

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ŞİZOFRENİDE ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİNİN NEDENSEL
BİR İLİŞKİSİ VAR MI? ŞİZOFRENİ HASTALARI VE SAĞLIKLI
KARDEŞLERİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİ YÖNÜNDEN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Zeynep YILDIZ AKBAY

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

2012

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ŞİZOFRENİDE ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİNİN NEDENSEL
BİR İLİŞKİSİ VAR MI? ŞİZOFRENİ HASTALARI VE SAĞLIKLI
KARDEŞLERİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİ YÖNÜNDEN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Zeynep YILDIZ AKBAY

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

ANABİLİM DALI BAŞKANI: Prof. Dr. Ümit TURAL

2012

TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasında, asistanlık eğitimimiz süresince bizlerden bilgi ve birikimlerini hiçbir zaman esirgemeyen başta tez danışman hocam Sayın Prof. Dr. Mustafa YILDIZ'a, Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Ümit TURAL'a, Prof. Dr. Ahmet Tamer AKER'e, Prof. Dr. Bülent COŞKUN'a, Doç. Dr. İrem YALUĞ ULUBİL'e, Doç. Dr. Aslıhan POLAT'a, Yrd. Doç. Dr. Cem CERİT'e, Çocuk Ruh Sağlığı ve Nöroloji rotasyonunda eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma;

Her türlü desteği veren ve ellerinden geldiği kadar yardımcı olan beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan ve diğer çalışma arkadaşlarıma, özellikle tez aşamasında yardımını esirgemeyen sevgili Nesligül'e,

Tüm eğitim hayatım boyunca her zaman arkamda olan ve her türlü maddi ve manevi desteği sağlayan sevgili annem, babam ve kardeşlerime;

Bu zorlu süreçte elinden gelen her türlü desteği sağlayan sevgili eşim Evren'e ve biricik kızım Melis Naz'a en içten duygularla teşekkür ederim.

Dr. Zeynep YILDIZ AKBAY

SİMGELER VE KISALTMALAR

- ABD: Amerika Birleşik Devletleri
- AMPA: α -amino-3-hidroksi-5-metil-4-isoksazolpropionik asit
- BTADB: Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk
- CGIS: Clinical Global Impression Scale
- CTQ-28: Childhood Trauma Questionnaire
- ÇÇÖ: Çocukluk Çağı Örselenmeleri
- ÇÇÖÖ: Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği
- ÇKB: Çoğul Kişilik Bozukluğu
- DES: Dissociative Experiences Scale
- DSM-IV: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-IV
- DYKG-I: DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
- DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği
- EEG: Elektroensefalografi
- GABA: Gama amino bitürik asit
- GAS: Global Assesment Scale
- HPA: Hipotalamo-pitüiter-adrenal
- İGDÖ: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği
- KGÖİ: Klinik Genel İzlenim Ölçeği
- KSH: Kortikotropin- salıverici hormon
- LC: Lokus ceruleus
- NA: Noradrenalin
- NBDÖ: Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
- NMDA: N-metil-D-aspartik asit
- PBDÖ: Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
- SANS: Scale for the Assesment of Negative Symptoms
- SAPS: Scale for the Assesment of Positive Symptoms
- SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM IV

TABLolar

Tablo 1. Şizofreni tanı ölçütleri (DSM IV ve ICD-10'a göre)

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun nüfus özellikleri

Tablo 3. Hasta grubunun klinik özellikleri

Tablo 4. Hasta grubunda İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGDÖ), Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGIÖ), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ) ölçek puan ortalamaları

Tablo 5. Hasta ve kontrol grubunun Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği (ÇÇÖÖ) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) puanları yönünden karşılaştırılması

Tablo 6. Hasta ve kontrol grubunda Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ile Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği (ÇÇÖÖ) puanları arasındaki bağıntı çözümlemesi

Tablo 7. Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği (ÇÇÖÖ) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ile hastanın yaşı, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın süresi, hastanede yatış sayısı, toplam yatış süresi, Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGIÖ), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGDÖ) ve başarı ile bitirilen eğitim süresi (yıl) arasındaki ilişki

Tablo 8. Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği (ÇÇÖÖ) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ile Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ) ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ) toplam ve alt ölçekleri arasındaki bağıntı çözümlemesi

Tablo 9. Çocukluk çağı örselenme ölçeği (ÇÇÖÖ) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ile pozitif belirtiler (anlamlılığı $p<0.05$ olanlar) arasındaki ilişki

Tablo 10. Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği (ÇÇÖÖ) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ile negatif belirtiler (anlamlılığı $p<0.05$ olanlar) arasındaki ilişki

Tablo 11. Çocukluk çağı örselenme yaşantılarının psikopatoloji ile ilişkisi ($p<0.01$) (orta düzeyde anlamlılığı olanlar)

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
GİRİŞ	1
1. Şizofreni	1
1.1. Tanım	1
1.2. Tanı	1
1.3. Şizofreni Alt Tipleri Tanı Ölçütleri	2
1.4. Şizofreni Tarihçesi	3
1.5. Epidemiyoloji	5
1.6. Şizofreni Gelişiminde Risk Etmenleri	5
1.6.1. Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum	5
1.6.2. Sosyoekonomik Durum	5
1.6.3. Irk, Etnik Köken, Göçmenlik, Şehirleşme Etkisi	5
1.6.4. Doğum Mevsimi	6
1.6.5. Doğum Öncesi Dönem ve Doğumsal Artsorunlar	6
1.6.6. Baba Yaşı	7
1.6.7. Esrar (Kannabis)	7
1.6.8. Bağışıklık Sistemi	7
1.6.9. Genetik Etkenler	7
1.7. Nöroanatomik Değişiklikler	8
1.8. Nörokimyasal Değişiklikler	8
1.9. Sinir Gelişimsel ve Sinir Yozlaşması Varsayımları	9
1.10. Kişilik Özellikleri	10
1.11. Zorlu Yaşam Olayları	10
2. Çocukluk Çağı Örselenmeleri	12
2.1. Örselenme Kavramı	12
2.2. Çocukluk Çağı Örselenme Tipleri	12
2.3. Risk Etmenleri ve Epidemiyoloji	14
2.4. Çocukluk Çağı Örselenmelerinin Neden Olduğu Biyolojik Değişiklikler	16
2.4.1. Nörobiyolojik Bulgular	16
2.4.2. Nöroanatomik Bulgular	17
2.5. Çocukluk Çağı Örselenmelerinin Neden Olduğu Ruhsal Sorunlar	17
3. Çocukluk Çağı Örselenmesi İle Yakından İlişkili Bir Ruhsal Hastalık Olarak Dissosiyatif Bozukluk	19
3.1. Tanım ve Yaygınlık	19
3.2. Dissosiyatif Bozukluğun Tarihçesi.....	20
3.3. Dissosiyatif Bozukluğun Sinirsel Temelleri.....	21
3.4. Dissosiyatif Bozukluğun Alt Tipleri	22

3.5. Normal Dissosiyatif Süreçler	22
3.6. Örselenme ve Dissosiyasyon	23
3.7. Çocukluk Çağı Örselenmesinin Kökeninde Olasılıkla Yer Aldığı Ruhsal Hastalık Olarak Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar.....	23
4. Çalışmanın Amacı.....	26
5.Yöntem Ve Gereçler	28
5.1. Örneklem	28
5.2. Çalışmada Kullanılan Gereçler	29
5.3. Sayımsal Çözümleme.....	31
BULGULAR	32
TARTIŞMA	40
ÖZET	47
SUMMARY.....	49
KAYNAKLAR.....	51
EKLER.....	59







GİRİŞ

1. ŞİZOFRENİ

1.1. Tanım

Şizofreni kişinin düşünce, algılama ve davranışlarını önemli derecede etkileyerek iş, toplumsal ve özel yaşamında çeşitli düzeylerde sorunlara neden olan bir hastalıktır (1). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabında (DSM-IV), şizofreni işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan, en az altı ay süren ve aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin bulunması ile ayırddedilen bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Bu belirtiler: Sanrılar, varsanılar, dağınık konuşma, dağınık ya da donakalım davranışları, yoksunluk belirtileri (duygulanımda küntleşme, düşünce fakirleşmesi, istenç bozulması) olarak belirtilmiştir (1).

1.2. Tanı

Klinik uygulamada günümüzde yaygın biçimde kullanılan ICD ve DSM sınıflama sistemlerinde şizofreni için önerilen tanı ölçütleri Tablo 1’de gösterilmiştir (1,2).

Tablo 1. Şizofreni tanı ölçütleri (DSM IV ve ICD-10’a göre)

DSM-IV	ICD-10
A- Ayırddedici belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması: 1) sanrılar 2) varsanılar 3) dağınık konuşma (örneğin çağrışımlarda dağınıklık ya da tutarsızlık) 4) ileri derecede dağınık ya da donakalım davranışı 5) yoksunluk belirtileri, yani duygulanımda küntleşme, düşünce fakirleşmesi, istenç bozulması Not: Sanrılar tuhaf ise ya da varsanılar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerinde sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir belirtinin bulunması	A- 1) düşünce yankılanması, düşünce sokulması ya da çekilmesi ve düşünce yayımlanması 2) kontrol edilme, etkilenme ya da edilgenlik sanrılar (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ya da duyuları etkileyen) 3) sanrılı algılama, hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanıları ya da bedeninin belli bölgesinden gelen varsanısal sesler 4) tümü ile olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren başka sanrılar. Örneğin dinsel/siyasal kimliğe ya da insanüstü güç ve yeteneklere sahip olma

yeterlidir. B- Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir). C- Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; öncü ya da kalıntı belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, öncü ya da kalıntı dönemlerde, sadece yoksunluk belirtileriyle ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir. D- Şizofrenik Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun dışlanması: Şizofrenik Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif-evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda Major Depresif, Manik ya da Karma Dönemler ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif-evre belirtileri sırasında duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve kalıntı dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur. E- Madde kullanımının ve genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır. F- Bir yaygın gelişimsel bozuklukla ilişkisi: Otistik Bozukluk ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle belirgin sanrı ya da varsanılar da varsa Şizofreni ek tanısı konabilir.	(hava durumunu denetleme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme gibi) B- 1) 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. 2) düşünce akışında kopma ve başka düşünce sokulmaları, bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (tutarsızlık), uygunsuz konuşma ya da sözcük uydurma 3) donakalım davranışı, örneğin taşkınlık, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, olumsuzculuk, konuşmazlık ve yarıkoma hali. 4) yoksunluk belirtileri, örneğin belirgin kayıtsızlık, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme ya da uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle toplumsal çekilme ve toplumsal başarının düşmesine yol açar; bu belirtiler çökkünlüğe ya da antipsikotik ilaç tedavisine 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.
--	---

1.3. Şizofreni Alt Tipleri Tanı Ölçütleri

DSM IV tanı sistemi şizofreniyi daha çok klinik bulguları göz önünde bulundurarak beş alt tipe ayırmaktadır (1):

Paranoid Tip: Aşağıdaki ölçütlerin karşılandığı şizofreni tipidir:

I. Bir veya daha fazla sanrı ya da sık işitsel varsanıların olması

II. Şunlardan hiçbirinin belirgin olarak görülmemesi: Dağınık konuşma, dağınık ya da donakalım davranışı, sığ ya da uygunsuz duygulanım.

Dağınık Tip: Aşağıdaki ölçütlerin karşılandığı şizofreni tipidir ve aşağıdakilerin hepsi belirgin olarak görülmelidir;

I. Dağınık konuşma

II. Dağınık davranış

III. Sığ ya da uygunsuz duygulanım.

Donakalım Tipi: Klinik görüntünün aşağıdaki ölçütlerden en az ikisi tarafından baskın olarak oluşturulduğu şizofreni tipidir:

I. Katalepsi (balmumu esnekliği de dahil olmak üzere) ya da yarıkoma haliyle izlenen motor hareketsizlik

II. Aşırı motor etkinlik (dış uyaranla etkilenmeyen ve belirgin olarak amaçsız olan motor hareket artışı)

III. Aşırı olumsuzculuk (tüm komutlara karşı kayıtsız biçimde direnç gösterme ya da onu hareket ettirmeye yönelik tüm girişimlere karşın, kişideki katı vücut duruşunun korunması) ya da konuşmama durumu

IV. Duruş alma (istemli olarak uygunsuz ya da acayip vücut duruşu, basmakalıp hareketler, belirgin manyerizm ya da grimas) ile görülen istemli hareketlerde acayiplikler

V. Konuşma yankılaması ya da hareket yankılaması

Ayrışmamış Tip: A ölçütlerini karşılayan belirtilerin gözlendiği, ancak bu belirtilerin paranoid, dağınık ya da donakalım tipi ölçütlerini karşılamadığı şizofreni tipidir.

Kalıntı Tip: Aşağıdaki ölçütlerin karşılandığı şizofreni tipidir:

I. Belirgin sanrı, varsanı, dağınık konuşma ve ileri derecede dağınık ya da donakalım davranışı bulunmamalı

II. Yoksunluk belirtileri veya iki ya da daha fazla A ölçütünü karşılayan belirtilerin (garip inanışlar, alışılmadık algı deneyimleri vb.) hafif şekillerde bulunması ile süregenlik göstermeli.

1.4. Şizofreni Tarihçesi

Eski çağ Sanskrit yazılarında ve Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan hekimlerinin tanımlamalarında şizofrenik türde ruhsal hastalığın tanımlandığı bildirilmektedir.

Orta çağ Avrupa'sında şeytana tutulmuş diye bilinen ruh hastalarının önemli bir bölümü kuşkusuz şizofreni hastalarıydı. 18. yüzyılın başında İngiltere'de John Haslam ve George Man'ın gençlik çağında başlayan içe kapanma, düşünce bozukluğu ile giden ve bir ad veremedikleri iç kökenli bozukluğun şizofreni olduğu düşünülebilir (3).

“Démence précoce” (erken bunama) deyimini ilk olarak Morel 1860'da kullanmıştır. 1871'de Hecker “hebefreni”yi ve 1874'de Kahlbaum “katatoni”yi tanımladıktan sonra, 1896'da tanınmış Alman ruh hekimi Kraepelin bu iki hastalık tipine “paranoid” ve “basit” tipleri de ekleyerek, hepsini “dementia praecox” tanısı altında toplamıştır. 1911'de yayınladığı “Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu” adlı kitabı ile yeni bir çığır açmış olan İsviçreli Eugen Bleuler, hastalığın Kraepelin'in sandığı gibi erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını göstermiş, bu hastalıkta kişinin ruhsal hayatındaki yarılmaya (schisme) önem vererek “schizophrenia”, yani “zihin bölünmesi, yarılması” adını önermiştir (2,3).

Bleuler zihinsel bölünme konusundaki varsayımını geliştirmek amacıyla bazı temel belirtileri tanımlamıştır. Bleuler'in, “4A Belirtisi” Çağrışım (Assosiasyon), Duygulanım (Affekt), Otizm (Autism) ve İkircikliliği (Ambivalansı) kapsamakta, ek belirtiler arasında varsanılar ve sanrılar bulunmaktadır. Psikobiyoloji okulunun kurucusu olan Adolf Meyer, şizofreni ve diğer ruhsal bozuklukları çeşitli yaşam zorlanmalarına karşı birer tepki olarak değerlendirmiş, bu belirgeye de bu yüzden “şizofrenik reaksiyon” adını vermiştir. Kişilerarası psikoanalitik okulun kurucusu olan Harry Stack Sullivan toplumsal yalıtımın şizofreninin hem bir nedeni, hem de bir belirtisi olduğu üzerinde durmuştur. Gabriel Langfeldt ise kuramsal biçimlendirmelere gitmektense deneysel deneyimlerden yola çıkarak birtakım ölçütler tanımlamış ve bu bozukluğu, “gerçek şizofreni” ve “şizofreniform psikoz” olarak ikiye ayırmış; gerçek şizofreni tanısını sinsi bir başlangıç, içe kapanma, duygusal küntlük, özeyabancılaşıma, gerçekdışılaşıma bulgularına dayandırmıştır. Kurt Schneider şizofrenide birinci sıra belirtiler olarak adlandırdığı birtakım belirtileri tanımlamış; bu belirtilerin şizofreniye özgü olmaktansa tanı koymada yardımcı olduklarını belirtmiştir (2).

1.5. Epidemiyoloji

Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı %1-1.5, toplumsal yaygınlığı ise bazı coğrafik değişimlere bağlı olarak 1.000’de 0.5 ile 5.0 arasında değişmektedir. Şizofreni kadın ve erkeklerde hemen hemen eşit oranlarda görülmektedir (4).

Şizofreni hastalarının yaklaşık %10’u özkıyım girişiminde bulunmaktadır ve şizofreni hastalarının yaşam süreleri sağlıklılara göre %20 daha kısadır (3,4).

1.6. Şizofreni Gelişiminde Risk Etmenleri

1.6.1. Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum

Erkeklerde hastalığın başlangıç yaşı sıklıkla 15-25 arasında iken kadınlarda 25-35 arasındadır (4). Kadınlarda başlangıç yaşı erkeklere oranla ortalama 5 yıllık bir gecikme süresi göstermektedir. Otuzlu yaşların ortalarına kadar erkeklerde daha sık gözlenirken, 40 yaşından sonra kadın erkek oranı kadınların lehine yükselmektedir. Şizofrenide başlangıç yaşı arttıkça, hastalık oluşmasında genetik belirleyiciliğin azaldığına dair çalışmalar vardır. Daha ileri yaşta şizofreni hastalığı gelişen kişilerde genetik belirleyiciliğin etkisi azaldığı için hastaların akrabalarında da genetik belirleyiciliğin etkisi daha az olacaktır ve hastalığı erken yaşta başlayanların akrabalarına göre risk daha düşük olacaktır (3).

Şizofreni sıklığı cinsiyete göre farklılık göstermemekle birlikte, son yıllarda yapılan iki ayrı sistemli gözden geçirmede erkek/kadın oranı 1.4 olarak belirtilmiştir (5,6).

Şizofreni hastaları arasında evli olmayanların evli olanlara oranı daha fazla saptanmıştır (4).

1.6.2. Sosyoekonomik Durum

Yoksulluk ve düşük sosyoekonomik düzey yüksek oranda şizofreni ile ilişkili bulunmuştur. Bu ilişki iki varsayımla açıklanmaktadır. Bunlardan birine göre zorlu yaşam olayları şizofreni riskini arttırmaktadır ve toplumsal koşullar şizofreninin ortaya çıkmasında önemlidir. Diğer varsayıma göre ise şizofreni bireyin sosyal ve iş yaşamındaki işlevselliğini bozmakta, bu da şizofreni hastalarının sosyoekonomik olarak daha düşük düzeylere kaymasına neden olmaktadır (4).

1.6.3. Irk, Etnik Köken, Göçmenlik, Şehirleşme Etkisi

Şizofreninin ırklara göre daha az veya daha çok görüldüğünü düşündürecek veri yoktur. Özellikle İngiltere ve Hollanda’da yapılan çalışmalarda göçmenlerde

şizofreni riskinin 2-13 kat arttığı gösterilmiştir (5). Yapılan bir çalışmada göçmenliğin, aile öyküsünden sonra şizofreni oluşumunda en büyük etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Dışlanmış, toplumsal olarak alt düzeyde, geleneksel desteklerden yoksun kalan kişilerin, karmaşık toplumsal işlemler karşısında yürütücü işlevler açısından zorlanmasının yatkın kişilerde tetikleyici olabileceği öne sürülmektedir. Ancak, göçmenliğin yarattığı sorunların doğrudan şizofreniye yol açtığı gösterilebilmiş değildir (7).

Şehir ve kırsal arasında şizofreni riski açısından farklılıklar mevcuttur. Bu durum seçici göç ve toplumsal kayma varsayımıyla açıklanmaya çalışılmıştır. Seçici göç varsayımına göre, bulundukları topluma, ailelerine uyum sağlayamayan, kabul görmeyen ‘tuhaf’ kişilerin şehirlere göç etmesi; toplumsal kayma varsayımına göre ise toplumsal, mesleki başarı sağlayamayanların şehirlerin en düşük sosyoekonomik düzeyli bölgelerinde toplanması nedeniyle şehirlerde risk artmaktadır (7). Güncel çalışmalar, şehirde doğup büyüyen kişilerde şizofreni riskinin 2-4 kat arttığını göstermektedir (8). Şehir etkisini açıklamak için birey ve ortama ait enfeksiyonlar, doğumsal artsorunlar, beslenme, zehirler, nüfus yoğunluğu, kalabalık ev halkı, toplumsal yalıtım ve diğer toplumsal ekin sel zorlanmalar incelenmiştir. Ancak şehir etkisinin varlığını gösteren birçok araştırma bulunsa da bu etkinin hangi düzenekler ile hastalık gelişiminde rol aldığı henüz gösterilememiştir (8,9).

1.6.4. Doğum Mevsimi

Bazı çalışmalarda şizofreni hastalarında geç kış ya da bahar aylarında doğanların oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir (4). Birçok araştırmacı bu klinik bulguyu viral enfeksiyonların beyinde nöron göçünü etkilemesiyle ilişkili olarak yorumlarken, şizofreni hastalarında kış ve bahar doğumlarının daha sık olduğunu desteklemeyen çalışma bulguları da bulunmaktadır (9).

1.6.5. Doğum Öncesi Dönem ve Doğumsal Artsorunlar

Doğum öncesi dönemde annenin yaşadığı aşırı çevresel zorlanmanın fetüsü etkileyerek şizofreni gelişimi için bir risk oluşturabileceği, ayrıca doğum öncesi ilk üç ayda yetersiz beslenmenin neden olduğu açlığın şizofreni gelişimi bakımından duyarlılığa ve artmış riske neden olabileceği ileri sürülmüştür. Yine şizofreni gelişen hastaların bebekliklerinde tanımlanan düşük doğum ağırlığı ve baş çevresinin genişliğinde izlenen küçüklük de beslenme yetersizliği ile bağdaştırılmıştır (4).

Gerek merkezi sinir sistemini tutan enfeksiyonlarda psikotik belirtilerin izlenebilmesi, gerekse şizofreni hastalarının annelerinde hamilelik döneminde saptanan enfeksiyonların sıklığı, şizofreni oluş nedenleri arasında viral enfeksiyonlar başta olmak üzere doğum öncesi enfeksiyonların rolünü gündeme getirmiştir (9). Doğumsal olay veya artsorunların şizofreni riskini arttırdığı bilinmektedir. Doğumsal artsorunları olan şizofreni hastalarında erken başlangıç, yoksunluk belirtileri ve kötü gidiş ön plandadır (4).

1.6.6. Baba Yaşı

55 yaş üstü babaların çocuklarında 20-24 yaş grubuna göre şizofreni riskinin 3 kat arttığı bildirilmektedir (10).

1.6.7. Esrar (kannabis)

Bazı çalışmalarda esrar kullanımının şizofreni görülme riskini arttırdığı bildirilmektedir (11).

1.6.8. Bağışıklık Sistemi

Şizofreni tanılı kişilerde, bağışıklık sistemiyle ilgili bazı değişiklikler görülmektedir. Bunların başlıcaları T hücresi interlökin 2 üretiminde azalma, lenfositlerin sayısında ve etkinliğinde azalma, nöronlara karşı anormal hücrel ve salgısal tepkime ve beyin dokusuna karşı antikorların varlığıdır. Bu bulguların sinir hücrelerini hasarlayan bir virüs enfeksiyonuna ya da iç kökenli bir otoimmün hastalığa bağlı olabileceği düşünülmüştür (9).

1.6.9. Genetik Etkenler

Şizofreni ve şizofreni yelpaze bozukluklarının kalıtsal bir bileşeni olduğu iyi bilinmektedir. Aile üyelerinde şizofreni gelişme riski hastayla olan biyolojik yakınlık ile ilişkilidir ve paylaşılan gen oranı arttıkça şizofreni gelişme riski artmaktadır (12). Üçüncü derece akrabalar (örn. kuzenler) genlerinin %12,5'ini paylaşırlar ve şizofreni için %2'lik risk taşırlar. İkinci derece akrabalar genlerinin %25'ini paylaşırlar ve %6'luk bir risk gösterirler. Birinci derece akrabalar (örn. kardeşler, çift yumurta ikizleri) genlerinin %50'sini paylaşırlar ve %9'luk bir risk gösterirler. Tek yumurta ikizlerinde ise genetik yapı %100 aynıdır ve %50'ye yakın bir risk gösterirler (13). Bu nedenle şizofrenide, birinci derece akrabada hastalığın varlığı en önemli göreceli risk etkenidir (14).

Şizofrenide en fazla anormallik bildirilen genler ve kromozom bölgeleri

Dysbindin (6p22), Neuregulin 1 (8p12), DISC 1 (1q42), COMT (22q11), DAOA(G72)/G30 (13q33) ve BDNF (11p13) olarak belirlenmiştir (15).

1.7. Nöroanatomik Değişiklikler

Şizofreni hastalarının beyinlerinin hipokampus ve entorinal kabuklarında, gelişimin ileri evrelerine rastlayan geç nöron göçünün hatalı olmasının hücre yapılanmasının da kusurlu gelişmesine neden olduğu, bunun hastalık oluşumunda önemli bir noktayı oluşturduğu, yankafa ve önkafa yumrularının beyaz cevherlerindeki nöronların dağılımında oluşan değişikliklerin hatalı göçe ya da programlanmış hücre ölümündeki değişikliklere bağlı olduğu bildirilmektedir. Şizofreni hastalarında nöroanatomik değişikliklerin saptanması hastalığın oluşumunda bu değişikliklerin rol oynayabileceğini düşündürmüştür. En sık bildirilen nöroanatomik bulgu; sağlıklı kontrollere göre, yan ve üçüncü karıncıklarda genişleme olmasıdır. Karıncıklarda genişlemenin yanı sıra, oylumlarda genişleme ve beyincikte küçülme de bildirilmektedir (16).

1.8. Nörokimyasal Değişiklikler (17)

Dopamin Varsayımı: D2, D3, D4 almaçlarının duyarlılığındaki artış taşkınlık belirtilerinden, D1 ve D5 almaçlarının duyarlılığındaki azalma yoksunluk belirtilerinden ve bilişsel işlevlerdeki kayıptan sorumlu tutulmuştur.

Ayrıca mezensefalondan limbik sisteme uzanan dopamin yollarındaki etkinlik artışı taşkınlık belirtilerine, mezensefalondan alın kabuğuna uzanan dopamin yollarındaki etkinlik azalması ise yoksunluk belirtilerine ve bilişsel bozukluğa neden olmaktadır.

Sinirgelişimsel yaklaşıma uygun olan bir görüşe göre; alın kabuğundaki dopamin yetersizliğini gidermek üzere, işlevsel olarak ve yaygın bir şekilde limbik alanlarda dopamin etkinliği artmakta ve bu durum taşkınlık belirtilerine neden olmaktadır.

Serotonin Varsayımı: Şizofreninin oluşumunda 5HT1, 5HT1D, 5HT2, 5HT3, 5HT6 ve 5HT7 almaçlarının duyarlılığındaki değişiklikler de sorumlu tutulmuştur.

Glutamat sinir sistemi gelişimi sırasında sinir uzantılarının hedeflerine yönelmelerinde ve gerek genetik, gerek bağlantısal, gerekse yapısal düzeylerdeki sinirsel uyumun oluşumunda rol almaktadır. Şizofrenide beynin belirli bölgelerinde glutamatla ilgili sinir iletim anormalliklerinin olabileceği ve bozukluğun NMDA

almaç sayısının düşmesi ve almaç etkinliğinin azalması sonucu ortaya çıkan “azalmış glutamat etkinliği” ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. NMDA almaçlarının olası rolü daha fazla vurgulanmakla beraber AMPA ve kainat almaçlarının ifade bozukluklarından da söz edilmektedir.

GABA nöronlarının dopamin ve glutamat nöronları üzerine güçlü baskılayıcı etkisi olduğundan, alın kabuğundaki GABA değişikliklerinin şizofrenide rolü olabileceği düşünülmektedir.

1.9. Sinirgelişimsel ve Sinirsel Yozlaşma Varsayımları

Şizofreni oldukça karmaşık bir bozukluk olup oluşumunda birden fazla etkenin rol oynadığı düşünülmektedir. Şizofreni oluşumunda sinirgelişimsel, sinirsel yozlaşma ve karma varsayım olmak üzere 3 genel varsayımdan söz edilmektedir (17).

Sinirgelişimsel varsayıma göre; şizofreninin beynin gelişimi sırasında oluşmaya başlayan bir bozukluk olduğu ileri sürülmektedir. Bu konuda özellikle önkafe, üstkafe, yankafe ve limbik kabuk arasında anormal bağlantılara yol açan “anormal beyin gelişimi” üzerinde durulmaktadır. Sinir gelişiminin erken dönemlerinde, genetik ve erken gelişimsel etkenlerin bir araya gelmesiyle beyin hasarı oluşmakta, beynin normal olgunlaşma süreci bozulmakta ve sinir gelişimi olumsuz etkilenmektedir. Bu etki, hücre çoğalması, farklılaşması, hücre göçü, bağlantısal budanma ve programlı hücre ölümü aşamalarında olabilir. Sinir dizgesinin gelişimiyle birlikte tüm bu etkiler sonucunda ortaya çıkabilecek sinyal iletimi ve sinir devrelerindeki bozulmaların, şizofreni belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açtığı düşünülmektedir.

Sinirsel yozlaşma varsayımına göre; hastalığın oluşumunda süregelen ve ilerleyici yıkım rol oynamaktadır. Şizofrenide, ilerleyici nitelik gösteren sinirsel yozlaşma ile seyreden hastalıkların bazı özelliklerinin bulunduğu düşünülmektedir. Yine bazı çalışmalar sonucunda süregelen şizofrenili hastalarda izlenen beyin yapılarında hacim azalması gibi anatomik değişikliklerin, ilk dönem şizofreni hastalarında izlenmediği vurgulanmaktadır. Bazı araştırmacılar ise, şizofreni hastalarının beyin kabuğu gri cevherlerinde ilerleyen azalma bulduklarından bahsetmişler ve yoksunluk belirtileriyle gliosis ve programlı hücre ölümü arasındaki ilişkiyi vurgulamışlardır. Sinirsel yozlaşma varsayımının aleyhine olan en önemli bulgu ise yozlaşmanın bir

göstergesi olan gliozisin MR'da şizofreni hastalarının beyinlerinde saptanamamış olmasıdır.

Karma varsayım; yaşamın erken evresinde tamamlanan, hastalık başlayana kadar belirti göstermeyen, hastanın giderek kötüleşmesine yol açan böyle bir klinik tablonun, yalnızca sinirgelişimi ya da sinir yozlaşması ile açıklanması zor görünmektedir. Bu nedenle şizofrenide hem sinirgelişim hem de sinirsel yozlaşma süreçlerinin varolabileceği öne sürülmektedir. Kişide sinirgelişimsel bir kusur bulunması halinde, hastalığın ortaya çıkacağı döneme kadar sağlıklı alanlar bu durumu telafi edebilir. Bu kusur normal gelişimsel olaylarla ya da çevresel etmenlerle etkileşerek hastalığı başlatıyor olabilir (17,18). Biyolojik, ruhsal, toplumsal ve çevresel etmenlerin karşılıklı etkileşiminin anlatımı olan, zorlanma-yatkınlık modeline göre, özel bir yatkınlığı bulunan bir kişi, zorlu bir durumla karşılaştığında şizofreni belirtileri geliştirebilir. Çevresel, biyolojik (enfeksiyon) ve ruhsal (aile içi sorun veya bir yakının ölümü) etmenlerle birlikte olabilmektedir (19).

1.10. Kişilik Özellikleri

Şizofreni için risk etmenleri arasında erken çocukluk özellikleri ve kişilik yapısı da incelenmiştir. Çocukluk dönemindeki şizoid ve şizotipal kişilik özellikleri üzerinde durulmuştur. Bazı hastalarda erken gelişim özellikleri olarak konuşma ve eğitim sorunları, tek başına oynama eğilimi, yakın arkadaşın olmayışı, küçük grupları tercih etme, toplumsal ortamlarda tedirginlik duyma, ergenlikte toplumsal uyumun zayıflığı, karşı cinsten sürekli bir arkadaşının olmayışı gibi özelliklerin varlığından söz edilmiştir. Bu durumun hastalığın oluşmasından çok önce, hatta çocukluk döneminde başladığı ve bunun da hastalıkla ilişkili olduğu düşünülmektedir (2).

1.11. Zorlu Yaşam Olayları

Hem akut şizofreni belirtilerinin başlamasından önce hem de hastalığın depresmesinden önceki sürelerde, kişinin yaşadığı zorlu yaşam olaylarının varlığından söz edilmektedir. Kişisel ve ailevi göç öyküsü önemli bir risk etkeni olarak değerlendirilmektedir. Ancak burada rol oynayan nedenler hâla kesin olarak bilinmemektedir. Bazı yazarlar bu kişilerin zaten hastalanmaya başladıkları için belli bir yerde barınamayıp göç ettiklerini ileri sürerken, bazıları da hastalığa yatkınlığı olan kişilerde değişen çevrenin, toplumsal eşitsizliği algılamanın etkili olabileceğini ileri sürmektedir. Göç edenlerin ikinci kuşak bireylerinde de şizofreni riskinde artış

izlenmekte olup, burada da kişileri etkileyen; yaşam zorlukları, enfeksiyonlar, madde kullanımı, toplumda yaşadıkları ırk ayrımcılığı gibi çevresel etkenlerin işe karıştığı öne sürülmektedir. Şehirlerde ve endüstri bölgelerinde köylere göre şizofreni sıklığı daha yüksektir. Toplumsal ve ekonomik destek zayıflığı da şizofreni sıklığını arttıran etmenlerden biridir (4,19).

Yapılan bazı çalışmalarda son 6 ay içindeki olumsuz yaşam olayları psikotik deneyimler ile ilişkili bulunmuştur. Yaşam boyu üzücü olay deneyimi şizofreni için yüksek riske sahip katılımcılarda psikotik belirtilerde artış ile ilişkili bulunmuş ve tek olaya karşın tekrarlayan örselleyici yaşam olaylarının psikoz riskini arttırdığı tespit edilmiştir (20).

Kanıtlanmış biyokimyasal bir bozukluk olmaması ve şizofreniyi ortaya çıkaracak özgül bir zorlanma kaynağı gösterilememiş olması ile birlikte çocukluk çağı örselenmeleri ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Çocukluk çağı örselenme yaşantısının şizofreni için yatkınlaştırıcı bir etken olabileceği ve en azından bazı belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olabileceğini gösteren çalışmalar (21) yanı sıra herhangi bir nedensel öneminin olmadığını gösteren çalışmalar da (22) vardır.

Çocukluk çağı örselenmesi genel toplum ve ruhsal hasta örneklemelerinde yaygındır. Çocukluk çağı örselenmeleri, erişkinlikte farklı ruhsal hastalıklara yol açabildikleri gibi, varolan psikopatolojilerin daha ağır bir seyir göstermesine de neden olmaktadır. Bu doğrultuda örselenme deneyiminin ruhsal toplumsal bir zorluk gibi rol oynadığı; zorlanmaların örselenme ve düşmanca, aşırı talepkar, yapılandırılmamış ortamlar gibi devam eden durumlarla karşılaşmanın yatkınlığa etki ederek yinelemelere neden olabildiği ve diğer alanlarda bozulmalara yol açabildiği; yetersiz başetme kaynaklarının, zorluğun, yineleme ve akut müdahale üzerindeki etkisini en aza indirebildiği; kaçınma davranışının, toplumsal yalıtımında olumsuz pekiştireç rolü oynadığı, kısıtlı toplumsal ilişkilere, toplumsal destek ve anlamlı uyarılarda azalmaya neden olarak hastalığın gidişini olumsuz etkileyebildiği ileri sürülmüştür (23).

2. ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİ

2.1. Örselenme Kavramı

Örselenme sözcüğü, bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır. Örselenme kavramı, kişinin kendisinin ya da yakınlarının bedensel ve ruhsal varlığına büyük bir tehlike olarak yaşadığı, aniden gelen ağır örseleyici olayları içermektedir. Örselenmeler, olağan savunma düzenekleri ve başatma yolları ile üstesinden gelinemeyecek, kaldırılamayacak ağırlıkta sarsıcı yaşantılardır. Bu yaşantıların etkisi bireyden bireye değişir ve kişinin ruhsal yapısı üzerine özgül etkiler bırakır (24). Örselenme yaşantıları, çocukluk çağında ve yineleyici olduğunda erişkinliğe dek uzanan ruhsal bozukluklara yol açabilir (25).

Çocukluk çağı örselenmesi, bireylerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmalin yanı sıra ebeveyn ya da bakım verenin kaybı, boşanma, ayrılıklar, göç, şiddete tanıklık, kazalar ve doğal afetler şeklinde olabilir (26).

Çocukluk çağı örselenmelerinin tanımlanması ve uzun dönem etkileri üzerine çeşitli görüşler bildirilmiştir. Pek çok kuramsal yaklaşım olmasına rağmen, bu konudaki en anlaşılır açıklamayı Terr yapmıştır. Terr örselenmeyi; olayı başlatan nedenden çok zorlayıcı etkene verilen tepki ya da dışsal olayların içsel ya da ruhsal sonucu şeklinde tanımlarken, aynı zamanda çocukluk çağı örselenmelerini klinik olarak iki bölüme ayırmıştır:

1. Tip Örselenme: Doğal bir afet, kaza ya da cinayet gibi beklenmedik ani, tek bir olay,
2. Tip Örselenme: Çocukluk çağındaki fiziksel ve cinsel istismar ile buna eşlik eden korku dolu beklenti gibi uzun süreli ya da tekrarlayıcı olay şeklinde tanımlamıştır (27,28).

2.2. Çocukluk Çağı Örselenme Tipleri

Çocukluk çağı örselenmeleri genellikle 5 kümede incelenmektedir:

Fiziksel İstismar: Bir kişinin 18 yaşından önce, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya

uğramasıdır. Kişi bunu kardeş rekabeti gibi bir aile içi çatışma olarak algılamış olmamalıdır (29).

Kaza dışı, kişinin sağlığına zarar verici her türlü davranış şeklinde tanımlanır. Çocuğun bakım vereni ya da diğer kişiler tarafından bedenine yönelik cezalandırılmaları, kapalı bir yere kilitlenme ve bağlanma bu tanım içinde yer alır. Fiziksel güç kullanımı vurma, sıkma, tekmeleme, yakma, ısırma, sıcak su dökme, zehirlenme, boğma şeklinde olabilir. En yaygın rastlanan ve belirlenmesi en kolay istismar türüdür. Ülkemizde fiziksel cezanın disiplin yöntemi olarak yaygın bir kullanımı olduğu bilinmektedir. Fiziksel istismara uğramış çocuklar toplumsal işlevsellik alanında yetersizlik ve yakın ilişki kurma güçlüğü yaşamakta; duygusal yoğunluğu az, öfke ve istismar davranışı içeren ilişkilerle dikkati çekmektedirler (30).

Fiziksel istismara uğramış çocuklarda bilişsel yetilerde bozukluk ve akademik başarısızlığa sık rastlanılmakta ve yüksek oranda nörolojik bozukluk bildirilmektedir. Fiziksel istismara uğramış kişilerde özkıyım düşünceleri ve girişimlerine daha yüksek oranda rastlanılmakta, ayrıca madde istismarı, kişilik bozuklukları, tehlikeli cinsel deneyimler gibi sorunların yanı sıra kaygı bozuklukları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu gibi bazı ruhsal hastalıklar da sık görülmektedir. Ağır fiziksel istismar olgularında örselenme sonrası zorlanma bozukluğuna da rastlanmaktadır (30).

Cinsel İstismar: Bir kişinin kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından cinsel organının okşanması, uyarılması, çocuğa cinsel organın gösterilmesi veya çocuğun kendi cinsel organını göstermeye zorlanması, vajinal veya anal ilişkiye girilmesi ya da çocuğun pornografi aracılığıyla kötüye kullanılması olarak tanımlanır (29).

Cinsel istismar cinselliğe teşvik eden konuşmalar, röntgencilik, teşhircilik gibi temas içermeyen biçimde olabileceği gibi cinsel organlara dokunma, oral seks, cinsel organ yoluyla temas etme, cinsel giriş (anal, genital, parmak, cisim, vb.) olarak da gerçekleşebilir (25). Çocuk istismar türleri içerisinde saptanması en zor olan türdür (30).

Cinsel istismar toplumda sık rastlanan bir durum olmasına karşın, çoğunlukla gizli kalmakta, en çok yüzde 5-10'u ortaya çıkmakta ve bu eylemlerin yüzde 90'ı

çocuğun tanıdığı biri tarafından gerçekleştirilmektedir. Yapılan araştırmalar cinsel tacizin en çok üç-beş yaşlar arasında görüldüğünü ortaya koymaktadır (30).

Cinsel istismara uğramış çocuklarda kaygı bozuklukları kısa sürede ortaya çıkabilmekte, uyku bozuklukları, kabuslar, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri gözlenmektedir. Çocuğun cinsel istismarında, istismarla birlikte yaşanan örseleyici cinsellik, ihanete uğramışlık hissi, güçsüzlük ve damgalanma gibi dört örseleyici dinamik yer alır. Bu dinamikler örselenmeye farklı bir yan katar, örseleyici olayın etkilerini ağırlaştırır ve çocuğun dünyayla ilgili bilişsel ve duygusal yönelimine zarar verir. Örselenme sonrasında çocuğun benlik algısında değişimler, duygulanım sürecinde bozulmalar yaşanır, kişilerarası ilişki kurma ve toplumsal ilişkileri sürdürebilme becerisi olumsuz etkilenir (30).

Duygusal İstismar: Kişinin duygusal ya da ruhsal sağlığını tehlikeye atacak derecede sözel tehdit, alay ya da küçük düşürücü yorumlara maruz kalmasıdır. Çocuğu uygunsuz biçimde suçlama, korkutma, alay etme, aşırı kısıtlayıp denetleme ve kendi tercihleri dışındaki eylemlere zorlama da bu tanıma girer. Duygusal istismar oldukça yaygındır ve sınırlarını çizmek bazen zorlaşabilmektedir, bu yüzden fark edilmesinde, tanımlanmasında, anlaşılmasında güçlük yaşanmaktadır (25,31).

Çocuk üzerinde güç sahibi olan, genellikle çocuğun yakın çevresinde bulunan kişi ya da kişiler tarafından gerçekleştirilir. Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik, değersizlik duyguları, uyumsuzluk ve saldırganlık gibi davranışlar sık görülür. Duygusal istismar çocuğun kişiliğini ve başarısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (31).

Fiziksel İhmal: Kişinin gerekli tıbbi bakımının verilmemesi, eksik yapılması veya geciktirilmesi, çocuğun yalnız bırakılması, evden kovma, beslenme, giyim ve temizlik ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması, güvenliğinin sağlanmayıp öngörülebilir tehlikelere karşı korunmaması bu tanım içinde değerlendirilmektedir (25).

Duygusal İhmal: Kişinin ruhsal bakım ihtiyaçlarına karşılık vermeme, yeterli sevgi ve ilgiyi göstermeme, toplumsal olarak gelişmesini desteklememe, diğer ebeveynin çocuğu kötüye kullanmasına izin verme şeklinde olabilir (25).

2.3. Risk Etmenleri ve Epidemiyoloji

Çocuklarda ihmal ve istismara neden olan etmenleri iç ve dış zorlanma etmenleri olarak kümelemek mümkündür. Dış zorlanma etmenleri ailede sıkıntı yaratarak

çocuğun ihmal ve istismarına yol açan bazı ekonomik, toplumsal, çevresel ve ekin sel özellikleri içerir. Ekonomik yetersizlik aile için en önemli zorlanma kaynaklarından biri olup yoksulluk, işsizlik, borçlanma şeklinde kendini gösterebilir ve iyi beslenememe, yetersiz ev koşulları, sağ lıksızlık gibi sorunları da beraberinde getirebilir. İç zorlanma etmenleri ise anne-babanın kişilik yapısı, çocuğun özellikleri ve çevreye bağı lı olarak çocuktan gereğinden fazla istekte bulunulması şeklinde olabilir. Anne-baba yoksunluğu ise ayrı bir iç zorlanma etmeni olarak ele alınabilir. Ölüm, boşanma veya ayrı bir yerde çalışma nedeniyle parçalanmış aileler, ihmal ve istismarda önemli bir risk kümesini oluşturmaktadır (30).

Anne-baba tarafından ihmal ve istismar, anne-baba arasındaki şiddete tanık olma, parçalanmış aileden gelme, çocuğun yaşam biçimini ve ilişkilerini önemli ölçüde etkileyerek çocuğun bunları öğrenerek taklit etmesine ve istismarcı bir kişilik kazanmasına neden olabilir (30).

Çocukluk çağı istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ile ilgili olarak tam bir görüş birliği yoktur. Bu konuda yapılmış olan sayımsal çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Bu farklılık, istismar kavramının tanımlanmasından, farklı örnek grupları kullanılmasından, bölgesel farklılıklardan ve toplumsal damgalamadan kaynaklanıyor olabilir. Olayın belirlenmesinin zorluğu ve bildirilmesindeki yetersizlikler, yayınlanan sonuçların gerçek rakamların çok altında olduğunu düşündürmektedir. Olguların dağılımı fiziksel ve duygusal ihmal %60, fiziksel istismar %20, cinsel istismar %10, duygusal istismar %7 şeklindedir. ABD’de her yıl 1200-1500 çocuğun kendi ailesi ya da bakım verenlerinin istismarı ya da ihmali sonucu öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin % 41’i 1 yaşın altındadır (32).

Çocuklukta cinsel istismara maruz kalma sıklığı %10-40 olarak saptanmıştır. Kızlarda erkeklere oranla 4 kat daha fazla görülmektedir. Cinsel istismar kurbanlarının %53’ü 14 yaşın altındadır. İstismarcılar genellikle erkektir, %5-15 suçlu ise kadındır (33).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde fiziksel istismarın 5-20/1000 civarında olduğu bildirilmektedir. Duygusal istismar tek başına görülebildiği gibi fiziksel ve cinsel istismarla birlikte de görülmektedir. Fiziksel istismar ve ihmal vakalarının %90’ında duygusal ihmal ve istismar olduğu saptanmıştır (34). Türkiye’de çocuk

istismarı konusunda yapılan araştırmalarda %78 gibi yüksek bir oran ile duygusal istismarın ilk sırada olduğu gör÷lmektedir. Fiziksel istismar %24 ve cinsel istismar %9 oranında bildirilmektedir. Yapılan araştırmalarda eğitimsiz ailelerin %40'ının çocuklarını istismar ederken, eğitim düzeyi yüksek ailelerde bu oranın %17 olduğu ve 7- 14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık %40'ının anne ve/veya babalarından fiziksel şiddet gördükleri belirtilmiştir (35).

2.4. Çocukluk Çağı Örselenmelerinin Neden Olduğu Biyolojik Değişiklikler

2.4.1. Nörobiyolojik Bulgular

Yaşamın erken döneminde ani ve süreğen zorlu yaşam olayları sinirleti ve sinirhormon dizgesini etkilemektedir. Erken dönemde uzun süre zorlu yaşam olaylarına maruz kalmak, kişilerde zorlanma tepkisine yol açar. Bu zorlanma tepkisi katekolamin ve glukokortikoid düzeylerinde yükselme şeklinindedir ve bu durum da beyin gelişimini olumsuz etkilemektedir (36).

Lokus ceruleus (LC) / Noradrenalin (NA) dizgesi zorlanma tepkisi düzeneğinin önemli parçalarından biridir ve zorlanmayla NA salınımında belirgin bir artış olur. Örselenmenin uzun sürmesi NA aşırı tüketimine ve bunun sonucunda zorlanmaya duyarlılık artışına neden olur. İnsanda, zorlanmaya tepki dizgesinin en önemli parçalarından birisi de hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) eksendir. Ani zorlanma ile HPA ekseninin etkinleşmesi sonrası yükselen glukokortikoid düzeylerine karşı, süreğen zorlanma durumunda, bu eksende baskılayıcı geri bildirimin etkinleşmesi ile organizma uyum sağlamaktadır. Süreğen zorlanmaya maruz kalanlarda, kontrol grubuna göre, dinlenme sırasında serum glukokortikoid düzeylerinde düşme, hipokampusta ise glukokortikoid almaçlarında artma olmaktadır. Ani zorlanma sırasında katekolamin ve glukokortikoid düzeyleri birlikte yükselmektedir (37).

Yaşamın ilk yıllarına ait zorlanma ile ruhsal ve bazı fiziksel bozuklukların gelişmesi arasındaki ilişkinin cortikotropin-salıverici hormon (CSH) salınımında ki ve sinir iletimindeki kalıcı değişiklikler sonucunda oluşabileceği görüşü de gittikçe önem kazanmaktadır (38).

Erken dönem zorlu yaşam olayları ile serotonin salınımı arasındaki düzensizliğe de dikkat çekilmektedir (36).

2.4.2. Nöroanatomik Bulgular

Çocukluk çağındaki örseleyici yaşantılar beyin alt sistemlerinin gelişimini etkilemektedir.

İstismara uğramış çocuklarda yapılan bir çalışmada korpus kallosum orta alanında küçülme, yan karıncık hacminde büyüme saptanmıştır. Erken başlangıç, tekrarlayan ve uzun süre devam eden istismarla toplam beyin hacmindeki küçüklük arasında ilişki bulunmuştur. Kaçınma, aşırı uyarılma ve dissosiyatif belirtiler ile karıncık hacmi arasında aynı yönde, beyin hacmi arasında ise ters yönde bir ilişki bulunmuştur. Uzamış örseleyici yaşantılar sonucunda kafa içi hacim, beyin kabuğu, alın kabuğu, alın kabuğu beyaz cevher ve sağ yankafa yumru hacminde küçülme belirlenmiştir. Ayrıca örselenmeye uğramış kişilerin ön yankafa bölgelerinde ve orbitofrontal kabuklarındaki kan akımında anlamlı oranda artış olduğu gösterilmiştir (36).

2.5. Çocukluk Çağı Örselenmelerinin Neden Olduğu Ruhsal Sorunlar

Örselenme yaşantıları, kişinin ruhsal yapısı üzerine özgül etkiler bırakır. İnsanoğlunun neden olduğu zorlanmaya dayanmak, doğal afetlerde ve kazalarda oluşanlara dayanmaktan daha zordur. Dayanılması en güç durum ise, örselenme ile başedebilecek gücün olmadığı bir dönem olan çocukluk çağında karşılaşmaktır (25).

Genellikle çocuklar yetişkinlerin onları koruyacağına, onlara karşı dürüst ve adil davranacaklarına inanırlar. Ne zaman ki çocuk istismara uğrar, yetişkin ona kasten zarar verir, çocuğun güvenlik ve emniyet hissi kırılır, çocuk kendisine ihanet edildiğini hissetmeye başlar. Çocuk yetişkinin kasten ona zarar verdiğini, ona yalan söylediğini, kendi ilgisi ve zevki için ona baktığını keşfetmeye başlar. İstismar açığa çıktığında ise eğer aile çocuğa destek olmaz, onu koruma altına almazsa çocuğa karşı ikinci bir ihanet daha yapılmış olur. İstismarcı, çocuğun yakını ise çocuğun kendisine ihanet edilmişlik hissi artar. Çocukluk çağında yaşanan bu ihanet edilmişlik ve kayıp hissi, çocuk gelişimi devam ettiği süreçte diğer ilişkilerine yansarak büyür(33).

Çocukluk çağı istismarı, çocukluk çağında kişilerarası ilişkilerin gelişiminde iki farklı şekilde güçlük yaşamasına neden olur. İlki yetişkinlik döneminde devam eden bilişsel yapıda ve tepkilerde geliştirilen yeniden yapılanma sürecidir. Bu süreç diğerlerine karşı güvensizlik, yakın kişilerarası ilişkilerde ikirciklilik veya ilişkiyi tamamıyla terketme şeklinde yaşanmaktadır. Yaşanan ikinci güçlük ise devam eden

istismar sürecine uyum sağlama şeklinde olmaktadır. Bu uyum tepkileri çekingenlik, edilgenlik veya cinselliğe aşırı yönelim olarak gerçekleşebilmektedir (33).

Yaşanan bu örselenmelerin en önemli sonucu, bunların gelişim dönemindeki çocuğun algısını ve toplumsal bağlantılarını bozarak yetişkin yaşamda benzer örseleyici ortamları ya da ilişkileri oluşturmalarına neden olmasıdır (39).

Çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantıları ile dissosiyatif bozukluklar, bedenselleştirme bozukluğu, kaygı bozuklukları (40), örselenme sonrası zorlanma bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu (41), çöküntü bozukluğu (42), özkıyım girişimi, alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı (43), toplum karşıtı kişilik bozukluğu (44), beden şekil algısı bozukluğu (45), erişkin dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik hastalığı (46), psikotik bozukluklar (47), süregelen kalça ağrısı (48), sara ve yalancı nöbet (49), yeme bozuklukları (50) ve kendine fiziksel zarar verme davranışı (51) arasında ilişki bulan çalışmalar vardır.

Çocukluk çağı örselenmesi psikiyatri hastaları arasında sık görülmektedir. Hastanede ayaktan tedavi gören ruhsal hastalığı olan hastalarda çocukluk çağı örselenmesi yaygınlığını inceleyen bir çalışmada, katılımcıların %66.7'sinin çocukluk çağı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar yaşantılarından en az birine, %81.6'sının duygusal ihmal, %72'sinin fiziksel ihmale maruz kaldığı bildirilmiştir (52).

Tackett ve Marshall 1998 yılında, çocuklukta veya ergenlik döneminde örselenme yaşayan bireylerde yetişkinlik döneminde ortaya çıkan bozukluklardan bazılarını şu şekilde tanımlamıştır: 1) örselenme sonrası zorlanma bozukluğu (örneğin yıkıcı düşünceler, ani yıkıcı geri dönüşler [geçmiş olayların aniden göz önüne gelmesi] veya istismar deneyimlerinin tekrar tekrar hatırlanması gibi), 2) bilişsel bozukluklar (örneğin dünyayı tehlikeli ve kötü bir yer olarak görme, süregelen bir şekilde umutsuzluk ve güçsüzlük, özsaygı düşüklüğü gibi), 3) duygusal sıkıntı (örneğin çöküntü, korku, kaygı, fobi, takıntı-zorlantı bozukluğu, kızgınlık/öfke gibi), 4) benlik duygusunda bozulma (kendini korumada zorlanma, bağ oluşturmada zorlanma gibi), 5) kaçınma (dissosiyasyon, örseleyici olaylara yönelik bellek boşlukları veya unutkanlıklar gibi), 6) kişilerarası zorluklar (samimiyette bozulma, kendini açmada zorlanma ve yakın ilişkileri zararlı olarak ifade etme gibi), 7) sağlık

sorunları (beyin yapısında değişim, bağışıklık dizgesi yetersizlikleri, sık yorgunluk hissi, yaygın baş ağrıları, yaygın alkol-madde kullanımları gibi) (53).

Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin diğer bir sonucu da çocukluklarında istismar ve ihmale uğramış anne babaların kendi çocuklarına karşı daha örseleyici disiplin yöntemleri kullanmaya eğilimli olmalarıdır (54).

3. ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMESİ İLE YAKINDAN İLİŞKİLİ BİR RUHSAL HASTALIK OLARAK DISSOSİYATİF BOZUKLUK

3.1. Tanım ve Yaygınlık

Dissosiyasyonun kelime anlamı; ayrılma, bölünme, çözülmedir. Benliğin savunma düzeneklerinden birisi olan dissosiyasyon normalde bütünlük içinde işlev gören düşünce, bellek, duygu ve kimlik gibi süreçlerde ayrılma ya da değişmedir. Başlangıçta normal olarak örseleyici yaşantının üstesinden gelme çabası için kullanılan dissosiyasyon, zamanla hastalıklı bir sürece dönüşmektedir. Dissosiyasyon bilişsel süreçlerdeki boşluklar olarak da tanımlanmaktadır (55).

Bireyler dissosiyasyonu 3 şekilde yaşarlar:

1. Kişilik özelliği şeklinde olan, normal ve tehlikesiz olarak görülen, otomatik davranışlar ve gündüz rüyaları ile seyreden şekli,
2. Örselenme ve zorlanmaya karşı bir savunma düzeneği olarak kullanılan şekli,
3. Belirli klinik bozukluklarda, hastalık belirtisi ve belirge olarak görülen şekli (56).

Dissosiyatif yaşantılar gündelik yaşamda görülen basit dalgınlık, unutma ve hayal kurma hallerinden başlayarak dissosiyatif kimlik bozukluğuna dek uzanan bir yelpaze üzerinde ağırlıklarına göre sıralanırlar. Tüm dissosiyatif bozuklukların genel toplumdaki sıklığı %11,2 olarak bildirilmektedir (55).

Öztürk ve arkadaşlarının dissosiyatif bozukluk tanısı olan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların %77,5'inde çöküntü bozukluğu, %42,5'inde sınır kişilik bozukluğu, %32,5'inde bedenselleştirme bozukluğu saptanmıştır ve hastaların %95'inde en az bir çeşit çocukluk çağı örselenme yaşantısı bulunmuştur (57).

Şizofreni ve Şizoaffektif Bozukluk hastalarında dissosiyatif belirtilerin eşlik etme sıklığını %50 gibi yüksek oranlarda belirten çalışmalar vardır. Dissosiyatif

bozukluk ektanısı olan şizofreni hastalarında daha fazla çocukluk çağı örselenmesi saptanmıştır (58).

Dissosiyatif belirtilerin kadın ve erkeklerdeki yaygınlığı arasında fark bulunmamış ve genç ve orta erişkinlik döneminde eşit sıklıkta saptanmıştır (59).

3.2. Dissosiyatif Bozukluğun Tarihçesi

1811'de Benjamin Rush tarafından çift kişilikle, iki beyin yarımküresi arasındaki bağlantının kopukluğu arasında ilişki olduğu ileri sürülmüştür. Dissosiyasyon ve dissosiyatif bozukluklar konusuna en önemli katkı Pierre Janet (1859-1947) tarafından yapılmıştır. O, dissosiyasyonu "sabit fikirler" olarak tanımladığı bazı düşünce ve işlevlerin kişinin kontrol ve algısından kaçması süreci olarak tanımlamıştır. Janet'in histeri kavramı, bedenselleştirme bozukluğu, yalancı nöbet, ruhsal kökenli unutkanlık, ruhsal kaçış, çoğul kişilik bozukluğu (ÇKB) ve diğer dissosiyatif belgeleri kapsamaktadır. Bu, örseleyici belleğin bilişsel ve duygusal öğelerini düzenlemekte ve bunları bilinçli farkındalığın dışında tutmaktadır. Bilinçaltına ait sabit fikirler, yalancı nöbet, geri dönüş ve kabuslara oradan da ÇKB'deki değişik kişiliklere kadar geniş bir yelpaze gösterebilmektedir. 19. yüzyılda Paul Briquet histeri gelişiminde kederli, örseleyici deneyimlerin önemini vurgulamıştır. Josef Breuer ve Freud da histeri belirtileri ile çocukluk çağı ruhsal örselenmelerinin ilişkisine dikkat çekmişlerdir (59).

1980'lere kadar dissosiyatif bozukluklar histerinin bir alt kategorisi olarak sınıflandırılmıştı, yalancı nöbetler ise bir başka alt kategoriydi. 1980'de DSM-III'te de dissosiyatif bozukluk terimi kullanılmıştır. DSM-III'te bulunan "bu bozukluğun nadir görüldüğü" ibaresi DSM-III-R'de kaldırılmıştır. DSM-III-R ruhsal unutkanlık, ruhsal kaçış, özeyabancılaşma bozukluğu, çoğul kişilik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk (BTADB) adlı 5 ana dissosiyatif bozukluk tanımlamıştır. Dissosiyatif süreç içinde yer aldığı iddia edilen yalancı nöbet DSM-III-R'de dissosiyatif bozukluklardan tamamen ayrılmıştır. DSM-IV'te ÇKB'nda kişilikler arasında unutkanlık bulunması koşulu getirilmiş, buna karşılık kişiliklerin denetimi tam olarak alması koşulu hafifletilmiştir. DSM-IV, dissosiyatif bozukluğun bilinç, kimlik ve bellek işlevlerinde bozulmaya yol açtığı üzerinde durur. Ayrıca, DSM-IV BTADB'nin bir alt kategorisi olarak dissosiyatif geçi bozukluğunu tanımlamıştır. "Klinik olarak belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol

açan ve ortak ekinsele ya da dinsel uygulamanın genel kabul gören olağan bir parçası olarak kabul edilmeyen istemsiz geçi durumu" olarak tanımlanan bu bozukluk özgül ekinsele koşullar içinde oluşur (59,1).

3.3. Dissosiyatif Bozukluğun Sinirsel Temelleri

Yapılan araştırmalarda sıklıkla çocukluk çağındaki örseleyici deneyimlerin bellek ve biliş üzerinde yaratabileceği hasar üzerine odaklanılmaktadır. MSS'nin birleştirme kapasitesindeki bozulma, bellekte örseleyici olaylar ile ilgili duyguların ve duyumların işlenememesi ve bütünleştirilememesi ile sonuçlanmaktadır. Son çalışmalar dissosiyatif bozukluk düzeneğinin sinirsel temellerini açığa kavuşturmaya başlamıştır. Çeşitli beyin sistemleri içerisindeki karmaşık sinir ağları, gelen bilgiyi tanıma, yorumlama ve bütünleştirme, acı verici ya da keyifli olanı ayırtmamayı içerir. Çocukluktaki uzamış zorlanma yanıtının güçlü kaynaklarının; erken dönemdeki şiddetli yoksunluk ve ihmal, aile tarafından şiddete maruz kalma, açık duygusal, cinsel ya da fiziksel istismara uğrama olduğu gösterilmiştir. Süreğen zorlanma karşısında HPA ekseninin işlevi baskılanır. Bu durumun bir taraftan beyni koruyan bir işlevi olsa da çocuğun zorlanmaya karşı ruhsal olarak alıştırılması ve zorlanma karşısında ruhsal yanıtın baskılanmasıyla sonuçlanır. Azalmış kortizol düzeyinin bedeli işlevsel olmayan bir 'savaş kaç' yanıtı, 'donma' ya da 'korku hisleri' dir. Klinik deneyimler, örselenme öyküsü olan çocukların, tehlikeli ve zorlanma yaratan durumlarda ya da yeni istismarcılar karşısında uygun tepkiler veremediklerini göstermektedir. Süreğiden zorlanmaya yanıt olarak noradrenalin ve dopamin salınımının arttığı saptanmıştır. Daha sonra örseleyici olaya ait hatırlatıcılara yanıt olarak örseleyici olmasa bile korku yanıtı uyarılabilir. Bu hatırlatıcılar amigdala tarafından tehlike sinyali olarak algılanıp sempatik yanıt uyarır. Bu durum klinik olarak bu çocukların niçin aşırı uyarılmışlık belirtileri, bunaltı, uyarılğanlık, zorlanmaya tepki eşiğinin düşmesi ya da örselenme sonrası aşırı uyarılma belirtileri gösterdiklerini açıklayabilir. Parasempatik sinir dizgesinin uyarılması, uzamış örselenmeye farklı bir tepkidir. Parasempatik dizgenin uyarılması dissosiyatif yanıtı arttırabilir. Korkulu bir deneyimle karşılaşmış olan çocuk, eğer kaçma şansı yoksa mevcut gerçeği dissosiyasyonla farklı algılayabilir. Klinik olarak örselenmiş çocukların hatırlatıcılara geç yanıtının bu yol üzerinden olabileceği ileri sürülmektedir. Anlamsızlık, belirsizlik, boşluk ve dikkatin dış gerçeklikten kopması

gibi dissosiyatif belirtilerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Örselenmiş çocuklarda sol önkafe ve yankafa bölgelerinde (limbik sistem) EEG anormallikleri olduğu ve sol alın bölgesi etkinliğinde azalma olan çocukların olumlu duyguları daha az ifade ettiği gösterilmiştir (59, 60).

3.4. Dissosiyatif Bozukluğun Alt Tipleri

Dissosiyatif bozukluklar DSM-IV’de beş başlık altında ele alınmaktadır (1):

- 1. Dissosiyatif unutkanlık;** genellikle örseleyici olan ya da zorlanma doğuran önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamazdır.
- 2. Dissosiyatif kaçış;** geçmişini unutup, birden, beklenmedik bir biçimde evinden ya da işyerinden ayrılıp gitmedir.
- 3. Özeyabancılaşıma bozukluğu;** kişinin ruhsal süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığı hissini olduğu ya da sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyen yaşantıların olması durumudur.
- 4. Dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB);** birbirinden ayrı iki ya da daha fazla kimliğin ya da kişilik durumunun varlığıdır.
- 5. Başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk (BTADB);** önde gelen özelliğin dissosiyatif bir belirti olduğu, ancak herhangi bir dissosiyatif bozukluğun tanı ölçütlerinin karşılanamadığı bozuklukları kapsar.

3.5. Normal Dissosiyatif Süreçler

Bazen dissosiyatif süreçler normal yaşantılar sırasında da oluşur. Bu normal yaşantılar genellikle kısa sürelidir ve zorlanmayla ilişkilidir. Uyku ve rüya, unutmalar, dalmalar yine normal dissosiyatif süreçlerdendir. Bir iş yaparken kendini kaptırma ve çevresinde olup biteni farketmeme ya da hızlı araba kullanırken kendini adeta otomatik pilot gibi hissetme günlük yaşamda sık rastlanan dissosiyatif yaşantılara örnektir. Ayrıca rüya gören insanlar da çeşitli dissosiyatif belirtiler gösterir. Rüyaar gerçekdışılaşıma, özeyabancılaşıma (kendini rüyada görme) ve kimlik değişimi gibi bileşenler içerebilir. Normal dissosiyatif süreçler insan yaşamının çeşitli evrelerinde değişik yoğunluklarda yaşanır ve çocuklar erişkinlere göre dissosiyasyonu daha sık kullanır (55,59).

3.6. Örselenme ve Dissosiyasyon

Ruhsal örselenme erişkinde ve çocukta farklı etki yapar. Çocukta dissosiyasyona yatkınlık çok daha fazladır ve yaşla azalır. Bu nedenle çocukluk çağı örseleyici yaşantıları erişkinlikteki dissosiyatif bozuklukların asıl nedenini oluşturur. Dissosiyatif düzenek başlangıçta çocuk tarafından normal olarak örseleyici yaşantının üstesinden gelme çabası olarak kullanılır. Ancak bu düzenek zamanla uyumsal olmayan, hastalıklı bir sürece dönüşür. Ruhsal örselenme yaşantısı sırasında başka türlü kaçma ve kurtulma olanağı bulamayan çocuk "bu olanlar bana değil, başkasına yapılıyor", "bunları yaşayan ben değilim" biçiminde düşünerek ruhsal dengesini korur. Ancak örseleyici yaşantı ağır, yineleyici ve özellikle çocuğun sevgisine gereksinim duyduğu aile bireylerinin davranışlarından kaynaklanıyorsa bu savunma giderek yerleşir. Kişinin algılarını, duygularını, anılarını ve giderek tüm zihnini bölmeleştiren dissosiyatif savunma iki işlevi birden görür. Bir yandan kişiyi olay sırasında örseleyici yaşantının etkisinden uzaklaştırırken gerekli ruhsal çözüm işlemini ileride başka bir bakış açısı içinde yapılmak üzere erteler. Böylece fiziksel çaresizlik içinde de olursa denetimin yitildiği hissini önler. Fakat dissosiyasyon sonradan fiziksel denetime sahip olunduğu halde bu kez ruhsal bakımdan çaresizlik hissi yaratan bir yöneme dönüşür. Çoğul kişilik hastalarının %90'ı çocukluk çağında ihmal ya da istismar yaşantıları bildirmektedir ve bu bildirimlerin önemli bir bölümü doğrulanabilmektedir (61).

3.7. Çocukluk Çağı Örselenmesinin Kökeninde Olasılıkla Yer Aldığı Ruhsal Hastalık Olarak Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

Yakın tarihli çalışmalarda dissosiyasyon ve örseleyici deneyimler arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında fiziksel taciz ve ihmal dissosiyasyon öngörücüsü olarak saptanmıştır (62). Şizofreni hastalarında çocukluk çağı fiziksel ihmal ile dissosiyasyon arasında ilişki olduğu özellikle de dissosiyasyon ile taşkınlık belirtileri arasında bu ilişkinin daha belirgin olduğu bildirilmektedir (63).

Dissosiyasyon ve psikoz arasındaki ilişki özünde farklı biçimler içermektedir. *Dissosiyasyon ve psikoz* ayrı-farklı yapılar olabilir, eş anlamlı yapılar olabilir, üst üste gelen ortak ve farklı özellikleri olan yapılar olabilir. Şizofrenide bulunabilen Schneiderian belirtiler (işitsel varsanılar, düşünce okunması, düşünce sokulması,

düşünce yayılması, vb) dissosiyatif bozuklukta da yaygın olarak bulunmaktadır. Varsanılar aslında bir çeşit dissosiasyon olarak değerlendirilebilir. Dissosiyasyon ve psikoz her zaman olmamakla birlikte genellikle örselenmeye yanıt olarak oluşabilmektedir ve ikisinde de düşünce, duygu, algı, kimlik ile ilgili beyin sistemlerinde çözülme ya da bağlantılarda kopma olmakta ve iç ve dış gerçekliğin ayırt edilmesinde zorluk yaşanmaktadır (64).

Şizofreni için risk taşıyan çocuklar kötü muamele sonucunda dissosiyatif bozukluk geliştirmeye yatkın olabilir. Dissosiyasyonun şiddetli biçimleri şizofreni yanlış tanısı alıyor da olabilir (58).

Şizofreninin dissosiyatif bozukluk ile karışmasına neden olan bulgu ve belirtiler şunlardır;

- Yönlendirmede bulunan varsanılar
- Birbiriyle konuşan ve tartışan sesler
- Dışarıdan denetlendiğini hissetme
- Hayali arkadaşlar
- Mantık dışı düşünce süreçleri ve karışık bilişsel işlevler
- Ketlenme, çağrışım dağılması ve uygunsuz ya da düzleşmiş duygulanım gibi psikotik belirtiler

Dissosiyatif bozukluğu olan hastaların %80-90'ında işitsel varsanısallık yaşantılar bildirilmiştir. Bu varsanılar girici, kendisine yabancı, değişik kişilikle ilgili olabilir. Değiş kişilik, farklı ve ayrı bir kimlik ya da hastanın reddedilmiş parçası olarak adlandırılabilir. Kafalarının içinde değişik kişiliklerin seslerini duyarlar ve bu sesler çelişkili talimatlar verebilir, eleştirebilir, aşağılayıcı olabilir, hasta hakkında tartışabilirler. Duyulan seslerin özkıyım girişimine yönlendirmeleri oldukça sık rastlanılan bir durumdur. Görsel varsanılara da sık rastlanır ve şizofreniye göre dissosiyatif bozuklukta daha fazladır. Görsel varsanılar basit yapıda, daha genel ya da bir kişi, hayvan, canavar gibi çarpıcı karakterler olabilir. Ayrıca değişik kişiliğin görüntüsü hayali bir arkadaş şeklinde varsanısallık olarak yaşanabilir ve bazı hastalarda bu hayali arkadaş yıllardır ilişki içinde olunan biri olarak tarif edilebilir. Bu hayali arkadaş kişinin dışında varolan ve zarar verici yapıda olabilen bir kişilik olarak tanımlanabilir ve paranoid psikozu taklit edebilir. Geridönüş yaşantıları varsanısallık bir yaşantı olarak algılanabilir. Değiş kişilikler arasındaki geçişler sırasında dağınık

davranışlar olabilir ve değiş kişilikler etkisinde yalancı nöbet belirtileri ve kendine zarar verme davranışları olabilir. Geçişler sırasında o dönemi unutma, uygunsuz duygulanım, duygusal ikirciklik olabilir. Dissosiyatif bozukluk hastalarının %86.6-%90.2'sinde  ya da daha fazla Schneiderian birinci sıra belirti bildirilmiştir. Olgu serilerinin çoğunda hastaların tamamı kafalarının içinden emir veren, kendileri ile ilgili tartışan sesler duyduğunu belirtmişlerdir. İçindeki ses tarafından yönetildiğini hissetme veya düşüncelerinin ve duygularının çalındığını ya da zorla dışarıdan bir güç tarafından düşünce sokulduğunu hissetme gibi yaşantılar sıklıkla bildirilmiştir. Bazen ani dalgınlıklar ve değiş kişilikler arası geçişler sırasında düşüncede ketlenme izlenimi oluşabilir. Klinik deneyimlere göre tedavi sürecinin bir parçası olan "birleştirme" işleminden sonra bu sesler kaybolmaktadır. Sanrıların sıklıkla örseleyici yaşantılarla ilgili olduğu bildirilmektedir (65).

Görsel varsanı tutarlı ve sistemli bir yapıya sahipse, içerik olarak uzun bir zamandan beri aynı şekilde devam ediyorsa, eşlik eden işitsel varsanı ile bütünlük oluşturuyorsa ve psikozun diğer çekirdek belirtileri bulunmuyorsa ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken tanıların başında dissosiyatif bozukluk bulunmalıdır. Ayrıca özellikle çöküntü, işitsel ve görsel varsanılar, toplum karşıtı davranışlar, cinsel içerikli davranışlar, yalancı nöbet belirtileri ve örselenme sonrası zorlanma bozukluğu gibi farklı gruptan belirtilerin bir araya geldiği durumlarda dissosiyatif bozukluk dşnlmelidir (66).

Dissosiasyonun psikoz oluşumunu kolaylaştıran bir düzenek olabileceği ve çocukluk ağı örselenmelerinin dissosiasyon üzerinden şizofreni belirtilerinin oluşmasını sağlayabileceği kuramını incelemeye değer bulduk.

4. ÇALIŞMANIN AMACI

Şizofrenide çocukluk çağı örselenmelerinin nedensel bir rolü olup olmadığını anlamak için iki yöntem kullanılabilir. Birincisi şizofreni gelişmiş hastalarla aynı ortamda yaşayan sağlıklı bireylerin çocukluk çağı örselenme oranlarında bir farklılık olup olmadığının araştırılması, ikincisi bir kohort çalışmasıyla çocukluk çağı örselenmelerine daha fazla maruz kalan bireylerde şizofreni gelişme riskinin artıp artmadığının gösterilmesidir. Biz kendi olanaklarımızla birinci tip çalışmayla bu sorunun cevabını araştırmak istedik.

Aynı ortamda büyümüş kardeşlerin çalışmaya alınması şizofreni gelişiminde ailesel ve çevresel etmenlerin etkisini ayırt etmekte yararlı olabilir. Sağlıklı kardeşler aynı aile ve aynı ortamda büyümektedirler ve hastalar tarafından bildirilen bazı örselenme yaşantılarını paylaşma olasılıkları vardır. Bununla birlikte hastalarda sağlıklı kardeşlere göre daha fazla örselenme saptanması da beklenebilir. Çünkü hastaların yanı sıra kişisel bildirimde bulunma olasılığının yüksek olması, psikotik bozukluk yatkınlığının kurban olma olasılığını artırması ve gen-çevre etkileşimi sonucu örselenme yaşantısı olasılığının artması söz konusudur. Örselenme ile şizofreni gelişimi arasında doz yanıt ilişkisi saptanırsa, bu durum hastalık oluşumunda çocukluk çağı örselenmelerinin etkisini desteklerken, kardeşlerle karşılaştırıldığında hastalar için genetik ve başka çevresel etkenlerin etki düzeyini en aza indirebilir. Kardeşler aynı genleri tam olarak paylaşmamakla birlikte aynı ortamda yaşayıp benzer örselenme yaşantılarına maruz kalmış olabilirler. Genetik yatkınlık hastalığın oluşumunda önemli ölçüde belirleyici olabilmektedir, bununla birlikte çevresel etkenlerin de rolü olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda çevresel etkenlerden çocukluk çağı örselenme yaşantılarının hastalık oluşumunda etkisinin olup olmadığını araştırıyoruz.

Varsayımımız çocukluk çağı örselenmelerinin şizofreni hastalarında kardeşlerinden daha sık saptanacağı ve görüngüsel (fenomenolojik) farklılaşmaya yol açabileceği şeklindedir. Varsayımımızı test etmek için şizofrenisi olan hastalarla

çocukluklarında aynı ortamı paylaşmış olan sağlıklı kardeşlerinin çocukluk çağı örselenme oranları yönünden farklı olup olmadıklarını araştırdık. Şizofrenisi olan hastalarda çocukluk çağı örselenme yaşantısı kardeşlere oranla yüksekse bu yaşantının dissosiyatif ve psikotik belirtilerle olan ilişkisini belirlemek bu çalışmanın ana amacıdır.



5. YÖNTEM VE GEREÇLER

5.1. Örneklem

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri servisinde ve polikliniğinde şizofreni tanısıyla takip edilen hastalar ve hastalarla aynı ortamda büyümüş olan kardeşlerinden çalışmaya katılmak için sözlü ve yazılı onam verenler çalışmaya alındı. Çalışma 01.09.2011-30.03.2012 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Katılımcı olarak klinik genel izlenim ölçeği (KGİÖ) puanı 5 ve altında olan ya da aktif psikoz nöbeti olmayan hastalar ve kontrol grubu olarak hastalarla yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş ve hastalarla aynı ortamda büyümüş olan kardeşleri seçildi.

Katılımcılara nüfus özelliklerini değerlendiren bir anket formu ile DSM IV Eksen I'e göre Yapılandırılmış Klinik Görüşme (DYKG-1), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGİÖ), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGDÖ) ve Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği (ÇÇÖÖ) uygulandı.

Kabul Ölçütleri:

Hastalar için:

1. DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olmak
2. 18- 60 yaş aralığında olmak
3. Eğitim düzeyi en az okur yazar olmak
4. İletişim açısından dil sorununun olmaması
5. Son 3 ayda EKT tedavisi görmemiş olmak
6. Klinik durumu tedavi ile dengelenmiş olmak

Kontrol grubu için:

1. Hastalarla çocukluk dönemleri aynı ortamda geçmiş olmak
2. Nüfus açısından hastalarla benzer özelliklere sahip olmak

Dışlama Ölçütleri:

Hastalar ve Kontrol Grubu İçin:

1. Zeka geriliğinin olması
2. Dil sorununun olması
3. Alkol ve madde kullanım bozukluğunun olması
4. Ciddi nörolojik bir hastalığın olması (sara, parkinson, bilişsel bozukluk)

Çalışmaya alınan hastalarla birebir görüşme yapıldı, şizofreni öyküsü ile ilgili bilgilerin temininde, hastalığa ait verilerin kayıtlı olduğu poliklinik dosyalarından ve hasta ile hasta yakınlarının bildirimlerinden yararlanıldı. Hastaların yanıtlayamadığı sorularda, yakınlarının yardımına başvuruldu.

Hastalara nüfus özelliklerini değerlendiren anket formu ile DSM IV'e göre Yapılandırılmış Klinik Görüşme (DYKG-1), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGIÖ), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGDÖ) ve Çocukluk Çağı Örselenmeleri Ölçeği (ÇÇÖÖ) uygulandı.

Kontrol grubuna ise nüfus özelliklerini değerlendiren anket formu ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ve Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği (ÇÇÖÖ) uygulandı.

5.2. Çalışmada Kullanılan Gereçler

Nüfus İnceleme Formu: Hastaların nüfussal özelliklerini değerlendirmek amacıyla hazırlanan bu form; yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, hastalık tipi, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastanede yatış sayısı ve süresi ve ekhastalanım bilgilerinden oluşmaktadır. Veriler hastane kayıtları, hasta ve hasta yakınlarının verdiği bilgilere başvurulularak tamamlandı.

Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ): Bernstein ve Putnam tarafından geliştirilen, 28 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin her bir maddesi için denekler 0-100 arasında puanlama yapmakta, alınan toplam puanların ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. Ölçekten alınan 30'un üstündeki puanlar dissosiyatif bozukluğun varlığına işaret etmektedir. Ölçek puanı arttıkça psikopatoloji artmaktadır (67). Yargıç ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (68).

Çocukluk Çağı Örselenmeleri Ölçeği (ÇÇÖÖ): Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük taramaya yönelik olarak Bernstein tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin 28 ve 53 soruluk iki uyarlaması bulunmaktadır. Bu çalışmada 28 soruluk form kullanılmıştır. ÇÇÖÖ, 28 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. 5 alt boyutu vardır: Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, duygusal istismar ve fiziksel istismar şeklindedir. Ayrıca 3 inkar sorusu bulunmaktadır. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Ayrı ayrı örseleyici yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Her alt tip için 5-25 arası puan elde edilir, toplam puan 25-125 arasında değer alabilir. Ölçek puanı arttıkça olumsuz yaşam deneyimi artmaktadır (69). Şar ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek puanının 35'in üzerinde olması örselenme yaşantısının varlığı açısından anlamlı bulunmuştur (70).

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGDÖ): DSM-IV'ün V. ekseninde hastanın ruhsal, toplumsal ve mesleki işlevselliğini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Hastayı inceleyen klinisyen, kendi yargısını kullanarak kişinin genel uyum düzeyini 0-100 arasında değişen bir ölçek puanı üzerinden değerlendirir. Ölçeğin kullanımını kolaylaştırmak için, belli aralıklarla (her 10 puanda bir), işlevleri o düzeyde olan olguların toplumsal ve mesleki işlevleri ile belirtilerinin ağırlık derecesi, örneklerle açıklanmıştır. Puan arttıkça işlevselliğin daha iyi olduğunu ve puan düştükçe işlevselliğin kötüleştiğini gösterir (1).

Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ): Bu ölçek 1984 yılında Andreasen tarafından geliştirilmiştir (71). Ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (72). Dört alt ölçek ve 34 maddeden her madde 0-5 puan arasında klinisyen tarafından puanlanır. Alt ölçekler; sanrılar, varsanılar, garip davranışlar ve pozitif yapısal düşünce bozukluğunu sorgular. Hastaların her bir alt ölçek puanı o alt ölçekteki maddelerden aldıkları puanların toplamı ve PBDÖ toplam puanı ise tüm alt ölçeklerden aldıkları puanların toplamıdır. Puanın yüksek olması belirti şiddetinin yüksekliğini göstermektedir.

Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ): 1982 yılında Andreasen tarafından geliştirilmiş ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır (71). Bu ölçeğin ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (73). Beş alt ölçek ve 23 madde içerir, her madde 0-5 puan arasında

klınısyen tarafından puanlanır. NBDÖ alt ölçekleri duygulanımda küntleşme, düşünce fakirleşmesi, enerji ve isteğın azalması, zevk alamama ve toplumsal çekılme ve dikkat bozukluğunu ıçerır. Hastaların NBDÖ’de her bir alt ölçek puanı o alt ölçekteki maddelerden aldıkları puanların toplamaları ve NBDÖ toplam puanı ise tüm alt ölçeklerden aldıkları puanların toplamıdır. Puanın yüksek olması belırtı şıddetının yüksekliğini göstermektedir.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (DYKG-I):

Denek veya hastalarda 1. eksen bozukluk tanısını araştırmak amacıyla geliştirilmiş, yapılandırılmış klinik görüşme anketidir (74). Türkçe formunun güvenirliliğı için tüm tanılarda uyuma yüzdesi %98,1 ve kappa katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur (75).

Klinik Genel İzlenim Öleğı (KGİÖ): Klinik genel izlenim öleğı ruhsal hastalıkların genel değıerlendirmesi için ölçünlü bir ölçektir (76). Her bir alan 0 (saptanmadı) ve 7 (en ağır hastalar) arasında puanlanmaktadır. Yüksek puan klinik belirtilerin şıddetli olduğunu gösterir.

5.3. SAYIMSAL ÇÖZÜMLEME

Çalışmamız sonucunda elde edilen verilerin sayımsal özömlemesinde SPSS for Windows 13 istatistik paket programı kullanıldı. Sayımsal olarak normal dağılım özelliğı gösterip göstermediğı test edildikten sonra sayımsal özömleme için uygun olan parametrik ve nonparametrik testler kullanıldı. Gruplar arası farkları karşılaştırmada kategorik değışkenler için ki-kare testi ve sürekli değışkenlerin ortalamalarını karşılaştırmak için student t testi ve Mann Whitney U testi kullanıldı. ÇÖÖ, DYÖ, PBDÖ, NBDÖ, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastanede yatış sayısı ve süresi, KGİÖ ve İGDÖ arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson Korelasyon Testleri kullanıldı. Sayımsal özömleme açısından $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi. Korelasyonun gücü $r = 0.00-0.24$ ise zayıf, $r = 0.25-0.49$ ise orta, $r = 0.50-0.74$ ise güçlü, $r = 0.75-1.00$ ise çok güçlü olarak nitelendirildi.

BULGULAR

Nüfus ve Klinik Özellikler

1. Nüfus Özellikleri:

Çalışma 100 şizofreni tanılı hasta, 50 sağlıklı hasta kardeşi ile tamamlandı. İki grup cinsiyet, medeni durum, yaş ve başarı ile bitirilen eğitim süresi açısından karşılaştırıldı. Veriler Tablo 2’de sunuldu. Yaş ortalamaları, cinsiyet ve ortalama eğitim yılı açısından gruplar arasında fark saptanmazken medeni durum açısından anlamlı bir fark vardı (Tablo 2).

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun nüfus özellikleri

	Hasta, n=100		Kontrol, n=50		Sayımsal Çözümleme
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet					
Kadın	31	%31	22	%44	$X^2=2.465$, $df=1$, $p=0.116$
Erkek	69	%69	28	%56	
Medeni durum					
Evli	31	%31	27	%54	$X^2=7.867$, $df=2$, $p=0.020$
Bekar	59	%59	21	%42	
Boşanmış	10	%10	2	%4	
	Ort	Stand Sap	Ort	Stand Sap	
Yaş	38.7	± 10.5	35.3	± 10.4	Mann U=2026.500, $z=-1.889$, $p=0.059$
Başarı ile bitirilen eğitim süresi(yıl)	8.5	± 3.4	8.8	± 3.4	Mann U=2397.500, $z=-0.428$, $p=0.669$

2. Hasta grubunun klinik özellikleri

Hastaların klinik özellikleri ve ekhastalanma oranları Tablo 3’te gösterildi.

Tablo 3. Hasta grubunun klinik özellikleri

	Sayı/Ort	Yüzde/Stand Sap
Hastalık tipi		
Paranoid şizofreni	60	60
Farklılaşmamış şizofreni	25	25
Kalıntı tip şizofreni	13	13
Dağınık tip şizofreni	2	2
Hastalık başlangıç yaşı	24.4	±8.9
Hastalık süresi	14.1	±8.5
Hastanede yatış sayısı	3.0	±2.7
Hastanede toplam yatış süresi(gün)	78.4	±70.4
Ek hastalık		
Duygudurum bozukluğu	27	27
Madde kullanım bozukluğu	10	10
Kaygı bozukluğu	8	8
Örselenme sonrası zorlanma bozukluğu	4	4
Toplum karşıtı kişilik bozukluğu	1	1

Hasta grubunda PBDÖ, NBDÖ, KGIÖ ve İGDÖ puan ortalamaları Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4. Hasta grubunda İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGDÖ), Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGIÖ), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ) ölçek puan ortalamaları

	Ortalama	Standart sapma
İGDÖ	63.35	±10.00
CGI	3.02	±1.27
PBDÖ	36.18	±21.53
NBDÖ	47.01	±21.81

3. Hasta ve kontrol grubunun çocukluk çağı örselenme yaşantısı açısından karşılaştırılması

Hasta ve kontrol grubu ÇÇÖÖ puan ortalamaları karşılaştırmasında sadece fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. DYÖ puan ortalaması açısından da hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık vardı (Tablo 5).

Tablo 5. Hasta ve kontrol grubunun Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği (ÇÇÖÖ) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) puanları yönünden karşılaştırılması

	Hasta, n=100 Ort±Stand Sap	Kontrol, n=50 Ort±Stand Sap	Sayımsal Çözümleme
ÇÇÖÖ toplam	45.17±16.38	40,08±9.50	Mann U=2185,500, z=-1,255, p=0,210
Fiziksel İstismar	7.57±3.68	5,72±1.61	Mann U=1575,000, z=-4.024, p=0.000
Cinsel İstismar	6.61±3.43	5,30±0.76	Mann U=1975,000, z=-2.625, p=0.009
Duygusal İstismar	9.08±4.63	7,36±2.70	Mann U=1973,000, z=-2.135, p=0.033
Fiziksel İhmal	9.42±3.61	8,58±2.80	Mann U=2228,500, z=-1.090, p=0.276
Duygusal İhmal	12.57±5.18	13,12±5.17	Mann U=2335,000, z=-0.659, p=0.510
DYÖ	22.62±17.62	10,80±11.76	Mann U=1338,500, z=-4.632, P=0.000

4. Hasta ve kontrol grubunda Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği arasındaki bağıntı

Hasta ve kontrol grubu arasında DYÖ ile ÇÇÖÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında yapılan Pearson bağıntı çözümlemesi Tablo 6’de gösterilmiştir.

Hasta grubunda DYÖ ile ÇÇÖÖ hem toplam puanı hem de alt ölçek puanları arasında aynı yönde orta düzeyde anlamlı bir bağıntı saptandı. Kontrol grubunda ise DYÖ ile sadece duygusal ihmal alt ölçek puanı arasında ters yönde orta düzeyde anlamlı bir bağıntı bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. Hasta ve kontrol grubunda Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ile Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği (ÇÇÖÖ) puanları arasındaki bağıntı çözümlemesi

	Hasta, n=100 DYÖ	Kontrol, n=50 DYÖ
ÇÇÖÖ	r=0.356 p=0.000	r=-0,145 p=0.316
Fiziksel İstismar	r=0.299 p=0.002	r=-0.052 p=0.720
Cinsel İstismar	r=0.313 p=0.002	r=0.036 p=0.804
Duygusal İstismar	r=0.303 p=0.002	r=0.013 p=0.929
Fiziksel İhmal	r=0.267 p=0.007	r=0.072 p=0.621
Duygusal İhmal	r=0.248 p=0.013	r=-0.301 p=0.034

5. Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile hastanın yaşı, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın süresi, hastanede yatış sayısı, toplam yatış süresi (gün), Klinik Genel İzlenim Ölçeği ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği arasındaki ilişki

ÇÇÖÖ ve DYÖ ile hastanın yaşı, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın süresi, hastanede yatış sayısı, toplam yatış süresi (gün), KGİÖ ve İGDÖ arasındaki bağıntıyı gösteren çözümleme Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7’de görüldüğü gibi hastalarda ÇÇÖÖ puanı ile hastanın yaşı ve hastalığın başlangıç yaşı arasında ters yönde orta düzeyde anlamlı bir bağıntı belirlendi. ÇÇÖÖ puanı ile KGİÖ puanı arasında aynı yönde ve İGDÖ puanı arasında ters yönde zayıf düzeyde anlamlı bir bağıntı bulundu. Ayrıca DYÖ puanı ile hastanın yaşı arasında ters yönde zayıf düzeyde, KGİÖ ile aynı yönde zayıf düzeyde ve İGDÖ ile ters yönde orta düzeyde anlamlı bir bağıntı bulundu.

Tablo 7. Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği (ÇÇÖÖ) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ile hastanın yaşı, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın süresi, hastanede yatış sayısı, toplam yatış süresi, Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGİÖ), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGDÖ) ve başarı ile bitirilen eğitim süresi (yıl) arasındaki ilişki

	Fiziksel İstismar	Duygusal istismar	Cinsel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	ÇÇÖÖ toplam	DYÖ Puanı
Hastanın yaşı	r=-0.212 p=0.034	r=-0.185 p=0.065	r=-0.171 p=0.089	r=-0.290 p=0.003	r=-0.209 p=0.037	r=-0.266 p=0.008	r=-0.197 p=0.050
Hastalığın başlangıç yaşı	r=-0.289 p=0.004	r=-0.319 p=0.001	r=-0.233 p=0.020	r=-0.408 p=0.000	r=-0.324 p=0.001	r=-0.396 p=0.000	r=-0.188 p=0.061
Hastalığın süresi	r=-0.033 p=0.741	r=0.037 p=0.716	r=-0.054 p=0.591	r=0.000 p=0.997	r=0.044 p=0.668	r=-0.003 p=0.978	r=-0.090 p=0.373
Hastanede yatış sayısı	r=-0.080 p=0.483	r=-0.013 p=0.906	r=-0.121 p=0.285	r=0.057 p=0.617	r=-0.016 p=0.891	r=-0.045 p=0.695	r=-0.158 p=0.160
Toplam yatış süresi (gün)	r=-0.108 p=0.342	r=-0.021 p=0.857	r=-0.097 p=0.391	r=0.070 p=0.537	r=-0.013 p=0.907	r=-0.046 p=0.688	r=-0.182 p=0.106
Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGİÖ)	r=0.054 p=0.596	r=0.147 p=0.143	r=0.192 p=0.056	r=0.196 p=0.051	r=0.257 p=0.010	r=0.219 p=0.029	r=0.242 p=0.015
İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGDÖ)	r=-0.030 p=0.764	r=-0.149 p=0.139	r=-0.222 p=0.026	r=-0.165 p=0.101	r=-0.196 p=0.051	r=-0.197 p=0.049	r=-0.264 p=0.008
Başarı ile bitirilen eğitim süresi (yıl)	r=0.057 p=0.486	r=0.065 p=0.429	r=0.051 p=0.536	r=-0.134 p=0.101	r=0.131 p=0.111	r=0.054 p=0.512	r=-0.157 p=0.055

6. Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki

ÇÇÖÖ ve DYÖ ile PBDÖ ve NBDÖ toplam ve alt ölçekleri arasındaki bağıntı çözümlemesi Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8’de görüldüğü gibi DYÖ ile varsanılar, sanrılar alt ölçek puanı, NBDÖ toplam puanı ve dikkat azalması alt ölçek puanı arasında aynı yönde hafif düzeyde, zevk almada azalma alt ölçek puanı arasında aynı yönde orta düzeyde anlamlı bağıntı bulundu. ÇÇÖÖ toplam puanı ile zevk almada azalma alt ölçek puanı arasında aynı yönde orta düzeyde, cinsel istismar alt ölçek puanı ile sanrılar alt ölçek puanı arasında aynı yönde hafif düzeyde, fiziksel ihmal alt ölçek puanı ile NBDÖ toplam puanı, fiziksel enerjide azalma ve dikkat azalması alt ölçek puanları arasında aynı yönde hafif düzeyde, zevk almada azalma alt ölçek puanı arasında aynı yönde orta düzeyde, duygusal ihmal alt ölçek puanları ile NBDÖ toplam puanı arasında aynı yönde hafif düzeyde, zevk almada azalma alt ölçek puanı arasında aynı yönde orta düzeyde anlamlı bağıntı saptandı.

Tablo 8. Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği (ÇÇÖÖ) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ile Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ) ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ) toplam ve alt ölçekleri arasındaki bağıntı çözümlemesi

	Fiziksel İstismar	Duygusal İstismar	Cinsel istismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	ÇÇÖÖ toplam	DYÖ
PBDÖ toplam	r=0.057 p=0.574	r=0.071 p=0.485	r=0.183 p=0.068	r=0.027 p=0.787	r=0.037 p=0.715	r=0.089 p=0.381	r=0.192 p=0.056
Varsanılar	r=0.019 p=0.848	r=-0.031 p=0.757	r=0.119 p=0.237	r=-0.011 p=0.915	r=-0.005 p=0.962	r=0.015 p=0.881	r=0.221 p=0.027*
Sanrılar	r=0.129 p=0.203	r=0.177 p=0.078	r=0.209 p=0.037*	r=0.106 p=0.296	r=0.110 p=0.282	r=0.187 p=0.065	r=0.215 p=0.031*
Garip davranış	r=-0.054 p=0.593	r=-0.38 p=0.707	r=0.080 p=0.427	r=-0.117 p=0.246	r=-0.097 p=0.341	r=-0.068 p=0.507	r=0.100 p=0.320
Yapısal düşünce bozukluğu	r=0.001 p=0.992	r=0.023 p=0.819	r=0.095 p=0.349	r=0.041 p=0.684	r=0.036 p=0.726	r=0.044 p=0.664	r=0.009 p=0.927
NBDÖ toplam	r=-0.056 p=0.579	r=0.084 p=0.407	r=0.064 p=0.529	r=0.230 p=0.021*	r=0.219 p=0.030*	r=0.153 p=0.134	r=0.222 p=0.026*
Duygulanımda düzleşme	r=-0.025 p=0.806	r=0.090 p=0.373	r=0.090 p=0.371	r=0.113 p=0.264	r=0.194 p=0.056	r=0.130 p=0.203	r=0.149 p=0.140
Düşünce fakirleşmesi	r=-0.117 p=0.245	r=-0.036 p=0.720	r=-0.063 p=0.532	r=0.149 p=0.140	r=0.130 p=0.201	r=0.028 p=0.783	r=0.146 p=0.148
Fiziksel enerjide azalma	r=-0.092 p=0.363	r=0.029 p=0.772	r=0.057 p=0.571	r=0.240 p=0.016*	r=0.130 p=0.202	r=0.102 p=0.317	r=0.131 p=0.193
Zevk almada azalma	r=0.042 p=0.678	r=0.192 p=0.056	r=0.124 p=0.220	r=0.295 p=0.003**	r=0.301 p=0.003**	r=0.264 p=0.009**	r=0.299 p=0.003**
Dikkat azalması	r=-0.085 p=0.403	r=0.022 p=0.830	r=-0.001 p=0.995	r=0.219 p=0.029*	r=0.102 p=0.317	r=0.069 p=0.502	r=0.217 p=0.030*

*p<0.05, ** p<0.01

7. Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile pozitif belirtiler arasındaki ilişki

ÇÇÖÖ ile $p < 0.05$ düzeyinde anlamlılığı olan pozitif belirtiler arasındaki bağıntı çözümlemesi Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Çocukluk çağı örselenme ölçeği (ÇÇÖÖ) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ile pozitif belirtiler (anlamlılığı $p < 0.05$ olanlar) arasındaki ilişki

	Fiziksel İstismar	Duygusal İstismar	Cinsel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	ÇÇÖÖ toplam	DYÖ
İşitsel varsanılar	$r=0.069$ $p=0.497$	$r=0.028$ $p=0.784$	$r=0.206$ $p=0.040^*$	$r=0.049$ $p=0.626$	$r=0.029$ $p=0.776$	$r=0.085$ $p=0.401$	$r=0.250$ $p=0.012^*$
Bedensel varsanılar	$r=0.075$ $p=0.460$	$r=0.054$ $p=0.596$	$r=0.305$ $p=0.002^*$	$r=-0.102$ $p=0.315$	$r=-0.014$ $p=0.892$	$r=0.068$ $p=0.502$	$r=0.131$ $p=0.193$
Koku varsanıları	$r=-0.157$ $p=0.118$	$r=-0.179$ $p=0.074$	$r=-0.092$ $p=0.365$	$r=-0.194$ $p=0.053$	$r=-0.231$ $p=0.021^*$	$r=-0.218$ $p=0.029^*$	$r=0.011$ $p=0.913$
Kötülük görme sanrıları	$r=0.240$ $p=0.016^*$	$r=0.298$ $p=0.003^{**}$	$r=0.293$ $p=0.003^*$	$r=0.270$ $p=0.007^{**}$	$r=0.228$ $p=0.022^*$	$r=0.336$ $p=0.001^{**}$	$r=0.274$ $p=0.006^{**}$
Suçluluk ve günahkarlık sanrıları	$r=0.150$ $p=0.137$	$r=0.144$ $p=0.154$	$r=0.222$ $p=0.026^*$	$r=-0.058$ $p=0.568$	$r=-0.029$ $p=0.775$	$r=0.100$ $p=0.322$	$r=0.170$ $p=0.091$
Bedensel sanrılar	$r=0.185$ $p=0.065$	$r=0.220$ $p=0.028^*$	$r=0.384$ $p=0.000^*$	$r=-0.035$ $p=0.728$	$r=0.028$ $p=0.781$	$r=0.185$ $p=0.065$	$r=0.152$ $p=0.130$
Alınma sanrıları	$r=0.218$ $p=0.029^*$	$r=0.283$ $p=0.004^{**}$	$r=0.249$ $p=0.012^*$	$r=0.269$ $p=0.007^{**}$	$r=0.212$ $p=0.034^*$	$r=0.312$ $p=0.002^{**}$	$r=0.278$ $p=0.005^{**}$

* $p < 0.05$, ** $P < 0.01$

Tablo 9’da görüldüğü gibi fiziksel istismar puanları ile kötülük görme sanrıları ve alınma sanrıları arasında aynı yönde hafif düzeyde, duygusal istismar puanları ile kötülük görme sanrıları ve alınma sanrıları arasında aynı yönde orta düzeyde, bedensel sanrılar arasında aynı yönde hafif düzeyde, cinsel istismar puanları ile bedensel varsanılar, kötülük görme sanrıları ve bedensel sanrılar arasında aynı yönde orta düzeyde, işitsel varsanılar, suçluluk ve günahkarlık sanrıları ve alınma sanrıları arasında aynı yönde hafif düzeyde, fiziksel ihmal puanları ile kötülük görme sanrıları ve alınma sanrıları arasında aynı yönde orta düzeyde, ÇÇÖÖ toplam puanları ile kötülük görme sanrıları, alınma sanrıları arasında aynı yönde orta düzeyde, koku varsanıları arasında ters yönde hafif düzeyde anlamlı bir bağıntı saptandı. DYÖ

puanı ile işitsel varsanılar, kötülük görme sanrıları ve alınma sanrıları arasında aynı yönde orta düzeyde anlamlı bir bağıntı saptandı.

8. Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile negatif belirtiler arasındaki ilişki

ÇÇÖÖ ile $p<0.05$ düzeyinde anlamlılığı olan negatif belirtiler arasındaki bağıntı çözümlemesi Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği (ÇÇÖÖ) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ile bazı negatif belirtiler (anlamlılığı $p<0.05$ olanlar) arasındaki ilişki

	Fiziksel İstismar	Duygusal İstismar	Cinsel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	ÇÇÖÖ Toplam	DYÖ
Duygulanımsal Yanıtsızlık	$r=0.008$	$r=0.102$	$r=0.098$	$r=0.104$	$r=0.238$	$r=0.147$	$r=0.127$
	$p=0.940$	$p=0.313$	$p=0.332$	$p=0.304$	$p=0.017^*$	$p=0.144$	$p=0.207$
Fiziksel enerji Azalması	$r=0.036$	$r=0.156$	$r=0.113$	$r=0.275$	$r=0.243$	$r=0.208$	$r=0.260$
	$p=0.725$	$p=0.121$	$p=0.262$	$p=0.006^{**}$	$p=0.015^*$	$p=0.038^*$	$p=0.009^{**}$
Oyalayıcı ilgi ve Etkinlikler	$r=-0.009$	$r=0.143$	$r=0.055$	$r=0.239$	$r=0.196$	$r=0.162$	$r=0.278$
	$p=0.927$	$p=0.154$	$p=0.585$	$p=0.017^*$	$p=0.051$	$p=0.108$	$p=0.005^{**}$
Cinsel ilgi ve Etkinlik	$r=-0.080$	$r=0.056$	$r=0.005$	$r=0.217$	$r=0.187$	$r=0.102$	$r=0.164$
	$p=0.432$	$p=0.580$	$p=0.958$	$p=0.030^*$	$p=0.063$	$p=0.311$	$p=0.104$
Yakınlık ve dostluk kurma yeteneği	$r=0.084$	$r=0.204$	$r=0.147$	$r=0.280$	$r=0.333$	$r=0.272$	$r=0.306$
	$p=0.405$	$p=0.042^*$	$p=0.144$	$p=0.005^{**}$	$p=0.001^{**}$	$p=0.006^{**}$	$p=0.002^{**}$
Arkadaş ve akran ilişkileri	$r=0.119$	$r=0.249$	$r=0.194$	$r=0.320$	$r=0.292$	$r=0.298$	$r=0.280$
	$p=0.240$	$p=0.012^*$	$p=0.053$	$p=0.001^{**}$	$p=0.003^{**}$	$p=0.003^{**}$	$p=0.005^{**}$
Sosyal dikkatsizlik	$r=-0.056$	$r=0.059$	$r=0.005$	$r=0.226$	$r=0.130$	$r=0.102$	$r=0.206$
	$p=0.582$	$p=0.562$	$p=0.959$	$p=0.024^*$	$p=0.197$	$p=0.312$	$p=0.040^*$
Zihinsel durum testlerinde dikkatsizlik	$r=-0.095$	$r=0.006$	$r=-0.006$	$r=0.207$	$r=0.091$	$r=0.061$	$r=0.215$
	$p=0.348$	$p=0.949$	$p=0.951$	$p=0.039^*$	$p=0.366$	$p=0.549$	$p=0.032^*$
Dikkatin bütünsel Derecelendirilm esi	$r=-0.096$	$r=-0.003$	$r=-0.001$	$r=0.201$	$r=0.090$	$r=0.057$	$r=0.208$
	$p=0.344$	$p=0.975$	$p=0.992$	$p=0.045^*$	$p=0.372$	$p=0.571$	$p=0.038^*$

* $p<0.05$, ** $P<0.01$

Tablo 10'da görüldüğü gibi duygusal istismar puanları ile yakınlık ve dostluk kurma yeteneği ve arkadaş ve akran ilişkileri puanları arasında aynı yönde hafif düzeyde, fiziksel ihmal puanları ile fiziksel enerji azalması, yakınlık ve dostluk kurma yeteneği ve arkadaş ve akran ilişkileri puanları arasında aynı yönde orta düzeyde, oyalayıcı ilgi ve etkinlikler, cinsel ilgi ve etkinlik, sosyal dikkatsizlik, zihinsel durum testlerinde dikkatsizlik ve dikkatin bütünsel derecelendirilmesi

puanları arasında aynı yönde hafif düzeyde, duygusal ihmal puanları ile yakınlık ve dostluk kurma yeteneği ile arkadaş ve akran ilişkileri puanları arasında aynı yönde orta düzeyde, duygulanımsal yanıtsızlık arasında aynı yönde hafif düzeyde, ÇÇÖÖ toplam puanları ile yakınlık ve dostluk kurma yeteneği ile arkadaş ve akran ilişkileri kurma puanları arasında aynı yönde orta düzeyde, fiziksel enerji azalması arasında aynı yönde hafif düzeyde anlamlı bağıntı bulundu. DYÖ ile fiziksel enerji azalması, oyalayıcı ilgi ve etkinlikler, yakınlık ve dostluk kurma yeteneği ve arkadaş ve akran ilişkileri puanları arasında aynı yönde orta düzeyde, sosyal dikkatsizlik, zihinsel durum testlerinde dikkatsizlik ve dikkatin bütünsel derecelendirilmesi puanları arasında aynı yönde hafif düzeyde anlamlı bağıntı bulundu.

Çocukluk çağı örselenme yaşantısının psikopatoloji ile ilişkili ($p<0.01$) (orta düzeyde anlamlılığı olanlar) olduğu saptanan belirtiler Tablo 11’de özetlenmiştir.

Tablo 11. Çocukluk çağı örselenme yaşantılarının psikopatoloji ile ilişkisi ($p<0.01$) (orta düzeyde anlamlılığı olanlar)

	İlişkili olduğu psikopatoloji	R
ÇÇÖÖ	kötülük görme sanrıları	$r=0.336$
	alınma sanrıları	$r=0.312$
	yakınlık ve dostluk kurma yeteneği	$r=0.272$
	arkadaş ve akran ilişkileri	$r=0.298$
Duygusal İstismar	kötülük görme sanrıları	$r=0.298$
	alınma sanrıları	$r=0.283$
Cinsel İstismar	bedensel sanrı	$r=0.384$
	kötülük görme sanrıları	$r=0.293$
	bedensel varsanı	$r=0.305$
Fiziksel ihmal	kötülük görme sanrıları	$r=0.270$
	alınma sanrıları	$r=0.269$
	fiziksel enerji azlığı	$r=0.275$
	yakınlık ve dostluk kurma	$r=0.280$
	arkadaş ve akran ilişkileri	$r=0.320$
Duygusal İhmal	yakınlık ve dostluk kurma	$r=0.333$
	arkadaş ve akran ilişkileri	$r=0.292$

TARTIŞMA

Çalışmamızda 100 şizofreni hastası ile 50 sağlıklı kardeşten oluşan iki grup nüfus özellikleri, çocukluk çağı örselenme ölçeği ve dissosiyatif yaşantılar ölçeği puanları açısından karşılaştırıldı. Ayrıca hasta grubunda ÇÇÖÖ ile DYÖ hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastanede yatış sayısı, toplam yatış süresi, PBDÖ, NBDÖ, KGiÖ ve İGDÖ arasındaki ilişki incelendi.

Hasta ve kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş ve eğitim süresi ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Ancak medeni durum ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark anlamlıydı ($p=0.020$). Hasta grubunun çoğu bekar ya da boşanmıştı. Bu bulgu şizofreni hastalarında evli olmayanların oranının evli olanlara göre fazla olduğu genel bilgileriyle uyumludur (4).

Hasta grubunda erkek oranı (%69), kadın oranından (%31) yüksekti. Bu durum genel ortalamayı yansıtmıyor olmakla birlikte (4,5,6) kontrol grubuyla arasında bir fark olmamış olması çalışmanın verilerinin anlamlı olacağını göstermektedir.

Çocukluk çağı örselenme yaşantısı

Hasta grubunda çocukluk çağı örselenme yaşantısı genel olarak kontrol grubundan yüksek olmamakla birlikte fiziksel ($p<0.01$), cinsel ($p<0.01$) ve duygusal ($p<0.05$) istismar açısından hasta grubu lehine bir anlamlılık ortaya çıkıyordu (Tablo 5). Hasta grubunun aynı ortamda yetişmiş olan kardeşlerine göre fiziksel, cinsel ve duygusal istismar yönünden daha fazla bildirimde bulunmuş olması anlamlıdır ve konu ile ilgili genel kaynakların verileri ile uyumludur (78,79).

Bendall ve arkadaşlarının yaptığı derlemede psikotik hastalarda ÇÇÖ sıklığını araştıran 38 makale incelenmiş ve ÇÇÖ bildirilme oranları çok geniş aralıklarda bulunmuş. Bu çalışmalarda görüşme yapılması ya da ölçek kullanılması gibi farklı yöntemlerle veri toplanması, verilerin geriye dönük olması, farklı ölçümlerin kullanılması nedeniyle veriler oldukça değişken oranlarda çıkmış olabilir (47).

Hasta ve kontrol grubu çocukluk çağı örselenme yaşama öyküsü açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda çocukluk çağı fiziksel, duygusal ve cinsel istismar

yaşama oranı anlamlı olarak daha yüksekti. Bu durum hastaların hastalıkları nedeniyle örselenmeye yatkın olabileceği, örselenme sonrası hastalık gelişebilmesi ve hastaların hastalıkları nedeniyle olayları daha örseleyici algılamaları ya da yorumlamaları ya da psikotik belirtileri nedeniyle gerçek dışı bildirimlerde bulunmalarıyla ilgili olabilir. Kontrol grubunun da hasta grubuna benzer oranda ihmal bildirmesi ancak hastaların istismar bildiriminin fazla olması olayları daha şiddetli algılamaları ya da örselenmeye daha yatkın olabilmesine bağlı olabilir (79).

Dissosiyatif yaşantılar

Dissosiyatif yaşantılar hasta grubunda kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Bu da alandaki diğer kaynakların verileriyle uyumlu bir bulgudur (58,60,63).

Kontrol grubuna göre hasta grubunda yüksek saptanan ÇÇÖÖ puanı ve DYÖ'den elde edilen puanın hastanın hastalığının başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastanede yatış sayısı ve hastanede toplam yatış süresi arasındaki ilişki incelendiğinde DYÖ'den alınan puanlarla herhangi bir anlamlı ilişki saptanmazken çocukluk çağı örselenme yaşantısının hastalığın başlangıç yaşı ile arasında anlamlı bir ilişkinin saptanması yine alandaki diğer çalışmaların verileriyle uyumludur (80). Bizim verilerimiz çocukluk çağı örselenme yaşantısı ile hastalığın daha erken yaşta başlaması arasındaki ilişkiyi vurgularken bu açıdan herhangi bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (76). Şizofrenide hastalığın başlangıcında zorlu yaşam olaylarının zorlanma-yatkınlık-başetme (82) modeli ile baskı doğuran etmenlerin birikici etkisinin hastalık başlangıcını erkene çekme gibi bir rolünün olabileceği görüşü çalışmamızın verileriyle uyumlu olarak yorumlanabilir.

Hasta ve kontrol grubu DYÖ puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında sayımsal olarak anlamlı bir fark bulundu. Bu hasta grubunda çocukluk çağı istismar oranlarının fazla olması ve bunun dissosiyasyon ile nedensel ilişki içinde olmasıyla bağlantılı olabileceği gibi dissosiyatif belirtilerin psikoz belirtileri ile ortak özellikleri ve benzerlikleri olması nedeniyle hasta grubunda DYÖ puanının yüksek çıkmasını sağlamış olabilir (64). Hasta grubunda DYÖ puanı ile ÇÇÖÖ toplam puanı ($p<0.05$) ve fiziksel, cinsel, duygusal istismar ile fiziksel ihmal alt ölçek puanları ($p<0.01$) arasında anlamlı ilişki bulundu. İhmal ve istismar şiddeti arttıkça dissosiyatif

belirtilerin de arttığı saptandı. Bu bulgular alanda yapılmış olan daha önceki çalışmalarda belirtilen dissosiyatif bozukluğun örselenme yaşantısı ile yüksek birlikteliği ile uyumludur (60). Kontrol grubunda ise DYÖ puanı ile ÇÇÖÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta ve kontrol grubu arasındaki bu farklılık dissosiyasyon ve şizofreninin ortak belirtilerinden kaynaklanıyor olabilir. Örneğin, varsanılar, özeyabancılaşıma gibi belirtiler her iki hastalıkta da görülebilmektedir.

Şizofreni ve dissosiyatif bozukluğun benzer düzeneklerle oluşan hastalıklar olduğunu, üst üste gelen benzer ve farklı yönleri olan hastalıklar olduğunu belirten çalışmalar olduğu gibi şizofreninin dissosiyatif bir alt tipi olduğunu belirten yayınlarda bulunmaktadır (64). Bizim çalışmamızda da şizofreni hastalarında DYÖ puanının ÇÇÖÖ puanı ile arasında anlamlı ilişkinin olması şizofreninin dissosiyatif alt tipi olabileceği görüşünün araştırmaya değer olduğunu desteklemektedir.

ÇÇÖÖ toplam puanı ile hasta yaşı arasında da ($r=-0.266$, $p=0.008$) orta düzeyde ters yönde anlamlı bir bağıntı saptanmıştır. Alandaki bazı çalışmalar da bu ilişki saptanmamıştır (62). Hasta yaşı arttıkça çocukluk çağı örselenme bildiriminin azalıyor olması hastaların yaş arttıkça olayları hatırlamalarının azalıyor olması ile ilişkili olabilir.

Örselenme, dissosiasyon ve psikopatoloji arasındaki ilişki

Örselenme, dissosiasyon ve psikoz belirtileri, klinik durum ve işlevsellik arasındaki ilişkileri incelemek için bu alanlardaki ölçeklerden alınan puanlar bağıntı çözümlemesine tabi tutulduğunda sadece negatif belirti toplam puanı ile DYÖ toplam puanı arasında zayıf düzeyde aynı yönde bir bağıntı saptanmıştır ($r=0.222$, $p=0.026$) (Tablo 8). Bu bulgu çalışmamızın özgün bir verisi olarak değerlendirilebilir. Burada dikkate alınması gereken nokta hasta grubumuzun KGİÖ puanının 5 ve altında olması ve klinik anlamda dural (stabil) olmalarıdır.

Hasta grubunda ÇÇÖÖ ile KGİÖ arasında zayıf düzeyde aynı yönde ($r=0.219$, $p=0.029$), İGDÖ arasında zayıf düzeyde ters yönde ($r=-0.197$, $p=0.049$) ve DYÖ ile KGİÖ arasında zayıf düzeyde aynı yönde ($r=0.242$, $p=0.015$), İGDÖ arasında orta düzeyde ters yönde ($r=-0.264$, $p=0.008$) anlamlı bir bağıntı bulundu (Tablo 7). Buradan çocukluk çağı örselenmelerinin genel olarak hastalığın klinik gidişi üzerinde zayıf da olsa bir rolünün olabileceği ileri sürülebilir. Dissosiyatif yaşantı ile klinik şiddet ve işlevsellik arasında çocukluk çağı örselenmelerine benzer bir ilişki

saptanmıştır. Ancak çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu için bu yorumun gücü oldukça düşük olacaktır. Çünkü şu andaki klinik gidiş ve psikopatoloji düzeyi ile geçmişteki bir yaşantının ilişkisini söylemek çalışmanın yapıldığı dönemde araya giren birçok farklı etmenin etkisinden muaf olamayacaktır.

DYÖ puanı ile pozitif belirtilerden işitsel varsanılar ($r=0.250$, $p=0.012$), kötülük görme ($r=0.274$, $p=0.006$), alınma sanrıları ($r=0.278$, $p=0.005$) arasında negatif belirtilerden fiziksel enerji azalması ($r=0.260$, $p=0.009$), yakınlık ve dostluk kurma ($r=0.306$, $p=0.002$) ile arkadaş ve akran ilişkileri ($r=0.280$, $p=0.005$) arasında orta düzeyde aynı yönde anlamlı bir bağıntı saptanmıştır.

DYÖ puanı ile varsanılar ve sanrılar arasında saptanmış olan anlamlı ilişki daha önceki verilerle uyumluydu (63).

DYÖ puanı ile NBDÖ puanı arasında saptanmış olan anlamlı ilişki negatif belirtilerin pozitif belirtilere kıyasla daha sürekli ve direngen olduğu ve hastalığın gidişini daha fazla yansıtırma gücüne sahip olduğu düşünülürse (2) dissosiyatif yaşantı ile negatif belirtiler arasındaki bağıntının anlamlılığı üzerinde çocukluk çağı örselenmesinin nedensel bağlantısı açısından daha ileri çözümlemeyi gerekli kılar.

Çocukluk çağı örselenme ölçeği toplam puanı ile pozitif belirtilerden kötülük görme ($r=0.336$, $p=0.001$), alınma sanrıları ($r=0.312$, $p=0.002$) arasında negatif belirtilerden yakınlık ve dostluk kurma ($r=0.272$, $p=0.006$), ile arkadaş ve akran ilişkileri ($r=0.298$, $p=0.003$) arasında orta düzeyde aynı yönde, fiziksel enerji azalması ($r=0.208$, $p=0.038$) arasında hafif düzeyde aynı yönde anlamlı bir bağıntı saptanmıştır. Cinsel istismar ile bedensel varsanı ($r=0.305$, $p=0.002$) ve sanrı ($r=0.384$, $p<0.001$) ile kötülük görme sanrıları ($r=0.293$, $p=0.003$) arasında orta düzeyde aynı yönde, suçluluk ve günahkarlık sanrıları ($r=0.222$, $p=0.026$), alınma sanrıları ($r=0.249$, $p=0.012$) arasında hafif düzeyde aynı yönde, fiziksel ihmal ile negatif belirtilerden fiziksel enerji azlığı ($r=0.275$, $p=0.006$), yakınlık ve dostluk kurma ($r=0.280$, $p=0.005$) ile arkadaş ve akran ilişkileri ($r=0.320$, $p=0.001$) arasında orta düzeyde aynı yönde, oyalanıcı ilgi ve etkinlikler ($r=0.239$, $p=0.017$), cinsel ilgi ve etkinlik ($r=0.217$, $p=0.030$) arasında hafif düzeyde aynı yönde, duygusal ihmal ile negatif belirtilerden yakınlık ve dostluk kurma ($r=0.333$, $p=0.001$) ile arkadaş ve akran ilişkileri ($r=0.292$, $p=0.003$) arasında orta düzeyde aynı yönde, duygulanımsal

yanıtsızlık ($r=0.238$, $p=0.017$) arasında hafif düzeyde aynı yönde anlamlı bir bağıntı saptanmıştır (Tablo 9,10).

Alandaki ilgili çalışmalarda genellikle çocukluk çağı örselenmeleri ile varsanısal yaşantı arasında ilişkinin olduğu vurgulanırken (82) çalışmamızda bu ilişkinin cinsel istismarla bedensel varsanılar arasında bulunmuş olması, kötülük görme ve alınma sanrıları, yakınlık ve dostluk kuramama ile akran ve arkadaş ilişkileri arasında ilişki saptanmış olması çalışmamızın özgün bir verisi olarak ele alınmalıdır (83,84).

Çalışmalarda çocukluk çağı örselenmeleri ile psikotik belirtiler arasındaki ilişki incelenmiş ve sanrı, düşünce bozukluğu ve yoksunluk belirtileri arasındaki ilişki ile ilgili tutarsız veriler bildirilmiştir. Ancak çocukluk çağı örselenme öyküsü olan şizofreni hastalarında varsanılarla olan ilişkisi tekrarlanmış ve özellikle işitsel varsanılarla ilişkisi güçlü bulunmuş. Bizim çalışmamızda sadece cinsel istismar ile işitsel varsanılar arasında böyle bir ilişki bulduk. Çalışmalarda cinsel istismar ile görsel, işitsel ve bedensel varsanılar arasında, fiziksel istismar ile bedensel varsanılar arasında, ihmal ile görsel varsanılar arasında ilişki bulunmuş (64). Çalışmamızda sadece cinsel istismar ile bedensel varsanılar arasında ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda ÇÇÖÖ ile PBDÖ ve NBDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, fiziksel ve duygusal istismarla alt ölçek puanları arasında sayımsal olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Bu bulgular daha önceki çalışmalardaki bulgularla uyuşmuyordu. Cinsel istismar ile sanrılar arasında anlamlı ilişki bulundu. Fiziksel ihmal ile NBDÖ toplam puanı, fiziksel enerjide azalma, zevk almada azalma, dikkat azalması, duygusal ihmal ile NBDÖ toplam puanı ve zevk almada azalma puanı arasında anlamlı ilişki bulundu. ÇÇÖÖ alt ölçek puanları PBDÖ puanlarından daha çok NBDÖ puanları ile ilişkiliydi. ÇÇÖÖ toplam puanı ile PBDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında ilişki saptanmazken NBDÖ puanlarından sadece zevk almada azalma alt ölçek puanı ile anlamlı ilişki bulundu. ÇÇÖÖ alt puanlarının ayrı ayrı incelenmesi gerektiği ve farklı alt ölçeklerin farklı psikotik belirti alt ölçekleri ile ilişkili olabileceği göz önünde tutulmalıdır. Farklı örselenme şekilleri ile farklı psikotik belirti içeriği arasında ilişki olabileceği bildirilmektedir (64). Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında ÇÇÖÖ alt puan ölçekleri açısından anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuş olması ancak ÇÇÖÖ toplam puanı ile PBDÖ ve NBDÖ toplam puanları arasında anlamlı ilişkinin saptanamamış olması,

belirti düzeyinde bakıldığında örselenme alt tipleriyle bazı anlamlı ilişkilerin saptanmış olması çocukluk çağı örselenme yaşıntısının hastalığa neden olmaktan ziyade görüngüsel farklılaşmaya yol açtığı düşünülebilir.

Alandaki bazı çalışmalarda çocukluk çağı örselenmeleri ile negatif belirtiler arasında özellikle de fiziksel ihmalle negatif belirtiler arasında ilişki saptanmış (85). Bizim çalışmamızda da ihmal ile negatif belirtiler arasındaki ilişkinin saptanmış olması çalışmanın özgün belirtilerinden biri olarak yorumlanabilir. Çocukluk çağı ihmali bilişsel, duygusal ve sosyal işlevsellikte kesintiler doğurarak negatif belirtilere yol açıyor olabilir görüşü üzerinde yeni çalışmaların yapılması gerektiği kanısındayız (85).

Araştırmamızın en önemli yöntemsel kısıtlılığı araştırma sonuçlarının geriye dönük hatırlama yanlılığına açık olmasıdır. Hem hastalık özellikleri (başlangıç yaşı, hastane yatışı sayısı, hastanede toplam yatış süresi) hem de çocukluk çağı örselenmeleri geriye dönük olarak sorgulanmıştır. Bu kısıtlılığın neden olabileceği yanlılığı azaltmak için çalışmamızda hastalar iyilik dönemlerinde (klinik durumlarının dural olduğu dönem) çalışmaya alınmıştır ve gerektiğinde hastane kayıtlarından ve hasta yakınlarından alınan bilgilerle karşılaştırılmıştır. Ne yazık ki alanda ki diğer çalışmalarda da benzer kısıtlılıklar bulunmaktadır. Diğer bir kısıtlılık ise örneklemin şizofreni hastalarının tümünü değil üçüncü basamak sağlık kuruluşunda düzenli izlenen bir grubu temsil etmesidir. Bu nedenle bulguların genellenmesinde dikkatli davranılmalıdır.

Araştırma örnekleminin düşük sayıda hasta içermesi bazı araştırma değişkenleri arasındaki ilişkilerin anlamlı bulunmamasına ya da anlamlılığa yakın kalmasına neden olmuş olabilir. Daha geniş bir örneklem grubu bulguların geçerliliğini arttıracaktır. Alanda yapılan çalışmalarda da kısıtlı sayıda örneklem kullanılmış ve çok değişik sonuçlar elde edilmiş. Daha büyük örnekleme yapılacak çalışmalarda benzeri bulgular tekrarlanırsa daha sağlıklı sonuçlar elde edilebilir.

Araştırmamızın kısıtlılıklarından bir diğeri karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesinin yapılmamış olmasıdır. Bonferroni düzeltmesi p değeri/karşılaştırma sayısı olarak hesaplanır ve tip 1 hatayı azaltmak için yapılır (86). Ancak tip II hatayı artırabilmesi, gerçekten önemli farkların önemsiz kabul edilmesine sebep olabilmesi, istatistiksel gücü azaltabilmesi ve taraflı yayına sebep olabilmesi nedeniyle bu konuda çeşitli tartışmalar vardır ve Bonferroni düzeltmesinin yapılmaması gerektiğini savunan

yayınlar bulunmaktadır. Bizde çalışmamızda Bonferroni düzeltmesini yapmamayı tercih ettik (87,88).

Sonuç Olarak;

Şizofreni hastalarında çocukluk çağı örselenmeleri ile dissosiyatif yaşantılar kardeşlerden daha fazladır.

Çocukluk çağı örselenmeleri ile dissosiyatif yaşantılar arasında anlamlı bir bağlantı vardır.

Çocukluk çağı örselenmeleri ile hastalığın daha erken yaşta başlaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Çocukluk çağı örselenmeleri ve dissosiyatif yaşantılar arttıkça işlevselliğin düzeyi azalmakta ve klinik durumunun şiddeti artmaktadır.

Çocukluk çağı örselenmeleri ile pozitif belirtilerden alınma ve kötülük görme sanrıları arasında, cinsel istismar ile bedensel sanrı ve varsanılar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocukluk çağı örselenmeleri ile negatif belirtilerden zevk almada azalma (yakınlık ve dostluk kurma, arkadaş ve akran ilişkileri) arasında, fiziksel ihmal ile fiziksel enerjide azalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Dissosiyatif yaşantılar ile pozitif belirtilerden işitme varsanıları ve alınma ve kötülük görme sanrıları arasında, negatif belirtilerden yakınlık ve dostluk kurma, arkadaş ve akran ilişkileri ve fiziksel enerjide azalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Çocukluk çağı örselenmeleri yoğun bir zorlanma oluşturarak şizofreninin erken başlamasında ve dissosiyatif düzenekler aracılığıyla belirtilerin şekillenmesinde rol oynuyor olabilir.

ÖZET

Amaç: Çocukluk çağı örselenmeleri, erişkinlikte farklı ruhsal hastalıklara yol açabildikleri gibi, var olan psikopatolojilerin daha ağır bir seyir göstermesine de neden olmaktadır. Şizofrenide genetik yatkınlık hastalığın oluşumunda önemli ölçüde belirleyici olabilmektedir, bununla birlikte çevresel etkenlerin de rolü olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda çevresel etkenlerden çocukluk çağı örselenme yaşantılarının hastalık oluşumunda etkisinin olup olmadığı araştırılmaktadır.

Yöntem: Katılımcı olarak Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGİÖ) puanı 5 ve altında olan ya da aktif psikoz nöbeti olmayan 100 şizofreni hastası ile kontrol grubu olarak hastalarla yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş ve hastalarla aynı ortamda büyümüş olan sağlıklı kardeşleri çalışmaya alındı. Hastalara nüfus özelliklerini değerlendiren anket formu ile DSM IV'e göre Yapılandırılmış Klinik Görüşme (DYKG-1), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGİÖ), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGDÖ) ve Çocukluk Çağı Örselenmeleri Ölçeği (ÇÇÖÖ) uygulandı. Kontrol grubuna ise nüfus özelliklerini değerlendiren anket formu ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ve Çocukluk Çağı Örselenme Ölçeği (ÇÇÖÖ) uygulandı. Hasta ve kontrol grubu çocukluk çağı örselenmeleri ve dissosiyatif yaşantılar açısından karşılaştırıldı. Hasta grubunda çocukluk çağı örselenme ve dissosiyatif yaşantılar puanları ile psikopatolojiyi değerlendiren ölçekler arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: Hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında hasta grubunda fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar alt ölçek puanları ve DYÖ puan ortalaması daha yüksek bulundu. Hasta grubunda DYÖ ile ÇÇÖÖ hem toplam puanı hem de alt ölçek puanları arasında aynı yönde orta düzeyde anlamlı bağıntı saptandı. ÇÇÖÖ puanı ile hastanın yaşı ve hastalığın başlangıç yaşı arasında ters yönde orta düzeyde anlamlı bir bağıntı belirlendi. ÇÇÖÖ ve DYÖ puanları ile KGİÖ puanı arasında aynı yönde ve İGDÖ puanı arasında ters yönde anlamlı bir bağıntı bulundu. ÇÇÖÖ ile PBDÖ ve NBDÖ toplam puanları arasında ilişki saptanmazken belirti düzeyinde bakıldığında kimi alt ölçek ve maddeler arasında anlamlı ilişkiler bulundu.

DYÖ ile NBDÖ toplam puan ortalamaları arasında aynı yönde anlamlı bir bağıntı bulundu.

Sonuç: ÇÇÖ'nün şizofreninin daha erken ortaya çıkmasında, pozitif ve negatif belirtilerin şekillenmesi üzerinde rolü olabileceği gibi işlevsellik ve klinik şiddet üzerinde de rolünün olabileceği söylenenebilir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, çocukluk çağı örselenmesi, dissosiyasyon



SUMMARY: IS THERE ANY CAUSAL RELATION OF THE CHILDHOOD TRAUMAS IN SCHIZOPHRENIA? COMPARISON OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH THEIR HEALTHY SIBLINGS IN TERMS OF CHILDHOOD TRAUMA

Purpose: The traumas in childhood do not only result in different mental illnesses in adulthood but also cause the existing psychopathologies to progress heavier. Genetic susceptibility in schizophrenia may be considerably determinative in pathogenesis. Nevertheless, it is known that environmental impacts have also part in it. In the study we tried to research if there is any effect of childhood trauma experiences on the pathogenesis of schizophrenia.

Method: Participants are 100 schizophrenic patients who have 5 or under 5 points of Clinical Global Impression Scale (CGIS) and the patients who have not active psychosis states and their healthy siblings who have been raised in same environment as that of patients who have linked with the patients in control group in terms of age, gender and education. By the questionnaire form evaluating population characteristics the patients have been applied by Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID-I), Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), Dissociative Experiences Scale (DES), Clinical Global Impression Scale (CGIS), Global Assessment Scale (GAS) and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28). On the other hand, by the questionnaire form evaluating population characteristics control group has been applied by the Dissociative Experiences Scale (DES) and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28). The patient and control groups have been compared in terms of traumas in childhood and dissociative experiences. The relation between the childhood traumas and dissociative experiences in patient group with the positive and negative symptoms in patient have been compared.

Findings: It has been found that physical, emotional and sexual abuse subscale scores and DES mean scores higher in patients than control group. In the patient group it has been found a moderately positive correlation between total and subscale scores of DES and CTQ-28. It has been determined a moderately negative correlation between CTQ-28 scores and the age of patient and illness onset. It has been found a positive correlation between CTQ-28/DES and CGIS scores and negative correlation

between CTQ-28/DES and GAS. It has not been found any relation between CTQ-28, SAPS and SANS mean total scores. However, when it analyzed in the symptom level it has been found a correlation between some of the subscales of CTQ-28, some SAPS and SANS subscales. It has been found a weakly positive correlation between DES and SANS mean total scores.

Conclusion: We suggest that, childhood trauma may play an important role in the onset of illness, on formation of positive and negative symptoms and functionality of patient and illness severity.

Key Words: Schizophrenia, childhood trauma, dissociation.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)(1994)*. Çev. Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998
2. Cancro R, Lehmann HE. Schizophrenia: Clinical Features. In: Sadock BJ, Sadock VA, ed. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, 7 th ed, **Volume 1**. Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins, 2000: 1169-1199
3. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı Ve Bozukluklar, yenilenmiş 11. baskı, Cilt 1*. Ankara: Tuna Matbaacılık, 2008: 242-324
4. Norquist GS, Narrow WE. Schizophrenia: Epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, ed. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, 7 th ed, **Volume 1**. Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins, 2000: 1110-1117
5. McGrath J, Saha S, Welham J, El Sadi O, MacCauley C, Chant D. A Systematic Review Of The Incidence Of Schizophrenia: The Distribution Of Rates And The Influence Of Sex, Urbanicity, Migrant Status And Methodology. *BMC Med*, 2004; **2**: 13; 20 pg
6. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex Differences In The Risk Of Schizophrenia: Evidence From Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 2003; **60(6)**: 565-571
7. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia And Migration: A Meta-analysis And Review. *Am J Psychiatry*, 2005; **162(1)**: 12-24
8. Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. Prevalence Of Psychotic Disorder And Community Level Of Psychotic Symptoms: An Urban-Rural Comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 2001; **58(7)**: 663-668
9. Buchanan RW, Carpenter WT. Schizophrenia: Introduction And Overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, ed. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, 7 th ed, **Volume 1**. Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins, 2000: 1096-1110
10. Byrne M, Agerbo E, Ewald H, Eaton WW, Mortensen PB. Parental Age And Risk Of Schizophrenia: A Case-Control Study. *Arch Gen Psychiatry*, 2003; **60(7)**: 673-678

11. Henquet C, Murray R, Linszen D, van Os J. The Environment And Schizophrenia: The Role Of Cannabis Use. *Schizophr Bull*, 2005; **31(3)**: 608-612
12. Kendler KS, Diehl SR. The Genetics Of Schizophrenia: A Current, Genetic-Epidemiologic Perspective. *Schizophr Bull*, 1993; **19**: 261-285
13. Norton N, Williams HJ, Owen MJ. An Update On The Genetics Of Schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*, 2006; **19**: 158-164
14. Bramon E, Murray RM. A Plausible Model Of Schizophrenia Must Incorporate Psychological And Social, As Well As Neurodevelopmental, Risk Factors. *Dialogues Clin Neurosci*, 2001; **3(4)**: 243-256
15. Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ. Genes For Schizophrenia And Bipolar Disorder? Implications For Psychiatric Nosology. *Schizophr Bull*, 2006; **32**: 9-16
16. Gur RE, Gur RC. Schizophrenia: Brain Structure And Function. In: Sadock BJ, Sadock VA, ed. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, 7 th ed, **Volume 1**. Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins, 2000: 1117-1129
17. Egan MF, Hyde TM. Schizophrenia: Neurobiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, ed. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, 7 th ed, **Volume 1**. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 1129-1147
18. Weinberger DR, McClure RK. Neurotoxicity, Neuroplasticity And Magnetic Resonance Imaging Morphometry; What Is Happening In The Schizophrenic Brain? *Arch Gen Psychiatry*, 2002; **59**: 553-558
19. McGlashan TH, Hoffman RE. Schizophrenia: Psychodynamic To Neurodynamic Theories. In: Sadock BJ, Sadock VA, ed. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, 7 th ed, **Volume 1**. Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins, 2000: 1159-1169
20. Freeman D, Fowler D. Routes To Psychotic Symptoms: Trauma, Anxiety And Psychosis-like Experiences. *Psychiatry Res*, 2009; **169(2)**: 107–112
21. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood Trauma, Psychosis And Schizophrenia: A Literature Review With Theoretical And Clinical Implications. *Acta Psychiatr Scand*, 2005; **112**: 330–350
22. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM. Impact Of Child Sexual Abuse On Mental Health: Prospective Study In Males And Females. *Br J Psychiatry*, 2004; **184**: 416-421

23. Mueser KT, Resnick GS, Bond GR. Trauma And Posttraumatic Stress Disorder In People With Schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 2003; **112(3)**: 415-423
24. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı Ve Bozukluklar, Yenilenmiş 11. Baskı, Cilt 1*. Ankara: Tuna Matbaacılık, 2008: 448-512
25. Şar V. Kötüye Kullanım Ve İhmalle İlişkili Sorunlar. Güleç C, Köroğlu E, ed. *Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 2*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998: 823-834
26. Herman JL. *Trauma And Recovery*. New York: Basic Books, 1992
27. Pfefferbaum B, Allen JR. Stress In Children Exposed To Violence. Reenactment And Rage. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 1998; **7(1)**: 121-135
28. Terr LC. Childhood Traumas: An Outline And Overview. *Am J Psychiatry*, 1991; **148(1)**: 10-20
29. Brown GR, Anderson B. Psychiatric Morbidity In Adult Inpatients With Childhood Histories Of Sexual And Physical Abuse. *Am J Psychiatry*, 1991; **148(1)**: 55-61
30. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk İstismarı Ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009; **4(12)**: 51-65
31. Tıraşçı Y, Gören, S. Çocuk İstismarı Ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 2007; **34 (1)**: 70-74
32. Bernet W. Schizophrenia: Child Maltreatment. In: Sadock BJ, Sadock VA, ed. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, 7 th ed, **volume 2**. Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins, 2000: 2878-2889
33. Aktepe E. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009; **1**: 95-119
34. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismarı Ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004; **35**: 82-86
35. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı Ve Önlenmesi. *Sted*, 2006; **15(9)**: 153-157
36. De bellis MD, Hooper SR, Sapia JL. Early Trauma Exposure And The Brain. In: Vasterling JJ, Brewin CR, ed. *Neuropsychology of PTSD*. New York: The Guilford Press, 2005: 153-178
37. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2003; **13**: 78-87

38. Heim C, Nemeroff CB. The Role Of Childhood Trauma In The Neurobiology Of Mood And Anxiety Disorders: Preclinical And Clinical Studies. *Biol Psychiatry*, 2001; **49(12)**: 1023-1039
39. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma Kuramı Ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 2006; **19(1)**: 24-39
40. Şar V, Akyüz G, Kundakçı T, Kızıltan E, Doğan O. Childhood Trauma, Dissociation And Psychiatric Comorbidity In Patients With Conversion Disorder. *Am J Psychiatry*, 2004; **161(12)**: 2271-2276
41. Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, New AS, Schmeidler J, Silverman JM, Siever LJ. The Relationship Of Borderline Personality Disorder To Posttraumatic Stress Disorder And Traumatic Events. *Am J Psychiatry*, 2003; **160(11)**: 2018-2024
42. Hazel NA, Hammen C, Brennan PA, Najman J. Early Childhood Adversity And Adolescent Depression: The Mediating Role Of Continued Stress. *Psychol Med*, 2008; **38**: 581-589
43. Roy A. Relationship Of Childhood Trauma To Age Of First Suicide Attempt And Number Of Attempts In Substance Dependent Patients. *Acta Psychiatr Scand*, 2004; **109(2)**: 121-125
44. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, Siever LJ. Abuse And Neglect In Childhood: Relationship To Personality Disorder Diagnoses. *CNS Spectr*, 2003; **8(10)**: 737-754
45. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Philips KA. Childhood Abuse And Neglect In Body Dysmorphic Disorder. *Child Abuse Negl*, 2006; **30(10)**: 1105-1115
46. Rucklidge JJ, Brown DL, Crawford S, Kaplan BJ. Retrospective Reports Of Childhood Trauma In Adults With ADHD. *J Atten Disord*, 2006; **9(4)**: 631-641
47. Bendall S, Jackson HJ, Hulbert CA, McGorry PD. Childhood Trauma And Psychotic Disorders: A Systematic, Critical Review Of The Evidence. *Schizophr Bull*, 2008; **34(3)**: 568-579
48. Spinhoven P, Roelofs K, Moene F, Kuyk J, Nijenhuis EM, Hoogduin CAL, Dyck R. Trauma And Dissociation In Conversion Disorder And Chronic Pelvic Pain. *Int J Psychiatry Med*, 2004; **34(4)**: 305-318

49. Akyüz G, Kuğu N, Akyüz A, Doğan O. Dissociation And Childhood Abuse History In Epileptic And Pseudoseizure Patients. *Epileptic Disord*, 2004; **6(3)**: 187-192
50. Rayworth BB, Wise LA, Harlow BL. Childhood Abuse And Risk Of Eating Disorders In Women. *Epidemiol*, 2004; **15(3)**: 271-278
51. Akyüz G, Sar V, Kuğu N ve Doğan O. Reported Childhood Trauma, Attempted Suicide And Self-mutilative Behavior Among Women In The General Population. *Eur Psychiatry*, 2005; **20(3)**: 268-273
52. Örsel S, Karadağ H, Karaoğlu Kahiloğulları A, Akgün Aktaş E. Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı Ve Psikopatoloji İle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011; **12**: 130-136
53. Haj-Yahi MM, Tamish S. The Rates Of Child Sexual Abuse And Its Psychological Consequences As Revealed By A Study Among Palestinian University Students. *Child Abuse Negl*, 2001; **25(10)**: 1303-1327
54. Şimsek F, Ulukol B, Bingöler B. Çocuk İstismarına Disiplin Penceresinden Bakış. *Adli Bilimler Dergisi*, 2004; **3(1)**: 47-52
55. Şar V. Dissosiyatif Bozukluklar. Güleç C, Köroğlu E, ed. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt 2. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998; 569-590
56. Stockdale GD, Gridley BE, Balogh DW, Holtgraves T. Confirmatory Factor Analysis Of Single- And Multiple-Factor Competing Models Of The Dissociative Experiences Scale In A Nonclinical Sample. *Assessment*, 2002; **9(1)**: 94-106
57. Oztürk E, Sar V. Somatization As A Predictor Of Suicidal Ideation In Dissociative Disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2008; **62(6)**: 662-668
58. Holowka DW, King S, Saheb D, Pukall M, Brunet A. Childhood Abuse And Dissociative Symptoms In Adult Schizophrenia. *Schizophr Res*, 2003; **60**: 87-90
59. Simeon D, Loewenstein RJ. Dissociative Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, ed. *Kaplan And Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, 9 th ed, **Volume 1**. Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins, 2009: 1966-2027
60. Diseth TH. Dissociation In Children And Adolescent As Reaction To Trauma – An Overview Of Conceptual Issues And Neurobiological Factors. *Nord J Psychiatry*, 2005; **59(2)**: 79-91

61. Şar V. Çoğul Kişilik Kavramı Ve Dissosiyatif Bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, 2000; **4**: 7-11
62. Sar V, Taycan O, Bolat N, Ozmen M, Duran A, Oztürk E, Ertem-Vehid H. Childhood Trauma And Dissociation In Schizophrenia. *Psychopathology*, 2010; **43(1)**: 33-40
63. Vogel M, Spitzer C, Kuwert P, Möller B, Freyberger HJ, Grabe HJ. Association Of Childhood Neglect With Adult Dissociation In Schizophrenic Inpatients. *Psychopathology*, 2009; **42(2)**: 124-130
64. Schöfer I, Roos CA, Read J. Childhood Trauma In Psychotic And Dissociative Disorders. In: Moskowitz A, Schöfer I, Dorahy MJ, ed. *Psychosis, Trauma And Dissociation*. UK: John Wiley And Sons, 2008: 137-151
65. Sar V, Oztürk E. Psychotic Symptoms In Complex Dissociative Disorders. In: Moskowitz A, Schöfer I, Dorahy MJ, ed. *Psychosis, Trauma And Dissociation*. UK: John Wiley And Sons, 2008: 165-176
66. Zoroglu SS, Tüzün Ü, Öztürk M, Şar V. Çocuk Ve Ergenlerde Dissosiyatif Bozukluk: 36 Olgunun Gözden Geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000; **1(4)**: 197-206
67. Bernstein EM, Putnam PW. Development, Reliability And Validity Of A Dissociation Scale. *J Nerv Ment Dis*, 1986; **174**: 727-735
68. Yargıç LI, Tutkun H, Sar V. The Reliability And Validity Of The Turkish Version Of The Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 1995; **8**: 10-12
69. Bernstein EM, Fink L, Handelsman L. Initial Reliability And Validity Of A New Retrospective Measure Of Child Abuse And Neglect. *Am J Psychiatry*, 1994; **151**: 1132-1136
70. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2012; **32(4)**: 1054-1063
71. Andreasen NC. Methods For Assessing Positive And Negative Symptoms. *Probl Pharmacopsychiatry*, 1990; **24**: 73-88
72. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Güvenilirliği Ve Geçerliliği. *Düşünen Adam*, 1991; **4(2)**: 20-24

73. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Güvenilirliği Ve Geçerliliği. *Düşünen Adam*, 1991; **4(2)**: 16-18
74. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version (SCID-CV)*. Washington: American Psychiatric Press, 1996
75. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe' ye Uyarlanması Ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç Ve Tedavi Dergisi*, 1999; **12**: 233-236
76. Guy W. The Clinical Global Impression Scale. In: Guy W, ed. *ECDEU Assessment Manual For Psychopharmacology, Revised*. Rockville: National Institute of Mental Health, 1976: 218-222
77. Spence W, Mulholland C, Lynch G, McHugh S, Dempster M, Shannon C. Rates Of Childhood Trauma In A Samples Of Patients With Schizophrenia As Compared With A Sample Of Patients With Non-Psychotic Psychiatric Diagnoses. *J Trauma Dissociation*, 2006;**7(3)**: 7-22
78. Wigman JT, van Winkel R, Jacobs N, Wichers M, Derom C, Thiery E, Vollebergh WA, van Os J. A Twin Study Of Genetic And Environmental Determinants Of Abnormal Persistence Of Psychotic Experiences İn Young Adulthood. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 2011;**156(5)**: 546-552
79. Muskowitz A, Nadel Lynn, Watts P, Jacobs W J. Delusional Atmosphere, The Psychotic Prodrome And Decontextualized Memories. In: Moskowitz A, Schöfer I, Dorahy MJ, ed. *Psychosis, Trauma And Dissociation*. UK: John Wiley And Sons, 2008: 65-78
80. Schenkel LS, Spaulding WD, DiLillo D, Silverstein SM. Histories Of Childhood Maltreatment İn Schizophrenia: Relationships With Premorbid Functioning, Symptomatology And Cognitive Deficits. *Schizophr Res*, 2005;**76**: 273-286
81. Zubin J, Spring B. Vulnerability- A New View Of Schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 1977;**86**: 103-126
82. Shevlin M, Dorahy MJ, Adamson G. Trauma And Psychosis: An Analysis Of The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 2007;**164(1)**: 166-169

83. Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E. The Delusion Of Possession In Chronically Psychotic Patients. *J Nerv Ment Dis*, 1991;**179(9)**: 567-571
84. Lysaker PH, Meyer PS, Evans JD, Clements CA, Marks KA. Childhood Sexual Trauma And Psychosocial Functioning In Adults With Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 2001;**52(11)**: 1485-1488
85. Vogel G, Meier J, Grönke S, Waage M, Schneider W, Freyberger HJ, Klauer T. Differential Effects Of Childhood Abuse And Neglect: Mediation By Posttraumatic Distress In Neurotic Disorders And Negative Symptoms In Schizophrenia? *Psychiatry Res*, 2011; **189**: 121–127
86. Aksakoğlu G. *Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme, ikinci yazım*. İzmir: D.E.Ü. Rektörlük Basımevi, 2006: 222-228
87. Nakagawa S. A Farewell to Bonferroni: The Problems Of Low Statistical Power And Publication Bias. *Behavioral Ecology*, 2004;**15(6)**: 1044-1045
88. Perneger TV. What's Wrong With Bonferroni Adjustments. *BMJ*, 1998;**316**: 1236

EKLER

EK-1. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ (CTQ-28)

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 içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince geçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde.....	Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
1. Yeterli yemek bulamazdım	1	2	3	4	5
2. Bana bakan ve beni koruyan birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
6. Kirlı giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemden tam olarak memnundum.	1	2	3	4	5
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5

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

EK.2. (SANS/NBDÖ) NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0 = Yok	1 = Şüpheli	2 = Hafif	3 = Orta	4 = Belirgin	5 = Şiddetli
Hasta Adı : Tarih : Vizit : Değerlendiren :					
DUYGULANIMSAL DÜZLEŞME veya KÜNTLEŞME 1. DeğişmeyenYüz İfadesi Hastanın yüzü cansız görünür ve konuşmasının duygusal içeriğine bağlı olarak beklenenden daha az değişir 2. Kendiliğinden Hareketlerde Azama Hastanın kendiliğinden hareketleri çok azalmıştır veya hiç yoktur. Konumunu değiştirmez, ekstremitelerini oynatmaz 3. Anlamlı Jestlerin Yokluğu veya Azalması Hasta fikirlerini ifade etmede bir yardımcı olarak vücut konumunu değiştirmez ve el jestlerini kullanmaz. 4. Zayıf Göz İlişkisi konuşması esnasında Hasta göz ilişkisinden kaçınır ve konuşma esnasında bile boşluğa dalgın dalgın 5. Duygulanımsal Yanıtsızlık Hasta uyarıldığında gülmez veya gülümsemez. 6. Uygunsuz Duygulanım Hastanın duygulanımı basit bir biçimde düz veya küntleşmiş olmaktan daha çok uygunsuz veya 7. Sesteki Esnekliğin Eksikliği Hasta normal sesle ilgili vurgu kalıplarını kullanmada başarısızdır ve genellikle monoton bir biçimde konuşur. 8. Duygulanımsal Düzleşmenin Bütünsel Derecelendirilmesi Bu dercelendirme, özellikle yanıtsızlık, göz ilişkisi, yüz ifadesi ve sesteki esneklik başta olmak üzere belirtilerin ayrıntılı şiddeti üstüne yoğunlaşmalıdır. 16. Fiziksel Anergia (Hareketsizlik) Hasta fiziksel olarak hareketsiz olma eğilimindedir. Saatlerce oturabilir ve hiçbir kendiliğinden hareket göstermez. 17. İradesizlik/İlgisizliğin Bütünsel Derecelendirilmesi Eğer özellikle belirgin ise, asıl ağırlık bir veya önemli belirtiye verilmelidir. ANHEDONİ-ASOSYALLİK/ZEVK ALAMAMA-TOPLUMSAL İLİŞKİ KURAMAMA 18. Oyalancı İlgi ve Etkinlikler Hastanın ilgilileri çok az veya hiç yoktur. Bu ilgilerin hem niteliği hem de niceliği dikkate alınmalıdır. 19. Cinsel İlgi ve Etkinlik Hasta cinsel ilgi ve etkinlikte bir azalma gösterebilir veya etkin olduğunda da zevk almada bir azalma vardır. 20. Yakınlık ve Dostluk Kurma Yeteneği Hasta, özellikle karşı cins ve ailesiyle başta olmak üzere yakın veya dostca ilişkiler kurmada bir yetersizlik 21. Arkadaş ve Akranlar ile İlişkiler Hastanın çok az arkadaşı vardır veya hiç yoktur. Bütün zamanını yalnız geçirmeyi tercih eder. 22. Anhedoni-Asosyalitenin Bütünsel Derecelendirilmesi Bu dercelendirme hastanın yaşı, aile durumu vb. durumları da hesaba katarak ayrıntılı şiddeti yansıtmalıdır DİKKAT 23. Sosyal Dikkatsizlik Hasta ilgisiz görünür. Uyuşturucu etkisindeymişçesine bir görünüm içindedir					
9. Konuşma Yoksulluğu Hastanın sorulara yanıtları miktar olarak kısıtlıdır; kısa, 10. Konuşma İçeriğinin Yoksulluğu Hastanın yanıtları miktar olarak yeterlidir; fakat muğlak, aşırı somut veya aşırı genelleme eğilimindedir ve çok az bilgi aktarır. 11. Blokaj Hasta, kendiliğinden veya konuştuğu konu hatırlatıldığında, düşünce dizisinin kesintiye 12. Yanıt Süresinde Uzama Hasta soruları yanıtlamak için fazla zamana gereksinime duyar. Bu konu hatırlatıldığında, hastanın sorunun farkında olduğu 13. Alogianın Bütünsel Derecelendirilmesi Aalogianın çekirdek özellikleri, konuşma ve düşünce içeriğinin yoksulluğudur AVOLUTION/İRADESİZLİK İLGİSİZLİK 14. Öz Bakımı ve Temizlik Hastanın elbiseleri ökükle saçık yada kirli olabilir, saçları yağlanmış, kendisi temizlenmeye bağlı kokuyor olabilir 15. İş veya Okulda Sebatsızlık Hastanın iş arama ve sürdürmede, okul ödevlerini tamamlamada, evi temizlemede güçlükleri vardır. Eğer hasta hastanede kalıyorsa, örneğin toplu oyun oynama gibi koşu etkinliklerini sürdürmez 24. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik 7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi 25. Dikkatin Bütünsel Derecelendirilmesi Bu dercelendirme, klinik olarak ve testler açısından hastanın ayrıntılı yoğunlaşmasını değerlendirmelidir.					
ALOGİA (Düşünce/Fikir Yoksulluğu) 26. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik 7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi					
10. Konuşma İçeriğinin Yoksulluğu Hastanın yanıtları miktar olarak yeterlidir; fakat muğlak, aşırı somut veya aşırı genelleme eğilimindedir ve çok az bilgi aktarır. 27. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik 7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi					
11. Blokaj Hasta, kendiliğinden veya konuştuğu konu hatırlatıldığında, düşünce dizisinin kesintiye 28. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik 7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi					
12. Yanıt Süresinde Uzama Hasta soruları yanıtlamak için fazla zamana gereksinime duyar. Bu konu hatırlatıldığında, hastanın sorunun farkında olduğu 29. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik 7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi					
13. Alogianın Bütünsel Derecelendirilmesi Aalogianın çekirdek özellikleri, konuşma ve düşünce içeriğinin yoksulluğudur 30. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik 7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi					
AVOLUTION/İRADESİZLİK İLGİSİZLİK 31. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik 7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi					
14. Öz Bakımı ve Temizlik Hastanın elbiseleri ökükle saçık yada kirli olabilir, saçları yağlanmış, kendisi temizlenmeye bağlı kokuyor olabilir 32. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik 7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi					
15. İş veya Okulda Sebatsızlık Hastanın iş arama ve sürdürmede, okul ödevlerini tamamlamada, evi temizlemede güçlükleri vardır. Eğer hasta hastanede kalıyorsa, örneğin toplu oyun oynama gibi koşu etkinliklerini sürdürmez 33. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik 7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi					
TOPLAM: 34. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik 7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi					

EK.3. (SAPS/PBDÖ) POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0 = Yok	1 = Şüpheli	2 = Hafif	3 = Orta	4 = Belirgin	5 = Şiddetli Hasta Adı :	
Tarih :	Vizit :	Değerlendiren :				
VARSANILAR	0	1	2	3	4	5
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. Kendi Aralarında Konuşan Sesler Hasta iki veya daha fazla kişinin aralarında konuştuklarını duyduğunu bildirir.	0	1	2	3	4	5
4. Somatik veya Dokunma Varsanıları Hasta, vücudunda acayip fizik duyumsamalar olduğunu bildirir.	0	1	2	3	4	5
5. Koku Varsanıları Hasta, başkalarının fark etmediği olağan dışı 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 varsanın süresi, şiddeti ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.	0	1	2	3	4	5
HEZEYANLAR	0	1	2	3	4	5
8. Kötülük Görme Hezeyanları Hasta, kendine yönelik komplo hazırlandığına veya bir yolunun bulunup kendine kötülük yapılacağına inanır.	0	1	2	3	4	5
9. Kıskaçlık Hezeyanları Hasta eşinin bir başkası ile ilişkisi olduğuna inanır.	0	1	2	3	4	5
10. Suçluluk ve Günahkarlık Hezeyanları Hasta bazı kötü günahlar veya affedilemez suçlar işlediğine 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 veya değişmiş olduğuna inanır.	0	1	2	3	4	5
14. Alınma Düşünceleri ve Hezeyanları Hasta, önemsiz işaret veya olayları üzerine alır veya özel anlamlar çıkarır.	0	1	2	3	4	5
15. Kontrol Edilme Hezeyanları Hasta, duygularının ve karakterinin bazı dış güçlerce kontrol edildiğini hisseder.	0	1	2	3	4	5
16. Düşünce Okunması Hezeyanları Hasta insanların düşüncelerini okuyabildiği veya düşüncelerini bildiğini hisseder.	0	1	2	3	4	5
17. Düşünce Yayınlanması Hasta, düşüncelerinin yayınlandığını hisseder, böylece kendisi veya diğerleri bunları duyabilir.	0	1	2	3	4	5
18. Düşünce Sokulması Hasta, düşüncelerinin kendisine ait 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. Hezeyanların Bütünsel Derecelendirilmesi Bu derecelendirme hezeyanların süresi, ısrarlılığı ve hastanın yaşamına olan etkisi gözönüne alınarak yapılmalıdır.	0	1	2	3	4	5
GARİP (BİZAR) DAVRANIŞ	0	1	2	3	4	5
21. Giyim ve Görünüş Hasta olağandışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görünüşünü değiştirir.	0	1	2	3	4	5
22. Sosyal ve Cinsel Davranışlar Hasta, olağan sosyal normlara göre, uygunsuz şeyler yapabilir. Örn. Ortalıkta mastürbasyon yapma	0	1	2	3	4	5
23. Saldırgan ve Taşkın Davranış Hasta, sıklıkla önceden tahmin edilemeyen saldırgan ve taşkın davranışlar gösterebilir.	0	1	2	3	4	5
24. Tekrarlayıcı veya Basmakalıp (Stereotipik) Davranış Hasta, tekrar tekrar yapmak zorunda olduğu tekrarlayıcı hareketler veya merasimler geliştirebilir.	0	1	2	3	4	5
25. Garip Davranışın Bütünsel Derecelendirilmesi Bu derecelendirme, davranış tipi ve sosyal normlardan sapma miktarını yansıtmalıdır.	0	1	2	3	4	5
POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU	0	1	2	3	4	5
26. Düşüncenin Raydan Çıkması (Derailment) Fikirlerin bir diziden diğerine dolaylı bağlantılı veya 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 (Kelime Salatısı, Şizofazi) Zaman zaman esas olarak anlaşılmayan konuşma şekli.	0	1	2	3	4	5
29. Mantık Dışılık Mantıklı 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. Basıncılı Konuşma Hastanın konuşması hızlı ve durdurulması güçtür. Konuşma miktarı normalden çok fazladır.	0	1	2	3	4	5
32. Çelenebilir Konuşma (Distractible Speech) Hasta konuşma akımını kesintiye uğratan yakın uyarımlarla çelenebilir.	0	1	2	3	4	5
33. Klang Çağırışım Kelime seçimine anlamsal ilişkilerden çok seslerin yön verdiği konuşma şekli.	0	1	2	3	4	5
34. Pozitif Formal Düşünce Bozukluğunun Bütünsel Derecelendirilmesi Bu bütünsel derecelendirme, anormallığı ve kişinin ilişki kurma yeteneği etkileme dercesini yansıtmalıdır	0	1	2	3	4	5
Garip (bizar) davranış						
PUANLAMA : Varsanılar	Hezeyanlar					ış
Pozitif formal düşünce bozukluğu						TOPLAM PUAN

EK.4. DISSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)

Bu test, günlük yaşantınızda basınızdaki geçmiş olabilecek olayları konu almaktadır. Cevap verirken alkol veya ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları **dikkate almayınız**. Her soruda anlatılan durumun size ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz.

ÖRNEK:

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

1. Bazı insanlar, araba kullanırken (ya da yolculuk sırasında) yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 tanıştıkları konusunda ısrar eden tanımadıkları kişilerle tanışır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

7. Bazı insanlar zaman zaman, kendilerinin yanı basında duruyor ya da kendilerini bir şey yaparken seyrediyor ve sanki kendilerine karsıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (mesela nikah veya mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Yaşamınızdaki önemli

olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

15. Bazı insanlar zaman zaman olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüya da mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyredirken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki, çevrelerinde olup bitenin farkına varmazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

18. Bazı insanlar zaman zaman, kendilerini kafalarında kurdukları bir fantezi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar baslarından gerçekten geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

19. Bazı insanlar ağır hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeksizin, zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

21. Bazı insanlar yalnız olduklarında, zaman zaman yüksek sesle kendi kendilerine konuştuklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 ayrı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çekebilecekleri bir şeyi (mesela spor türleri, is, sosyal ortamlar gibi) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

24. Bazı insanlar kimi zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş olduklarını mı (mesela bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

27. Bazı insanlar zaman zaman, kafalarının içerisinde, belirli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerinde yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

EK-5. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Hasta: Hasta yakını:

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitim:

Medeni durum:

Hastalık tipi:

Hastalık başlangıç yaşı:

Hastalık süresi:

Hastanede yatış sayısı ve süresi:

Komorbid hastalık(DDB, CİB, TSSB, anksiyete boz, somatoform boz, madde kullanımı, disosiyatif boz, eksen 2 kb):

EK.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Normal | ☐ |
| 2. Sınırdaki bir mental rahatsızlık | ☐ |
| 3. Hafif derecede rahatsız | ☐ |
| 4. Orta derecede rahatsız | ☐ |
| 5. Belirgin derecede rahatsız | ☐ |
| 6. Ciddi derecede rahatsız | ☐ |
| 7. En ekstrem derecede rahatsız | ☐ |

EK-1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Hasta:

Hasta yakını:

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitim:

Medeni durum:

Hastalık tipi:

Hastalık başlangıç yaşı:

Hastalık süresi:

Hastanede yatış sayısı ve süresi:

Komorbid hastalık(DDB, CİB, TSSB, anksiyete boz, somatoform boz, madde kullanımı, disosiyatif boz, eksen 2 kb):

EK-2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ (CTQ-28)

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 içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince geçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde.....	Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
1. Yeterli yemek bulamazdım	1	2	3	4	5
2. Bana bakan ve beni koruyan birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
6. Kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5

7. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemden tam olarak memnundum.	1	2	3	4	5
11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemden birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım taktirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

EK.3. (SANS/NBDÖ) NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0 = Yok	1 = Şüpheli	2 = Hafif	3 = Orta	4 = Belirgin	5 = Şiddetli Hasta Adı :								
Tarih :	Vizit :	Değerlendiren :											
DUYGULANIMSAL DÜZLEŞME veya KÜNTLEŞME 1. DeğişmeyenYüz İfadesi Hastanın yüzü cansız görünür ve konuşmasının duygusal içeriğine bağlı olarak beklenenden daha az değişir.	0	1	2	3	4	5	16. Fiziksel Anergia (Hareketsizlik) Hasta fiziksel olarak hareketsiz olma eğilimindedir. Saatlerce oturabilir ve hiçbir kendiliğinden hareket göstermez.	0	1	2	3	4	5
2. Kendiliğinden Hareketlerde Azama Hastanın kendiliğinden hareketleri çok azalmıştır veya hiç yoktur. Konumunu değiştirmez, ekstremitelerini oynatmaz.	0	1	2	3	4	5	17. İradesizlik/İlgisizliğin Bütünsel Derecelendirilmesi Eğer özellikle belirgin ise, asıl ağırlık bir veya önemli belirtiye verilmelidir.	0	1	2	3	4	5
3. Anlamlı Jestlerin Yokluğu veya Azalması Hasta fikirlerini ifade etmede bir yardımcı olarak vücut konumunu değiştirmez ve el jestlerini kullanmaz.	0	1	2	3	4	5	ANHEDONİ-ASOSYALLİK/ZEVK ALAMAMA-TOPLUMSAL İLİŞKİ KURAMAMA 18. Oyalanıcı İlgî ve Etkinlikler Hastanın ilgilileri çok az veya hiç yoktur. Bu ilgilerin hem niteliği hem de niceliği dikkate alınmalıdır.	0	1	2	3	4	5
4. Zayıf Göz İlişkisi konuşması esnasında Hasta göz ilişkisinden kaçınır ve konuşma esnasında bile boşluğa dalgın dalgın bakar.	0	1	2	3	4	5	19. Cinsel İlgî ve Etkinlik Hasta cinsel ilgî ve etkinlikte bir azalma gösterebilir veya etkin olduğunda da zevk almada bir azalma vardır.	0	1	2	3	4	5
5. Duygulanımsal Yanıtsızlık Hasta uyarıldığında gülmez veya gülümsemez.	0	1	2	3	4	5	20. Yakınlık ve Dostluk Kurma Yeteneği Hasta, özellikle karşı cins ve ailesiyle başta olmak üzere yakın veya dostça ilişkiler kurmada bir yetersizlik sergiler.	0	1	2	3	4	5
6. Uygunsuz Duygulanım Hastanın duygulanımı basit bir biçimde düz veya küntleşmiş olmaktan daha çok uygunsuz veya uyumsuzdur.	0	1	2	3	4	5	21. Arkadaş ve Akranlar ile İlişkiler Hastanın çok az arkadaşı vardır veya hiç yoktur. Bütün zamanını yalnız geçirmeyi tercih eder.	0	1	2	3	4	5
7. Sesteki Esnekliğin Eksikliği Hasta normal sesle ilgili vurgu kalıplarını kullanmada başarısızdır ve genellikle monoton bir biçimde konuşur.	0	1	2	3	4	5	22. Anhedoni-Asosyalitenin Bütünsel Derecelendirilmesi Bu dercelendirme hastanın yaşı, aile durumu vb. durumları da hesaba katarak ayrıntılı şiddeti yansıtmalıdır	0	1	2	3	4	5
8. Duygulanımsal Düzleşmenin Bütünsel Derecelendirilmesi Bu dercelendirme, özellikle yanıtsızlık, göz ilişkisi, yüz ifadesi ve sesteki esneklik başta olmak üzere belirtilerin ayrıntılı şiddeti üstüne yoğunlaşmalıdır.	0	1	2	3	4	5	DİKKAT 23. Sosyal Dikkatsizlik Hasta ilgisiz görünür. Uyuşturucu etkisindeymişçesine bir görünüm içindedir	0	1	2	3	4	5
ALOGİA (Düşünce/Fikir Yoksulluğu) 9. Konuşma Yoksulluğu Hastanın sorulara yanıtları miktar olarak kısıtlıdır; kısa, somut ve özensiz olma eğilimi gösterir.	0	1	2	3	4	5	24. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik 7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve ‘Dünya’ kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi	0	1	2	3	4	5
10. Konuşma İçeriğinin Yoksulluğu Hastanın yanıtları miktar olarak yeterlidir; fakat muğlak, aşırı somut veya aşırı genelleme eğilimindedir ve çok az bilgi aktarır.	0	1	2	3	4	5	25. Dikkatin Bütünsel Derecelendirilmesi Bu dercelendirme, klinik olarak ve testler açısından hastanın ayrıntılı yoğunlaşmasını değerlendirmelidir.	0	1	2	3	4	5
11. Blokaaj Hasta, kendiliğinden veya konuştuğu konu hatırlatıldığında, düşünce dizisinin kesintiye uğradığını ifade eder.	0	1	2	3	4	5							
12. Yanıt Süresinde Uzama Hasta soruları yanıtlamak için fazla zamana gereksinme duyar. Bu konu hatırlatıldığında, hastanın sorunun farkında olduğu görülür.	0	1	2	3	4	5							
13. Alogianın Bütünsel Derecelendirilmesi Aalogianın çekirdek özellikleri, konuşma ve düşünce içeriğinin yoksulluğudur	0	1	2	3	4	5							
AVOLUTION/İRADESİZLİK – İLGİSİZLİK İnisiyatif veya Hedefin Olmaması 14. Öz Bakımı ve Temizlik Hastanın elbiseleri dökük saçık yada kirli olabilir, saçları yağlanmış, kendisi temizlenmemeye bağlı kokuyor olabilir	0	1	2	3	4	5							
15. İş veya Okulda Sebatsızlık Hastanın iş arama ve sürdürmede, okul ödevlerini tamamlamada, evi temizlemede güçlükleri vardır. Eğer hasta hastanede kalıyorsa, örneğin toplu oyun oynama gibi koğuş etkinliklerini sürdüremez	0	1	2	3	4	5							
TOPLAM:													

EK.4. (SAPS/PBDÖ) POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0 = Yok		1 = Şüpheli		2 = Hafif		3 = Orta		4 = Belirgin		5 = Şiddetli Hasta Adı :							
Tarih :		Vizit :		Değerlendiren :													
VARSANILAR		0	1	2	3	4	5	18. Düşünce Sokulması Hasta, düşüncelerinin kendisine ait olmadığını, dışarıdan aklına sokulduğuna inanır.		0	1	2	3	4	5		
1. İşitme Varsanıları Hasta başkalarının duymadığı sesler, gürültüler veya başka sesler duyduğunu bildirir.		0	1	2	3	4	5	19. Düşünce Çekilmesi Hasta, düşüncelerinin kafasından alındığına inanır.		0	1	2	3	4	5		
2. Yorumlayıcı Sesler Hasta, davranış ve düşüncelerini yorumlayan sesler duyduğunu bildirir.		0	1	2	3	4	5	20. Hezeyanların Bütünsel Derecelendirilmesi Bu derecelendirilme hezeyanların süresi, ısrarlılığı ve hastanın yaşamına olan etkisi gözönüne alınarak yapılmalıdır.		0	1	2	3	4	5		
3. Kendi Aralarında Konuşan Sesler Hasta iki veya daha fazla kişinin aralarında konuştuklarını duyduğunu bildirir.		0	1	2	3	4	5	GARİP (BİZAR) DAVRANIŞ 21. Giyim ve Görünüş Hasta olağandışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görünüşünü değiştirir.		0	1	2	3	4	5		
4. Somatik veya Dokunma Varsanıları Hasta, vücudunda acayip fizik duyumsamalar olduğunu bildirir.		0	1	2	3	4	5	22. Sosyal ve Cinsel Davranışlar Hasta, olağan sosyal normlara göre, uygunsuz şeyler yapabilir. Örn. Ortalıkta mastürbasyon yapma		0	1	2	3	4	5		
5. Koku Varsanıları Hasta, başkalarının fark etmediği olağan dışı kokular duyduğunu bildirir.		0	1	2	3	4	5	23. Saldırgan ve Taşkın Davranış Hasta, sıklıkla önceden tahmin edilemeyen saldırgan ve taşkın davranışlar gösterebilir.		0	1	2	3	4	5		
6. Görme Varsanıları Hasta gerçekte var olmayan şekil veya insanlar görür.		0	1	2	3	4	5	24. Tekrarlayıcı veya Basmakalıp (Stereotipik) Davranış Hasta, tekrar tekrar yapmak zorunda olduğu tekrarlayıcı hareketler veya merasimler geliştirebilir.		0	1	2	3	4	5		
7. Varsanıların Bütünsel Derecelendirilmesi Bu derecelendirme varsanın süresi, şiddeti ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.		0	1	2	3	4	5	25. Garip Davranışın Bütünsel Derecelendirilmesi Bu derecelendirme, davranış tipi ve sosyal normlardan sapma miktarını yansıtmalıdır.		0	1	2	3	4	5		
HEZEYANLAR		0	1	2	3	4	5	POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU 26. Düşüncenin Raydan Çıkması (Derailment) Fikirlerin bir diziden diğerine dolaylı bağlantılı veya bağlantısız olarak kayıp gittiği konuşma şekli.		0	1	2	3	4	5		
8. Kötülük Görme Hezeyanları Hasta, kendine yönelik komplo hazırlandığına veya bir yolunun bulunup kendine kötülük yapılacağına inanır.		0	1	2	3	4	5	27. Teğetleme (Tangentiality) Dolaylı veya konu dışı tarzda sorulara yanıt verme		0	1	2	3	4	5		
9. Kıskaçlık Hezeyanları Hasta eşinin bir başkası ile ilişkisi olduğuna inanır.		0	1	2	3	4	5	28. Dikişsizlik (Kelime Salatısı, Şizofazi) Zaman zaman esas olarak anlaşılmayan konuşma şekli.		0	1	2	3	4	5		
10. Suçluluk ve Günahkarlık Hezeyanları Hasta bazı kötü günahlar veya affedilemez suçlar işlediğine inanır.		0	1	2	3	4	5	29. Mantık Dışılık Mantıklı olarak izlenemeyen sonuçlar çıkarılan konuşma şekli.		0	1	2	3	4	5		
11. Büyüklük Hezeyanları Hasta, özel güç veya yeteneklerinin varlığına inanır.		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		
12. Dinsel Hezeyanlar Hasta, dinsel nitelikli yanlış inançları ile aşırı uğraşır.		0	1	2	3	4	5	31. Basıncılı Konuşma Hastanın konuşması hızlı ve durdurulması güçtür. Konuşma miktarı normalden çok fazladır.		0	1	2	3	4	5		
13. Somatik Hezeyanlar Hasta, her nasılsa vücudunun hasta, anormal veya değişmiş olduğuna inanır.		0	1	2	3	4	5	32. Çelinebilir Konuşma (Distractible Speech) Hasta konuşma akımını kesintiye uğratan yakın uyarınlara çelinebilir.		0	1	2	3	4	5		
14. Alınma Düşünceleri ve Hezeyanları Hasta, önemsiz işaret veya olayları üzerine alınır veya özel anlamlar çıkarır.		0	1	2	3	4	5	33. Klang Çağırışım Kelime seçimine anlamsal ilişkilerden çok seslerin yön verdiği konuşma şekli.		0	1	2	3	4	5		
15. Kontrol Edilme Hezeyanları Hasta, duygularının ve karakterinin bazı dış güçlerce kontrol edildiğini hisseder.		0	1	2	3	4	5	34. Pozitif Formal Düşünce Bozukluğunun Bütünsel Derecelendirilmesi Bu bütünsel derecelendirme, anormallliği ve kişinin ilişki kurma yeteneği etkileme dercesini yansıtmalıdır		0	1	2	3	4	5		
16. Düşünce Okunması Hezeyanları Hasta insanların düşüncelerini okuyabildiği veya düşüncelerini bildiğini hisseder.		0	1	2	3	4	5										
17. Düşünce Yayınlanması Hasta, düşüncelerinin yayınlandığını hisseder, böylece kendisi veya diğerleri bunları duyabilir.		0	1	2	3	4	5										
Garip (bizar) davranış																	
PUANLAMA : Varsanılar							Hezeyanlar							İş		Pozitif formal düşünce bozukluğu	
TOPLAM PUAN																	

EK.5. DISSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)

Bu test, günlük yaşantınızda basınızdan geçmiş olabilecek olayları konu almaktadır. Cevap verirken alkol veya ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları **dikkate almayınız**. Her soruda anlatılan durumun size ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz.

ÖRNEK:

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

1. Bazı insanlar, araba kullanırken (ya da yolculuk sırasında) yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 tanıştıkları konusunda ısrar eden tanımadıkları kişilerle tanışır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

7. Bazı insanlar zaman zaman, kendilerinin yanı basında duruyor ya da kendilerini bir şey yaparken seyrediyor ve sanki kendilerine karsıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (mesela nikah veya mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Yaşamınızdaki önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

15. Bazı insanlar zaman zaman olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüya da mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 olup bitenin farkına varmazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

18. Bazı insanlar zaman zaman, kendilerini kafalarında kurdukları bir fantezi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar baslarından gerçekten geçiyormuş gibi hissederek. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

19. Bazı insanlar ağır hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeksizin, zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

21. Bazı insanlar yalnız olduklarında, zaman zaman yüksek sesle kendi kendilerine konuştuklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 ayrı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çekebilecekleri bir şeyi (mesela spor türleri, iş, sosyal ortamlar gibi) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

24. Bazı insanlar kimi zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş olduklarını mı (mesela bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

27. Bazı insanlar zaman zaman, kafalarının içerisinde, belirli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerinde yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%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 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

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

EK.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1. Normal | ☐ |
| 2. Sınırdan bir mental rahatsızlık | ☐ |
| 3. Hafif derecede rahatsız | ☐ |
| 4. Orta derecede rahatsız | ☐ |
| 5. Belirgin derecede rahatsız | ☐ |
| 6. Ciddi derecede rahatsız | ☐ |
| 7. En ekstrem derecede rahatsız | ☐ |