney U	p
CTQ duygusal istismar puanı	var yok	5 65	28,3 36,05	126,5	0,405
CTQ fiziksel istismar puanı	var yok	5 65	22,1 36,53	95,5	0,109
CTQ fiziksel ihmal puanı	var yok	5 65	24,9 36,32	109,5	0,224
CTQ cinsel istismar puanı	var yok	5 65	28,3 36,05	126,5	0,349
CTQ duygusal ihmal puanı	var yok	5 65	39 35,23	145	0,689
CTQ toplam puanı	var yok	5 65	27,6 36,11	123	0,367

Mann-Whitney U Test

Tablo-26 Somatik Sanrı ile CTQ-28 Travma Ölçeği İlişkisi (n=70)

Somatik Sanrı		N	X	Mann-Whitney U	p
CTQ duygusal istismar puanı	var	7	29,14	176	0,377
	yok	63	36,21		
CTQ fiziksel istismar puanı	var	7	42,71	170	0,299
	yok	63	34,7		
CTQ fiziksel ihmal puanı	var	7	25,5	150,5	0,168
	yok	63	36,61		
CTQ cinsel istismar puanı	var	7	41,79	176,5	0,325
	yok	63	34,8		
CTQ duygusal ihmal puanı	var	7	27,14	162	0,251
	yok	63	36,43		
CTQ toplam puanı	var	7	29,14	176	0,383
	yok	63	36,21		

Mann-Whitney U Test

Tablo-27Mistik Sanrı ile CTQ-28 Travma Ölçeği İlişkisi (n=70)

Mistik Sanrı		N	X	Mann-Whitney U	p
CTQ duygusal istismar puanı	var	8	30,5	208	0,454
	yok	62	36,15		
CTQ fiziksel istismar puanı	var	8	30,94	211,5	0,479
	yok	62	36,09		
CTQ fiziksel ihmal puanı	var	8	23,69	153,5	0,08
	yok	62	37,02		
CTQ cinsel istismar puanı	var	8	27,75	186	0,191
	yok	62	36,5		
CTQ duygusal ihmal puanı	var	8	39,81	213,5	0,523
	yok	62	34,94		
CTQ toplam puanı	var	8	31,88	219	0,592
	yok	62	35,97		

Mann-Whitney U Test

3.3.16. Alkol ve Madde Kullanımı ile Travma Ölçeği Puanlarının (CTQ-28) Değerlendirilmesi

Alkol kullanım öyküsü ile travma ölçeği toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo-28). Madde kullanımı öyküsü ile cinsel istismar puanı arasında anlamlı farklılık ($p < 0,011$) bulunmaktaydı (Tablo-29).

Tablo-28Alkol Kullanım Öyküsü ile CTQ-28Travma Ölçeği İlişkisi (n=70)

Alkol kullanımı		N	X	Mann-Whitney U	p
CTQ duygusal istismar puanı	yok var	62 8	36,35 28,88	195	0,321
CTQ fiziksel istismar puanı	yok var	62 8	36,52 27,56	184,5	0,218
CTQ fiziksel ihmal puanı	yok var	62 8	35 39,38	217	0,565
CTQ cinsel istismar puanı	yok var	62 8	36,02 31,44	215,5	0,493
CTQ duygusal ihmal puanı	yok var	62 8	34 47,13	155	0,085
CTQ toplam puanı	yok var	62 8	35,26 37,38	233	0,782

Mann-Whitney U Test

Tablo-29Madde Kullanım Öyküsü ile CTQ-28 İlişkisi (n=28)

Madde kullanımı		N	X	Mann-Whitney U	p
CTQ duygusal istismar puanı	yok var	60 10	35,81 33,65	281,5	0,753
CTQ fiziksel istismar puanı	yok var	60 10	36,81 27,65	221,5	0,167
CTQ fiziksel ihmal puanı	yok var	60 10	34,83 39,55	259,5	0,495
CTQ cinsel istismar puanı	yok var	60 10	33,29 48,75	167,5	,011*
CTQ duygusal ihmal puanı	yok var	60 10	34,12 43,8	217	0,163
CTQ toplam puanı	yok var	60 10	34,45 41,8	237	0,29

*p<0,05 Mann-Whitney U Test

3.4. Araştırma (PANSS, KPDÖ ve CTQ-28) Ölçekleri Arasındaki İlişki

Bu bölümde tüm ölçeklerin korelasyonel ilişkisine bakıldı.

3.4.1. Ölçek Puanlarının Karşılıklı Korelasyonu

Araştırmada yer alan ölçeklerin birbirleri ile ilişkisine dair bulgular aşağıdaki tabloda özetlenmektedir:

Tablo-30 Ölçek Puanlarının (PANSS, CTQ-28 ve KPDÖ) Birbirleri ile Karşılıklı Korelasyonu (n=70)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
CTQ duygusal istismar puanı (1)	r		,466**	,393**	,258*	,295*	,683**	,444**	-0,088	,302*	,266*	,279*
	p		0	0,001	0,031	0,013	0	0	0,467	0,011	0,026	0,02
CTQ fiziksel istismar puanı (2)	r			,450**	,277*	,258*	,618**	,337**	0,024	0,218	0,226	0,178
	p			0	0,02	0,031	0	0,004	0,842	0,07	0,061	0,14
CTQ fiziksel ihmal puanı (3)	r				,274*	,641**	,803**	0,233	0,01	0,205	0,22	0,231
	p				0,022	0	0	0,052	0,932	0,089	0,067	0,054
CTQ cinsel istismar puanı (4)	r					0,051	,439**	,254*	-0,125	-0,009	0,012	0,049
	p					0,673	0	0,034	0,304	0,941	0,92	0,689
CTQ duygusal ihmal puanı (5)	r						,751**	0,139	0,032	0,116	0,134	0,088
	p						0	0,25	0,795	0,339	0,267	0,466
CTQ toplam puanı (6)	r							,371**	0,015	0,22	,245*	0,226
	p							0,002	0,901	0,067	0,041	0,06
PANSS pozitif puanı (7)	r								0,078	,566**	,714**	,744**
	p								0,519	0	0	0
PANSS negatif puanı (8)	r									,444**	,559**	,378**
	p									0	0	0,001
PANSS genel puanı (9)	r										,927**	,843**
	p										0	0
PANSS toplam puanı (10)	r											,873**
	p											0
KPDÖ puanı (11)	r											
	p											

*p<0,05 **p<0,01 Spearman's rho Test

3.4.1.1. Kullanılan Ölçeklerin (CTQ, PANSS, KPDÖ) Toplam Puanları Arasındaki İlişki

CTQ toplam puanı, PANSS toplam puanıyla düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı olarak ilişkili ($p<0,04$) iken KPDÖ ile ilişkili değildir. PANSS toplam puanı da KPDÖ puanı ile yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki ($p<0,000$) içindedir (Tablo-30).

3.4.1.2. CTQ-28 Ölçeğinin Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının İlişkisi

CTQ toplam puanı, tüm alt ölçekleriyle pozitif yönde, kuvvetli bir ilişki içindeyken ($p<0,000$) PANSS pozitif puanıyla pozitif yönde güçlü olarak ilişkilidir ($p<0,002$). CTQ toplam puanının PANSS negatif, PANSS genel puanı ve KPDÖ ile herhangi bir ilişkisi yokken PANSS toplam puanıyla da pozitif yönde bir ilişkisi ($p<0,04$) bulunmaktadır (Tablo-30).

CTQ alt ölçeklerinden duygusal istismar puanı, CTQ toplam ve diğer alt ölçekleriyle ($p<0,000$ ile $0,031$ arasında) pozitif yönde ilişkili bulunurken PANSS pozitif puanı ile pozitif yönde güçlü bir ilişki ($p<0,000$); PANSS genel ve toplam puanı ve KPDÖ puanı ile pozitif yönde bir ilişki (sırasıyla $p<0,011$; $p<0,026$; $p<0,020$) içindedir. Yalnızca PANSS negatif puanıyla ilişkisi bulunamadı (Tablo-30).

CTQ alt ölçeklerinden fiziksel istismar puanı, alt ölçeklerden fiziksel istismar ve duygusal istismar puanlarıyla ve CTQ toplam puanıyla pozitif yönde kuvvetli olarak anlamlı ilişkili iken ($p<0,000$); diğer alt ölçekler olan cinsel istismar ($p<0,020$) ve duygusal ihmal ($p<0,031$) puanlarıyla pozitif yönde bir ilişki içindedir. Fiziksel istismar puanının KPDÖ, PANSS negatif, PANSS genel ve PANSS toplam puanlarıyla herhangi bir şekilde ilişkisi bulunmazken PANSS pozitif puanıyla pozitif yönde güçlü bir ilişkisi ($p<0,004$) saptandı.

CTQ alt ölçeklerinden fiziksel ihmal puanı, alt ölçeklerden duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar puanlarıyla ve CTQ toplam puanıyla pozitif yönde kuvvetli bir ilişki ($p<0,000$ ile $p<0,001$); cinsel istismar puanıyla da pozitif yönde bir ilişki ($p<0,022$) içindedir. Fiziksel ihmal puanının KPDÖ ve PANSS toplam, genel, pozitif ve negatif ölçekler puanlarıyla herhangi anlamlı bir ilişkisi bulunmamaktadır (Tablo-30).

CTQ alt ölçeklerinden cinsel istismar puanının, CTQ toplam puanıyla pozitif yönde güçlü bir ilişkisi bulunurken ($p<0,000$) duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmal puanlarıyla pozitif yönde bir ilişki bulundu ($p<0,020$ ile $p<0,031$ arasında). Cinsel istismar puanıyla CTQ alt ölçeklerinden duygusal ihmal puanı arasında ilişki yoktu. Cinsel istismar puanıyla PANSS pozitif puanı arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmakta ($p<0,034$); KPDÖ, PANSS negatif, genel ve toplam puanlarıyla ilişkisi bulunmamaktadır.

CTQ alt ölçeklerinden duygusal ihmal puanlarıyla fiziksel ihmal ve CTQ toplam puanları arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ($p<0,000$); yine duygusal ihmalin, duygusal istismar ve fiziksel istismar puanları ile pozitif yönde bir ilişkisi ($p<0,013$, $p<0,031$) vardı. Duygusal ihmalin, cinsel istismar, KPDÖ, PANSS pozitif, PANSS negatif, PANSS genel ve PANSS toplam puanlarıyla anlamlı bir korelasyonu yoktu.

CTQ toplam puanıyla alt ölçeklerin tümüyle pozitif yönde çok güçlü bir ilişkisi vardı ($p<0,000$). CTQ toplam puanıyla PANSS pozitif puanı arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki ($p<0,002$); PANSS toplam puanıyla pozitif yönde bir ilişki ($p<0,041$) vardı. CTQ toplam puanının KPDÖ, PANSS negatif ve PANSS genel puanıyla ilişkisi yoktu (Tablo-30).

3.4.1.3. PANSS Ölçeği ile Alt Ölçek Puanlarının İlişkisi

PANSS alt ölçeklerinden PANSS pozitif puanının PANSS genel, PANSS toplam ve KPDÖ puanlarıyla pozitif yönde kuvvetli bir ilişkisi bulunmaktadır ($p<0,000$). PANSS negatif puanıyla ise herhangi bir ilişkisi bulunmamaktadır. PANSS pozitif puanının CTQ toplam puanıyla ve alt ölçeklerden duygusal ve fiziksel istismar puanlarıyla pozitif yönde kuvvetli bir ilişkisi ($p<0,000$ ile $p<0,004$ arasında); cinsel istismar puanıyla da pozitif yönde bir ilişkisi ($p<0,034$) vardır. PANSS pozitif puanının fiziksel ve duygusal ihmalle anlamlı ilişkisi yoktur.

PANSS negatif puanının PANSS genel, PANSS toplam ve KPDÖ puanlarıyla pozitif yönde güçlü bir ilişkisi bulunmaktadır ($p<0,000$ ile $p<0,001$ arasında). PANSS negatif puanının PANSS pozitif puanıyla ve CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının hiçbiriyle ilişkisi bulunmamaktadır.

PANSS genel puanının KPDÖ, PANSS toplam, PANSS negatif ve PANSS pozitif puanlarıyla pozitif yönde güçlü anlamlı bir ilişkisi ($p<0,000$) bulunmaktadır. PANSS genel puanının CTQ toplam ve alt ölçekleri arasında yalnızca duygusal istismarla ilişkisi bulunmaktadır; aralarında pozitif yönde bir ilişki saptandı ($p<0,011$).

PANSS toplam puanının KPDÖ, PANSS toplam, PANSS negatif ve PANSS pozitif puanlarıyla pozitif yönde güçlü anlamlı bir ilişkisi ($p<0,000$) bulunmaktadır. PANSS toplam puanının ayrıca, CTQ toplam ve alt ölçeklerden duygusal istismar ile pozitif yönde bir ilişkisi bulunmaktadır (sırasıyla $p<0,041$ ve $p<0,026$).

3.4.1.4. KPDÖ Ölçeğinin Diğer Ölçek Puanları ile İlişkisi

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) puanları, PANSS pozitif, PANSS negatif, PANSS genel ve PANSS toplam puanlarıyla pozitif yönde güçlü bir ilişki içindedir ($p<0,000$ ile $p<0,001$ arasında). KPDÖ puanları, CTQ toplam ve alt

ölçek puanları arasında sadece duygusal istismar puanıyla ilişkilidir. KPDÖ puanı duygusal istismar puanıyla pozitif yönde bir ilişki ($p<0,02$) içindedir (Tablo-30).

4.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma, şizofreni tanılı bireylerin hastalık şiddetinin çocukluk çağı travmaları ile ilişkisini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Ayrıca sosyodemografik veriler, psikiyatrik özgeçmiş ile soygeçmiş ve hastalık şiddetinin ilişkisi araştırılmıştır. Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışıldı.

4.1.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan 70 hastanın yaşları 19-65 arasında, yaş ortalaması $36,79\pm 10,72$ yıl olarak bulundu. Kalkan Turan'ın (2011) klinikte yatan 100 şizofreni tanılı hastaylayabtiği çalışmada yaş aralığı 23-54 arasında, yaş ortalaması ise $38\pm 7,91$ olarak bildirilmiştir. Çalışmamız bulguları bu çalışmadaki yaş aralığıyla uyumlu gözlenmektedir.

Hastaların önemli bir kısmı (%61,4) şehirde doğup büyümüşü. İlkokul ve ortaokul mezunu olanlar (biri okuryazar olmak üzere toplam %52,9) çoğunluğu oluşturmaktaydı. Hastaların önemli bir kısmında göç öyküsü mevcuttu (%57,1). Şehirde yaşamak, göç öyküsü olan bir ailenin mensubu olmak, ailenin sınıfsal konumunun düşük olması gibi özellikler şizofreni riski ile ilişkili bulunmaktadır (Bryne ve diğ. 2004; van Os ve diğ., 1996). Kent ile kırsal alanlardaki şizofreni yaygınlığının karşılaştırıldığı çalışmanın ortak değerlendirmesi, kentsel alanlarda

şizofreninin daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. (van Os ve diğ., 2005). Kentte yaşamının kırsal bölgede yaşamaya oranla daha çok şizofreniye sebep olduğu bildirilmiştir (Read ve Hammersley, 2005; Krabbendam ve van Os, 2005).

Çalışmamıza katılan hastaların yalnızca az bir kısmı (%18,6) evliydi. Bekar (hiç evlenmemiş) oranı (%74,3) oldukça yüksekti. Bu sonuç literatürle uyumluydu: Şizofreni tanılı hastaların hiç evlenmemiş olma oranları yüksek, boşanmış ya da ayrı yaşama oranları artmış olarak dikkat çekmektedir. Evlenmemiş olan şizofreni tanılı hastaların hastalık öncesi işlevlerinin daha kötü olduğu, psikotik ataklarının daha erken yaşta başladığı ve hastalığın daha kötü bir süreğen gösterdiği bildirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Çalışmamıza katılan hastaların büyük bir bölümü (%78,6) çalışmıyordu. Çalışan oranının düşük olması ile önemli bir kısmının bekar (%74,3) ya da boşanmış (%7,1) olmasının şizofreni hastalığının süreci ve şiddetiyle ilişkili olabileceğini akla getirmektedir. Şizofreni ve ilk yatış riski üzerine Danimarka'da ulusal kayıt sistemine dayalı yapılan çalışma, işsizlik, bekar olma, düşük eğitim düzeyi, düşük refah düzeyi gibi faktörleri şizofreni ile ilişkilendirmiştir (Bryne ve diğ., 2004).

Çalışmaya alınan hastaların çocukluk döneminde primer bakım verenlerinin önemli bir kısmı (%88,6) annesidir. Odasını kardeşi / kardeşleri ile paylaşan hasta sayısı yüksek orandaydı (%68,6). Hastaların azımsanmayacak bir bölümü ise (%22,9) çocukluğunda ebeveyninin odasında yattığını, primer bakım vereni büyük ebeveyni olan hastalardan ikisi büyük ebeveyniyle aynı odayı paylaşarak yattığını belirtmiştir. Ebeveyn / büyük ebeveynleriyle aynı odayı paylaşan hastaların 6'sı yetişkinlik dönemine dek (çalışmaya alındıkları sırada hastaların halen 5'i ebeveyn/büyük ebeveynle aynı yatakta yatmaya devam ediyordu) ebeveyn / büyük ebeveynleriyle aynı yatağı paylaşarak uyduğunu ifade etmiştir. Bu durum şizofreni

hastalarının ayrılma-bireyleşmede yaşadıkları sorunla, dolayısıyla simbiyotik ilişkinin varlığıyla açıklanabilir. Psikotik çocuk ve anneleriyle de çalışmış olan Margaret S. Mahler, yenidoğanın ve bebeğin dış dünyaya göre “ayarlanmadan” doğduklarını vurgulayarak insanın yavrusunun biyolojik ve psikolojik doğumunun birbiriyle çakışmadığını ifade etmektedir. Mahler, psikolojik doğumu ayrı bir birey durumuna gelmek olarak tanımlayarak yenidoğan bebeği psikotik çocuğa benzetir. O’na göre yenidoğan bebeğin de psikotik olanın da psikolojik doğumu gerçekleşmemiştir. Küçük bebek için henüz gerçekleşmeyen durum psikotik için sekteye uğramış, yani psikotik doğum başarılammıştır (Akt. Vahip, 1993).

Çalışmaya katılan hastaların hemen hepsi (%90) birinci dereceden yakınlarıyla (ebeveyni, ya da eşi-çocuğuyla) oturmaktadır. Yalnız başına oturan hastaların da (%7,1) aile apartmanında oturdukları görülmüştür.

Hastaların yalnızca ikisinin herhangi bir sosyal güvencesi mevcut değildir. Bu durumun da, ülkenin son yıllardaki sosyal güvenlik ve sağlık politikasıyla (yeşilkart, 2022 özürmlü maaşı ve sosyal güvencesi, malulen emeklilik, isteğe bağlı sigorta gibi) ilişkili olabileceğini akla getirmektedir. Buna rağmen hastaların yalnızca bir kısmının (%27) özür maaşı aldığı görülmektedir.

4.2.Hastaların Tanımlayıcı Klinik Özellikleri

Hastalık başlangıç yaşı 9-41 yaş aralığında değişmekte, $22,21\pm 7,36$ yıl ortalamasındaydı.Kalkan Turan(2011) ’ın Bakırköy Ruh ve Sinir Hastanesi’nde klinikte yatan şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların başlangıç yaşı 17-29 aralığında; $22,83\pm 3,09$ yıl ortalamasındaydı. Çalışmamızdaki hastalık başlangıç yaşı ortalamasıbu çalışmayla örtüşmektedir. Şizofreninin başlangıç yaşı erkeklerde 15-25 arasında, ortalama 3-4 yıllık bir gecikmeyle ortaya çıkmaktadır. Genellikle 45

yaşından önce ortaya çıkar (Sadock ve Sadock, 2005). Çalışmamızın yaş aralığı ve ortalaması da literatürle uyumludur.

Hastaların çoğunun klinik yatışı (%80) vardı. Klinik yatışı bulunan hastaların yatış sayıları 1-15 arasında değişmekteydi. Yatış ortalaması ise $3,29 \pm 3,1$ değerindeydi. Çalışmamızdaki yatış sayıları (1-15) Kalkan Turan'ın (2011) çalışmasındaki yatış sayılarıyla (2-16) uyumluydu, ancak yatış ortalaması çalışmamızın ortalamasından daha yüksekti ($8,38 \pm 3,52$). Bu farklılığın önemli bir sebebi Kalkan Turan'ın çalışmasındaki tüm hastaların yatan hastalardan seçilmiş olması olabilir. Çalışmamıza alınan hastaların tümü bir toplum ruh sağlığı merkezinde takip ve tedavisi yapılan örneklerden oluşuyordu. Merkezde, psikiyatrist, psikolog, hemşire gibi profesyonel sağlık ekibinin hastalarla düzenli olarak bireysel ve grup görüşmeleri yapması, düzenli olarak muayene ve kontrollerinin yapılması hastaların akut alevlenmelerinin, dolayısıyla klinik yatışlarının önlenmesinde önemli bir faktör olarak söylenebilir. Bu durumun hastaların klinik yatış sıklıklarının az olmasını açıkladığı düşünülmektedir. Literatürde şizofrenideki hospitalizasyon oranı için skor bildirilmese de hastaların önemli bir kısmında hastalık seyrine göre klinik tedavi gerektiği vurgulanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Kültür, Mete ve Erol, 2007).

Son altı ay içinde düzenli ilaç kullandığını ifade eden hastaların oranı yüksekti (%80). Oranın yüksek olması çalışmaya dahil edilen tüm hastaların düzenli olarak toplum ruh sağlığı merkezinde tedavi ve takiplerinin yapılması olabilir. Toplum ruh sağlığı merkezleri, ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, psikososyal destek hizmetlerinin verildiği, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri ile birlikte yaşadıkları ortamda sunulabilmesini hedefleyen merkezlerdir (Toplum Ruh Sağlığı Yönergesi, 2011).

Çalışmamıza katılan hastaların çoğunun (%61,4) şizofreni alt tipi paranoid tür şizofreniydi. Hastaların yaklaşık 1/3'ünde (%32,9) eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk mevcuttu. Hastaların neredeyse yarısında (%48.6) herhangi bir fiziksel veya dahili hastalık bulunmaktaydı.

Şizofreni hastalarının yarısından fazlasında tıbbi hastalıklar veya psikiyatrik bozukluklar birlikte görülebilir (Doğan, 2011). Şizofreni hastalarında giderek artan minör fiziksel anormallikler %30-75 arasında bildirilmiştir. Bu oran toplumun diğer kesiminde %0-13 arasında değişmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Hastalığın başlangıcından ilk tedaviye dek geçen süre 1-156 ay arasında değişmekteydi (18,96±34,11). Hastalığın başlangıcı ile tedaviye başlanan süre arasında geçen zaman aralığının uzun olması hastalığın kötü gidişiyle ilişkilendirilmiştir (Doğan, 2011).

Katılımcı hastaların %57,1'i sigara kullanmaktaydı. %11,4'ünün alkol kötüye kullanımı, %14,3'ünün ise psikoaktif madde kullanım öyküsü mevcuttu. Şizofreni hastalarının nikotin bağımlılığının yüksek oranda olduğunu bildiren çok sayıda yerli ve yabancı çalışma bulunmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalardan biri şizofrenide sigara kullanım oranını %58-92 oranında bildirirken (Karşıdağ, Alpay ve Kocabıyık, 2005) daha önce yapılan başka bir çalışma şizofreni hastalarında sigara kullanım oranını (%57,5) daha düşük olarak bildirdiler (Üçok ve diğ., 2001). Bu oran çalışmamızdaki oranla da uyumludur. Kalkan Turan'ın (2011) çalışmasında hastaların %91'inde sigara kullanımı, %15'inde alkol kullanımı, %7'sinde ise psikoaktif madde kullanımı saptanmıştır. Sigara kullanımı oranı çalışmamızın ortalamasının oldukça üstünde, alkol kullanımındaki oran çalışmamız oranlarına yakındı; psikoaktif madde kullanım oranı ise çalışmamızdaki sonuçtan daha yüksekti.

Çalışmamıza katılan hastaların 1/3'ünün (%34,3) en az bir kez özkıyım girişiminde buldukları ortaya çıktı. Şizofreni hastalarının 1/3'ünün en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (Allebeck ve diğ., 1987). Kalkan Turan'ın (2011) çalışmasına katılan hastaların %27'si en az bir kez özkıyım girişiminde bulduklarını bildirdiler. Bu oran, çalışmamızdaki özkıyım girişimi oranına yakındır. Dolayısıyla çalışmamız, literatür bulgularıyla da uyumludur.

4.3.Aileye İlişkin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Çalışmaya dahil olan hastaların büyük çoğunluğunun annesi (%82,9) ve yarısından fazlasının babası (%58,6) hayattaydı. Hasta annelerinin %30'unun okuma yazması yokken, %60'ı ise ilkokul mezunuydu. Babaların %12,9'unun okuma yazması olmazken, %64,3'ü ise ilkokul mezunuydu. Annelerin yalnızca 1'i, babaların ise 11'i aktif olarak çalışıyordu. Çalışmalar, ailenin düşük sosyoekonomik düzeyde olmasının, babanın sosyal sınıfının düşük olmasının çocukları için şizofreni riskini artırdığını bildirmektedir (Wicks ve diğ., 2005; Harrison ve diğ., 2001).

Çalışmamızda, hastaların anne (%32,9), baba (%22,9) ve kardeşlerinde (%30) önemsenecek derecede psikiyatrik bozukluk vardı. Kardeş sayısı 1-9 arasında, $3,91 \pm 2,06$ ortalaması ve standart sapma oranı ile değişim göstermekteydi. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı ve üçten fazla çocuğa sahip olmak şizofreni ile ilişkili olarak bildirilmiştir. (Bryne ve diğ., 2004).

Hastaların babalarında %12,9 oranında alkol ve %4,3 oranında madde kullanım öyküsü de bulunmaktaydı. Fiziksel istismar ve ihmal için, anne-baba ya da bakım verene ilişkin risk etkenleri olarak çocukluk çağı travmasına maruz kalma, psikiyatrik bozukluk, madde kullanımının varlığı ve sosyal destek yokluğu gibi özellikler sıralanmaktadır (Powers, Eckenrode ve Jaklitsch, 1990).

4.4.Sosyodemografik Özelliklere Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda cinsiyete göre ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi. Diğer bir ifadeyle cinsiyet ile hastalık şiddeti ve çocukluk çağı travmaları düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında önemli bir farklılık yoktu. Detaylı olarak hastalık şiddeti puanlarına bakıldığında da anlamlı bir farklılık mevcut değildi. Cinsiyete göre çocukluk çağı travma oranları detaylandırıldığında, kadınların çocukluk çağı travma oranları erkeklerin oranlarından daha yüksek bulundu. Çalışmamızda kadın hastalar, cinsel istismar (%40), fiziksel istismar (%65), duygusal istismar (%60) ve fiziksel ihmal (%70) alt ölçeklerinde erkeklerden daha fazla çocukluk dönemi travma öyküsü bildirdiler. Yalnızca duygusal ihmal alt testinde erkekler kadınlardan daha yüksek oranda ihmal bildirdiler.Klinikte yatan hastalarla yapılan titiz bir çalışma, %50-60 dolayında travma oranını ortaya çıkarttı (Herman, 1992). Çalışmamızdaki çocukluk dönemi travma düzeyleri bu çalışmayla uyumluydu. Çocukluk döneminde yaşanan duygusal ve cinsel travmanın şizofreniye yatkınlık oluşturduğunu gösteren çalışmalar bildirilmiştir (Pepper ve Agius, 2009). Kalkan Turan'ın çalışmasında (2011) kadınların cinsel istismar puanları erkeklerden daha yüksek olduğu halde genel olarak cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bildirilmedi. Cinsel istismarın kadınlarda fazla olması çalışmamızla uyumlu iken cinsiyetlerde farklılığın olmaması çalışmamız sonuçlarına uymuyordu. Uçok ve Bıkmaz'ın çalışmasında (2007) CTQ-28 alt ölçeklerindeki travma oranları çalışmamızdaki skorların altında kalmaktaydı. Aynı çalışmada fiziksel istismar, cinsel istismar ve hem fiziksel hem de cinsel istismar oranları kadınlarda erkeklerden daha yüksekti. Çalışmamız, bu alt ölçeklerin cinsiyete dağılımı konusunda bu çalışmayla uyumlu sonuçları içeriyordu.

Çalışmamızda göç öyküsünün olup olmamasına göre ölçek puanlarına bakıldığında çocukluk çağı travma oranları ve hastalığın şiddeti arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Literatürde göç öyküsünün varlığının şizofreni için risk teşkil ettiği (van Os ve diğ., 1996) birçok çalışmada bildirilirken yaptığımız çalışmada kullanılan ölçeklerle anlamlı bir farklılığı yoktu. Çalışmamız literatür bulgularıyla uyumlu değildir. Göçün etkisinin daha detaylı değerlendirileceği karşılaştırmalı çalışmaların yapılması yararlı olabilir.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre çocukluk çağı travmaları ve hastalık şiddeti ile anlamlı bir farklılık yoktu. Kalkan Turan (2011) çalışmasında eğitim durumu ile çocukluk çağı travmaları ve hastalık şiddeti arasında anlamlı farklılık bildirmedi. Çalışmamız bu araştırma sonucuyla aynı paraleldeydi.

Çalışmamızda alkol kullanım öyküsü ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı farklılıklar yoktu ancak madde kullanım öyküsü ile çocukluk çağı travmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktaydı.

Ergenlikte esrar öyküsü olanların şizofreni gelişme riski toplum genelinin iki katıdır. (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Kalkan Turan (2011), çalışmasında hem alkol hem de madde öyküsü olanlarda çocukluk çağı travmasıyla ilişkili sonuçlar bildirdi. Çalışmamız sonuçları, alkol kullanımı konusunda bu çalışmayla uyumlu değilken madde kullanımı için bu çalışma sonuçlarına uyuyordu. Alkol ve esrar gibi maddelerin psikoz olasılığını arttırdığını bildiren (Öztürk ve Uluşahin, 2011) çalışmalara karşılık, madde kötüye kullanımının duyarlı bireylerde şizofreniyi ortaya çıkarabileceği, yalnız risk etkeni olup olmadığının açık olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Akt. Doğan, 2011).

Çalışmamızda özkıyım girişimi olan hastalar ile çocukluk travması arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Çalışmamızda özkıyım ile çocukluk dönemi travmaları

arasında anlamlı farklılık bulunmaması literatürdeki birçok çalışmanın sonucuyla (Uçok ve Bıkmaz, 2007; Yanık ve Özmen, 2002; Şar, 1998) uyumlu değildir ancak çalışmamızın sonucuyla uyumlu çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin özkıyım girişimi olan ve özkıyım düşüncesi olan kadınların çocukluk dönemi travmatik deneyimleri açısından farklılığın olmadığı çalışmalar da bildirilmiştir (Murphy ve diğ., 1992). Çalışmamız, bu çalışma sonucuna uygundur.

4.5.Aileye İlişkin Demografik ve Klinik Özelliklerin Ölçek Bulgularına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, ailede psikiyatrik hastalık durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktaydı. Hastalığın şiddeti ile annede psikiyatrik hastalığın varlığı arasında bir farklılık yoktu ancak annesinde psikiyatrik hastalık olan şizofreni hastalarının fiziksel istismar ve cinsel istismar puanlarının yüksek olduğu saptandı.

Yine, babasında psikiyatrik hastalık bulunan katılımcı şizofreni hastalarında cinsel istismar puanları anlamlı şekilde yüksekti. Kardeşlerinde psikiyatrik bozukluk bulunan hastaların ölçek puanlarından fiziksel istismar puanları da anlamlı şekilde yüksekti. Dolayısıyla çalışmamızda anne, baba ve kardeşlerin psikiyatrik hastalıklarının varlığı ile cinsel istismar ve fiziksel istismar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktaydı.

Ailede psikiyatrik hastalığın varlığı şizofreni gelişimi için risk olarak bildirilmiştir (Bryne ve diğ., 2004).Cinsel istismar uygulayan veya ensest ilişki kuran bazı kişilerde çeşitli ruhsal bozukluklara ve bilişsel kapasitede kısıtlılığa rastlanabileceği belirtilmektedir (Bernet, 2007).

Fiziksel istismar ve ihmal için, anne-baba ya da bakım verene ilişkin risk etkenleri olarak çocukluk çağı travmasına maruz kalma, psikiyatrik bozukluk, madde kullanımının varlığı ve sosyal destek yokluğu gibi özellikler sıralanmaktadır (Powers, Eckenrode ve Jaklitsch, 1990).

Kalkan Turan çalışmasında (2011), ailede psikiyatrik hastalığı olanlarda PANSS toplam ve negatif semptom şiddeti, agresyon puanları, fiziksel ve duygusal ihmal ile cinsel ve duygusal istismar düzeylerinin yüksek olduğunu bildirdi. Ailede psikiyatrik hastalık varlığının çocukluk dönemi travmaları ile ilişkisi konusunda çalışmamız bulguları, bu çalışmayla uyumluyken, hastalık şiddeti konusunda ise uyumlu değildi. Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanların psikoz ve bipolar bozukluk geliştirme olasılığı anlamlı oranda yüksektir. Psikotik bozukluğu olan bireylerin birinci derece yakın akrabalarında hastalık on kat kadar daha fazladır (Işık ve Işık, 2008).

Kardeş sayısı ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı ilişki bulunmaktaydı. Travma alt ölçekleri anlamlı olarak farklılık içermezken toplam travma oranları ile kardeş sayısı arasında istatistiki anlamda farklılık saptandı. Bryne ve arkadaşları (2004), ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı, ailede göç öyküsü, kentte doğmuş olmak, üçten fazla çocuğa sahip olmak gibi verilerin şizofreni ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Yine istismar ve ihmal riski, çocuk sayısının fazla olduğu ailelerde daha yüksek olarak bulgulanmıştır (Bernet, 2007).

Öte taraftan Uçok ve Bıkmaz (2007), kardeş sayısı ile çocukluk dönemi istismarı arasında ilişki olduğunu ortaya koydular. Çalışmamız literatür bulgularıyla uyumluydu.

4.6.Klinik Özelliklere Göre Ölçek Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, düzenli ilaç kullanma ile hastalık şiddeti arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Düzenli ilaç kullandığını belirten hastaların PANSS pozitif sendrom puanları arasında anlamlı farklılık bulunuyordu ve düzenli ilaç kullanmayanlara göre pozitif puan değerleri daha düşüktü.

Çalışmamızda, hastaların klinik yatış (var/yok) durumu ile travma düzeyleri arasında ilişki bulunmuyordu. Klinik yatışı bulunan hastaların hastaneye yatış sayıları ile ölçekler birlikte değerlendirildi ve arasındaki ilişkiye bakıldı. Hastaneye yatış sayısı ile PANSS toplam puanı arasında, hastaneye yatış sayısı ile PANSS pozitif sendrom puanları arasında, hastaneye yatış sayısı ile kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği puanları arasında ve yatış sayısı ile cinsel istismar puanları arasında pozitif yönde ilişki mevcuttu. Özellikle yatış sayısı ile cinsel istismar ve yatış sayısı ile PANSS pozitif puanları arasındaki ilişki güçlü bir ilişkiyi gösteriyordu. Dolayısıyla klinik yatış sayıları ile hastalık şiddeti ve travma düzeyleri arasında güçlü bir ilişki bulunmaktaydı. Çalışmamızdaki bu bulgular, çocukluk çağı kötüye kullanımının hastalık şiddetini ve klinik yatışını etkilediğini bildirmektedir.

Kalkan Turan'ın çalışması (2011), yatış sayısı fazla olan hastaların çocukluk çağı travma düzeyleri ve hastalık şiddeti arasında ilişki bulunduğunu ortaya koymaktadır. Yatış sayısı ile çocukluk çağı ölçeği toplam travma ve alt ölçek travma düzeyinin ve hastalık şiddetinin ilişkisi bulunuyordu ancak duygusal ihmal ve PANSS pozitif bulguları daha güçlü şekilde ilişkiliydi. Çalışmamızda duygusal ihmalle yatış sayısı arasında ilişki yoktu. Çalışmamızın diğer bulguları bu çalışma bulguları ile uyumludur. Çalışmamızda yatış sayısı ve cinsel istismar ile PANSS pozitif bulguları arasındaki ilişki en güçlü olanıydı.

Literatürde de çalışmamız sonuçlarına paralel araştırmalar bildirilmiştir. Bildirilen bu çalışmalardan biri klinikte yatan psikotik kadın hastalarla ilgiliydi.

Çalışmaya alınan hastaların neredeyse yarısında (%46) cinsel istismar yaşantısı vardı. Cinsel istismar öyküsü veren kadınlar, klinikte yatan diğer kadınlara göre daha fazla inatçı psikotik belirtiler, izolasyon ve sanrılar dolayısıyla yüksek düzeyde hastalık şiddeti barındırıyordu (Beck ve van der Kolk, 1987). Çalışmamız bulguları bu çalışmayla uyumludur.

Çalışmamızda hastalık başlangıç yaşı ile ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldı. Hastalık başlangıç yaşı ile hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ancak hastalık başlangıç yaşı ile çocukluk çağı travma düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki vardı. Hastalık başlangıç yaşı ile fiziksel ihmal arasında ilişki mevcuttu. Kalkan Turan (2011), hastalık başlangıç yaşı küçük olan hastaların hastalık şiddetinin fazla olduğu, çocukluk döneminde daha çok travmaya uğradıklarını bildirdi. Çalışmamızda hastalık şiddetine dair bulgu yokken çocukluk çağı travma düzeyinin hastalık başlangıç yaşıyla ilişkili olduğu sonucu mevcuttu. Başlangıç yaşı ile çocukluk dönemi travma düzeyinin anlamlı düzeyde yüksek oluşu konusunda çalışmamız Kalkan Turan'ın (2011) çalışması ile uyumluydu.

Çalışmamızda varsanı ile çocukluk çağı travma ilişkisine de bakıldı. İşitsel varsanı, çalışmaya katılan neredeyse tüm hastalar tarafından bildirildiği için istatistiksel açıdan sağlıklı bir değerlendirme yapılamadı. Tat varsanısının varlığı hiçbir hasta tarafından bildirilmediği için bu varsanı türüne de bakılamadı.

Varsanı çeşidi ile çocukluk dönemi travma ilişkisine bakılınca koku varsanısı ile travma alt ölçekleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Koku varsanısı ile duygusal istismar arasında ve yine koku varsanısı ile duygusal ihmal arasında anlamlı farklılık gözlenmektedir.

Travmatik anılarla ilgili travmatik deneyimlerin doğasını anlamak için 46 olguyla yapılmış çalışmalardan biri (van der Kolk ve Fisler, 1995), travmatik bellekte

bütünlüğü olan anılardan çok görsel, duygusal, koku ve işitsel deneyim gibi dile dökülmesi zor imgelerle dolu bedensel duyuların (somatosensory) eşlik ettiğini bulgulamıştır.

Erişkin başlangıçlı ve çocukluk başlangıçlı travma öyküsü olanların gruplara ayrılıp karşılaştırıldıkları bir çalışmada çocukluk başlangıçlı travma öyküsü olanların ilk olarak koku, görüntü ve kinestetik duyular şeklinde travmayı hatırlama eğilimde olduklarını ortaya koymuştur. Aynı şekilde çocukluk başlangıçlı travma öyküsü olan grubun erişkin gruba kıyasla anlamlı derecede daha patolojik biçimde kendine zarar verme ve yatıştırma davranışları vardı (van der Kolk ve Fisler, 1994).

Literatürde travmatik bellekte koku duyularının varlığından sözedilse de koku varsanısının duygusal istismarla ilişkisini bildiren çalışmalara rastlanmadı. Çalışmamızdaki bulguların alandaki literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda sanrı türü ile çocukluk çağı travma düzeyine de bakıldı. Sanrı türlerinden paranoid sanrılar tüm hastalar tarafından bildirildiği için istatistiksel açıdan değerlendirilemedi. Büyüklük sanrısı ile çocukluk çağı travma alt ölçeklerinden duygusal istismar arasında anlamlı bir farklılık saptandı. Edilgenlik / zihin okuma sanrısı ile duygusal istismar arasında da anlamlı bir farklılık vardı.

Çocukluk döneminde maruz kalınan travmanın ileriki yıllarda psikotik dönem ve deneyimler için önemli bir risk olduğunu, özellikle şizofreninin pozitif belirtileriyle ilişkili olabileceği bildiren çalışmalar (Janssen ve diğ., 2004; Read ve diğ., 2003) sıklıkla vardır. Çalışmamızda travma bulgularıyla ilişkili olarak bulunan varsanı ve sanrı gibi şizofreninin pozitif belirtileri bu çalışmalarla uyumludur.

Çocukluk çağı travmasının varsanı ve sanrılarla ilişkisi olduğu bildirilmiştir. Uçok ve Bıkmaz (2007), varsanılar ve zihin okuma sanrısını duygusal istismarla

ilişkili bulmuşlardır. Çalışmamız bulguları bu çalışma sonucuyla uyumlu bulunmuştur.

Ay'ın çocukluk çağı travmasının şizofreni kliniğiyle ilişkili çalışması (2013), ciddi çocukluk çağı travma öyküsü bildirenlerde pozitif belirtilerden işitsel ve görsel varsanılar, yorum yapan sesler, büyüklük, dinsel, suçluluk ve günahkarlık sanrıları, kontrol edilme sanrıları, düşünce okunması, düşünce çekilmesi ve düşünce çalınması sanrılarının yüksek oranda olduğunu saptamıştır. Bu çalışmadaki pozitif semptomlardan çoğu (işitsel ve görsel varsanı, dinsel, suçluluk, günahkarlık ve kontrol edilme sanrıları gibi) çalışmamız bulgularına uymamakta ancak çalışmamızdaki büyüklük sanrısı ile düşünce okunması, düşünce çalınması ve düşünce çekilmesi (edilgenlik/zihin okuma sanrısı) gibi sanrılarla ilgili bulgular bu çalışmayla da uygun sonuçlardır.

4.7.Şizofreni ve Travma İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan bireylerin hastalık şiddetini gösteren PANSS toplam puanları 66-147 arasında değişmekteydi ve ortalaması $101,21 \pm 17,18$ düzeyindeydi.

Çalışmamıza katılan hastaların hastalık şiddeti ve düzeyini gösteren KPDÖ puanları 31-72 arasında değişmekteydi ve ortalaması $50,7 \pm 9,948$ düzeyindeydi.

Çalışmamıza katılan olguların çocukluk çağı travmalarının toplam puanları 30-88 arasında değişmekteydi ve ortalaması $50,80 \pm 13,66$ düzeyindeydi. En yüksek alt ölçek puan ortalaması ile duygusal ihmale aitti ve $14,01 \pm 4,97$ düzeyindeydi. Örneklemimizde en düşük alt ölçek $7,01 \pm 3,32$ puan ortalaması ile cinsel istismara aitti.

Kalkan Turan'ın çalışmasında (2011), çocukluk dönemi travma oranlarında fiziksel ve duygusal ihmal en yüksek, cinsel istismar ise en düşük puan

türüydü.Çalışmamız bu çalışmanın oranlarıyla uyumluydu. Çalışmamızda da sırasıyla duygusal ve fiziksel ihmal en yüksek puan değerlerindeyken cinsel istismar en düşük puan türüydü.

Uçok ve Bıkmaz'ın çalışması (2007), duygusal ihmali, en yüksek çocukluk çağı travma türü olarak bildirirken fiziksel istismar en düşük puanları göstermişti. Duygusal ihmalin en yüksek olduğu çocukluk dönemi travma türü olması çalışmamızın da sonuçlarındaydı.Duygusal ya da fiziksel ihmal en sık görülen çocukluk dönemi travma türü olarak bulunmuştur (Şar, 1998). Bir üniversite hastanesi polikliniğine ilk defa başvuran kadın hastaların çocukluk çağı istismar ve ihmalinin değerlendirildiği bir çalışmada ihmal, en yüksek travma olarak bildirilmiştir (Yanık ve Özmen, 2002). Çalışmamız bulguları literatürle uyumludur.

4.8.Hastalık Şiddeti ile Travma İlişkinin Tartışılması

Hastalık şiddeti ile çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu. Çocukluk çağı travma toplam puanıyla PANSS toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Travma toplam puanıyla KPDÖ puanı arasında anlamlı farklılık olmamasına rağmen KPDÖ ile PANSS toplam puanıyla pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı olarak ilişkilidir.

PANSS pozitif alt ölçeği, duygusal ve fiziksel istismarla pozitif yönde kuvvetli ilişkiliyken, travma toplam puanıyla kuvvetli ve cinsel istismarla orta düzeyde ilişkilidir. Negatif bulguların travma ile ilişkisi bulunmazken PANSS genel puanı yalnızca duygusal istismarla ilişkilidir. PANSS toplam puanı da yalnızca duygusal istismar ve travma toplam puanıyla ilişki bulunmuştur. Son olarak kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği (KPDÖ) travma alt ölçeklerinden yalnızca duygusal istismarla ilişkilidir.

Özetle hastalık şiddetinin en çok ilişkili olduğu çocukluk çağı travma alt ölçeği duygusal istismar olarak gözlenmektedir. Fiziksel istismar puanı sonra gelen en ilişkili alt ölçektir. Cinsel istismar puanı, PANSS puan türlerinden yalnızca pozitif bulgularla ilişkiliydi. Duygusal istismarın travma alt ölçekleri dahil ilişkili olmadığı tek alt ölçek puanı PANSS negatif bulgular alt ölçeğidir.

Çalışmamızda istismar türleri (sırasıyla duygusal, fiziksel ve cinsel) ile PANSS ölçek puanlarının hepsiyle (negatif bulgular hariç) ilişkidir. Çalışmamızda, çocukluk dönemi istismarının hastalık şiddetiyle doğrudan ve güçlü bir ilişkisi vardı. Özellikle de istismar alt ölçeklerinin pozitif sendrom puanıyla ilişkisi ön plandaydı. Negatif bulgularla da ilişkisi yoktu.

Kalkan Turan'ın çalışmasında (2011) genel istismar düzeyinin pozitif semptomlarla pozitif yönde kuvvetli ilişkiliydi. Bu açıdan çalışmamız bu çalışma sonucuyla uyumluydu. Ancak istismar türlerinden sırasıyla duygusal, fiziksel ve cinsel istismar sıralaması bu çalışma sonuçlarından ayrılan yönlerdendir. Kalkan Turan'ın çalışmasında fiziksel ve cinsel istismarın hastalık şiddetiyle en çok ilişkili ölçekler olduğu bildirilmişti.

Çocukluk döneminde yaşanan istismarın ileride psikotik dönem ve deneyimler için önemli bir risk olduğu, özellikle psikotik semptomların pozitif belirtileriyle ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Janssen ve diğ., 2004). Çocukluk dönemindeki istismarın şizofreninin pozitif bulgularıyla ilişkisinin olduğunu bildiren (Read ve diğ., 2003) başka çalışmalar da mevcuttur. Çalışmamızda çocukluk çağı istismar türleri pozitif belirtilerle ilişkili olarak görülmüş, hastalığın şiddetini etkilediği ortaya konmuştur. Bu açıdan çalışmamız, bu çalışmalar ile aynı yönde sonuçlar vermiştir.

4.9.Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Öneriler

Şizofreni tanısı ile takip edilen hastalardaki çocukluk çağı travmasının düzeyi, etkisi ve hastalık şiddetinin araştırıldığı çalışmamız tanımlayıcı türde bir çalışmaydı ve kontrol grubumuz mevcut değildi. Kontrol grubuyla yapılacak benzer bir çalışma daha sağlıklı sonuç ve kıyaslar elde edilmesine yardımcı olacaktır.

Çalışmanın yürütüldüğü tarih aralığında yeterli sayıda kadın hasta ile iletişime geçilemediği için kadın / erkek katılımcı sayısı eşit değildi. Bu açıdan bakıldığında cinsiyetler arasında niceliksel eşitlik önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Çalışma için değerlendirmeye alınan katılımcı sayısı planlanan sayının altında kalmıştır. Daha büyük bir örneklem grubu eşliğinde yapılacak bir araştırma, sonuçların güvenilirliğini artırabilecektir.

Araştırmamıza katılan bireylerin tümü İstanbul'da, Küçükçekmece ilçesi dahilinde ikamet eden ve Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ni düzenli olarak kullanan, ayaktan tedavi ve takibi yapılan hastalardan oluşmaktaydı. Bu nedenle araştırmanın bir diğer sınırlılığı örnekleme dair bulguların evrene genellenebilirliği üzerinedir.

Bundan sonraki araştırmalar için öneriler aşağıda özetlenmiştir:

1-Araştırmamıza bir ilçenin sınırında yer alan hastalar katılmıştır. Toplumun genelini yansıtacak (farklı il, ilçe, hastanede tedavi gören hastalar gibi) daha geniş örneklem gruplarına dair çalışmaların yapılması yararlı olabilir.

2-Araştırmamız, toplum ruh sağlığı merkezindeki şizofreni hastalarından oluşuyordu. Bu merkezlerde takip edilen hastalar, hafta içi her gün merkezi kullanabilme, ilaç tedavi ve takibini yaptırabilme, vaka yöneticisi/danışmanı tarafından bireysel ve grup görüşmelerine, psikoeğitim, etkileşim, iş ve uğraşı faaliyetlerine alınabilme gibi imkanlara sahiptir. Merkeze gelemeyecek denli sorun

yaşayan hastalara ev ziyareti ve ev muayenesi düzenlenmekte, hastaların takip ve tedavisi mevcut sağlık sistemi içinde en ideal şartlarda gerçekleşmektedir. Alanda çalışanların ampirik deneyimleri ile çalışma sırasındaki gözlemlerimiz, bu merkezlerin hastaların akut alevlenmelerinin önüne geçtiği, klinik yatış sıklıklarını azalttığı, düzenli ilaç kullanmalarına imkan sağladığı, hastalığa karşı kriz ve bakım planları sağlayıp hastalığa karşı bilinçlendirme ve iç görü sağlayan önemli merkezler olduğu, özetle bu alandaki önemli bir ihtiyacı doldurmaya aday birimler olduğu yönündedir. Bu tür merkezlerin sayısının ve niteliklerinin artırılması psikotik bozukluk hastalarına alanda müdahale etme, hastalara ulaşabilirliği artırma ve hastaların profesyonel sağlık hizmetine kolayca ulaşmasına imkan sağlayacaktır. Bunun gerçekleştirmenin yollarından biri de bu merkezlerle ilgili takip ve tedavi çalışmasına dair akademik çalışmaların yapılmasından geçer. Çalışmamız, toplum ruh sağlığı merkezlerinde yapılan çok az sayıda çalışmadan biridir. Bu tür merkezlerde yapılacak akademik çalışmaların, bu birimlerin önemine dikkati çekeceği kanaatindeyiz.

3-Araştırmamıza katılım gösteren bireyler, ayaktan tedavi ve takibi yapılan hastalardan oluşmaktaydı. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda örneğin yatan ve ayaktan tedavi gören hastalar karşılaştırmalı şekilde benzer ölçme araçlarıyla değerlendirilebilir, yeni araştırmalar yapmanın faydalı olacağını öngörmekteyiz.

4-Araştırmamız şizofreni tanısıyla takibi yapılan hastalarla sınırlıydı. Farklı hastalık gruplarıyla yeni araştırmaların yapılmasının çocukluk dönemi travmalarının doğurduğu tahribatı anlamada faydalı olacağı düşünmekteyiz.

5.KAYNAKLAR

Akal, B. N., Doğan, O. (2010). Potential Risk Factors For Schizophrenia. *Archives of Neuropsychiatry*. 47: 230-236.

Akil, M., Weinberger, D. R. (2000). Nöropatoloji ve Nörogelişimsel Model. Harrison, P. J. ve Roberts, G. W. (Ed.). *Şizofreninin Nöropatolojisi:İlerlemeler ve Yorum* içinde (189-212). Ceylan, M. E. (Çev. Ed.). İstanbul: Turgut Yayıncılık.

Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 1: 95-119.

Allebeck, P., Varla, A., Kristjansson, E., Wistedt, B. (1987). Risk Factors for Suicide Among Patients with Schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*; 76: 414-419.

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

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

American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. (1999). Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review. *Pediatrics*. 103; 1: 186-191.

Avcı, A., Yolga Tahiroğlu, A. (2007). İstismar ve İhmal. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* içinde (719-726). Soykan Aysev A, Işık Tamer, Y (Ed.) İstanbul.

Ay, N. D. (2013). *Çocukluk Çağı Travmasının Şizofreni Kliniğiyle İlişkisi*, Psikiyatri Uzmanlık tezi. Samsun: Sağlık Bakanlığı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi.

Ayaz, M., Ayaz, A. B., Soylu, N. (2012). Çocuk ve Ergen Adli Olgularda Ruhsal Değerlendirme.*Klinik Psikiyatri*; 15: 33-40.

Barbato, A. (1998). Schizophrenia and Public Health. *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse (MSA)*. Geneva. World Health Organization (WHO).

Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H. (2004). Psychosis, Victimization and Childhood Disadvantage: Evidence from the Second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry*: 185; 220-226.

Bebbington, P., Kuipers, E. (2008). Psychosocial Factors. Mueser K. T., Jeste, D.V. (Ed.), *Clinical Handbook of Schizophrenia*: New York, Guilford Press: 74-81.

Beck, J. C., van der Kolk, B. (1987). Reports of Childhood Incest and Current Behavior of Chronically Hospitalized Psychotic Women. *Am J Psychiatry*; 144 (11): 1474-1476.

Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A., McGorry, P. D. (2007). Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence. *Schizophr Bull*; 34: 568-579.

Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A., McGorry, P. D. (2011). Childhood Trauma and Psychosis: An Overview of the Evidence and Directions for Clinical Interventions. *Family Matters*; 89: 53-60.

Bendall, S., Alvarez-Jimenez, M., Hulbert, C. A., McGorry, P. D., Jackson, H. J. (2012). Childhood Trauma Increases the Risk of Post-Traumatic Stress Disorder in Response to First-Episode Psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*; 46: 35-39.

Bernet, W. (2007). Çocuğa Kötü Muamele. Sadock B. J., Sadock V. A. (Ed.). *Kaplan & Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry: 4. cilt* (8. Baskı) içinde (3412-3425). Aydın H, Bozkurt A (Çev. Ed.). Ankara: Güneş Kitabevi.

Bernstein, D. P. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an Adolescent Psychiatric Population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; 36(3): 340-348.

Bilginer, Ç., Tural Hesapçioğlu, S., Kandil, S. (2013). Sexual Abuse in Childhood: A Multi-Dimensional Look from the View Point of Victims and Perpetrators. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*; 26: 55-64.

Brown, A. S. (2011). The Environment and Susceptibility to Schizophrenia. *Prog Neurobiol*; 93 (1): 23-58.

Brown, A. S., Bresnahan, M., Susser, E. S. (2007). Şizofreni: Çevresel Epidemiyoloji. Sadock B. J., Sadock V. A. (Ed.). *Kaplan & Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry: 2. cilt* (8. Baskı) içinde (1371-1381). Aydın H, Bozkurt A (Çev. Ed.). Ankara: Güneş Kitabevi.

Browne, K., Hamilton-Giachritsis, C., Vettor, S. (2007). *Preventing Child Maltreatment in Europe: A Public Health Approach*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Bryne, M., Agerbo, E, Eaton, W. W., Mortensen, P. B. (2004). Parental Socio-Economic Status and Risk of First Admission with Schizophrenia- Danish National Register Based Study. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol*; 39 (2): 87-96.

Buchanan, R. W., Carpender, W. T. (2007). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Sadock B. J., Sadock V. A. (Ed.). *Kaplan & Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry: 2. cilt*(8. Baskı) içinde(1329-1345). Aydın H, Bozkurt A (Çev. Ed.). Ankara: Güneş Kitabevi.

Cantor-Graae, E., Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and Migration: A Meta Analysis and Review. *Am J Psychiatry*. 162: 12-24.

Çelikel, H., Beşiroğlu, L. (2008). Klinik Olmayan Örnekleme Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları, Dissosiyasyon ve Obsesif-Kompulsif Belirtiler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 9: 75-83.

Çetin, M., Ceylan, M. E. (2009). Genel Bilgiler. Ceylan M. E., Çetin M. (Ed.).*Araştırma ve Klinik Uygulama: Biyolojik Psikiyatri: Şizofreni, Tedavi*(4. Baskı) içinde (83-123). İstanbul.

Doğan, O. (2011). *Psikiyatrik Epidemiyoloji*. Sivas.

Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., Felitti, V. J. (2003). The Relationship of Exposure to Childhood Sexual Abuse to Other Forms of Abuse, Neglect, and Household Dysfunction During Childhood. *Child Abuse Negl*; 27: 625-639.

Evren, C., Dalbudak, E., Evren, B. (2011). Childhood Trauma and Quality of Life Among Alcohol Dependent Men. *Anatolian Journal of Psychiatry*; 12: 245-252.

Fenichel, O.(1974). *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi*. Tuncer S (Çev.). İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

Freeman, D. Garety, P. A. (2003). Connecting Neurosis and Psychosis:The Direct Influence of Emotion on Delusions and Hallucinations. *Behav Res Ther*; 41:923-947.

Friedman, S., Harrison, G. (1984). Sexuel Histories, Attitudes, and Behavior of Schizophrenic and “Normal” Women. *Arch Sex Behav*; 13 (6): 555-567.

Glaser, D. (2002). Emotional Abuse and Neglect (Psychological Maltreatment): A Conceptual Framework. *Child Abuse Negl*; 26: 697-714.

Goodman, L. A., Salyers, M. P., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Swartz, M., Essock, S. M., Osher, F. C., Butterfield, M. I., Swanson, J. (2001). Recent Victimization in Women and Men with Severe Mental Illness: Prevalence and Correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 14; 4: 45-53.

Gümüş Saçarçelik, G. (2009). *Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergen ve Genç Erişkin Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları*. Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi.

Greenfield, S. F., Stratowski, S. M., Tohen, M., Batson, S., Kolbrener, M. L. (1994). Childhood Abuse in First-Episode Psychosis. *Br J Psychiatry*; 164: 831-834.

Harrison, G., Gunnell, D., Glazebrook, C., Page, K., Kwiecinski, R. (2001). Association between Schizophrenia and Social Inequality at Birth: Case-Control Study. *Br J Psychiatry*, 179: 346-350.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.

Hordviç, E. (1999). What is Psychological Trauma, *Childhood and Trauma: Separation, Abuse, War* içinde (23-31). Ullmann E, Hilweg W (Ed.).Vermont: Ashgate Publishing Company.

Hymowitz, G. F., Vivian, D., O'Leary, K. D. (2014). Childhood Abuse, Adult Interpersonal Abuse, and Depression in Individuals with Extreme Obesity. *Child Abuse Negl*; 38 (3): 425-433.

Işık, E., Işık, U. (2008). Şizofreni. Işık E., Taner E., Işık U. (Ed.). *Güncel Klinik Psikiyatride* (84-114). Ankara.

Jablensky, A. Kirkbride, J. B. Jones P. B. (2011). Schizophrenia, *Schizophrenia: The Epidemiological Horizon, Schizophrenia* (3rd edition) içinde (185- 225). D. R. Weinberger, P. J. Harrison (Ed.). Oxford: Wiley-Blackwell Publishing.

Jablensky, A. Sartorius, N. Emberg, G. Anker, M. Korten, A. Cooper, J. E. Day, R. Beltersen, A. (1992). Schizophrenia: Manifestations, İncidence and Course in Different Cultures. A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychological Medicine Monograph Supplement*. 20: 1-97.

Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R., van Os, J. (2004). Childhood Abuse as a Risk Factor for Psychotic Experiences. *Acta Psychiatr Scand*: 109: 38-45.

Kairys, S. W., Johnson, C. F. (2002). The Psychological Maltreatment of Children – Technical Report. *American Academy of Pediatrics*. 109: 1-5.

Kalkan Turan, H. S. (2011). *Kısmi Remisyondaki Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Agresyon İlişkisi*, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi.

Kalkay, A. F. (2009). *Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda Karma Dönemlerin ve Hızlı Döngülü Seyrin Ortaya Çıkışında Çocukluk Çağı Travmasının Rolü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi.

Kaplan, B. B. (2012). *Konversiyon Bozukluğu Tanılı Kadın Hastalarda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtiler ve Cinsel İşlev ile İlişkisi*. Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kaplan H. I., Sadock B. J. (2004). *Klinik Psikiyatri*, Abay, E. (Çev. Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kaplan, S., Pelcovitz, D., Labruna, V. (1999). Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A Review of the Past 10 Years. Part I: Physical and Emotional Abuse and Neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38: 1214-1222.

Kaplan, S. J.(1996). Physical Abuse and Neglect. Lewis M, (Ed.).*Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*(2. Baskı) içinde (1033-1041). Williams & Wilkins, Baltimore.

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

Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., Silver, H. K. (1962). The-Battered-Child Syndrome. *JAMA*; 181 (1): 17-24.

Kızıltan, E., Eroğlu, L. (1998). Travma ve Dissosiyasyonun Nörobiyolojisi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*. 3 (4): 599-611.

Kirkpatrick, B., Tek, C. (2007). Şizofreni: Klinik Özellikler ve Psikopatolojik Kavramı. Sadock B. J., Sadock V. A. (Ed.). *Kaplan & Sadocks Comprehensive*

Textbook of Psychiatry (8. Baskı) içinde (1416-1436). Aydın H, Bozkurt A (Çev. Ed.). Ankara: Güneş Kitabevi.

Kostakoğlu, A. E., Batur, S., Tiryaki, A., Göğüş, A. (1999). Pozitif ve negatif Sendrom Ölçeğinin(PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*; 14: 23-32.

Köroğlu E. (2004). *PsikoNözoloji: Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın.

Krabbendam, L., van Os, J. (2005). Schizophrenia and Urbanicity: A Majör Environmental Influence-Conditional on Genetic Risk. *Schizophr Bull*; 31: 795-799.

Kültür, S., Mete L. ve Almıla E. (2007). Şizofreni, *Temel Psikiyatri Kitabı* (2. baskı) içinde (184-204), E. Köroğlu, C. Güleç, (Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Kay, S. R., Fiszbein, A., Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale(PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull*; 13(2): 261-275.

Larkin, W., Read, J. (2008). Childhood Trauma and Psychosis: Evidence, Pathways, and Implications. *J Postgrad Med*; 54: 287-293.

Livingston, R. (1987). Sexually and Physically Abused Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 26: 413-415.

MacMillan, H. L., Fleming, J. L., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E. K., Walsh, C. A., Wong, M. Y., Beardslee, W. R. (2001). Childhood Abuse

and Lifetime Psychopathology in a Community Sample. *Am J Psychiatry*, 58: 1878-1883.

McCrary, E., De Brito, S. A., Viding, E. (2012). The Link Between Child Abuse and Psychopathology: A Review of Neurobiological and Genetic Research. *J R Soc Med*; 105: 151-156.

Meltzer, H. Y., Fatemi, S. H. (2003). Şizofreni. Ebert, M. H., Loonsen, P. T., Nurcombe, B. (Ed.). İpekçi S (Çev.). *Current: Psikiyatri Tanı ve Tedavi içinde* (260-277). Birsöz S., Karaman T. (Çev. Ed.). Ankara: Güneş Kitabevi.

Mirsal, H., Kalyoncu, A., Pektaş, Ö., Tan, D., Beyazyürek, M. (2004). Childhood Trauma in Alcoholism. *Alcohol Alcoholism*; 39 (2): 126-129.

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

Murphy, G. E., Wetzel, R. D., Robins, E., McEvoy, L. (1992). Multiple Risk Factors Predict Suicide in Alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*; 49 (6):459-463.

Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlan Kahiloğulları, A., Akgün Aktaş, E. (2011). Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı ve Psikopatoloji ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 12: 130-136.

Özer, E., Tokdemir, M. B., Yıldırım, Koçak, U., Bütün, C., Enginyurt, Ö. (2014). Mitolojide Çocuk İstismarı Olguları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*; 36: 111-115.

- Öztürk, M. O., Uluşahin A. (2011).*Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*,11. Baskı, Ankara.
- Pepper, H., Agius, M. (2009) Phenomenology of PTSD and Psychotic Symptoms. *Psychiatria Danubina*; 21 (1): 82-84.
- Powers, J. L., Eckenrode, J., Jaklitsch, B. (1990). Maltreatment Among Runaway and Homeless Youth. *Child Abuse Negl*; 14 (1): 87-98.
- Ramsay, C. E., Flanagan, P., Gantt, S., Broussard, B., Compton, M. T. (2011). Clinical Correlates of Maltreatment and Traumatic Experiences in Childhood and Adolescence Among Predominantly African American, Socially Disadvantaged, Hospitalized, First-Episode Psychosis Patients. *Psychiatry Res*; 188 (3): 343-349.
- Read, J., Hammersley, P. (2005). Child Abuse and Schizophrenia. *Br J Psychiatry* ; 186: 76-80.
- Read, J., Agar, K., Argyle, N., Aderhold, V. (2003). Sexual and Physical Abuse During Childhood and Adulthood as Predictors of Hallucinations, Delusions and Thought Disorder. *Psychol Psychother*; 76: 1-22.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., Ross, C. A. (2005). Childhood Trauma, Psychosis and Schizophrenia: a Literature Review with Theoretical and Clinical Implications. *Acta Psychiatr Scand*;112:330-350.
- Rosenberg, S. D., Lu, W., Mueser, K. T., Jankowski, M. K., Cournos, F. (2007). Correlates of Adverse Childhood Events Among Adults with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*: 58 (2); 245-253.

Rosso, I. M., Cannon, T. D. (2003). Neurodevelopmental Mechanisms in Psychopathology, *Obstetric Complications and Neurodevelopmental Mechanisms in schizophrenia* içinde (111-137), D. Cicchetti, E. F. Walker (Ed.), Cambridge: Cambridge University Press.

Roy, A. (2004). Relationship of Childhood Trauma to Age of First Suicide Attempt and Number of Attempts in Substance Dependent Patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 109 (2): 121-125.

Runyan, D. Wattam.C., Ikeda R. Hassan, F. Ramiro, L. (2002). Child Abuse and Neglect by Parents and Others Carevigers. *World Report on Violence and Health* içinde. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy, JA, Zwi AB, Lozano R (Ed.), Geneva: World Health Organization (WHO). 57-86.

Sadock, B. J. Sadock, V.A. (2005). Şizofreni. Ö. Uzun, S. Battal (Çev.). *Kaplan & Sadock: Klinik Psikiyatri* içinde (134-153). H. Aydın, A. Yıldırım, (Çev. Ed.). 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi.

Sar, V. (2011). Developmental Trauma, Complex PTSD and the Current Proposal of DSM-5. *Eur J Psychotraumatology*; 2: 1-9.

Sar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Kızıltan, E., Doğan, O. (2004). Childhood Trauma, Dissociation, and Psychiatric Comorbidity in Patients with Conversion Disorder. *Am J Psychiatry*; 161 (12): 2271-2276.

Sedlak, A. J. (2001). *A History of the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect*. Rockville, MD: Westat.

Selten, J. P., Cantor-Graae, E. (2005). Social Defeat: Risk factor for Schizophrenia? *Br J Psychiatry*; 187: 101-102.

Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., Moss, S. A. (2004). Impact of Child Sexual Abuse on Mental Health: Prospective Study in Males and Females. *Br. J. Psychiatry*; 184: 416-421.

Şar, V., Öztürk, E., İkikardeş, E. (2012) Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*; 32 (4): 1054-1063.

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

Şar, V. (2007). Dissosiyatif Bozukluklar. *Temel Psikiyatri Kitabı* (2. baskı) içinde (393-402), E. Köroğlu, C. Güleç, (Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Şar, V. (1998). Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Sorunlar, *Psikiyatri Temel Kitabı: cilt 2* içinde (823-834), E. Köroğlu, C. Güleç, (Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Taner, Y., Gökler, B. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*; 35: 82-86.

Tatlı, M. (2012). *Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almış Kişilerde Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının, Bu Bozukluğun Gelişimi ve Belirti Şiddetiyle İlişkisi*,Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi.

Tolun, E. (2010). *İntihar Düşüncesi ve Girişimi Olan Yatarak Tedavi Gören Kadın Hastaların Çocukluk Çağı Travması, Dissosiyasyon ve İmpulsivite Yönünden Değerlendirilmesi*.Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi.

Turla, A., DüNDAR, C., ÖZKANLI, Ç. (2009). Prevalence of Childhood Physical Abuse in a Representative Sample of College Students in Samsun, Turkey. *Journal of Interpersonal Violence*. 25; 7: 1298-1308.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Erişim Tarihi: 07.06.2014. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12038/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>

Tutkun, H. (1998). Ruhsal Travma ve Dissosiyatif Bozukluklar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*; 3 (4): 579-598.

Türksoy N.(2003). Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları, *Psikolojik Travma ve Sonuçları* içinde(9-19). Aker T, Önder M. E. (Ed.), İstanbul, 5US Yayıncılık.

Uçok, A., Bıkmaz, S. (2007). The Effects of Childhood Trauma in Patients with First-Episode Schizophrenia, *Acta Psychiatr Scand*; 116: 371-377.

Uğur, Z. (2010). *Bipolar Affektif Bozuklukta Bağlanma Biçimleri, Çocukluk Çağı Travmaları ve Agresyon İlişkisi*. Psikiyatri Uzmanlık Tezi. İstanbul: Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi.

Üçok, A., Polat, A., Bozkurt, O., Meteris, H., Aksüt, D. (2001). Şizofreni ve İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Hastalarında Sigara. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*; 2: 193-198.

Vahip, I. (1993) Ayrılma Bireyleşme Kuramı. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 4 (1): 60-66.

van der Kolk, B. A., Fisler, R. E. (1994). Childhood Abuse and Neglect and Loss of Self-Regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*; 58 (2): 145-168.

van der Kolk, B. A., Fisler, R. (1995). Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories. *J Trauma Stress*; 8: 505-525.

van Os, J., Castle, D. J., Takei, N., Der, G, Murray, R. M. (1996). Psychotic Illness Ethnic Minorities: Clarification from the 1991 Census. *Psychol Med*; 26 (1): 203-208.

van Os, J, Krabbendam, L., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. (2005). The Schizophrenia Envirome. *Curr Opin Psychiatry*; 18 (2): 141-145.

Weiss, E. L., Longhurst, J. G., Mazure, C.M. (1999). Childhood Sexual Abuse as a Risk Factor for Depression in Women: Psychosocial and Neurobiological Correlates. *Am J Psychiatry*; 156 (6): 816-828.

Wicks, S., Hjern, A., Gunnell, D., Lewis, G., Dalman, C. (2005). Social Adversity in Childhood and Risk of Developing Psychosis: A National Cohort Study. *Am J Psychiatry*; 162: 1652-1657.

Yanık, M., Özmen, M. (2002). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım / İhmal Yaşantıları ile İntihar, Kendine Fiziksel Zarar Verme ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 3: 140-146.

Zeren, C., Yengil, E., Çelikel, A., Arık, A., Arslan, M. (2012). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı İstismarı Sıklığı. *Dicle Tıp Dergisi*; 39 (4): 536-541.

6.EKLER

Ek-1 Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın katılımcımız,

Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yürütülmesi planlanan bu çalışmada yer almanız isteğinize bağlıdır. Çalışmayı reddetme ve çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu tutum, herhangi bir cezai duruma veya tedaviniz için herhangi bir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Çalışmada size verilecek ölçekler, “Şizofreni Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmasının Etkileri”ni araştırmayı hedeflemektedir.Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. İçten ve gerçek cevaplar vermeniz araştırmadan elde edilen verilerin geçerli ve güvenilir olmasını sağlayacaktır.

Çalışmamız etik kuruldan izin alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu olur formunun bir örneği size verildikten sonra çalışmaya başlanacaktır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla yayınlanacaktır. İstemediğiniz takdirde verdiğiniz bilgiler çalışmada kullanılmayacaktır.

Bu formu okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı - soyadı:

İmzası:

Telefon numarası:

Tarih:

Açıklamaları yapan araştırmacının adı - soyadı:

İmzası:

Ek-2 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

- Görüşme tarihi: Hasta çalışma no:
- 1)Adı Soyadı 2)Cinsiyeti: E / K
- 3)Yaşı: 4)Doğum yeri
- 5)Memleketi 6)Bölgesi:
- 7)Doğduğu bölge: 1-köy 2-ilçe 3-şehir
- 8)Çocukluğunun geçtiği bölge: 1-köy 2-ilçe 3-şehir
- 9)Hastanın aylık geliri: 1-yok 2-var (ise)
- 10)Aylığı ne kadar: 1)0-500tl arası 2)501-1500tl arası 3)1500tl üstü
- 11)Hastanın sosyal güvencesi 1)yok 2)var (ise)
- 12)Güvence türü: 1-SGK 2-emekli 3-20224-yeşilkart 5-malulen emekli 6-diğer
- 13)Özür maaşı? 1-yok 2-var (ise)
- 14)Hangi maaşı aldığı? 1-2022 aylığı 2-evde bakım ücreti 3-her ikisi
- 15)Özür maaşı (varsa) hastaya yetiyor mu? 1-evet 2-hayır
- 16)Maaşı kendi bakımı için kullanılıyor mu/faydalanılıyor mu? 1-evet 2-hayır
- 17)Çalışma hayatı oldu mu? 1-evet 2-hayır
- 18)Şuan çalışıyor mu? 1-evet 2-hayır
- 19)Hastalık (tanı) öncesi çalıştı mı? 1-evet 2-hayır
- 20)Eğitim: 1-Okuryazar 2-İlkokul 3-Ortaokul 4-Lise 5-Üniversite
- 21)Medeni hali: 1-Bekar 2-Evli 3-Dul/ayrı 4-Diğer
- 22)Kaç çocuğu var? 23)Toplam kardeş sayısı? 24)Ailenin kaçınıcı çocuğu?

- 25)Göç öyküsü var mı? 1)yok 2)var (ise)
- 26)Göçün nereye olduğu? 1)bölge içi 2)bölgeler arası 3)ülkeler arası
- 27)Göç sırasındaki yaş aralığı:1)0-2 2)3-53) 6-10 4)11-18 5)18yaş üstü
- 28)Askerlik yaptı mı? 1- evet 2- hayır (ise)
- 29)Askerlikten neden ayrıldığı: 1-ruhsal hastalık 2-fiziksel hastalık 3- diğer
- 30)Hastalık tanısı:1-Paranoid 2-Dezorganize 3-Katatonik 4-Farklılaşmamış
5-Rezidüel
- 31)Hastanın öyküsünde varsanılar? 1-yok 2-var (ise)
- 32)Varsanıların türü: 1-işitsel varsanı 2-görsel 3-koku 4-tat 5-dokunma
- 33)Hastanın öyküsünde hezeyanlar? 1-yok 2-var (ise)
- 34)Hezeyanların türü: 1-paranoid(referans/perseküsyon/jaluzik) 2-büyüklik
3-edilgen/zihin okuma 4-seksüel/erotomanik 5-suçluluk 6-somatik
- 35)Hastalık başlangıç yaşı: 1)10 yaşından önce 2)10-18 yaş arası 3)18 yaş üstü
- 36)Hastalık tanısı ne zaman (kaç yaşında) kondu?
- 37)Hastalık başlangıcından ilk tedaviye kadar geçen süre(ay olarak):
- 38)Tedavi başladıktan bugüne dek geçen süre(yıl)?
- 39)Hastaneye yatışı? 1- yok 2-var (ise)
- 40)Hastaneye yatış sayısı?
- 41)Düzenli ilaç kullanımı: 1-yok 2-var
- 42)Eşlik eden başka psikiyatrik hastalık 1-yok 2-var
- 43)Bilinen fiziksel bir hastalığı var mı? 1-yok 2-var

- 44)Hastanın adli öyküsü: 1-yok 2-var
- 45)Hastada özkıyım öyküsü: 1-yok 2-var (ise) 46)Kaç kez?
- 47)Hangi yolla? 1-ası ile 2-ilaç 3-yüksekten atlama 4-kesici alet 5-ateşli silah 6-diğer
- 48)Hastada özkıyım (yoksa) düşüncesi/planı oldu mu? 1-evet 2-hayır
- 49)Sigara kullanım öyküsü: 1-yok 2-var (ise) 50)Kaç paket/gün:
- 51)Alkol kullanım öyküsü : 1)yok 2)var
- 52)Madde kullanım öyküsü: 1)yok 2)var (ise)
- 53)Tanı öncesi madde kullanımı var mı? 1)yok 2)var
- 54)Primer bakım verenler: 1-anne 2-büyük ebeveyn 3-bakıcı 4-kurum 5-diğer
- 55)Çocukluğunu geçirdiği ev ortamı? 1-geniş aile 2-çekirdek 3)kurum 4)diğer
- 56)Çocukluğunun geçtiği ev(ler)de kendisine ait odası var mıydı? 1-yok 2-var (ise)
- 57)Odayı kim(ler)le paylaştığı: 1)anne ve/ya baba 2)büyük ebeveyn 3)kardeş 4)diğer
- 58)Şuan birlikte yaşadığı kişiler: 1-1.derece 2-2.derece 3-arkadaş 4-yalnız
- 59)Anne: 1-Sağ 2-Ölü (ise ölüm tarihi) 60)Yaşı
- 61)Ev hanımı mı? 1-evet 2-hayır
- 62)İş durumu: 1-çalışıyor 2-çalışmıyor 3-emekli
- 63)Çalıştıysa/çalışıyorsa mesleği: 1-memur 2-esnaf 3-işçi 4-diğer
- 64)Medeni hali: 1-evli 2-dul/ayrı 3-diğer
- 65)Eğitim 1-yok 2-ilkokul 3- ortaokul 4- lise 5-üniversite
- 66)Psikiyatrik hastalık: 1-yok 2-var (ise)
- 67)Tanısı: 1-psikotik boz. 2-duygudurum boz. 3-depresyon 4-anksiyete boz. 5-diğer

- 68) Bilinen fiziksel hastalık 1-yok 2-var
- 69) Sigara kullanım öyküsü: 1-yok 2-var
- 70) Alkol kullanım öyküsü: 1-yok 2-var
- 71) Madde kullanım öyküsü: 1-yok 2-var
- 72) Baba: 1-Sağ 2-Ölü (ise ölüm tarihi) 73) Yaşı
- 74) İş durumu: 1-çalışıyor 2-çalışmıyor 3-emekli
- 75) Çalıştıysa/çalışıyorsa mesleği: 1-memur 2-esnaf 3-işçi 4-diğer
- 76) Medeni hali: 1-evli 2-dul/ayrı 3-diğer
- 77) Eğitim 1-yok 2-ilkokul 3-ortaokul 4- lise 5-üniversite
- 78) Psikiyatrik hastalık 1-yok 2-var (ise)
- 79) Tanısı: 1-psikotik boz. 2-duygudurum boz. 3-depresyon 4-anksiyete boz. 5-diğer
- 80) Bilinen fiziksel hastalık 1-yok 2-var
- 81) Sigara kullanım öyküsü: 1-yok 2-var
- 82) Alkol kullanım öyküsü: 1-yok 2-var
- 83) Madde kullanım öyküsü: 1-yok 2-var
- 84) Anne-baba ayrılırsa kaç yaşından beri? 1) hasta doğmadan önce 2) 0-2 yaş arası
3) 3-5 yaş arası 4) 6-10 yaş arası 5) 11-18 arası 6) 18 üstü
- 85) Kardeş(ler)de psikiyatrik hastalık: 1-yok 2-var (ise)
- 86) Tanısı: 1) psikotik boz. 2) duygudurum boz. 3) depresyon 4) anksiyete boz.
- 87) Kardeş(ler)de sigara kullanım öyküsü: 1-yok 2-var
- 88) Kardeş(ler)de alkol kullanım öyküsü: 1-yok 2-var

- 89)Kardeş(ler)de madde kullanım öyküsü: 1-yok 2-var
- 90)Ailede adli öykü? 1-yok 2-var (ise) 91)Yakınlık derecesi:
- 92)Ailede özkıyım öyküsü: 1-yok 2-var (ise) 93)Yakınlık derecesi:
- 93)Çocukluk çağında yakın arkadaşı var mı? 1)yok) 2var (ise) kim?
- 94)Şuan güvendiği/sırrını paylaştığı biri var mı? 1)yok 2)var (ise)
- 95)Kim: 1)1.derece yakın 2)2.derece yakın 3)arkadaş 4)tedavi ekibi 5)diğer
- 96)Hastada iç görü: 1)yok 2)kısmen var 3)var
- 97)Hastanın özbakımı/dış görünümü: 1)kötü 2)orta 3)iyi

Ek-3 Kısa Psikiyatri Değerlendirme Ölçeği – KPDÖ

0: Yok 1: Çok hafif 2: Hafif 3: Orta 4: Orta-şiddetli 5: Şiddetli 6: Aşırı derecede şiddetli

1. SOMATİK UĞRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis 0 1 2 3 4 5 6

2. ANKSİYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku 0 1 2 3 4 5 6

3. DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontan interaksiyon kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik 0 1 2 3 4 5 6

4. DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: konfü, kopuk, bağlantısız, dezorganize düşünce süreçleri 0 1 2 3 4 5 6

5. SUÇLULUK DUYGULARI: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma 0 1 2 3 4 5 6

6. GERGİNLİK: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik veya motor belirtileri 0 1 2 3 4 5 6

7. MANİYERİZM VE POSTÜR: Tuhaf, acayip,

doğal olmayan motor davranış (tikler dışında) 0 1 2 3 4 5 6

8. GRANDİYOZİTE: Kendisi hakkında abartmalı
düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe
sahip olduğu inancı 0 1 2 3 4 5 6

9. DEPRESİF DUYGUDURUM: Elem, keder,
umutsuzluk, kötümserlik 0 1 2 3 4 5 6

10. DÜşMANCA DAVRANIş: Başkalarına karşı
düşmanlık, kavgacılık, nefret 0 1 2 3 4 5 6

11. KUşKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının
kasıtlık olarak kötülük yapacağına inanma 0 1 2 3 4 5 6

12. HALLÜSİNATUAR DAVRANIş: Normal dışı,
uyaran olmaksızın algılama 0 1 2 3 4 5 6

13. MOTOR YAVAşLAMA: Yavaşlamış,
zayıflamış hareket veya konuşma, beden
kuvvetinde azalma 0 1 2 3 4 5 6

14. İşBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik,
otoriteyi reddetme 0 1 2 3 4 5 6

15. OLAĞAN DIşI DÜşÜNCELER: Olağan dışı,

garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı 0 1 2 3 4 5 6

16. DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusal

ton, duyguların normal şiddetinde azalma 0 1 2 3 4 5 6

17. TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon,

tepkisellikte artma 0 1 2 3 4 5 6

18. DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi,

yer, zamana ait çağrışımların kaybı 0 1 2 3 4 5 6

Ek-4 Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği - PANSS

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

1)POZİTİF BELİRTİLER

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

2)NEGATİF BELİRTİLER

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

3)GENEL PSİKOPATOLOJİ

G1 Bedensel yakınmalar	1	2	3	4	5	6	7
G2 Anksiyete	1	2	3	4	5	6	7
G3 Suçluluk hisleri	1	2	3	4	5	6	7
G4 Gerginlik	1	2	3	4	5	6	7
G5 Mannerizm	1	2	3	4	5	6	7
G6 Depresyon	1	2	3	4	5	6	7

G7 Motor yavaşlama	1	2	3	4	5	6	7
G8 İşbirliğine girmeme	1	2	3	4	5	6	7
G9 Olağandışı düşünce içeriği	1	2	3	4	5	6	7
G10 Yönelim bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G11 Dikkat zayıflığı	1	2	3	4	5	6	7
G12 Muhakeme ve içgörü eksikliği	1	2	3	4	5	6	7
G13 İdare bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G14 Dürtü denetim zayıflığı	1	2	3	4	5	6	7
G15 Zihinsel meşguliyet	1	2	3	4	5	6	7
G16Aktif biçimde sosyal kaçınma	1	2	3	4	5	6	7

Puanlama: Pozitif belirtiler:

Negatif belirtiler:

Genel Psikopatoloji:

TOPLAM:

Ek-5 Çocukluk Çağı Travma Ölçeği – CTQ-28

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

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

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

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

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

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

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

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

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

7. Sevildiğimi hissediyordum.

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

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

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

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

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

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

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

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

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

16. Çocukluğum mükemmeldi.

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

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

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

19. Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

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

1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

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

- 1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
- 1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
- 1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
- 1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
- 1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
- 1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
- 1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
- 1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Kimi zaman 4)Sık olarak 5)Çok sık

7.ÖZGEÇMİŞ

Diyarbakır'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Diyarbakır'da tamamladı. 2005 yılında İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümünden mezun oldu. 2006-2007 yılları arasında Özel Sultangazi Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nde çalıştı. 2008 yılından bu yana Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi'nde çalışmaktadır.

İLETİŞİM

e-mail adresi: ahmet-guler@hotmail.com.tr