



T.C.

RECEP TAYYIP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİLİ HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK
YAŞANTILARININ DİSSOSİYATİF, POZİTİF VE NEGATİF BELİRTİLER İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD
TRAUMATIC EXPERIENCE AND DISSOCIATIVE, POSITIVE AND NEGATIVE
SYMPTOMS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

Dr. Tuğçe TAŞKIN UYAN

(Uzmanlık Tezi)

Rize–2018

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİLİ HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK
YAŞANTILARININ DİSSOSİYATİF, POZİTİF VE NEGATİF BELİRTİLER
İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD
TRAUMATIC EXPERIENCE AND DISSOCIATIVE, POSITIVE AND NEGATIVE
SYMPTOMS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

Dr. Tuğçe TAŞKIN UYAN

(Uzmanlık Tezi)

Tez Danışmanı:

Prof.Dr. Çiçek HOCAOĞLU

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışma sürecimde bilgi, birikim ve desteğini esirgemeyen, her konuda ilgi ve şefkatiyle yanımda olan tez danışmanım ve kıymetli hocam Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU'na,

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, her konuda desteğini esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Bülent Bahçeci, Dr. Öğr. Üyesi Kader Semra KARATAŞ'a

Bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Dr. Öğr. Üyesi Murat Kaçar, Uzm. Dr. Atilla Cenk ERCAN ve Uzm. Dr. Selim Polat'a

Rotasyonlarım sırasında kliniklerinde çalışarak bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Prof. Dr. Koray Karabekiroğlu ve Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Tüfekçi'ye

Tez sürecinde bana yardımcı olan olan Uzm. Dr. Mehmet Baltacıoğlu, Biyoistatistik Uzmanı Tuğba Kurt'a ve Psikolog Hediye Aktürk'e,

Bana keyifli bir çalışma ortamı sunan, eğitimim süresince desteklerini hissettiğim çalışma arkadaşlarım Psikiyatri Anabilim Dalı' nın tüm araştırma görevlisi, psikolog, hemşire ve sekreter arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca desteklerini benden hiç esirgemeyen, her zaman yanımda olan, haklarını ödeyemeyeceğim canım aileme ve sevgili eşim Mikail'e,

Varlığıyla dünyamı aydınlatan, yaşam kaynağım, en büyük hazinem, canım oğlum Yiğit'e

Ve son olarak bana çok şey öğreten tüm hastalarım

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

Dr. Tuğçe TAŞKIN UYAN

Rize 2018

RİZE-2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	.....
İÇİNDEKİLER .....	.....
ÖZET.....	.....
ABSTRACT .....	.....
KISALTMALAR.....	.....
TABLolar .....	.....
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	.....
2. GENEL BİLGİLER.....	.....
2.1. Şizofreni.....	.....
2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi .....	.....
2.1.2.Epidemiyoloji ve Risk Etkenleri .....	.....
2.1.3.Klinik Bulgular: .....	.....
2.1.4.Tanı Ölçütleri:.....	.....
2.1.5. Etiyoloji.....	.....
2.2.Dissosiyasyon kavram ve dissosiyatif bozukluklar.....	.....
2.2.1. Tanımı ve Tarihçesi .....	.....
2.2.2.Epidemiyoloji.....	.....
2.2.3.Etiyoloji.....	.....
2.2.4.Sizofreni ve dissosiyatif belirtiler .....	.....

2.3.Çocukluk Çağı Travmaları.....	
2.3.1. Tanım ve Tarihçesi	
2.3.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi.....	
2.3.3. Sınıflama	
2.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Risk Faktörleri	
2.3.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatrik Hastalıklar	
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	
3.1. Çalışma Örneklemi.....	
3.2. Etik Kurul Onayı:.....	
3.3. Veri Toplama Gereçleri	
3.3.1 Sosyodemografik Veri Ölçeği:	
3.3.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	
3.3.3. Çocukluk çağı travmaları soru listesi.....	
3.3.4. Dissosiyatif yaşantılar Ölçeği	
3.4.İstatiksel Analiz	
4. BULGULAR	
5.TARTIŞMA	
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	
7. KAYNAKLAR.....	
8. EKLER.....	
9. ÖZGEÇMİŞ.....	

ÖZET

Şizofrenili Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının, Dissosiyatif, Pozitif ve Negatif Belirtilerle İlişkilerinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmada şizofreni tanılı bireylerde çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif belirtiler, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisinin incelenmesi ve kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 1.6.2016 - 1.12.2017 tarihleri arasında Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ile Rize Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine ardışık sıra ile başvuran, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan, 100 şizofreni hastası ve 100 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Hastalara ve sağlıklı kontrol grubuna Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Bulgularımıza göre şizofreni hastalarının CTQ toplam ve alt ölçek puanları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksekti (tüm karşılaştırmalar için $p<0.05$). Şizofreni grubunun DES puanı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.0001$). Şizofreni hastalarında; Pozitif belirtiler toplam puanları ile DES puanları arasında pozitif ilişki ($r=0.254$, $p<0.011$) saptandı. Pozitif belirtiler alt ölçeklerinden Varsanı puanları ile DES puanları arasında pozitif ilişki ($r=0.212$, $p<0,034$), yine Pozitif belirtiler alt ölçeklerinden Hezeyan puanları ($r=0.243$, $p<0.015$) ile DES puanları ve CTQ-DIH arasında pozitif ilişki ($r=0.208$, $p<0.038$) saptandı. Şizofreni hastalarında Negatif belirtiler alt ölçek puanlarından Apati ile CTQ-DIH ($r=0.232$, $p<0.020$), CTQ-FIH ($r=0.223$, $p<0.026$) ve CTQ-Toplam ile pozitif ilişki ($r=0.247$, $p<0.013$)

saptandı. Negatif belirtiler alt ölçek puanlarından Anhedoni ile CTQ-DİH arasında ($r=0.317$, $p<0.001$) , CTQ-FIH ($r=0.246$, $p<0.014$) ve CTQ-Toplam ile pozitif ilişki ($r=0.297$, $p<0.003$) saptandı. Negatif belirtiler toplam puanları ile CTQ-DİH puanları arasında pozitif ilişki ($r=0.213$, $p<0.033$) , PANSS-Toplam puanları ile CTQ-DİH ($r=0.217$, $p=0.030$) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı.

Sonuçlar: Şizofreni olgularında çocukluk çağı travmaları, hastalığın şiddetini ve prognozunu etkileyebileceğinden, bu hastalarda psikotik belirtilerle birlikte çocukluk çağı travmalarının da sorgulanması, ilaç tedavileriyle birlikte çocukluk çağı travmalarının uygun terapilerle ele alınması gerekmektedir. Şizofreni hastalarında dissosiyatif belirtilerin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmış olup bu iki psikopatoloji arasındaki karmaşık ilişki ve çocukluk çağı travma öyküsü ilişkisi bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç gerektirmektedir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, çocukluk çağı travmaları, dissosiasyon, pozitif ve negatif belirtiler

ABSTRACT

Relationship Between Traumatic Experiences Of Childhood With Dissociative, Positive And Negative Symptoms In Schizophrenic Patients

Aim: The aim of this study is to analyze the association between childhood traumas and dissociative and positive and negative symptoms in individuals diagnosed with schizophrenia and to compare with the control group.

Methods: 100 schizophrenic patients who referred to Rize Training and Research Hospital Psychiatry Polyclinic and Rize State Hospital Community Mental Health Centre consecutively between 1.6.2016 and 1.12.2017 and 100 healthy volunteers were included in the study. The patients and the healthy control group were given Sociodemographic Data Form, Positive and Negative Syndrome Scale, Dissociative Experiences Scale and Childhood Traumas Questionnaire.

Results: According to our results, total and sub-scale CTQ scores of schizophrenia patients were significantly higher than those of the control group ($p < 0.05$ for all comparisons). DES scores of the schizophrenia group was significantly higher than those of the control group ($p = 0.0001$). In schizophrenia patients, positive association was found between positive symptoms total scores and DES scores ($r = 0.254$, $p < 0.011$). In terms of positive symptoms subscales, positive association was found between Hallucination scores ($r = 0.212$, $p < 0.034$) and DES scores and also between Delirium scores ($r = 0.243$, $p < 0.015$) and DES scores and CTQ-DIH ($r = 0.208$, $p < 0.038$). In schizophrenia patients, in terms of negative symptoms,

positive association was found between Apathy and CTQ-DIH ($r=0.232$, $p<0.020$), CTQ-FIH ($r=0.223$, $p<0.026$) and CTQ-Total ($r=0.247$, $p<0.013$). Positive association was also found between Anhedonia and CTQ-DIH ($r=0.317$, $p<0.001$), CTQ-FIH ($r=0.246$, $p<0.014$) and CTQ-Total ($r=0.297$, $p<0.003$). Positive association was found between negative symptoms total scores and CTQ-DIH scores ($r=0.213$, $p<0.033$), and positive significant association was found between PANSS-Total scores and CTQ-DIH ($r=0.217$, $p=0.030$) subscale scores.

Conclusion: Since childhood traumas can influence the severity and prognosis of the disease in schizophrenia cases, childhood traumas should also be examined with psychotic symptoms in these patients and together with medication therapies, childhood traumas should be dealt with suitable therapies. Dissociative symptoms in schizophrenia patients were found to be significantly high when compared with the control group and the complex association between these two psychopathologies and childhood trauma history require further research on the subject.

Key words: Schizophrenia, childhood traumas, dissociation, positive and negative symptoms

KISALTMALAR

BKB : Borderline kişilik bozukluğu

CKK : Cinsel kötüye kullanım

CTQ.T : Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı

ÇÇT : Çocukluk çağı travması

ÇÇTÖ : Çocukluk çağı travmaları ölçeği

DB : Dissosiyatif bozukluk

DES : Dissosiyatif yaşantılar ölçeği

DİH : Duygusal ihmal

DKK : Duygusal kötüye kullanma

DKB : Dissosiyatif kimlik bozukluğu

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ : Dünya sağlık örgütü

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

FİH : Fiziksel ihmal

FKK : Fiziksel kötüye kullanım

GABA : Gamma aminobütirik asit

HPA : Hipotalamo pitüiter aks

LSD : Liserjik asit dietilamid

NMDA : N-metil-D-aspartat

PANSS : Pozitif ve negatif belirtiler ölçeği

PFSD : Pozitif formal düşünce bozukluğu

SSRI : Serotonin reuptake inhibitörleri

TSSB : Travma sonrası stres bozukluğu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 . Adımsal seçim metotlarından olabilirlik oran test istatistiğine dayalı geriye doğru eleme yöntemi (backward LR eliminationmethod) kullanılarak elde edilen en uygun çok değişkenli lojistik regresyon modeli

Tablo 2 . Hosmer ve Lemeshow test sonuçları

Tablo 3. İlk sınıflama tablosu

Tablo 4. Adımsal sınıflama tablosu

Tablo 4.1. İki gruptaki olguların sosyodemografik özellikleri

Tablo 4.2. İki gruptaki olguların özgeçmiş ve klinik özellikleri

Tablo 4.3. Grupların CTQ ve CTQ'nun alt ölçek skorları

Tablo 4.4. İki grubun DES skorları

Tablo 4.5. Şizofreni grubunun PANSS ve PANSS alt ölçek skorları.

Tablo 4.6. Şizofreni hastalarında PANSS ve alt ölçeklerinin puanları ile DES, CTQ ve alt ölçeklerinin puanlarının ilişkileri

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, toplumun yaklaşık % 1'ini etkileyen, genellikle 25 yaşından önce başlayan, bütün sosyal sınıflarda görülen, kişilerarası ve mesleki işlevselliği bozan, yaşam boyu devam eden ve yeti yitimine yol açan çok yönlü ruhsal bir hastalıktır. Başlıca belirtileri; sanrılar ve varsanılar, düşünce, konuşma ve davranış bozuklukları, duygularda ve duygulanımda bozulmalar, bilişsel kayıplar ve irade kaybıdır (1). Dissosiyatif belirtiler de bunlardan bazılarıdır ve şizofrenili hastalarda sanıldığından fazla görüldüğü, pek çok olguda bu belirtilerin gözden kaçabildiği belirtilmiştir (2-4).

Dissosiyatif belirtiler, çocukluk çağı istismarı ya da ihmali ile yakından ilişkili kronik, kompleks, posttravmatik psikopatoloji olarak değerlendirilmektedir. Dissosiyatif belirtiler ile çocukluk çağı örseleyici yaşantıları arasındaki ilişki de son yıllarda dikkat çekicidir.(2-4) Çünkü, olağan savunma düzenekleri ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek denli ağır olan ve stres boyutlarını aşan sarsıcı yaşantılar kişinin ruhsal yapısı üzerine özgül etkiler bırakır. Yaşamın ilk yıllarında yaşanan stres, psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkması ve devam etmesi konusunda önemli bir risk etmenidir. Çocukluk çağındaki olumsuz yaşantılara ait ruhsal etkiler uzun süre devam etmektedir. Örselenme yaşantılarının sıklığı ve şiddeti, psikopatolojinin çeşitliliği ve sıklığını arttırmaktadır.

Son yıllarda şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalarında kontrol grubuna göre daha fazla çocukluk çağı travması görüldüğü bildirilmiştir (3-5). Vogel ve arkadaşları şizofrenide çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) varlığı ile dissosiyatif belirtiler arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ross çocukluk çağı travma öyküsüne dayalı, dissosiyasyon ve şizofreni arasında direk ilişki iddia ederek, "dissosiyatif şizofreni" ya da "şizofreninin dissosiyatif subtipi" olarak adlandırdığı bir şizofreni tipi tanımlamıştır (6-7). Bu iki psikopatoloji arasındaki karmaşık ilişki ve çocukluk çağı travma öyküsü ilişkisi bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç gerektirmektedir.

Bizim araştırmamızda, şizofreni tanılı bireylerde çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif belirtiler, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Dolayısıyla bu konu üzerine yapılacak çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

Şizofreni, toplumun yaklaşık % 1'ini etkileyen, genellikle 25 yaşından önce başlayan, bütün sosyal sınıflarda görülen, kişilerarası ve mesleki işlevselliği bozan, yaşam boyu devam eden ve yeti yitimine yol açan çok yönlü ruhsal bir hastalıktır. Başlıca belirtileri; sanrılar ve varsanılar, düşünce, konuşma ve davranış bozuklukları, duygularda ve duygulanımda bozulmalar, bilişsel kayıplar ve irade kaybıdır (1).

Şizofreni belirti ve bulgularının çok eski zamanlarda da görüldüğüne dair birçok yazılı belge vardır. M.Ö. 1400 yıllarından kalmış Hint Veda yazılı belgelerinde, şizofreni hastalarında karşılaştığımız çıplak gezen, kendine bakımı azalmış, yaşamlarını boş bir biçimde sürdüren ya da dinle ilgili aşırı uğraşısı olan, kendini Peygamber ya da Tanrı sanan, zehirleneceğinden korkan kişilerden söz edilmiştir (8). Ortaçağdan 18. Yüzyıla kadar bu hastalar şeytani varlıklar ve tanrının gazabına uğramış insanlar olarak değerlendirilmiş, toplumdaki dışlanmış, hatta işkence ve ölüm cezalarına çarptırılmışlardır (9).

17. yüzyılda Willis'in, 18. yüzyılda Pinel'in bu hastalığı az çok tanıdıklarına ilişkin yazıları bulunmaktadır (10). 1860 yılında Morel "Traite Des Maladies Mentales" adlı yapıtında 14 yaşında, bilişsel fonksiyonları hızla yıkılan bir erkek çocukta hastalığı ayrıntılı incelemiş ve ilk defa "dementia praecox" terimini kullanmıştır (11). 1871' de Hecker "hebefreni"yi, 1874' te de Kahlbaum "katatoni"yi tanımlamış olup, 1896' da Kraepelin bu iki hastalık tipine paranoid ve basit tanımlarını da ekleyerek hepsini "Dementia Praecox" başlığı altında toplamış ve hastalığın erken başlangıçlı ve bunamayla seyretmesi gerektiğini belirtmiştir. 1911 yılında ise Eugen Bleuler, kişinin ruhsal hayatındaki yarılmaya (schisme) atıfla "zihin bölünmesi veya yarılması" anlamına gelen "şizofreni" kavramını ortaya atmış ve Kraepelin'in ifade ettiği gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının şart olmadığını belirtmiştir (10). Ayrıca Bleuler, halen geçerliliğini kısmen koruyan ve '4 A' belirtisi olarak bilinen; otizm, ambivalans, afektif bozulma ve çağrışımlarda bozulmanın şizofreninin temel belirtileri olduğunu ifade etmiş ve sanrılar, varsanı, katatoni ve motor bozuklukların ise 'ikincil belirtiler' olarak tanımlanması gerektiğini belirtmiştir (12). 1930' larda Kurt Schneider, işitme varsanıları, kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme, dış güçler tarafından bedenin etkilenmesi, düşünce sokulması ve düşünce çalınması gibi sanrı ve

varsanılardan oluşan bir grup belirtiyi, “birinci sıra belirtiler” olarak adlandırmış ve şizofreni tanısında buna öncelik vermiştir (13). 1970’lerde Strauss şizofreni semptomlarının pozitif semptomlar, negatif semptomlar ve ilişkilendirme bozuklukları olarak üç spesifik semptom kümesinde toplandığını belirtmiş olsa da, Carpenter tarafından bugün hala geçerliliğini sürdüren; pozitif, negatif ve bilişsel semptom kümeleri olarak sınıflandırmıştır (14). 1980 yılında Timothy Crow ise yayınladığı makalesi ile şizofreninin pozitif ve negatif olmak üzere iki ayrı tipi olduğunu öne sürmüştü; Tip I şizofrenide; halüsinasyonlar, hezeyanlar ve yapısal düşünce bozukluğu ile karakterize pozitif belirtiler, iyi düzeyde hastalık öncesi işlevsellik, ani hastalık başlangıcı, antipsikotiklere iyi tedavi yanıtı, iyi prognoz ve bilişsel yıkımın olmaması gibi özelliklerin bulunduğunu, Tip II şizofrenide ise; sosyal geri çekilme, irade azlığı, duygulanımda sığılaşma, düşünce içeriği ve konuşmada fakirlik gibi negatif belirtiler, hastalık öncesi işlevsellik düzeyi düşük, hastalık başlangıcı sinsi, antipsikotiklerle tedaviye dirençli, gidişi kötü ve yüksek bilişsel yıkımla gittiğini belirtmiştir (9).

Günümüzde şizofreninin tek bir hastalıktan ziyade çok değişik oluş nedenleri, klinik türleri olan, gidiş ve sonlanış açısından farklılıklar gösteren, değişik tedavi yolları olabilen bir bozukluklar kümesi olduğu düşünülmektedir (10).

2.1.2. Epidemiyoloji ve Risk Etkenleri

Şizofreni her toplumda, her sosyoekonomik düzeyde görülebilen, genç yaşta ortaya çıkarak kişinin hayatında sebep olduğu kayıplar açısından çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1990 yılında yapılan ilk Global Hastalık Yüğü çalışmasında 15-44 yaş arasında en fazla yeti yitimine yol açan on hastalık arasındadır. Aynı çalışmanın 2010 yılındaki yapılan tekrarında en fazla yetiyitimine yol açan hastalık grubu olan ruhsal hastalıklar ve madde kullanım bozuklukları grubundaki hastalıklar arasında birincidir (9).

Şizofreninin sıklığı (insidans) üzerine yapılan birçok araştırmanın sonuçları binde 0,11 ile 0,70/yıl arasında değişmektedir. Yaşam boyu yaygınlığı için yapılan çalışmaların ortancası ise binde 4 olarak verilmektedir (10).

Eskiden cinsiyetler arasında hastalığın sıklığı ve yaygınlığı bakımından önemli bir fark görülmediği düşünülürken son yıllarda erkeklerde daha sık görüldüğü, erkek/kadın oranının farklı çalışmalarda 0,9 ile 2,4 (ortanca 1,4) olduğu bildirilmektedir (10). Erkeklerde kadınlardan daha erken yaşlarda başladığı, hastalığın başlama yaşının erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşları arasında olduğu söylenmektedir (9).

Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde daha sık rastlandığına dair bulgular vardır (17). Düşük sosyokültürel düzeydeki toplum kesiminde daha çok stres ve yoksunluk etkenlerinin olması mı bu oranı yükseltmektedir, yoksa ağır ruhsal bozukluk sebebiyle bu hastalar düşük sosyoekonomik kesimlere mi kaymaktadır henüz bilinmemektedir (kayma varsayımı). Şizofreninin gelişmiş ülkelerde, gelişmemiş ülkelere

göre daha kötü bir gidişat gösterdiği bilinmektedir (10). Gelişmiş ülkelerde de kent merkezlerinde kırsal kesime göre şizofreni riski 2-4 kat fazla bulunmaktadır (17-18).

Evli insanlarda, bekar ve boşanmışlara göre görülme sıklığının daha az olduğu ve evliliğin koruyucu bir faktör olduğu ileri sürülmektedir. Gebelik ve doğum komplikasyonları, stresli yaşam olayları, genetik, göç, viral enfeksiyonlar şizofreniye yol açabilecek risk etkenleri arasında gösterilmektedir. Kış sonu-bahar başı doğan kişilerde de istatistiksel olarak anlamlı ama küçük bir risk artışı olduğu belirtilmektedir. Gebeliğin ikinci trimesterinde maruz kalınan influenza, tüberküloz, akut bronşit, pnömoni gibi solunum yolu enfeksiyonlarının da şizofreni için riski arttırdığı bildirilmektedir (19-20).

Şizofreni hastalarının yaşam süreleri genel toplumdan %20 oranında daha kısa olmaktadır . Şizofrenideki erken ölümlerin intihar dışında en sık görülen sebebi kalp damar hastalıkları olarak gösterilmektedir. Bu durumun da kullanılan antipsikotik ilaçlara bağlı değil, şizofreni hastalarındaki sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının düşüklüğü ve bu hastaların tedavi uyumlarının daha az olmasıyla açıklanabileceği öne sürülmektedir (10).

2.1.3. Klinik Bulgular

Şizofreni çok çeşitli belirtiler gösterebilen bir ruhsal hastalık olup; bu hastalık için patognomonik bir klinik bulgu bulunmamakla birlikte, şizofrenide görülen belirtiler başka bir psikiyatrik ya da nörolojik hastalıklarda ortaya çıkabilir (1).

Şizofreni hastalarının, hastalık öncesi dönemde genellikle sessiz, pasif, içe dönük, garip kişiler olduğu, şizoid ya da şizotipal kişilik özellikleri gösterdiği bildirilmiştir. Hastalığın ilk belirtileri okul başarısında düşme, isteksizlik, ani başlangıçlı obsesif kompulsif davranışlar olabilir. Prodromal belirtiler aylarca hatta yıllarca sürebilir, bazen bunlara baş ağrısı, kas ağrısı, güçsüzlük ve sindirim sorunları gibi somatik yakınmalar da eşlik edebilir. Ailesi yada arkadaşları, hastanın giderek değiştiğini, iş, sosyal ve kişisel yaşamında işlevselliğinin bozulduğunu fark ederler (1). Psikotik tabloya geçiş ise bazen stresör bir etkenle, bazen de kendiliğinden olmaktadır (19).

Şizofreninin klinik belirtilerini bugün de geçerli olacak şekilde ilk tanımlayanlar Kraepelin ve sonrasında da Bleuler olmuştur. Şizofreni kişinin algılamasını, düşünmesini, duygularını, hareketlerini, dikkatini ve yargılamasını bozan bir ruhsal hastalıktır. Çalışma, kendine bakım, insan ilişkileri ve birçok alanda işlevsellikte bozulmalara yol açarak kişinin iş ve toplumsal yaşamında sorunlara sebep olabilir. Ancak bu belirtiler ve işlevsellikteki yetersizlik kişiden kişiye büyük farklar gösterebilir hatta aynı hastada zaman içinde büyük değişiklikler gözlenebilir.

Hastaların birçoğunda vurdumduymaz, donuk ve ilgisiz bir görünüm vardır. Uzun yıllardır hasta olanlar dağınık ve bakımsız görünebilir. Ses tonu tekdüze olabilir. Özellikle tipik antipsikotik kullanan

hastalarda ilaç yan etkisine bağlı olarak konuşma bozukluğu görülebilir. Hastanın düşünce içeriğindeki bozulmalar konuşmasına yansiyarak konuşmada dağınlık, hızlanma, yavaşlama, fakirleşme yinelemeler (stereotipi), konuşma yankılanması (ekolali), hiç konuşmama (mutizm) görülebilir. Sorulara indirek ve uygun olmayan yanıtlar verebilir.

şizofreni hastalarına genellikle duygulanımda azalma ve küntleşme gözlenir. Hastalığın özellikle başlangıç döneminde anksiyete görülür. Hastalık ilerledikçe duygulanımda küntleşme belirginleşir. Kimilerinde içinde buldukları durumla uygunsuz affektler görülebilir. Bu hastalarında çökkün ve taşkın duygudurum da görülebilir. Birçok hastada post-psikotik depresyon denilen psikoz-ardı çökkünlük izlenebilir.

şizofrenide bilinç açık, ileri derece ilgisizlik sebebiyle kimi zaman yönelim sorularına yanlış cevap verseler de oryantasyon genellikle tamdır. Belirgin bir zeka geriliği görülmemesine karşın ileri derecede yıkımın gözlendiği kronik hastalarda zeka geriliği izlenimi edinilebilir. şizofrenide bellek muayenesinde genellikle yetersizlik bulunmaz. Birçok hastada akıl yürütme, sorun çözme, dikkat, öğrenme gibi bilişsel işlevlerde bozulmalar sıklıkla gözlenir.

şizofrenide ilgi azalmasına bağlı algılama da azalmış gibidir. Bunun yanında algı artması ve keskin algılama da görülebilir. Halüsinasyonlar ve illüzyonlar görülür. Halüsinasyon ortada bir uyarın yokken bir algının olmasıdır. şizofrenide en çok kendi aralarında konuşan, yorum yapan, emir veren sesler gibi işitsel halüsinasyonlar gözlenir. Bu tür halüsinasyonlar Schneider' ın ilk sıra belirtileri arasındadır. İllüzyon ise dışarıdan gelen bir uyarının yanlış algılanması durumudur. şizofrenide illüzyonlar sık gözlenir. Hastalar gördükleri nesnelere yanlış yorumlayabilir, depersonalizasyon (ze yabancılaşma) ve derealizasyon (gerçek dışılaşma) görülebilir.

Düşünce hızı, amaca uygunlukta ve çağrışım düzeninde bozulmalar, uydurma sözcükler görülebilir. Düşünce içeriği fakirleşebilir. Konuşma miktarında artma, basıncılı konuşma görülebilir. Düşüncede zaman zaman blok veya dağılma olabilir. Düşüncede kafiye n plandaysa klang çağrışım, karşısındakinin sözcüklerini aynen yineliyorsa ekolali, sözcüklerden parçalar bir araya getirerek yeni sözcükler oluşturuyorsa kondansasyon, yeni sözcük uyduruyorsa neolojizmden bahsedilir. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde aynı sözcüğün ya da cümlenin sürekli yinelenmesi (verbijerasyon) görülebilir. Düşünce giderek somutlaşır. Kronik hastalarda konuşma dağınlık ve anlamsız bir hal alabilir (enkoherans).

şizofreninin temel düşünce bozukluğu olan sanrılar, belirli bir zamanda ve toplumda gerçeğe uymayan ve tartışma ile değiştirilemeyen düşüncelerdir:

Etkilenme sanrıları: Düşünce yolu veya telepati yoluyla başkaları tarafından davranışlarının etkilendiği düşüncesi

Düşünce sokulması: Kafasına düşüncelerin sokulduğu, düşüncelerini başkalarının kafasına aktardığı düşüncesi

Düşünce okunması: Başkaları tarafından düşüncelerinin okuduğu, kendisinin de başkalarının düşüncelerini okuduğu düşüncesi

Düşünce yayınlanması: Beyninin yayın yaptığı düşüncesi

Düşünce çalınması: Düşüncelerinin başkaları tarafından çalındığı düşüncesi

Şizofreni hastalarında sıklıkla erotomanik, grandiyöz, nihilistik, somatik, alınma ve kötülük görme sanrıları da görülebilir.

Gerçeği değerlendirme yetisi, bireyin kendi zihninde olanlarla dış dünyada olup bitenleri ayırt edebilmesidir. Gerçeğin yadsınması, saptırılması, değişik algılanması ve yorumlanması biçiminde ortaya çıkan belirtiler gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması ile meydana gelir.

Şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler ilk olarak 19. yüzyılda Hughling Jackson tarafından ortaya atılmış olup, bu tanımlama klinikte çok sık kullanılmaktadır. Pozitif belirtiler normalin üstünde fazlalık, aşırılık olup bunlar; sanrılar, varsanılar, düşünce ve davranışlardaki dağınıklıklardır. Negatif belirtiler ise normal fonksiyonlarda azalma, eksiklik ya da yokluk belirtileri olup bunlar; istek ve enerjide azalma, duygusal tepkilerde azalma ya da yokluk, konuşma ve düşüncede fakirleşmedir (10)

Bleuler'e göre şizofreni belirtileri

A. Temel belirtiler

1. Duygulanımda bozulma
2. Çağrışımlarda bozulma
3. Ambivalans
4. Otizm
5. Bilinç, oryantasyon ve bellekte temel bozulma olmaması

B. İkincil belirtiler

1. Düşünce içeriğinde sanrılar, kalıplaşmış, stereotipik düşünce ve uğraşlar
2. Hallüsinasyon ve illüzyonlar
3. Devinim bozuklukları; katatoni, katalepsi, balmumu esnekliği, negativizm, mimikler, telkine yatkınlık, yineleyici-kalıplaşmış hareketler

Schneider'e göre şizofreni belirtileri

A. Birinci sıra belirtileri

1. Yorum yapan ,durum bildiren şekilde işitsel varsanılar
2. Kendi arasında tartışan sesler şekilde işitsel varsanılar
3. Kendi fikirlerinin söylendiğini duyma şeklinde işitsel varsanılar
4. Dış güçler tarafından bedenin etkilenmesi
5. Düşünce sokulma, düşünce çalınması ve düşüncenin etki altına alınması
6. Düşüncelerin başkaları tarafından okunması ve yayılması
7. Olağan bir algının sanrısız algılanması
8. Duygu, irade ve dürtülerin dışarıdan etkilenme ve kontrol edilme duygusu

B. İkincil sıra belirtileri

1. Hallüsinasyonlar
2. İllüzyonlar
3. Hezeyanlar, referans düşünceler
4. Suisid ve homosid
5. Ekopraksi, ekolali
6. Negativizm
7. Depersonalizasyon
8. Manyerizm, stereotipi (12).

2.1.4. Tanı Ölçütleri

Şizofreni tanısı için günümüzde en yaygın olarak kullanılan sınıflandırma sistemleri Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırması (DSM-5) tanı kriterleri ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar

Sınıflandırmasıdır (ICD-10). Şizofreni DSM-5 kitapçığında ‘Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar’ başlığı altında yer almaktadır.

DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri

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

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)
4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatonik davranış
5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama)

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok başlıca 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 6 aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ya da artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ve artakalan evreleri sırasında, yalnızca negatif belirtilerle ya da bu hastalığın A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresif bozukluk ya da ikiüçlü duygulanım bozukluğu dışlanır, çünkü ya açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da açık evre belirtilerin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun doğrudan fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konulabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrı ve varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (21).

Daha az sıklıkla kullanılan ICD-10 tanı kriterleri ise şunlardır:

A- Düşünce yankılanması, düşünce sokulması ya da çekilmesi ve düşünce yayımlanması Kontrol edilme, etkilenme ya da edilgenlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ya da duyuları etkileyen); sanrılı algılama

Hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanıları ya da bedenin belli bölgesinden gelen varsanısal sesler.

Tümü ile olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren başka sanrılar. Örneğin dinsel/siyasal kimliğe ya da insanüstü güç ve yeteneklere sahip olma (hava durumunu denetleme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme gibi)

B- Herhangi bir türden inatçı varsanılar, bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen gelip geçici ya da aşırı yüklü fikirlerle birlikte olmalı; ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır.

Düşünce akışında kopma ve başka düşünce sokulmaları, bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (enkoherans), uygunsuz konuşma ya da neolojizm.

Katatonik davranış, örneğin eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, negativizm, mutizm ve stupor.

Negatif belirtiler, örneğin belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme ya da uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açar; bu belirtiler depresyona ya da nöroleptik tedaviye bağlı değildir.

Şizofreni tanısı koyabilmek için: A grubu belirtilerden en az 1 tanesi açıkça; eğer belirtiler açık değilse en az 2 tanesi ya da B grubu belirtilerden en az 2 tanesi; en az 1 aydır zamanın büyük kısmında sürmelidir (22).

2.1.5. Etiyoloji

Kraepelin ve Blueler'in şizofreni ile ilgili ilk tanımlamalarından bu zamana kadar şizofreni bir beyin hastalığı olarak kabul edilmekle birlikte, hastalığın belirti kümelerinin hastadan hastaya farklılıklar göstermesi şizofreninin tek bir hastalıktan çok bir sendrom gibi değerlendirilmesine sebep olmuştur. Geçmişten günümüze kadar yapılan çalışmalar sonucunda şizofreni kanser gibi çok etkenli bir hastalık olarak kabul görmektedir. Genetik, beyin görüntüleme, nörokimya, nöropatoloji çalışmalarından elde edilen bulgular şizofreninin etyolojisine ilişkin önemli bilgiler elde edilmesini sağlamıştır (8).

Genel olarak kabul gören iki hipotezine göre, gelişimin erken dönemlerinde genetik ya da çevresel etkenlerle beyin gelişimi bozulmakta ve bu bozukluk kişi için yatkınlık yaratmakta, yaşamın sonraki dönemlerinde kişinin stresli bir çevresel etkene maruz kalması ile şizofreni belirtileri ortaya çıkmaktadır (9-19).

Genetik

Genetik yatkınlığın şizofrenide önemli rolü olduğu düşünülmektedir fakat bu durumun şizofreni tanısı alan bütün olguların kromozomlarında söz konusu yatkınlığı taşıdıkları gösterilememiştir (19). Etiyolojide önemli bir parametre olan genetik etkenler, son derece heterojen bir yapıdadır ve DNA'da değişiklik yapmamasına karşın, genin ifadenmesini etkileyen epigenetik düzenekleri de içine alan genetik olmayan etkenlerle birlikte hastalığın oluşumuna olanak sağlamaktadır (9).

Şizofreni yaygınlığı normal popülasyonda % 1 olarak kabul edilirken, birinci derece akrabalarında şizofreni bulunan insanlarda bu oranın % 10'lara çıktığı, hem anne hem de babasında şizofreni olan olgularda bu oranın % 50 olduğu, ayrı yumurta ikizlerinde bu oranın % 8-28 arasında olduğu ve eş yumurta ikizinin hasta olduğu durumlarda ise bu oranın % 60-84'lere kadar çıktığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (8-19).

Araştırmalar belli kromozom bölgeleri üzerinde orta düzeyde etkisi olan genlerin varlığına ilişkin yineleyen bulgular elde etmişler, yapılan bu çalışmalarda D3 ve 5-HT2A reseptörlerini kodlayan en az iki gen allelinin varlığının şizofreni yatkınlığını arttırdığını düşündürmüştür (19). Geniş örneklemelerin kullanıldığı bağlantı analizi haritalama çalışmalarında, şizofreni ile nöroregülin-1, disbindin, prolin dehidrogenaz ve katekol-O-metiltransferaz gen bölgeleri arasında ilişki bulunduğu anlaşılmış, 1q, 2q, 5q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q, 18q, 22q kromozomlarında şizofreni aday bölgelerinin bulunduğu dair güçlü kanıtlar

tespit edilmiştir (23). Şu ana kadar şizofreni ile kesin nedensel bağlantısı olan bir gen tanımlanmamış olmamakla birlikte, genetik alanındaki gelişmeler, yeni yöntemler ve yapılan çalışmalar umut vaat etmektedir (19).

Obstetrik anomaliler ve intrauterin enfeksiyonlar

25 yaşından önce başlayan şizofrenide fetal dönemde meydana gelen; hipoksi, asfiksi, toksemi gibi perinatal anomaliler sonucu gelişen oksijen yetersizliği ve travmalar şizofreni riskini 1,3-2 kat arttırmaktadır. Obstetrik komplikasyon öyküsü olan şizofreni hastalarında, hastalığın başlangıç yaşının daha erken olduğu, komplikasyon miktarı arttıkça bu yaşın daha erkene kaydığı, daha kronik bir seyir gösterdiği ve negatif belirtilerin daha belirgin olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Şizofreni gelişiminde bu gibi durumların genetik etmenlerle karşılıklı etkileşim içinde olduğu düşünülmektedir (8-24-25).

Özellikle kadınlardaki şizofreni oluşumuyla, gestasyon dönemi geç kış ya da bahar aylarında olanlarda daha sık görülen ve özellikle hamileliğin 2. trimestirinde geçirilen herpes ve influenza virüs enfeksiyonları arasında ilişki kuran çalışmalar bulunmakla birlikte bu etkiyi doğrulamayan çalışmalarda vardır (25).

Nörogelişimsel teoriler

Genetik ve erken gelişimsel etkenlerin bir araya gelmesiyle oluşan beyin hasarı ve nöronların gelişiminde erken dönemlerde meydana gelen genetik ve epigenetik hadiseler nöron gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu etkilenme hücre çoğalması, hücre farklılaşması, hücre göçü, programlı hücre ölümü, sinaps oluşumu, nöron devresi oluşumu aşamalarında olabilmektedir. Gebelikte nöron yapımı sırasında genç nöron adacıkları, korteksi oluşturmak üzere verteks duvarından kortekse doğru zorunlu göç ederler. Katmanlardaki nöronların birbirleriyle sinaptik bağlantılar kurmasıyla nöronal devreler oluşmuş olur. Şizofrenide kortikal bölgeye ulaşması gereken nöronlar daha derin katmanlarda takılıp kalmakta ve yoğunlaşarak ileriki aşamalarda beynin aktivitesini bozabilecek gri cevher adaları (ektopik gri cevher) oluşturmaktadır. Doğum öncesi ve sonrasında beyindeki nörogelişimsel anormallik ve defektler, belli bir latent dönem sonrasında ergenlik veya genç erişkinlikte (dopamine aşırı duyarlılık gelişmesi, prefrontal kortekste bozulmuş dopamin işlevinin subkortikal dopamin aktivasyonunu artırması gibi patolojik nöronal olayları harekete geçirerek) şizofreni tablosunu ortaya çıkarmaktadır. Erken beyin gelişimi döneminde oluşan akuadukt daralması, araknoid ve septal kistler, korpus kallozum genişlemesi, normal beyin asimetrisinin tersine dönmesi gibi yapısal anomaliler şizofreni hastalarında daha sık görülmektedir. Sinir sistemi oluşumunun ilerleyen evrelerinde, bu etkiler sonucu ortaya çıkabilecek sinyal iletim bozuklukları ve nöronal devre anormalliklerinin şizofreni bulgularının ortaya çıkmasına yol açtığı düşünülmektedir (8-10-25).

Nörodejeneratif teoriler

Şizofrenide nörodejeneratif hastalıkların bazı özelliklerinin bulunduğu düşünülmüştür. Hastaların büyük bir çoğunluğunda, hastalık başladıktan sonra klinik olarak belirtilerde kötüleme görülebilmekte, olumsuz gidiş özellikle hastalık başladıktan sonraki 5 yıl içerisinde belirginleşmektedir. Şizofreninin klasik nörodejeneratif hastalıklarda olduğu gibi süregen ve uzunlamasına bir gidiş göstermediği, belli bir süre sonra dengeye ulaştığı varsayılmaktadır (8-24).

Şizofreni belirtileri başladıktan sonra tedavisiz geçen süre ne kadar fazlaysa gidiş ve sonlanışın o kadar kötü olduğu bilinmektedir. Tedavi görmemiş şizofreni hastalarında bilişsel kayıp daha fazla olmakta, bu da bize dejeneratif bir sürecin olduğunu ve bu durumun da antipsikotik ilaçlarla kısmen de olsa düzeldiğini düşündürmektedir (8).

Nörodejenerasyona yol açtığı varsayılan fizyopatolojik süreçler içerisinde; N-metil-D-Aspartat (NMDA) reseptör işlev azlığı ve ekzitotoksisite, piramidal nöronların gama aminobutirik asit (GABA) interferonları tarafından inhibisyonunda azalma, dopamin aracılığı ile nörokimyasal duyarlılıkta artış, membran fosfolipid yapısı ve metabolizmasında bozukluk, antioksidan düzeneklerde bozukluğa bağlı oksijen radikallerinde artış gibi mekanizmalar yer almaktadır.

Nörotransmitterle ilgili teoriler

Beyin biyokimyasını inceleyen çalışmalar, şizofreni etyolojisinde nörotransmitterler üzerinde durmaktadır. Araştırılan bu nörotransmitter sistemler dopamin, norepinefrin, serotonin, glutamat ve GABA'dır (19).

Şizofreni konusunda en fazla adı geçen nörotransmitter dopamin'dir. Dopamin etkinliğini arttıran amfetamin ve kokain gibi psikostimulan ajanların normal kişilerde şizofreni benzeri tabloya yol açması ve postsinaptik dopamin reseptörlerini bloke eden nöroleptiklerin şizofreni belirtilerini geriletmesi, dopamin varsayımını desteklemektedir. Mezolimbik dopamin yolağı, beyin sapındaki ventral tegmental alanda bulunan dopaminerjik hücre gövdelerinden, ventral striatumdaki nukleus akumbensin akson terminallerine projekte olur. Bu mezolimbik yolakta bulunan dopaminerjik nöronlarının aşırı aktivasyonu, psikozun pozitif belirtileri olan sanrı ve halüsinasyon oluşumuna yol açtığı düşünülmektedir. Ventromedial prefrontal kortekse uzanan mezokortikal projeksiyonlarda dopamin aktivitesindeki defisit ise negatif belirtilerden sorumlu olduğu

düşünülmüştür. Günümüze kadar yapılan çalışmaların sonucunda dopamin düzensizliğinin (disregülasyonu), hastalık belirtilerini oluşturduğu yönündedir (9-19-26).

Serotonin antagonizması yapan liserjik asit dietilamid (LSD), fenfluramin ve m-klorofenilpiperazin, şizofrenideki benzer halüsinasyon gibi belirtilere sebep olurken, şizofreni hastalarında da belirtileri alevlendirebilmektedirler. Bu ilişki serotonin işlevindeki azalmanın şizofreni ile bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir. Serotonerjik projeksiyonlar dopaminin işlevini inhibe etmektedir. Selektif serotonin reuptake inhibitörler (SSRI) gibi antidepresanlar ve serotonin agonistleri dopamin inhibisyonunu arttırmaktadır böylece bu yolla şizofrenide hem duygusal, hem motor hem de pozitif ve negatif belirtilerin açıklanması mümkün olabilmektedir (19). Kronik ve negatif belirtileri belirgin olan şizofreni hastalarında, pozitif belirtileri olan hastalara göre serotonin metabolizması ile ilgili bozukluklar daha sık gözlenmektedir. Dopamin reseptörleri ile birlikte serotonin reseptörlerini etkileyen ilaçların daha az yan etkiye sahip olması ve artmış tedavi edici etkisi, serotonin antagonizması ile ilişkilendirilmiş, bu durum şizofrenide serotonin ve dopamin sistemleri arasındaki etkileşimde bir bozukluk olduğu düşüncesini geliştirmiştir (9-19-25).

Şizofrenide artmış nörepinefrin düzeyleri duygusal girdiye duyarlılıkta artışa sebep olmaktadır. İkinci kuşak antipsikotikler GABA internöronlarındaki 5HT_{2C} blokajıyla nörepinefrin düzeyini artırır. Artan nörepinefrinin de dopamin ile birlikte şizofrenideki bilişsel ve affektif belirtiler üzerine olumlu etki yaptığı düşünülmektedir (1-25).

Glutamat merkezi sinir sisteminin eksitator bir nörotransmitteridir. Ters etkiler gösteren bir nörotransmitter olup, dopamine doğru salınımda “aktivator”, GABA’ya doğru salınımda “inhibitör” etki göstermektedir. Bir glutamat reseptörü olan NMDA’yı bloke ederek etki gösteren fensiklidinin, şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerine benzer belirtiler içeren bir klinik tabloya neden olması ve şizofrenisi olan kişilerde şizofreniyi alevlendirmesi, glutamat sisteminin şizofrenideki rolüne dikkat çekmektedir. NMDA reseptörünün prefrontal ve eksitator kortikal nöronlarda hipoaktif olduğunda, mezokortikal dopaminerjik yolak yeterince uyarılmaz ve bu mekanizmada şizofreninin negatif ve bilişsel belirtilerinin oluşumu ile ilişkilendirilmektedir (25).

Stres-diatez modeli

Stresli yaşam olaylarının ilk 6 ay içerisinde şizofreni geliştirme riskini 2 kat arttırdığı, ilk epizodun ve nükslerin ortaya çıkmasına yol açtığı öne sürülmüştür. Şizofreni hastalarında sağlıklı kişilere göre yükselmiş kortizol düzeyinin hipotalamo pitüiter aks (HPA) yoluyla dopamin düzeyini de etkilemektedir (25).

2.2. DİSSOSİYASYON KAVRAMI VE DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR

2.2.1. Tanımı ve Tarihçesi

Dissosiasyon bütünlük içerisinde bulunan bilinç, bellek, kimlik ve algılama işlevlerinde kopma şeklinde tanımlanmaktadır ve ruhsal bütünlükte bir kayıp söz konusudur (27-28). Dissosiasyon belirli şartlar altında herkeste ortaya çıkabilen, gündelik yaşamda yer alan, uyumsal yönleri bulunan bir savunma mekanizmasıdır (29). Dissosiyatif yaşantılara günlük hayatımızda sık rastlayabilirken dissosiyatif bozukluklar nadir olarak görülür. Dissosiasyon kişiye rahatsızlık vermeye başladığında yada psikososyal işlev bozulmasına yol açtığında artık tanı konulabilir bir dissosiyatif bozukluktan söz edilebilir (29-30). Dissosiyatif belirtiler a) öznel yanıtın sürekliliğinde bozulmayla birliktelik gösteren farkındalıkta ve davranışa yönelik istemsiz intrüzyonlar (kimlik bölünmesi, kendine yabancılaşma ve gerçek dışılık gibi “pozitif” dissosiyatif belirtiler) ve /veya b) normalde erişilmesi mümkün olan bilgilere erişememe ya da normalde denetlenmesi mümkün olan zihinsel işlevleri kontrol edememe (Unutkanlık gibi “negatif” dissosiasyon belirtileri) şeklinde görülür (21).

Dissosiasyon kavramı ilk kez 1845'de bir Fransız psikiyatristi olan Moreau De Tours tarafından ortaya atılmış olup yine bir Fransız olan Pierre Janet (1859-1947) dissosiasyonu "sabit fikirler" (idees fixes) olarak tanımladığı bazı düşünce ve işlevlerin kişinin kontrol ve algısından kaçması süreci olarak tanımlamıştır (31).

Janet'e göre, şiddet karşısında oluşan yaşantıların etrafında, bilinçaltına ait sabit fikirler (subconscious fixed ideas) adını verdiği yeni bellek tabakalarının oluşumuyla dissosiyatif belirtiler ortaya çıkıyordu. Bu, travmatik belleğin bilişsel ve duygulanım elemanlarını organize edip, bunları bilinçli farkındalığın dışında tutuyordu. Bilinçaltına ait sabit fikirler, konversiyon, "flashback" ve kâbuslara, oradan da DKB' (dissosiyatif kimlik bozukluğu)deki alter kişiliklere kadar geniş bir yelpaze gösterebiliyordu. İdrak fonksiyonuna giren fenomenlerin azalması yani bilinç alanının daralması Janet psikopatolojisinin en önemli noktalarından biridir (32).

Janet bir yandan korkunç, travmatik yaşantılar karşısında dissosiasyon mekanizmasının nasıl kullanıldığını açıklarken bir yandan da ülkesindeki bazı meslektaşları çocukluk çağı cinsel tacizleri hakkında yazılar yayınlamaktaydılar. 1850' lerin sonunda Briquet histeri ile çocukluk çağı cinsel tacizleri arasında ilişkiyi kurmaya başlamış, Janet ise travmatik yaşantılar ile ruhsal rahatsızlıklar arasındaki ilişkiyi daha da net bir şekilde ortaya koymaya başlamış, 591 vaka bildiriminin 257'sinde rahatsızlığı ortaya çıkarıcı etken olarak travmayı göstermiştir (33-34). Josef Breuer ve Freud 1893'de histerik belirtiler ile çocukluk çağı

ruhsal travmaların ilişkisine dikkat çekmişler ve dissosiyasyonun, histeri için ilke olduğunu, ikilemiş bilincin her histeri vakası için şart olduğunu yazmışlardır (35).

Çocukluk ve ergenlikteki disosiyatif bozukluklarının tarihi, bu hastalığın erişkindeki tarihine paralel olup 19. yüzyılda çocuk ve ergen vakalar detaylı bir şekilde tanımlanmışlar, fakat daha sonraki yüzyılda unutulmuşlardır (36). İlk kez Fine, Despina'nın 1840 yılında Fransa'da yayınladığı, hem klinik özellikler hem de tedaviye cevap açısından klasik bir vaka olan 11 yaşındaki bir dissosiyatif bozukluk olgusu "Estelle"nin önemine dikkat çekmiştir (37). Bowman ise 1829 yılında Dewar tarafından yayınlanmış olan bir başka ergen Disosiyatif Kimlik Bozukluğu hastasını tarihsel çalışmaları sırasında ortaya çıkarmıştır (38).

2.2.2. Epidemiyoloji

Dissosiyatif amnezinin genel toplumda yaklaşık yüzde 2 ila 6 arasında bulunduğu, erkekler ile kadınlar arasında görülme sıklığı açısından bir fark bulunmadığı bildirilmektedir. Belirtilerin daha çok geç ergenlik döneminde ve yetişkinlikte başladığı, dissosiyatif amnezinin ergenlik öncesi çocuklarda değerlendirilmesinin güç olabileceği belirtilmiştir.

Depersonalizasyon ve derealizasyon normal ve klinik örnekleme çok yaygın olarak görülmekte olup, depresyon ve anksiyeteden sonra en çok bildirilen üçüncü psikiyatrik yakınmalardır. Bir araştırmaya göre genel nüfusta bir yıllık prevalans %19 olarak bildirilmiştir. Epilepsi ve migren hastalarında yaygındır, özellikle esrar, liserjik asit dietilamit (LSD) ve meskalin gibi halüsinojen ajan kullananlarda görülebilir. Orta ile hafif kafa yaralanmalarında da sık gözlenebilir. Ayrıca vücutta ciddi yaralanma olmasa bile hayatı tehdit eden yaşantılardan sonra da yaygın olarak gözlenir. Depersonalizasyon (kendine yabancılaşma) kadınlarda erkeklerden 2-4 kat daha fazla saptanmıştır.

Dissosiyatif füğ ile ilgili sistematik veri olmamasına rağmen hastalığın doğal afetler, savaş, büyük toplumsal yer değiştirme ve şiddet zamanlarında daha sık görüldüğü düşünülmektedir. Cinsiyete göre ayrımını gösterecek yeterli veri bulunmamaktadır ancak pek çok olguda özellikle orduda görev yapan erkekler belirtilmiştir. Genellikle yetişkinlerde görülmektedir.

Dissosiyatif kimlik bozukluğu için birkaç sistematik epidemiyolojik çalışma vardır. Klinik araştırmalarda tanı koyulan olgularda K/E oranlarının 5/1 ve 9/1 olduğu bildirilmektedir (1)

2.2.3. Etiyoloji

Çocukluk Çağı Travmaları: Yapılan çalışmalarda, dissosiyatif bozukluğu olan kişilerde altta yatan etyolojik nedenin sıklıkla travma olduğu gösterilmiştir (39-40-41-42). Dissosiyatif bozukluk hastalarının %90-100'ü çocukluk döneminde ağır travma yaşadığını belirtmişlerdir. Travması olan kişilerin, travmasız gruba göre önemli ölçüde daha yüksek dissosiyasyon seviyeleri gösterdikleri saptanmıştır. Klinik ve normal popülasyonda yapılan bu çalışmalar; tecavüz, savaş, çocuk suistimali ve doğal afet gibi bir çok farklı travma şeklinin yüksek seviyelerde dissosiyasyona sebep olduğunu göstermiştir. Ergen popülasyonunda bu noktayı inceleyen en geniş kapsamlı çalışmalardan biri Türkiye'de yapılmıştır. Travma ile dissosiyasyonun güçlü bir korelasyon gösterdiği bu çalışmada, travma ile kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Çocukluk istismarının başlangıç yaşı ne kadar erkense o kadar şiddetli dissosiyasyon belirtileri ortaya çıkmaktadır. Cinsel suistimalin başladığı yaş veya süresi gibi travmanın derecesi konusundaki göstergeler genellikle dissosiyasyonun şiddeti ile orantılıdır. Travma esnasındaki dissosiyasyonun daha sonraki TSSB (travma sonrası stres bozukluğu) gelişiminde de çok güçlü bir role sahip olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (43).

Aile Ortamı: Sadece aile ortamının dissosiyasyon üzerine yaptığı etkileri, aile içinde meydana gelen istismar yasantılarının (ensest gibi) etkilerinden ayırt etmek zor olmasına rağmen aile ortamının, kötü muamele ve travma faktörlerinden bağımsız olarak dissosiyasyon puanlarına önemli katkıda bulunduğu görülmektedir. Belirgin bir travma olmaksızın sadece olumsuz aile ortamının kişiler üzerindeki dissosiyatif etkisi incelenmiştir ve primer bağlanma figürünün kaybı veya ilgisizliğinin aktif bir suistimal ile birleşerek kronik dissosiyatif bozukluk oluşturduğu, istismar öyküsü bulunmayan erişkinlerde çocukluk dönemindeki aile kaybının dissosiyasyona güçlü bir katkısı olduğu gösterilmiştir (44).

Genetik Faktörler: Dissosiyasyonda genetik faktörlerin rolü hakkında çok az şey bilinmektedir. Waller, 94 çocuk ve ergen ikizlerde yaptığı çalışmada ilk verilere göre tek yumurta ikizleri ve çift yumurta ikizleri arasında önemli bir fark olmadığını ve buna bağlı olarak genetik faktörün normal dissosiyasyon üzerinde çok az katkısının olduğunu ileri sürmüştür (45). Becker ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmaya ikiz çocuklar ve evlat edinilmiş çocuklar dâhil edilmiş, genetik ve çevrenin dissosiyasyona etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada dissosiyasyon ile genetik ve ihmal yasantıları arasında yüksek oranda korelasyon saptanmıştır. Genetik etkenlerin patolojik olmayan dissosiyasyona etkisi daha büyükken, dissosiyatif bozukluklarda çevresel faktörlerin daha önemli rol oynayabileceği ileri sürülmüştür fakat bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu aşikardır (46).

Dissosiyasyon ve Kendilik Gelişimi: Gelişimsel çalışmalar, bebeklerin dünyaya tam ve bütünleşmiş bir şekilde gelmediklerini göstermektedir. Self psikolojisi ekolünün temsilcilerinden Stern, bebeğin her bir emosyonel durumunun yüz ifadesi, solunum, tonlama ve emosyona eşlik eden duygulardan oluşan küçük bir

bütüncük oluşturduğunu ve bu küçük bütüncüğün genelden ayrı ve kendisine ait bir iç psikofizyolojik geri bildirim tarzına sahip olduğunu ileri sürmektedir. Daha sonra bu küçük bütüncük daha karmaşık bir oluşuma doğru gelişir. İçerik zenginleşir ve daha geniş zaman dönemlerini kapsayan bir hale gelir. Bunların daha da genişleyerek devam etmeleri ile ayrı parçalar birleşir ve tek bir self ortaya çıkar (47). Olumsuz yaşam ortamlarında yetişen bebekler ileride tek olmaya giden bu gelişimi gösteremez, bu da dissosiyatif bozukluk gelişimi için uygun bir psikik zeminin oluşmasına neden olur. Ayrıca patolojik dissosiyasyon Stern'in ifade ettiği selfin dört boyutunun gelişimine birçok açıdan zarar verebilir. Örneğin tekrarlayıcı amnezi ve bazı bellek bozuklukları self agency (kendiliğin insiyatif kullanma yönü), self coherence (kendiliğin bütüncül ve üniter oluşu) ve self continuity (kendilik duygusunun sürekliliği)'ye hasar verebilir.

Hayal Gücü ve Fantezi Kapasitesi: Çocuk gelişiminde hayali arkadaşların gelişimsel bir fenomen olduğu tartışılmakla beraber, psikopatolojik olarak hayal arkadaşlıklarının DB (dissosiyatif bozukluk) ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (48-49). Bazı çalışmalar hayali arkadaşların, alter kişiliklere zemin hazırlayabileceğini öne sürmektedir (48-50). Çocuk yaş grubunda Hornstein ve Putnam, DB olan çocuk ve ergen hastaların %84'ünde geçmişte olan ve halen devam eden hayali arkadaşlar tespit etmişlerdir (51). Eriskin DKB vakalarında hayali arkadaş öyküsü % 64 olarak bildirilmiş olup bu oran normal populusyona göre 2 kat daha fazladır. DB'da başlangıcı sıklıkla 2-4 yaş olup vakaların %74'ünün erişkin hayatta da bu arkadaşlarla hala temas halinde oldukları belirtilmiştir (52). "Fantezi kurma eğilimi ve kapasitesinin" dissosiyasyonla ilişkili olduğu iddia edilmiş, "Fantezi eğilimi" kişilerin zamanlarının büyük bir kısmını kendi yarattıkları bir hayal ve fantezi dünyasında geçiren kişileri karakterize etmek için kullanılmıştır. Bazı çalışmalar aşırı fantezi eğiliminin çocukluk dönemindeki kötü muamele öyküsü ile ilişkili olduğunu göstermiş ve istatistiksel olarak güçlü bir ilişki tespit edilmiştir (53).

Bağlanma Bozukluğu: Dissosiyatif bozukluk etiolojisindeki bir diğer önemi vurgulanan durum da çocuğun istismar eden bakımvericilerle kurduğu erken dönemdeki bağlanma öyküsüdür. Çocuk yaşamını devam ettirebilmek için, istismar edici bakım vericiden bakım almak ve bu ilişkiyi sürdürmek zorundadır. Besleyici ancak aynı zamanda istismar edici bakım vericilerin olduğu bir çevrede büyüyen çocuk bağımsız iyi ve kötü nesne temsilleri geliştirir. Bu durum bellek, bilinçlilik ve kimliğin birleştirici fonksiyonlarını olumsuz yönde etkiler. Normal gelişim sürecinde birleşmesi gereken bu nesne temsilleri birleşemediğinde, değişik kendilik durumları veya alter kişiliklere dönüşebilirler (54-55).

Hipnoza Eğilim Kapasitesi: Klinik ve normal populusyon üzerinde yapılan bazı araştırmalarda hipnoza eğilim kapasitesi ile dissosiyasyon arasında zayıf bir ilişki olduğu ortaya konmuştur.. Hipnoza eğilim kapasitesiyle dissosiyatif tip arasında kompleks ve doğrusal olmayan bir ilişki olduğu ve bu ilişkiyi en iyi şekilde tipolojik dissosiyasyon modelinin açıklayabileceği ifade edilmiştir (53).

2.2.4. Şizofreni ve dissosiyatif belirtiler

Dissosiyatif belirtiler şizofreni gibi primer birçok psikiyatrik bozukluğa eşlik edebildiği gibi dissosiyatif bozukluk ve psikiyatrik hastalık komorbiditesi de görülebilmektedir. Primer psikiyatrik patolojiler, sıklıkla eşlik eden dissosiyatif bozukluklarla komplike hale gelirler. Yapılan çalışmalarda başka tanımlarla yatan psikiyatrik hastaların %12-30'unun dissosiyatif bozukluk, %3-5'inde DKB ek tanısı aldığı saptanmıştır (56). Başka bir çalışma da yatan hastalardaki belirgin dissosiyatif patolojinin klinisyenler tarafından çoğunlukla fark edilmediği tespit edilmiştir (57).

Dissosiyatif kimlik bozukluğu hastalarında Shneiderian semptomların görülmesi, DKB'nin şizofreniden ayırımı güçleştirmiştir ve bu sebeple DKB hastaları klinik değerlendirmede ilk olarak şizofreni tanısı almışlardır (58). Bu hastaların yaklaşık %75'i herhangi bir psikotik bozukluk tanısı almaktadır (59).

DKB hastalarında görülen işitsel ve görsel varsanılar, özel bazı sanrılar ve bazı hastalarda zaman zaman görülen düşünce bozuklukları şizofreni ile karışmasına yol açabilmektedir. DKB hastalarındaki işitsel varsanılar hastayı eleştiren, aşağılayan, kendisine zarar vermesini söyleyen seslerden oluşur ve çoğu zaman birden fazla ses vardır. Bunlar kendi aralarında tartışan, emir veren seslerdir. Hasta bu seslerin kafasının içinden geldiğini ifade eder (60). Şizofrenideki varsanılar ise mantıksız, tutarsız, saçmadır ve düşünce bozukluğu bu varsanılara eşlik etmektedir. Hastalığın remisyon döneminde kaybolur, alevlenme dönemlerinde yeniden ortaya çıkarlar. Dissosiyatif bozuklukta bu sürekli olup, işlevselliğin iyi olduğu dönemlerde de devam etmektedir (42). Dissosiyatif bozuklukta şizofreninin tüm belirtileri bulunabilse de, hastaların genel sıcaklığı, içgörüsü ve fonksiyon düzeyleri gibi özellikler şüphe uyandırmalıdır. Ayrıca bu hastalardaki işitsel halüsinasyonlar antipsikotiklere yanıt vermemektedir. DKB olguları hekimiyle ilişkiye daha açıktır ve yer, zaman, kişi oryantasyonu bozulmamıştır. Ellison ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bu olgularda prodromal ve rezidüel şizofreni belirtileri olmasına rağmen enkoherans, çağrışımlarda gevşeme, affektte küntleşme ya da uygunsuz affekt ve motor anormallikler saptanmamıştır (59).

Şizofreni ve DKB hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada Schneiderian semptomlarının DKB olan hastalarda daha çok görüldüğü, şizofrenide negatif semptomların daha baskın olduğu bulunmuştur (61). Pozitif belirtiler daha çok DKB'de görülürken, negatif belirtilerin şizofrenide ön planda olması bu iki bozukluğun ayırıcı noktalarındandır.

Tedavi yönünden bakıldığında ise şizofrenide tam tedavi mümkün olmamakla birlikte, ilaçlarla pozitif belirtilerin baskılandığı, negatif belirtilerin kısmen düzeldiği, sürecin gidişatının iyileştirilebildiği görülmektedir (62). DKB'de ise psikoterapinin etkin tedavi yöntemi olduğu ve psikoterapi ile tedavinin sağlanabileceği bilinmektedir.

Şizofreni hastalarında, major depresyon, obsesif-kompulsif bozukluk veya madde kullanım bozukluğu gibi eş tanımlı psikiyatrik bozukluklar görülebilir (63). Çelişkili bulgular olmasına rağmen (64), dissosiyatif semptomlar (3, 4, 65, 66) ve bozukluklar (67) şizofreni hastalarında da bildirilmiştir Ross, 2004 yılında, çocukluk çağı travma öyküsüne dayalı, dissosiyasyon ve şizofreni arasında direkt ilişki iddia ederek, "dissosiyatif şizofreni" ya da "şizofreninin dissosiyatif subtipi" olarak adlandırdığı bir şizofreni alt tipi tanımlamıştır (6-7). Şizofreni ve DKB belirtilerini birlikte gösteren bu grup hastada, non-dissosiyatif şizofreni tipine göre çocukluk çağı travma öyküsü, sınır kişilik bozukluğu özellikleri ve eşlik eden psikiyatrik patolojilerin daha sık olduğu belirtilmiş olup DKB ve şizofreni iç içe geçtiğinden ayırıcı tanı yapmanın güç olduğunun altı çizilmiştir. Şizo-dissosiyatif grup olarak adlandırdığı bu grup hastada antipsikotik tedavilerin ve psikoterapilerin daha az etkin olduğu gösterilmiştir (68).

2.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

2.3.1. Tanımı ve Tarihçesi

Çocukluk çağı travması (ÇÇT), bireyin 18 yaşından önce cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmale maruz kalması ya da ebeveyn kaybı, ebeveyninden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler şeklinde olabilmektedir (69). Çocuk istismarı veya ihmali, ana-baba ya da bakıcı tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişiler tarafından uygunsuz veya zarar verici olarak değerlendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizlikler ve bunların sonucu çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi durumudur (70-71). Çocuk istismarı çocuğa genellikle en yakını olan kişiler tarafından yapılıyor olması, tekrarlayıcı özelliği ve çocuk üzerinde yaşamının ilerleyen yıllarını dahi etkileyecek uzun süreli etkilerinin olması sebebiyle tanımlanması ve tedavi edilmesi en zor travma türüdür (72-73). Çocukluk çağı travması her kültürde, etnik grupta ve sosyoekonomik düzeyde karşımıza çıkabilir (74). İstismar ve ihmal yalnızca aileleri değil, toplumu, yasal sistemi, eğitim sistemini ve iş alanlarını da etkileyen bir halk sağlığı problemidir (71-75). Dünya sağlık örgütü çocuk istismarını "Bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fizik gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar"

olarak tanımlamakta, bu tanımlamada yetişkinin niyetinin değil, eylemin çocuk üzerindeki etkisinin önemi üzerinde durulmaktadır (76). İstismar duygusal, fiziksel, cinsel ya da ekonomik istismar şeklinde gerçekleşebilir. Çocuk ihmali ise , başta anne ve baba olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler tarafından çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel ihtiyaçlarının ihmali, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır (77). İhmal ile istismar arasındaki fark, ihmalin pasif, istismarın aktif olmasıdır (78). Çocuğa yönelik ihmal ve istismarın ortaya çıkmasındaki etkenler; düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, dar yaşam alanı, geniş aile yapısı, tek ebeveynli aile, düşük evlilik kalitesi, zayıf ebeveyn çocuk ilişkisi, ebeveynde madde kötüye kullanım öyküsü olarak gösterilmektedir (79-80). Anne-baba yoksunluğu, ölüm,boşanma veya başka yerde çalışma sebepli parçalanmış aileler, çocuk istismarında önemli risk grubunu oluştururlar. İhmal ve istismara uğrayan çocuğun yaşam biçimi ve ilişkileri önemli ölçüde etkilenir ve çocuk bunları öğrenip taklit ederek, istismarcı bir kişilik kazanabilir (81).

İnsanlık tarihine bakıldığında çocuk istismarının insanlık tarihi kadar eski olduğu görülmektedir (82). Eski çağlarda çocuklar mal gibi görülüp kötüye kullanılmakta, öldürülmekte, kurban edilmekte, köle olarak satılmaktaydı. . Çin, Hindistan, Meksika ve Peru gibi ülkelerde bebeklerin nehre atılması; meşru ve güçlü iseler yaşamaya hakları olduğu, su üzerinde kalmayı başaramazlarsa ölmeyi hak ettiklerinin düşünülmesi, Roma’ da babalara çocuklarını öldürme, satma, terk etmeye kanunun izin vermesi, İslamiyet öncesi Arap toplumunda kız çocukların utanç vesilesi olarak görülüp diri diri toprağa gömülmesi, çeşitli medeniyetlerde ilk çocuğun tanrıya kurban olarak sunulması örnek örnek olarak gösterilebilir (83).

1860 yılında ilk kez Tardieu, Paris Tıp Akademisinde çocukların fiziksel ve cinsel istismarından bahsetmiştir. (84). Birinci ve ikinci dünya savaşının çocuklar üzerindeki etkilerinin fark edilmesi, özellikle de ikinci dünya savaşından sonra çocukları korumayı amaçlayan birçok ulusal ve uluslararası organizasyonun harekete geçmesi bu alanda yaşanan en büyük gelişmelerdendir (85). Çocukluk çağı travmalarının ruhsal hastalıklar üzerine olan etkileriyle ilgili ilk bilimsel kayıtlar ve tanımlamalar II. Dünya Savaşı sonrasında ebeveynlerini yitiren ya da toplama kamplarından kurtulan çocuklarda gözlenen ruhsal tepkilerden oluşmaktaydı. Sonraki yıllarda ise yıllarda ise daha çok doğal afetlerin çocuklarda sebep olduğu ruhsal tepkilerle ilgili çalışmalar yapılmıştır. Kempe ilk defa 1962’de hırpalanmış çocuk (“battered child”) terimini kullanmış olup bu terim daha sonra yerini çocuk istismarı (“child abuse”) terimine bırakmıştır (86,87,88,89,90). Caffey ve arkadaşları ise 1972 yılında "dövülmüş bebek sendromunu" tanımlamıştır (91). 1960’lı yıllardan sonra özellikle cinsel istismar kurbanı olan çocukların saptanması ile ilgi bu alana yoğunlaşmıştır fakat insan eli ile olan travmalar sonrasında çocuklarda ortaya çıkan TSSB belirtileri, Terr’ in okul otobüsü kaçırılması olayının kurbanlarıyla yaptığı çalışmalar ile önem kazanmıştır (92,93). Gelişen toplumsal duyarlılık sonucu 1974 yılında ABD’nde “Çocuk ihmali ve istismarını önleme ve tedavi yasası” çıkarılmıştır (94). 1989’da Birleşmiş Milletler’in kabul ettiği Çocuk Hakları Sözleşmenin 19.

maddesi ile de çocuğun, bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulu getirilmiş olup bu konudaki en önemli gelişmelerden biri olmuştur (95).

Türkiye’de çocuk istismarıyla ilgili çalışmaların başlangıcı çok yenidir ve daha çok adli tıp, sosyal pediatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlarının öncülüğünde yürütülmektedir. Çocuk istismarı Adli Tıp Bülteni ve Çocuk Forumu dergilerinde derleme ve vaka sunumlarıyla gündemde tutulmaktadır (96-97). 1991 yılında kurulan ‘Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği’ ile ‘Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği’ bu konuda çalışmalar yapan önemli derneklerdir (79). Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) çocuk istismarını önleme ve istismara uğramış çocuğu koruma görevini yürütmektedir (98).

2.3.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

İstismar ve ihmal kavramlarının farklı tanımlanması, farklı örnek gruplarının kullanılması, bölgesel ve kültürel farklılıklar ve sosyal stigmatizasyon sebebiyle bu alandaki çalışmalar farklı sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Bu da çocukluk çağı istismarının yaygınlığı ile ilgili net bir fikir birliği sağlanamamasına yol açmıştır (99). ABD’de her yıl 1200-1500 çocuğun kendi ailesi ya da bakım verenlerinin sebep olduğu nedenlerle öldüğü tahmin edilmekte ve bu ölümlerin %52’sinden fiziksel istismar, %42’sinden ihmal ve %5’inden ise her ikisinin sorumlu olduğu düşünülmektedir (100). Amerika Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanının 2009 yılında, Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmal Bilgi Sistemi (NCANDS) 2007 verileri ile hazırladığı raporda, Amerika genelinde ihmal %59, fiziksel istismar %10.8, cinsel istismar %7.6, duygusal istismar %4.2 olarak bulunmuştur. Aynı rapora göre, çocuk istismar ve ihmalinin en sık 4-7 yaş grubu çocuklarda (%23.8) yaşandığı, bunu 8-11 yaş grubu (%19) ve 12-15 yaş grubunun (%18.5) takip ettiği belirtilmektedir (101). Gürcistan’da UNICEF (United Nations International Children’s Emergency Fund) kapsamında yapılan ulusal bir çalışmada 11-17 yaş arası 1050 çocuğun %59,1 i duygusal istismar, %54 fiziksel istismar, %28,6 oranında şiddete maruz kalma, %24,8 oranında ihmal ve %7,8 oranında cinsel istismar belirtilmiştir (102). ABD, Şili, Filipinler, Mısır ve Hindistan olmak üzere beş ülkede fiziksel istismarın yaygınlığı araştırılmış ve bu ülkeler için yaygınlık oranlarının; ABD ve Şili’de %4 ile %85, Filipinlerde %21 ile %82, Mısır’da %26 ile %72 ve Hindistan’da %36 ile %70 arasında değiştiği bildirilmiştir (103). İngiltere’de yapılmış bir çalışmada, çocukların %7’sinin bakım veren kişiler tarafından fiziksel istismara uğradığı, gençlerin %6’sının da evde fiziksel ihmale maruz kaldığı bildirilmiştir (104).

Hindistan, Rusya, Kolombiya ve İzlanda'da 459 çocukla yapılan uluslar arası bir çalışmada son bir yıl içerisinde çocukların %66'sının duygusal istismara, %55'inin fiziksel istismara, %51'inin evde şiddete, %37'sinin ihmale ve %18'inin de cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır (105). DSÖ (dünya sağlık örgütü) yaptığı uluslararası çalışmalar sonucunda kadınların yaklaşık %20'sinin, erkeklerin de %5-10'unun çocukken cinsel istismara uğradığını, tüm çocukların %25-50'sinin ise fiziksel olarak istismar edildiğini bildirmiştir (106).

Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili araştırmalar son 20 yılda yapılmaya başlanmıştır. Yapılan birçok çalışmanın gözden geçirildiği bir çalışmada incelenen toplumdaki fiziksel istismar oranının %15 ile %75 arasında olduğu, cinsel istismar oranının ise yaklaşık %20 oranında olduğu belirtilmiştir (107,108). Yapılan bir çalışmada çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran olguların %36'sında fiziksel istismar ve %52' sinde duygusal istismar saptanmıştır (70). İstanbul'da 49 okulda altıncı, yedinci ve sekizinci sınıf öğrencileriyle (n=440) yüz yüze görüşülerek yapılan bir araştırmada, çocukların ev içinde karşılaştıkları şiddet oranı %73,4 olarak saptanmıştır (109). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne ilk defa başvuran 150 kadın hasta ile yapılan bir çalışmada duygusal ihmal %24.7, cinsel istismar %22, duygusal istismar %18.7, fiziksel ihmal %17.3, fiziksel istismar %15.3, ensest %13.3, ensest dışı cinsel istismar %11.3 iken; en az bir travma bildirenlerin oranı %43,2 olarak bulunmuştur (110). Birçok araştırmanın gözden geçirildiği kapsamlı bir çalışmada, çocukluk çağı travmalarından fiziksel istismar için yaygınlık oranı %15 ile %75 arasında değişirken, cinsel istismar için yaygınlık oranının ise yaklaşık %20 civarında olduğu bildirilmektedir (107).

Çalışmalarda, tüm ÇÇT türlerinde olumsuz davranış en sık kadınlar tarafından gerçekleştirilmesine rağmen, adli olarak kayıtlı olgulara bakıldığında fiziksel ve cinsel istismarı gerçekleştirenlerin çoğunlukla erkek olduğu görülmektedir (111). Ülkemizde kültürel olarak çocuklarla daha çok vakit geçiren ve bakım veren kişiler anneler ya da ablalar olduğundan araştırmalarda da ÇÇT yapan kişilerin daha sık olarak kadın cinsiyette karşımıza çıkması olağandır (112). 2010 yılında yapılan Aile İçi Şiddet ve Çocuk İstismarı çalışmasında saç çekme, kulak çekme, cisim fırlatma, elle vurma, tokat atma en sık görülen fiziksel istismar biçimleri olarak bulunmuştur (108). Çocuğa bağıрма, reddetme, aşağılama, küfretme, korkutma, tehdit etme, küçük düşürme, alay etme yaygınlıkla görülen duygusal istismar türleridir (113).

Cinsel istismar %90 - %95 oranında erkekler tarafından, ve %70 - %90 oranında çocuğun tanıdığı kimseler tarafından kadınlara karşı uygulanırken, %10 - %20 oranında ise erkeklere karşı uygulanmaktadır (114,115). En sık olarak ergenlik döneminde görülmektedir ve kızlarda erkeklere kıyasla 3 kat daha fazla saptanmaktadır (116)

Duygusal istismar tüm diğer kronik istismar tiplerine de eşlik ettiği için, saptanması zor olmasına karşın, fiziksel istismar ve cinsel istismar ile karşılaştırıldığında tüm toplumlarda daha yaygın olarak görülmektedir (117,118). Psikiyatri örnekleminde yapılan bir çalışmada duygusal ihmal %81.6 sıklığında saptanmıştır (119). Çocuklukta duygusal istismar ve ihmalinin yaygınlığını ölçmek ve miktarını belirlemek daha zor olduğundan duygusal istismar sonuçları daha az dikkat çekicidir (120,121). Ayrıca duygusal istismarın fiziksel şiddet kadar geniş çapta çalışılmaması fiziksel şiddetin etkilerinin daha kolay gözlemlenebilir olmasından kaynaklanıyor olabilir (120).

2.3 3. Sınıflama

İstismar; fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olarak, ihmal ise fiziksel ve duygusal ihmal şeklinde ayrılmaktadır.

Fiziksel İstismar: UNICEF fiziksel istismarı, kaza dışı, çocuğa acı veren ve yasaklanmış olan şiddet davranışları sonucu çocuğun gelişimi ve iş görme yetilerinin hasara uğraması olarak tanımlar. DSÖ ise fiziksel istismarı; çocuğa yönelik bilerek yapılan fiziksel güç kullanımı sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onurunun zarar görmesi şeklinde tanımlamıştır (122). Diğer bir tanımlamaya göre fiziksel istismar çocuğun bakımından sorumlu yetişkinin 48 saatten daha uzun süre kalan fiziksel bir iz bırakarak 18 yaşından küçük çocuklara yönelttiği kasıtlı bir şiddet eylemidir (70,123). Çocuğun ağzına biber sürmek, sarsmak, kulağını veya saçını çekmek, çocuğun vücudunun herhangi bir yerine hafif şiddette vurmak gibi fiziksel cezalandırmalar orta derecede fiziksel istismar olarak kabul edilirken; çocuğa şiddetli bir şekilde elle veya ayakla vurmak, yakmak, boğmak gibi fiziksel cezalandırmalar ise şiddetli fiziksel istismar olarak kabul edilmektedir (103). Fiziksel istismar, bilişsel, duygusal ve davranışsal sorunlarla, madde kötüye kullanımı ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkilidir. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda sosyal işlevsellikte bozulma; başkalarıyla yakın ilişki kurmakta güçlük görülmektedir. Kişilerle çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, yoğun öfke ve istismar davranışı içeren ilişkiler kurabilmektedirler (124). Saldırıcılık ve suça yönelik davranışlar fiziksel istismar ile en sık birliktelik gösteren sorunlardır (125). Kişilik bozuklukları, madde kötüye kullanımı, tehlikeli ve riskli cinsel deneyimler gibi sağlığı tehdit eden davranışlar, dikkat eksikliği ve

hiperaktivite bozukluğu ve kaygı bozuklukları fiziksel istismara uğramış çocuklarda daha sık karşımıza çıkmaktadır (124,126,127).

Cinsel istismar: Henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanma, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır (128). İki çocuk arasındaki cinsel aktiviteler; yaş farkı 4 yaş ve üstü olduğunda, küçük çocuğun zorlama ya da ikna ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakılması durumunda da cinsel istismar olarak değerlendirilir (129). Cinsel istismar için penetrasyon koşulu yoktur. Cinsel istismar diyebilmek için istismarcının çocuğun doğrudan ya da giyseleri üzerinden vücuduna ya da cinsel organına dokunması yeterlidir. Burada önemli nokta çocuğun zorla bu duruma maruz bırakılmış olmasıdır (116). Psikososyal gelişimini tamamlamamış 0-18 yaş aralığındaki çocuğun her türlü cinsel uyaran olarak kullanılması ve pornografik materyale maruz bırakılması cinsel istismar olarak değerlendirilmektedir (130). Çocukluk çağı cinsel istismarları genellikle yetişkinliğe kadar, günahından dolayı cezalandırılacağı ya da terk edileceğine dair hislerle, utanç ve suçluluk duyguları ile çocuk tarafından saklanır. Ancak cinsel istismar sırasında çocuk fiziksel olarak zarar görmüşse ortaya çıkar (131). Cinsel istismar; Temas içermeyen cinsel istismarlar (Cinsel içerikli konuşma, teşhircilik ve röntgencilik), cinsel dokunma, interfemoral ilişki (sürtünme ile) ya da cinsel penetrasyon şeklinde olabilir. Literatürdeki çalışmaların çoğunluğunda en sık görülen cinsel istismar şeklinin genital penetrasyon olduğu bildirilmektedir (132,133). İstismarcıda gözlenen başlıca kişilik özellikleri; aile içinde ve sosyal teması sınırlı içe kapanık kişilik, eşi ya da ailesiyle sıcak ilişki kuramayan psikopatik kişilik, psikoseksüel ve sosyal açıdan immatür, kendi çocukları ile birlikte başka çocukları da istismar eden pedofilik kişiliktir (132).

Duygusal İstismar: Çocukların ihtiyaç duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak psikolojik hasara uğratılma durumu duygusal istismar olarak tanımlanmaktadır. UNICEF ise duygusal istismarı ve ihmali çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli kötülenmesi, sosyal ilişki ve kaynaklarla ilişkisinden sürekli yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak tanımlamıştır (77). Duygusal istismar; çocuğa bağırma, küfretme, değer vermeme, aşırı baskı ve otorite kurma, lakap takma; çocuğu reddetme, aşağılama, yalnız bırakma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, önemsememe, küçük düşürme, bağımlı kılma ve aşırı koruma; çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, çocuktan yaşının üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeş ayrımı yapma; çocukla alaylı konuşma şeklinde olabilir (103). Duygusal istismar ve ihmal oldukça sık görülmesine rağmen fark edilmesi ve yasal olarak kanıtlanması güçtür (71). Genellikle çocuğun üzerinde güç sahibi olan yakın çevresindeki kişi ya da kişiler tarafından gerçekleştirilir. Duygusal istismar fiziksel istismara göre çok daha sıklıkla görülmekte ve diğer tüm çocukluk çağı ihmal ve istismar şekillerinden potansiyel olarak daha yıkıcıdır (134). Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda aileden uzaklaşma,

bağımlı kişilik, değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuzluk, gerginlik ve saldırgan davranışlarda bulunma sık olarak gözlenir (79,135,136). Duygusal istismar çocuğun kişiliği ve başarısının yanı sıra fiziksel gelişimini de olumsuz etkilemektedir (136). Çocuğun bağlanma sürecini ve duygusal gelişimini olumsuz etkiler ve ilerleyen süreçte uygun duygusal cevaplar geliştirme kapasitesini bozabilir (71).

Fiziksel İhmal: Fiziksel ve duygusal ihmal; çocuğa kötü muamele içerisinde en yaygın olarak gözlenenlerdir (%62.8) (USDHHS 2007). İhmal, ailenin çocuğun büyümesi için ihtiyacı olan güvenilir ve sağlıklı ortamı sağlamaması ve çocuğu tehlikelere karşı korumamasıdır. Çocuğa gerekli sağlık hizmetlerinin verilmemesi ya da geciktirilmesi, çocuğun yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, kaçan çocuğun eve kabul edilmemesi, beslenme, giyim ve hijyenik ihtiyaçlarının karşılanmaması, zarar verici ve toksik maddelerden korumak için yeterli önlem alınmaması gibi birçok durum fiziksel ihmal olarak kabul edilmektedir (137). Fiziksel ihmale uğramış çocuğun teni solgun, saçları ve tırnakları bakımsız, iyi beslenememiş görünümünde olabilir (138). Fiziksel ihmalin de aç bırakılarak ölüme terk edilme gibi çok ciddi sonuçları olabilir (139). İhmal bebek ve çocuklarda apati, pasiflik, azim-coşku ve esnekliğin olmayışına, duygularını düzenlemede zorluk çekmelerine sebep olabilir (140). Kendileri ve başkalarıyla ilgili olumsuz temsillerin oluşmasına ve kendilerini sevmeye değmez, değersiz gibi başkalarını ise ulaşılamaz gibi algılayabilmelerine yol açabilmektedir. İhmal edilmiş çocuklarda fiziksel istismara uğramış çocuklara göre daha ağır bilişsel ve akademik bozukluklar, daha fazla sosyal içe çekilme, daha kısıtlı arkadaş ilişkileri ve daha yoğun içe atım sorunları görülmektedir (141).

Duygusal İhmal: Çocuğun psikolojik ihtiyaçlarına yanıt vermeme, duygusal olarak ilgilenmeme, yeterli sevgi ve şefkat göstermeme, sosyal gelişimi için yeterli desteği sağlamama, sosyal kuralları öğretmeme olarak tanımlanmaktadır (137). Literatürde en az çalışılan ÇÇT olmasına rağmen, en yaygın olabileceğinin altı çizilmiştir (142). Fiziksel istismar ve ihmal olgularının %90'ında duygusal istismar ve ihmal olduğu saptanmıştır (143) ve ihmal edilmiş çocukların fiziksel ve duygusal gelişimlerinin ağır bir şekilde bozulduğu, fiziksel olarak küçük kalabildikleri ve uygun sosyal iletişime giremeyebilecekleri belirtilmiştir. Kronik olarak ihmal edilmiş çocuklar kimseyi ayırt etmeden, yabancılara bile çok sevgi gösterebilir veya tanıdık ortamlarda bile sosyal olarak cevapsız kalabilirler (99).

2.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Risk Faktörleri

Bireysel, ailesel, toplumsal ve sosyal risk etkenlerin hepsi birden çocuk istismarının oluşumuna katkı sağlamakta olup, direk bir sebep değil, kolaylaştırıcı etmenler olarak görülmektedir. DSÖ çocuk istismarı risk faktörlerini; ailesel, toplumsal ve kişisel olarak sınıflandırmaktadır (77,80).

Toplumsal Faktörler: Sosyal eşitsizlikler, organize şiddet(savaşlar, kavgalar), şiddeti ve dayağı destekleyen kültür, çocuğun değerinin azalması (azınlık, engellilik, cinsiyet), medya şiddeti kültürel normlardır (77,80). Sosyal olarak yalıtılmak, destek sisteminin yoksunluğu, ebeveynin madde kötüye kullanımı çocuğun istismar ve ihmal edilme ihtimalini arttırmaktadır. Toplumda güç farklılıkları (gelir düzeyi uçurumları), aşırı kalabalık gibi stresli yaşam koşulları da saldırgan davranışları ve çocuklara karşı fiziksel istismarı artırabilir (99, 144). Toplumun anneliğe ilişkin tutumları ve anneye yüklenen kültürel roller de istismarı artırabilecek diğer toplumsal faktörlerdendir.

Ailesel Faktörler: Düşük sosyoekonomik durum, geniş aile, sosyal izolasyon, tek ebeveyn, geniş aile, ebeveyn-çocuk ilişkisindeki zayıflık, artmış stres, ve aile içi şiddet ÇÇT'sında ailesel faktörlerde sayılabilir (77,80). İstismara uğramış ebeveynler bu geleneği sürdürerek, kendi çocuklarını da istismar edebilirler. Bu ebeveynler kendi istismar davranışı ile ilgili olarak karşıt duygular içerirler ancak nasıl davranacaklarını bilemediklerinden kendilerini ebeveynlerinin davranışlarını sergilerken bulurlar (99). Ruhsal bozukluklar, özellikle ebeveynin yargılama ve düşünce süreçlerinde bir bozukluk varsa, bu durum çocuk istismarı ve ihmaliinde rol oynayabilir.

Kişisel Faktörler: Ebeveynin çocukluğunda istismara uğrama öyküsü, çocukla ilgili olumsuz algısı, ebeveyn rolüyle ilgili bir fikrinin olmaması, erken dönemde bebeğin ihtiyaçları, bağlanma ve insan ilişkileriyle ilgili farkındalığının olmaması, çocuk gelişimi hakkında bilgisinin olmaması, empati yoksunluğu, düşük benlik saygısı, alkol-madde kullanımı, öfke kontrol sorunları, düşük eğitim düzeyi, sıkıntılı gebelik öyküsü, yetersiz doğum öncesi bakım, ebeveynde fiziksel ya da ruhsal hastalık olması, anne yaşının küçük olması, işsizlik, yalnız anne-baba ebeveynlere ilişkin etkenlerden sayılmaktadır. Cinsiyet, prematürite, istenmeyen çocuk, fiziksel ya da mental hastalığının olması, sakatlık ya da kronik hastalığının olması ise çocuğa ilişkin kişisel faktörlerdendir (77). İstismara uğrayan çocuklar genellikle istenmeyen gebeliklerden doğan, anne-babanın istediği cinsten veya kişilikte olmayan, annesinin sık aralıklarla gebe kaldığı çocuklar olup; maddi bunalımlar, anne-babanın duygusal sorunları, evlilik sorunları çocuğa karşı olan ebeveyn tutumunu etkilemektedir (80). Kendi çocukluklarında istismara uğramış kişilerin sonrasında başkalarına şiddet uygulama, fiziksel ve cinsel istismarda bulunma ihtimalinin arttığı öne sürülmüştür (144).

2.3.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatrik Hastalıklar

Uzamış ciddi travmalara mazuriyet, duyguları düzenlemede başarısızlığa, sosyal ilişkilerin bozulmasına sebebiyet vermektedir. Oluşan psikiyatrik patolojilere sekonder kişilik patolojileri, dürtüsel davranışlar, alkol-madde kötüye kullanımı ve yeni travmatik yaşantılar ortaya çıkabilir. Erken dönemdeki

travmatik yaşantılar, yetişkin dönemde çeşitli psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına katkıda bulunur (145-146). Bebeklikten ergenliğe kadar uzun süre istismara uğramış çocukların, kısa süre istismara uğrayan çocuklara nazaran daha fazla zarara uğradığı düşünülmektedir. Travmatik yaşantıların nörobiyolojik açıdan kalıcı izler bıraktığı da ileri sürülmüş olup psikiyatri hastaları arasında ÇÇT bildirenlerin oranının, klinik dışı gruba göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarı bildiren katılımcıların %80' inin en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı bildirilmiştir (147). ÇÇT' nin uzun dönemde birçok olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Dissosiyasyon çoğunlukla travmatik yaşantıya ilk yanıtıdır. Korku, anksiyete, depresif duygudurum, benlik saygısında azalma ve kimlik sorunları, öfke, suçluluk, utanç ise görülen emosyonel sonuçlardır. Algı bozuklukları, kişilerarası ilişkilerde sorunlar, yeniden kötüye kullanılma ya da başkasını kötüye kullanıcı davranışlar ortaya çıkabilir. Araştırma sonuçları istismara uğrayan çocuklarda düşük özsaygı, dissosiyatif yaşantılar, yüksek anksiyete, duygudurum bozuklukları, daha fazla intihar fikirleri, akademik ve davranış sorunları olduğunu göstermiştir (148). Yetişkin dönemde ise TSSB, depresyon, anksiyete bozuklukları (panik bozukluğu, sosyal fobi), obsesif kompulsif bozukluk, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları (özellikle sınır kişilik bozukluğu), yeme bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, bipolar bozukluk gibi çeşitli ruhsal bozukluklar arasında ilişki olduğu gösterilmiş, dissosiyasyon, düşmanlık, tekrar kurban olma gibi kişiler arası sorunlar; işleyen içsel model ve sağlık algısıyla ilgili bilişsel sorunlar da saptanmıştır (149-150). Widom 'a (2007) göre ÇÇT sonrası, erişkin dönemde kişinin depresyon riski %50 oranında artmaktadır (151). Duygusal ihmalin özellikle depresif bozukluk, distimi ve sosyal fobiyle bağlantılı olduğu; duygusal ihmal ve cinsel istismar öyküsü olan bireylerin yaşamları boyunca birden daha fazla duygu durum bozukluğu geliştirme ihtimallerinin daha yüksek olduğu da gösterilmiştir (152). Çocukluk çağında maruz kalınan istismarın şiddetinin arttıkça yetişkinlikte depresyon gelişme riskinin de arttığı bildirilmiştir (141). Duygusal istismar ve ihmal öyküsüne sahip bireylerde yürütülmüş bir çalışmada Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin (ÇÇTÖ) duygusal, fiziksel ve cinsel istismar alt ölçekleri ile depresyonun somatik belirtileri arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur (153). Çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikte depresyon ve anksiyete bozukluklarının 2 yıllık seyri üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışmada, ÇÇT öyküsü olan kişilerde hastalığın seyrinin daha kötü ilerlediği bulunmuştur (154). Duygusal ve cinsel istismara ne kadar çok kişi tarafından mazur kalırsa, depresif epizotların da o kadar arttığı sonucuna varılmıştır (155). Başka bir çalışmada da duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismarın sıklığı ile, depresif semptomların şiddeti arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (156).

Strese duyarlı gelişim dönemlerinde karşılaşılan zorlayıcı yaşantıların genetik ve diğer yatkınlaştırıcı etmenlerin toplam etkileri sonucunda ruhsal bozuklukların gelişimine etki edebileceği düşünülmekte olup (157), son yıllarda çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın psikoz riskini artırıp arttırmadığı sorusuna ilgi artmaktadır (158,159,160). Çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile psikoz

ilişkinini araştıran geniş örneklemlerli çalışmalarda; çocukluk çağında travmaya maruz kalanlarda, maruz kalmayanlara göre psikotik bulgu gelişme oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (161). Şizofreni hastaları ile psikiyatrik tanısı olan ama psikotik olmayan hastalar (5) ve şizofreni hastaları ile duygudurum bozukluğu hastaları (162) çocukluk çağı travma öyküsü sıklığı açısından karşılaştırıldığında, şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsünün daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsünün görülme sıklığını araştıran çalışmalarda %45 ile %85 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (5,162,163,164,165,166,167,168). Yakın zamanda yayınlanan bir derlemede de, çocukluk çağında istismara uğrayanlarda, istismar öyküsü olmayanlara göre psikotik belirtilerin oranının 1.7-15 kat fazla olduğu belirtilmiştir (160). Tüm bu bulgulara bakıldığında; hem genel toplumda çocukluk çağı travma öyküsü bulunanlarda bulunmayanlara göre yüksek oranda psikotik bulguların saptanması, hem de şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda yüksek oranda çocukluk çağı travma öyküsü saptanmış olması şizofreni etiolojisinde çocukluk çağı travmalarının etkili olduğunu düşündürmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Örneklemi

Çalışmaya 1.7. 2016 - 1.12.2017 tarihleri arasında Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ile Rize Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine ardışık sıra ile başvuran, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan, aktif psikotik bulguları olmayan ölçeklerin uygulanması için yapılacak görüşmeyi sürdürebilecek seviyede konuşma ve kendilerini ifade etme becerilerine sahip 18-64 yaş arası DSM-5'e göre tanı alan toplam 100 şizofreni tanısı olan hasta dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan tüm olgular çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onamları alınmıştır. Yazılı onamları alınan hastaların görüşme yapabildiğimiz aile bireyleri ve yakınları da çalışma ile ilgili olarak bilgilendirilmiştir.

Nörolojik hastalık, alkol, madde kullanımı olanlar, zeka geriliği, demans tanıları bulunan hastalar ile çalışmaya katılmak istemeyen hastalar, gebeler, emziren ve lohusalar değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Kontrol grubunu ise herhangi bir nörolojik, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan hastane çalışanları, hasta refakatçilerinden seçilen çalışma grubuna benzer özelliklere sahip çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen 100 sağlıklı katılımcı oluşturmuştur.

3.2. Etik Kurul Onayı

Çalışma öncesi RTEÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 24.06.2016 tarihinde 2016/27 Karar No ile çalışmayla ilgili gerekli izin alınmıştır (EK6).)

3.3. Veri Toplama Gereçleri

3.3.1 Sosyodemografik Veri Ölçeği: Hastaların ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri, ailenin yükünü arttırabilecek olası risk etmenleri (sosyal destek, hastayla geçirilen ortalama günlük zaman, etiketlenme kaygısı vb.), hastalığın klinik özellikleri (hastanın kullandığı ilaç, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, belirli bir hekim ya da kurum tarafından düzenli olarak izlenip izlenmeme vb.) gibi araştırmanın bağımsız değişkenleri konusunda bilgi edinmek amacıyla, literatür bilgilerinden yararlanılarak, çalışmacılar tarafından hazırlanmış olan bir anket formu kullanılmıştır.

3.3.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği: Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş, Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan yarı-yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Otuz maddeden oluşan ölçek pozitif ve negatif belirtilerin şiddeti yanı sıra genel psikopatoloji düzeyi hakkında bilgi vermektedir.

3.3.3. Çocukluk çağı travmaları soru listesi: Bernstein ve ark. tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmali konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Önceki biçimi 53 maddeden oluşmakta olan, ancak sonradan özgün yazarınca kısaltılan bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ile Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 2012 yılında Şar ve ark. tarafından yapılmıştır.

3.3.4. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği: Bu test Bernstein ve Putnam adlı Amerikalı psikiyatrilerce geliştirilmiş olup, Türkçe çevirisi 1993 yılında Prof. Dr. Vedat Şar, Doc.Dr. İlhan Yargıç ve Doç.Dr. Hamdi Tutkun tarafından yapılarak, o tarihten itibaren İst. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesinde Klinik Psikoterapi Birimince yurt içi ve dışı çok sayıda bilimsel araştırmada bu rahatsızlığın tespitinde kullanılmaktadır. Testte bir kişinin günlük hayatında başından geçmiş olabilecek yaşantılarla ilgili 28 soru vardır. Bu durumların alkol ya da ilaç etkisiyle oluşmamış olması gerekmektedir. Her soruda belirtilen durumun, yaklaşık olarak kişiye uyan miktarını 0-100 arasındaki değerler arasından belirler.

3.4. İstatiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen tüm veriler “Statistical PackagesfortheSocialScience” (SPSS) 23 istatistik paket programı kullanılarak analiz edildi. Çalışma, 100’ü şizofreni tanısı alan, 100’ü şizofreni tanısı almayan toplam 200 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Tanımlayıcı analizler, sürekli değişkenlerde ortalama \pm standart sapma ve kategorik değişkenlerde n (%) kullanılarak verildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirildi. Olgu ve kontrol gruplarına ait parametrelerin karşılaştırılması; parametrik varsayımlar karşılanmadığından dolayı Mann Whitney U Testi kullanılarak yapıldı. Kategorik değişkenlerle ilgili karşılaştırmalarda; Pearson Ki-kare Testi ve Yates' Ki-kare Testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler, veriler normal dağılmadığı için Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi.

Şizofreni ve kontrol gruplarının her ikisine de uygulanan des, dkk, dih, fkk, fih, ckk, ctq.t ölçeklerine ait skor puanları ve cinsiyet değişkeni üzerinde lojistik regresyon analizi yapılarak, hastaların şizofreni riski taşıyıp taşımadıklarına tespit etmede öneme sahip olan ölçekler belirlenerek açıklayıcı bir model oluşturulmaya çalışılmıştır. Sözü edilen Binary Lojistik Regresyon Analizinde, vaka ve kontrol grubu bağımlı değişken olarak; CTQ ve alt ölçekleri ve DES bağımsız değişken olarak alınarak model oluşturulmuştur. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

İki Gruptaki Olguların Sosyodemografik ve Klinik Bulguları

Çalışmaya katılan 200 kişiden 100’ü şizofreni hasta grubuna ve 100’ü kontrol grubuna aittir.

İki grup arasında medeni durum açısından anlamlı bir fark vardı ($p=0.0001$). Şizofreni grubunda hiç evlenmemiş hasta sayısı en fazla idi.(**Tablo 4.1**).

Gruplar arasında yaş dağılımları açısından anlamlı bir fark vardı ($p=0.0001$). Şizofreni

grubunda, hasta sayısının en sık olduğu yaş aralığı 45 ile 55'ti (**Tablo 4.1**).

Gruplar arasındaki cinsiyet dağılımı, anlamlı bir fark oluşturuyordu ($p=0.001$). Erkek hastaların sıklığı daha fazla idi (**Tablo 4.1**).

İki grup, eğitim durumu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıydı ($p=0.0001$). Şizofreni grubunda ilkökul mezunlarının, kontrol grubunda ise üniversite mezunlarının sıklığı en fazla idi. (**Tablo 4.1**).

İki grup, meslek durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıydı ($p=0.0001$). Şizofreni grubunda "mesleği olmayan" kişilerin sıklık oranı en fazla idi (**Tablo 4.1**).

İki grup arasında yaşanan yer ($p=0.061$) açısından ise anlamlı bir fark yoktur (**Tablo 4.1**).

Tablo 4.1. İki gruptaki olguların sosyodemografik özellikleri

		GRUPLAR				P
		ŞİZOFRENİ (n=100)		KONTROL (n=100)		
		N	% n	n	% n	
Cinsiyet	Erkek	59	59	35	35	0.001++
	Kadın	41	41	65	65	
Medeni Durum	Evlenmemiş	51	51	39	39	0.0001+
	Evli	33	33	58	58	
	Boşanmış	13	13	1	1	
	Dul	3	3	2	2	
Yaşadığı Yer	Merkez/şehir	53	53	66	66	0.061+
	Kırsal(ilçe/köy)	47	47	34	34	
Meslek	Yok	50	50	7	7	0.0001+
	Serbest	15	15	3	3	
	Ücretli	11	11	85	85	
	Emekli	24	24	5	5	
Eğitim düzeyi	İlkökul	52	52	6	6	0.0001+
	Ortaokulmezunu	16	16	7	7	
	Lisemezunu	24	24	20	20	
Yaş	Üniversitemezunu	8	8	67	67	0.0001+
	18-25	8	8	21	21	
	25-35	19	19	27	27	
Yaş	35-45	25	25	34	34	0.0001+
	45-55	37	37	11	11	
	55 ve üstü	11	11	7	7	

+Pearson Ki-kare Testi

++Yates' Ki-kare Testi

Şizofreni grubundaki bireylerin hastanede yatış sayıları, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresine ait tanımlayıcı istatistikleri (**Tablo 4.2**)'de verilmiştir.

Şizofreni grubunda sigara kullananların sıklığı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.0001$) (**Tablo 4.2**).

İki grup, ailede psikiyatrik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıydı ($p=0.0001$). Şizofreni grubundaki olguların akrabalarındaki psikiyatrik rahatsızlık sıklığı

kontrol grubundan yüksekti (**Tablo 4.2**).

Gruplar arasında düzenli tedavi olma açısından anlamlı bir fark vardır ($p=0.0001$). Kontrol grubunda tedavi alan hasta yoktur (**Tablo 4.2**).

İki grup arasında tıbbi hastalık ($p=0.109$) açısından anlamlı bir fark yoktur(**Tablo 4.2**).

Tablo 4.2. İki gruptaki olguların özgeçmiş ve klinik özellikleri.

	ŞİZOFRENİ (n=100)				P
	Ort	SS	Min	Maks	
Başlangıç Yaşı	23,45	7,43	7	43	
Hastanede Yatış Sayısı	2,07	2,31	0	15	
Hastalık Süresi	18,41	8,85	1	45	
	ŞİZOFRENİ (n=100)		KONTROL (n=100)		P
	N	% n	N	% n	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var Yok	65 35	65 35	12 88	0.0001+
Tıbbi Hastalık	Var Yok	32 68	32 68	21 79	0.109++
Düzenli Tedavi	Var Yok	72 28	72 28	0 100	0.0001++
Sigara Kullanımı	Var Yok	63 37	63 37	36 64	0.0001+

+Pearson Ki-kare Testi

++Yates' Ki-kare Testi

İki Gruptaki Olguların Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanları ve Bu Puanların Karşılaştırılması

Şizofreni grubunun CTQ ölçeği toplam skorları ve CTQ'nun alt ölçek skorları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksekti (tüm karşılaştırmalar için $p < 0.05$) (**Tablo 4.3**).

Tablo 4.3. Grupların CTQ ve CTQ'nun alt ölçek skorları.

CTQ	GRUPLAR								P
	ŞİZOFRENİ (n=100)				KONTROL (n=100)				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
CTQ-DKK	8,18	2,93	5.00	20.00	6.26	1.67	5.00	13.00	0.0001**
CTQ-DİH	14.73	3,59	5.00	23.00	10.91	4.29	5.00	25.00	0.0001**
CTQ-FKK	6.65	2.61	5.00	16.00	5.23	0.77	5.00	10.00	0.0001**
CTQ-FİH	8,48	2.36	5.00	15.00	7.24	2.38	5.00	18.00	0.0001**
CTQ-CKK	5.91	2.38	5.00	21.00	5.08	0.36	5.00	7.00	0.001**
CTQ-Toplam	53.92	12.40	28.00	91.00	42.79	8.91	28.00	68.00	0.0001**

**Mann-Whitney U Test

Şizofreni grubunun DES skorları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.0001$) (**Tablo 4.4**).

Tablo 4.4. İki grubun DES skorları.

DES	GRUPLAR								P
	ŞİZOFRENİ (n=100)				KONTROL (n=100)				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
DES	21.47	13.30	2.14	55.35	9.79	7.66	.00	42.85	0.0001**

**Mann-Whitney U Test

Şizofreni grubunun PANSS ve PANSS'ın alt ölçeklerine ait skor değerlerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Şizofreni grubunun PANSS ve PANSS alt ölçek skorları.

	ŞİZOFRENİ (n=100)			
	Ort	SS	Min	Maks
PANSS	128.32	34.53	46.00	234.00
Pozitif Belirtiler	71.34	20.42	18.00	134.00
Negatif Belirtiler	56.78	17.47	15.00	100.00

Şizofreni Grubundaki Olguların, Ölçek ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler

Pozitif belirtiler alt ölçeklerinden Varsanı puanları ile DES puanları arasında pozitif ilişki ($r=0.212$, $p<0,034$) saptandı.

Pozitif belirtiler alt ölçeklerinden Hezeyan puanları ($r=0.243$, $p<0.015$) ile DES puanları ve CTQ-DIH arasında pozitif ilişki ($r=0.208$, $p<0.038$) saptandı.

Pozitif belirtiler toplam puanları ile DES puanları arasında pozitif ilişki ($r=0.254$, $p<0.011$) saptandı.

Negatif belirtiler alt ölçek puanlarından Apati ile CTQ-DIH arasında pozitif yönde bir ilişki ($r=0.232$, $p<0.020$), CTQ-FIH ile pozitif ilişki ($r=0.223$, $p<0.026$) ve CTQ-Toplam ile pozitif ilişki ($r=0.247$, $p<0.013$) saptandı.

Negatif belirtiler alt ölçek puanlarından Anhedoni ile CTQ-DIH arasında ($r=0.317$, $p<0.001$) pozitif yönde bir ilişki, CTQ-FIH ile pozitif ilişki ($r=0.246$, $p<0.014$) ve CTQ-Toplam ile pozitif ilişki ($r=0.297$, $p<0.003$) saptandı.

Negatif belirtiler toplam puanları ile CTQ-DİH puanları arasında pozitif ilişki ($r=0.213$, $p<0.033$) saptandı.

PANSS-Toplam puanları ile CTQ-DİH ($r=0.217$, $p=0.030$) alt ölçek puanları arasında pozitif bir ilişki vardı (**Tablo 4.6**)

Tablo 4.6.Şizofreni Hastalarında PANSS ve alt ölçeklerinin puanları ile TSSB ve alt ölçeklerinin, DES CTQ ve alt ölçeklerinin puanlarının ilişkileri.

Şizofreni grubu (n=100)		DES	CTQ-DKK	CTQ-DIH	CTQ-FKK	CTQ-FIH	CTQ-CKK	CTQ-Toplam
Varsanı	r	0,212	-0,057	0,007	-0,074	0,033	0,018	0,014
	p	0,034*	0,574	0,947	0,463	0,742	0,861	0,888
Hezeyan	r	0,243	0,113	0,208	0,020	0,187	0,003	0,157
	p	0,015*	0,263	0,038*	0,844	0,062	0,978	0,118
Garip	r	0,141	0,179	0,111	0,076	0,133	-0,029	0,173
	p	0,161	0,075	0,273	0,452	0,188	0,778	0,085
Pfdb	r	0,141	0,105	0,125	0,14	0,117	-0,022	0,188
	p	0,162	0,298	0,215	0,166	0,248	0,829	0,061
Pozitif Belirtiler Toplam	r	0,254	0,125	0,181	0,044	0,184	-0,017	0,177
	p	0,011*	0,216	0,071	0,665	0,066	0,867	0,078
Affektif kütülük	r	-0,141	0,060	0,117	-0,033	0,05	-0,15	0,063
	p	0,161	0,554	0,246	0,742	0,619	0,137	0,532
Alogia	r	-0,490	-0,030	0,104	-0,047	0,056	-0,11	0,049
	p	0,627	0,768	0,301	0,642	0,579	0,274	0,629
Apati	r	0,008	0,088	0,232	0,166	0,223	-0,022	0,247
	p	0,935	0,382	0,020*	0,099	0,026*	0,826	0,013*
Anhedoni	r	0,045	0,155	0,317	0,077	0,246	-0,012	0,297
	p	0,656	0,123	0,001*	0,445	0,014*	0,903	0,003*
Dikkat Eksikliği	r	-0,400	-0,003	0,133	-0,045	0,038	-0,052	0,116
	p	0,696	0,977	0,186	0,656	0,708	0,604	0,252
Negatif Belirtiler Toplam	r	-0,069	0,053	0,213	0,034	0,142	-0,078	0,180
	p	0,492	0,597	0,033*	0,736	0,160	0,443	0,074
PANSS Toplam	r	0,106	0,093	0,217	0,054	0,176	-0,050	0,193
	p	0,292	0,359	0,030*	0,597	0,081	0,623	0,054

*p <0,05

Lojistik Regresyon Geriye Doğru Adımsal Eleme Modeline Dair Bulgular

Bu çalışmada α anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Final modelde yer alması düşünülen aday değişkenlerin seçimi; adımsal seçim metotlarından olabilirlik oran test istatistiğine dayalı geriye doğru eleme yöntemi (backward LR elimination method) kullanılarak yapıldı. Bağımlı değişkene en az etkisi olan değişkenler ($p > 0,05$) her adımda sırasıyla çıkarılarak elendi ve final modele ulaşıldı. 4. adımda ulaşılan modelde yer alacak olan bağımsız değişken kümesi Tablo 1’de verilmiştir.

Geriye doğru adımsal eleme yönteminde giriş ve çıkış olasılık değerlerinin 0,05 ve 0,10 olduğu göz önünde bulundurularak, 1. adımında modele tüm değişkenler (cinsiyet, des, dkk, dih, fkk, fih, ckk, ctq.t) dahil edilmiştir. Fih değişkeninin p değeri, en büyük olarak saptanmış olup modele katkısının en az olduğu belirlenerek modelden çıkartılmış ve 2. adıma geçilmiştir. 2.adımda tekrar p değerlerinin karşılaştırılması sonucu, dkk değişkeninin diğer değişkenlere göre önemlilik seviyesi az bulunmuş ve bu şekilde tüm değişkenler elemine edilerek bir diğer adıma geçilmiş ve 4. adım sonucunda modelden atılacak değişken kalmamış olup, final model oluşturulmuştur.

Tablo 1’de görüldüğü gibi final modelde yer alan; Cinsiyet, DES, DİH, DKK, FİH değişkenleri sırasıyla modele katkısı yüksek olan değişkenler olarak belirlenmiştir. Odds oranı, Şizofreni hastalarında, belirlenen ölçek değişkenlerinin modele etkisinin kaç kat fark oluşturduğunu göstermektedir. OR’si en yüksek olan değişkenlerin sırasıyla cinsiyet ve FKK olduğu görülmüştür. Buna göre FKK değişkeni 1 birim arttığında, Şizofreni hastalarını değerlendirmekteki etkisi 1,7 kat artmaktadır. Modele katkısı en fazla olan üçüncü değişken olan DİH skor değişkeni 1 birim arttığında, Şizofreni hastalarını değerlendirmekteki etkisi 1,2 kat artmaktadır Erkeklerin, bağımlı değişken üzerindeki etkisinin kadınlara oranla daha fazla olduğu gözlenmiştir (**Tablo 1**).

Belirlenen bağımsız değişkenlerle kurulan lojistik regresyon modeli aşağıdaki gibidir:

$$\text{Vaka} = -6,133 + 0,992 \text{ cinsiyet} + 0,091 \text{ des} + 0,192 \text{ dih} + 0,548 \text{ fkk} - 0,159 \text{ fih}$$

Tablo 1.Adımsal seçim metotlarından olabilirlik oran test istatistiğine dayalı geriye doğru eleme yöntemi (backward LR eliminationmethod) kullanılarak elde edilen en uygun çok değişkenli lojistik regresyon modeli

Denkleme Alınan Değişkenler							
Adım 4		B	S.H.	Wald	sd	p	OR (95% GA)
	cinsiyet(1)	0,992	0,377	6,909	1	0,009	2,696 (1,287-5,649)
	des	0,091	0,021	19,695	1	0,0001	1,096 (1,052-1,141)
	dih	0,192	0,52	13,634	1	0,0001	1,212 (1,094-1,342)
	fkf	0,548	0,183	8,923	1	0,003	1,729 (1,207-2,477)
	fih	-0,159	0,093	2,928	1	0,087	0,853 (0,711-1,023)
2 Logolabilirlik değeri: 182,880							

Modelin uygunluğu için, Hosmer-Lemeshow uyum iyiliği testi ile sabit terim hariç tüm katsayıların model üzerinde belirleyici olup olmadığının test edilmesi amaçlanmıştır. Hipotezler aşağıdaki gibidir;

Ho: Parametreler model açısından belirleyicidir.

H1 : Parametreler model açısından belirleyici değildir.

4. adım için ki kare istatistiği ($\chi^2_h=6,157$ ve $p=0,630$) olarak hesaplanmıştır (Tablo 2). $\chi^2_{hesap} < \chi^2_{tablo}$ ve $p > 0,05$ olduğu için Hohipotezi kabul edilmiş olup, modele dahil edilen değişkenlerin model için uyumlu olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 2.Hosmer ve Lemeshow test sonuçları

HosmerandLemeshow Test			
Adım	Ki-kare	sd	p
1	11,360	8	,182
2	16,548	8	,035
3	16,198	8	,040
4	6,157	8	,630

İlk olarak sınıflandırma tablosu incelendiğinde, programın öncelikle tüm hastaları şizofreni yok kategorisinde sınıflandırdığı ve bu haliyle doğru sınıflandırma yüzdesinin %50,0 olduğu Tablo 3'te görülmektedir.

Tablo 3. İlk sınıflama tablosu

Sınıflandırma Tablosu ^{a,b}					
Gözlem			Tahmin edilen		
			Vaka		Doğru Sınıflandırma%
			kontrol	şizofreni	
Adım 0	Vaka	kontrol	0	100	0,0
		şizofreni	0	100	100,0
	Toplam Yüzde				50,0

a. Sabit değer modele dahil edildi.

b. Thecutvalueis ,500

Geriye dönük adımsal eleme yöntemine göre modelin doğru sınıflandırma oranı, yani denklemin doğruluğu %79,5'tir. Denklemin duyarlılığı (şizofreni var dediğimizde gerçekten olma oranı) %80,0'dir $\{(80) / (100)\}$. Denklemin özgülüğü (şizofreni yok dediğimizde gerçekten olmama oranı) %78,0dir $\{(79) / (101) = 80,0\}$ (Tablo 4).

Tablo 4. Adımsal sınıflama tablosu

Sınıflandırma Tablosu ^a					
Gözlem		Tahmin Edilen			
		vaka		Doğru Sınıflandırma(%)	
		kontrol	şizofreni		
Adım1	vaka	kontrol	81	19	81,0
		şizofreni	23	77	77,0
	Toplam Yüzde				79,0
Adım2	vaka	kontrol	81	19	81,0
		şizofreni	21	79	79,0
	Toplam Yüzde				80,0
Adım3	vaka	kontrol	80	20	80,0
		şizofreni	19	81	81,0
	Toplam Yüzde				80,5
Adım4	vaka	kontrol	79	21	79,0
		şizofreni	20	80	80,0
	Toplam Yüzde				79,5

a. Thecutvalueis ,500

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve bir toplum ruh sağlığı merkezinde takipli şizofreni tanılı bireylerde çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif belirtiler, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi incelenmiş, sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslaması yapılmıştır.

Şizofreni ve Kontrol Gruplarında Sosyodemografik Özellikler, Özgeçmiş ve Aile Öyküsü

Şizofreni, toplumun yaklaşık % 1'ini etkileyen, genellikle 25 yaşından önce başlayan, bütün sosyal sınıflarda görülen, kişilerarası ve mesleki işlevselliği bozan, yaşam boyu devam eden ve yeti yitimine yol açan çok yönlü ruhsal bir hastalıktır (1). İşsizlik, şizofreni hastalarının önemli sorunlarından biridir. Yapılan bazı çalışmalarda, şizofrenisi olan kişilerdeki işsizlik oranının %10-37 olduğu gösterilmiştir (169-170). Bu çalışmada kontrol grubunda çalışmayanların oranı %7 iken, şizofreni hastalarında bu oran %50 idi. Bu durum şizofreninin mesleki işlevselliği bozan, yeti yitimine sebep olan ruhsal bir hastalık olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalarının % 62.5-65'inin bekar, %17-20'sinin evli olduğu (171, 172, 173) , boşanma oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da şizofreni hastalarının %67'si bekar (evlenmemiş, boşanmış ya da dul olmak üzere).

Çalışmalarda şizofreni hastalarının eğitim düzeylerinin, genel toplumdaki diğerlerinden daha düşük olduğu gösterilmiştir (170, 171). Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak şizofreni hastalarının kontrol grubuna göre eğitim düzeyinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, şizofreni grubunun %52'sinin ilköğretim mezunu olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda, şizofreni ve sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin ailelerinde psikiyatrik hastalık varlığı açısından anlamlı fark saptanmıştır. Şizofreni grubundaki olguların %65'inde ailede psikiyatrik hastalık (çoğunlukla psikotik bozukluk) tanısı mevcuttu. Bu durum, şizofrenideki ailesel kümelenmeyi gösteren çalışmalarla uyumludur (174).

Şizofreni hastalarının, genel topluma göre daha sık olarak sigara kullandığı ve daha fazla miktarda sigara tükettiği gösterilmiştir (175). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu

olarak şizofreni grubunda sigara kullananların sıklığı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi.

Şizofreni ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travması

Gelişimin erken dönemlerinde genetik ya da çevresel etkenlerle beyin gelişimi bozulmakta ve bu bozukluk kişi için yatkınlık yaratmakta, yaşamın sonraki dönemlerinde kişinin stresli bir çevresel etkene maruz kalması ile şizofreni belirtileri ortaya çıkmaktadır (9-19). Strese duyarlı gelişim dönemlerinde karşılaşılan zorlayıcı yaşantıların genetik ve diğer yatkınlaştırıcı etmenlerin toplam etkileri sonucunda ruhsal bozuklukların gelişimine etki edebileceği düşünülmekte olup (157), son yıllarda çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın psikoz riskini artırıp arttırmadığı sorusuna ilgi artmaktadır (158,159,160).

Çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile psikoz ilişkisini araştıran geniş örneklemlerli çalışmalarda; çocukluk çağında travmaya maruz kalanlarda, maruz kalmayanlara göre psikotik bulgu gelişme oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (161). Yapılan çalışmalar, şiddetli kötüye kullanım veya ihmal gibi çocukluk çağı travmalarının psikoz gelişiminde önemli risk faktörleri olduğunu düşündürmektedir (159, 176, 177). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastaları ile psikiyatrik tanısı olan ama psikotik olmayan hastalar (5) ve şizofreni hastaları ile duygudurum bozukluğu hastaları (162) çocukluk çağı travma öyküsü sıklığı açısından karşılaştırıldığında, şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsünün daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır.

Yakın zamanda yapılan bir çalışmanın sonuçları, çocuklukta olumsuz yaşantılara (travma ve ailesel düzensizlikler) yüksek düzeyde maruz kalmanın, psikoz riskini arttırdığını düşündürmektedir (178). Yapılan iki kesitsel çalışmada çocukluk çağındaki fiziksel, duygusal ve cinsel kötüye kullanımı ile psikoz ve varsanların yaşam boyu sıklığı arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (179, 180).

Psikotik bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları öyküsünün, genel toplumdan daha yüksek olduğu düşünülmekte olup (177, 181), çocukluk çağında olumsuz yaşam olaylarından özellikle ihmal (182, 183) ve kötüye kullanımın şizofreni hastalarında daha sık gözlemlendiği gösterilmiştir (67).

Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsünün görülme sıklığını araştıran çalışmalarda %45 ile %85 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (5,162-168).

Yakın zamanda yayınlanan bir derlemede de, çocukluk çağında istismara uğrayanlarda, istismar öyküsü olmayanlara göre psikotik belirtilerin oranının 1.7-15 kat fazla olduğu belirtilmiştir (160).

Yayınlanan bir başka derlemede psikotik hastalarda; çocukluk çağında cinsel kötüye kullanım sıklığı kadınlarda % 48 ve erkeklerde % 28, fiziksel kötüye kullanım sıklığı kadınlarda % 48 ve erkeklerde % 50 olarak bildirilmiştir (177). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmalarının kontrol grubuna göre daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Şizofreni hastaları ve sağlıklı kontrol gruplarının her ikisinde de en sık gözlenen çocukluk çağı travması duygusal ihmal (DİH) , en az görüleni ise cinsel kötüye kullanım (CKK) olarak saptanmıştır. Şizofreni grubunda; CTQ ölçeği toplam skoru ve duygusal kötüye kullanım (DKK), duygusal ihmal (DİH), fiziksel kötüye kullanım (FKK), fiziksel ihmal (FİH) ve cinsel kötüye kullanım (CKK) olmak üzere tüm çocukluk çağı travmaları alt ölçek skorlarında, kontrol grubuna göre anlamlı yükseklik saptanmıştır. Bu sonuç da çocukluk çağı travmalarının psikoz gelişimi riskini arttırdığı düşüncesini destekler niteliktedir.

Şizofreni ve Kontrol Gruplarında Dissosiyatif Belirtiler

Dissosiyatif belirtiler şizofreni gibi primer birçok psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilmekte, bazı durumlarda dissosiyatif bozukluk ve psikiyatrik hastalık birlikte görülebilmektedir. Eşlik eden dissosiyatif belirtiler, primer psikopatolojiyi daha komplike hale getirebilmekte, tanı ve tedaviyi güçleştirebilmektedir. Yapılan çalışmalarda çeşitli tanımlarla hastaneye yatan psikiyatrik hastalarda %12-30 oranında dissosiyatif bozukluk, %3-5 oranında DKB ek tanısı saptanmıştır (56).

DES ile ilgili çalışmalarda; şizofreni hastalarında kontrol gruplarına oranla daha sık ve daha fazla oranda dissosiyatif semptomların eşlik edebildiği fakat şizofreni hastalarındaki dissosiyatif semptomların, borderline kişilik bozukluğu (BKB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) olgularından daha az sıklıkta ve daha düşük oranda görüldüğü gösterilmiştir (184).

Yapılan çalışmalarda dissosiyatif semptomlar (3, 4, 65, 66) ve bozukluklar (67) şizofreni hastalarında da bildirilmiştir. Ross, 2004 yılında, çocukluk çağı travma öyküsüne

dayalı, dissosiyasyon ve şizofreni arasında direk ilişki iddia ederek, “dissosiyatif şizofreni” ya da “şizofreninin dissosiyatif subtipi” olarak adlandırdığı bir şizofreni alt tipi tanımlamıştır (6-7). Şizofreni ve DKB belirtilerini birlikte gösteren bu grup hastada, non-dissosiyatif şizofreni tipine göre çocukluk çağı travma öyküsü, sınır kişilik bozukluğu özellikleri ve eşlik eden psikiyatrik patolojilerin daha sık olduğu belirtilmiş olup DKB ve şizofreni iç içe geçtiğinden ayırıcı tanı yapmanın güç olduğunun altı çizilmiştir. Şizo-dissosiyatif grup olarak adlandırdığı bu grup hastada antipsikotik tedavilerin ve psikoterapilerin daha az etkin olduğu gösterilmiştir (68).

Şizofreni hastalarında dissosiyatif belirtilerin şiddetini ölçen çalışmalarda ortalama DES skorunun 10 ile 30 arasında değiştiği gözlenmiştir. 2007 yılında Modestin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, ayaktan takipli remisyondaki şizofreni spektrumu bozuklukları hastalarında ortalama DES skoru 9.9 bulunmuştur (185). Ross’un yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının %60’ında DES skoru 25’in üzerinde (ort 28,5) saptanmıştır (67). Yapılan çalışmalarda remisyondaki şizofreni hastalarında DES skorları 9.9 ile 15.3 arasında değişirken (185, 186) şizofreni hastalarının hastalığın dönemden bağımsız olarak değerlendirildiği çalışmalarda DES skorları 15.7 ile 28.5 arasında (65, 67, 187-190) değişmektedir. Bizim çalışmamızda, şizofreni hastalarının DES skorları ortalaması 21.47 olarak saptanmış olup , bu değer sağlıklı kontrol grubunun DES skorlarından anlamlı düzeyde yüksekti. Çalışmaya dahil edilen olguların remisyondaki şizofreni hastaları olduğu dikkate alındığında, saptanan DES değerlerinin literatürde saptanan değerlerin biraz üstünde olduğu söylenebilir. Bunun sebebi çalışmamızdaki şizofreni olgularının çoğunun uzun dönem psikiyatrik geçmişi olan kronik hastalardan oluşmasından kaynaklanabilir.

Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Dissosiyatif Pozitif ve Negatif Belirtiler ile İlişkisi

Şizofreni hastalarındaki dissosiyatif belirtilerin, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisini araştıran bir çalışmada pozitif semptomlarla dissosiyatif belirtiler arasında anlamlı ilişki bulunurken negatif semptomlarla dissosiyatif belirtiler arasında ilişki saptanmamıştır (191). Yapılan bir başka çalışmada dissosiyatif belirtilerin sadece pozitif semptomlardan varsanı ve hezeyanla anlamlı korelasyon gösterdiği, diğer pozitif semptomlarla korelasyon göstermediği belirtilmiştir (65). Pozitif belirtileri ön planda olan şizofreni hastalarının DES ortalama skorlarının, negatif belirtileri ön planda olan hastalardan daha yüksek bulunan bir

çalışmada, pozitif belirtiler ile DES skoru arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (192). Literatürde diğer iki çalışmada da benzer şekilde, şizofreni hastalarında pozitif belirtiler ile dissosiyasyon arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (67, 193)

Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak şizofreni hastalarında pozitif belirtileri toplam puanları ile dissosiyatif belirtiler arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Pozitif belirtiler alt ölçeklerden varsanı ve hezeyan puanları ile dissosiyatif belirtiler anlamlı korelasyon göstermiştir. Negatif belirtiler ile dissosiyatif belirtiler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu da bize dissosiyatif belirtileri olan şizofreni hastalarında pozitif semptomların ön planda olabildiği veya pozitif semptomları belirgin olan şizofreni hastalarında dissosiyatif belirtilerin daha çok gözlemlenebileceğini gösterebilir.

Dissosiyatif semptomlar birçok durumda psikotik semptomlarla benzerlik gösterebilir hatta şiddetli formları şizofreni yanlış teşhisini alabilir. Bu durum TSSB'li yada DKB olgularında hiç de nadir değildir. Bununla birlikte pre-morbid travma ve PTSS bulgularının değerlendirilmesi psikiyatrik tanı sürecinde rutin bir olay değildir (194, 195). Buradan yola çıkarak travmatik yaşantıların sorgulanmasının tanı koyma aşamasına dahil edilmesi, alternatif tanıların belirlenmesinde ya da komorbid durumların saptanmasında hatta tedavi sürecinin ve şeklinin belirlenmesinde yol gösterici olabilir.

Duygusal travmalar ile dissosiyasyon arasındaki ilişki birçok çalışmada gösterilmiş olup bu çalışmaların büyük çoğunluğunda dissosiyasyon ile çocukluk çağında maruz kalınan duygusal kötüye kullanım (DKK) ve fiziksel kötüye kullanım (FKK) arasında kuvvetli ilişki saptanmıştır (3, 196, 197). Erişkin şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmaları ile dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda dissosiyatif semptomlarla en kuvvetli ilişki gösteren duygusal kötüye kullanım (DKK) bulunmuştur (3, 159).

Şizofreni belirtileri ile çocukluk çağı travma arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda; çocuklukta cinsel istismar ve fiziksel istismar öyküsü olan kişilerde olmayanlara göre pozitif belirtilerin daha fazla olduğu saptanmıştır (198). Almanya'da yapılan bir çalışmada şizofreni tanısı alan hastaların çoğunda başlangıçta işitsel varsanı varsa, çoğunlukla geçmişte bir travmatik olay yaşadığı ya da erken döneme ait bir travmayı hatırlattığı tespit edilmiştir. Janssen ve arkadaşlarının yaptığı topluma dayalı başka bir araştırmada da çocukluk çağı travmaları ile varsanılar arasındaki ilişki gösterilmiştir (161).

Bizim çalışmamızda pozitif belirtilerden hezeyan ile çocukluk çağı travmalarından duygusal ihmal arasında kuvvetli pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında, çocukluk çağı travması ile negatif belirtiler arasında ilişki olduğu gösterilmiş, negatif belirtiler ile fiziksel ihmalin yüksek düzeyi ve fiziksel kötüye kullanımın düşük düzeyi arasında ilişki olduğu söylenmiştir (164). Bizim çalışmamızda da sözü edilen çalışmanın sonuçları ile benzer olarak çocukluk çağı travmaları ile negatif belirtilerden apati ve anhedoni ile pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Negatif belirtiler toplam puanları ile de duygusal ihmal arasında pozitif ilişki saptanmış ayrıca negatif belirtilerden apati ve anhedoninin , duygusal ve fiziksel ihmal ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda PANSS toplam puanlarıyla, yani hastalık şiddetiyle en ilişkili travmanın duygusal ihmal olduğu bulunmuştur.

Regresyon Analizinin Yorumu

Şizofreni ve kontrol gruplarının her ikisine de uygulanan DES, DKK, DİH, FKK, FİH, CKK, CTQ.T ölçeklerine ait skor puanları ve cinsiyet değişkeni üzerinde lojistik regresyon analizi yapılarak, hastaların şizofreni riski taşıyıp taşımadıklarını tespit etmede öneme sahip olan ölçekler belirlenerek açıklayıcı bir model oluşturulmaya çalışılmıştır. Sözü edilen Binary Lojistik Regresyon Analizinde, vaka ve kontrol grubu bağımlı değişken olarak; cinsiyet, CTQ ve alt ölçekleri ve DES bağımsız değişken olarak alınarak model oluşturulmuştur. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Şizofreni riski taşıyıp taşınamayı tespit etmede öneme sahip değişkenler; erkek cinsiyet, dissosiyatif yaşantılar, duygusal ihmal (DİH), duygusal kötüye kullanım (DKK) ve fiziksel ihmal (FİH) olarak belirlenmiştir. Odds oranı, şizofreni hastalarında, belirlenen ölçek değişkenlerinin modele etkisinin kaç kat fark oluşturduğunu göstermektedir. OR'si en yüksek olan değişkenlerin sırasıyla cinsiyet ve FKK olduğu görülmüştür. Buna göre FKK değişkeni 1 birim arttığında, Şizofreni hastalarını değerlendirmedeki etkisi 1,7 kat artmaktadır. Modele katkısı en fazla olan üçüncü değişken olan DİH skor değişkeni 1 birim arttığında, şizofreni hastalarını değerlendirmekteki etkisi 1,2 kat artmaktadır. Erkeklerin, bağımlı değişken üzerindeki etkisinin kadınlara oranla daha fazla olduğu gözlenmiştir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu konuda yapılan çalışmaların azlığı çalışmamızın değerliliğini arttırmaktadır fakat çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan ilki çalışmamızın kesitsel, şizofreni hastalarının çoğunun tek bir merkezden alınmış olmasıdır. Bu durum genelleme yapmamızı güçleştirmektedir. Ayrıca çalışmamızdaki şizofreni olgularının büyük çoğunluğu uzun dönem psikiyatrik geçmişi olan antipsikotik tedavisi alan remisyon döneminde olan hastalardı. Hiç tedavi almamış ilk epizod şizofreni vakalarında sonuçlar farklı çıkabilirdi. Diğer bir kısıtlılık da çocukluk çağı travma ölçeğinin retrospektif doğada olması ve psikopatoloji sebebiyle yeniden yorumlamaya veya çarpıtılmaya açık olmasıdır. Travmaya ait öykü alınırken sadece katılımcıdan alınması, tamamlayıcı yan kaynakların olmaması güvenilirliği kısıtlamaktadır

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada şizofreni tanılı bireylerde çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif belirtiler, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi incelenmiş, sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslaması yapılmıştır. Çalışmamız literatürde bu alanda pozitif ve negatif alt ölçeklerinin de değerlendirildiği ilk çalışma olması açısından dikkate değerdir. Ayrıca sosyodemografik özellikler, psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş de incelenmiştir.

Çalışmamızda şizofreni olgularında bekarların (hiç evlenmemiş, dul ya da boşanmış), çalışmayanların, sigara kullanımının, ailede psikiyatrik hastalık varlığının kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha fazla olduğu; şizofreni grubunda eğitim düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Şizofreni grubunda çocukluk çağı travmalarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu, her iki grupta da çocukluk çağı travmalarından duygusal ihmalin (DİH) en yüksek oranda görüldüğü, sonrasında ise sırasıyla fiziksel ihmâl (FİH), duygusal kötüye kullanım (DKK) ve fiziksel kötüye kullanımın (FKK) geldiği, en az oranda ise cinsel kötüye kullanımın (CKK) görüldüğü gösterilmiştir.

Şizofreni grubundaki çocukluk çağı travmalarının tüm tiplerinin, kontrol grubundaki bireylerden daha şiddetli olduğu saptanmıştır. Bu anlamda çocukluk çağı travmasına maruz kalmış şizofren hastaların dikkatle araştırılması ve farklı terapötik yollarla ele alınması gerektiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda şizofreni hastalarında dissosiyatif belirtilerin kontrol grubuna göre daha fazla olduğu, şizofreni hastalarındaki dissosiyatif belirti şiddetinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç dissosiyatif belirtilerin psikotik semptomlarla iç içe geçebildiğinden veya şizofreni hastalarının daha fazla çocukluk çağı travmasına maruz kaldığından kaynaklanmış olabilir. Her iki psikopatolojide de görülen semptomların (Schneiderian semptomları ve halüsinasyonlar vb.) niteliksel olarak farklarını tanımlayabilecek değerlendirme araçlarının olmaması çalışmanın kısıtlılıklarındandır.

Şizofreni hastalarında pozitif belirtiler ile dissosiyatif belirtiler arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Dissosiyatif belirtiler ile pozitif belirtilerden varsanı ve hezeyan ile anlamlı

ilişki gösterilmiştir. Bu da bize pozitif semptomları belirgin olan şizofreni hastalarında dissosiyatif belirtilerin daha çok gözlemlenebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda pozitif belirtilerden hezeyan ve negatif belirtiler ile duygusal ihmal arasında kuvvetli pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Burdan yola çıkarak şizofreni hastalarında çocukluk çağında duygusal ihmale maruziyetin hezeyan şiddetini ve negatif belirtileri arttırabileceğini düşündürmektedir.

Çocukluk çağı travmaları ile negatif belirtilerden apati ve anhedoni arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Negatif belirtilerden apati ve anhedoninin , duygusal ve fiziksel ihmal ile ilişkili olduğu bulunmuş, şizofreni hastalarında çocukluk çağında travmaya maruziyetin apati ve anhedoniye arttırabileceği, özellikle fiziksel ve duygusal ihmalin apati ve anhedoniye yordayabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda PANSS toplam puanları, yani hastalık şiddetiyle en ilişkili travmanın duygusal ihmal olduğu bulunmuştur.

Şizofreni riski taşıyıp taşıyamayı tespit etmede öneme sahip değişkenler; erkek cinsiyet, dissosiyatif yaşantılar, duygusal ihmal (DİH), duygusal kötüye kullanım (DKK) ve fiziksel ihmal (FİH) olarak belirlenmiştir.

Bulgular genel olarak literatürle uyumlu kabul edilebilir. Fakat literatürdeki çalışmaların sonuçları arasında da üst düzeyde bir tutarlılık olduğu söylenemez.

Bunun birinci sebebi, diğer çalışmalarda ve bu çalışmada değerlendirilen şizofreni hastalarının psikopatolojik tanımlayıcı özellikler açısından homojenite göstermemesi olabilir. Bizim çalışmamızdaki şizofreni olgularının büyük çoğunluğu uzun dönem psikiyatrik geçmişi olan antipsikotik tedavisi alan remisyon döneminde olan hastalardı. Hiç tedavi almamış ilk epizod şizofreni vakalarında sonuçlar farklı çıkabilirdi.

İkinci sebebi ise çocukluk çağı travma ölçeğinin retrospektif doğada olması ve psikopatoloji sebebiyle yeniden yorumlamaya veya çarpıtılmaya açık olmasıdır. Ayrıca travmaya maruz kalan birey güvensizlik sebebiyle bu bilgiyi paylaşmaktan çekinebilir. Travmaya ait öykü alınırken sadece katılımcıdan alınması, tamamlayıcı yan kaynakların olmaması güvenilirliği kısıtlamaktadır.

Bu konuyla ilgili yapılacak çalışmalarda şizofreni olgularının psikopatolojik özgünlük açısında homojen gruplara ayrılması, travma bilgilerinin tamamlayıcı yan kaynaklar tarafından da onaylanması daha güvenilir sonuçlar elde edilmesine yol açabilir.

şizofreni olgularında çocukluk ağı travmaları, hastalığın şiddetini ve prognozunu etkileyebileceğinden, bu hastalarda psikotik belirtilerle birlikte çocukluk ağı travmalarının da sorgulanması, ilaç tedavileriyle birlikte çocukluk ağı travmalarının uygun terapilerle ele alınması önerilebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA. Çeviri editörü Bozkurt A. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. 4.baskı İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri, 2009.
2. Ogava JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B: Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Dev Psychopathol* 1997; 9: 855–879.
3. Holowka DV, King S, Sahep D, Pukal M, Brunet A: Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophr Res* 2003; 60: 87–90.
4. Schäfer I, Harfst T, Aderhold V, Briken P, Lehmann M, Moritz S, Read J, Naber D: Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 135–138.
5. Spence W, Mulholland C, Lynch G, McHugh S, Dempster M, Shannon C: Rates of childhood trauma in a sample of patients with schizophrenia as compared with a sample of non-psychotic psychiatric diagnoses. *J Trauma Dissociation* 2006; 7: 7–22
6. Ross CA: Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment. Birmingham, Haworth, 2004.
7. Giesbrecht T, Merckelbach H: The complex overlap between dissociation and schizotypy; in Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy
8. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu CE, Herken H. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 1.baskı, Ankara: Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, 2007.
9. Işık E. Güncel Şizofreni. 1.baskı, Ankara: Format Matbaacılık, 2006:18-223.
10. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (13. Baskı) 2015
11. Özmenler K.N. BS. Şizofreni Tarihçesi. Şizofreni Dizisi. 1998;1:5-16.
12. Ceylan ME (2002) Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. Şizofreni 1.cilt, 2.baskı, İstanbul, 14-31,76
13. Güleç Cengiz KE. Şizofreni. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. p. 184-204.

14. Conley Robert R. , Kelly Deanna L. , Pharmacologic Treatment of Schizophrenia 2003.pg:13-20-21,107-127,209-217
15. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013;382(9904):1575-86.
16. MA. MvDJS. Şizofreni Güncel Tanı ve Tedavi Kitabı. In: Alptekin K, editor. 1 ed2005. p. 27-31.
17. Eaton WW, ve ark. In: M.T. Tsaung MT, P.B. Jones, editor. Textbook of Psychiatric Epidemiology: Wiley-Blackwell; 2011. p. 263-87.
18. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. Epidemiologic reviews. 2008;30:67-76.
19. Köroğlu E , Güleç C (1997) Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 1. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 321- 325
20. Bonora E, Targher G, Formentini G, Calcaterra F, Lombardi S, Marini F, ve ark. (2004) The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease in type 2 diabetic subjects. Prospective data from the Verona. Diabetes Complications Study. Diabet Med 21:52-58
21. DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı.
22. World Health Organization (1992) ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization (Türkçesi: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması. Çevirenler: F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, M.O. Öztürk, M. Rezaki, B. Uluğ, Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
23. Levinson DF. Molecular genetics schizophrenia: a review of the recent literature. Curr Opin Psychiatry 2003; 16:157-170.
24. Kotlicka-Antczak M, Gmitrowicz A, Sobow TM, Rabe Joblonska J. Obstetric Complications and Apgar score in early-onset schizophrenic patients with prominent positive and prominent negative symptoms. J Psychiatry Res 2001; 35(4):249-57.
25. Işık E, Coşkunol H, Evren C, Işık U. Şizofreni ve Alkol Madde Bağımlılığı. 1.baskı, İstanbul: Sigma Publishing, 2015.
26. Stahl MS. Çeviri Editörü Alkın T. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. 4. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2015.
27. Spiegel D. Dissociation and Trauma. In: Tasman A, Goldfinger SM, ed. Review of Psychiatry. Vol 10. Washington DC: American Psychiatric Press; 1991. p.261-75.
28. Moskowitz A. Dissociation and Violence. A review of the literature. Trauma, violence and abuse 2004;5(1):21-45.

29. Şar V. Dissosiyatif Bozukluklar. In: Köroğlu E, Güleç C, eds. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. s.393-402
30. Yargıç İ, Tutkun H, Şar V. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde dissosiyatif belirtiler. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi 1994;2(4):338-47.
31. Boon S, Draijer N. Multiple Personality Disorder in the Netherlands: A Clinical Investigation of 71 Patients. Am J Psychiatry 1993;150:489-494.
32. Anastasiadis Y: Pierre Janet'in Dinamik Teorisi. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Ders Notları. Teksir.
33. Van der Kolk B, Nerson N, Hostetler A. The History of Trauma in Psychiatry. Psych Clin North Am. 1994; 17 (3): 583- 600.
34. Crocq L, Verbizier J. Le Traumatisme Psychologique dans l'oeuvre de Pierre Janet. Bull de Psychologie 1988; 385: 483-485.
35. Breuer ve Freud. Studies on Hysteria. New York, Basic Books,1957: 98-103.
36. Putnam FW. A Brief History of Multiple Personality Disorder. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 1996; 5(2): 263-272.
37. Fine CG. The work of Antoine Despine : The first scientific report on diagnosis and treatment of a child with multiple personality disorder. Am J Clin Hypn 1988; 31: 33-39.
38. Bowman ES. Adolescent multiple personality disorder in the nineteenth and early twentieth century. Dissociation 1990; 3:179-187.
39. Silberg J.L.(2000) fifteen years of dissociation in maltreated children. Where do we go from here? Child Maltreatment,5,119–136
40. Brenner, I(2001).Dissociation of trauma: Theory, phenomenology and technique. Madison: International Universities press the international society for evaluation and treatment of dissociative symptoms in children and adolescent. Retrieved January 10,2005
41. Brunner R,Parzer P,Schuld V, Resch F.Dissociative symptomatology and traumagenic factors in adolescent psychiatric patients. J.Nerv. Ment Disease 2000:188:71–7
42. Ross CA.1997Dissociative Identity disorder: Diagnosis and, clinical features and treatment of multiple personality. New York: John
43. Aysen Coşkun,Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel el Kitabı. Çocuk ve gençlik Ruh sağlığı derneği yayınları:3.44(438–454)
44. Baroch PM (1991):Multiple personality disorder as an attachment disorder. Dissociation,4.117–283

45. Waller N (1994):Types of dissociation and dissociatives types. 10th Annual Conference of the international society for Traumatic Steress. Chicago 94
46. Kathryn AB Kirby DD.(2004)A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescent Journal of Child Psychology and Psychiatry 45:3:522–532
47. Stern DN (1985):The Interpersonal world of the infand. New york.Basic Boks
48. Putnam FW. Dissociation in Childrn and Adolescent, A developmental perspective. New York The Guilford Pres: 1997
49. Lise A.Mc Lewin, Robert T.Miller. Childhood Trauma, _maginary companions and the development of pathological Dissociation. Agression and behaviour 11(2006)531–545
50. Taylor M.(1999)Imaginary Companion and the children who create them. New York Oxford University pres
51. Hornstein NL, Putnam FW. Clinical Phenomenology of Child and Adolescent Dissociative Disorders J.Am. Acad Child Adolesc Psychiatry 1992 ;31;1077 -1085
52. Stern DN (1985) :The Interpersonal world of the infant. New york .Basic Boks
53. Putnam FW. Helmers K,Horowits L(1995) Hypnosability andDissociativity in sexually abused grils. Child Abuse Negl 19:645–655
54. Liotti,G(2004).Trauma ,dissociation and disorganized attachment :three strands of single braid.Psychotherapy :theory ,Resarch ,Practise Training ,41,472-486
55. Blizard,R,A(2003) Disorganized attachment , development of dissociative self states and relational approach to treatment .Journal of Trauma and dissociation,4(3),27-5
56. Galbraith PM, Neubauer PJ. Underwriting Considerations for Dissociative Disorders. J Insur Med 2000;32:71-8.
57. Saxe GN, Van der Kolk BA, Berkowitz R, Chinman G, Hall K, et al. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. American Journal of Psychiatry 1993;150(7):1037-42.
58. Ross C, Heber S, Anderson G, Norton GR, Anderson B, del Campo M, et al. Differentiating Multiple Personality Disorder and Complex Partial Seizures. Gen Hosp Psychiatry 1989;11:54-8.
59. Ellason JW, Ross CA, Fuchs DL. Lifetime Axis I and II Comorbidity and Childhood Trauma History in Dissociative Identity Disorder. Psychiatry 1996;59:255-66.
60. Ross CA, Norton GR, Wozney K. Multiple Personality Disorder: An Analysis of 236 Cases. Can.J.Psychiatry 1989;34:413-8.

61. Ellason J, Ross C. Positive and negative symptoms in dissociative disorder and schizophrenia. *J Ment Nerv Dis* 1995;83:236-41.
62. Ross CA. *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality*. 2nd ed. New York: John Wiley; 1997.
63. Green AI, Canuso CM, Brenner MJ, Wojcik JD: Detection and management of comorbidity in patients with schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26: 115–139.
64. Brunner R, Parzer P, Schmitt R, Resch F: Dissociative symptoms in schizophrenia: a comparative analysis of patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychopathology* 2004; 37: 281–284.
65. Spitzer C, Haug HJ, Freyberger HJ: Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology* 1997; 30: 67–75.
66. Glaslova K, Bob P, Jasova D, Bratkova N, Ptacek R: Traumatic stress and schizophrenia. *Neurol Psychiat Brain Res* 2004; 11: 205– 208.
67. Ross CA, Keyes B: Dissociation and schizophrenia. *J Trauma Dissociation* 2004; 5: 69–83.
68. Şar V. The psychiatric comorbidity of dissociative identity disorder: An integrated look. In: van der Merwe AP, Sinason V, eds. *Shattered but Unbroken: Voices of Triumph and Testimony*. London: Karnac Press; 2016. p.181-210.
69. Herman, J.L. (2007). *Travma ve iyileşme*. (Çev. T. Tosun). İstanbul: Literatür Yayıncılık
70. Oral, R., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ates, N., Çetin, G. ve ark. (2001). “Child abuse in Turkey: An Experience in Overcome Denial and A Description of 50 Cases”, *Child Abuse Neglect*, 25: 279-290.
71. Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.
72. Yılmaz, G., İsitin, N., Ertan, Ü., Öner, A. (2003). “Bir Çocuk İstismarı Vakası”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46: 295-298.
73. Johnson, C.F. (2000). *Abuse and Neglect of Children*. Behrman, R.E., Kliegman, R.M., Arvin, A.M. (eds), *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16th ed., WB Saunders, Philadelphia
74. Bostancı, N., Albayrak, B., Bakoğlu, İ., Çoban, Ş. (2006). “Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Depresif Belirtileri Üzerine Etkisi”, *New/Yeni Symposium Journal*, 44: 189-195.
75. Akduman, G.G., Ruban, C., Akduman, B., Korkmaz, İ. (2005). “Çocuk ve Cinsel İstismar”, *Adli Psikiyatri Dergisi*, 3(1): 9-14.

76. Bahar, G., Savaş, H. A., & Bahar, A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 51-65.
77. Turhan, E., Sangün, Ö., & İnandı, T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 15, 153-7.
78. Aral, N., Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmali ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151, 36-39
79. Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2), 140-151
80. Armağan, E. (2007). "Çocuk İhmali ve İstismarı: Psikoz Tablosu Sergileyen Bir İstismar Olgusu", *New/Yeni Symposium Journal*, 45: 170-173.
81. Bulut, I. (1996). Genç anne ve çocuk istismarı. Ankara
82. Polat, O. (2007). Türkiye'de Çocuk istismarı Kavramının Gelişimi. 15.11.2008. www.cocukistismarinionleme.sempozyumu.web.tr
83. Kozcu, S. (1991). Çocuk istismarı ve ihmali. Ankara. Aile Yazıları 3, Basbakanlık A.A.K. Yay
84. Yasar Z.F., Akduman G.G. (2007). Çocuk İstismarı- İhmali ve Adli Dış Hekimliği. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 389-94
85. Polat, O. (2001). Çocuk ve şiddet. İstanbul: Der Yayınları
86. Jain, A. M. (1999). Emergency department evaluation of child abuse. *Emergency medicine clinics of North America*, 17(3), 575-593.
87. Tercier A., (1998). Child abuse. In: Maer JA (ed). *Emergency Medicine (4Th ed)*. St. Louis: Mosby, 1108-1118.
88. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 37-56
89. Nimkin, K., & Kleinman, P. K. (2001). Imaging of child abuse. *Radiologic Clinics of North America*, 39(4), 843-864
90. Pressel, D. M. (2000). Evaluation of physical abuse in children. *American family physician*, 61(10), 3057-3064.
91. Van Der Kolk BA, Greenberg MS.,(1987). The Psychobiology of the trauma response: Hyperarousal, constriction and addiction to traumatic reexposure. In Van Der Kolk BA (ed.) *Psychological Trauma*. Washington DC: American Psychiatric press, 63-87.
92. Terr, L. C. (1983). Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *American journal of Psychiatry*, 140(12), 1543-1550.

93. Aptekar, L., & Boore, J. A. (1990). The emotional effects of disaster on children: A review of the literature. *International Journal of Mental Health*, 77-90.
94. "Çocuk İhmali ve İstismarı", *Empati* 2002.
95. Polat O.,(2002). Çocuk Hakları Nedir? İstanbul: Analiz Yayınları, 5-39
96. Polat O., (1998). Çocuk istismarı nedir? *Çocuk Forumu* 1(ek):1-31.
97. Sözen, Ş., Elmas, İ., Karakuş, M., & Fincancı, Ş. K. (2000). Çocuğa yönelik cinsel istismar olgu sunumu. *Çocuk Forumu*, 3(3), 56-59.
98. Bulut S., (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar; *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*; 9(1).
99. Sadock BJ, Sadock VA. Problems related to abuse and neglect. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry, Cancro R (ed) 9.edition, Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins 2004, 370-376.
100. Emery RE, Laumann-Bilings L. Child abuse. İn: Rutter M, Taylor E (editors) child and adolescent psychiatry. Great Britain: Bath Press, 2003, 325-329
101. DHHS, 2009
102. Lynch, MA, Saralidze L, Goguadze N, Zolotor A. National study on violence against children in Georgia. 2008
103. Runyan D, Corrine W, Ikeda R, et al. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: World report on violence and health. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA. (eds). World Health Organization, Geneva, 2002; 57- 86
104. Cawson P, Wattam C, Brooker S, Kelly G. Child maltreatment in the United Kingdom – A study of the prevalence of child abuse and neglect. National society for the prevention of cruelty to children (NSPCC), London 2000; 91-104.
105. Zolotor AJ, Runyan DK, Dunne MP, et al., (2009). ISPCAN child abuse screening tool children version (ICAST-C) instrument development and multinational pilot testing. *Child Abuse Negl*; 33: 833-41.
106. World Health Organisation (WHO), (2010). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>
107. Aksel, Ş. & Yılmaz İrmak, T. (2005). Review of child abuse and neglect literature in Turkey. Xth ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect, 11-14.
108. Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması, Başbakanlık ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu, 2010; 36
109. Cankur S. Çocukların ev içinde yaşadıkları şiddet araştırması. 1. Baskı. Genç Hayat Yayınları, İstanbul 2012.

110. Yanık M. Özmen M., (2002). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşayanları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*;3:140-146.
111. Kaplan S. Physical abuse and neglect. In: Lewis M(editor) *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Second ed. Baltimore Williams&Wilkins. 2002, 1208-1215
112. Sofuoğlu, Z., Oral, R., Aydın, F., Cankardeş, S., Kandemirci, B., Koç, F., Halıcıoğlu O., Akşit, S. (2014). Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması
113. Koç F., Aksit S., Tomba A., Aydın C., Koturoğlu G., Çetin SK., Aslan A, Halıcıoğlu O, Erşahin Y, Turhan T, Çelik A, Şenol E, Kara S, Solak U (2012). Çocuk istismarı ve ihmalî olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. *Türk Ped Arş*, 47, 119-24.
114. Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4 (2), 31-53.
115. Kutchinsky, B. (1999). Çocuğun cinsel istismarı: Yaygınlık, müdahale ve önleme. *Çocuk istismarı ve ihmalî (2. Baskı) içinde (163-175)*. Ankara: Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği.
116. N. ve Akgül, S. (2010). Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatriğin rolü. *Çocuk İhmal ve İstismarı-I*, 32 (4), 491-502.
117. Gökler R., (2006). Eğitimde çocuk istismarı ve ihmaline genel bir bakış. *TSA Dergisi*; 10: 47-76.
118. United Nations Children's Fund, *Measuring and Monitoring Child Protection Systems: Proposed Core Indicators for the East Asia and Pacific Region, Strengthening Child Protection Series No. 1.*, UNICEF EAPRO, Bangkok, 2012
119. Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlan Kahiloğulları, A. ve Akgün Aktaş, E. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 130-136.
120. Reddy, M. K., Pickett, S. M. ve Orcutt, H. K. (2006). Experiential avoidance as a mediator in the relationship between childhood psychological abuse and current mental health symptoms in college students. *Journal of Emotional Abuse*, 6 (1), 67-85.
121. Saveanu, R. V. ve Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: Genetics and environmental factors. *Psychiatr Clin N Am*, 35, 51-71.

122. Yurdakök, K. (2010). Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32 (5), 537-546
123. Ekinci, S. (2010). Fiziksel çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32 (5), 625- 631.
124. Kaplan, S. J., 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. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214-1222.
125. Lewis, D. O. (1992). From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(3), 383-391
126. Tackett KK., (2002). The health effects of child abuse: four pathways by which buse can influence health. *Child Abuse Negl*; 26:715-29
127. Pizarro RA, Billick SB., (1999). Current issues in child abuse. *Curr Opin Pediatr*; 12:665-8.
128. Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 1(2).
129. İşeri E. Cinsel istismar. Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N, editörler. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. 1.Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2008; 470-477.
130. B. Ulukol, kişisel iletişim, 7 Kasım 2012
131. Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., ... & Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child maltreatment*, 6(1), 37-49.
132. Avcı A, Tahiroğlu AY. Cinsel İstismar. Aysev A, Taner YI, editörler. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 1.Baskı, İstanbul, Golden Print. 2007; 721-736.
133. Ballı Ö., (2010). ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNE BAŞVURAN ÇOCUK İSTISMARI VE İHMALİ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ. YAYINLANMAMIŞ UZMANLIK TEZİ, Adana, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
134. Özmert, E. (2010). Çocuk istismarı ve ihmalinin uzun süreli biyopsikosozal etkileri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32 (4), 481-490.
135. Topbaş, M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 76-80.
136. Ünal, F. (2008). Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *TSA Dergisi*, 1, 9-18.

137. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. Temel Psikiyatri. Güleç C, Köroğlu E (editörler) Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, Ankara, 1998, 823-834
138. Lynch, M. (1999). Çocuk istismarı ve ihmali. Çocuk istismarı ve ihmali (2. Baskı) içinde (1-8). Ankara: Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği.
139. Yurdakök, K. ve İnce, O. (2010). Duygusal istismar ve ihmali. Katkı Pediatri Dergisi,32 (4), 423-433.
140. Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental psychology*, 36(5), 679.
141. Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(3), 241-258.
142. Wright, M. O., Crawford, E. ve Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33, 59-68.
143. Claussen, A. H., & Crittenden, P. M. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 15(1), 5-18.
144. Odağ C., (2001). Nevrozlar-2. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, İzmir, 43-44.
145. Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 20(10), 953-961.
146. Donnelly, C. L. (2003). Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 12(2), 251-269.
147. Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child abuse & neglect*, 20(8), 709-723.
148. Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of psychology*, 135(1), 17-36.
149. Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child abuse & neglect*, 26(6), 715-729

150. Whiffen, V. E. ve MacIntosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: A critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6 (1), 24-39.
151. Widom CS, Dumont K, Czaja SJ.(2007). A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown up. *Arch Gen Psychiatry*, 64(1):49-56.
152. Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G.F.M., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P. ve Penninx, B. W.J.H. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126, 103–112.
153. Güleç, M., Altıntaş, M., İnanç, L., Bezgin, Ç. H., Kaymak Koca, E. ve Güleç, H. (2012). Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 2-5.
154. Hovens, J. G. F. M., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H. ve Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 126, 198–207.)
155. Liu, R. T., Jager-Hyman, S., Wagner, C. A., Alloy, L. B. ve Gibb, B. E. (2012). Number of childhood abuse perpetrators and the occurrence of depressive episodes in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 36, 323– 332.
156. Van Veen, T., Wardenaar, K. J., Carlier, I.V.E., Spinhoven, P., Penninx, B.W.J.H. ve Zitman, F. G. (2012). Are childhood and adult life adversities differentially associated with specific symptom dimensions of depression and anxiety? Testing the tripartite model. *Journal of Affective Disorders*, 2-8.
157. Weber K, Rockstroh B, Borgelt J, Awiszus B, Popov T, Hoffmann K, Schonauer K, Watzl H, Pröpster K. Stress load during childhood affects psychopathology in psychiatric patients. *BMC Psychiatry*. 2008;8:63.
158. Gil A, Gama CS, Jesus DR, Lobat MI, Zimmer M, Abreu PB. The association of child abuse and neglect with adult disability in schizophrenia and the prominent role of physical neglect. *Child Abuse & Neglect* 2009;618–24.
159. Morgan C, Fisher H. Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. *Schizophr Bull*. 2007;33(1):3-10.
160. Sideli L, Mule A, Barbera DL, Murray RM. Do child abuse and maltreatment increase risk of schizophrenia? *Psychiatry Investig*. 2012; 9(2): 87–99.

161. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, Van Os J. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 38–45.
162. Larsson S, Andreassen OA, Aas M, Røssberg JI, Mork E, Steen NE, Barrett EA, Lagerberg TV, Peleikis D, Agartz I, Melle I, Lorentzen S. High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54(2):123-7.
163. Schenkel LS, Spaulding WD, DiLillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research*. 2005; 273–86.
164. Bennouna-Greene M, Bennouna-Greene V, Berna F, Defranoux L. History of abuse and neglect in patients with schizophrenia who have a history of violence. *Child Abuse Negl*. 2011;35(5):329-32.
165. Wang Z, Xue Z, Pu W, Yang B, Li L, Yi W, Wang P, Liu C, Wu G, Liu Z, Rosenheck RA. Comparison of first-episode and chronic patients diagnosed with schizophrenia: symptoms and childhood trauma. *Early Interv Psychiatry*. 2013;7(1):23-30.
166. Uçok A, Bıkmaz S. The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2007; 116: 371–7.
167. Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E. Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Res*. 1991;37(1):73-80.
168. Greenfield SF, Strakowski SM, Tohen M, Batson SC, Kolbrener ML. Childhood abuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 1994;164(6):831-4.
169. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(5): 337-49.
170. Waghorn G, Chant D, White P, and Whiteford H. Delineating disability, labour force participation and employment restrictions among persons with psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109(4): 279-88.
171. Mohr P, Rodriguez M, Bravermanova A, Melicher T, Ceplova Z, Cermak J, et al. Social and functional capacity of schizophrenia patients: A cross-sectional study. *Int J Soc Psychiatry* 2013.
172. Papageorgiou G, Canas F, Zink M, and Rossi A. Country differences in patient characteristics and treatment in schizophrenia: data from a physician-based survey in Europe. *Eur Psychiatry* 2011; 26(1 Suppl 1): 17-28.

173. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A, et al. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res* 2004; 69(2-3): 125-32.
174. Aukes MF, Laan W, Termorshuizen F, Buizer-Voskamp JE, Hennekam EA, Smeets HM, et al. Familial clustering of schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder. *Genet Med* 2012; 14(3): 338-41.
175. de Leon JDiaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005; 76(2-3): 135-57
176. van Os J, Rutten BP, and Poulton R. Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophr Bull* 2008; 34(6): 1066-82.
177. Read J, van Os J, Morrison AP, and Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112(5): 330-50.
178. Galletly C, Van Hooff M, and McFarlane A. Psychotic symptoms in young adults exposed to childhood trauma 20 year follow-up study. *Schizophr Res* 2011; 127(1-3): 76-82.
179. Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, et al. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 220-6.
180. Turkington D, Dudley R, Warman DM, and Beck AT. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: A review. *Journal of Psychiatric Practice* 2004; 10: 5-16.
181. May-Chahal CCawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2005; 29(9): 969-84.
182. Vogel M, Spitzer C, Kuwert P, Moller B, Freyberger HJ, and Grabe HJ. Association of childhood neglect with adult dissociation in schizophrenic inpatients. *Psychopathology* 2009; 42(2): 124-30.
183. Sar V, Taycan O, Bolat N, Ozmen M, Duran A, Ozturk E, et al. Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology* 2010; 43(1): 33-40.
184. Waldfoegel S, Mueser KT. Another case of chronic PTSD with auditory hallucinations. *Am J Psychiatry* 1988; 145(10): 1314
185. Modestin J, Hermann S, and Endrass J. Schizoidia in schizophrenia spectrum and personality disorders: role of dissociation. *Psychiatry Res* 2007; 153(2): 111-8.
186. Vogel M, Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, and Grabe HJ. The role of trauma and PTSD-related symptoms for dissociation and psychopathological distress in inpatients with schizophrenia. *Psychopathology* 2006; 39(5): 236-42.

187. Bob P, Glaslova K, Susta M, Jasova D, and Raboch J. Traumatic dissociation, epileptic-like phenomena, and schizophrenia. *Neuro Endocrinol Lett* 2006; 27(3): 321-6.
188. Hlastala McClellan J. Phenomenology and diagnostic stability of youths with atypical psychotic symptoms. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005; 15(3): 497-509.
189. Horen SA, Leichner PP, and Lawson JS. Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. *Can J Psychiatry* 1995; 40(4): 185-91.
190. Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M, et al. Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184(11): 673-9.
191. Ghoreishi A, Shajari Z. Reviewing the dissociative symptoms in patients with schizophrenia and their association with positive and negative symptoms. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2014; 8(1): 13-8.
192. Kay SR, Fiszbein A, and Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13(2): 261-76.
193. Kilcommons AM, Morrison AP. Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112(5): 351-9.
194. Butler RW, Mueser KT, Sprock J, Braff DL. Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 1996; 39(10): 839-44.
195. Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990; 147(7): 887-92.
196. Draijer N, Langeland W. Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1999; 156(3): 379-85.
197. Hodgins DC, Pennington M, el-Guebaly N, Dufour M. Correlates of dissociative symptoms in substance abusers. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184(10): 636-9.
198. Ross C, Anderson G, Clark P. Childhood abuse and positive symptoms of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:489-491

8. EKLER

EK1

Sosyodemografik Veri Formu

A-HASTAYA AİT FAKTÖRLER

1- Yaşı:

1 () 18-25

2 () 25-35

3 () 35-45

4 () 45-55

5 () 55 ve üstü

11- tıbbi hastalık öyküsü:

1 () var.....

2 () yok

12- ailede psikiyatrik hastalık öyküsü:

1 () var.....

2 () yok

2- Cinsiyeti:

1 () Kadın

2 () Erkek

3- Eğitim durumu:

1 () Hiç okula gitmemiş

2 () ilkokul mezunu

3 () Ortaokul mezunu

4 () Lise mezunu

5 () Yüksek okul mezunu

4- Medeni durumu:

1 () Evli

2 () Bekar

3 () Dul

4 () Boşanmış

5- Mesleği:

1 () Yok

2 () Serbest

3 () Ücretli (devlet/ özel)

4 () çiftçi (kırsal/ kentsel)

5 () Emekli

6- Yaşadığı yer:

1 () Merkez/şehir

2 () Kırsal kesim(ilçe/köy)

7-sigara kullanımı/miktarı:

1 () var

2 () yok

B-HASTALIĞA AİT FAKTÖRLER

7- Hastalık süresi:.....

8- Hastalığın başlangıç yaşı:

9- Hastanede yatış:.....

10- Düzenli tedavi görme
1 () var...2 () yok...
EK2

DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES) **Bernstein & Putnam,1986,1993**

Türkçe'ye uyarlayanlar: Vedat Şar, L.İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun

Bu test günlük hayatınızda başınızdaki geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanbaşıda duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkedebilirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkedebilirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkedebilirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde günlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100



EK3

ADI-SOYADI:

TEST TARİHİ:

DOĞUM TARİHİ:

TANI:

POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (PBDÖ)

0: YOK 1:ŞÜPHELİ 2:HAFİF 3:ORTA 4:BELİRGİN 5:ŞİDDETLİ

VARSANILAR:

1. İşitme varsanıları

Hasta başkalarının duymadığı sesler, gürültüler veya başka sesler duyduğunu bildirir. 0 1 2 3 4 5

2. Yorumlayıcı sesler

Hasta, davranış ve düşüncelerini yorumlayan sesler duyduğunu bildirir. 0 1 2 3 4 5

3. Aralarında konuşan sesler

Hasta, iki veya daha fazla kişinin aralarında konuştuklarını bildirir. 0 1 2 3 4 5

4. Somatik ve dokunma varsanıları

Hasta, vücudunda acayip fizik duyumsamalar olduğunu bildirir. 0 1 2 3 4 5

5. Koku varsanıları

Hasta, başkalarının fark etmediği olağandışı kokular duyduğunu bildirir. 0 1 2 3 4 5

6. Görme varsanıları

Hasta, gerçekte var olmayan şekil veya insanlar görür. 0 1 2 3 4 5

7. Varsanıların bütünsel derecelendirilmesi

Bu derecelendirme varsanının süresi ve ciddiyeti ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır. 0 1 2 3 4 5

HEZEYANLAR:

8. Kötülük görme hezeyanları

Hasta kendisine komplo hazırlandığına veya bir yolunu bulup kötülük yapılacağına inanır. 0 1 2 3 4 5

9. Kıskançlık hezeyanları

Hasta, eşinin bir başkası ile ilişkisi olduğuna inanır. 0 1 2 3 4 5

10. Suçluluk ve günahkarlık hezeyanları

Hasta bazı kötü, günahkar veya affedilmez şeyler yaptığına inanır. 0 1 2 3 4 5

11. Büyüklük hezeyanları

Hasta, özel güç veya yeteneklerinin varlığına inanır. 0 1 2 3 4 5

12. Dinsel hezeyanlar

Hasta, dinsel nitelikli yanlış inançları ile aşırı uğraşır. 0 1 2 3 4 5

13. Somatik hezeyanlar

Hasta, her nasılsa vücudunun hasta, anormal olduğuna inanır. 0 1 2 3 4 5

14. Alınma hezeyanları

Hasta, önemsiz işaret ve olayları üzerine alır veya özel anlamlar çıkarır. 0 1 2 3 4 5

15. Kontrol edilme hezeyanları

Hasta, his ve karakterlerinin bazı dış güçlerce kontrol edildiğini hisseder. 0 1 2 3 4 5

16. Düşünce okuma hezeyanları

Hasta, insanların düşüncelerini okuyabildiğini veya düşüncelerini bildiğini hisseder. 0 1 2 3 4 5

17. Düşünce yayılması

Hasta, düşüncelerinin yayımlandığını hisseder böylece kendisi Ve diğerleri bunları duyabilir. 0 1 2 3 4 5

18. Düşünce sokulması

Hasta, düşüncelerinin kendisinin olmadığını, dışarıdan aklına sokulduğuna inanır. 0 1 2 3 4 5

19. Düşünce çekilmesi

Hasta, düşüncelerinin kafasından alındığına inanır. 0 1 2 3 4 5

20. Hezeyanlarının bütünsel derecelendirilmesi

Bu derecelendirme, hezeyanların süresi ve ısrarlılığı ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.

0 1 2 3 4 5

GARİP DAVRANIŞ:

21. Giyim ve görünüş

Hasta olağandışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görünüşünü değiştirir.

0 1 2 3 4 5

22. Sosyal ve cinsel davranış

Hasta, olağan sosyal normlara göre uygunsuz şeyler yapabilir. Ör; ortalıkta mastürbasyon

0 1 2 3 4 5

23. Saldırganlık ve taşkın davranış

Hasta, sıklıkla önceden tahmin edilemeyen saldırgan ve taşkın davranışlar gösterebilir.

0 1 2 3 4 5

24. Tekrarlayıcı veya stereotipleşmiş davranış

Hasta, tekrar tekrar yapmak zorunda olduğu tekrarlayıcı hareketler veya merasimler geliştirebilir.

0 1 2 3 4 5

25. Garip davranışın bütünsel değerlendirilmesi

Bu derecelendirme, davranış tipi ve sosyal normlardan sapma miktarını yansıtmalıdır.

0 1 2 3 4 5

POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU:

26. Düşüncenin raydan çıkması (Derailment)

Fikirlerin bir diziden diğerine dolaylı, bağlantılı ya da bağlantısız olarak kayıp gittiği konuşma şekli.

0 1 2 3 4 5

27. Teğetleme (Tangentiality)

Dolaylı veya konu dışı tarzda sorulara yanıt verme

0 1 2 3 4 5

28. Dikişsizlik (Incoherence)

Zaman zaman esas olarak anlaşılmayan konuşma şekli.

0 1 2 3 4 5

29. Mantık dışılık

Mantık olarak izlenemeyen sonuçlar çıkarılan konuşma şekli

0 1 2 3 4 5

30. Çevresel konuşma (Circumstantiality)

Hedef düşünceye ulaşması çok dolambaçlı olan ve geciken konuşma şekli.

0 1 2 3 4 5

31. Basınçlı konuşma

Hastanın konuşması hızlı ve durdurulması güçtür.
Konuşma miktarı normalden çok fazladır.

0 1 2 3 4 5

32. Çelinebilir konuşma (Distractible speech)

Hasta, konuşma akımını kesen yakın uyaranlarca çelinebilir.

0 1 2 3 4 5

33. Klang çağrışım

Kelime seçimine anlamsal ilişkilerden daha çok seslerin yön verdiği konuşma şekli.

0 1 2 3 4 5

34. Pozitif formal düşünce bozukluğu

Bu bütünsel derecelendirme anormalliği derecesini ve kişinin ilişki kurma yeteneğini etkileme derecesini yansıtmaktadır.

0 1 2 3 4 5

EK4

NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (NBDÖ)

0: YOK

1:ŞÜPHELİ

2:HAFİF

3:ORTA

4:BELİRGİN

5:ŞİDDETLİ

AFFEKTİF DÜZLEŞME VEYA KÖRLEŞME:

- | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1. Değişmeyen yüz ifadesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Azalmış kendiliğinden hareketler | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Anlamlı jestlerin yokluğu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Affektif yanıtızlık | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Sesteki esnekliğin yokluğu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Global olarak affektif düzleşme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Alt ölçek Toplam:

ALOGİA:

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 7. Konuşma yoksulluğu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Konuşma içeriğinin yoksulluğu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Blokaj | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Yanıt verme süresinin uzaması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Global olarak alogia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Alt ölçek Toplam:

İSTEKSİZLİK-APATİ:

- | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 12. Üst baş özeni ve temizliği | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|

13. İş ve okulda sebatsızlık 0 1 2 3 4 5

14. Fizik enerjisinin azalması 0 1 2 3 4 5

15. Global olarak apati 0 1 2 3 4 5

Alt ölçek Toplam:

ANHEDONİ-ASOSYALLİK:

16. Yaratıcı ilgi ve etkinlik 0 1 2 3 4 5

17. Cinsel etkinlik 0 1 2 3 4 5

18. Yakınlık ve dostluk kurma yeteneği 0 1 2 3 4 5

19. Arkadaş ve akranlarla ilişkiler 0 1 2 3 4 5

20. Global olarak anhedoni 0 1 2 3 4 5

Alt ölçek Toplam:

DİKKAT:

21. Sosyal dikkatsizlik 0 1 2 3 4 5

22. Testler esnasındaki dikkatsizlik 0 1 2 3 4 5

23. Global olarak dikkat 0 1 2 3 4 5

Alt ölçek Toplam:

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ *

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

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

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" yada "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailemdelikler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5

13.Ailemdelikler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14.Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15.Ailemdelikler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16.Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiğiy oluyordu.	1	2	3	4	5
17.Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18.Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
19.Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21.Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28.Gerektiğiy halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

* İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoterapi Birimi

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-28)

Copyright : İngilizce özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Klinik içi araştırmalarda kullanılmak üzere çoğaltılmıştır. Her hakkı mahfuzdur. Çoğaltılamaz, basılamaz, satılamaz. Ancak kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

EK6

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sizofrenli Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıların Dissosiyatif, Pozitif ve Negatif Belirtiler ile İlişkisinin İncelenmesi The investigation of clonal relationship between Investigating the relationship between dissociative and Positive, Negative Symptoms with traumatic experiences of childhood in patients with schizophrenia
ARAŞTIRMANIN İNGİLİZCE ADI	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	21

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	11.04.2016	21	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		<input checked="" type="checkbox"/>	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU		<input type="checkbox"/>	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		<input type="checkbox"/>	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
		SİGORTA	☐
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>
	İLAN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ

Karar No:2016/27 Tarih: 24.06.2016

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tamamının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Yrd. Doç. Dr. Barış UZUNOK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Yrd.Doç.Dr.Barış UZUNOK	Fizyoloji	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Celile HATİPOĞLU	Halk Sağlığı	Rize Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Atilla TOPÇU	Tıbbi Farmakoloji	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hemşire Aynur YILMAZ	Hemşirelik	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hemşire Melek KAMACI	Hemşirelik	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Melek YAŞAR	Avukat	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Recep KOYUNCU	Sivil Üye	Rize İl Müftülüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurulu Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Barış UZUNOK

9. ÖZGEÇMİŞ

 <p>RECEP TAYYIP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ</p>	<p>RECEP TAYYIP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ</p> <p>TIP FAKÜLTESİ</p> <p>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</p> <p>ÖZGEÇMİŞ FORMU</p>	
--	--	--

A. KİŞİSEL BİLGİLER

A.1.	Adı soyadı: Tuğçe Taşkın Uyan
A.2.	Doğum tarihi ve yeri: 13.09.1984, Merkez/ ZONGULDAK
A.3.	Yabancı dil bilgisi: Orta derecede İngilizce
A.4.	Görev yeri: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize
A.5.	İletişim bilgileri (e-posta adresi / telefon): tucetas_84@hotmail.com , 05069218938

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

B.1.	Mezun olduğu üniversite / fakülteyi lütfen belirtiniz: 19 Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi
B.2.	Mezuniyet tarihini lütfen belirtiniz (yıl olarak): 2009
B.3.	Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz: Arş. Görv.

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

C.1.	Bugüne kadar çalıştığı kurum / kuruluşları lütfen belirtiniz: Samsun 112 Komuta Kontrol Merkezi
------	---

D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

D.1.	İyi Klinik Uygulamalar (İKU) konusunda eğitim alınmışsa lütfen tarihi ve alınan kurum / kuruluşun adı ile belirtiniz:
------	---

D.2.	Varsa, araştırmacı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:
------	---

D.3.	Varsa, izleyici (monitör) olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:
------	--

D.4.	Varsa, saha görevlisi olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:
------	--

D.5.	Varsa, araştırma eczacısı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:
------	--

E. ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI

E.2.	Özgeçmiş Sahibi
E.2.1.	El yazısıyla adı soyadı:
E.2.2.	Tarih (gün/ay/yıl olarak):
E.2.3.	İmza:

