

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF.DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
9. Psikiyatri Kliniği
Başhekim: Doç.Dr. Erhan KURT
Klinik Şefi: Doç.Dr. Hüsnü ERKMEN

**KISMİ REMİSYONDAKİ ŞİZOFRENİ
HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI
VE AGRESYON İLİŞKİSİ**

Dr. Hira Selma KALKAN TURAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: **Uz. Dr. Oya GÜÇLÜ GÖNÜLLÜ**

İSTANBUL-2011

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. HİRA SELMA KALKAN TURAN

UZMANLIK DALI: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

TEZİN ADI: KISMİ REMİSYONDAKİ ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI VE AGRESYON İLİŞKİSİ

1-Sayfa Sayısı: : 122
2-Tablo Sayısı : 24
3-Şekil Sayısı: : 0
4-İstatistik Sayısı: : 7
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu : 245
6-Yazı Tertibi : BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet : BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu : BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı : ORJİNAL

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye
Doç. Dr. Hüsnü ERKMEN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Klinik Şefi
Sicil No: 18482

Üye
Uz. Dr. N. Şahap ERKOÇ
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Klinik Şef V.
Sicil No: 20275

Üye
Doç. Dr. Murat ERKİRAN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Eğitim Koordinatörü
Sicil No: 59221

Doç. Dr. Erhan KURT
Başhekim



ÖNSÖZ

Hastanemiz Başhekimi Doç. Dr. Erhan KURT'a,

Asistanlığım süresince klinik beceri ve tecrübesini esirgemeyen, deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum klinik şefim Doç. Dr. Hüsnü ERKMEN'e,

Tezimin olgunlaşmasında büyük katkıları bulunan, birlikte çalışmaktan keyif aldığım, tez danışmanım Dr. Oya GÜÇLÜ GÖNÜLLÜ'ye, asistanlığım süresince çalışma fırsatı bulduğum, desteğini her daim hissettiğim, klinik şef yardımcım Doç. Dr. Armağan Y. SAMANCI'ya ,

Rotasyon dönemlerinde birlikte çalışma fırsatı bulduğum Prof. Dr. Medaim YANIK, Dr. Kirkor KAMBERYAN, Dr. Serap OFLAZ, Doç. Dr. Dursun KIRBAŞ, Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Güliz ÖZGEN, Dr. Dilek SOLMAZ, Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Dr. Derya KULU, Dr. Ejder A. YILDIRIM, Dr. Semra YALÇINKAYA, Dr. Ceyda GÜVENÇ, Dr. Abdulkadir TABU, Dr. Bilbaşar AKMAN, Doç. Dr. Defne TAMAR GÜROL, Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN, Dr. F. Yeşim CAN, Doç. Dr. E. Timuçin ORAL, Dr. Ayla YAZICI, Doç. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ ve Dr. Ramazan KONKAN'a,

Travma konusundaki bilgilerini benden esirgemeyen Prof. Dr. Metin BAŞOĞLU'na, hem travma hem istatistik konusunda süpervizyon veren, onca işinin arasında bana zaman ayıran, gönlü zengin ikinci danışmanım Doç. Dr. Ebru ŞALCIOĞLU'na,

Eğitimlerine katılma şansı bulduğum Prof. Dr. L. KIRMAYER, Prof. Dr. Doğan ŞAHİN, Doç. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR'a,

Varlıklarını yapıp ettikleriyle takip ettiğim, güzel sohbetler yaptığım, entelektüel birikimleriyle dünyamı zenginleştiren Doç. Dr. M. Emin CEYLAN, Prof. Dr. Kemal SAYAR, Prof. Dr. Şahika YÜKSEL, Dr. Şahap ERKOÇ'a,

Kliniklerde çalıştığım sürelerde bilgilerini, görüşlerini paylaşan tüm uzman ve asistan arkadaşlarıma, hemşirelere, sağlık personellerine, sekreterlere, güvenlik personellerine ve tüm 9 psikiyatri kliniği çalışanlarına, Gündüz Hastanesi çalışanları ve hastalarına, Barilem Evrimsel Psikiyatri Grubu'na, Barilem Psikiyatri ve Felsefe Grubu'na, Nefes dergisini var edenlere,

Kitaplar kadar bilgi veren kıymetli hastalarıma,

Uzaktan desteğini esirgemeyen sevgili annem babam ve kız kardeşim Seven'e, yokluğuyla çok şey öğreten kardeşim Serkan'a, yaşamımın neşe kaynağı biricik yeğenim Ezo'ya,

*Her daim sabırla yanımda olan sevgili eşim Mustafa'ya
teşekkürler...*

İÇİNDEKİLER

I. ÖNSÖZ	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET	IV
IV. ABSTRACT	V
V. KISALTMALAR	VI
VI. TABLO LİSTESİ	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. ŞİZOFRENİ	
2.1.1. Tanım	5
2.1.2. Tarihçe	5
2.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.4. Etiyoloji	7
2.1.4.1. Nörogelişimsel değişiklikler	7
2.1.4.2. Biyokimyasal değişiklikler	8
2.1.4.3. Genetik yatkınlık	9
2.1.4.4. Çevresel faktörler	10
2.1.5. Tanı	12
2.1.5.1. DSM-IV TR Tanı ölçütleri	12
2.1.5.2. Şizofrenide alt tipler	14
2.1.6. Klinik özellikler	15
2.1.7. Gidiş ve sonlanım	15
2.1.7.1. Prognostik göstergeler	17
2.1.7.2. Şizofrenide ölüm ve intihar	18
2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	
2.2.1. Travmanın Tanımı	18
2.2.2. Travmanın Nörobiyolojisi	21
2.2.2.1. Nörogelişimsel bulgular	21
2.2.2.2. Nörohumoral bulgular	21
2.2.2.3. Nöroanatomik bulgular	23
2.2.2.4. İmmünolojik bulgular	24
2.2.3. Çocukluk Çağı İstismarı	
2.2.3.1. Tanım	24
2.2.3.2. Çocukluk çağı travmalarının tarihçesi	25
2.2.3.3. Sınıflama	25
2.2.3.3.1. Fiziksel İstismar	26
2.2.3.3.2. Cinsel İstismar	26
2.2.3.3.3. Duygusal İstismar	28
2.2.3.3.4. Çocuğun ihmali	29
2.2.3.4. Travma Epidemiyoloji	30
2.2.3.5. Çocuk ihmali ve istismarının risk faktörleri	33
2.2.3.5.1. Toplumsal faktörler	33
2.2.3.5.2. Ailesel faktörler	33
2.2.3.5.3. Kişisel faktörler	34
2.2.3.6. Çocuğa yönelik şiddetin etkileri	34
2.2.3.7. Aile içi şiddet	35
2.2.3.8. İstismar ve ihmale maruz kalmış çocuklarda psikopatoloji	35
2.3. AGRESYON	
2.3.1. Tanım	37

2.3.2. Kuramsal açıklama	38
2.3.3. Epidemiyoloji	40
2.3.4. Etiyolojik risk faktörleri	41
2.3.5. Buss-Durkee'ye göre agresyon alt tipleri	42
2.4. ŞİZOFRENİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	43
2.5. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE AGRESYON	46
2.6. ŞİZOFRENİ VE AGRESYON	50
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	54
4. BULGULAR	58
4.1. Demografik özelliklerin dağılımı	58
4.2. Ebeveyn ve aileye ilişkin özelliklerin dağılımı	59
4.3. Tanımlayıcı ve klinik özelliklerin dağılımı	59
4.4. Kullanılan ölçeklerle ilgili puanlar	60
4.5. Demografik özelliklere göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi	61
4.6. Ailesel özelliklere göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi	66
4.7. Klinik özelliklere göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi	69
4.8. Kullanılan ölçek puanları arasındaki ilişki	75
4.9. Regresyon analizi	77
5. TARTIŞMA	80
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	98
7. KAYNAKLAR	101
8. EKLER	117

ÖZET

Kısmi Remisyondaki Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Agresyon ilişkisi

Dr. Hira Selma KALKAN TURAN

Amaç: Erken dönemdeki travmatik yaşantılar ve ebeveyn ile kurulan ilk ilişkiler birçok psikiyatrik hastalığın gelişmesinde rol oynayabilir. Bu çalışmanın amacı, remisyonda olan şizofren hastalarında, çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisinin ve bunun klinik süreci nasıl etkilediğinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışma, DSM IV ölçütlerine göre şizofreni tanısıyla takip edilen 100 hasta ile yapıldı. Hastalar, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, Buss-Durkee Agresyon Ölçeği ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda agresyon düzeyi, hastalık şiddeti ve çocukluk çağı travmaları arasında kuvvetli ilişki bulundu. Hastalık şiddeti, negatif semptomlar ve genel semptomlar ile cinsel istismar arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki vardı. Pozitif semptomlar ile fiziksel istismar arasında, agresyon riskiyle duygusal ve fiziksel ihmal arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki vardı. Negatif semptomlar ve genel semptomlar dolaylı agresyonla pozitif yönde kuvvetli ilişki gösterdi. Pozitif semptomlar fiziksel agresyon ile, agresyon riski ise düşmanlık ile pozitif yönde kuvvetli ilişki gösterdi. Toplam agresyon puanı fiziksel istismara maruz kalanlarda en fazlaydı. Fiziksel agresyon ve öfke fiziksel istismarla pozitif yönde kuvvetli ilişkiliyken cinsel istismarla ilişki saptanmadı. Düşmanlık ile duygusal ihmal arasında, dolaylı agresyon ile duygusal istismar arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki bulundu.

Sonuç: Şizofreni olgularında, agresyon düzeyi ve çocukluk çağı travmaları arasında ilişki bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmaları, agresyon düzeyi ile ilişkili olmakta ve hastalığın klinik sürecini ve tedaviyi etkileyebilmektedir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, Çocukluk çağı travmaları, Agresyon

İletişim adresi: hiraselma@gmail.com

ABSTRACT

The Relationship Between Childhood Trauma and Aggression in Schizophrenia

Hira Selma KALKAN TURAN, M.D.

Objective: Early traumatic experiences and first contacts with the parents might play a role in many psychiatric disorders. The purpose of this study is to investigate the relationship between childhood traumas and aggression in schizophrenia and to investigate how these might affect clinical status.

Methods: The present study was done with a hundred patients who were diagnosed as schizophrenia by structured clinical interview for DSM-IV criteria. The patients were informed about the study by a written Informed consent form and they were assessed by Sociodemographic and Clinical Interview Form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Childhood Trauma Questionnaire(CTQ-28), Buss-Durkee Aggression scale

Results: There were significant correlation between aggression level, severity of the disease and childhood trauma in our study. There was a positive correlation between severity of the disease, negative and general symptoms and sexual abuse. Positive symptoms were related to physical abuse, positive correlation was found between aggression risk with emotional and physical neglect. Negative and general symptoms had positively related to indirect aggression. Positive symptoms and physical aggression were correlated while aggression risk and hostility were positively related. Total aggression scores were the highest with the ones that had physical abuse. Physical aggression and anger were positively related to physical abuse besides no correlation with sexual abuse. Hostility and emotional neglect were related as well as a positive correlation between indirect aggression and emotional neglect were to be found

Conclusions: We found that there was a correlation between aggression level and childhood traumas in patients with schizophrenia. Our results suggest that, childhood traumas and aggression level are inter-related and might affect clinical status and treatment of schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia, Childhood traumas, Aggression.

E-mail address: hiraselma@gmail.com

KISALTMALAR

BRSHH: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

CTQ-28: Çocukluk ağı Travmaları  leği

CRP : Kortikotropin-releasing hormon

GABA : Gamma-amino butirik asit

HPA : Hipotalamo-pitüiter-adrenal

LC : Locus cereleus

MR : Magnetik rezonans

NA : Noradrenalin

NMDA : N-metil-D-aspartat

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom  leği

PET : Pozitron emisyon tomografisi

SDA : Serotonin dopamin antagonisti 5-HT 2A

TTSB : Travma sonrası stres bozukluğu

TABLO LİSTESİ

- TABLO 1** : Demografik özelliklerin dağılımı
- TABLO 2** : Ebeveyn ve aileye ilişkin özelliklerin dağılımı
- TABLO 3** : Tanımlayıcı ve klinik özelliklerin dağılımı
- TABLO 4** : PANSS (Pozitif ve Negatif Sendrom) Ölçeği puanları
- TABLO 5** : CTQ-28 (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) puanları
- TABLO 6** : Buss-Durkee Agresyon Ölçeği puanları
- TABLO 7** : Cinsiyete göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi
- TABLO 8** : Göç etme durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi
- TABLO 9** : Eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi
- TABLO 10:** Medeni durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi
- TABLO 11:** Ebeveyn eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi
- TABLO 12:** Ailenin gelir durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi
- TABLO 13:** Ailede psikiyatrik hastalık varlığına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi
- TABLO 14:** Klinik özelliklere göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi
- TABLO 15:** Alkol kullanımına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi
- TABLO 16:** Psikoaktif madde kullanımına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi
- TABLO 17:** Yasal sorun varlığına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi
- TABLO18:** Kendine zarar verme durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi
- TABLO 19:** İntihar durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi
- TABLO 20:** Agresyon ile PANSS ve CTQ-28 ölçek puanları arasındaki ilişki
- TABLO 21:** PANSS ile CTQ-28 ölçek puanları arasındaki ilişki
- TABLO 22:** Agresyon ile CTQ-28 ölçek puanları arasındaki ilişki
- TABLO 23:** Agresyon ile PANSS ölçek puanları arasındaki ilişki
- TABLO 24:** Regresyon analizi tablosu

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofrenide en önemli risk etkeni birinci derece akrabalarda şizofreni varlığıdır. Beri yandan epidemiyolojik yöntemlerle yapılan çalışmalar ve genetik çalışmaların verileri, çevresel etkenlerin öneminin göstermiş ve psikososyal risk etkenlerine dikkatleri çekmiştir. Şizofreni üzerine kentleşme ve göçün etkisi, ailenin sosyal sınıfı ve çocukluk çağı olumsuz yaşantıları arasında önemli nedensel ilişkiler olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Veriler söz konusu nedensel ilişkinin genetik etkenlerle etkileşim içinde oluştuğuna işaret etmektedir. Dopamin duyarlılaşması ve işlev bozukluğunun belirtilerin ortaya çıkmasında ortak patofizyolojik yol olduğuna ilişkin kanıtlar artmaktadır (1).

Şizofreninin çok etkenli bir hastalık olduğu, etkenlerin yaşamın farklı dönemlerinde, farklı etkilerde bulunduğu, gen-çevre etkileşiminin klinik tablonun ortaya çıkmasında temel rol oynadığı düşünülmekte ve nörogelişimsel bir hastalık olduğu görüşü ağırlık kazanmaktadır (2). Bu nedenle bazı psikososyal risk etkenleri geçmişe göre daha sık gündeme gelmektedir. Kentsel yerleşim biriminde dünyaya gelmek, göç etmiş bir ailenin çocuğu olarak dünyaya gelmek, ailenin sınıfsal konumunun düşük olması, kış mevsiminde doğmak, çocukluk çağı travmasına maruz kalmak, ergenlik döneminde uzun süreli sosyal ayrımcılığa maruz kalmak ve cinsiyetin etkisi araştırmalarda sık olarak sorulan ve şizofreni oluşumuna orta değerinde etkisi olan faktörlerdir (3).

Şizofreninin ortaya çıkmasında nörogelişimsel bir sürecin rol oynadığı göz önünde bulundurulursa kortikal yapıların, myelinizasyonun ve sinaptik budanmanın devam ettiği çocukluk çağının, hastalığa yatkınlığın oluşmasında ya da erişkin yaşamda hastalığın ortaya çıkmasında kritik önem taşıdığı söylenebilir. Diğer psikiyatrik hastalıklarda önemli bir yeri olan çocukluk çağı travmaları, şizofreninin ortaya çıkmasında da risk etkeni olarak daha fazla ele alınmaya başlanmıştır (4).

Travma, bireyin ruhsal ve bedensel bütünlüğünü sarsan, olağan baş etme sistemlerini felce uğratan durum olarak tanımlanır. İnsanoğlunun neden olduğu travmalara dayanmak, doğal afet ve kazalarla oluşana dayanmaktan daha zordur. Dayanılması en güç durum ise travma ile baş edebilecek gücün olmadığı, çocukluk çağında karşılaşmaktır. Çocukluk çağındaki ruhsal travmalar, kazalar, doğal afetler yanında cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmal şeklinde de olabilir. İstismar ve ihmal çocukluk çağında yineleyici olduğunda erişkinliğe dek uzanan psikiyatrik bozukluklara neden olabilir. Çocukluk çağında insanın neden olduğu travmatik deneyimlerin yaşanmış olmasının, kişinin çocukluk ve yetişkinlikte, başkaları ve dış dünya ile kurduğu ilişkiyi olumsuz etkileyeceği öngörülebilir (5,6,7).

Erken çocukluk çağı travması, yaşamın sonraki yıllarında kendine zarar verici davranışlar ve intihar davranışları ile ilişkili bulunmuştur (8,9). Son dönem çalışmalar, çocukluk çağı travması farklı alt tipleri ile psikiyatrik bozukluk sonuçları arasındaki spesifik ilişkilere dikkat çekmektedir. Çalışmalar birden fazla istismar tipinin birlikteliğinin ileriki psikopatoloji riskini arttırdığını ortaya koymuşlardır (10). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ruhsal hastalığa yatkınlığa neden olmak yanında hastalığın klinik sürecini de etkileyebilir(11). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, hastalığa yatkınlığı ve klinik seyrini etkileyebilirken agresyon davranışı ile de ilişkili olabilmektedir. Gelişim sürecinde dürtüsellik ve agresyonun ortaya çıkışını araştıran çalışmalar, yaşamın erken dönemlerindeki travmatik deneyimlerle ilişkisini ortaya koymuştur. Erişkindeki agresyon çocuklukta maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismar ile ilişkili bulunmuştur (12,13). Dürtüsellik ve agresyonun da intihar girişimi öyküsü ile ilişkisi dikkat çekmektedir (8). Çocukluk yaşantılarında ihmal ve istismara uğramış kişiler, sosyal ilişkilerinde çekingen, korkak ve antisosyal davranışlar sergileyebilmektedirler(14). Borderline kişilik bozukluğu popülasyonu ile yapılan çalışmalar çocukluk çağı travmalarının kişilik gelişimini etkileyebildiğini göstermiştir (15). Bu veriler, dürtüsellik ve öfkenin, erken çocukluk çağı travmasına bir cevap olarak gelişebileceğini düşündürmektedir(8).

Hollanda'da yürütölen, çocukluk çağı travmaları ile psikoz arasındaki ilişkinin araştırıldığı toplum tabanlı üç yıllık bir izlem çalışmasında, 16 yaş öncesi yaşanan ve bildirilen travma ile psikotik hastalıklar arasında güçlü bir

ilişkinin olduğu bildirilmiştir (16). İngiltere’de yapılan bir çalışmada psikotik hastalık tanısı ya da olasılığı olanların yaşamlarının herhangi bir zamanında cinsel istismara maruz kalmalarının 15 kat daha fazla olduğu ve diğer etkenler açısından kontrol edildiğinde, ilişkinin zayıflamasına karşın anlamlı olduğu bildirilmiştir(17). Geniş ölçekli toplum tabanlı bir çalışmada ise varsanı öyküsü bildiren katılımcıların çocukluklarında hem fiziksel hem de cinsel istismara maruz kalmalarının daha olası olduğu bildirilmiştir (18).

Çocukluk çağındaki zorlu yaşantılar (istismar, ihmal, erken ebeveyn kaybı, yoksulluk da içinde olmak üzere) bazı olumsuz düşünce şemalarının oluşmasına ve ergenlikten itibaren seslerin işitilmesine, paranoyanın ortaya çıkmasına neden olabilir. İki önemli çalışma, bilişsel değişimden bağımsız olarak, daha önce yaşanan ciddi olayların daha sonraki zamanlarda günlük hayatın akışı içerisinde ortaya çıkan küçük zorluklara verilen duygusal yanıtın farklılaşmasına neden olduğunu ve biriken etkisiyle de bu farklılaşmanın psikotik deneyimlere kadar gidebilen duygusal işlev bozukluğuna yol açabileceğini göstermiştir(19).

Sanrı gibi pozitif psikotik belirtilerin ortaya çıkışında bilişsel özelliklerin rolüne ilişkin kanıtlar artmaktadır. Örneğin, kronik olarak ayrımcılığa maruz kalma günlük olayların yorumunu etkileyebilir ve böylece anlaşılabilir bir şekilde paranoid bir tarzı kolaylaştırabilir. Yaşam boyunca çok önemli olabilen bu tip etkiler, ikinci nesil göçmenlerde gözlenen daha yüksek şizofreni oranları için makul bir açıklama oluşturur. Benzer şekilde, erken dönemde travmaya maruz kalma, erken psikotik deneyimlere verilen işlevsel olmayan yanıt riskini artırabilir ve psikotik belirti oluşumu ile sonuçlanabilir(20,21).

Freeman ve arkadaşları yaşam stresinin psikoza yatkınlığı arttırdığını ileri sürmüşlerdir. Bu yazarlar, bilişsel bozukluktan bağımsız olarak, daha önce majör yaşam olaylarına maruz kalmanın, günlük yaşamın akışı içerisinde yaşanan minör streslere verilen duygusal tepkileri değiştirdiğini, böylece emosyonel disfonksiyon riskini kümülatif olarak artırdığını ve sonrasında psikotik yaşantılara doğrudan duygusal yollar açabileceğini göstermiştir(22).

Read ve arkadaşlarının çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları ve psikotik hastalıklar arasındaki ilişkiyi ele alan 51 çalışmanın sonuçlarını derledikleri gözden geçirme yazısında, çocukluk çağı istismarları ile varsanılar (özellikle yorum yapan ve emir veren sesler) ve sanrılar arasında güçlü bir ilişki

olduğu bildirilmiş ve çocukluk ağı istismarının psikoz için önemli bir risk etkeni olduğu belirtilmiştir (23).

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerini, öfke ve agresyon düzeylerini belirlemek, çocukluk ağı travmaları ile hastalık şiddeti, klinik seyri ve agresyon arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

HİPOTEZ: Bu çalışmada, çocukluk ağı travmalarının hastalığın belirtileri ile ilişkili olabileceğini, hastalık seyrini olumsuz yönde etkileyeceğini, agresyon daranişıyla ilişkili olabileceğini ve intihar girişimini arttıracadıını ne sürmekteyiz.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 ŞİZOFRENİ

2.1.1 Tanım

Şizofreni kronik, yaygın, yeti yitimine yol açan, dünya nüfusunun önemli bir bölümünü etkileyen ve yıkıcı psikopatolojik etkileri olan bir ruhsal bozukluktur (24). Davranışın bilişsel, emosyonel, algısal ve diğer yönlerini kapsayan, klinik görünümü değişkenlik gösteren bir sendromdur. Görünümü hastadan hastaya ve zaman içerisinde değişkenlik gösterir. Hastalığın etkisi ağırdır ve uzun sürelidir. Kişiyi gençlik yıllarından itibaren üretim dışına itebildiğinden ve çevresiyle önemli uyumsuzluk ve çatışmalar yaşamasına neden olduğundan dolayı topluma maliyeti oldukça yüksektir (25).

2.1.2 Tarihçe

17. yüzyılda Willis, belirgin bir neden olmaksızın kognitif yıkımla seyreden, juvenil dementia praecox benzeri tablolar tanımlarken, şizofreniyle ilgili ilk tanımlamalardan biri 19. yüzyılda Pinel tarafından yapılmıştır. Pinel ruhsal hastalıkları beş kategoriye ayırmış, modern şizofreni ölçütlerini karşılayabilecek hastaları “düşünce yeteneğinin bozulması ya da ortadan kalkması” diye adlandırdığı kategoriye almıştır. Aynı dönemlerde İngiltere’de John Haslam “Deliliğe Dair İllüstrasyonlar” adlı kitabında gençlik çağında başlayan, içe kapanma ve düşünce bozukluğu ile seyreden delilikten söz etmiştir(26).

Dementia praecox (erken bunama) kavramını ilk olarak Benedict Augustin Morel 1860’da kullanmıştır. 1871’de Ewald Hecker hebefreniyi ve 1874’de Karl Kahlbaum katatoniyi tanımladıktan sonra, Kraepelin bu iki hastalık tipine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek, hepsini “dementia praecox” tanısı altında toplamıştır (27).

Kraepelin 1896'da dementia praecox olarak tanımladığı hastalığın organik etmenlere dayandığını, süregen seyrettiğini, kişide bilinç, duygulanım ve irade alanında yıkıma neden olduğunu belirtmiştir. Dementia praecox'un katatonik, hebefrenik, paranoid ve basit alt tiplerini tanımlamış, daha sonra bunu yinelemeler ve iyileşmelerle seyreden ve yıkıma yol açmayan manik-depresif psikozdan ayırmıştır (28).

Eugen Bleuler şizofreni terimini ortaya atmış ve bu terim literatürde erken bunamanın yerini almıştır. Etkilenen hastalardaki zihinsel bölünme ile ilgili teorisini açıklayabilmek için dört A belirtisini tanımlamıştır. Bunlar; otizm, ambivalans, çağrışım bozukluğu, duygulanımda bozukluğu içerir (29). Kurt Schneider, özel işitsel varsanılar, özel sanrılar, edilgen olmayla ilgili yaşantılar ve düşüncede yabancılaşmaya ilişkin bir grup belirti tanımlamış, bunları "birinci sıra belirtiler" olarak adlandırmış ve şizofreni tanısında bunlara öncelik vermiştir.

Adolf Meyer, şizofreni ve diğer mental bozuklukları çeşitli yaşam streslerine karşı birer tepki olarak değerlendirmiş, bu sendromu da bu yüzden "şizofrenik reaksiyon" olarak adlandırmıştır. Kişilerarası psikoanalitik okulun kurucusu Sullivan, toplumdaki yalıtımın şizofreninin hem bir nedeni, hem de bir belirtisi olduğu üzerinde durmuştur(30).

Gabriel Langfeldt majör psikotik semptomları olan hastaları "gerçek şizofreni" ve "şizofreniform psikoz" olarak ikiye ayırmış; gerçek şizofreni tanısını sinsili bir başlangıç, otizm, duygusal küntlük, depersonalizasyon, derealizasyon ve gerçek dışılık duyguları bulgularına dayandırmıştır (31).

Freud psikozlar üzerine yorumunu, özellikle paranoid semptomlar üzerinde gerçekleştirmiştir. Freud'a göre paranoya tablosu, bilinçdışı homoseksüel dürtüler ve yansıtma mekanizmaları üzerine gelişir (29).

2.1.3 Epidemiyoloji

Şizofreninin toplumsal yaygınlığı; tanı ölçütleri zaman içinde değişmesine karşın, dünya çapında belirgin farklılıklar göstermemektedir. Yaşam boyu prevalansı %0.5 ile %1.5 civarındadır (32, 33).

Şizofreni genellikle 45 yaşın altında ortaya çıkar(25). Başlangıç yaşı, erkeklerde 20-25 yaşları arası en yüksek iken, ikinci tepe değeri 30-35

yaşlarında izlenmektedir (34). Kadınlarda başlangıç yaşı erkeklere oranla ortalama 5 yıllık bir gecikme göstermektedir.

Sosyoekonomik durum yönünden prevelanslar karşılaştırıldığında; sosyoekonomik durumu düşük olanlarda beş kat fazla görüldüğü belirtilmektedir

Şizofreni hastalarının hiç evlenmemiş olma durumu sık, boşanmış ve ayrı yaşama oranları artmış olarak gözlenmektedir. Yapılan izlem çalışmaları bekar olmanın şizofreni gelişimiyle erkeklerde 12-50 kat, kadınlarda ise 3-15 kat daha fazla ilişkili olduğunu göstermiştir. Evlenmemiş şizofreni hastalarının premorbid işlevinin daha bozuk olduğu, psikozun daha erken yaşta başladığı ve hastalığın daha kötü bir gidiş gösterdiği izlenmektedir(33).

2.1.4.Etyoloji

Şizofreni oldukça karmaşık bir sendrom olup ortaya çıkmasında birden fazla etiyolojik etkenin rol oynadığı düşünülmektedir. Genel olarak kabul gören iki varsayıma göre; gelişimin erken dönemlerinde genetik ya da çevresel etkenlerle beyin gelişimi bozulmakta, bu bozukluk kişi için yatkınlık yaratmakta, yaşamın sonraki dönemlerinde kişinin stresli bir çevresel etkiyle karşılaşması üzerine şizofreni belirtileri ortaya çıkmaktadır (32, 34).

2.1.4.1 Nörogelişimsel değişiklikler

Şizofrenide beyin gelişimi sırasında patolojik süreçler olduğu ileri sürülmekte, özellikle frontal, parietal, temporal ve limbik korteks arasında anormal bağlantılara yol açan, anormal beyin gelişimi üzerinde durulmaktadır. Kortikal hatalı gelişime ilişkin olası nedenler araştırılmış; genetik yatkınlık, viral enfeksiyonlar, gebelik ve doğum komplikasyonları ön plana çıkmıştır (25, 28, 34, 35).

Gebelikte ve doğum sonrası beynin nörogelişimsel sürecindeki anormalliklerin belli bir latent dönemden sonra, ergenlik ya da genç erişkinlik dönemlerinde dopamine aşırı duyarlılık gelişmesi, prefrontal kortekste bozulmuş dopamin işlevinin subkortikal dopamin aktivasyonunu artırması gibi patolojik olayları harekete geçirerek şizofreninin ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir (28, 34).

Şizofreni hastalarının hipokampus ve entorinal kortekslerinde, gelişimin ileri evrelerine rastlayan genç nöron göçünün hatalı olmasının hücre yapılanmasında potansiyel olarak hatalı gelişime sebep olacağı, bunun hastalık etiolojisinde önemli bir noktayı oluşturduğu, temporal ve frontal lobların beyaz cevherlerindeki nöronların dağılımında oluşan değişikliklerin hatalı göçe veya programlanmış hücre ölümündeki değişikliklere bağlı olduğu bildirilmektedir (29).

Beyin görüntüleme çalışmalarda ventriküllerde genişleme en çok sözedilen bulgudur. Lateral ventriküllerdeki genişleme ile negatif ve bilişsel belirtiler arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Sulkuslarda genişleme, beyin hacminde ve özellikle frontal lob, hipokampus, amigdala ve parahipokampal girus hacminde azalma diğer yapısal bulgulardır. Korpus kallozum yokluğu, geniş kavum septum pellisidum, gri cevher heterotipisi şizofrenide artmış oranda görülmektedir (25, 28, 29, 34, 35).

Şizofrenide işlevsel ve metabolik bozuklukları saptamak amacıyla pozitron emisyon tomografisi , tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi, fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme kullanılarak yapılan çalışmalarda; frontal bölge kan akımında ve glukoz metabolizmasında azalma olduğu gözlenmiştir (25, 34, 36).

2.1.4.2 Biyokimyasal değişiklikler

Şizofreni hastalarında kortikal alanlarda dopamin azalması, subkortikal alanlarda ise dopamin artışından sözedilmektedir. Pozitif belirtiler ventral tegmental alandan limbik sisteme uzanan mezolimbik yolaktaki dopaminerjik artışla, negatif ve bilişsel belirtiler ise ventral tegmental alandan prefrontal kortekse uzanan mezokortikal yolaktaki dopaminerjik yetersizlikle ilişkili bulunmuştur (25, 28, 29, 34, 37).

Dopaminerjik varsayım iki gözleme dayanmaktadır;

- Birçok antipsikotik ilacın etkinliği ve gücü, dopaminin D2 reseptör blokajı ile paralellik gösterir.

- Amfetamin, kokain gibi psikomimetik ilaçlar dopaminerjik aktiviteyi arttırarak şizofreni benzeri psikotik belirtileri ortaya çıkarabilmektedir.

Serotonin dopamin antagonisti (SDA) ilaçlarla ilgili gözlemlerden sonra şizofrenide serotonine ilgi artmıştır. SDA ilaçların daha az yan etki ve artmış tedavi edici etkilerinin olması, serotoninin 5-HT 2A reseptöründeki antagonizma ile ilişkilendirilmiş ve şizofrenide serotonin ve dopamin sistemleri arasındaki etkileşimde bir bozukluk olduğu öne sürülmüştür (28, 34).

Noradrenalinin tek başına olmasa bile diğer nörotransmitter sistemleriyle birlikte şizofrenide rol aldığı düşünülmektedir. Şizofreni hastalarının bir kısmında özellikle paranoid belirtilerin baskın olduğu hastalarda beyin omirilik sıvısında noradrenalin düzeyi yüksek bulunmuştur (28, 34).

Glutamatın N-metil-D-aspartat(NMDA) reseptörünü bloke ederek etki gösteren fensiklidinin şizofreni benzeri klinik tabloya yol açması, glutamat sisteminin şizofrenideki rolüne dikkat çekmektedir. Çalışmalarda glutamaterjik disfonksiyon ve özellikle NMDA reseptör aracılı nöroiletim üzerinde durulmaktadır (25, 28, 34, 37). Şizofreni hastalarında prefrontal ve singulat kortekste GABAerjik nöronlarda azalma saptanmıştır.

2.1.4.3 Genetik yatkınlık

Toplumda %1 olan şizofreni prevalansı ebeveynlerinden birinde şizofreni hastalığı olan çocuklarda %12, her iki ebeveyni şizofreni olan çocuklarda %40, ikiz olmayan kardeşlerde %8, dizigot ikizlerde %12 (%8-28), monozigot ikizlerde %47(%33-78) olarak belirlenmiştir. Şizofreni hastalarının birinci derecede biyolojik akrabalarında hastalık ortaya çıkma olasılığının topluma oranla 5-10 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (38, 39).

Şizofrenide önemli rolü olmakla birlikte orta düzeyde etkisi olan genlerin varlığına ilişkin bulgular elde edilmiştir. Son çalışmalarda D3 ve 5 HT- 2A reseptörlerini kodlayan en az iki gen allelinin şizofreniye yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir. Moleküler genetik araştırmalarındaki bulgular farklılık göstermektedir. En çok üzerinde durulan kromozomlar; 1, 5, 6, 8, 10, 13, 18 ve 22. kromozomlardır (25, 28, 34).

2.1.4.4 Çevresel faktörler

Kent ve kırsal alanlar arasındaki şizofreni yaygınlığını karşılaştıran 10 çalışmanın ortak değerlendirmesinde, kırsal alanlara göre kentsel alanlarda şizofreninin yaklaşık iki kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (40).

İsveç'te 24-65 yaş arasındaki tüm nüfusunun (4,4 milyon kişi) kapsandığı bir çalışmada 1997-1999 yılları arasında psikoz nedeniyle hastane yatışları incelenerek kentleşme derecesi ile psikoz sıklığı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Kentleşme derecesi nüfus yoğunluğu ile belirlenmiş ve nüfus yoğunluğu en fazla olan kentsel çevrelerde yaşayanların %68-77 oranında psikoz geliştirme riski taşıdıkları saptanmıştır (41).

Psikiyatrik hastalıkların özellikle de şizofreninin alt sosyal sınıflarda ortaya çıkmasıyla ilişkili olduğuna dair çalışmalar vardır. Alt sosyal sınıflarda yer alma ile şizofreni tanısının 5 kat arttığı bildirilmiştir (42, 43). Şizofreni ve sosyal sınıf arasındaki ilişkiyi inceleyen 30 çalışmanın sonuçlarının derlendiği bir gözden geçirmede, düşük sosyoekonomik konum artmış şizofreni riski ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca doğumda alt sosyal sınıflarda yer alan şizofreni hastalarının üst sosyal sınıfta yer alanlara göre tedaviye 8,5 yıl sonra başvurdukları belirtilmiştir (44). Babanın sosyal sınıfının düşük olması ya da yoksul bir bölgede dünyaya gelmek erişkinlikteki şizofreni riskini kontrollere göre 2,1 kat arttırmaktayken, her iki risk etkenini taşıyanlar için şizofreni riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (45).

Danimarka'da ulusal kayıt sistemine dayalı olarak yapılan bir olgu kontrol çalışmasında şizofreni riski işsizlik, düşük eğitim düzeyi, bekâr olmak, düşük refah düzeyi, düşük gelir ve çocuksuz olmakla ilişkili bulunmuştur. Ailede psikiyatri öyküsünün olması, kentsel alanda dünyaya gelmek, ülke dışında doğmak, üç ya da daha fazla çocuğa sahip olmak artmış şizofreni riski ile ilişkili bulunmuştur (46). Brown bir çalışmasında, hastalığın erken döneminde düşük sosyoekonomik seviyedeki hastalarda, pozitif belirtilerle ekonomik durumun ilişkili olduğunu bildirmiştir (47). Gallagher yoksullar arasında defisit şizofreninin daha yüksek olduğunu ve yoksulluğun, hem diğer risk etkenlerine maruz kalmayı arttırdığını hem de yoksullar arasında şizofreni prognozunun kötü olmasını açıklayabileceğini belirtmiştir (48).

Başka bir çalışmada çocukluk çağındaki zorlu yaşam koşulu sayısı ile (kirada oturma, düşük sosyoekonomik düzey, tek ebeveynli olma, işsizlik,

sosyal yardım alan hane) şizofreni riskinin doğru orantılı olduğu ve dörtten daha fazla zorlu yaşam koşulu bulunduran hanelerin çocukları için riskin 2,7 kat arttığı bildirilmiştir (49).

Göçmenler arasında hem köken aldıkları ülkeyle hem de yerleştikleri ülkeyle kıyaslandığında daha yüksek şizofreni sıklığına rastlandığını ve bu farkın tanı yanlılığıyla açıklanamayacağını ortaya koyan çalışmalar vardır (50). Konuyla ilgili son 30 yıl içinde yapılmış tüm çalışmaları değerlendiren önemli bir gözden geçirme ilk kuşak göçmenler için göreceli riskin 2,7 ve ikinci kuşak göçmenler için göreceli riskin 4,5 olduğunu bildirmiştir (51).

Toplumsal dışlanmışlık, ayrımcılık ve yalıtılmışlığın dopamin duyarlılaşmasına neden olarak bilişsel süreçlerin bozulmasına ve psikotik belirtilerin oluşmasına neden olduğu öne sürülmüştür. Bir toplumda azınlık konumunda olmak ve göç, toplumsal yalıtılmışlık nedeni olabilir(50). Kronik ve uzun süreli ayrımcılık, günlük olaylarla ilgili yorumlar üzerinde etkide bulunabilir ve paranoid içerikli atıfları kolaylaştırabilir. Çocukluk ve ergenlik gibi şizofreni için önemli yatkinliklerin ortaya çıktığı dönemlerde maruz kalınan bu tür etkiler ikinci kuşak göçmenlerde göçün etkisinin birinci kuşak göçmenlere göre daha yüksek olmasını açıklayabilir (40).

Bazı araştırmalarda travma ve psikoz ilişkisi ele alınmış ve şizofreni de dahil olmak üzere, psikoza yatkinliğe neden olabileceği gösterilmiştir(16, 17, 52). Travmaya maruz kalan kişilerden elde edilen psikiyatrik veriler, travmaya yanıtın çok sayıda biyolojik, kültürel ve kişisel yaşam deneyimleri ile ilişkili olduğunu ve travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) tek olumsuz sonucu olmadığını göstermektedir (53). Scott ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, TSSB'nin gelişmediği travmatik deneyimlerin, sanrısız yaşantıların ortaya çıkma riskini arttırdığını göstermişlerdir (54). Manchester'da şiddete maruz kalan 373 ergen ile yapılan bir çalışma da bu bulguları desteklemiş ve şiddete maruz kalmanın paranoya, hallusasyonlar ve dissosiyatif yaşantılar gibi psikotik deneyimlere yatkinliği arttırdığı belirtilmiştir (55).

Çoğu çalışma erken kannabis kullanımının genel olarak psikotik bozukluk riskini arttırdığı, şizofreni riskini iki kat yükselttiği ve psikotik bozukluklu hastalarda kötü prognoz ile ilişkilendirildiği klinik gözlemi desteklemektedir. Degenhardt ve Hall beş ülkeden altı uzunlamasına çalışmayı gözden geçirmişler ve kannabis kullandığını bildirme ile psikoz tanısı alma, ya da

psikotik belirti gösterme arasında ilişki olduğunu bildirmişlerdir (56).

Travma, madde kullanımı, göç ve yer değiştirme gibi kötü yaşam deneyimlerinin, her bireyde biyolojik duyarlılığı etkileyerek klinik tabloya yol açtığı düşüncesi artık kabul edilmektedir. Bu gibi klinik olmayan psikotik fenomenler, gelişim sırasında kannabis kullanımı, çocukluk çağı travması ve şehir hayatı ile sinerjistik biçimde birleşirse, anormal şekilde kalıcı hale gelebileceği gösterilmiştir (19).

Şizofreni için risk etkenleri arasında erken çocukluk özellikleri ve kişilik yapısı da incelenmiştir. Erken gelişim özellikleri olarak konuşma ve eğitim sorunları, tek başına oynama eğilimi, yakın arkadaşı olmayışı, küçük grupları tercih etme, sosyal ortamlarda tedirginlik duyma, ergenlikte zayıf sosyal uyum, karşı cinsten sürekli bir arkadaşının olmayışı gibi özelliklerin varlığından söz edilmiştir. Birçok şizofreni hastası kendi başına yaşamayı yeğleyen sosyal yönden izole bir yaşam biçimi gösterir. Bu izolasyonun hastalığın oluşmasından çok önce, hatta çocukluk döneminde başladığı ve bunun da hastalıkla ilişkili olduğu düşünülmektedir (34, 57).

Bu veriler ışığında sonuç olarak, şizofreninin risk faktörlerinin incelenmesinde en az dört ana elemanın birbiriyle bütünleştirilmesi gerekir:

- Bir hastalığın ekspresyonuna genetik yatkınlık,
- Bireyin yaşam olayları, stres etkenleri,
- Bireyin kişiliği, başa çıkma becerileri ve çevresinin ona sunduğu sosyal destek,
- Birey ve genomu üzerine etkili olan, virüsler, toksinler ve çeşitli hastalıklar dahil olmak üzere diğer çevresel etkenler (39, 58).

2.1.5. Tanı

Şizofreni tanısı için çoğunluk tarafından kabul edilmiş olan Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV tanı kriterleri kullanılmaktadır.

2.1.5.1 DSM-IV TR Şizofreni tanı ölçütleri

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

1. hezeyanlar (sanrılar),
2. halüsinasyonlar (varsanılar),
3. dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. çağrışımlarda dağınıklık [sık sık konu dışı sapmalar gösterme] ya da enkoherans),
4. ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış,
5. negatif belirtiler, yani duygulanım ifadesindeki donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolisyon.

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle/birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal / mesleki işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk 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 kapsmalıdır; prodromal ya da rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örneğin acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D. Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun dışlanması: Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya aktif evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda Majör Depresif, Manik ya da Mikst Epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da aktif evre belirtileri sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde kullanımının / genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (Kötüye kullanılabilen ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi: Otistik Bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa Şizofreni ek tanısı konabilir (59).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ICD-10 tanı kılavuzu DSM-IV'e büyük oranda benzemekle beraber, DSM-IV'ten farklı olarak; şizofreni tanısı için psikotik belirtilerin bir aydır devam ediyor olmasının yeterli olduğunu öne sürer, 6 aylık süre koşulunu koymaz. Ancak, tipik şizofreni belirtileri ortaya çıkmadan önce prodromal bir dönemin olabileceğini kabul eder. ICD-10 da işlevsellikte bozulma, sosyal ya da mesleki performansta belirgin bozulmaya neden olan basit şizofreni dışında şizofreni için bir tanı ölçütü değildir (60).

2.1.5.2 Şizofrenide alt tipler

Şizofrenide; paranoid tip, dezorganize tip, katatonik tip, ayrışmamış tip ve rezidüel tip olmak üzere 5 alt tip tanımlanmıştır (34).

Paranoid şizofreni: Bir ya da daha fazla sanrının ve sıklıkla işitsel varsanıların olduğu, dezorganize ve katatonik belirtilerin bulunmadığı şizofreni tipidir. Başlangıç yaşının daha geç olduğu ve daha iyi seyir gösterdiği belirtilmektedir.

Dezorganize şizofreni: İlkel, organize olmayan davranışa gerileme sistemli sanrıların ve katatonik belirtilerin yokluğu ile belirlidir. Sinsi ve erken başlangıç, belirgin düzelme göstermeyen süregen seyir gösterir.

Katatonik şizofreni: Stupor, negativizm, rijidite, eksitasyon ya da çeşitli postür değişikliklerini içeren psikomotor bozukluklar gösterir. Son yıllarda ender görülmektedir .

Ayrışmamış şizofreni: Diğer alt tiplerin özelliklerini karşılamayan şizofreni tipidir.

Rezidüel şizofreni: Pozitif belirtilerin en alt düzeyde olduğu, negatif belirtilerin baskınlık gösterdiği hastalık tipidir.

ICD-10'da; Paranoid Şizofreni, Hebefrenik Şizofreni, Katatonik Şizofreni, Ayrışmamış Şizofreni, Postşizofrenik Depresyon, Rezidüel Şizofreni, Basit Şizofreni, Başka Şizofreni ve Şizofreni Belirlenmemiş olarak 9 alt tip tanımlanmaktadır(59, 60).

2.1.6 Klinik özellikler

Şizofrenide hastalık çok farklı şekillerde başlayabilir, hastalık bazen sinsi biçimde başlar ve hasta eve kapanmaya, çeşitli bahanelerle okula ya da işe gitmemeye başlar, bazılarında kendi kendine konuşma, gülme, odasına kapanıp saatlerce mastürbasyon yapma, yıkanmama vb. acayip davranışlar izlenebilir. Bazı hastalarda somatik ve hipokondriak uğraşlar, bazı hastalarda ise şüpheler, etkilenme ve izlenme hezeyanları görülebilir.

Faktör analizine dayanan geniş kapsamlı çalışmalar şizofrenide üç ayrı semptom kümesi tanımlamışlardır (34).

-Pozitif belirtiler: Hezeyanlar, hallüsinasyonlar ve yapısal düşünce bozukluğu ile karakterizedir. Hezeyanlar çoğunlukla paranoid veya bizar doğada olmakla birlikte diğer hezeyan tipleri görülebilir. Hallüsinasyonlar çoğunlukla işitsel olmakla birlikte diğer duyu alanlarına uyan hallüsinasyonlar da görülür.

-Dezorganizasyon: Çağrışımlarda çözülme, enkoherans, uygunsuz duygulanım ve düşüncede fakirleşmeyi kapsar.

-Negatif belirtiler: Duygulanımda sığlaşma, spontanlığın kaybı, irade azlığı, enerji düzeyinde düşme ve zevk alamamayı içerir.

2.1.7 Gidiş ve sonlanım

Şizofreni, klasik olarak kronik tabloya akut alevlenmeler ve remisyonların eşlik etmesiyle seyreder. Kişilik değişikliklerinin görülebildiği, kişinin yavaş yavaş içine kapanmaya, kendine özgü bir dünyaya girmeye başladığı, çok sayıda olgunun ise özellikle adolesan dönemde yoğun prepsikotik anksiyete belirtileri gösterdiği, kendi bedeni ile yoğun uğraş sergilediği, öz bakım ve kişilerarası ilişkilerini ihmal edilebildiği prodromal bir dönemin ardından, bazı

hastalarda hastalık yıllarca sinsi ve yavaş bir seyir sürerken arada aktif hastalık dönemleri, akut alevlenmeler ortaya çıkabilir. Bu dönemler kendiliğinden ya da tedaviyle yatıştır. Bundan sonra, gene çok yavaş ilerleyen ve daha çok negatif belirtilerin baskın olduğu, rezidüel şizofreni türüne dönüşebilir(38).

Bazı hastalarda adölesan dönemde, oldukça kısa sürede ağır, renkli psikotik tablolar ortaya çıkar ve haftalarca, aylarca sürebilir. Bu dönem düzeldikten sonra uzun süre iyi uyum dönemi olabildiği gibi, negatif belirtilerin baskın olduğu, kronik rezidüel şizofreniye dönüşebilir. Bazen paranoid şizofrenide olduğu gibi aktif pozitif belirtiler yıllarca sürebilir(24, 61). Hastaneye yatarak tedavi görmüş ilk epizod şizofreni hastalarının taburcu edildikten sonra düzenli antipsikotik tedaviye karşın, ilk yıl içinde ikinci bir atak geçirme riskleri yaklaşık %35-%40'tır (62).

Nöbet sayısı arttıkça kronikleşme olasılığı artar. Hastalığın gidişi ve sonlanışını önceden kestirmek oldukça zordur. İlk tanı sonrası 5 yıllık seyri hastalığın gidişatıyla ilgili ipuçları verebilir(63). Şizofreninin gidişi konusunda yapılan çalışmalar, kullanılan tanı ölçütlerinin zaman içinde değişmesi, uzun ve yeterli izlemin yapılamaması, üzerinde anlaşmaya varılmış yaygın bir iyileşme tanımının olmayışı gibi sebeplerden dolayı farklı sonuçlar vermektedir. Shepherd ve arkadaşlarının 1989 yılında yayınlanan 5 yıllık izlem çalışmalarının sonuçlarına göre; hastaların %13'ü tek bir atak geçirip 5 yıl içerisinde bir daha hastalanmamış, %30'unda hastalık, arada tamamen sağlıklı döneme dönen ya da minimal düzeyde bozukluk gösteren ataklarla seyretmiş, hastaların %10'unda ise hastalık ilk ataktan sonra hiçbir zaman tamamen sağlıklı döneme dönmemiştir. Hastaların %47'sinde ise hastalık her seferinde şiddetleri daha da artan belirtilerle giden epizodik bir seyir izlemiştir (34).

Bazı izlem çalışmalarında, ilk hospitalizasyon sonrası şizofreni tanısı almış hastaların sadece %10-%20'sinin iyi bir sonlanımı olduğu, %50'sinde semptomlarda alevlenme, mükerrer hastane yatışları, majör duygudurum bozukluğu epizotları ve intihar girişimleri ile birlikte kötü olarak tanımlanabilecek bir seyir gözlemlendiği iddia edilmektedir. Aynı çalışmalarda remisyon oranlarının %10 ile %60 arasında değiştiği, hastaların ortalama %20-%30'nun toplumsal normlara uygun bir yaşam sürdürebildikleri, %40-%60'sının ise hastalığın yıkımla giden etkisi altında sosyal ve mesleki yetiyitimi yaşadıkları öne sürülmüştür (63).

2.1.7.1 Prognostik göstergeler

Dünya Sağlık Örgütü'nün, farklı kültürlerde sosyal belirteçlerin hastalığın gidişatı üzerine etkilerini incelediği bir araştırmada, şizofreninin gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş olanlara göre daha iyi bir seyir izlediği sonucu ortaya çıkmıştır. Katatonik veya Paranoid Şizofrenini diğer alt tiplerden daha iyi gidişlidir. Ancak, yeni çalışmalarda antipsikotik tedavi ile kötü prognozlu olarak bilinen alt tiplerin de, olumlu gidişat gösterdikleri ortaya konmuştur (24, 29, 34, 38, 39, 63).

Olumlu prognoz göstergeleri: Hastalığın geç yaşlarda, akut ve renkli pozitif belirtilerle başlaması, stres yaratıcı olaylar ya da olumsuz yaşam olayları gibi tetikleyici etkenlere bağlı olarak ortaya çıkması, hastalık öncesinde işlevselliğin iyi olduğu, toplum, iş ve cinsel yaşamına göreceli olarak iyi uyum yapmış olması, düzenli aile ortamı, ailenin tedaviye destek vermesi, duygu dışavurumunun düşük oluşu, kadın cinsiyeti ve evli olmak, orta ve yüksek sosyo-ekonomik sınıfta olmak, hastalık başlangıcında konfüzyonun ve atipik belirtilerin varlığı, negatif belirtilerin, bilişsel işlevlerde kaybın ve dezorganizasyonun olmaması, ailede şizofreni öyküsü olmaması, psikiyatrik hastalık varsa bunun affektif bozukluklardan biri olması, prenatal komplikasyonların bulunmaması, yapısal beyin anomalisinin olmaması, tedaviye erken dönemde başlanması, tedavi uyumunun iyi olması, hastaneye yatış sayısı ve süresinin az olması

Olumsuz prognoz göstergeleri: Hastalığın erken yaşta herhangi bir stresör olmaksızın başlaması, belirtilerin sinsi ve yavaş gelişmesi, hastalık öncesi kişiliğin şizoid ya da şizotipal oluşu, hastalık öncesi işlevselliğin, çevreye uyumun bozuk olması, sağlıksız ve dengesiz duygusal yaşam, aile ortamının bozuk oluşu, ailenin hastaya, hastalığa ve verilen tedavileri reddedici tutumu, hastanın kendisinden ve ailenin hastadan beklentilerinin yüksek olması, duygu dışavurumunun yüksek oluşu, erkek cinsiyeti ve bekar olmak, düşük sosyoekonomik sınıfta olmak, negatif belirtilerin baskın olması, obsesif kompulsif belirtilerin varlığı, dezorganizasyonun olması, hastalık öncesi veya hastalık döneminde eşlik eden alkol ya da madde kullanım öyküsü, ailede şizofreni öyküsü varlığı, prenatal komplikasyonlar, yapısal beyin anomalileri, nörokognisyonda bozulma, tedavisine geç başlanması, tedavi uyumun bozuk

olması, hastaneye yatış sayısının çok, yatma sürelerinin uzun olması, iyileşme dönemlerinin kısa olması,

2.1.7.2 Şizofrenide ölüm ve intihar

Şizofreni hastalarında ölüm oranı toplum ortalamalarından 2-4 kat yüksektir. En önemli ölüm nedeni intihardır. Şizofreni hastalarının %10'u intihar sonucu ölür. Bu oranlar toplum ortalamasının yirmi kat üzerindedir. Şizofreni hastalarında kazalara, enfeksiyonlara, kalp-damar ve solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler de genel toplumdan daha yüksek oranlarda görülmektedir. Şizofreni hastalarının %20-50'sinin intihar girişiminde bulunduğu bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde şizofreni hastalarındaki intihar oranı, az gelişmiş ülkelerden daha yüksektir. Şizofrenide intihar, hastalığın akut dönemlerinde, hiç beklenmedik anda, birden olabilir; acayip, anlaşılması güç yöntem ve biçimlerde yapıldığı sık görülür. Erkeklerde daha yüksek oranda görülür. Riski arttıran önemli bir etken alkol ve madde kullanımındır (38).

2.2 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

2.2.1 Travmanın tanımı

Travma, bireyin ruhsal ve bedensel varlığını sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır. Kişinin kendisinin ya da yakınlarının bedensel ve ruhsal varlığına büyük bir tehlike olarak birden gelen ağır örseleyici olayları içermektedir. Zorlanma (stres) ise organizmanın denge durumunu (homeostasis) bozan herhangi bir etmendir. Bireyin ağır, örseleyici bir durumdan etkilenmesi olayın şiddeti, benlik (ego) gücü, kalıtsal yapısı, gelişimsel özellikleri, baş etme mekanizmaları ile yakından ilişkilidir. Çocukluktaki engelleme ve çatışmaların kimileri örseleyici nitelikte olabilir. Örseleyici nitelikte olan engelleme ve çatışmalar, benliğin gelişmesini bozan, saptıran, yavaşlatan, durduran ya da geriletken süreçlerdir (6).

Travmatik olay denilince, denetleme, bağlantı kurma ve anlamlandırma duyularımızı sağlayan, olağan baş etme sistemlerimizi felce uğratan olay akla

gelir. Travma diğer yaşam olaylarında da uyumu sağlayan baş etme yollarının kullanılmayacağı kadar şiddetli olduğundan dolayı olağandışıdır. Travmada bir tehdit, şiddet ve en önemlisi ölüme çok yakın olma hali mevcuttur. İnsanın bizzat kendisinin neden olduğu travma doğal felaketlerden daha korkunçtur ve güven yitimine neden olur. Dayanılması en güç durum ise, travma ile baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında karşılaşmaktır (6).

Çocukluk çağı travmalarının tanımlanması ve uzun dönem etkileri üzerine çeşitli görüşler bildirilmiştir. Pek çok teorik yaklaşım olmasına karşın, bu konudaki en anlaşılır olduğu kabul edilen açıklamayı Terr yapmıştır. Terr travmayı; olayı başlatan nedenden çok stresör etkene verilen cevap ya da dışsal olayların içsel sonucu veya mental sonucu şeklinde tanımlarken, aynı zamanda çocukluk çağı travmalarını klinik olarak iki bölüme ayırmıştır (64).

Tip I Travma: Doğal bir afet, kaza veya cinayet gibi beklenmedik ani, tek bir olay,

Tip II Travma: Çocukluk çağındaki fiziksel ve cinsel istismar ile buna eşlik eden korku dolu beklenti gibi uzun süreli veya tekrarlayıcı olay şeklinde tanımlamıştır

Daha çağdaş araştırmalarda, herhangi bir olayın travmatik olarak nitelendirilebilmesi için, travmanın özellikleri yanında, kişi için geçmişteki yaşantıları çerçevesinde olayın ne anlama geldiğinin de önemli olduğu gösterilmiştir (65).

Freud'a göre travmatik nöroz vakalarında dışsal travma, çocukluk çağında yaşanan travmayı uyandırmaktadır. Travma kişilerde, regresyona neden olmakta, bu ise, travmatik olayın yeniden yaşanmasına yol açmaktadır. Böylece repetisyon kompülsiyon fenomeni ortaya çıkmaktadır. Herhangi bir olayın travmatik olarak nitelendirilebilmesi için, travmanın özelliklerinin yanında, kişi için geçmişteki yaşantıları çerçevesinde olayın ne anlama geldiğinin de önemli olduğu gösterilmiştir. Freud'un bu çalışması, Janet'in travma sonrası disosiyatif tepkileri incelemesi, Kardiner'in savaş sonrası travma ile ilgili çalışmaları, II. Dünya Savaşı'ndan sonra toplama kampı kurbanları ile yapılan araştırmalar travmanın ciddi ruhsal sorunlara neden olabileceği fikrini ortaya koymuştur .

Fischer G.ve Riedesser P ' ye göre benlik travmatik saldırıya üç değişik biçimde tepki vermektedir:

1- Benlik önce bu saldırıyla onun yıkıcı öğelerini örgütleyerek, düzene koyarak, sindirerek baş etme yolları arar. Bu, travmaya sağlıklı bir yaklaşımdır.

2- Benlik saldırının tehlikeli öğelerini çözümler (dissosiyasyon) ve kendisinden uzaklaştırır. Benliğin gücünün yetersiz kaldığı konumlarda ağır travmaya karşı kullandığı bir savunma biçimidir. Bu yaklaşım türünde depersonalizasyon, derealizasyon belirtileri, amneziler ortaya çıkabilir (66).

3- Benlik örseleyici uyarıları içselleştirir, çevrelerini kuşatarak sindirmeden ruhsal bölümün bir köşesinde kalmalarını sağlar. Bu işlem daha sık rastlanan ve hem nevrozların hem de borderline kişilik örgütlenmesinin örselenmelerle baş etme yollarından biridir.

İşlenemeyip dışsallaştırılan ya da içselleştirilip alt benliğin bir köşesinde depolanan şiddetli uyarılar ve kendiliğin örselenmiş bölümü değişmemiş bir biçimde, olduğu gibi, olumsuz etkileriyle yıllarca sürerek benlik işlevlerini, ruhsal dengeleri ve ruhsal gelişimi olumsuz etkilemektedirler (66).

Travma, kişinin dünyayı güvenilir, öngörülebilir, kontrol edilebilir bir yer olarak algılamasını zedeler ve kendi yaralanabilirliği ile yüzleştirir. Bununla baş edebilmek için ego tarafından birçok savunma mekanizması aktive edilir. Mekanizmaların çoğu primitiftir ve regresif özellikleri vardır. En çok görülen savunma mekanizmalarından biri inkardır. Kişi, travmanın şiddeti ve kendisinde yarattığı korku ile yüzleşmeyi reddeder. Bazen travma sonrasında yaşanan öfke, diğer insanlara yansıtılır ve onların hiddet dolu, saldırgan oldukları düşünülür. Bu hiddet ve saldırganlıktan korunabilmek için aşırı uyarılmışlık hali gelişir. Projektif yansıtmaya splitting de eşlik edebilir. Hastalar hiçbir agresif dürtülerinin olmadığına inanırlar. Bazılarında ise öfke ve agresyon intikam düşüncesine dönüşür, çaresizliklerini kontrol edebilmek ve çektikleri ıstırapı tazmin edebilmek için hukuki yollara başvururlar. Savunma mekanizması olarak suçluluk düşünceleri de gelişebilir. Altında ise şiddet dolu kötü bir dünyada tamamen çaresiz olma algısı yatar (65).

Çoğu araştırmacı, yitim, cinsel taciz, duygu sömürsü, şiddet, işkence, korkunç olayların tanıklığı, süregelen hastalıklar gibi somut olayları örselenmelerin nedenleri olarak göstermektedir (66). Bu tür örselenmelerde şiddet ve zaman, yani kişinin kısa sürede şiddetli uyarıların saldırısına

uğraması önemli bir belirleyicidir. Travmayla baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk dönemindeki örselenmeler, kendilik ve nesne imgelerinin algılanmasını etkilemekte, ileride yeniden yaşanacak örselenmelere gösterilen davranış biçimlerini belirlemektedir(6).

2.2.2 Travmanın nörobiyolojisi

Travmatik yaşantılar özellikle de çocukluk çağında meydana gelenler, nörogelişimsel, nörohormonal ve immünolojik hasarlara yol açmaktadır. Bu konuyla ilgili çalışmalarda elde edilen bilgiler ortak sonuçlar taşımaktadır.

2.2.2.1 Nörogelişimsel bulgular

Hayatın ilk dönemlerindeki olumsuz yaşantıların, var olan genetik yatkınlığı şekillendirdiği ve belirli, değişmez bir fenotipin oluşmasına neden olabileceği belirtilmektedir. Bu da, daha fazla strese maruz kalındığında yanıt olarak herhangi bir sendromun ortaya çıkma riskini beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla erken travmatik yaşantıların, strese duyarlı nöral devrelerde kalıcı bir sensitizasyona yol açtığı düşünülmektedir(67). Yaşam boyunca tekrarlayan travma ve/veya strese maruz kalmak, hassas bir fenotipe ve patolojik bir alevlenmeye yol açabilmektedir. Sosyal destek ve başa çıkma yolları, strese yatkınlığa tampon görevi görebilmektedir (67).

2.2.2.2 Nörohumoral bulgular

Locus cereleus (LC) - Noradrenalin (NA) sistemi canlılarda strese yanıt sisteminin en önemli parçalarından biridir ve korkutucu uyaran, stres, LC, limbik bölgeler (hipotalamus, hipokampus ve amigdala) ve serebral korteksteki NA miktarında bölgesel ve seçici artışlara neden olur. Bu, organizmanın kendisini tehdit eden duruma karşı dikkatini anında yöneltmesi ve kendini savunmaya hazırlanması için gerekli fiziksel ve mental uyarılmayı sağlar. Hayvanların kaçamayacağı stres etkenleri ile karşılaşması, öğrenilmiş çaresizlik olarak adlandırılan davranışsal eksikliklerle sonuçlanır. Bu durum NA azalması ile

ilişkilidir. Travma ne kadar uzun sürerse NA azalması artmakta ve bu da strese duyarlılığı arttırmaktadır (7).

Stres cevabında çok sayıda nörotransmitter ve hormon yer almaktadır. Korku özellikleri daha çok amigdala, serotonerjik, noradrenerjik ve gamma-amino butirik asit (GABA) sistemlerinden; öfke ise, nükleus accumbens ve dopaminerjik, glutamaterjik sistemlerden etkilenmektedir (68). Serotonin sistemi hem anksiyojenik hem de anksiyolitik yolları aktive eder. Kompleks nöronal iletişim sisteminin ana kontrol nörotransmitteridir (69, 70, 71). Orta dereceli bir stres durumunda serotonin frontal kortekse salgılanmakta, sakinleştirme ve disfori ve anksiyeteyi azaltmayı sağlamaktadır (72). Bununla birlikte ciddi stres ya da travma, beynin çoğu bölgesinde aşırı serotonin salgılamasına neden olur (73). Serotonin düzeylerindeki aşırı yükselme, travmanın kronik, kalıcı olduğu durumlarda serotoninin tükenmesi ile sonuçlanır. Güncel travmatik stresör olmasa ya da devam etmese de travmanın ve intrusif hatıraların yeniden deneyimlenmesi de kronik serotonin aktivasyonu ile sonuçlanabilir. Azalmış serotonin kullanılabilirliği, daha sonraki stresörlere santral sinir sisteminin cevabını azaltır, böylece travma sonrası disforik durumlara ve aşırı uyarılmaya eğilim artar. Düşük serotonin düzeyi depresyon yanı sıra impulsif ve agresif davranışlarla, TTSB ve intihar ile ilişkilidir (74, 75, 76).

İnsanda, strese yanıt sisteminin en önemli parçalarından birisi de hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) eksenidir. Akut stres ile HPA ekseninin etkinleşmesi, glukokortikoid salgılanması sonucu uyarılmışlığı, uyanıklığı, odaklanmış dikkati ve bellek oluşumunu artırır. Kronik stres durumunda, bu eksenin negatif geri bildirim etkinleşmesi ile organizma uyum sağlamaktadır. Kronik strese maruz kalanlarda, serum glukokortikoid düzeyleri düşük, hipokampusta ise glukokortikoid reseptörlerinin konsantrasyonunda artma olmaktadır. Akut stres sırasında katekolamin ve glukokortikoid düzeyleri birlikte yükselmektedir (77).

Çocukluk çağında yaşanan acı olaylar ve travmalar ile psikiyatrik ve bazı fiziksel bozuklukların gelişmesi arasındaki ilişkinin kortikotropin-releasing hormon (CRF) salgılanmasında ve nörotransmisyonundaki kalıcı değişikliklerle düzenlenebileceği görüşü de gittikçe önem kazanmaktadır. Laboratuvar hayvanlarında yapılan mikroenjeksiyon çalışmaları göstermiştir ki; CRF beyin belirli bölgelerine etki ederek, noradrenalin ve serotonin düzeylerini etkileyerek,

korku ve anksiyeteyi anımsatan pek çok davranışın ortaya çıkmasına neden olur (67).

CRF noradrenerjik ateşlemeyi uyarırken, serotonerjik etkinliği inhibe eder. Yapılan çalışmalar, LC ve raphe nukleus gibi beyin bölgelerinde yerleşmiş olan GABA içeren nöronların CRF nöronları ve stres yanıtı üzerine inhibitör etki yaptığını göstermiştir. Yine duyguların kontrolünde önemli bir yapı olan prefrontal korteksin, amigdala ve hipotalamusa uzanan inhibitör GABA-erjik projeksiyonları üzerinden stres yanıtına etkili olduğu, ilk yıllarda yaşanan stresin, merkezi sinir sistemindeki CRF sistemlerinde kalıcı duyarılılaşmaya veya hiperaktiviteye neden olduğu düşünülmektedir (67).

2.2.2.3 Nöroanatomik bulgular

Beyin gelişimi, erken çocukluk dönemi yaşantıları ve genetik bilginin rehberliğinde tamamlanmaktadır. Travmatik yaşantılar sonucunda beyinde limbik sistem, orta beyin ve kortekste “kullanıma bağlı” (use dependent) uzamış alarm reaksiyonlarına karşı ikincil değişikliklerin geliştiği vurgulanmaktadır. Uzamış travmatik yaşantılar sonucu kortikal modülasyon azalır. Orta beyin, limbik sistem ve beyin sapının etkinliği artar. Bu bilişsel yanıtılık da, dürtü ve duyguların kontrolünde bozukluklara yol açmaktadır. Travmaya uğramış kişilerin anterior temporal bölgelerinde ve orbitofrontal kortekslerindeki kan akımında anlamlı oranda artış olduğu gösterilmiştir (191). Beyinde travmaya bağlı hipokampus, amigdala, prefrontal korteks, korpus kallosum, parietal loblar en fazla etkilenen bölgelerdir (192,193). Prefrontal korteksin modülatör bir rolü vardır. PET ve MR çalışmaları, travmaya bağlı uyaran sonrasında amigdalada hiperaktivite olduğunu ortaya koymaktadır. Orbitofrontal korteks ve amigdala anormallikleri daha dürtüsel davranışa neden olmaktadır (78).

Hipokampal volümün azalması ise, travmaya majör biyolojik cevaptır. Bununla birlikte alkol ve madde kullanımı da hipokampal volümü etkilemektedir. Korpus kallosum, anterior singulat korteks (erken öğrenme, problem çözme), serebellar vermis ve sol hemisfer neokorteksteki hatalar, kognitif ve nörodavranışsal defisitlerle sonuçlanabilir. Borderline kişilik bozukluğu olguları ile yapılan son dönem bir çalışmada çocukluk çağı travması olan olgularda olmayanlara oranla daha küçük hipofiz volümü tespit edilmiş ve HPA aksının

disfonksiyonuna bağlı olabileceği düşünölmüştür (79).

2.2.2.4 İmmünolojik bulgular

Travmatik yaşantıları olan çocuklarda otoantikörlerin düzeyleri kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Travma ile ilişkili immün bozukluğun otoimmün hastalıklar ve enfeksiyonlara yatkınlığı kolaylaştırdığı düşünölmektedir (80). Travmatik yaşantılar, günlük olayların kaydedildiği güncel bellekte kaydedilmemektedir. Travmatik yaşantılar güncel belleğin dışında kendine özgü bir bellek sisteminde toplanmaktadır. Böylelikle kişi yaşanan çaresizlik, acı ve korku duygularından kendini uzak tutabilmektedir. Travmatik belleğin esasını, yaşanan olayın parçalarının semantik bellekte birleştirememesi oluşturmaktadır. Bu bütünleştirici süreçte, parietal loblar, hipokampus, korpus kallosum, singulat girus, frontal loblar etkinlik göstermektedir (81).

2.2.3 Çocukluk çağı istismarı

2.2.3.1 Tanım

İstismar, insan ilişkilerinde bir tarafın diğerini kasıtlı olarak, o kişinin zararına ve aleyhine olacak şekilde kötü amaçla kullanmasıdır.

Çocuk istismarı kavramı,16 yaşın altındaki çocuklara karşı aktif olarak girişilen, çocukların başta anne ve babaları olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinler tarafından fiziksel, duygusal, zihinsel , cinsel ve toplumsal gelişimlerini engelleyen, beden ya da ruh sağlığına zarar veren, her türde eylemlerdir (82, 83, 84). Çocukluk çağı travmaları ebeveynler yahut bakım veren bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz veya hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen yahut kısıtlayan eylem veya eylemsizliklerin tümüdür (85).Toplumlar arasında ve toplum içinde "kabul edilmişlik" farklılıklar göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü çocukluk çağı travmalarını netleştirerek çocuğun sağlığını, yaşamını, gelişimini, itibarını, güvenini ve gücünü zedeleyen tüm fiziksel,

duygusal ve cinsel istismar ve ihmali çocukluk çağı travmaları olarak tanımlamıştır (86).

2.2.3.2 Çocukluk çağı travmalarının tarihçesi

Ciddi stres yaratan olaylar karşısında yaşanan ruhsal tepkilerden söz eden kayıtlara çok eski dönemlerden bu yana rastlanmaktadır. Travma yaratan olaylar yaygın kabul edilen şekli ile ani ve beklenmedik bir anda ortaya çıkan, bireyin bedensel ve ruhsal bütünlüğünü ya da yaşamını tehdit eden olaylar olarak tanımlanmaktadır (87).

Çocuklarla, çocukluk çağı travmalarının ruhsal hastalıklar üzerine olan etkileriyle ilgili ilk bilimsel kayıtlar ve tanımlamalar II.Dünya Savaşı sonrasında ebeveynlerini yitiren ya da toplama kamplarından kurtulan çocuklarda gözlenen ruhsal tepkileri içermektedir. Daha sonraki yıllarda daha çok doğal afetlerin çocuklarda neden olduğu ruhsal tepkilerle ilgili çalışmalara rastlanılmaktadır. 1960'lı yıllardan sonra özellikle cinsel istismar kurbanı olan çocukların saptanması ile bu alana ilgi yoğunlaşmıştır. Ancak bilimsel çevrelerde insan eli ile olan travmalar sonrasında çocuklarda ortaya çıkan TSSB belirtileri, Terr' in okul otobüsü kaçıırılması kurbanlarıyla yaptığı çalışmalar ile önem kazanmıştır (64, 88). 1962 yılında Kempe ve arkadaşları "dövülmüş çocuk sendromunu" ve 1972 yılında Caffey ve arkadaşları "dövülmüş bebek sendromunu" tanımlamışlardır (89).

2.2.3.3 Sınıflama

DSM-IV istismarı, "klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar" başlığı altında tanımlayarak beş kategoriye ayırmıştır.

- Çocukun fiziksel istismarı
- Çocukun ihmal edilmesi
- Çocukun cinsel istismarı
- Erişkinin fiziksel istismarı (eş, yaşıit ya da daha yaşlı kimseler tarafından yapılan)
- Erişkinin cinsel istismarı (ırza geçme, zorlama, taciz)

Çocukluk çağı travmaları, erişkinliğe kadar uzanan karmaşık semptomatolojili bozukluklara yol açması nedeni ile günümüzde bu kategoriye aşan bir anlam ve öneme sahiptir (90). İstismar; fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olarak, çocuk ihmali ise fiziksel ve duygusal ihmal olarak ayrılmaktadır (86, 91).

2.2.3.3.1 Çocuğun fiziksel istismarı

Çocuğa, bakımından sorumlu kişi ya da kişiler tarafından sağlığına zarar verecek ve vücudunda iz bırakacak şekilde davranılması fiziksel istismar olarak tanımlanmıştır (92, 93). Brown ve Anderson, fiziksel istismar tanımını, “18 yaşından küçük bir çocuğun, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya uğraması” şeklinde yapmaktadır, kişi bunu kardeş rekabeti gibi bir aile içi çatışma olarak algılamış olmamalıdır ve fiziksel temas içermeyen arkadaş kavgaları bu tanıma girmemektedir (94). Fiziksel istismar, sıyrık, yanık, kafa travması, kırık, iç organlara ait yaralanmalar veya en az 48 saat süren her hangi bir fiziksel hasar gibi yaralanmaya yol açacak şekilde zarar vermedir. Bu tanım aşırı şekilde bedene yönelik cezalandırmaları ve bağlama, kilitleme gibi kapalı bir yere hapsedmeyi de kapsar (94).

Lipman ve MacMillan fiziksel hasarın hem şekli hem de ne sıklıkla yapıldığını dikkate almışlardır (95) . Ancak fiziksel istismar türü olarak tanımlanan bu cezalandırma şekilleri, bazı toplum ve kültürlerde istismar olarak algılanmamakta veya tanımlanmamaktadır. Fiziksel istismara uğramış çocuklar sosyal işlevsellik alanında yetersizlik ve yakın ilişki kurma güçlüğü yaşamakta, duygusal yoğunluğu az, öfke ve istismar davranışı içeren ilişkilerle dikkati çekmektedirler (96). Fiziksel istismar çocukta, yüksek anksiyeteye, düşük dürtü kontrolüne, kendine zarar verici davranışlar sergilemesine, saldırganlığa, suçluluk duygusuna, gelişim geriliklerine, içe çekilmeye ve depresyona neden olabilir (84, 97).

2.2.3.3.2 Cinsel istismar

Henüz psikoseksüel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az 2

yaş büyük bir aile bireyi tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yoluyla herhangi bir derecede cinsel kullanımına maruz kalmasıdır (94). Çocuk cinsel istismarına ilişkin tanımlamalar çocuk ile saldırgan arasındaki yaş farkı, saldırganın kullandığı yöntemler ve istismarın verdiği zarar üzerinde durularak çeşitlendirilmiştir (98) İki çocuk arasındaki cinsel aktivitelerde ise yaş farkı dört yaş ve üstü olduğunda, küçük olan çocuğun zorlama ya da ikna ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakılması durumunda da cinsel istismar olarak ele alınmaktadır (99). Baker ve Duncan'a göre "16 yaş altındaki bir çocuk, cinsel olarak olgunlaşmış bir kişinin, cinsel yönden uyarılmasına yol açacak bir aktivite için kullanıldığında" istismar edilmiş olmaktadır. Merry ve Andrews bu yaşı 15' in altı olarak almışlardır (100).

Fleming "razı olup olunmamasından bağımsız, 12 yaşından önce bir çocuğa, en az kendisinden beş yaş büyük biri tarafından cinsel tacizde bulunulması, 12-16 yaş arasında istemsiz ya da kişi için rahatsız edici cinsel temaslarda bulunulması" şeklinde cinsel istismar tanımını yapmıştır. Bu yaş grubunda istemli olduğu sürece ya da kişiyi rahatsız etmediği sürece taciz olarak kabul edilmemektedir (101). Finkelhor ve Hotling 1984'te cinsel istismarı, "partnerin yaşının önemi olmaksızın, bir otorite ilişkisinin bilinçsizce ya da kendi çıkarı için kullanılması sırasında güç, tehdit ya da yalan ile oluşan cinsel temas" olarak tanımlamışlardır. Finkelhor 1988'de bu tanımlamayı genişleterek, cinsel istismarı, "bir erişkin ve cinsel olarak olgunlaşmamış (cinsel olgunluk, fizyolojik olduğu kadar, sosyal olarak da tanımlanmaktadır) bir çocuk arasındaki, erişkinin cinsel arzularını yerine getirmek amacıyla gerçekleşen herhangi bir cinsel temas" şeklinde tanımlamıştır. Bu tanım, çocuk ile ebeveyni ya da bakım verenler arasındaki cinsel yaşantıları kapsamakta, bu tanım ayrıca çocukların pornografik ya da fuhuş gibi parasal amaçlı eylemlerde kullanılmalarını da içermektedir. Tanıma göre cinsel olmasına karşın, erişkine haz veren bir eylem değilse istismar tanımına dahil edilmemektedir(102, 103). Bifulco ve arkadaşları, 1991'de yaptıkları bir çalışmada, çocuk cinsel istismarını "gelişimini henüz tamamlamamış bağımlı durumdaki çocukların ve ergenlerin tam olarak kavrayamadıkları veya bilerek kabul etmelerinin düşünülmemeyeceği cinsel ilişkilere veya aile rollerine ilişkin sosyal tabulara zıt cinsel eylemlere karıştırılmaları" olarak tanımlamışlardır (104).

Cinsel istismar, çocuğun aile üyelerinden biri tarafından yapılıyorsa

"ensest" kavramı ortaya çıkmaktadır. Anne babadan biriyle, üvey babada dahil olmak üzere akrabalardan biriyle, ebeveyn rolünü üstlenen ve üvey baba yerine geçen biriyle enest ilişki söz konusu olabilir. Aile içi istismarda en sık rastlanan suçlu babadır. Ancak üvey babalar da istatistiksel olarak yüksek oranda suçlu bulunmuştur (105). Çocukluk cinsel istismarı riski, evlilik sorunları olan, aile içi çatışmaların sık olduğu, ana babalık görevlerini yerine getiremeyen, ebeveyn çocuk ilişkisinde bozukluk olan ve ebeveyn uyum sorunu olan ailelerde sıktır. Enestini yaşadığı bir aile evrensel olarak düzensiz ve işlevlerini yerine getiremeyen bir aile olarak tanımlanır. İstismarın olduğu tüm ailelerde her tip ebeveyn yapılanmasında belirgin bir güç dengesizliği vardır (103)

Cinsel istismar gizli bir şekilde meydana gelir ve duygusal olarak yıkımı çok yoğun olduğu için açığa çıkması ertelenmektedir. Bu nedenle çocuk istismarları arasında saptanması en zor olan ve çoğunlukla gizli kalan istismar tipidir. Cinsel istismar, en travmatik olan, en acı veren ve en az istatistik verilerine yansıyan istismar tipi olarak belirtilmiştir (106, 107). Cinsel istismar travmatik olay sırasında ve sonrasında birçok ruhsal soruna neden olabilir. Cinsel istismara bağlı anksiyete, dissosiasyon, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozuklukları, öfke, madde kötüye kullanımı, düşük özsaygı, intihar eğilimi, obsesyonlar ve somatizasyon bozuklukları ortaya çıkabilir (108).

Çocukluk çağı cinsel istismarları çoğu zaman hiç kimseye söylenmez. Gerçekler yetişkinliğe kadar çocuk tarafından saklanır. Çoğunlukla günahından dolayı cezalandırılacağı ya da terk edileceğine dair hislerle, utanç ve suçluluk duyguları ile bu şiddet saklanır. Ancak cinsel istismar sırasında çocuk fiziksel olarak zarar görmüşse ortaya çıkar (109).

2.2.3.3.3 Duygusal istismar

Ruhsal sağlığı tehlikeye sokacak şekilde, ağır sözel tehditler alma, alay edilme, ya da küçük düşürücü yorumlarda bulunulma, eleştirilme, aşağılanma olarak tanımlanmıştır. Reddedici ve düşmanca tavır alma, aşağılama, yalnız bırakma, korkutma, suça yöneltme, katı şekilde cezalandırma, yaratıcılığı kısıtlanacak derecede davranışlarını aşırı denetlenme ve diğer taciz türlerinin dışında kalan belirsiz istismar türleri de bu kapsamda ele alınabilir (6). Duygusal

istismara oldukça sık rastlanılmasına karşın tanımlanması ve fark edilmesi güçtür ve kanıtlanmasında zorluklar yaşanmaktadır (110).

Beş farklı ülkede yapılan bir çalışmada çocuğa bağırarak %75–80 oranında bulunup, en sık görülen duygusal istismar olduğu saptanmıştır (111). Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik, değersizlik duyguları, uyumsuzluk ve saldırgan davranışlarda bulunma sıktır (112).

Duygusal istismar çocuğun kişiliğinin ve başarısının yanı sıra fiziksel gelişimini de olumsuz etkileyebilmekte davranışsal sorunlara neden olabilmektedir. Bu durum çocuklarda pasif kişilik özelliklerine, antisosyal davranışlara, değersizlik duygularına, uyum sorunlarına neden olabilir(111,112,113). Çoğu fiziksel istismar olgusuna eşlik eden duygusal istismar, fiziksel belirtiler iyileştikten çok sonra, hatta hayat boyu etkisini sürdürür. Çocuğun bağlanma sürecini ve duygusal gelişimini olumsuz etkiler. Çocuğun ilerleyen süreçte uygun duygusal cevaplar geliştirme kapasitesini bozabilir. Duygusal istismar tek başına var olduğu gibi fiziksel ve cinsel istismarın hasarı ortadan kalktığında bile devam edebilir. Fiziksel istismar ve ihmal vakalarının %90'ında duygusal ihmal ve istismarın olduğu saptanmıştır (91).

2.2.3.3.4 Çocuğun ihmali

18 yaşından küçük bir çocuğun beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi bakım gibi fiziksel bakımının ya da sevgi, destek, ilgi, duygusallık, terbiye, bağlanma gibi duygusal bakımının yapılmamasıdır (6). İhmal, ailenin çocuğun büyümesi için ihtiyacı olan güvenilir ve sağlıklı ortamı sağlamaması ve çocuğu tehlikelere karşı korumamasıdır. Anne ve babanın çocuğu ile konuşmaması veya sorularını yanıtlamaması, çok uzun süre çocuğu yalnız bırakması, yeterince yemek vermemesi ve bakımını sağlamama gibi davranışları kapsar (92).

Fiziksel ihmal

Çocuğa gerekli sağlık hizmetlerinin verilmemesi ya da geciktirilmesi, çocuğun yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, kaçan çocuğun eve kabul edilmemesi, beslenme, giyim ve hijyenik ihtiyaçlarının karşılanmaması,

zarar verici ve toksik maddelerden korumak için yeterli önlem alınmaması gibi pek çok durum fiziksel ihmal olarak kabul edilir (6).

Duygusal ihmal

Çocuğun psikolojik ihtiyaçlarına yanıt vermeme, duygusal olarak ilgilenmeme, yeterli sevgi ve şefkat göstermeme, sosyal gelişimi için yeterli desteği sağlamama, sosyal kuralları öğretmeme olarak tanımlanır (6).

İhmal ve istismarı ayıran en temel nokta ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir davranış şekli olmasıdır. İhmal, özellikle büyüme ve gelişme geriliği olan psiko-sosyal uyum güçlüğü çeken, eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda akla gelmelidir (114).

Her çocuğun yaşı ve gelişimi ile uyumlu eğitim alma hakkı vardır ve bunun ihlali, eğitimsel ihmal olarak kabul edilir. Okula göndermeme, çocuğun sürekli okuldan kaçmasına göz yumma, denetlememe, çocuğun özel eğitim gereksinimi varsa bunun karşılanmaması, bu duruma örnek olabilir (64).

Fiziksel istismar ve ihmal olgularının %90'ında duygusal istismar ve ihmal olduğu saptanmıştır (115). İhmal edilmiş çocukların fiziksel ve duygusal gelişimleri ağır bir şekilde bozulmuştur, fiziksel olarak küçük olabilirler ve uygun olarak sosyal iletişime giremeyebilirler. Davranışsal olarak kronik ihmal edilmiş çocuklar kimseyi ayırt etmeden, yabancılara bile çok sevgi gösterebilir veya tanıdık ortamlarda bile sosyal olarak cevapsız olabilirler (90).

2.2.3.4 Travma epidemiyolojisi

Çocukluk çağı istismarının yaygınlığı ile ilgili olarak tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. Bu konuda yapılmış olan istatistiksel çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Bu farklılık, istismar kavramının tanımlanmasından, farklı örnek grupları kullanılmasından, bölgesel farklılıklardan ve sosyal stigmatizasyondan kaynaklanmaktadır (273). Değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda, fiziksel istismar sıklığı %0.45–64 gibi çok geniş aralıkta bildirilmiştir(111). ABD' de Çocuk İstismarını Önleme Komitesi'nin verilerine göre 1997 yılında toplam 3,7 milyon çocuk istismarı olgusu işleme konmuş ve gerçekliği kesin delillerle ortaya konulan yaklaşık bir milyon olgu tespit edilmiştir. Bu, her 1000 çocuktan 15'inin gerçekliği tespit edilen istismar yaşantılarına maruz kaldığını göstermektedir. Kesinlik kazanan olgular

incelendiğinde en sık görülen örseleyici yaşantının %54 ile ihmal olduğu, fiziksel istismarın %22, cinsel istismarın %8 ve duygusal istismarın %4 ile bunu takip ettiği belirtilmektedir (116).

ABD’de her yıl 1200-1500 çocuğun kendi ailesi ya da bakım verenlerinin istismarı sonucu öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin %52’sinden fiziksel istismar, %42’sinden ihmal ve %5’inden ise her ikisi sorumludur. Ayrıca fiziksel istismar nedeniyle kalıcı sakatlıklar meydana gelebilmektedir (117).

Ülkemizde kesinleşen istismar olgularının sıklığı ve dağılımı ile ilgili resmi bir veri yoktur. Çocukluk çağında istismar ve ihmal yaşantılarının yaygınlığına ilişkin toplumsal tarama çalışmalarının da sayısı azdır. Ankara ve Adana illerinde toplum örneklemleri ile yapılan bir çalışma ile fiziksel istismar araştırılmış ve Ankara için %46.4, Adana için %61,5 oranında fiziksel istismar bildirilmiştir (118). Çoğu ülkede, erkekler fiziksel istismar, kızlar ise cinsel istismar, ihmal ve fuhuş için daha büyük risk taşırlar.

Çocuklukta cinsel istismara maruz kalma sıklığı %10–40 olarak bildirilmektedir (119, 120). Kız çocuklarında risk 10 kat fazladır. İstismar genellikle çocukluk ve ergenlikte başlar zamanla tekrarlayarak devam eder (121). Çoğu olguda saldırgan önceden tanınan ve güvenilen biridir. Ebeveyn tarafından cinsel istismar oranı ise %1-2 olarak tahmin edilmektedir (119). Green ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada erişkin kadınların 1/5 ile 2/5’inin ve erişkin erkeklerin yaklaşık 1/10’unun çocukluklarında cinsel istismara uğradıkları, kurbanların %71’inin kız, %29’unun erkek olduğu, kurbanların yaklaşık yarısında yineleyici cinsel istismar olduğu, istismara maruz kalanlardan %9’unun birden fazla kişi tarafından istismar edildiği, aile içi istismar olan çocukların %20’sinin aileleri dışında başkalarınınca da istismar edildiği tespit edilmiş; cinsel istismar prevalansının, kızlarda %10–25, erkeklerde %2–10 arasında değişmekte olduğu ortaya konmuştur (122).

Brown ve arkadaşları tarafından 1975 yılından itibaren, 5 yaşından 22 yaşına kadar 776 kişi izlenmiş, olguların 639’unun fiziksel ve /veya cinsel istismara maruz kaldıkları tespit edilmiştir (123). Johnson ve arkadaşları tarafından New York’ta 639 kişi ile yapılan epidemiyolojik çalışmada, çocukluk çağında genel istismar oranı %12 olarak bulunurken, %6.9 oranında fiziksel istismar, %3.4 oranında cinsel istismar, %6.1 oranında da ihmal tespit edilmiştir(15).

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ikinci basamak ayaktan tedavi polikliniğine başvuran 125 kadın hasta ile yapılan bir çalışmada, genel çocukluk çağı istismar oranı %33 saptanmış, bunların %20.2'sinin fiziksel, %18.5'inin cinsel, %36.3'ünün duygusal istismara uğradığı tespit edilmiştir (80).

Dünyada cinsel istismar suçlarının sadece %20'sinin bildirildiği ve mağdurların 3/4 'ünün maruz kaldıkları olayı açıklamadığı göz önüne alınacak olursa, toplumlarda istismarın yaygınlığı hakkındaki sayıların, bildirilenlerin çok üstünde olduğu muhtemeldir (124).

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne ilk defa başvuran 150 ardışık kadın hasta ile yapılan bir çalışmada duygusal ihmal %24,7, cinsel istismar %22, duygusal istismar %18,7, fiziksel ihmal %17,3, fiziksel istismar %15,3, ensest %13,3, ensest dışı cinsel istismar %11,3, travma bildirmeyenlerin oranı %59,3, en az bir travma bildirenlerin oranı %43,2 olarak bulunmuştur (125).

Kessler ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların %51,1'i, erkeklerin ise %60,7'sinin en az bir travmatik olaya maruz kaldıkları gösterilmiştir. Psikiyatrik tedavi için başvuran kişilerde çocukluk çağı travma öyküsü %29 saptanırken bu oran normal popülasyonda %5 olarak saptanmıştır(126).

İstanbul'da yapılan bir araştırmada lise öğrencilerinde çocukluk çağı ihmali %16.5, üniversite öğrencilerinde %8, ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında %33.3, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında %33.2; fiziksel istismar ise lise öğrencilerinde %13.5, üniversite öğrencilerinde %11.8, ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında %30, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında %35.5 olarak bulunmuştur (6).

İstanbul'da yapılan 16 yaş öncesi cinsel tacizin araştırıldığı bir çalışmada aile bireyleri tarafından cinsel istismar üniversite öğrencilerinde %4.6, lise öğrencilerinde %4.5, ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında %8.7, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında %10.2 olarak bulunmuştur. Ensest dışındaki cinsel istismarlar eklendiğinde bu rakamlar üniversite öğrencilerinde %10, lise öğrencilerinde %10.7, ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında %16, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında %21.1 olarak bulunmuştur (6).

2.2.3.5 Çocuk ihmali ve istismarının risk faktörleri

Çocuk istismarı ve ihmaline neden olan birçok etken vardır. Aileden, çocuktan ve sosyal çevreden kaynaklanan bazı özellikler istismar riskini artırır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre çocuk istismarı risk faktörleri ailesel, toplumsal ve kişisel olarak sınıflandırılmaktadır (127, 128).

2.2.3.5.1 Toplumsal faktörler

Çocuğun değerinin azalması(azınlık, engellilik, cinsiyet), sosyal eşitsizlikler, organize şiddet(savaşlar, kavgalar), toplumda şiddete hoşgörüle bakılması, medya şiddeti, kültürel normlardır (127, 128). Sosyal olarak yalıtılmak, bir destek sisteminin yoksunluğu, ebeveynde madde kötüye kullanımı olması, çocukların istismar ve ihmal edilme davranışı ile karşılaşma ihtimalini artırır. Aşırı kalabalık veya fakirlik gibi stresli yaşam koşulları saldırgan davranışları ve çocuklara karşı fiziksel istismarı artırabilir (66, 90).

2.2.3.5.2 Ailesel faktörler

Geniş aile, düşük sosyoekonomik durum, sosyal izolasyon, yüksek stres düzeyleri ve aile içi şiddettir (127, 128).

İstismar eden ebeveynler, sıklıkla kendileri saldırganlığın güçlü tetikleyicileri olan fiziksel ve cinsel istismarın, acı ve şiddet dolu ev yaşamlarının kurbanlarıdır. Dolayısı ile istismar eden ailelerde büyümüş ebeveynler, istismar geleneğini, kendi çocuklarında sürdürebilirler. Bazı vakalarda, erişkinler, kendi yöntemlerinin disiplini öğretmek için, uygun yollar olduğuna inanabilir. Diğer vakalarda ise, ebeveynler kendi istismar davranışı ile ilgili olarak karşı duygular içerirler ancak nasıl davranacaklarını bilemediklerinden, kendilerini ebeveynlerinin davranışlarını sergilerken bulurlar (90). Aşırı kalabalık veya fakirlik gibi stresli yaşam koşulları saldırgan davranışları ve çocuklara karşı fiziksel istismarı artırabilir. Sosyal olarak yalıtılmak, bir destek sisteminin yokluğu, ebeveynde madde kötüye kullanımının olması çocukların istismar ve ihmal davranışlarıyla karşılaşma ihtimalini artırır. Ruhsal bozukluklar, özellikle ebeveynin yargılama ve düşünce süreçlerinde bozukluk

varsa, çocuk istismarı ve ihmaliinde rol oynayabilir. İstismar eden ebeveynlerin çocuklarından uygunsuz beklentileri vardır, bağımlılık gereksinimleri tersine dönmüştür. Ebeveynler, istismar edilen çocuğa çocuk sanki kendilerinden büyükmüş gibi davranmaktadırlar. Ebeveyn, çocuktan güven, bakım, huzur, koruma ve sevgi beklemektedir. Bu ebeveynlerin %90'ı kendi anne ve babaları tarafından ağır derecede istismar edilmişlerdir (66, 90).

2.2.3.5.3 Kişisel faktörler

Anne-babaya ilişkin etkenler; genç yaş, yalnız anne-baba, istenmeyen gebelik, deneyimsiz anne-baba, erken yaşta şiddete maruziyet, madde kullanımı, yetersiz doğum öncesi bakım, fiziksel ya da ruhsal hastalıktır.

Çocuğa ilişkin etkenler; cinsiyet, prematürite, istenmeyen çocuk, engellilik, düşük zekâdır (127). İstismara uğrayan çocuklar çoğunlukla istenmeyen gebeliklerden doğan, anne-babanın istediği cinsten veya kişilikte olmayan, annesinin sık aralıklarla gebe kaldığı çocuklardır. Maddi bunalımlar, anne-babanın duygusal sorunları, evlilik sorunları çocuğa karşı davranışı etkileyebilir (128). Araştırmalar da çocuklukta şiddet görenlerin, cinsel ve fiziksel istismara uğrayanların daha sonraları başkalarına şiddet uygulamaları, fiziksel ve cinsel istismarda bulunmaları arasında bir bağlantının bulunduğunu, saldırgan suçluların kendi çocukluklarında fiziksel istismara daha çok uğramış olduklarını öne sürmektedirler (66).

Çocuğun belli özellikleri, ihmal edilmeye ve istismara yatkınlığı artırabilir. Prematürite, zeka geriliği veya bedensel yeti yitimi olan çocuklar ve zor çocuk diye bilinen ağlayan veya aşırı talepkar çocuklar istismar açısından risktedir. İstismar edilen çocukların büyük bir kısmı ebeveynleri tarafından farklı, gelişimi yavaş, kötü, bencil ve disipline edilmesi zor olarak algılanırlar. Hiperaktif olan çocuklar, özellikle ebeveynlerinin bakım becerileri kısıtlı ise, istismar açısından risk altındadırlar (90).

2.2.3.6 Çocuğa yönelik şiddetin etkileri

Çocuğun sosyal çevresine uyumunda anne ve babanın önemi büyüktür. Çocuk kendini ifade etmeyi, kişilik gelişimindeki özdeşimi, kendini yöneten bir

birey olmayı anne ve babasından öğrenir. Aile içindeki olumsuzluklar çocuğun gelişim sürecine zarar verir (129).

Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu'na göre, aile içinde çocuğa yönelik şiddetin etkileri üç grupta toplanmıştır:

-Fiziksel sonuçları: Karın ve göğüs yaralanmaları, beyin hasarları, vücutta izler, yanıklar, sakatlıklar.

-Cinsel sonuçları: Üreme sorunları, cinsel fonksiyon bozuklukları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelik.

-Psikolojik sonuçları: Alkol ve madde kötüye kullanımı, bilişsel bozukluklar, suç ve şiddet davranışı, depresyon, anksiyete, gelişimsel gecikmeler, yeme ve uyku bozuklukları, utanma ve suçluluk duyguları, hiperaktivite, sosyal uyum sorunları, düşük okul performansı, düşük benlik algısı, post travmatik stres bozukluğu, psikosomatik bozukluklar, kendine zarar verme ve intihar davranışlarıdır (129).

İstismara maruz kalan çocuklarda kısa dönemde alt ıslama, parmak emme ve benzer regresif belirtiler, uzun dönemde ise öfke, saldırganlık, kendi çocuklarına yönelik örseleyici davranışlar ve antisosyal davranış gözlemlenebilir(128).

2.2.3.7 Aile içi şiddet

Çocuklar aile içi şiddete ya kendileri doğrudan maruz kalmakta ya da aile içinde ortaya çıkan şiddete tanık olmaktadır. Aile içi şiddet uygulayanların büyük bir kısmı şiddete tanık olan çocuklar arasından çıkar (130).

Aile içi şiddete tanık olan çocuklar, saldırganla özdeşim kurabilirler ve diğer istismar ve ihmale maruz kalmış çocuklarla benzer davranış özellikleri gösterirler. Çocuklar şiddete tanık olduklarında şiddetin bir problem çözme yöntemi olduğunu ve diğer insanları kontrol etmenin bir yolu olduğunu öğrenmeye başlarlar (131).

2.2.3.8 İstismar ve ihmale maruz kalmış çocuklarda psikopatoloji

Fiziksel istismara uğramış çocuklarda uyku bozuklukları, fobik davranış, psikosomatik şikayetler, anksiyete bozuklukları sık görülür. Depresyon, kendine

zarar verici davranışlar, intihar girişimleri, kuşku ve güven sorunları gözlenebilir(132). Bu çocuklar ilişkilerinde öfkeyi ve saldırgan davranışları sık kullanırlar (93).

Cinsel istismara uğramış çocuklarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklar; post travmatik stres bozukluğu, karşı gelme bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur (133). Cinsel istismar, çocuğun psiko-seksüel gelişim sürecini olumsuz etkileyebilir ve cinsiyet özdeşimi ile ilgili sorunlar yaşanabilir (132). Devam eden cinsel istismara çekingencilik, pasiflik veya cinselliğe aşırı yönelim şeklinde uyum tepkileri verilebilir. Bu süreç çocuğun aile ve toplum ilişkilerinde sorunlar yaşamasına neden olabilir (130).

Duygusal istismara ve ihmale uğramış çocuklarda; enkoprezis, enürezis, yalan söyleme ve çalma davranışı, aşırı bağımlılık, duygusal tepkilerde azalma, güven sorunları, intihar davranışı görülebilir. İhmale maruz kalmış çocuklarda gelişimsel gerilikler, konuşmada gecikme, sosyal ilişki kurma güçlükleri görülebilir (132).

Çocukluk döneminde özellikle fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmanın veya tanıklık etmenin erişkin yaşamda şiddete maruz kalma riskini artırdığı bilinmektedir. Rosenberg ve arkadaşlarının 2007'de şizofreni tanısı olan 569 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada çocukluk çağında olumsuz yaşam olaylarının sıklığının normal popülasyondan fazla olduğu görülmüştür (134).

Şiddet mağduru olan psikiyatrik hastalar maruz kaldıkları şiddetle orantılı olarak daha ağır semptomatolojiyle tedaviye başvururlar. Livingstone'un yatarak tedaviye başvuran 6-12 yaşlarındaki 100 çocukla yaptığı çalışmasında, cinsel şiddete maruz kalanların %77'si psikotik bozukluk tanısı alırken şiddete maruz kalmayanlarda bu oran %10 bulunmuştur (135, 136).

2.3 AGRESYON

Literatürde 250'den fazla tanımı olan agresyon genel olarak kızgınlık, öfke, nefret dolu, tahrip edici davranış olarak tanımlanır (137, 138). Saldırganlık davranışı, psikiyatride ayrı bir klinik tanı olarak değerlendirilmemekle birlikte psikiyatrik bozuklukların büyük çoğunluğunda yaygın bir semptom olarak ortaya

çıkılmaktadır. Davranışçı yaklaşıma göre agresyon, başkalarına zarar verebilecek davranış olarak tanımlanır . Sosyal psikolojik açıdan ise agresyon yaygın olarak kabul edilen toplumsal kurallara aykırı davranış olarak tanımlanır.

Agresyon farklı şekillerde ifade edilebilen, basit agresif davranışlardan ciddi ağır formlara uzanabilen bir spektrumda değerlendirilir (137). Klinik önemine karşın agresyon az araştırılmış bir konudur. Bugün agresyon ve şiddet davranışı halk sağlığı ve ceza hukuku sistemi için büyük bir problemdir. Şiddet ve agresyonla neyin kastedildiği tam olarak net değildir. Bu kavramların tanımı ile ilgili uzlaşma sağlanamamıştır. Agresyon çeşitli klinik durumlarda ortaya çıkar ve daha dalgalı bir seyir gösterir. Şiddetin tanımı ise sadece fiziksel saldırganlıktan, fiziksel ve sözel saldırganlığın bir arada bulunmasına ve belirgin fiziksel yaralanmaya neden olacak düzeyde fiziksel saldırganlığa kadar değişiklik gösterir (139).

2.3.1 Tanım

Saldırı ve şiddet olayı halk sağlığı, psikiyatri ve adli tıp açısından önemli bir konu olup, ilgili yayınlarda şiddet basit sözel bir saldırganlıktan fiziksel, kalıcı olarak zarar verici ve hatta yok edici olmak üzere geniş bir yelpazede görülebilen karmaşık bir davranış biçimidir (140).

Agresyon (Saldırganlık): Bedensel ve ruhsal açıdan başkalarına zarar vermek amacıyla, kızgınlık, öfke ve nefret dolu yıkıcı davranış.

Hostil (Düşmanca) saldırganlık: Kişinin aşağılandığını ve kasıtlı bir şekilde tahrik edildiğini algıladığı durumlara karşı gösterdiği tepki.

Şiddet (Violence): Bir kişi ya da grubun başkalarına karşı fiziksel olarak zarar vermesi. Patlayıcı olması ve yaralama, yok etme amacını gütmesi nedeniyle saldırganlık eyleminin uç noktasıdır.

Saldırganlığın içgüdüsel bir davranış olduğunu öne süren Konrad Lorenz'e göre saldırganlık esas olarak dış uyaranlara karşı bir tepki değil insanın içinde gömülü, serbest kalmaya çabalayan ve dış dürtülerin yetersiz olup olmamasına bakmaksızın anlatımını bulacak olan bir uyarıdır (141).

Bu alandaki metodolojik problemler şiddet ve agresyonun tanımındaki ortaklık yokluğundan olmaktadır. Değişik durumlar karşısındaki şiddetin değerlendirmesinde tek bir altın standart aracın olmayışıyla, bu terimlerin

tanımlanmasında olduğu gibi agresyon ve şiddetin değerlendirme ve ölçülmesi ruh sağlığı profesyonelleri için çözülmesi gereken bir sorundur (139).

Öfke : Hankins'in belirttiğine göre öfke, kişinin belirli bir saldırı, eleştiri ya da engel karşısında yaşadığı, içsel ve evrensel bir duygudur. İfade edilişi kişiden kişiye değişmektedir. İfade edilişindeki farklılıklar nedeniyle, kişiyi daha fazla saldırı ve eleştiriye açık bir hale getirebilmektedir. Öfke, hafif bir tepkiden hiddete varan farklı yoğunluklarda yaşanabilmektedir. Öfke bazen kısa süreli, orta yoğunlukta ve hatta bu düzeyde iken yararlı olabildiği gibi; bazen de sürekli, şiddetli ve yıkıcı da olabilir (142, 143).

Öfke, saldırganlık ve şiddetin altında yatan önemli etkenlerdendir. Kontrol edilemeyen ve yıkıcı bir biçimde davranışlara yansiyarak saldırgan ve son derece tahrip edici tepkilere dönüşme potansiyeline sahiptir. Günümüzde, öfkenin zararlı etkileri ve saldırganlık gibi sosyal ve klinik içerikli problemlerin anlaşılması ve önlenmesindeki rolü kabul edilmiştir. Ev içi şiddet olgularında, çocuk taciz ve istismarlarında, terör olaylarında, sokak kavgalarında ve trafikte sağlıklı olarak ifade edilemeyen öfke duygularının etkisi görülmektedir (144).

2.3.2 Kuramsal açıklama

Şiddet ve agresyonun kökeni ve nedenleri hakkında birçok kuram geliştirilmiştir. Sosyal öğrenme, psikanalitik ve biyolojik kuramlar bunlar arasındadır. Şiddet ve agresyonun karmaşık doğası yapılan değerlendirmelerde eklektik bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır (145).

Psikoanalitik yaklaşım: Freud, saldırganlığı ve şiddeti, doğuştan gelen içgüdüsel bir eğilim olarak açıklamaktadır. Freud'a göre içgüdüler, zihin üzerinde somatik ve biyolojik talepleri temsil etmekte, yaşam içgüdüsü ve ölüm içgüdüsü olmak üzere iki kategoride toplanmaktadır. Ölüm içgüdüsü, dışa yöneltilmişse kendinden çok başkalarını yıkıma uğratma eğilimleriyle ve saldırgan davranışlarla açıklanabilmektedir. Ölüm içgüdüsünü organizma kendisine yönelttiği zaman, kişinin intihar etmesine neden olabilmektedir. Kısacası Freud'a göre saldırganlık, insanın kendisine dönük yıkıcı eğilimlerini dış dünyadaki objelere yöneltmesi olarak tanımlanabilir (146).

Bir diğer bakış açısı da saldırganlığın yer değiştirme savunma mekanizması olarak ortaya çıktığını vurgulamaktadır. Birey engellenme

durumuyla karşılaştığında, bir takım olumsuz sonuçlarından dolayı engellemeye neden olan kişiye karşı öfkesini yansıtamaz. Böylece psikoanalitik yaklaşımda, çocuğun saldırganlığının nesnesi, çoğunlukla gerçek nesne değil gerçek nesnenin yerine geçen simgesel bir nesne olabilir.

Engellenme-saldırganlık hipotezi: Engellenme-saldırganlık hipotezi, saldırganlığın doğuştan gelen bir dürtü ya da içgüdü olduğu fikrini reddederek, saldırganlığın engellenmeden kaynaklanan bir dürtü olduğu fikrini ileri sürmektedir. Bu kuram, kişinin bir hedefe ulaşmak için sergilediği çabaların engellenmesinin, engellemeyi yapan şahıs ya da nesneye zarar vermeye yönelik davranışı güdüleyen saldırgan bir dürtü yarattığını varsaymaktadır. Saldırganlığın dışa vurumu, bu dürtüyü azaltmaktadır. Bu hipotez; öfkeli bir kişinin, bu öfkesini ifade etmesine fırsat verilmesi durumunda, daha sonraları daha düşük düzeyde saldırganlık göstereceğini söyler. Saldırganlık, engellenme karşısında gösterilen baskın davranıştır, ancak bu davranış geçmişte cezalandırılmışsa, başka davranış şekilleri de ortaya çıkabilmektedir (147).

Sosyal öğrenme kuramı: Sosyal öğrenme kuramı, saldırgan davranışın nasıl geliştiğini, insanları saldırganca davranmaya neyin kışkırttığını ve onlar bir kez saldırganca davrandıktan sonra bu davranışları devam ettiren şeyin ne olduğunu açıklamaya çalışmıştır. Bu kuram engellenme hipotezinin tersine, engellenme sonrası bireylerde davranış farklılıklarının olabileceğini belirtmektedir. Bireye dışarıdan gelen duygusal uyarıcılar sonucu ortaya çıkan davranışlar, stres verici durumla baş etmek amacıyla öğrenilmiştir (139).

Etolojik açıdan agresyon iki başlık altında toplanabilir: (148).

-Avcı agresyonu: Beslenme amacıyla başka türdeki canlılara saldırma. Bu agresyon tipinde kurbanın baş ve boyun bölgesine saldırılır ve yüksek sempatik aktivite oluşmaz.

-Affektif agresyon: Tür içi mücadelede görülen, gösteri amaçlı olan ve yüksek sempatik aktivitenin eşlik ettiği agresyon türüdür. Hiyerarşideki yeri belirler ve belli bir yaşama alanına dağılmayı sağlar.

Agresif dürtüler; doğrudan, dolaylı ve saklı, pasif ya da bireyin kendine dönük olabilir. Savaşta hücum kalkma ya da spor karşılaşmalarındaki çekişme doğrudan ifadeye; şakalar ya da ebeveynin aşırı koruyucu kollayıcı tutumu dolaylı-saklı ifadeye; engelleyici geciktirmeler pasif ifadeye; bazı intihar girişimleri ya da kişinin kendine zarar verici eylemleri ise selfe dönük agresif

dürtü ifadesine örnek gösterilebilir. Agresif dürtülerin ve egonun, adaptif ya da defansif işlevleri çatışma içindeyken, ego fonksiyonlarının agresif dürtülerin uyum içinde ve çatışmadan bağımsız ifade edilebilmesine izin verdiği hem normal hem de patolojik şekillenmeler olabilir. Agresif dürtülerin dışavurumu düşmanca olmayan, self asertif ve self koruyucu ustalıktan öfke ve içerlemeye, ve hatta ağır canice şiddete kadar varan bir spektruma uzanabilir (149).

İnsan agresyonu genel olarak iki kategoride incelenir:

-Düşmanca agresyon: Agresif eylemin kurbanı acı çektirmeyi amaçladığı durumu tanımlar. Cinayetlerde kullanılan korkunç teknikler ve işkenceler buna örnek olarak gösterilebilir.

-Araçsal agresyon: Daha çok psikopatlar da gözlenir ve kurbanı acı çektirmekten çok para, şöhret, toplum tarafından kabul edilme ya da başka zararlı amaçları gerçekleştirmek için kullanılır. Soygun sırasında ortaya çıkabilen agresyon buna örnek olarak gösterilebilir (150).

Barrat'ın impulsiviteyi temel alarak yaptığı tanımlamaya göre; impulsif agresyonda davranışsal kontrol kaybolur ve plan yapılmaz. İmpulsif olmayan ise bilinçli ve planlıdır, araçsal agresyona benzer (151).

Biyolojik temelleri açısından bakıldığında, insanda saldırganlıkla ilgili beyin alanları amigdala, temporal lob ve limbik sistemdir. Dürtüsel eylemlerin kontrolünde ve inhibisyonunda orbitomedial prefrontal korteks rol alır. Bu alanın lezyonları dizinhibe, saldırgan ve intihara yönelik davranışları ortaya çıkarır. Agresyon konusundaki bilgi birikimi limbik sistemin özellikle temporal lobdaki iki limbik yapının (amigdala ve hipokampusun) işlev bozukluğuna işaret eder (152). Baskın hemisfer frontal ve temporal lob anormalliklerinin şiddetle yakın ilgisinin olduğuna ilişkin bulgular vardır (153).

Şiddet ve intihar arasında nörobiyolojik açıdan ortak noktalar saptandığı belirtilmektedir (145). Genetik etkenlerin dürtüsellik, agresyon gibi kişilik özelliklerinin oluşumunda rol oynayarak intihar davranışına sebep olabilecekleri düşünülmektedir (154).

2.3.3 Epidemiyoloji

Swanson ve arkadaşlarının 1990 yılında yaptıkları çalışmada ruhsal hastalığı olan kişilerde, olmayanlara kıyasla saldırganlık hızının dört kat daha

fazla olduğunu, madde kötüye kullanımı olanlarda ise 14 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca saldırganlık gösteren bireylerin yarısından fazlası ruhsal hastalık tanısı (madde kötüye kullanımı dâhil) almıştır. Buna karşın, saldırgan davranışı olmayanlarda ruhsal hastalık görülme hızı %20 civarındadır (155).

Araştırmaların çoğunda ruhsal hastalık ile şiddet arasında orta derecede bir ilişki bulunmuştur. Şiddet ile ruhsal hastalık arasındaki ilişkiye yakından bakıldığında ruhsal tanılara göre bu ilişkinin ciddi ölçüde değiştiği görülmektedir. En yüksek şiddet oranları madde kötüye kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerde bildirilmektedir (140). Mental bozukluklarda görülen homisidin sıklığı ile ilişkili olarak Simpson ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmaya göre mental bozukluklardaki homisid, tüm homisidlerin %8.7'sini teşkil etmektedir (156).

2.3.4. Etiyolojik Risk Faktörleri

Agresyon açısından genç yaş, düşük sosyoekonomik durum, düşük zekâ düzeyi, geçirilmiş kafa travması ve temporal lop epilepsisi tanısı, psikopatik kişilik, dürtüsellik ve düşük öfke kontrolü (157) ebeveynlerde ağır psikopatoloji, çocuklukta istismar edilme, aile içi şiddet ve şiddete tanık olma, düşük eğitim düzeyi, sürekli bir yerleşim yerinin olmaması ve işsizlik riski artırır (158).Geçmişte şiddet içeren davranışın oluşu gelecekteki şiddetin en iyi habercisidir.

Genetik risk faktörü açısından, Coccaro ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada,doğrudan fiziksel saldırganlık gösterenlerde genetik geçişin %47, dolaylı fiziksel saldırganlıkta %40, sözel saldırganlıkta %28 olduğunu bildirilmiştir (159). Aile içinde şiddete maruz kalan çocukların saldırganlık düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (160).

Psikiyatrik tanı alanlarda saldırganlık riski almayanlardan 3-5 kat daha fazladır. Majör psikotik veya affektif hastalığı olanların yaklaşık %11- 13' ünün bir önceki yılda saldırgan bir davranış sergiledikleri gösterilmiştir. Çoğul tanı ve eşanlı madde kötüye kullanımı riski artırır. Aktif psikotik belirtiler varlığı algılanan tehdit ve kendi kontrolünün azalmasının üstüste binmesi ile ilgili belirtiler agresif davranışla ilişkilidir. Alkol kötüye kullanımında veya

bağımlılarında saldırganlık prevalansı 12 kat, madde bağımlılarında ise 16 kat daha fazladır. Eş tanılı madde bağımlılığı majör ruhsal hastalığı olan kişilerin riskini arttırmaktadır (158) . Birçok psikiyatrik bozuklukta görülebilen saldırgan davranış, antisosyal kişilik bozukluğu (AKB) olgularında genel bir davranış örüntüsüdür (161). AKB olgularının saldırgan davranışlarını başkalarına olduğu kadar kendilerine de yönlendirdiği ileri sürülmüş ve saldırganlık ile kendine zarar verme davranışının ilişkili olduğu bildirilmiştir (162).

2.3.5 Buss-Durkee'ye göre agresyon alt tipleri

-Fiziksel agresyon: Fiziksel agresyonda bulunma, dürtülerini kontrol edemeyenlerde daha yüksektir. Sadist ya da antisosyal kişilik özellikleri, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilişkili olabilir. Bu kişiler genellikle saldırganca davranışlarını açıklamak için başkalarının kışkırttığını iddia ederler.

-Sözel agresyon: Kavgacı ve düşmanca konuşmaları içerir. Tartışmaya yatkın olduğunu gösterir. Panik bozukluğu, fobiler, ayrılma anksiyetesi, davranış bozukluğu olan çocuklar, bazı nörolojik bozukluklar ile sık birliktelik gösterir. Antisosyal bireylerde ve alkol kullanım bozukluklarında fiziksel agresyon düzeyi arttıkça sözel agresyon da artar. Düşük düzeyde sözel agresyon daha çok çekingen kişiliklerde görülür.

-Öfke: Uyarılma ve kontrol duygusuna karşı öfkelenme özelliklerini içerir. Davranış bozukluğu olan çocuklar ve antisosyal, borderline, alkol-madde kullanım bozukluğu, pasif-agresif yetişkinlerde sık görülür.

-Düşmanlık: Düşmanlık sosyal uyumsuzluğu ve ağır psikopatolojik ve hatta fiziksel bozuklukları içerir. Küskünlük, sosyal yabancılaşma ve paranoya gibi davranışları temsil eder. Sosyal izolasyon halinde bulunan, başkalarının gereksinimlerini dikkate almayan, distimik bireylerde yüksek düzeydedir. Bulunduğu sosyal ortamdan memnun ve histrionik kişilerde daha az görülür.

-Dolaylı agresyon: Bireyin doğrudan yüzleşmeden kaçınma durumlarında öfkelenme eğilimini gösterir. Yaşamının bazı alanlarında kronik hayal kırıklığı yaşayan bireylerde, antisosyal ve alkol-madde kullanım bozukluklarında daha sık görülür. Sorun çözümünde doğrudan yüzleşme yapabilenlerde ise daha az görülür (163).

2.4. ŞİZOFRENİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Aile içinde çocuğa yönelik şiddet, çocukta fiziksel yaralanmalara yol açmasının yanı sıra bilişsel, davranışsal, sosyal ve duygusal işlevler üzerinde de olumsuz etkiler yaratmakta ve genetik hastalıklardan çok daha olumsuz ve riskli bir durum ortaya çıkarmaktadır (164).

Çocukluk çağı travması öyküsünün şizofreniye yatkınlığı, hastalık semptomları ve hastalık seyri üzerine etkisi olduğu ile ilgili çok sayıda çalışma yayınlanmıştır. Psikotik hastalığı olan insanların önemli bir kısmı çocukluklarında travmatik deneyimlerinin olduğunu ifade etmişlerdir. Çocukluk çağı travmasının yüksek oranda bulunması nedeni ile çocukluk travmalarının psikoz nedeni olabileceği öne sürülmüştür (165, 166, 167, 168). Bebbington ve arkadaşlarının 8580 yetişkin ile yaptıkları İngiltere toplum tarama çalışması sonucunda, hayatlarının erken dönemlerinde kötü bir travma ile karşılaşmanın gelecekte psikoza yatkınlığı arttırdığı belirtilmiştir (17).

Çocukluk çağı travması ile psikotik hastalıklar arasındaki ilişki tam anlaşılamamış olmakla birlikte psikozla çocukluk çağı travması arasındaki ilişkinin araştırıldığı 46 çalışmanın gözden geçirilmesi sonucunda, psikotik hastalarda çocukluk çağı travma prevalansı %28-85 (cinsel % 13-85, fiziksel %10-76) arasında bulunmuştur; bu oran panik bozukluğunda %26, anksiyete bozukluğunda %30, major depresyonda ise %42 olarak belirtilmiştir (168, 169, 170).

Ulusal komorbidite Araştırması'nın (National Comorbidity Survey) bulgularına göre, çocukluk çağı fiziksel istismarı, depresyon kontrol edildikten sonra, tüm örnekleme psikozun tek anlamlı yordayıcısıdır. Maruz kalınan travma türlerinin sayısı arttıkça psikoz olasılığı da artmaktadır (171).

Myin-Germeys ve Van Os, strese duygusal yanıt artışının psikoza affektif bir kapı açabileceği ve bunun da daha epizodik, reaktif, iyi seyirli bir psikoz tipi olabileceği hipotezini ortaya atmışlardır (19). Cougnard ve arkadaşları Hollanda ve Almanya'da iki populasyon örnekleminde yaptıkları çalışmada çocukluk çağı travmalarına maruz kalma, süreğen düşük dereceli psikotik deneyimler ile ilişkili bulunmuştur (172).

Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olan hastaların ilk başvurularının daha erken, hastane yatışlarının daha sık ve yatış sürelerinin

daha uzun olduğu, daha çok yalnız başlarına kalma eğiliminde oldukları, daha fazla ilaç aldıkları, kendine zarar verici davranışların, kendilerinin öldürme girişimlerinin daha sık, belirti şiddetinin daha fazla olduğu bulunmuştur (173, 174).

Şizofreni hastalarında intihar riski yüksektir, yapılan çalışmalarda yaşam boyu intihar girişimi oranı % 40, yaşam boyu tamamlanmış intihar oranı ise % 4-10 olarak saptanmıştır. İntihar girişimi olan 50 şizofreni hastası ve intihar girişimi olmayan 50 şizofreni hastasının CTQ ölçeği ile çocukluk çağı travmalarının araştırıldığı bir çalışmada intihar girişimi olan hastalarda CTQ ve alt ölçek puanlarının intihar girişimi olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (167). Çocukluk çağı travmasının depresyona göre intihar riskini daha iyi belirlediği gösterilmiştir.

Yeni Zelanda'da ayaktan hastalarda yapılan bir çalışmada istismar öyküsü olmayan hastalarda varsanı oranı % 19 iken, fiziksel istismar olanlarda bu oranın % 47'ye, cinsel istismar varsa % 55'e, hem fiziksel hem cinsel istismar varsa % 71'e yükseldiği, özellikle kendisine veya başkalarına zarar vermesini söyleyen işitsel varsanların olduğu saptanmıştır (175).

Şizofreni belirtileri ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, çocuklukta cinsel ve fiziksel istismar öyküsü olan kişilerde olmayanlara göre pozitif belirtilerin daha fazla, negatif belirtilerin ise daha az olduğu saptanmıştır (176, 177). Pozitif belirti içeriğinde emir veren sesler, referans fikirleri, düşünce sokulması, paranoid fikirler, başkalarının akıllarını okuma gibi Schneiderian belirtiler ve görsel varsanların daha fazla görüldüğu saptanmıştır (175, 178, 179) . Almanya'da yapılan bir çalışmada şizofreni tanısı alan hastaların çoğunda başlangıçta işitsel varsanı varsa, çoğunlukla geçmişte bir travmatik olay olduğu ya da erken döneme ait bir travmayı hatırlattığı tespit edilmiştir (179). Manchester'da şiddete maruz kalan 373 ergen ile yapılan bir çalışma da bu bulguları desteklemektedir. Şiddete maruz kalmanın paranoya, hallusasyonlar ve dissosiyatif yaşantılar gibi psikotik deneyimlere yatkınlık yarattığı bulunmuştur (55).

Çocukluk çağı travma öyküsü olduğunda hastalık gidişini etkilediği, hastaların belirtilerinin daha şiddetli, belirtilerin sayısının, hastaneye yatış sayılarının , intihar ve kendine zarar verici davranışlarının, dissosiyatif belirtilerinin daha fazla olduğu, hastalık başlangıçlarının daha erken,

psikososyal işlevselliğin ve iş performanslarının daha düşük olduğu ve prognozu olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (178, 180, 181, 182).

Howes ve arkadaşları, çevresel risklere maruz kalmanın, dopamin duyarlılaşması olarak bilinen biyolojik bir süreci etkileyerek rol oynadığına ilişkin kanıtları gözden geçirmişler ve dopamin düzensizliğinin bir duyarlılaşma süreci aracılığıyla ortaya çıkıyor olabileceğini belirtmişlerdir. Stres, hayvan çalışmalarında dopamin salınımını uyarmaktadır ve epidemiyolojik çalışmalar sosyal stresin şizofreniyi hızlandırabileceğini göstermiştir. Bu nedenle ergenlik ya da erken erişkinlikteki ilaç kullanımı ya da sosyal sıkıntılar gibi stresler, nörogelişimsel olarak bozuk olan bireyi bir eşiğin üstünde açık psikoza götürebilir (183).

Oldukça sık kullanılan bir savunma düzeneği olan yadsıma(inkar), benlik için tehlikeli algılanan ve bunaltı doğurabilecek bir gerçeği yok saymak, görmemek olarak tarif edilen ilkel bir savunma düzeneğidir (38). Yadsıma düzeneğinde bilinçdışı bir yakıştırmama, yok sayma özelliği vardır ve bunun yerine gerçek dışı başka kabullenişler, başka düşünce ve inanışlar oluşturulur. Bu düzeneğin ağırlık kazanması ve yoğunlaşması ile bireyin gerçeklerle bağlantısı zayıflar. Gerçeğin kesin ve sarsılmaz biçimde yadsınması psikozlarda görülür. Şizofrenide kullanılan en belirgin savunma düzeneklerinden biri de yadsımadır. Sanrı oluşumunda yadsıma düzeneği önemli yer alır. Benliğe acı ve bunaltı veren birçok çocukluk çağı travmatik yaşantıları da bu şekilde hezeyan gelişimine neden oluyor olabilir (38, 184).

Kilcommons ve Morrison, 32 psikotik hastada TSSB prevalansını %53 olarak bulmuşlardır. Travmanın şiddeti TSSB ve psikotik deneyimlerin şiddeti ile, fiziksel istismar pozitif psikotik belirtiler ile ve cinsel istismar özellikle hallüsinasyonlar ile ilişkilendirilmiştir (185).

Çocukluk döneminde özellikle fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmanın veya tanıklık etmenin erişkin yaşamda şiddete maruz kalma riskini artırdığı bilinmektedir. Rosenberg ve arkadaşlarının 2007'de şizofreni tanısı olan 569 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada çocukluk çağında olumsuz yaşam olaylarının sıklığının normal popülasyondan fazla olduğu görülmüştür (134).

Ruhsal hastalıkların etiyolojisinde biyolojik etkenler ve genetik etkenler kadar psikososyal faktörlerin de etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.

Yaşamın erken döneminde yaşanan bazı travmaların nöron değişikliklerine zemin hazırlayarak ve daha incinebilir bir duruma neden olarak, ilerleyen yaşlarda bozukluğa yatkınlık için zemin hazırladığı öne sürülmüştür. Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre travmatik yaşantıların erişkin psikopatolojisi açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (186).

Uzamış ve ciddi travma, genellikle yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkmakta, duyguları modüle etmekte kronik bir başarısızlığa neden olmaktadır. Bazı vakalarda sosyal ilişkilerin bozulmasına neden olmaktadır. Psikiyatrik patolojilerin bir sonucu olarak adaptif olmayan kişilik patolojilerine, dürtüsel davranışlara, alkol madde kötüye kullanımına ve diğer faktörler sonucu yeni travmatik yaşantılara da sebep olabilir. Çocuklar travmanın etkilerine daha duyarlı gibi gözükmektedir (187).

2. 5 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE AGRESYON

Yapılan çalışmalarda aile içinde şiddete maruz kalan çocukların saldırganlık düzeyinin daha yüksek olduğu ve bu kişilerin de ilişkilerinde sıklıkla şiddete başvurdukları ileri sürülmüştür. Çocukluğun erken dönemlerinde maruz kalınan şiddet davranışları çocuğun savunma mekanizmalarının bu doğrultuda gelişmesine neden olabilir. İçselleştirilen korku, öfke, güçsüzlük ve çökkünlük duyguları kişi üzerinde kalıcı etkiler bırakabilmekte ve bu şekilde oluşan ruhsal yapı çeşitli şekillerde saldırganlık davranışına neden olabilmektedir (130, 160, 188).

Bu konudaki görüşleri destekleyen şekilde, gelişim süreci içerisinde dürtüsellik ve agresyonun ortaya çıkışını araştıran çalışmalar, yaşamın erken dönemlerindeki travmatik deneyimlerle ilişkisini ortaya koymuştur. Erişkindeki agresyon çocuklukta maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismar ile ilişkili bulunmuştur (12). Kendler ve arkadaşlarının çalışmasına göre fiziksel ve cinsel istismarla birlikte ihmal yaşantıları da saldırgan davranışlara neden olabilmektedir (11). Garno ve arkadaşlarının çalışmasına göre de agresyon düzeyi ile duygusal istismar, fiziksel istismar ve duygusal ihmal arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (189).

Bu alanda yapılan bazı çalışmalarda istismar ve ihmal yaşantılarının alt tipleri üzerinden bir karşılaştırma yapılmıştır. Bu çalışmalara göre, fiziksel

istismara maruz kalmış çocukların daha saldırgan davranışlar sergiledikleri, ihmale maruz kalanlardan daha fazla dürtüsel davranışları olduğu ve uyumsuz oldukları, akranlarının yaşadıkları üzüntülü durumlarla ilgili empati kuramadıkları, yaşlılarıyla kurdukları ilişkide daha fazla sözel ve fiziksel agresyona başvurdukları gözlenmiştir (188, 190, 191, 192). İhmale maruz kalan çocukların ise genellikle yaşlılarıyla ilişkilerde sorunlar yaşadıkları ve sosyal ortamlardan çekildikleri, ilişkilerinde daha bağımlı bir yapıda ve kaygılı oldukları tespit edilmiştir (190, 191) .

Finzy ve arkadaşlarının 6-12 yaş grubundaki çocuklarda yaptıkları çalışmada, fiziksel istismara ve ihmale maruz kalan çocuklar ebeveynlerinin davranışlarına uyum sağlamaya çalışarak kendi arkadaşlarıyla olan ilişkilerini de bu çerçevede oluşturdukları belirtilmiştir. Fiziksel istismara maruz kalan çocukların önemli ölçüde yüksek agresyon gösterdikleri, antisosyal davranışlar açısından risk altında olduğu ve başkalarıyla olan ilişkilerinde güvensiz ve kuşkucu oldukları, ihmale maruz kalan çocukların ise yetersizlik duygusu yaşadıkları ve sosyal ortamlardan geri çekildikleri belirtilmiştir (193).

Rapoza'nın çiftler arasındaki şiddet davranışını inceleyen çalışmasında, fiziksel şiddet uygulayan erkeklerde her iki ebeveyn tarafından istismar edilme ve alkol kullanımı daha fazla bulunurken, kadın eşlerinde baba tarafından istismar edilme öyküsü daha fazla bulunmuştur. Fiziksel şiddet uygulayan kadınlarda, baba tarafından istismar edilme, alkol kullanımı daha fazla bulunurken, erkek eşlerinde anne tarafından istismar edilme daha fazla bulunmuştur (194).

Çocukluk çağı travması ve öfke arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar ise daha çok öfkenin ifade edilmiş biçimlerinden olan agresyon ve şiddet davranışı üzerine yoğunlaşmıştır. Şiddet davranışlarının ortaya çıkmasındaki en önemli faktörlerden biri erken yaşta, devam eden fiziksel, cinsel ve duygusal istismardır. Erken dönemdeki ihmaller geri kalmış fiziksel ve motor gelişime ve saldırganlığa yol açabilir. Şefkatten ve çocuğun ihtiyaçlarına yanıt vermekten yoksun, bastırılmış öfkelerini bebeklerine yansıtan annelerin, özgüvensizlik ve bağımlılıktan kaçınma davranışları yarattıkları, bunun da ileri dönemlerde özellikle erkek çocuklarda saldırganlıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir (144).

Burgess ve arkadaşları çocukların örseleyici yaşantı durumlarında travmaya özgü davranış kalıpları geliştirdiğini ve bunların oluşan bilişsel

şemalar yoluyla yetişkin yaşama taşındığını ileri sürmektedir (195). Agresif davranışlar, modelleme ve destek yoluyla da öğrenilebilmektedir. Tekrar eden istismar, bir davranış modeli oluşturması, cezalandırma ile agresyonun güçlenmesi, eziyetin şiddet için uyaran olması, beyne hasar veren nörofizyolojik yanıtlar ile şiddete neden olabilir. Agresif davranışların cinsel istismara uğramış ergenlerde ve çocukluk çağı istismar öyküsü olan yetişkinlerde sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir (105).

Çocukluk çağı travmaları, agresyon ile birlikte birçok farklı psikiyatrik bozukluk ile de ilişkili olabilmektedir. Brodsky ve arkadaşlarının depresif hastalarda yaptıkları bir çalışmada, çocuklukta cinsel ve fiziksel istismara maruz kalanlarda agresyon, dürtüsellik ve intihar girişimlerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (9, 196).

Kendall-Tackett ve arkadaşları gözden geçirme yazısında cinsel istismar kurbanlarının %64-79 oranları arasında psikiyatrik belirtiler gösterdikleri; bu belirtilerin sırası ile TTSB, düşük benlik saygısı, anksiyete, korku, depresyon, intihar düşüncesi, somatik şikayetler, agresif davranış, evden kaçma ve madde kötüye kullanımı olduğu bildirilmiştir (197).

Çocukluk çağı travmaları ile intihar ilişkisi

Psikiyatrik hastalığı olanlarda intihar riskinin, psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre 3-12 kat arttığı bildirilmektedir. İntihar eden veya intihar girişiminde bulunan kişilerin %94'ünde en az bir ruhsal hastalık bildirilmektedir (198). Ruhsal hastalıkların başında %35-80 oranında depresif bozukluklar gelmekte, %10 oranında şizofreni ve %5 oranında demans ya da deliryum izlemektedir. Bu hastaların %25'inde aynı zamanda alkol bağımlılığı bulunmaktadır (199) .

İntiharın ortaya çıkışında birçok etkenin bir arada rol oynadığı kabul edilmektedir. Kişilik yapısındaki bazı özellikler, umutsuzluk, azalmış sosyal destek,biyolojik yatkınlıklar ve bozukluklar, yaşam olaylarının varlığı, duygudurum bozukluğu ve intihar davranışını içeren aile yüklülüğü dikkat çekicidir (200). Aile öyküsünde tamamlanmış intihar ya da intihar girişimlerinin olması, parçalanmış aileden gelme, boşanmış olma, aile içi şiddet, fiziksel veya cinsel istismara uğrama, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün olması ve sosyal

desteklerinin yetersiz olması aile ile ilgili başlıca risk faktörleridir. Aile içinde iletişim sorunlarının varlığı, gevşek aile bağları, kaotik ortam ve ailenin sosyoekonomik durumunun kötü olması da intihar riskini artırmaktadır (201).

Çocukluk çağı travmaları, psikolojik durumumuzu davranışsal, duygusal ve bilişsel yollarla etkilemektedir. Erişkinlikteki psikiyatrik hastalık riskini ve tüm tanısal kategorilerdeki intihar riskini artırmaktadır. Çoğu nörobiyolojik çalışma, çocukluk çağı travmasının, frontal korteksin inhibe edici işlevlerini başarısızlığa uğrattığını ortaya koymaktadır. Stres cevabında çok sayıda nörotransmitter ve hormon rol almaktadır. Çocukluk çağı travmasına cevap olarak iki majör biyolojik sonuç ; serotonerjik sistem hipofonksiyonu ve HPA aks fonksiyonundaki değişimlerdir. Bu bulguların bazıları, dürtüsellik ve intihar davranışının özellikleriyle de örtüşmektedir. Dürtüsellüğün de hem travmaya bir cevap olarak gelişebileceği hem de travmaya karşı gelişen patolojik cevap için risk faktörü olabileceği söylenmektedir.

Son dönem araştırmaları çocukluk çağı istismarı, özellikle de cinsel istismar ile erişkin yaşamındaki intihar girişimleri ya da kendine zarar verici davranış arasındaki bağlantıya dikkat çekmektedir. Ayrıca bu bağlantı, toplum örnekleriyle, birinci basamak sağlık merkezlerine başvuranlarla, erişkin psikiyatrik hastalarla, kişilik patolojisi olan bireylerle, majör depresyon tanısı almış hastalarla ve hastanede yatan adölesanlarla yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (202). Bulgular, özellikle cinsel istismar ve tekrarlayıcı intihar girişimleri arasındaki doğrusal ilişkiye odaklanmaktadır.

Roy tarafından yapılan bir çalışmada, intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış 50'şer hastadan oluşan grup karşılaştırılmış, intihar girişiminde bulunanlarda çocukluk çağı travmasının daha yüksek oranda olduğu ortaya konmuştur (203). Zouk ve arkadaşları tarafından 164 tamamlanmış intihar vakasıyla yapılan retrospektif bir çalışmada, dürtüsel intihar girişimi tamamlayıcılarında daha fazla çocukluk çağı travması öyküsü saptanmıştır (204).

Maloney ve arkadaşları tarafından 726 opioid bağımlısı ve 399 bağımlı olmayan kontrol grubu karşılaştırıldığında, intihar girişiminde bulunmuş olanların madde bağımlısı olduğu, psikiyatrik bozukluğu olduğu ve daha çok çocukluk çağı travma öyküsü olduğu gözlemlenmiştir (205). Ülkemizde yapılan bir çalışmada madde bağımlısı olan 112 erkek hasta ile 52 alkol bağımlısı erkek

hasta karşılaştırılmış, kendini yaralama davranışları ile çocukluk çağı travmaları arasında bir ilişki bulunmuştur (206).

Sonuç olarak; çocukluk çağı travmaları, sadece nöropsikolojik gelişimi etkilemekle kalmayarak aynı zamanda bireyin çeşitli tanılar altında intihar davranış riskini de arttırmaktadır.

Çocukluk çağı travmaları ile kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişki

Kendine zarar verme davranışı kişinin bilinçli ölme isteği olmadan doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişim olarak tanımlanır (207). Hayat boyu kendine zarar verici davranışta bulunma ortalama sayısı 3,4-50 arasında değişir (208). Kendine zarar verme davranışı genel popülasyonun %4-14'ünde, genel olarak kişilik bozuklukları, akut ve kronik psikotik bozukluklar, majör affektif bozukluklar, cinsel kimlik bozuklukları gibi tanı gruplarında sıklıkla görülmektedir (209).

Kendine zarar verme davranışı olan bireylerde çocukluk çağı fiziksel veya cinsel istismar, ihmal ya da aileden yoksun kalma oranları yüksektir (210, 211). Kendine zarar verme davranışlarını alışkanlık haline getiren kadınlarla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %62 sinin çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı, bu gruptakilerin %29'unun hem fiziksel hem cinsel istismara, %17 sinin sadece cinsel istismara, %16'sının sadece fiziksel istismara uğradığı gösterilmiştir (212).

Kendine zarar verme davranışı ile dürtüsellik, saldırganlık, öfke ve somatik anksiyete arasında pozitif ilişki bulunmaktadır (213). Kendini kesen kişilerin öfkeli, dürtüsel, anksiyeteli ve agresif olduğu ve bunun beyindeki serotonin miktarının azalmasına bağlı olduğu, düşük serotonin düzeyinin kişide irritabiliteye neden olarak kendini kesmeye ve intihara yol açabileceği belirtilmiştir .

2.6 ŞİZOFRENİ VE AGRESYON

Psikiyatrik bozukluklar ile şiddet ilişkisi

İnsanların akıl hastalığına ilişkin deneyimleri tarih boyunca akıl hastalığı ile şiddet davranışı arasında bağlantı olduğu kanısına neden olmuştur. Grek ve

Roma literatüründe akıl hastalarının şiddet potansiyeline ilişkin çeşitli özelliklerinden söz edilmiş, akıl hastalarının bakımını üstlenen kişilere, bu hastaların tehlikeli olabileceği belirtilerek, zarar görmemek için onları tespit tutmalarının iyi olacağı tavsiye edilmiştir. Antik çağlarda bile akıl hastalarının hepsinin saldırgan olarak değerlendirilmediği belirtilmektedir (214).

Psikiyatrik hastaların, hasta olmayan bireylerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, şiddet davranışı sıklığı ciddi psikiyatrik hastalığı olanlarda (şizofreni, duygudurum bozukluğu) 5 kez daha yüksek saptanmıştır (215). Tiihonen ve arkadaşları, ciddi psikiyatrik bozukluğu olan erkeklerin, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre 4 kez daha fazla şiddet suçu işlediklerini belirtmişlerdir (216). İsveç'te 1988-2000 yılları arasında tüm hastane başvuruları ve cinayetlerin incelendiği bir çalışmada, şiddet suçu işlemiş kişiler içinde psikiyatrik hastalığı olanların oranı yaklaşık %5 bulunmuştur (217).

İngiltere, Galler ve İskoçya'da özel evlerde yaşayan 16-74 yaş arası 8886 kişide son 5 yıl içindeki şiddet davranışlarının incelendiği bir çalışmada, bu kişilerin %12'sinin son 5 yıl içinde şiddet davranışı gösterdiği, şiddet davranışı gösteren bu grubun %66'sında bir psikiyatrik bozukluk saptandığı belirtilmiştir. Alkol-madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, duygudurum ve anksiyete bozukluklarının şiddetle bağlantılı olduğu tespit edilmiş, psikotik bozuklukların ise bağımsız olarak şiddetle doğrudan ilişkisi saptanmamış, komorbiditenin riski arttırdığı belirtilmiştir. Ayrıca alkolizm, madde bağımlılığı ve antisosyal kişiliğin suç ile daha fazla ilişkisi olduğu belirtilmiştir (215).

Şizofrenide agresyon ve şiddet

Şizofreni hastalarının genel popülasyona göre şiddet davranışı açısından daha riskli olduğunu gösteren kuvvetli kanıtlar vardır(218). Şizofrenide şiddet; paranoid sanrılar sonucu, emir veren işitsel varsanılara yanıt olarak ya da edilgenlik deneyimlerine ikincil olarak ortaya çıkabilir (219). Şiddet, hezeyanlı bir düşünce üzerinde yoğunlaştığında aniden ve dürtüsel olarak da eyleme dökülebilir.

Şizofreninin katatonik ve dezorganize tiplerindeki şiddet psikotik dezorganizasyondan ve ileri derecede ajitasyon ya da eksitasyondan ileri gelmektedir ve çoğunlukla plansız, belirli hedef gözetmeksizin olmakta ve daha az tehlikeli olmaktadır (220).

Genel popülasyonda şiddete yol açan bazı faktörler, şizofreni hastalarında da şiddet davranışını etkilemektedir. Şizofrenideki şiddet davranış oranları yere ve zamana göre farklılık gösterse de genel popülasyona göre oran daha yüksektir. Fakat antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullananlarla kıyaslandığında oran daha düşüktür (215).

Paranoid bozukluğu olan hastalar ise yanlış olarak inandığı hakları için şiddet davranışında bulunabilirler. Sistemli, kalıcı kıskançlık ve kötülük görme hezeyanları sıklıkla ciddi şiddet davranışı ile sonuçlanabilir (220). Şizofreni ve diğer psikozlar şiddet davranışı görülme riskini artırmasına karşın bir çok vakada şiddet davranışı gözlenmemektedir (220).

Psikiyatrik hastalıklarla şiddet ve suç davranışı arasında belirgin istatistiksel ilişki olmasına karşın yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumlarla karşılaştırıldığında bu ilişki hala çok yetersizdir. Psikiyatrik olan ve olmayan olgularda cinsiyet (erkek olma), iş durumu (işsizlik), düşük öğrenim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey gibi etmenlerin suç işleme riskini artırdığı yönünde pek çok yayın vardır. Psikiyatrik hastalığı olanların büyük çoğunluğunun suç işlemediği ve şiddet davranışı göstermedikleri bildirilmiştir. Zaten çoğu suç, tekrarlayıcı olarak şiddet davranışında bulunan ya da suç işleyen az sayıda insan tarafından işlenmektedir. Psikiyatrik alanda çalışanların, şiddet ile ilgili çalışmalarda psikiyatrik hastaların etiketlenmesi (stigmatizasyonu) açısından tedbirli davranmaları gerektiği üzerinde durulmuştur (221, 222).

Bu alandaki sınırlı sayıdaki çalışmalara baktığımızda agresyon davranışı, daha çok komorbid durumlarla birlikte ele alınmıştır. Bu çalışmalarda, hastalardaki agresyonun nedenlerini anlamanın, komorbiditeleriyle yani eşlik eden dürtüsellik, madde kötüye kullanımı, intihar girişimi, post travmatik stres bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğuna neden olan durumları ve bunları ortaya çıkaran nedenleri, travmatik yaşantıları anlamakla mümkün olabileceği belirtilmiştir (12, 13, 223). Çoğu zaman eşlik eden bir madde kullanımı ya da intihar girişimi bulunmaktadır.

Toplumda intihar edenler genel olarak erken yetişkin ya da ileri yaş grubunda iken, intihar eden psikiyatrik hastalar daha genç gruptadır. Bunun nedeni, intihar eden psikiyatrik hastaların büyük bölümünün şizofreni ya da duygudurum bozukluğu gibi genç yaşta başlayan süregen hastalıklara sahip olması ile açıklanmıştır. Şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklarda

tamamlanmış intihar oranının daha yüksek olduğu ve daha katastrofik intiharlara rastlandığı saptanmıştır . Şizofreni tanısı bulunan ergenlerde alkol-madde kötüye kullanımı intihar riskini arttırabilmektedir (224).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Örneklem ve yöntem

Araştırmaya; Ocak 2011-Haziran 2011 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde DSM-IV-TR kriterlerine göre şizofreni tanısıyla yatarak tedavi görürken taburculuğu planlandığı dönemde (kısmi remisyon) 100 hasta dahil edilmiştir.

Çalışma 04.01.2011 tarih ve 41659 protokol no ile BRSHH yerel etik kurulu tarafından onaylanmıştır.

Hastalar çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirilerek çalışmaya katılmayı reddedebilecekleri veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri belirtilmiş, çalışmanın amacı anlatılmış ve katılımları için yazılı bilgilendirilmiş onayları alınmıştır.

Çalışmaya 18-65 yaş arasındaki hastalar alınmıştır. Gereçlerde öz bildirim ölçeği kullanıldığı için okuryazar olma koşulu aranmıştır. Görüşmeler en kısa sürede yapılmaya çalışılmış, en kısa 45 dakika en fazla 70 dakika sürmüştür.

3.2. İçerme ölçütleri

- 18-65 yaş arasında olmak
- DSM IV-TR kriterlerine göre şizofreni tanısı almış olmak
- Tedavi gerektirir akut psikotik bulgusu olmamak
- PANSS derecelendirme ölçek puanlarına göre kısmi remisyonunda olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

- Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak

3.3. Dışlama ölçütleri

- Ciddi fiziksel ya da nörolojik hastalığı olması
- Alkol ya da madde bağımlılığı olması
- Mental retardasyonun olması
- Tedavi gerektirir aktif psikotik bulgusu olması

3.4. Gereçler

1. Sosyodemografik ve klinik veri toplama formu
2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği(CTQ-28)
3. Buss-Durkee Agresyon Ölçeği
4. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

3.4.1 Sosyodemografik ve klinik veri toplama formu

Çalışmada tarafımızdan hazırlanan sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Bu form kullanılarak hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, sosyokültürel düzeyleri, fiziksel hastalık, çalışma durumu, yaşam biçimi gibi sosyodemografik veriler ve hastalığın süresi, başlangıç yaşı, hastaneye yatış, düzelmelerin şekli, alkol madde kullanımı, özgeçmiş, soy geçmişi, intihar girişimleri , kendine zarar verme davranışı gibi klinik veriler sorulmuştur. Form, hastanın verdiği bilgiler doğrultusunda klinisyen tarafından doldurulmuştur.

3.4.2 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire-28)(CTQ-28)

Çocukluk ve ergenlikteki istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak değerlendirmeyi amaçlar. İngilizce özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein (225) tarafından geliştirilmiş olup asıl adı Childhood Trauma

Questionnaire'dır ve 1996 yılında Prof Dr. Vedat Şar tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin 28 ve 53 soruluk iki versiyonu bulunmaktadır. Bu çalışmada 28 soruluk form kullanılmıştır. CTQ-28, 28 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. 5 alt boyut; duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, duygusal istismar ve fiziksel istismar şeklindedir. Ayrıca 3 minimalizasyon-inkar sorusu (11,21,25 sorular) bulunmaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Ayrı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Duygusal ihmal alt ölçeği 4,6,12,18,27 sorular ters kodlanıp toplanarak, fiziksel ihmal alt ölçeği 1,3,5,15,28 sorular ters kodlanıp toplanarak, duygusal istismar alt ölçeği 2,7,13,17,24 sorular toplanarak, fiziksel istismar alt ölçeği 8,9,10,14,16 sorular toplanarak, cinsel istismar alt ölçeği 19,20,22,23,26 sorular toplanarak değerlendirilir. Standardize bir ölçektir.

3.4.3 Buss-Durkee Agresyon Ölçeği

Ölçek, 1992 yılında Buss ve Perry tarafından geliştirilmiştir (163). Buss ve Durkee tarafından geliştirilen düşmanlık envanteri temel alınmış, psikometrik olarak iyileştirilmiştir. Daha sonra güncelleştirilerek 34 maddeden ve beş alt ölçekten oluşan son haline getirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği S.Can tarafından yapılmıştır (138). Ölçek, 34 maddelik 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekte hiç uygun değil (1 puan), çok az uygun (2 puan), biraz uygun (3 puan), çok uygun (4 puan), tam uygun (5) olarak değerlendirilmektedir. Fiziksel agresyon 8,10,11,17,23,24,25,27 sorularla, sözel agresyon 1,4,6,20,26 sorularla, öfke 3,7,12,16,19,22,29,32 sorularla, düşmanlık 2,5,9,21,28,31,33 sorularla, dolaylı agresyon 13,14,15,18,30,34 sorularla değerlendirilir. Hepsinin toplamı total agresyon değerlerini verir. T skorlarında karşılık gelen 60-40 arası normal değerler olarak kabul edilir. Ayrıca her alt ölçeği Raw Skoru ile değerlendirilerek de agresyon derecesi tespit edilebilir. Fiziksel agresyon kadın ve erkekte ayrı değerlendirilir. Değerlendirmede sadece 19.soru (ben sakin biriyim) ters sorudur.

3.4.4 Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilen 32 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirilmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir(226). Psikiyatrik parametrelerden yedisi pozitif belirtiler alt ölçeğine, yedisi negatif belirtiler alt ölçeğine, on beşi genel psikopatoloji alt ölçeğine, geri kalan 3 madde de agresyon risk profiline aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (227).

3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analizler için SPSS 17 Statistic programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistik metodlarının (ortalama, standart sapma) yanı sıra normal dağılım gösteren niceliksel parametrelerin gruplararası karşılaştırmasında Oneway Anova testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren niteliksel parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı

Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde normal dağılım gösteren parametreler arasındaki ilişki analizi için Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen parametreler arasındaki ilişki analizi için de Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Buss-Durke Agresyon alt ölçeklerinin ortalamalarının yordayıcılarını belirlemek amacıyla cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ebeveyn eğitim durumu, ailenin geliri, kardeş sayısı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, CTQ toplam puanı, PANSS toplam puanlarının bağımsız değişkenler olarak alındığı hiyerarşik lineer çoklu regresyon analizi uygulandı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1 Demografik özelliklerin dağılımı

Çalışma, 50'si (%50) kadın, 50'si (%50) erkek olmak üzere 100 hasta ile yapılmıştır. Yaşları 23-54 arasında değişmekte olup, ortalaması $38,2\pm 7,91$ yıldır. Çalışmamıza katılanların çoğu ilde doğmuştur(%54). Hastaların 46'sı başka bir yere göç etmişlerdir. Hastaların çoğunluğu ilkokul mezunu (%80) iken sadece %1 'i üniversite mezunudur. Hastaların tamamı herhangi bir işte çalışmamaktadır. 85 kişi anne ve babası tarafından büyütülmüş, 4'ü yetiştirme yurdunda büyümüştür. Sürekli dahili hastalığı olan 17 kişi bulunmaktadır. 90 kişinin sosyal güvencesi vardır. Medeni duruma bakıldığında 50 kişinin boşanmış olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1: Demografik özelliklerin dağılımı

		Min-Max	Ort±SS
Yaş		23-54	38,2±7,91
		n	%
Doğum Yeri	İl	54	54
	İlçe	9	9
	Köy	37	37
Göç Durumu	Yok	54	54
	Var	46	46
Eğitim	İlkokul	80	80
	Ortaokul	5	5
	Lise	14	14
	Üniversite	1	1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	0	0
	Çalışmıyor	100	100
Medeni Durumu	Bekar	28	28
	Evli	20	20
	Boşanmış	50	50
	Eşi Ölmüş	2	2
Büyüten Kişi	Anne-	85	85
	Baba	11	11
	Akraba		
	Diğer	4	4
Sosyal Güvence	Yok	10	10
	Var	90	90
Sürekli Dahili Hastalık	Yok	83	83
	Var	17	17

4.2 Ebeveyn ve aileye ilişkin özellikler

Hastaların 65'inin anne ve babası hayatta ve birlikte. Ebeveyn eğitim durumuna bakıldığında 16 kişinin babası, 34 kişinin annesi okula gitmemiştir, çoğunluğu da ilköğretim mezundur (%74). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü 15 kişide vardır. Ailenin gelir durumuna göre çoğunluk(%85) alt gelirlidir, üst gelirli olan yoktur Birlikte yaşadıkları kişi sayısı 1-8 arasında değişmekte ve ortalama 3,96±1,47 dir. Kardeş sayıları 1-12 arasında değişmekte ve ortalaması 5,69±2,21 dir (Tablo 2).

4.3 Tanımlayıcı ve klinik özellikler

Çalışmamıza katılanların 13'ünün yasal bir sorunu olmuştur. 15'inin alkol, 7'sinin psikoaktif madde kullanımı olmuştur. Tamamına yakını (%91)'i sigara kullanmaktadır. 24 kişinin kendine zarar verme davranışı varken, 27 kişi en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur. Düzenli ilaç kullanımı oldukça azdır(%12). Hastalıklarının başlangıç yaşı 17-29 arasında değişmekte ve ortalama 22,83±3,09, hastaneye yatış sayısı ortalama 8,38±3,52 düzeyindedir (Tablo 3).

Tablo 2: Ebeveyn ve aileye ilişkin özelliklerin dağılımı

		N	%
Anne-Baba Durumu	Öldü	20	20
	Birlikte	65	65
	Boşanmış	15	15
Baba Eğitim	Okula Gitmemiş	16	11
	İlkokul	74	
	Ortaokul	3	65
	Lise	6	19
	Üniversite	1	5
Anne Eğitim	Okula Gitmemiş	34	34
	İlkokul	63	63
	Ortaokul	0	0
	Lise	2	2
	Üniversite	1	1
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	85	85
	Var	15	15
Ailenin Geliri	Alt Gelirli	85	85
	Orta Gelirli	15	15
	Üst Gelirli	0	0
		Min-Max	Ort±SS
Kardeş sayısı	1-12		5,69±2,21
Evdeki kişi sayısı	1-8		3,96±1,47

Tablo 3: Tanımlayıcı ve klinik özelliklerin dağılımı

	N	%
Yasal Sorun	13	13
Alkol Kullanımı	15	15
Madde Kullanımı	7	7
Sigara Kullanımı	91	91
Kendine Zarar Verme	24	24
İntihar Girişimi	27	27
Düzenli İlaç Kullanımı	12	12
	Min-Max	Ort±SS
Hastalık başlangıç yaşı	17-29	22,83±3,09
Hastaneye yatış sayısı	2-16	8,38±3,52

4.4 Kullanılan Ölçeklerle İlgili Puanlar

4.4.1 PANSS(Pozitif ve Negatif Sendrom) Ölçeği puanları

PANSS Ölçeği puanlarına baktığımızda, pozitif semptomlar alt ölçek puanı 14-19 arasında, negatif semptomlar alt ölçek puanı 14-18 arasında, genel semptomlar alt ölçek puanı 28-38 arasında, agresyon risi alt ölçek puanı 3-9 arasında değişmektedir. PANSS ölçeği toplam puanı ise 64-79 arasında değişmektedir (Tablo 4). Bu puanlar hastaların kısmi remisyonunda olduğunu göstermektedir.

Tablo 4 : PANSS (Pozitif ve Negatif Sendrom) Ölçeği puanları

PANSS Ölçeği	Min-Max	Ort±SS
Pozitif semptomlar	14-19	15,74±1,81
Negatif Semptomlar	14-18	14,92±1,39
Genel	28-38	31,90±2,94
Agresyon Riski	3-9	6,85±1,72
Toplam	64-79	69,41±4,81

4.4.2. CTQ-28(Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) puanları

Çocukluk çağı travmaları (CTQ) ölçeği puanlarına baktığımızda, duygusal ihmal alt ölçek puanı 10-17 arasında, fiziksel ihmal alt ölçek puanı 18-22 arasında, duygusal istismar alt ölçek puanı 7-18 arasında, fiziksel istismar alt ölçek puanı 5-17 arasında, cinsel istismar alt ölçek puanı 5-20 arasında değişmektedir. En yüksek ortalama fiziksel ihmal alt ölçek puanına aittir (20,01±1,61). Çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı 45-88 arasında değişmekte ve ortalaması 66,85±15,03 olarak seyretmektedir (Tablo 5).

Tablo 5 : CTQ-28(Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) puanları

CTQ Ölçeği	Min-Max	Ort±SS
Duygusal İhmal	10-17	14,28±2,84
Fiziksel İhmal	18-22	20,01±1,61
Duygusal İstismar	7-18	13,27±4,53
Fiziksel İstismar	5-17	11,99±5,21
Cinsel İstismar	5-20	7,30±4,50
CTQ Toplam	45-88	66,85±15,03

4.4.3 Buss-Durkee Agresyon Ölçeği puanları

Agresyon ölçeği puanlarına baktığımızda, fiziksel agresyon alt ölçek puanı 19-28 arasında, sözel agresyon alt ölçek puanı 5-14 arasında, öfke agresyon alt ölçek puanı 17-29 arasında, düşmanlık agresyon alt ölçek puanı 15-26 arasında, dolaylı agresyon alt ölçek puanı 8-16 arasında değişmektedir. En yüksek ortalama fiziksel agresyon alt ölçek puanına aittir (23,09±3,22). Toplam agresyon ölçek puanı 67-101 arasında değişmekte ve ortalama (86,0±13,34) dır (Tablo 6).

Tablo 6 : Agresyon (Buss-Durkee Agresyon Ölçeği) puanları

Buss-Durkee Saldırganlık Ölçeği	Min-Max	Ort±SS
Fiziksel	19-28	23,09±3,22
Sözel	5-14	7,79±2,74
Öfke	17-29	22,49±5,08
Düşmanlık	15-26	20,44±4,13
Dolaylı	8-16	5,77±4,82
Toplam	67-101	86,0±13,34

4.5 Demografik özelliklere göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

4.5.1. Cinsiyet göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Cinsiyete göre agresyon toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Kadınların dolaylı agresyon alt ölçek puanı erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksekti.

Cinsiyete göre CTQ ve PANSS toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak PANSS negatif alt ölçek puanı ve agresyon riski alt ölçek puanı kadınlarda erkeklerden anlamlı olarak yüksekti (Tablo 7).

Tablo 7: Cinsiyete göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Kadın	Erkek	t / z	P
	Ort±SS	Ort±SS		
Buss-Durke Agresyon				
Fiziksel	23,00±3,08	23,18±3,39	0,277	0.277
●●Sözel	8,56±3,32	7,02±1,73	1,827	0.068
●●Öfke	21,36±4,72	23,62±5,23	1,815	0.069
●●Dolaylı	12,66±3,19	11,72±2,73	1,001	0.045*
●●Düşmanlık	19,84±3,79	21,04±4,41	1,707	0.088
Toplam	85,42±12,70	86,58±14,05	0,433	
CTQ				
Duygusal İhmal	14,20±2,75	14,36±2,96	0,280	0.780
Fiziksel İhmal	19,84±1,58	20,18±1,64	1,056	0.294
●●Duygusal İstismar	13,58±4,64	12,96±4,46	0,767	0.443
●●Fiziksel İstismar	11,96±5,09	12,02±5,38	0,837	0.403
●●Cinsel İstismar	7,80±4,47	6,80±4,54	1,458	0.145
●●Toplam	67,38±15,05	66,32±15,14	0,618	0.537
PANSS				
Pozitif	15,80±1,83	15,68±1,81	0,330	0.742
Negatif	15,22±1,52	14,62±1,21	2,187	0.031*
Genel	32,38±2,82	31,42±3,01	1,645	0.103
●●Agresyon riski	6,30±2,02	7,40±1,14	2,523	0.012*
Toplam	69,70±4,61	69,12±5,03	0,601	0.549

*p< 0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Student t test(t)

●●Mann-Whitney U test(z)

4.5.2 Göç etme durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Göç etme durumuna göre ölçeklere bakıldığında, CTQ , PANSS ve Agresyon toplam puanları ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 8).

Tablo 8 : Göç etme durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı

	Göç Yok	Göç Var	t / z	P
	Ort±SS	Ort±SS		
Buss-Durke Agresyon				
Fiziksel	23,31±3,18	22,83±3,29	0,753	0.453
●●Sözel	7,89±2,92	7,67±2,55	0,036	0.972
●●Öfke	22,48±4,96	22,50±5,28	0,081	0.935
●●Dolaylı	12,46±2,94	11,87±3,04	1,088	0.277
●●Düşmanlık	20,43±3,96	20,46±4,37	0,095	0.924
Toplam	86,57±12,96	85,33±13,88	0,465	0.643
CTQ				
Duygusal İhmal	14,43±2,74	14,41±2,98	0,554	0.581
Fiziksel İhmal	20,11±1,62	19,89±1,60	0,678	0.499
●●Duygusal İstismar	13,48±4,43	12,96±4,46	0,401	0.688
●●Fiziksel İstismar	12,26±5,06	11,67±5,43	0,241	0.809
●●Cinsel İstismar	7,13±4,23	7,50±4,85	0,324	0.746
●●Toplam	67,41±14,39	66,20±15,88	0,180	0.857
PANSS				
Pozitif	15,72±1,79	15,76±1,85	0,106	0.916
Negatif	14,96±1,40	14,87±1,40	0,332	0.741
Genel	31,94±2,80	31,85±3,13	0,163	0.871
●●Agresyon riski	6,80±1,80	6,91±1,64	0,096	0.924
Toplam	69,43±4,53	69,39±5,17	0,036	0.972

*p< 0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Student t test (t)

●●Mann-Whitney U test(z)

4.5.3 Eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Eğitim durumuna göre ölçeklere bakıldığında, CTQ , PANSS ve Agresyon toplam puanları ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 9).

Tablo 9: Eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Eğitim Durumu			F	P
	İlkokul	Ortaokul	Lise ve üstü		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Buss-Durke Agresyon					
Fiziksel	23,01±3,274	22,60±4,159	23,67±2,769	0,316	0.730
●●Sözel	7,89±2,725	7,40±1,949	7,47±3,182	1,067	0.587
●●Öfke	22,41±5,180	22,20±5,891	23,00±4,614	0,518	0.772
●●Düşmanlık	20,31±4,226	20,40±5,128	21,13±3,482	0,370	0.831
●●Dolaylı	12,03±3,023	11,60±3,507	13,27±2,576	2,705	0.259
Toplam	85,64±13,677	84,20±16,784	88,53±10,629	0,341	0.712
CTQ					
Duygusal İhmal	14,14±2,898	13,80±3,564	15,20±2,42	0,956	0.388
Fiziksel İhmal	19,93±1,621	19,80±1,789	20,53±1,506	0,944	0.393
●●Duygusal İstismar	13,10±4,624	12,40±5,505	14,47±3,777	0,983	0.612
●●Fiziksel İstismar	11,90±5,324	10,40±6,148	13,00±4,440	0,389	0.823
●●Cinsel İstismar	7,53±4,578	5,60±1,342	7,73±4,862	0,536	0.765
●●Toplam	66,39±15,465	62,00±15,937	70,93±12,162	1,361	0.506
PANSS					
Pozitif	15,75±1,825	15,40±1,673	15,80±1,90	0,096	0.909
Negatif	14,86±1,370	14,80±1,790	15,27±1,490	0,543	0.583
Genel	31,76±2,990	31,00±2,650	32,93±2,685	1,253	0.290
●●Agresyon riski	6,81±1,744	7,40±1,342	6,87±1,807	0,415	0.813
Toplam	69,19±4,845	68,60±5,273	70,87±4,533	0,841	0.434

*p< 0,05 **p<0,01
Oneway Anova test

***p<0,001

●●Kruskal Wallis test

4.5.4 Medeni duruma göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Medeni duruma göre ölçeklere bakıldığında, CTQ , PANSS ve Agresyon toplam puanları ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 10).

Tablo 10: Medeni duruma göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Medeni Durum				F	P
	Bekar	Evli	Boşanmış	Eşi Ölmüş		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Buss-Durke						
Fiziksel	22,32±3,080	22,70±3,526	23,62±3,181	24,50±2,121	1,212	0.310
●●Sözel	7,57±2,741	8,05±2,585	7,88±2,883	6,00±0,00	1,449	0.694
●●Öfke	21,32±4,800	21,90±5,340	23,12±5,045	29,00±0,00	6,196	0.102
●●Düşmanlık	19,86±4,275	19,55±4,347	20,92±3,922	25,50±0,707	5,119	0.163
●●Dolaylı	12,04±3,305	11,45±3,120	12,58±2,800	12,00±1,414	1,986	0.575
Toplam	83,11±13,26	83,65±14,79	88,12±12,69	97,00±4,243	1,564	0.208
CTQ						
Duygusal İhmal	13,96±3,085	13,55±3,052	14,66±2,616	16,50±0,707	1,269	0.289
Fiziksel İhmal	19,89±1,707	19,65±1,663	20,18±1,548	21,00±1,414	0,815	0.489
●●Duygusal	12,96±4,887	12,15±4,771	13,76±4,274	16,50±2,121	2,644	0.450
●●Fiziksel	10,75±5,225	11,25±5,646	12,78±4,983	17,00±0,00	5,724	0.126
●●Cinsel	7,04±4,060	6,90±4,364	7,40±4,589	12,50±10,607	1,523	0.677
İstismar						
●●Toplam	64,61±15,645	63,50±16,330	68,78±13,957	83,50±6,364	4,705	0.195
PANSS						
Pozitif	15,32±1,697	15,60±1,875	15,96±1,829	17,50±2,121	1,430	0.239
Negatif	15,07±1,538	14,65±1,226	14,96±1,414	14,50±0,707	0,425	0.736
Genel	32,00±2,802	31,45±2,819	31,98±2,986	33,00±7,071	0,266	0.850
●●Agresyon	6,71±1,697	6,70±1,689	6,94±1,789	8,00±1,414	2,185	0.535
riski	69,11±4,984	68,40±4,773	69,84±4,648	73,00±8,485	0,831	0.480
Toplam						

*p< 0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Oneway Anova test

●●Kruskal Wallis test

4.6. Ailesel özelliklere göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

4.6.1 Ebeveyn eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Ebeveyn eğitim durumuna göre ölçek puanları arasında anlamlı farklılıklar saptandı. Ebeveyn eğitim durumuna göre toplam agresyon ölçek puanları okuma yazması olmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Öfke ve düşmanlık alt ölçek puanları okuma yazması olmayanlarda yüksekti. CTQ toplam puanı ebeveyni okuma yazması olmayanlarda yüksekti. Benzer şekilde duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar ve fiziksel istismar alt ölçek puanları okuma yazması olmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. PANSS ölçek toplam puanında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmazken, agresyon riski alt ölçek puanı okuma yazması olmayanlarda anlamlı yüksekti (Tablo 11).

Tablo 11: Ebeveyn eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Eğitim Durumu			F	P
	Yok	İlköğretim	Lise ve üstü		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Buss-Durke Agresyon					
Fiziksel	23,68±2,567	22,89±3,511	20,67±2,887	1,548	0.218
●●Sözel	7,38±3,075	7,90±2,506	10,00±3,464	4,403	0.111
●●Öfke	23,88±5,050	21,98±5,011	17,33±0,577	9,329	0.009**
●●Düşmanlık	22,32±3,772	19,62±4,018	16,33±2,309	12,161	0.002**
●●Dolaylı	13,18±2,516	11,73±3,060	10,67±4,619	4,507	0.105
Toplam	90,44±10,393	84,13±14,146	75,00±13,856	3.720	0.028*
CTQ					
Duygusal ihmal	15,53±2,191	13,73±2,930	11,67±2,887	6,348	0.003**
Fiziksel ihmal	20,59±1,459	19,78±1,621	18,33±0,577	4,813	0.010*
●●Duygusal istismar	15,53±3,686	12,17±4,470	10,67±6,351	13,692	0.001**
●●Fiziksel istismar	13,65±4,498	11,25±5,367	8,67±6,351	6,346	0.042*
●●Cinsel istismar	8,68±5,465	6,51±3,706	8,33±5,774	5,817	0.055
●●Toplam	73,97±12,231	63,44±14,897	57,67±21,94	14,250	0.001**
PANSS					
Pozitif	16,15±1,743	15,54±1,821	15,33±2,309	1,326	0.270
Negatif	15,26±1,543	14,73±1,285	15,00±1,732	1,641	0.199
Genel	32,32±3,657	31,67±2,482	32,00±3,464	0,547	0.580
●●Agresyon riski	7,09±1,990	6,81±1,533	5,00±1,732	6,139	0.046*
Toplam	70,82±4,982	68,75±4,575	67,33±5,774	2,413	0.095

*p< 0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Oneway Anova test

●●Kruskal Wallis test

4.6.2 Ailenin gelir durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Ailenin gelir durumuna göre Agresyon ve CTQ toplam ölçek puanlarında ve alt ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmadı. PANSS toplam puanında fark yokken PANSS negatif alt ölçek puanı orta gelirli olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (Tablo 12).

Tablo 12 : Ailenin gelir durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Alt gelirli Ort±SS	Orta gelirli Ort±SS	F	P
Buss-Durke Agresyon				
Fiziksel	23,22±3,275	22,33±2,920	0,971	0.327
••Sözel	7,84±2,707	7,53±3,044	0,568	0.451
••Öfke	22,67±5,135	21,47±4,838	0,253	0.815
••Dolaylı	12,08±2,929	12,80±3,364	0,115	0.313
••Düşmanlık	20,36±4,134	20,87±4,274	1,017	0.734
Toplam	86,18±13,554	85,00±12,421	0,098	0.755
CTQ				
Duygusal İhmal	14,22±2,834	14,60±2,971	0,222	0.639
Fiziksel İhmal	20,11±1,629	20,00±1,558	0,001	0.979
••Duygusal İstismar	13,11±4,491	14,20±4,843	1,028	0.311
••Fiziksel İstismar	12,16±5,232	11,00±5,196	0,489	0.484
••Cinsel İstismar	7,15±4,479	8,13±4,734	2,509	0.113
••Toplam	66,66±15,067	67,93±15,299	0,354	0.552
PANSS				
Pozitif	15,75±1,832	15,67±1,759	0,029	0.866
Negatif	14,80±1,289	15,80±1,805	4,318	0.040*
Genel	31,69±2,907	33,07±2,963	2,826	0.096
••Agresyon riski	6,86±1,712	6,80±1,859	0,000	1.000
Toplam	69,11±4,670	71,13±5,397	2,293	0.133

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

***p<0,001

Oneway Anova test

••Kruskal Wallis test

4.6.3 Ailede psikiyatrik hastalık varlığına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Ailede psikiyatrik hastalık olanlarda Agresyon, CTQ ve PANSS toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Dolaylı agresyon ve düşmanlık alt ölçek puanları, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar alt ölçek puanları da ailede psikiyatrik hastalık olanlarda yüksekti. Yine ailede psikiyatrik hastalık olanlarda PANSS negatif ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (Tablo 13).

Tablo 13: Ailede psikiyatrik hastalık varlığına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Yok	var	t / z	P
	Ort±SS	Ort±SS		
Buss-Durke Agresyon				
Fiziksel	22,96±3,39	23,80±2,01	0,924	0.198
●●Sözel	7,89±2,59	7,20±3,55	1,889	0.059
●●Öfke	22,29±5,14	23,60±4,79	1,752	0.080
●●Dolaylı	11,80±3,01	14,40±1,68	3,056	0.002**
●●Düşmanlık	19,95±4,14	23,20±2,91	2,675	0.007**
Toplam	84,91±13,97	92,20±6,22	1,981	0.002**
CTQ				
Duygusal İhmal	13,91±2,91	16,40±0,83	3,284	0.000***
Fiziksel İhmal	19,84±1,62	21,00±1,19	2,659	0.003**
●●Duygusal İstismar	12,56±4,53	17,27±1,53	3,833	0.000***
●●Fiziksel İstismar	11,66±5,37	13,87±3,89	1,394	0.163
●●Cinsel İstismar	7,04±4,40	8,80±4,96	2,228	0.026*
●●Toplam	65,00±15,42	77,33±5,64	3,226	0.001**
PANSS				
Pozitif	15,68±1,86	16,07±1,53	0,755	0.397
Negatif	14,75±2,27	15,87±1,73	2,955	0.029*
Genel	31,76±2,79	32,67±3,72	1,096	0.383
●●Agresyon riski	6,80±1,62	7,13±2,26	1,551	0.121
Toplam	69,43±4,53	71,73±4,48	2,061	0.042*

*p< 0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Student t test kullanıldı

●●Mann-Whitney U test

4.7. Klinik özelliklerine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

4.7.1 Hastalık başlangıç yaşına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Hastalık başlangıç yaşı ile toplam agresyon puanı, öfke, düşmanlık ve dolaylı agresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı. En kuvvetli ilişki dolaylı agresyon alt ölçek puanı ile olan ilişkiydi. Hastalık başlangıç yaşı ile CTQ toplam ölçek puanı ve tüm CTQ alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı. En kuvvetli ilişki duygusal istismar alt ölçek puanı ile oldu. Hastalık başlangıç yaşı ile PANSS toplam puanı arasında ve agresyon riski dışındaki PANSS alt ölçek puanları arasında negatif yönde ilişki saptandı. Genel alt ölçek puanı ile olan ilişki en kuvvetli oldu (Tablo 14).

4.7.2 Hastaneye yatış sayısına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Hastaneye yatış sayısı ile toplam agresyon puanı arasında ve sözel agresyon dışındaki alt agresyon alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. En kuvvetli ilişki dolaylı agresyon alt ölçek puanı ile oldu. Hastaneye yatış sayısı ile CTQ toplam ölçek puanı ve tüm alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. Duygusal ihmalle olan ilişki en kuvvetliydi. Hastaneye yatış sayısı ile PANSS toplam ölçek puanı arasında ve agresyon riski dışındaki tüm alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. En kuvvetli ilişki pozitif semptom alt ölçeğine aitti (Tablo 14).

Tablo 14: Klinik özelliklere göre ölçek puanları

	Hastalık Başlangıç Yaşı	Yatış Sayısı
	R	R
Buss-Durke		
Fiziksel	-.182	.324**
●●Sözel	-.094	-.125
●●Öfke	-.233*	.359***
●●Düşmanlık	-.265**	.337**
●●Dolaylı	-.318**	.401***
Toplam	-.264**	.387***
CTQ		
Duygusal İhmal	-.327**	.445***
Fiziksel İhmal	-.217*	.355***
●●Duygusal İstismar	-.339**	.412***
●●Fiziksel İstismar	-.240*	.368***
●●Cinsel İstismar	-.315**	.254*
●●Toplam	-.363***	.449***
PANSS		
Pozitif	-.242*	.296**
Negatif	-.277**	.242*
Genel	-.285**	.255*
●●Agresyon riski	-.107	.162
Toplam	-.346***	.348***

*p< 0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Pearson

●●Spearman rho

4.7.3 Alkol kullanımına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Alkol kullanımı olanlarda toplam agresyon puanı, düşmanlık, öfke ve fiziksel agresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Öfke alt ölçek puanı farklılık yaratan en yüksek puandı. CTQ toplam puanı ve CTQ alt ölçek puanları alkol kullanımı olanlarda anlamlı olarak yüksekti. En yüksek anlamlı farkı duygusal alt ölçek puanı oluşturuyordu. PANSS toplam ölçek puanı ve pozitif semptom alt ölçek puanı alkol kullananlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (Tablo 15).

Tablo 15: Alkol kullanımına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	alkol yok Ort±SS	alkol var Ort±SS	t / Z	P
Buss-Durke Agresyon				
Fiziksel	22,82±3,33	25,15±2,03	1,966	0.008**
●●Sözel	7,86±2,69	7,08±2,63	0,858	0.391
●●Öfke	21,87±4,98	26,85±3,87	3,208	0.001**
●●Dolaylı	12,01±3,13	13,20±1,78	0,944	0.345
●●Düşmanlık	19,93±4,15	24,08±2,50	2,852	0.004**
Toplam	84,49±13,75	94,53±5,65	2,777	0.000***
CTQ				
Duygusal İhmal	13,96±2,96	16,07±0,80	2,724	0.000***
Fiziksel İhmal	19,88±1,65	20,73±1,16	1,911	0.022*
●●Duygusal İstismar	12,81±4,69	15,87±2,26	2,260	0.024*
●●Fiziksel İstismar	11,33±5,30	15,73±2,55	3,069	0.002**
●●Cinsel İstismar	6,73±3,74	10,53±6,81	2,289	0.022*
●●Toplam	64,72±15,05	78,93±7,40	3,393	0.001**
PANSS				
Pozitif	15,52±1,73	17,00±1,81	3,039	0.003**
Negatif	14,89±1,42	15,07±1,28	0,439	0.662
Genel	31,66±2,67	33,27±4,01	1,980	0.154
●●Agresyon riski	6,79±1,70	7,20±1,90	1,358	0.175
Toplam	68,86±4,59	72,53±4,98	2,821	0.006**

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

***p<0,001

Student t test(t)

●●Mann-Whitney U test(z)

4.7.4 Psikoaktif madde kullanımına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Psikoaktif madde kullanımı olanların toplam agresyon puanları ve düşmanlık alt ölçek puanları psikoaktif madde kullanımı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. CTQ toplam ölçek puanı ve duygusal ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar alt ölçek puanları da psikoaktif madde kullanımı olanlarda yüksekti. PANSS toplam puanları psikoaktif madde kullanımı olanlarda yüksekken, PANSS alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 16).

Tablo 16: Psikoaktif madde kullanımına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	madde yok	madde var	t / Z	P
	Ort±SS	Ort±SS		
Buss-Durke Agresyon				
Fiziksel	23,03±3,31	23,86±1,77	0,651	0.300
●●Sözel	7,86±2,72	6,86±3,18	1,312	0.190
●●Öfke	22,28±5,07	25,29±4,85	1,934	0.053
●●Dolaylı	12,10±3,04	13,43±2,07	0,929	0.353
●●Düşmanlık	20,20±4,13	23,57±2,88	2,010	0.044*
Toplam	85,47±13,61	93,00±5,80	1,448	0.014*
CTQ				
Duygusal İhmal	14,13±2,89	16,29±0,76	1,963	0.000***
Fiziksel İhmal	19,95±1,62	20,86±1,21	1,451	0.101
●●Duygusal İstismar	13,02±4,59	16,57±1,81	1,998	0.046*
●●Fiziksel İstismar	11,76±5,27	15,00±3,42	1,591	0.112
●●Cinsel İstismar	7,01±4,18	11,14±7,01	2,078	0.038*
●●Toplam	65,87±15,03	79,86±7,10	2,643	0.008**
PANSS				
Pozitif	15,67±1,79	16,71±1,98	1,484	0.141
Negatif	14,88±1,39	15,43±1,51	0,998	0.321
Genel	31,77±2,81	33,57±4,31	1,570	0.317
●●Agresyon riski	6,83±1,71	7,14±2,03	0,804	0.421
Toplam	69,15±4,69	72,86±5,46	1,995	0.049*

*p< 0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Student t test kullanıldı

●●Mann-Whitney U test

4.7.5 Yasal sorun varlığına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Yasal sorun varlığına göre ölçek puanları arasında anlamlı farklılıklar saptandı. Agresyon toplam ölçek puanı, fiziksel agresyon, öfke, düşmanlık alt ölçek puanları yasal sorun olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. En yüksek anlamlı farklılık öfke alt ölçek puanında saptandı. CTQ toplam ölçek puanı ve cinsel istismar dışındaki diğer alt ölçek puanları yasal sorunu olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. En yüksek anlamlı farklılık duygusal ihmal alt ölçek puanında saptandı. PANSS pozitif ve agresyon riski alt ölçek puanları yasal sorunu olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (Tablo 17).

Tablo 17: yasal sorun varlığına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Yasal sorun yok Ort±SS	Yasal sorun var Ort±SS	t / Z	P
Buss-Durke Agresyon				
Fiziksel	22,78±3,26	25,15±2,03	2,540	0.002**
●●Sözel	7,90±2,76	7,08±2,63	0,974	0.330
●●Öfke	21,84±4,94	26,85±3,87	3,501	0.000***
●●Dolaylı	12,03±3,13	13,23±1,48	0,737	0.461
●●Düşmanlık	19,90±4,06	24,08±2,50	3,467	0.001**
Toplam	84,45±13,48	96,38±5,61	3,142	0.000***
CTQ				
Duygusal İhmal	13,98±2,91	16,31±0,85	2,855	0.000***
Fiziksel İhmal	19,85±1,62	21,08±1,11	2,636	0.002**
●●Duygusal İstismar	12,82±4,61	16,31±2,39	2,544	0.011*
●●Fiziksel İstismar	11,40±5,26	15,92±2,63	3,226	0.001**
●●Cinsel İstismar	7,15±4,28	8,31±5,89	0,512	0.608
●●Toplam	65,20±15,27	77,92±6,41	2,736	0.006**
PANSS				
Pozitif	15,60±1,81	16,69±1,55	2,064	0.042*
Negatif	14,94±1,42	14,77±1,30	0,415	0.679
Genel	31,94±2,78	31,62±3,99	0,372	0.780
●●Agresyon riski	6,70±1,69	7,85±1,68	2,799	0.005**
Toplam	69,18±4,81	70,92±4,73	1,219	0.226

*p< 0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Student t test (t)

●●Mann-Whitney U test(z)

4.7.6 Kendine zarar verme durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Kendine zarar veren olguların agresyon toplam puanı, öfke ve düşmanlık alt ölçek puanları zarar vermeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. CTQ toplam ölçek puanı ve tüm CTQ alt ölçek puanları kendine zarar veren olgularda istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. En yüksek anlamlılık cinsel istismar alt ölçek puanına aitti. PANSS toplam ölçek puanı, pozitif semptomlar ve genel semptomlar alt ölçek puanı da kendine zarar veren olgularda anlamlı olarak yüksekti (Tablo 18).

Tablo 18: Kendine zarar verme durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	zarar yok Ort±SS	Zarar var Ort±SS	t / Z	P
Buss-Durke Agresyon				
Fiziksel	22,83±3,46	23,92±2,18	1,448	0.073
●●Sözel	7,88±2,58	7,50±2,26	1,236	0.217
●●Öfke	21,79±4,99	24,71±4,84	3,058	0.002**
●●Dolaylı	11,84±3,13	13,29±2,22	1,703	0.088
●●Düşmanlık	19,70±4,15	22,79±3,15	3,006	0.003**
Toplam	85,47±13,61	93,00±5,80	2,697	0.001**
CTQ				
Duygusal İhmal	13,79±2,99	15,83±1,46	3,212	0.000***
Fiziksel İhmal	19,84±1,68	20,54±1,25	1,878	0.033*
●●Duygusal İstismar	12,47±4,70	15,79±2,78	3,045	0.002**
●●Fiziksel İstismar	11,13±5,35	14,71±3,69	2,881	0.004**
●●Cinsel İstismar	6,20±2,95	10,79±6,50	3,844	0.000***
●●Toplam	63,43±14,80	77,67±9,90	4,329	0.000***
PANSS				
Pozitif	15,41±1,67	16,79±1,88	3,434	0.001**
Negatif	14,78±1,36	15,38±1,44	1,852	0.067
Genel	31,36±2,41	33,63±3,77	3,474	0.010*
●●Agresyon riski	6,83±1,65	6,92±1,98	0,874	0.382
Toplam	68,37±4,27	72,71±5,03	4,157	0.000***

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

***p<0,001

Student t test(t)

●●Mann-Whitney U test(z)

4.7.7 İntihar varlığına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

İntihar girişimi görülen olguların agresyon toplam puanı ve sözel agresyon dışındaki agresyon alt ölçek puanları, intihar girişimi görülmeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. En yüksek anlamlılık dolaylı agresyon alt ölçek puanına aitti. CTQ toplam puanı ve fiziksel ihmal dışındaki tüm CTQ alt ölçek puanları intihar girişimi olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Cinsel istismar alt ölçek puanı en yüksek anlamlı farkı oluşturuyordu. Toplam PANSS puanı ve agresyon riski dışındaki diğer PANSS alt ölçek puanları da intihar girişimi olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (Tablo 19).

Tablo 19: İntihar durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	intihar yok Ort±SS	intihar var Ort±SS	t / Z	P
Buss-Durke Agresyon				
Fiziksel	22,77±3,52	23,96±2,05	1,660	0.039*
●●Sözel	7,64±2,29	8,19±3,73	0,307	0.759
●●Öfke	22,03±5,10	23,74±4,93	2,318	0.020*
●●Dolaylı	11,63±3,06	13,70±2,20	2,916	0.004**
●●Düşmanlık	19,79±4,28	22,19±3,19	2,258	0.024*
Toplam	83,86±14,43	91,78±7,30	2,718	0.001**
CTQ				
Duygusal İhmal	13,74±3,05	15,74±1,40	3,275	0.000***
Fiziksel İhmal	19,85±1,69	20,44±1,31	1,654	0.068
●●Duygusal İstismar	12,26±4,67	16,00±2,73	3,607	0.000***
●●Fiziksel İstismar	10,99±5,41	14,70±3,49	2,662	0.008**
●●Cinsel İstismar	6,04±2,91	10,70±6,12	4,245	0.000***
●●Toplam	62,88±14,82	77,59±9,39	4,703	0.000***
PANSS				
Pozitif	15,37±1,66	16,74±1,85	3,549	0.001**
Negatif	14,68±1,31	15,56±1,45	2,865	0.005**
Genel	31,25±2,39	33,67±3,55	3,906	0.002**
●●Agresyon riski	6,99±1,49	6,48±2,24	0,223	0.823
Toplam	68,29±4,38	72,44±4,68	4,135	0.000***

*p< 0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Student t test (t)

●●Mann-Whitney U test(z)

4.8. Kullanılan ölçek puanları arasındaki ilişki

4.8.1 Agresyon ile PANSS ve CTQ arasındaki ilişki

Her üç ölçek toplam puanlarının kendi aralarında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (Tablo 20).

Tablo 20: Agresyon ile PANSS ve CTQ ölçek puanları arasındaki ilişki

	PANSS toplam	Agresyon toplam	*CTQ toplam
	R	r	r
PANSS toplam	---	.59***	73***
Agresyon toplam	59***	----	58***
*CTQ toplam	73***	58***	-----

*p<0,05
Pearson

**p<0,01
•• Spearman rho

***p<0,001

4.8.2 PANSS ile CTQ arasındaki ilişki

PANSS toplam ölçek puanı ile tüm CTQ alt ölçek puanları arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki bulundu. PANSS toplam puanı ile cinsel istismar alt ölçek puanı arasındaki ilişki en kuvvetliyken, fiziksel ihmal alt ölçek puanı arasındaki ilişki en zayıf oldu. Genel istismar puanı ile PANSS toplam puanı arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki vardı (Tablo 21).

Tablo 21: PANSS ile CTQ puanları arasındaki ilişki

	Pozitif sempt	Negatif sempt	Genel	*Agresyon riski	PANSS toplam
	R	R	r	R	r
Duygusal ihmal	.48***	.42***	.31**	.77***	.65***
Fiziksel ihmal	.11	.14	-.05	.77***	.29**
*Cinsel istismar	.55***	.79***	.80***	-.27**	.78***
*Fiziksel istismar	.83***	-.01	.13	.64***	.54***
*Duygusal istismar	.55***	.58***	.29**	.41***	.67***
*İSTİSMAR	.70***	.57***	.44***	.27**	.73***

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001
Pearson

*Spearman rho yapıldı.

Alt ölçeklere bakıldığında;

PANSS pozitif semptom ölçek puanı ile tüm travma alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. En kuvvetli ilişki fiziksel istismar alt ölçek puanı ile iken en zayıf ilişki fiziksel ihmal alt ölçek puanı ile idi.

PANSS negatif semptom ölçek puanı ile fiziksel ihmal ve fiziksel istismar alt ölçek puanları arasında bir ilişki saptanmazken, diğer alt ölçek puanlarıyla pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. En kuvvetli ilişki cinsel istismar alt ölçek puanı ile olundu.

PANSS genel semptom ölçek puanı ile fiziksel ihmal ve fiziksel istismar alt ölçek puanları arasında bir ilişki saptanmazken, diğer alt ölçek puanlarıyla pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. En kuvvetli ilişki cinsel istismar alt ölçek puanı ile olundu.

PANSS agresyon riski alt ölçek puanı ile bütün CTQ alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulundu. Cinsel istismar alt ölçek puanı ile negatif yönde zayıf bir ilişki, diğer alt ölçeklerle pozitif yönde kuvvetli ilişki vardı. Pozitif yönde en kuvvetli ilişki fiziksel ve duygusal ihmal alt ölçek puanları arasındaydı (Tablo 21).

4.8.3. Agresyon ile CTQ arasındaki ilişki

Toplam agresyon ölçek puanı ile CTQ toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. En kuvvetli ilişki fiziksel istismar alt ölçek puanı ile olundu. Cinsel istismar alt ölçek puanı ile total agresyon arasında bir ilişki saptanmadı.

Alt ölçek puanlarına bakıldığında:

Fiziksel agresyon alt ölçek puanı ile cinsel istismar alt ölçek puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Diğer travma alt ölçekleriyle fiziksel agresyon alt ölçek puanı arasında pozitif yönde ilişki bulundu. En kuvvetli ilişki fiziksel istismar ile olan ilişkiydi.

Sözel agresyon alt ölçek puanı ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve duygusal istismar alt ölçek puanları arasında negatif yönde ilişki bulundu. Diğer CTQ alt ölçekleri arasında ilişki bulunmadı. Sözel agresyon alt ölçek puanı ile total istismar ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Öfke alt ölçek puanı ile cinsel istismar alt ölçek puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Diğer CTQ alt ölçek puanları arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki bulundu. En kuvvetli ilişki fiziksel istismarla olan ilişkiydi ve oldukça yüksekti.

Düşmanlık alt ölçek puanı ile cinsel istismar alt ölçek puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Diğer CTQ alt ölçek puanları arasında pozitif yönde kuvvetli anlamlı ilişki bulundu. En kuvvetli ilişki duygusal ihmal alt ölçek puanı ile olan ilişkiydi.

Dolaylı agresyon alt ölçek puanı ile tüm CTQ alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. En kuvvetli ilişki duygusal istismar alt ölçek puanı ile olan ilişkiydi. Total istismar ölçek puanı ile en kuvvetli ilişki düşmanlık alt ölçek puanı arasındaki ilişkiydi (Tablo 22).

Tablo 22: Agresyon ile CTQ puanları arasındaki ilişki

	Fiziksel agresyon	*Sözel agresyon	*Öfke	*Düşmanlık	*Dolaylı agresyon	Total agresyon
	r	r	r	r	r	r
Duygusal ihmal	.73***	-.64***	.78***	.92***	.64***	.87***
Fiziksel ihmal	.64***	-.65***	.81***	.83***	.59***	.72***
*Cinsel istismar	-.09	.06	.05	.17	.52***	.09
*Fiziksel istismar	.92***	.05	.93***	.82***	.38***	.97***
*Duygusal istismar	.51***	-.29**	.62***	.76***	.80***	.55***
*İSTİSMAR	.48***	-.16	.65***	.70***	.66***	.58***

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001 Pearson *Spearman rho

4.8.4 PANSS ile Agresyon arasındaki ilişki

PANSS toplam ölçek puanı ile agresyon toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. PANSS toplam ölçek puanı ile en kuvvetli ilişki dolaylı agresyon alt ölçek puanı arasındaki ilişkiydi. Sözel agresyon alt ölçek puanı ile PANSS toplam ölçek puanı arasında ilişki saptanmadı.

PANSS pozitif semptomlarla tüm agresyon alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Alt ölçekler arasında en kuvvetli anlamlı ilişki fiziksel agresyon alt ölçek puanı ile olan ilişkiydi. Toplam agresyon ölçek puanı ile ilişki en kuvvetli oldu.

PANSS negatif semptomlarla dolaylı agresyon alt ölçek puanı arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki, sözel agresyon alt ölçek puanı ile negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı. Diğer agresyon alt ölçek puanlarıyla negatif semptom alt ölçek puanı arasında ilişki saptanmadı.

PANSS genel semptomlar alt ölçek puanı ile sadece dolaylı agresyon alt ölçek puanı arasında pozitif yönde bir ilişki saptandı. Diğer agresyon alt ölçekleri ile ilişki saptanmadı.

PANSS agresyon riski alt ölçek puanı ile dolaylı agresyon alt ölçek puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. PANSS agresyon riski ile sözel agresyon arasında negatif yönde kuvvetli anlamlı ilişki bulunurken, diğer agresyon alt ölçek puanlarıyla pozitif yönde kuvvetli anlamlı ilişki bulundu. En kuvvetli ilişki düşmanlık alt ölçek puanı ile oldu (Tablo 23).

Tablo 23: PANSS ile Agresyon puanları arasındaki ilişki

	Pozitif sempt	Negatif sempt	Genel	*Agresyon riski	PANSS toplam
	R	R	r	R	r
Fiziksel agresyon	.67***	-.09	.03	.64***	.39***
*Sözel agresyon	.38***	-.30**	.09	-.49***	-.09
*Öfke	.63***	-.01	.01	.81***	.47***
*Düşmanlık	.58***	.14	.02	.87***	.54***
*Dolaylı agresyon	.38***	.78***	.57***	.19	.75***
Toplam agresyon	.74***	.11	.19	.65***	.59***

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Pearson

* Spearman rho

4.9 Regresyon analizi

Çoğu travma alt ölçek puanları arasında yüksek korelasyon olduğundan (r = 25-93) (cinsel istismarla fiziksel ihmal arasında anlamlı korelasyon olmasa da) ve bu çoklu bağıntılılık (multi colineraty) sorunu yaratabileceğinden regresyon analizinde CTQ genel travma (istismar) puanları kullanıldı. Bu amaçla fiziksel agresyon, sözel agresyon, öfke, düşmanlık, dolaylı agresyon puanları bağımlı değişken olarak kullanılarak hiyerarşik lineer regresyon (hierarchical multiple lineer regression) analizi yapıldı. Bu analizde ilk adımda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ebeveyn eğitimi, ailenin geliri, kardeş sayısı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, PANSS toplam puanı bağımsız değişken olarak girildi. İkinci adımda agresyona bağımsız katkısını anlamak için istismar değişkeni (toplam CTQ puanı) tek başına girildi. Agresyon alt

tiplerinin yordayıcıları demografik öykü ve geçmiş istismar değişkenleri kontrol edilerek incelendi (Tablo 24).

Fiziksel agresyon bağımlı değişken olarak kullanıldığında, ilk adımda modelin açıkladığı varyans %12 idi. $F(9,90)=2,54$, $p=0.012$. İlk adımda PANSS toplam puanı fiziksel agresyonu yordayan en güçlü değişkendi. İkinci adımda analize istismar eklendiğinde modelin açıkladığı varyans %56 'a yükseldi. $F(1,89)=89,4$, $p<0.001$. İkinci adımda fiziksel agresyonu yordayan en güçlü değişken istismar oldu. Travma öyküsünün etkisi kontrol edildiğinde, düşük hastalık şiddeti (PANSS puanı) ile anlamlı ilişki gözlemlendi.

Sözel agresyon bağımlı değişken olarak kullanıldığında, ilk adımda modelin açıkladığı varyans %14 idi. $F(9,90)=2.70$, $p=0.007$. İlk adımda ebeveyn eğitiminin yüksekliği, kadın cinsiyeti ve PANSS toplam puanı sözel agresyonu yordayan ancak güçlü olmayan değişkenlerdi. İkinci adımda analize istismar eklendiğinde modelin açıkladığı varyans %13 'e düştü. $F(1,89)=0.02$, $p=0.89$. İkinci adımda istatistiksel anlamlılık bulunmadı.

Öfke bağımlı değişken olarak kullanıldığında, ilk adımda modelin açıkladığı varyans %15 idi. $F(9,90)=2,93$, $p=0.004$. İlk adımda öfkeyi yordayan anlamlı değişkenler büyüklük sırasına göre PANSS toplam puanı ve erkek cinsiyeti idi. İkinci adımda analize istismar eklendiğinde modelin açıkladığı varyans %51'e yükseldi. $F(1,89)=66.5$, $p<0.001$. İkinci adımda öfkeyi yordayan en güçlü değişken istismar oldu. Travma öyküsünün etkisi kontrol edildiğinde düşük hastalık şiddeti (PANSS puanı), erkek cinsiyeti ve ailede psikiyatrik hastalık olmaması ile anlamlı ilişki gözlemlendi.

Düşmanlık bağımlı değişken olarak kullanıldığında, ilk adımda modelin açıkladığı varyans %40 idi. $F(9,90)=8.33$, $p<0,001$. İlk adımda PANSS toplam puanı düşmanlığı yordayan en güçlü değişkendi. Değişkenlerin büyüklük sırasına göre ebeveyn eğitim düşüklüğü ve erkek cinsiyet ile de anlamlı ilişki vardı. İkinci adımda analize istismar eklendiğinde modelin açıkladığı varyans %72'e yükseldi. $F(1,89)=101.9$, $p<0.001$. İkinci adımda düşmanlığı yordayan en güçlü değişken istismar oldu. Travma öyküsünün etkisi kontrol edildiğinde erkek cinsiyeti ile anlamlı ilişki gözlemlendi.

Dolaylı agresyon bağımlı değişken olarak kullanıldığında, ilk adımda modelin açıkladığı varyans %51 idi. $F(9,90)=12.6$, $p<0,001$. İlk adımda PANSS toplam puanı dolaylı agresyonu yordayan en güçlü değişkendi. Ailede psikiyatrik hastalık varlığı etkisi zayıf olan diğer yordayıcıydı. İkinci adımda analize istismar eklendiğinde modelin açıkladığı varyans %69 'a yükseldi. $F(1,89)=51.7$, $p<0.001$. İkinci adımda fiziksel agresyonu yordayan en güçlü değişken istismar oldu. Travma öyküsünün etkisi kontrol edildiğinde yüksek hastalık şiddeti (PANSS puanı), ailede psikiyatrik hastalık varlığı ve kadın cinsiyet ile anlamlı ilişki gözlemlendi.

Tablo 24: Regresyon analizi tablosu

	Fiziksel Agresyon		Sözel agresyon		Öfke		Düşmanlık		Dolaylı agresyon	
1.ADIM	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p
Cinsiyet	0.02	.82	-0.31	.002	0.24	.015	0.20	.017	-0.13	.08
Yaş	-0.01	.96	-0.12	.30	-0.01	.93	0,05	.58	0.11	.15
Medeni durum	-0.05	.65	0.06	.52	-0.08	.40	-0.07	.40	0.03	.97
Eğitim durumu	0.16	.22	-0.09	.45	0.14	.25	0.11	.32	0.11	.23
Ebeveyn eğitimi	-0.06	.60	0.34	.007	-0.23	.07	-0.29	.005	-0.08	.38
Ailenin geliri	-0.17	.13	-0.15	.16	-0.07	.53	0.06	.53	-0.04	.65
Kardeş sayısı	0.14	.28	0.18	.16	0.10	.43	-0.01	.90	-0.62	.53
Ailede psikiyatrik hastalık	-0.09	.45	-0.09	.43	-0.12	.29	0.07	.46	0.18	.03
PANSS toplam	0.39	.00	0.26	.012	0.30	.004	0.48	.000	0.62	.00
2 .ADIM	Beta	p	Beta	P	Beta	P	Beta	p	Beta	p
Cinsiyet	0.02	.73	-0.31	.002	0.24	.001	0.20	.001	-0.13	.03
Yaş	-0.07	.34	0.12	.24	-0.07	.40	-0.01	.88	0.07	.26
Medeni durum	-0.02	.80	0.06	.52	-0.06	.44	-0.05	.41	0.02	.73
Eğitim durumu	-0.03	.98	-0.09	.48	0.00	.97	-0.03	.69	0.01	.86
Ebeveyn eğitimi	0.14	.12	0.33	.010	-0.04	.70	-0.11	.12	0.05	.49
Ailenin geliri	-0.11	.14	-0.15	.16	-0.02	.80	0.10	.11	-0.01	.96
Kardeş sayısı	0.12	.21	0.19	.16	0.08	.42	-0.03	.64	-0.08	.32
Ailede psikiyatrik hastalık	-0.15	.06	-0.09	.45	-0.18	.04	0.01	.83	0.14	.04
İstismar(Travma)	1.03	.00	-0.02	.89	0.94	.000	0.88	.000	0.66	.00
PANSS toplam	-0.30	.005	0.28	.059	-0.33	.003	-0.11	.19	0.18	.046

5.TARTIŞMA

Demografik Özellikler

Çalışmamıza katılan hastaların yaşları 23-54 arasında olup, ortalaması $38,2\pm 7,91$ yıldır. Hastaların çoğunluğu (%80) ilkokul mezunuydu. Hastaların çoğunluğu(%54) ilde doğmuştu, %46 hastada başka bir yere göç hikayesi vardı. Kentsel yerleşimde yaşamak, göç etmiş bir ailenin çocuğu olarak dünyaya gelmek, ailenin sınıfsal konumunun düşük olması, şizofreni riski ile ilişkili bulunmuştur (228).

Kentsel ve kırsal alanlar arasındaki şizofreni yaygınlığını karşılaştıran 10 çalışmanın ortak değerlendirmesinde, kırsal alanlara göre kentsel alanlarda şizofreninin yaklaşık iki kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (40) . Göç ve şizofreniyle ilgili son 30 yıl içinde yapılmış tüm çalışmaları değerlendiren önemli bir gözden geçirme yazısı, ilk kuşak göçmenler için göreceli riskin 2,7 ve ikinci kuşak göçmenler için göreceli riskin 4,5 olduğunu bildirmiştir (151).

Medeni durum yönünden çoğunluğu (%50) boşanmıştı. Şizofreni hastalarında evli olmak toplum ortalamasının altındadır. Bu hastalar evlenmekte güçlük çekmekte ve daha sık boşanmaktadırlar. Şizofreni hastalarının hiç evlenmemiş olma durumu sık, boşanmış ve ayrı yaşama oranları ise artmış olarak gözlenmektedir. Evlenmemiş şizofreni hastalarının premorbid işlevinin daha bozuk olduğu, psikozun daha erken yaşta başladığı ve hastalığın daha kötü bir gidiş gösterdiği izlenmektedir (33, 34).

Tamamı çalışmıyordu. Çalışma oranının düşük olması ve büyük kısmının bekâr ya da boşanmış olması hem hastalık süreci hem de şiddetiyle ilişkili olabilir. Danimarka'da ulusal kayıt sistemine dayalı olarak yapılan bir olgu kontrol çalışmasında şizofreni riski işsizlik, düşük eğitim düzeyi, bekar olmak, düşük refah düzeyi, düşük gelir ve çocuksuz olmakla ilişkili bulunmuştur(46). Sorunlu aile içi ve kişilerarası ilişkiler ve yinelemeler nedeniyle, hastalığın sıkı bir terapotik işbirliğinin sağlanması gerekir.

Sürekli dahili hastalığı olan 17 kişi (%17) bulunmaktaydı. %90 'nının sosyal güvencesi vardı. Bu durumun ülkemizde yıllar içinde artan yeşil kart uygulamasına ve sosyal güvenlikten faydalanma oranında artışa bağlı olabileceği düşünöldü.

Ailesel Özellikler

Çalışmamıza katılanların çoğunluğunu (%85) anne ve babası büyütmüştü ve kardeş sayıları 1-12 arasında değişmekte ortalaması $5,69 \pm 2,21$ idi. 45 ay ve daha uzun aralıklarla karşılaştırıldığında, kısa doğum aralıkları ile şizofreni arasında, doğrusal olmasa da, bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu ilişkide maternal folat kaybı, maternal stres ya da gebelik sırasındaki viral enfeksiyonlar ya da düşük doğum ağırlığı gibi etkenler de rol oynuyor olabilir (229).

Hastaların çoğunda (%85) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Hastaların %65'inin anne ve babası hayattaydı ve birliktelerdi. Ailede psikiyatri öyküsünün olması, kentsel alanda dünyaya gelmek, ülke dışında doğmak, üç ya da daha fazla çocuğa sahip olmak artmış şizofreni riski ile ilişkili bulunmuştur (46).

Babasının okuma yazması olmayan 16 kişi, annesinin okuma yazması olmayan 34 kişi vardı. Ebeveynlerinin çoğu ilkokul mezunuydu. %85 hasta alt gelirli aileden geliyordu. Psikiyatrik hastalıkların alt sosyal sınıflar arasında daha yaygın olduğu, psikiyatrik araştırmaların ısrarlı ve tekrarlayan bir bulgusudur (42). Şizofreninin alt sosyal sınıflarda yer alma ile en fazla ilişkili psikiyatrik bozukluk olduğu ve alt sosyal sınıflarda yer alma ile şizofreni tanısının 5 kat arttığı bildirilmiştir (43).

Çalışmamızda da hem ebeveynlerin eğitim seviyesi düşüktü hem de alt gelirli lerdi. Bu durum BRSHH'a başvuran hasta popülasyonunun sosyoekonomik düzeyiyle ilişkili olabilir.

Klinik Özellikler

Tanımlayıcı klinik özelliklere baktığımızda hastalık başlangıç yaşları 17-29 yaş arasında değişmekte ortalama $22,83 \pm 3,09$ idi. Şizofreni genellikle 45 yaşın altında ortaya çıkar. Başlangıç yaşı, erkeklerde 20-25 yaşları arası en yüksek tepe değerleri iken, kadınlarda başlangıç yaşı erkeklere oranla ortalama 5 yıllık bir gecikme süresi göstermektedir (25). Çocuklukta kötüye kullanım

öyküsü olanların, şiddete maruz kalan hasta grubunda hastalığın daha erken yaşta ortaya çıktığı bilinmektedir (135, 136). Bulgularımız yapılan çalışmalarla uyumluydu.

Hastane yatış sayıları 2-16 arasında değişmekte ortalama $8,38 \pm 3,52$ değerinde idi. Çocuklukta kötüye kullanım öyküsü olanların psikososyal işlevsellikleri daha düşük, iş performansları daha düşük, hastane başvurularının ve hastaneye yatış sayılarının daha fazla ve ilk hastaneye yatış yaşlarının daha erken olduğu ve prognozu da olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (182).

Sadece 12 hasta düzenli ilaç kullanmaktaydı.

Yasal sorun yaşayan 13 (%13) kişi bulunmaktaydı. Alkol kullanımı olan 15 kişi, psikoaktif madde kullanımı olan 7 kişi vardı. Sigara kullananlar yüksek oranda (%91) saptandı. Hastaların %24'inin kendine zarar verme davranışının olduğu ve %27'sinin en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu saptandı.

Demografik özelliklere göre ölçekler

Çalışmamızda cinsiyetlere göre çocukluk çağı travmaları, agresyon toplamı ve hastalık şiddeti arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Genel olarak agresyon puanları erkeklerde yüksekken, kadınlardaki dolaylı agresyon puanlarının yüksekliği anlamlı olarak farklıydı. Hastalık kadınlarda daha şiddetli seyrediyor gibi görünse de, PANSS alt ölçeği agresyon riski erkeklerde anlamlı olarak yüksekti. CTQ açısından belirgin ve anlamlı bir fark olmamasına karşın kadınların istismar puanları görece daha yüksek seyrediyordu.

Yapılan çalışmalarda bu konu ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmektedir(528). Bazı çalışmalarda; çocukluk çağı istismar ve alt tipleri incelendiğinde, kadın-erkek arasında anlamlı fark bulunmadığı, bazı çalışmalarda ise cinsel istismarın kadınlarda daha çok saptandığı bildirilmiştir (213).

Bizim çalışmamızda kadınların cinsel istismar puanının daha yüksek seyrediyor olması ama sonuç olarak kadın-erkek arasında çocukluk çağı istismarına uğrama açısından anlamlı bir fark bulunmaması birçok çalışmayla uyumludur.

Fossatia ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada erkeklerdeki fiziksel agresyon puanları kadınlara göre anlamlı derecede yüksektir (230). Adli psikiyatriyi ilgilendiren hemen tüm çalışmalarda, erkeklerin kadınlardan daha fazla şiddet suçu işledikleri belirtilmiştir (3, 189).

Çalışmamızda fiziksel agresyon puanlarının istatistiksel anlamlılık oluşturmayacak şekilde yüksek olması bu çalışmalarla uyumludur. Kadınlarda dolaylı agresyonun anlamlı derecede yüksek olması ise yeni bir bulgudur.

Çalışmamızda göç etme durumuna göre çocukluk çağı travmaları, agresyon toplamı ve hastalık şiddeti arasında anlamlı fark bulunmadı. Bazı çalışmalarda göç etmiş bir ailenin çocuğu olarak dünyaya gelmek, ailenin sınıfsal konumunun düşük olması, şizofreni riski ile ilişkili bulunmuştur (231). Bizim çalışmamızda ise göç etmiş olmanın hastalık üzerine anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir. Ancak göç etmiş ve etmemiş hastalarla yapılan çalışmalar daha çok bilgi verecektir.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre çocukluk çağı travmaları, agresyon toplamı ve hastalık şiddeti arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Çalışmamızda medeni duruma göre çocukluk çağı travmaları, agresyon toplamı ve hastalık şiddeti arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Çalışmamızda yasal sorun varlığına göre çağı travmaları, agresyon toplamı ve hastalık şiddeti arasında anlamlı farklılıklar saptandı. Toplam agresyon, fiziksel agresyon, öfke ve düşmanlık düzeyleri yasal sorun yaşayanlarda anlamlı yüksekti. En yüksek anlamlılık öfke düzeyindeydi. Cinsel istismar dışındaki diğer travma düzeyleri yasal sorun yaşayanlarda anlamlı yüksekti. En yüksek anlamlılık duygusal ihmal düzeyindeydi. Hastalık şiddeti, agresyon riski ve pozitif semptom düzeyleri yasal sorun yaşayanlarda anlamlı yüksekti.

Duygusal ihmale maruz kalan çocuklarda birçok duygusal, davranışsal, gelişimsel ve sosyal bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Bu tür travmalar, uzun dönem psikolojik işlevsellik üzerinde diğer travma tiplerinden daha fazla etkiye sahiptir (93). Bu tipte travmaya maruz kalan çocuklarda dışavurum ve içe atım sorunları, sosyal ilişkilerde bozukluk, kendine güvende azalma, intihar davranışı ve birçok başka psikiyatrik bozukluk görülebilmektedir. Duygusal ihmal yaşayan hastalarda zorlanma ya da engellenme durumlarında kolaylıkla saldırgan ya da taşkın davranış göstermeleri beklenebilir.

Çalışmamızda alkol kullanımına göre çağı travmaları, agresyon toplamı ve hastalık şiddeti arasında anlamlı farklılıklar saptandı. Hastalık şiddeti, pozitif semptom düzeyi alkol kullananlarda yüksekti. Tüm travma skorları yüksekken, en belirgin farklılık fiziksel istismar ve duygusal ihmal düzeylerindedi. Alkol

kullananlarda sözel ve dolaylı agresyon dışındaki agresyon düzeyleri yüksekti. Öfke düzeyi belirgin olarak yüksekti.

Çalışmamızda psikoaktif madde kullananlarda hastalık şiddeti yüksekken alt ölçeklerde anlamlı farklılık bulunmadı. Toplam travma düzeyi, duygusal ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismar düzeyleri de psikoaktif madde kullananlarda anlamlı yüksekti. Cinsel istismar düzeyi belirgin farklılık yaratıyordu. Toplam agresyon düzeyi ve düşmanlık madde kullanım öyküsü olanlarda anlamlı yüksekti. Alkol ve madde kötüye kullanımının tek başına ya da başka bir bozukluğa komorbid olduğu durumlarda, şiddet davranışı riski belirgin olarak artmaktadır.

Alkol intoksikasyonu, bırakma sonrası ve deliriumda şiddet görülebilir. Şiddet davranışı, sıklıkla disinhibisyon (özellikle intoksikasyonun erken fazı), emosyonel labilite ve muhakeme yetersizliği sonucu gelişmektedir (220)

Uyarıcıların (özellikle kokain) intoksikasyonunun erken fazında irritabilite, ajitasyondan öforiye kadar değişen davranışlara şiddet eşlik edebilir. Yoğun kokain kullanımı mani benzeri delirium tabloları oluşturabilir ayrıca kokain içme isteği de şiddet davranışına yol açabilir. Amfetamin kullanımında, irritabilite, paranoya ve saldırganlığın artması sonucu şiddet davranışı görülebilir (219).

Marihuana kullanımının, özellikle de ergenlerde, psikoza neden olabileceği konusunda giderek artan bir fikir birliği vardır (232). Çoğu çalışma erken kannabis kullanımının genel olarak psikotik bozukluk riskini arttırdığı, şizofreni gelişimi riskini iki kat yükselttiği ve psikotik bozukluklu hastalarda kötü prognoz ile ilişkilendirildiği klinik gözlemi desteklemektedir. Degenhardt ve Hall beş ülkeden altı uzunlamasına çalışmayı gözden geçirmişler ve kannabis kullandığını bildirme ile psikoz tanısı alma, ya da psikotik belirti gösterme arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. Analizleri, karıştırıcı faktörler kontrol edildikten sonra, düzenli kannabis kullanımının ergen ve genç erişkinlerde şizofreni tanısı ya da psikotik belirti bildirilmesi riskini arttırdığını göstermiştir. Boydell ve arkadaşları 757 ilk atak şizofreni vakasının kayıtlarını incelemişler ve kannabis kullanımının bizar davranış, düşünce bozukluğu, referansiyel ve paranoid sanrıların daha çok olması ile negatif belirtilerin daha az olması ile ve ailede şizofreni öyküsü ile ilişkili olduğu hipotezini değerlendirmişlerdir (234).

Çalışmamızın sonuçları bu konuda yapılmış çalışma sonuçlarıyla uyumluydu.

Kendine zarar veren olguların agresyon düzeyleri, kendine zarar vermeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Öfke ve düşmanlık düzeyleri belirgin yüksekti. Hastalık şiddeti, pozitif semptomlar ve genel semptom düzeyleri de yüksekti. Kendine zarar veren olgularda tüm travma düzeyleri yüksek saptanırken en yüksek düzey cinsel istismara aitti. Algül ve arkadaşlarının antisosyal kişilik bozukluğu olgularında kendine zarar verme davranışının saldırganlık, çocukluk çağı travmaları ve disosiasyon ile ilişkisini araştıran çalışmasında saldırganlık düzeyi ile kendini yaralama davranışı arasında belirgin ilişki olduğu belirtilmiştir (213.)

Literatürde kendine zarar verme davranışları olan bireylerde çocukluk çağında fiziksel veya cinsel istismar, ihmal ya da aileden yoksun kalma oranının yüksek olduğuna dikkat çekilmiştir. Akyüz ve arkadaşları, çocukluk çağı travmaları ile intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı arasında pozitif ilişki olduğunu ileri sürmüşlerdir (235, 236).

Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı olan olguların fiziksel ihmal, duygusal istismar ve çocukluk çağı travmaları toplamı, zarar vermeyen olgulardan anlamlı yüksek olması bu çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda intihar girişimi görülen olguların agresyon düzeyleri, intihar girişimi görülmeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Sözel agresyonla anlamlı bir ilişki saptanmazken, dolaylı agresyonla ilişki en yüksek düzeyde bulundu. İntihar girişimi görülen olguların, intihar girişimi olmayanlara göre daha fazla duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismara maruz kaldıkları saptandı. Cinsel istismar varlığı ile intihar girişimi açısından en kuvvetli riskti.

Daha önce yapılan çalışmalarda intihar düşüncesi ve girişimi ile çocukluk çağı travmaları ve zorlukları arasında güçlü bağ olduğu sonucu çıkmaktadır. Çocukluk çağı travmaları ile intihar riski arasındaki ilişki birçok çalışmada saptanmıştır (93, 236). Çalışmamız bu birçok çalışmayla uyumludur.

Enns ve arkadaşlarının çalışmasında intihar girişimi olanlar ile düşüncesi olan kadınların çocukluk çağı travmatik yaşantıları yönünden fark saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda anlamlı bir fark olması bu çalışmayla uyumlu değildir (237). Şizofreni hastalarında ölüm oranı toplum ortalamalarından 2-4 kat yüksektir. Şizofreni hastalarının %20-50'sinin intihar girişiminde bulunduğu, %10'unun tamamlanmış intihar gerçekleştirdikleri

bilinmektedir. Emir veren varsanılar ve madde kötüye kullanımı ile birlikte depresif bulguların ve umutsuzluğun varlığı, bekar ve erkek cinsiyet, hastalığın başında olmak, yeni hastaneye yatmış olmak, hastalığın sık tekrarlayan ve ağır seyirli olması, yüksek bilişsel işlevler ve içgörü, iyi sosyal desteğin olmaması şizofrenide intihar için yüksek risk faktörleridir .

Çalışmamızda olduğu gibi hastalık şiddeti ve travma varlığı ve agresyon özellikle de öfke yüksekliği intiharla ilişkili görünmektedir ve bulgu çalışmamızla uyumludur.

Şizofreni hastaları intiharları ilk 10 yıl gibi hastalığın erken dönemlerinde gerçekleştirmektedirler. Koreen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %15'inin ilk 5 yıl içinde ve psikotik semptomlarda bağımsız gerçekleştirdiklerini bildirmişlerdir. Paranoid tipte risk artmışken, negatif belirtilerin fazla olduğu hastalarda riskin daha düşük olduğu söylenebilir

Alkolizm intihar için önemli bir risk faktörüdür. Murphy ve Wetzel'in epidemiyolojik derlemesinde hayat boyu intihar riski yatan ve ayaktan tedavi gören alkol bağımlılarında %2.2 ve %3.4 olduğu bildirilmiştir (237). Dilbaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alkol bağımlılığı tanısı almış hastaların %26'sının hayatında en az 1 kez intihar girişimi olduğu, %61,5 'inin tekrarlayan girişiminin olduğu, girişimi olan grupta aile içi şiddetin fazla, umutsuzluk puanlarının, depresyon puanlarının girişimi olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve girişimlerin daha çok impulsif tarzda olduğu saptanmıştır (238).

Sher ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresif hastalardan alkol bağımlılığı hikayesi olanların, hayat boyu impulsivite ve agresyonlarının daha yüksek olduğu ve aynı zamanda bu kişilerde çocukluk çağı istismarı, intihar ve sigara kullanımı öyküsünün daha sık olduğu görülmektedir (239).

Glowinski ve arkadaşları tarafından 3000 kadın adölesan ikizle yapılan çalışmada, çocukluk çağı fiziksel istismarının intihar girişim öyküsü ile en ilişkili faktörlerden biri olduğu bildirilmiştir (240). Bizim çalışmamızda fiziksel istismarın kuvvetli ilişkisi olmasına karşın cinsel istismarın en kuvvetli ilişki göstermesi bu çalışmadan farklıdır.

Türkiye'de yapılan bir çalışmada çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmal ve intihar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. İntihar edenlerde en sık bildirilen % 24,7 ile duygusal ihmal olarak saptanmıştır. Cinsel

istismar %22, duygusal istismar %18.7, fiziksel ihmal %17.3, fiziksel istismar %15.3 şeklinde bulunmuştur (125) . Sarchiapone ve arkadaşları tarafından, 108 unipolar depresyon hastası ile yapılan çalışmada, vakalar intihar girişimleri ve travmaları yönünden değerlendirildiklerinde, 47 sinde (%43.5) yakın zamanda intihar girişimi olduğu ve intihar girişiminde bulunanların, CTQ skorlarının daha yüksek, özellikle duygusal istismar ve ihmal puanlarının anlamlı yüksek olduğu görülmüştür ve öfke düzeyleri yüksek bulunmuştur . Bizim çalışmamızdaysa intiharla en ilişki travma cinsel istismar iken ikinci sırada duygusal ihmal ve istismar yer almaktadır.

Joiner Jr ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hayat boyu intihar girişimleri ile fiziksel ve cinsel istismarın ve duygusal istismara göre daha yakından ilişkili olduğunu saptanmıştır (241). Ystgaard ve arkadaşlarının genel bir hastaneye intihar girişimi ile başvurmuş, geçmişte intihar girişimi olan ve kendini yaralama davranışı olan hastalarla yaptığı çalışmada fiziksel ve cinsel istismarın tekrarlayıcı intiharlar ve yaralama davranışları ile ilişkili olduğu diğerlerinin kronik intihar olayları ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmada cinsel istismar %35, fiziksel istismar %18, ihmal %27, aile içi şiddete şahit olma %31 oranında saptanmıştır (242).

Çocukluk çağı cinsel istismarı olan ve olmayan depresif kadın hastaları karşılaştıran çalışmada, iki grubun da depresyon şiddetinin eşit olduğu, fakat cinsel travması olanların intihar girişimine ve kendini yaralama davranışlarına yatkın olduğu görülmüştür. Molnar ve arkadaşları tarafından çocukluk çağı cinsel istismar ile intihar davranışı arasındaki güçlü ilişki ortaya konmuştur (243) Çalışmamızda cinsel istismarın intiharla ve kendini yaralama davranışı ile en ilişkili travma çeşidi olması bu çalışmalarla uyumludur.

Yapılan çalışmalara baktığımızda, Osvath ve arkadaşları tarafından intihar girişimi olan bireylerde çocukluk çağı istismarı ile Spielberger'in tarif ettiği sürekli öfke durumu arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır (244). Bizim çalışmamızda da intiharla öfke arasında kuvvetli anlamlı bir ilişki vardır.

Literatürle uyumlu olan çalışmamızın sonuçları, çocukluk çağı travmalarına maruz kalmış bireylerin duygularını güvenli bir şekilde ifade edemediklerini ve bu durumun erişkinlikte anlaşılamayan anksiyete, depresyon ya da öfke gibi şekillerle ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir.

Ailesel özelliklere göre

Ebeveyn eğitim durumlarına göre ölçek puanları arasında anlamlı farklılık saptandı. Toplam agresyon düzeyi ve öfke düzeyi ebeveyni okuma yazması olmayanlarda daha yüksekken, sözel agresyon düzeyi ailesi lise ve üstü eğitim almışlarda daha yüksekti. Cinsel istismar dışındaki tüm travma düzeyleri ailesi okuma yazma bilmeyenlerde daha yüksekti. Duygusal istismar düzeyi en belirgin ve oldukça yüksekti. Ebeveynlerinin eğitimine göre hastalarımızda hastalık şiddeti arasında fark yokken, agresyon riski az eğitim görmüş ailelerin çocuklarında daha yüksekti.

Ailenin gelir durumuna göre ciddi bir fark yokken, negatif semptom düzeyleri orta gelirli ailelerin çocuklarında daha yüksekti. Sosyoekonomik durum yönünden prevelanslar karşılaştırıldığında; sosyoekonomik durumu düşük olanlarda şizofreni beş kat fazla görüldüğü belirtilmektedir (34)

Şizofreni ve sosyal sınıf arasındaki ilişkiyi inceleyen 30 çalışmanın sonuçlarının derlendiği bir gözden geçirmede düşük sosyoekonomik konum artmış şizofreni riski ile ilişkili bulunmuştur. Babanın sosyal sınıfının düşük olması ya da yoksul bir bölgede dünyaya gelmek erişkinlikteki şizofreni riskini kontrollere göre 2,1 kat arttırmaktayken, her iki risk etkenini taşıyanlar için şizofreni riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca doğumda alt sosyal sınıflarda yer alan şizofreni hastalarının üst sosyal sınıfta yer alanlara göre tedaviye 8,5 yıl sonra başvurdukları belirtilmiştir (44, 45).

Alt toplumsal sınıflardaki bireylerin döllenme gibi yaşamın çok erken dönemlerinden başlayarak (baba yaşının ileri bir yaş olması, annede vitamin eksikliği, gebelikte influenza infeksiyonu, doğum travması, beslenme yetersizliği) farklı dönemlerde stres kaynağı olan psikososyal risk etkenlerine (eğitim düzeyinin düşük kalması, işsizlik, madde kullanımı, sosyal yalıtılmışlık) daha fazla maruz kaldıkları düşünülebilir. Bilimsel kaynaklarda, alt sosyal sınıflarda yer alan annelerin diyetlerinin içeriklerinin daha yoksun olduğu ve alt sosyal sınıftan çocukların daha fazla hekim başvurusunda bulunduğu dair veri de bulunmaktadır (44).

Ailede psikiyatrik hastalık varlığına göre ölçek düzeyleri arasında fark vardı. Dolaylı agresyon, düşmanlık ve toplam agresyon düzeyleri ailede psikiyatrik hastalık olanlarda yüksekti. Duygusal ihmal, duygusal istismar,

fiziksel ihmal , cinsel istismar düzeyleri ailede psikiyatrik hastalık olanlarda yüksekti. Fiziksel istismarla bir ilişki görülmedi. Toplam hastalık şiddeti ve negatif semptom şiddeti ailede psikiyatrik hastalık olanlarda yüksekti.

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda psikoz ve bipolar bozukluk tanısı görülme oranı anlamlı derecede yüksektir. Psikotik bireylerin birinci derecede akrabalarında hastalık 10 kat daha fazladır (32).

Düşük sosyoekonomik durum, negatif belirtilerin baskın olması, ailede şizofreni öyküsü varlığı, aile ortamının bozuk olması durumunda prognoz kötüdür. Çalışmamızda toplam hastalık şiddeti ve negatif belirtiler ailede psikiyatrik hastalığı olanlarda fazlaydı, yine bunlarda duygusal ihmal ve istismar da fazlaydı.

Klinik özelliklere göre

Çalışmamızda hastalık başlangıç yaşı ile agresyon düzeyi, çocukluk çağı travmaları tipleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı. Hastalık başlangıç yaşı ile öfke, düşmanlık ve dolaylı agresyon arasında negatif yönde bir ilişki saptandı. Agresyon düzeyi yüksek olanlarda hastalık daha küçük yaşlarda başlamıştı. Hastalık yaşı küçük olanlarda toplam agresyonun ve diğer agresyon tiplerinin düzeyleri daha fazlaydı. Hastalık başlangıç yaşı küçük olanlarda toplam travma ve tüm alt travma düzeyleriyle ilişki bulundu. Başlangıç yaşı küçük olanların daha çok travmaya uğradıkları saptandı. Duygusal istismar düzeyi en yüksek olanların hastalığı daha erken başlıyordu. Erken hasta olanlarda hastalık şiddeti de fazlaydı. En şiddetli pozitif semptomlarken, agresyon riski dışındaki tüm düzeyler de yüksekti.

Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olan hastaların ilk başvurularının daha erken, hastane yatışlarının daha sık ve yatış sürelerinin daha uzun olduğu, daha çok yalnız başlarına kalma eğiliminde oldukları, daha fazla ilaç aldıkları, kendine zarar verici davranışların, kendilerinin öldürme girişimlerinin daha sık, belirti şiddetinin daha fazla olduğu bulunmuştur (173, 174).

Çalışmamızda yatış sayıları ile hastalık şiddeti, çocukluk çağı travmaları ve agresyon düzeyleri arasında ilişki bulundu. Hastaneye yatış sayısı ile sözel agresyon dışındaki tüm agresyon türleriyle pozitif ilişki saptandı. Dolaylı agresyon düzeyleri en fazlaydı. Toplam ve tüm alt travma düzeyleri arasında

pozitif ilişki saptandı. Yatış sayısı fazla olanların daha çok travmaya maruz kaldığı görüldü. Duygusal ihmalle olan ilişki en fazlaydı. Hastalık şiddeti de farklılık gösteriyordu. Sık hastaneye yatanların hastalık şiddeti fazlaydı ve en önemli farkı pozitif semptom düzeyi oluşturuyordu. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular, çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların, yüksek agresyon düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Cinsel istismarın hastaneye yatış sayısı üzerinde anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Cinsel istismar tedaviye uyumsuzluk ya da yatışa neden olan kendine zarar verme davranışlarıyla ilişkili olabilir. Ancak bizim çalışmamızda, hastalık yatış sayısı ile duygusal ihmal ve sonra duygusal istismar daha ilişkili bulunmuştur. Çalışma sonuçları çocukluk çağı travma öyküsü olan hastaların, hastane yatış sayılarının sıklığı ile ilişkili olması bakımından yapılmış bir çok çalışmayla uyumluydu (173, 174, 182).

Ayrıca erken travmatik yaşantılar ve ebeveyn-çocuk ilişkisinde yaşanan sorunlarla ilişkili olarak travmatik yaşantısı olan ve daha yüksek agresyon düzeylerine sahip kişilerin hastalık seyirleri daha olumsuz olabilmektedir. Bu nedenle koruyucu ruh sağlığı açısından erken dönem ebeveyn-çocuk ilişkisine daha fazla önem verilmesi, hastalığın ortaya çıkışı ve klinik seyri üzerinde etkili olabilir.

Şizofreni- travma- agresyon ilişkisi

Çalışmamıza katılan olguların hastalık şiddetini gösteren PANSS toplam puanları 64-79 arasında değişmekte ve ortalamaları $69,41 \pm 4,81$ düzeyindeydi.

Çalışmamıza katılan olguların çocukluk çağı travmaları toplam puanları 45-88 arasında değişmekte ve ortalaması $66,85 \pm 15,03$ düzeyindeydi. En yüksek alt ölçek puan ortalaması fiziksel ihmale aitti ve $20,01 \pm 1,61$ düzeyindeydi. Bu örnekte cinsel istismar puanları $7,30 \pm 4,50$ ile en düşük olan alt ölçek puanıydı.

Fiziksel ve cinsel istismar türlerinin çoğunda duygusal istismar ve ihmal de yer almaktadır. Fiziksel istismar ve ihmal olgularının %90'ında duygusal istismar ve ihmal olduğu saptanmıştır (83, 115). Bizim çalışmamızda da travma alt ölçekleri arasında yüksek korelasyon vardı.

Duygusal ya da fiziksel ihmal %36,1 oranı ile en sık görülen travma tipi olarak bulunmuştur. Bu oran İstanbul'da lise öğrencilerinde %16,5, üniversite

öğrencilerinde %8 olarak saptanan oranlardan önemli oranda yüksektir. Ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında %33,3, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında %33,2 olarak bulunmuştur (6). Çalışmamızdaki en yüksek düzey fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanlarına aitti ki, bu çalışma ile uyumluydu.

Çalışmamıza katılan olguların agresyon toplam puanları 67-101 arasında değişmekte ve ortalaması $86 \pm 13,34$ düzeyindeydi. En yüksek alt ortalama $23,09 \pm 3,22$ ile fiziksel agresyona aitti. $22,49 \pm 5,08$ ortalama ile öfke puanları hemen arkasından geliyordu. Sözel agresyon puanlarıysa en düşük olanı ($7,79 \pm 2,74$).

Hastalık şiddeti ile travma ilişkisi

Hastalık şiddeti ile çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki bulundu. Hastalık şiddeti ile cinsel istismar arasındaki ilişki en kuvvetliken, fiziksel ihmalle ilişki en zayıf bulundu.

Pozitif semptomlarla çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki vardı. En kuvvetli ilişki fiziksel istismarla , en zayıf ilişki fiziksel ihmalle oldu. Hastalığın negatif semptomlarıyla fiziksel ihmal ve fiziksel istismar arasında ilişki saptanmazken, cinsel istismarla kuvvetli bir ilişki saptandı. Genel semptomlarla fiziksel ihmal ve fiziksel istismar arasında bir ilişki saptanmazken, cinsel istismarla kuvvetli bir ilişki saptandı.

Yeni Zelanda'da ayaktan hastalarda yapılan bir çalışmada istismar öyküsü olmayan hastalarda varsanı oranı % 19 iken fiziksel istismar olanlarda bu oranın % 47'ye, cinsel istismar olanlarda % 55'e, hem fiziksel hem cinsel istismar varlığında % 71'e yükseldiği, özellikle kendisine veya başkalarına zarar vermesini söyleyen işitsel varsanıların olduğu saptanmıştır. Başkalarına zarar vermesini söyleyen sesler, istismar olmayanlarda % 2 iken, sadece fiziksel istismar varsa % 18, cinsel istismar varsa % 15, hem fiziksel hem cinsel istismar varsa % 29 oranında görülmektedir. Sadece emir veren seslerin oranına bakıldığında, istismar olmayanlarda % 5, fiziksel istismar olanlarda % 21, cinsel istismar olanlarda % 27, hem fiziksel hem cinsel istismar olduğunda % 36'ya kadar çıktığı bulunmuştur (170, 175, 176).

Çalışmamızda da pozitif semptomlarla fiziksel ve cinsel istismar arasında bulunan pozitif yönde anlamlı ilişki bu çalışma ile uyumludur.

Şizofreni belirtileri ile çocukluk çağı travma arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda; çocuklukta cinsel istismar ve fiziksel istismar öyküsü olan kişilerde olmayanlara göre pozitif belirtilerin daha fazla, negatif belirtilerin ise daha az olduğu saptanmıştır (177) . Bizim çalışmamızda fiziksel ve cinsel istismarı olanlarda pozitif semptom düzeyinin yüksek olması bu çalışmayla uyumluyken, cinsel istismar olanlarda negatif semptom düzeyinin yüksek olması bu çalışmadan ayrılan yöndür.

Almanya'da yapılan bir çalışmada şizofreni tanısı alan hastaların çoğunda başlangıçta işitsel varsanı varsa, çoğunlukla geçmişte bir travmatik olay olduğu ya da erken döneme ait bir travmayı hatırlattığı tespit edilmiştir. Janssen ve arkadaşlarının yaptığı topluma dayalı bir araştırmada çocukluk çağı travmaları ile varsanılar arasındaki ilişki gösterilmiştir(16). Kilcommons ve Morrison'un psikotik hastalarda TSSB prevalansını araştırdıkları çalışmada, travmanın şiddeti TSSB ve psikotik deneyimlerin şiddeti ile, fiziksel istismar pozitif psikotik belirtiler ile ve cinsel istismar özellikle hallüsinasyonlar ile ilişkilendirilmiştir(185). Manchester'da şiddete maruz kalan 373 ergen ile yapılan bir çalışma da bu bulguları desteklemektedir (55).

Çalışmamızda genel istismar düzeyi ile pozitif semptomlar arasında pozitif yöndeki kuvvetli ilişki bu çalışmalarla uyumludur.

Çocukluk çağında cinsel istismar olmasının, şizofreni hastalarında hastalık gidişini etkilediği, pozitif belirtilerin şiddetinin de arttığı ve psikososyal işlevselliğin daha kötü olmasına yol açtığı gösterilmiştir (181).

Çalışmamızda da PANSS toplam puanlarıyla, yani hastalık şiddetiyle en ilişkili travma cinsel istismar bulundu. Bulgumuz sözedilen çalışmayla uyumluydu.

Agresyon riski ile tüm çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki vardı. Cinsel istismarla negatif yönde zayıf bir ilişki varken, diğer travmalarla pozitif yönde güçlü bir ilişki vardı. En güçlü ilişki fiziksel ve duygusal ihmalle olandı.

Agresyon ile travma ilişkisi

Çalışmamızda toplam agresyon düzeyi ile çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktaydı. En

kuvvetli ilişki fiziksel istismar ile olan ilişkiydi. Fiziksel ve duygusal ihmal düzeyi de agresyonla oldukça yüksek ilişkiydi.

Duygusal ihmale maruz kalan çocuklarda birçok duygusal, davranışsal, gelişimsel ve sosyal bozukluklar ortaya çıkmaktadır . Bu tür travmalar, uzun dönem psikolojik işlevsellik üzerinde diğer travma tiplerinden daha fazla etkiye sahiptir (93). Bu tipte travmaya maruz kalan çocuklarda dışavurum ve içe atım sorunları, sosyal ilişkilerde bozukluk, kendine güvende azalma, intihar davranışı ve birçok başka psikiyatrik bozukluk görülebilmektedir. Bu tip travmaya maruz kalan şizofreni hastalarında da somatik hezeyanların sık görülmesi beklenebilir. Duygusal ihmal duygusal istismar ile birlikte kişilik bozuklukları için de önemli bir risk etmenidir. Bu nedenle bu tipte travmaya maruz kalan hastalarda zorlanma ya da engellenme durumlarında kolaylıkla saldırgan ya da taşkın davranış göstermeleri beklenebilir.

Fiziksel agresyonla cinsel istismar arasında bir ilişki bulunmazken, diğer tüm travma tipleriyle pozitif ilişki vardı. En kuvvetli ilişkisi olan fiziksel istismardı.

Bu alanda Kaufman ve arkadaşlarının çalışmalarında belirttikleri gibi şiddet uygulayan yetişkinlerin büyük bölümünde çocuklukta aile içi şiddete maruz kalma öyküsü saptanmıştır (188). Kuşaktan kuşağa aktarılan, her zaman basitçe şiddetin kendisi değil, bu durumu çevreleyen duygusal atmosferdir. İçselleştirilen öfke, korku ve çökkünlük duyguları, kişinin tutum ve davranışlarını yaşam boyu etkileyebilmektedir. Şiddet ve ihmal sonucu oluşan intrapsişik yapı, çoğu kez yine çeşitli biçimleriyle şiddeti doğuran bir saldırganlık kaynağı yaratmaktadır .

Çalışmamızda toplam agresyon düzeyi ile çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktaydı. En kuvvetli ilişki fiziksel istismar ile olan ilişkiydi. Fiziksel agresyonla cinsel istismar arasında bir ilişki bulunmazken, diğer tüm travma tipleriyle pozitif ilişki vardı. En kuvvetli ilişkisi olan fiziksel istismardı. Çalışmamızdaki sonuçlarla uyumlu olarak yapılan çalışmalarda aile içinde şiddete maruz kalan çocukların saldırganlık düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (160).

Sözel agresyonla travma arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve duygusal istismarla sözel agresyon arasında zayıf negatif ilişki bulundu. Bu durumun hastaların kendini ifade ederken sıkıntı yaşamalarıyla ilişkili olabileceği düşünüldü.

Öfke ile cinsel istismar arasında anlamlı bir ilişki yokken diğer tüm travma tipleriyle kuvvetli pozitif ilişki vardı. Öfke ile en ilişkili olan istismar çeşidi fiziksel istismardı.

Düşmanlık ile cinsel istismar arasında anlamlı bir ilişki yokken diğer tüm travma tipleriyle kuvvetli pozitif ilişki vardı. Düşmanlık ile en kuvvetli ilişki duygusal ihmal arasındaydı.

Dolaylı agresyonla tüm travma çeşitleri arasında kuvvetli pozitif ilişki vardı. En kuvvetli ilişki duygusal istismarla olandı. Çocukluk çağı travmalarıyla en kuvvetli ilişkisi olan agresyon şekli dolaylı agresyondur. Bu sonuç daha önce yapılan pek çok çalışmayla uyumludur.

Özellikle maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismar ya da ihmal gibi travmaların ilerleyen yaşlarda saldırgan davranışlara neden olduğu belirtilmektedir. Finzi ve arkadaşlarının çalışmasında da belirttikleri gibi, fiziksel istismara maruz kalanlar antisosyal davranışlar açısından risk altındadırlar..

Bu alanda yapılan bazı çalışmalar, istismar ve ihmal yaşantılarının alt tipleri üzerinden bir karşılaştırma yapmıştır. Buna göre fiziksel istismara maruz kalmış çocukların daha agresif davranışlar sergiledikleri, ihmale maruz kalanlardan daha fazla dürtüsel davranışları olduğu ve uyumsuz oldukları, akranlarının yaşadıkları üzüntülü durumlarla ilgili empati kuramadıkları, yaşlılarıyla kurdukları ilişkide daha fazla sözel ve fiziksel agresyona başvurdukları gözlenmiştir (130, 160).

Gelişim süreci içerisinde dürtüsellik ve agresyonun ortaya çıkışını araştıran çalışmalar, bunun yaşamın erken dönemlerindeki travmatik deneyimlerle ilişkisi üzerinde durmuştur. Erişkindeki agresyon çocuklukta maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismar ile ilişkili bulunmuştur (190, 193).

Algül ve arkadaşlarının çalışmasında da belirtildiği gibi çocukluk çağı travmaları ile saldırganlık düzeyi arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Aile içinde şiddete maruz kalan çocukların saldırganlık düzeyinin daha yüksek olduğu ileri sürülmüştür. Öte yandan, antisosyal kişilik bozukluğunun gelişmesi ile çocukluk çağında cinsel istismar, fiziksel istismar ya da ihmal gibi travmalar arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada, deneklerin %78.6'sı en az bir, %60'ı birden çok çocukluk çağı travması yaşadığını bildirmiştir ve bu oran saldırganlık düzeyi yüksek olan deneklerde daha yüksek bulunmuştur (191).

Hastalık şiddeti ile agresyon ilişkisi

Hastalık şiddeti ile agresyon arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. En kuvvetli ilişki dolaylı agresyonla olan ilişkiydi. Sözel agresyonla ilişki saptanmadı.

Pozitif semptomlarla tüm agresyon şekilleri arasında pozitif yönde ilişki vardı. Fiziksel agresyonla güçlü bir ilişki vardı ancak en kuvvetli ilişki toplam agresyon puanı ile olandı.

Negatif semptomlarla dolaylı agresyon arasında pozitif yönde kuvvetli, sözel agresyonla ise negatif yönde zayıf bir ilişki vardı. Diğer agresyon çeşitleri ile ilişki saptanmadı.

Genel semptomlarla sadece dolaylı agresyon arasında pozitif yönde bir ilişki vardı.

Agresyon riski ile düşmanlık arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki vardı. Sözel agresyonla negatif yönde zayıf bir ilişki varken, dolaylı agresyonla ilişki saptanmadı. Diğer agresyon çeşitleriyle pozitif ilişkisi vardı.

Agresyon düzeyi yüksek olan hastaların şizofreni belirtileri daha şiddetli ve tedavisi de daha zordur. Bu kişilerin agresyon düzeyini azaltmak mümkün olursa hastalık şiddetini azaltmak da mümkün olabilir.

Hastalık tanısına kıyasla paranoid ve kontrol hezeyanları gibi spesifik semptomlar şiddet davranışı ile daha çok ilişkili bulunmuştur. Araştırmalar, hastaların kendileri için bir tehdit olduğuna veya düşünce sokulması gibi kontrol edildiklerine dair hezeyanlarının, şiddet davranışıyla bağlantılı olduğunu göstermiştir. Hatta psikotik hastalarda bu içerikteki hezeyanların, daha önceki şiddet davranışından daha iyi ön belirleyiciler olduğu söylenmektedir (12).

Regresyon analizinin yorumu

Çoğu travma alt ölçek puanları arasında yüksek korelasyon olduğundan ve bu çoklu bağıntılılık sorunu yaratabileceğinden regresyon analizinde CTQ genel travma (istismar) puanları kullanıldı. Bu amaçla fiziksel agresyon, sözel agresyon, öfke, düşmanlık, dolaylı agresyon puanları bağımlı değişken olarak CTQ toplam puanı, PANSS toplam puanı ve demografik özellikler bağımsız değişken olarak kullanıldı.

Fiziksel agresyonu yordayan en güçlü değişken toplam travma düzeyi oldu. PANSS toplam puanı fiziksel agresyon üzerinde etkili iken travma

öyküsünün etkisi kontrol edildiğinde düşük hastalık şiddeti (PANSS puanı) ile anlamlı ilişki gözlemlendi.

Sözel agresyonu yordayan değişkenler; ebeveyn eğitiminin yüksekliği, kadın cinsiyeti ve PANSS toplam puanı idi. Ebeveyn eğitimi arttıkça kişilerin ve dolayısıyla hastaların kendini ifade etmeleri güçleniyordu.

Öfkeyi yordayan en güçlü değişken istismar oldu. Travma öyküsünün etkisi kontrol edildiğinde düşük hastalık şiddeti (PANSS puanı), erkek cinsiyeti ve ailede psikiyatrik hastalık olmaması ile anlamlı ilişki gözlemlendi.

Düşmanlığı yordayan en güçlü değişken istismar oldu. PANSS toplam puanı ve ebeveyn eğitimin düşüklüğü önemli iken travma öyküsünün etkisi kontrol edildiğinde erkek cinsiyeti ile anlamlı ilişki gözlemlendi.

Dolaylı agresyonu yordayan en güçlü değişken istismar oldu. Travma öyküsünün etkisi kontrol edildiğinde yüksek hastalık şiddeti, ailede psikiyatrik hastalık varlığı ve kadın cinsiyet ile anlamlı ilişki gözlemlendi.

Bu durumun açıklaması; ya şizofrenler agresif değiller, yani iddia edildiği gibi şizofreni doğası gereği agresyona neden olan bir hastalık değil, hastaları agresyona iten hastalığın sosyal yanı, çevreden gördüğü tepki, stigma, expressed emotion, geçirilmiş travma öyküsü, olaylara tepki verme şekilleri olabilir.

Ya da istismar ve PANSS toplam puanı arasında anlamlı yüksek korelasyon nedeniyle PANSS artefact olarak negatif ilişki gösteriyor olabilir. Ölçüm hatası olabilir. Hastaların ifadeleri, ölçek doldurmadaki sıkıntılar nedeniyle çalışmadaki kısıtlılık hatalı sonuçlar veriyor olabilir.

PANSS ve CTQ arasındaki yüksek korelasyon çoklu bağıntılılık sorunu çıkarabileceğinden bu bulguları yorumlarken dikkatli olmak gerekir. Yani ilişkide o kadar birbirleri ile bağıntılı ki biri diğerinin varyansını çalıyor, travma ağır basıyor, PANSS etkisini engelliyor olabilir.

Sizofreni ile agresyon arasındaki bağıntı düşünüldüğü zaman hastaların geçmiş travma yaşantıları göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumda hastalığın sosyal yönü önem kazanmaktadır. Hastalar, hastalık doğru yönetilemediğinden, gerekli rehabilitasyon çalışmaları yapılamadığından agresyonu kontrol altına almayı öğrenmemiş olabilirler.

Saldırganlık konusu düşünüldüğünde, daha iyi sonuçlara mediation analizleriyle ya da daha kapsamlı modellerle ulaşmak mümkün olabilir.

Tedavi ekibinin, toplum güvenliğinin sağlaması için hastanın Şiddet eğilimlerini bilmesi ve olası riskleri öngörebilmesi beklenmektedir. Psikiyatrik amaçla tehlikeliliğin belirlenmesi, hastanın tedavisini sağlamaya yöneliktir, bu öncelikle hastalığın niteliği ve uygulanacak tedavi yaklaŐımına yönelik değerlendirmeyi kapsar.

Kişilerin temel ihtiyaçları daha iyi bir Şekilde karŐılandığı takdirde, genel olarak kanuna karşı gelen davranışlar ve özelde Şiddet davranışı azalmaktadır. Şiddet davranışı gösteren Şizofreni hastaları çoğunlukla tedaviye uyumsuz olmalarının yanı sıra sosyal olarak yalıtılmıŐ ve kötü yaşam koŐullarına sahiptirler. Bu nedenle hastaneden çıkıŐ sonrasında hastaların yaşam koŐullarının ve sosyal destek sistemlerinin düzenlenmesi önemlidir.

Şiddetle sonuçlanabilecek riskli bireysel ve durumsal faktörlerin varlığında düzenli klinik izlem gerekir. Klinisyenin, uygunsuz öfkeli duygu dışavurumu ve dürtü kontrolüne odaklanması da önemlidir. Şiddetin yönetiminde ve tedavisinde, öfkenin vurgulandığı davranışsal, bilişsel ve psikoeğitimsel teknikler yanı sıra antipsikotikler, beta-blokerler, karbamazepin, SSRI ve lityum düzeyi üzerinde de durulması gerekir.

Çocukluk ağı travmaları Şizofreni hastalarında sık görülmekte, intihar giriŐimini, hastaneye yatış sayısını, saldırganlığı arttırmakta, hezeyan gelişimi ya da hezeyan gelişimini arttırıyor gibi görünmekte, tedaviye direnci arttırıyor izlenimi doğurmaktadır. Bu nedenlerle Şizofreni hastalarında psikotik belirtilerle birlikte çocukluk ağı travmalarının da araştırılması, ilaç tedavileriyle birlikte bu hastalarda çocukluk ağı travmalarının uygun terapilerle ele alınması ve tedavi edilmesi önerilebilir. Bu Şekilde intihar riski ve hastane yatış sayısı azaltılabilir, hastalığın prognozuna olumlu yönde katkılar sağlanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada şizofren tanılı olgularda, hastalık şiddeti, çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisinin ortaya konması amaçlanmıştır. Ayrıca sosyodemografik özellikler, psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş ve klinik özellikler yönünden çocukluk çağı travmaları ve agresyon düzeyi ile hastalık şiddeti ilişkisi araştırılmıştır.

Çalışmamızda agresyon düzeyi ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

En sık rastlanan fiziksel ve duygusal ihmaldir, ikinci sıklıkta duygusal istismar ve fiziksel istismar, üçüncü sıklıkta ise cinsel istismar gelmektedir. Bu anlamda, çocukluk çağı istismarına uğrama, intihar girişimi riskini arttırabileceğinden dikkatle araştırılması ve farklı terapötik yollarla ele alınması gereken bir durumdur.

Çalışmamızda fiziksel agresyon, çocukluk çağı travmalarının tüm alt boyutlarıyla pozitif yönde bir ilişkiye sahip iken, sözel agresyon sadece cinsel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplam puanı ile pozitif yönde ilişkili, öfke duygusal ve fiziksel ihmal, duygusal ve fiziksel istismar ve toplam travma şiddetiyle ilişkili, düşmanlık cinsel istismar dışındaki tüm travma çeşitleriyle ilişkili, dolaylı agresyonsa hem toplam travma şiddetiyle hem de bütün travma tipleriyle ilişkili bulunmuştur.

Hastalık şiddeti ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Şizofreni pozitif semptomları ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplamı arasında negatif yönde ilişki, negatif semptomlar ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve çocukluk çağı

travmaları toplamı arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Genel semptomlar ile duygusal ihmal ve istismar, cinsel istismar ve toplam travma şiddeti pozitif yönde ilişki, agresyon risk ve hastalık şiddetiyle tüm travma tipleri ve genel travma şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastalık şiddeti ile agresyon toplam puanı arasında da pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarda erkeklerin agresyon düzeyi kadınlardan yüksek iken çocukluk çağı istismarının varlığı cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; literatürdeki çalışmalarla uyumlu olarak kadın-erkek arasında çocukluk çağı istismarına uğrama açısından fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplamı lise altı eğitim düzeyindeki olgularda, lise ve üniversite mezunlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Agresyon düzeyi eğitim düzeyine göre farklılık göstermemektedir.

Çocukluk çağı istismarının varlığı yaş açısından değerlendirildiğinde, istismar öyküsü olanların daha genç olduğu, dürtüsellliği ve öfke düzeyi yüksek olan hastaların daha erken yaşlarda depresyona girebileceği ya da intihar girişiminde bulunabilecekleri söylenebilir.

Ailede birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar ile en az bir çeşit çocukluk çağı istismarına uğrama arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Özellikle de duygusal istismara uğramış olanlarda ailede psikiyatrik bir hastalık öyküsü mevcuttur.

Kendine zarar veren olguların agresyon düzeyi, fiziksel ihmal, duygusal istismar ve çocukluk çağı travmaları toplam puanı zarar vermeyen olgulardan yüksektir.

İntihar girişimi görülen olguların agresyon düzeyi, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismara maruz kalma oranı intihar girişimi görülmeyen olgulardan yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı istismarı alt tiplerine bakıldığında; fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ile intihar davranışı arasında yüksek oranda anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak;

Çocukluk çağı travmasına uğramış şizofreni hastalarının, klinik seyirlerinin kötü olabileceği, daha agresif, dürtüsel ve öfkeli olabileceği, daha fazla oranda intihar girişiminde bulunabileceği, özellikle duygusal istismarı ve

cinsel istismar öyküsü olanların, intihar açısından daha riskli olabileceği saptanmıştır.

Şizofrenide çocukluk çağı travmaları ve agresyon düzeyleri arasında ilişki bulunmaktadır. Bu durum hastalığın klinik süreci ve tedavisi açısından önemlidir. Bu nedenle koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine önem verilerek daha iyi bir ebeveyn çocuk ilişkisinin sağlanması, hem hastalığın ortaya çıkışı hem de klinik seyri üzerinde etkili olabilir.

Çocukluk çağı travması olan grupta intihar girişiminin daha yüksek olması, fiziksel ve duygusal istismarı olanlarda saldırganlığın daha yüksek oranda görüldüğü göz önüne alındığında; en sık yatış endikasyonlarını oluşturan saldırganlık ve intihar girişiminin çocukluk çağı travması olanlarda hastane yatış sayısının daha yüksek olmasının nedeni olabilir. Ayrıca çocukluk çağı travmaları, hezeyanları ve tedaviye direnci artırıyor izlenimi doğurmaktadır. Bu nedenlerle şizofreni hastalarında psikotik belirtilerle birlikte çocukluk çağı travmasının da sorulup araştırılması, ilaç tedavileriyle birlikte bu hastalarda çocukluk çağı travmasının uygun terapilerle ele alınması ve tedavi edilmesi önerilebilir. Bu şekilde intihar riski ve hastane yatış sayısı azaltılabilir, hastalığın prognozuna olumlu yönde katkılar sağlanabilir.

Çocukluk çağı travması son zamanlarda üzerinde oldukça durulan bir konudur. Değişik hasta gruplarında yapılan çalışmalarda sıklıkları araştırılmıştır. Ancak farklı hastalık gruplarıyla ya da toplum bazlı örneklerle çocukluk çağı istismarı alt tiplerinin ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar azdır ve gelecekte böyle çalışmaların yapılması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. McGrath J, Saha S, Welham J, et al. 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.
2. McGrath J. Hypothesis: is low prenatal vitamin D a risk-modifying factor for schizophrenia? *Schizophr Res* 1999;40:173–177.
3. Cannon M, Clarke MC. Risk for schizophrenia: broadening the concepts, pushing back the boundaries. *Schizophr Res* 2005;79:5–13.
4. Morgan C, Fisher H. Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma – a critical review. *Schizophr Bull* 2007;33:3–10.
5. Herman JL. *Trauma and Recovery*. Basic Books, New York, 1992.
6. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. *Temel Psikiyatri*. Güleç C, Köroğlu E (editörler) Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, Ankara, 1998, 823-834.
7. Türksöy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları, Psikolojik Travma ve Sonuçları: Aker T, Önder ME (editörler), 5US Yayıncılık, İstanbul, 2003, 9-21.
8. Beth S. Brodsky, Maria Oquendo, Steven P. Ellis, Gretchen L. Haas, Herpertrz, Kevin M. Malone, J. John Mann. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry* 2001;158:1871–1877.
9. Briere J, Runtz M. Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse Negl* 1990;14: 357-364.
10. Bifulco A, Moran P.M, Baines R, Bunn A and Standford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bull Menninger Clin* 2002;66(3): 241–258.
11. Kendler KS, Kuhn JW, Prescott CA. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in woman. *Psychol Med* 2004;34:1475–1482.
12. Pollock V.E, Briere J, Schneider L. Childhood antecedents of antisocial behavior: parental alcoholism and physical abusiveness. *Am J Psychiatry* 1990;147:1290-1293.
13. Widom CS. Child abuse, neglect and adult behavior: research design and findings on criminality, violence and child abuse. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59:355-367.
14. Cichetti D, Toth SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:541-565.

15. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 600-606.
16. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh w de Graaf R, van Os J. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:38–45.
17. Bebbington P, Bhugra D, Brugha T et al. Psychosis, victimization and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry* 2004;185:220–226.
18. Whitfield C, Dube S, Felitti V, Anda R. Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse Negl* 2005;29: 797–810.
19. Myin-Germeys I, van Os J. Stress-reactivity in psychosis:evidence for an affective pathway to psychosis. *Clin Psychol Rev* 2007;27: 409–424.
20. Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *Br J Clin Psychol* 2003;42: 331–353.
21. Read J, Ross CA. Psychological trauma and psychosis: another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2003; 31: 247–268.
22. Freeman D, Garety PA. Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behav Res Ther* 2003; 41:923–947.
23. 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.
24. Kaplan-Sadok's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.), 2.Cilt, 8.Baskı, Güneş Kitabevi, 2007, 1329-1512.
25. Köroğlu E, Güleç C, Psikiyatri Temel Kitabı. İkinci baskı Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007,184-205.
26. Stefan M, Travis M, Murray MR. An atlas of schizophrenia, Parthenon Publishing, London, 2002
27. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.
28. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi, Güneş kitabevi, Ankara, 2003
29. Ceylan ME. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni, 1. Cilt, 2. Baskı, İstanbul, 2001
30. Kaplan & Sadock. Klinik Psikiyatri El Kitabı 2. ve Güneş kitabevi, İstanbul, 2005.
31. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Eight Edition, Williams&Wilkins, Philadelphia, 1998.

32. Işık E, Taner E, Isık U(editörler). Şizofreni. Güncel Klinik Psikiyatri .Asimetrik Paralel. Ankara, 2008, 81-114.
33. Robbins LN, Reiger DA. Psychiatric disorders in America. New York: The freepres, New York, 1991.
35. Lieberman AJ. Textbook of Schizophrenia. The American Psychiatric Publishing, Washington, 2006.
36. Shenton ME, Dickey CC, Frumin M, Mc Carley RW. Review of MRI findings in Schizophrenia. Schizophrenia Research 2001; 49: 50-52.
37. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Textbook of Schizophrenia First ed., American Psychiatric Publishing, Washington, 2006.
38. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Basım. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2008, 242-323.
39. Ceylan ME, Çetin M, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni-2. Cilt, 3. Baskı , 2005, 83-613.
40. van Os J, Krabbendam L, Myin-Germeys I, Delespaul P. The schizophrenia envirome. Curr Opin Psychiatry 2005;18: 141-145.
41. Sundquist K, Frank G, Sundquist J. Urbanisation and incidence of psychosis and depression. Follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. Br J Psychiatry. 2004;184: 293-298.
42. Goldberg EM, Morrison SL. Schizophrenia and social class. Br J Psychiatry 1963; 109: 785-802.
43. Wiersma D, Giel R, De Jong A, Sloof CJ. Schizophrenia and social class in a Dutch cohort. Psychol Med. 1983;13: 141-150.
44. Mulvany F, O'Callaghan E, Takei N, Byrne M, Feoran P, Larkin C. Effect of social class at birth on risk and presentation of schizophrenia: case-control study. BMJ. 2001; 323: 1398-1401.
45. Harrison G, Gunnell D, Glazebrook C, Page K, Kwiecinski R. Association between schizophrenia and social inequality at birth: case—control study. Br J Psychiatry 2001; 179: 346-350.
46. Byrne M, Agerbo E, Eaton WW, Mortensen PB. Parental socio-economic status and risk of first admission with schizophrenia: A Danish national register based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004;39: 87–96.
47. Brown AS, Susser ES, Jandorf L, Bromet EJ. Social class of origin and cardinal symptoms of schizophrenic disorders over the early illness course. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000;35: 53–60.
48. Gallagher BJ, Jones BJ, McFalls Jr JA, Pisa AM. Social class and type of schizophrenia. Eur Psychiatry 2006;21: 233–237.
49. Wicks S, Hjern A, Gunnell D, Lewis G, Dalman C. Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: A national cohort study. Am J Psychiatry 2005; 162: 1652–1657.

50. Selten JP, Cantor-Graae E. Social defeat: risk factor for schizophrenia? Br J Psychiatry 2005;187: 101-102.
51. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. Am J Psychiatry 2005;162: 12–24.
52. Spataro J, Mullen P, Burgess P, Wells D, Moss A. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. Br J Psychiatry 2004; 184: 416–421.
53. Kroll J. Posttraumatic symptoms and the complexity of responses to trauma. JAMA 2003;290: 667–670.
54. Scott J, Chant D, Andrews G, et al. Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. Br J Psychiatry 2007; 190: 339–343.
55. Campbell ML, Morrison AP. The relationship between bullying, psychotic-like experiences and appraisals in 14–16 year olds. Behav Res Ther 2007;45: 1579–1591.
56. Degenhardt L, Hall W. Is cannabis use a contributory cause of psychosis? Can J Psychiatry 2006;51: 556–565.
57. Malmberg A, Levis G, David A, Allebeck P. Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia, British Journal of Psychiatry 1998;172: 308.
58. Stahl SM Temel Psikofarmakoloji Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamalar. Yelkovan Yayıncılık, 2003, 365-459.
59. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-4 TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC. Köroğlu E (Çeviri Ed.) ,Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000.
60. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlar ve Tanı Kılavuzları. Dünya Sağlık Örgütü. Öztürk O, Uluğ B(Çeviri Ed.), Ankara:Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği ,1993.
61. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry. Birsöz S, Karaman T(Çeviri Ed.)1. Basım. Ankara:Güneş kitabevi, 2003,261-265.
62. Herz MI J, Lamberti S, Mintz J. A Program for Relaps Prevention in Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2000;57: 277-283.
63. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Ninth edition. New York:Lippincott Williams&Wilkins, 2003,205-209.
64. Terr LC. Chowchilla revisited:the effects of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. Am J Psychiatry 1983;140: 1543-1550.
65. Gabbard OG. Mood Disorders Psychodynamic Aspects. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan HI, Sadock BJ (eds). 7.ed. Vol 1. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 1328-1335.
66. Odağ C. Nevrozlar-2. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, İzmir, 2001, 43-44.

67. 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: 1023-1039.
68. Lara D.G and H.S. Akiskal H.S. Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: II. Implications for neurobiology, genetics and psychopharmacological treatment, *J Affect Disord* 2006;94:89-103.
69. Lesch K.P and R. Mossner R, Genetically driven variation in serotonin uptake: is there a link to affective spectrum, neurodevelopmental, and neurodegenerative disorders? *Biol Psychiatry* 1998;44: 179–192.
70. Knutson B, Wolkowitz O.M, Cole S.W, Chan T, Moore E.A, Johnson R.C et al. Selective alteration of personality and social behavior by serotonergic intervention, *Am J Psychiatry* 1998;155: 373–379.
71. Clarke A.S, Kammerer C.M, George K.P, Kupfer D.J, McKinney W.T, Spence M.A et al. Evidence for heritability of biogenic amine levels in the cerebrospinal fluid of rhesus monkeys, *Biol Psychiatry* 1995;38: 572–577.
72. Weiss S.J. Neurobiological alterations associated with traumatic stress, *Perspect Psychiatr Care* 2007;43: 114–122.
73. Kaehler S.T, Singewald N, Sinner C, Thurnher C and Philippu A. Conditioned fear and inescapable shock modify the release of serotonin in the locus coeruleus, *Brain Res* 2000; 859: 249–254.
74. De Bellis M.D, Chrousos G.P, Dorn L.D, Burke L, Helmers K, Kling M.A et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls, *J Clin Endocrinol Metab* 1994;78: 249–255.
75. Sher L, Oquendo M.A, Galfalvy H.C, Cooper T, Band J, Mann J. Age effects on cortisol levels in depressed patients with and without comorbid post-traumatic stress disorder, and healthy volunteers, *J Affect Disord* 2004;82: 53–59.
76. Van Heeringen C. and Marusic A. Understanding the suicidal brain. *Br J Psychiatry* 2003;183: 282–284.
77. Eşel E. Anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003; 13: 78-87.
78. Dickie E.W, Brunet A, Akerib V and Armony J.L. An fMRI investigation of memory encoding in PTSD: influence of symptom severity, *Neuropsychologia* 2008; 46: 1522–1531.
79. Garner B, Chanen A.M, Philips L, Velakouis D, Wood S.J, Jackson H.J et al. Pituitary volume in teenagers with first-presentation borderline personality disorder, *Psychiatry Res* 2007;156: 257–261.
80. Özçelik B. Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının erişkin psikopatolojisi ile ilişkisi. Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 2002.
81. Kızıltan E, Eroğlu L. Travma ve disosiasyonun nörobiyolojisi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1998;3(4): 599-611.

82. Kepenkçi YK. Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. *Katkı Pediatri Dergisi* 2001; 22: 262-75.
83. Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US ve ark. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi* 2001;22:276-85.
84. Veltkamp, J. Lane ve Miller, W. Thomas. *Clinical Handbook of Child Abuse and Neglect*. USA: International Universities Press, 1994.
85. Oral R. ve ark. Child abuse in Turkey: An Experience in Overcome Denial and A Description of 50 Cases, *Child Abuse Neglect* 2001;25: 279-290.
86. Bulut I. Genç Anne ve çocuk istismarı. Ankara, 1996 ve 12–15.
87. Pfefferbaum B, Allen JR. Stress in children exposed to violence. Reenactment and rage. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998; 7:121-135.
88. Aptekar L, Boore JA. The emotional effects of disaster on children: A review of the literature. *Int J Ment Health* 1990;19:77-90.
89. Van Der Kolk BA, Greenberg MS. The Psychobiology of the trauma response: Hyperarousal, constriction and addiction to traumatic reexposure. In Van Der Kolk BA (ed.) *Psychological Trauma*. Washington DC: American Psychiatric press 1987, 63-87.
90. Sadock BJ, Sadock VA. Problems related to abuse and neglect. Kaplan & Sadock's *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, Cancro R (ed) 9.edition, Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins 2004, 370-376.
91. Taner Y, Gökler B. çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004;35: 82–86.
92. Kaplan S. Physical abuse and neglect. In: Lewis M (editor) *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Second ed. Baltimore Williams&Wilkins. 2002, 1208-1215.
93. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1214-22.
94. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 1991;148:55-61.
95. Lipman EL, MacMillan HL, Boyle MH. Childhood abuse and psychiatric disorders among single and married mothers. *Am J Psychiatry* 2001;158: 73-77.
96. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmali, *Dicle tıp dergisi* 2007;34(1): 70-74.
97. Knutson FJ. Psychological characteristics of maltreated children: putative risk factors and consequences. *Annu Rev Psychol* 1995;46:401-431.
98. Page AZ, Çocuk cinsel istismarı: cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları* 2004;7(13): 103-114.

99. İşeri E. Cinsel İstismar. Çetin FÇ, Pehlivanürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N(ed) Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı.1.baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008,470-477.
100. Merry SN, Andrews LK. Psychiatric Status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1994;33: 939-944
101. Fleming J, Mullen PE, Sibthorpe B ve ark. The relationship between childhood sexual abuse and alcohol abuse in women-a case-control study. Addiction, 1998; 93:1787-1798.
102. Smith M, Bentovim A. Sexual abuse. Child and adolescent psychiatry-Modern approaches, Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed.) Blackwell Science, 1994, 230-251.
103. Özen NE, Şener Ş. Çocuk ve Ergende Cinsel İstismar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 199; 4: 473-491.
104. Bifulco A, Brown GW, Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in adult life. British Journal of Psychiatry 1991;159: 115-122.
105. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009; 1: 95-119.
106. Sezgin U, Farley M, Baral I, Kiremire M. Prostitution in Five Countries:Violence and Post-Traumatic Stress Disorder. Feminism Psychology 1998;8(4): 405-426.
107. Bornstein BH, Kaplan DL, Perry AP. Child abuse in the eyes of the beholder: Lay perceptions of child sexual and physical abuse. Child Abuse Negl 2007;31(4): 375-391.
108. Davis JL, Petretic-Jackson PA, The Impact of Child sexual abuse on adult interpersonal functioning: a review and synthesis of the empirical literature. Aggress Viol Behav 2000;5(3): 291-328.
109. Freidrich WN, Fisher J, Dittner C, Acton R, Berliner L, Butler J et al. Child sexual behavior inventory: normative, psychiatric and sexual abuse comparisons. Child Maltreatment 2001;6: 347-349
110. Glaser D. Child Sexual Abuse. In: Rutter M, Taylor T, eds. Child and Adolescent Psychiatry, forth ed., Massachusetts: Blackwell Publishing Company, 2002,340-358.
111. Topbaş M. İnsanlığın Büyük Ayıbı: Çocuk istismarı, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3(4): 76-80.
112. Kara B, Biçer Ü, Gökalp A.S. Çocuk istismarı, çocuk sağlığı ve hastalıkları dergisi 2004;47: 140-151.
113. Ünal F. Ailede çocuk istismarı ve ihlali. TSA 2008;1: 9-18.
114. Polat O. Klinik adli tıp, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2004, 85-31.
115. Claussen A, Crittenden P. Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. Child Abuse Negl 1991;15:5-18.
116. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları, Anadolu psikiyatri dergisi 2001; 2: 69-78.

117. Emery RE, Laumann-Bilings L. Child abuse. In: Rutter M, Taylor E (editors) child and adolescent psychiatry. Great Britain: Bath Press, 2003, 325-329.
118. Yalın A, Avcı A, Kerimoğlu E, Aslan H. Çocuklarda fiziksel örselenmenin Ankara ve Adana illerinde görülme sıklığının taranması. 3P Dergisi 1995;3: 39-43.
278. Braquehais M.D, Oquendo M.A, Baca-García E and Sher L. Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? Comprehensive Psychiatry 2010;51(2): 121-129.
119. Kutchinsky B. Çocuk cinsel istismarı: yaygınlık, müdahale ve önleme genel bir bakış. Konaç E, Gürkaynak İ, Egemen A (der.) Çocukların Kötü Muameleden Korunması 1. Ulusal Kongre Kitapçığı, Ankara, 1991; 201-214.
120. Renteria SC. Summary: sexual abuse of female children and adolescents-detection, examination and primary care. Ther Umsch 2005;62: 230-237.
121. Plant M, Miller P. Childhood and adult sexual abuse: Relationship with addictive or problem behaviours and health. J Addict Dis 2005;24:25-38.
122. Green AH. Child sexual abuse and incest. Lewis M (ed): Child and Adolescent Psychiatry-A Comprehensive Textbook. Williams and Wilkins, 1996, 1041-1048.
123. Brown J, Cohen P, Johnson JG ve ark. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38: 1490-1496.
124. Topçu S. Çocuk İstismarının Tarihçesi. Çocuk ve Gençlerin İstismarı. Doruk Yayıncılık, Ankara, 1997, 30-34.
125. Yanık M. Özmen M. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşayanları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:140-146.
126. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. PTSD in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995;52: 1048-1060.
127. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006;15(9): 153-160.
128. Armağan E. Çocuk ihmali ve istismarı: psikoz tablosu sergileyen bir istismar olgusu, Yeni Symposium 2007;45(4): 170-173.
129. Runyan D, Corrine W, Ikeda R. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In world report on violence and health, World Health Organization, Geneva, 2002, 57-86.
130. Vahip I. Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: farklı bir açıdan bakış. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;13(4).
131. Özmen SK. Aile içinde öfke ve saldırganlığın etkileri. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2004;37(2): 27-39.
132. Green AH. Dimension of Psychological Trauma in Abused Children. J Am Acad Child Psychiatry 1983; 22(3): 231-237.

133. Mery SN, Andrews LK. Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1994;33: 939-944.
134. Rosenberg S.D, Lu W, Mueser K.T, Jankowski M.K, Cournos F. Correlates of Adverse Childhood Events Among Adults With Schizophrenia Spectrum Disorders, *Psychiatric Services* 2007;58(2): 245-253.
135. Livingston R. Sexually and physically abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26: 413-415.
136. Goff D.C, Brotman A.W, Kindlon D, Waites M, Amico E. Self Reports of childhood abuse in Chronically Psychotic Inpatients, *Psychiatry Research* 1991;37: 73-80.
137. Cadoret RJ, Lave LD, Devor E. Genetics of aggressive and violent behavior. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20(2): 301-22.
138. Can S. Agression Questionnaire adlı ölçeğin Türk popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Uzmanlık Tezi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis Şefliği, İstanbul, 2002.
139. Pervin LA, Oliver PJ *Handbook of Personality: Theory and Research*, The Guilford Press, New York, 1999.
140. Turgut T, Lagace D, Izmir M, Dursun S. Assessment of Violence and Aggression in Psychiatric Settings: Descriptive Approaches *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2006;16:179-194.
141. Fromm E. İnsandaki Yıkıcılığın Kökenleri. 1. Cilt, Çev: Şükrü Alpagut, Payel Yayınevi, İstanbul, 1984, 39-68.
142. Balkaya F, Şahin NH. Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(3): 192-202.
143. Kökdemir H, Öfke ve öfke kontrolü. *Pivolka* 2004;3(12): 7-10.
144. Goldman L, Haaga DAF, Depression and the experience and expression of anger in marital and other relationships. *J Nerv Ment Dis* 1995;183: 505-509.
145. Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2000;3:21-26.
146. Gençtan E. Psikanaliz ve Sonrası. 8. Basım, Remzi Kitapevi, İstanbul, 1998.
147. Atkinson LR, Atkinson RC, Hilgard ER. *Psikolojiye Giriş II, Sosyal Yay*, İstanbul, 1999.
148. Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. *Neuroscience, Exploring The Brain*. 2nd ed. Lippincott Williams Wilkins, , Baltimore, 2001.
149. Moore BE, Fine BD. *Psychoanalytic terms and concepts*. The American Psychoanalytic Association. Yale University Press, New Haven and London, 1990.
150. Averill JR. Studies on anger and aggression. Implications for theories of emotion. *Am Psychol* 1983;38(11):1145-60.

151. Barratt ES. Barratt Impulsiveness Scale, Version 11 (BIS-11). Impulse-Control Disorders measures. E Hollander, L Cohen, L Simon (editors), Handbook of Psychiatric Measures. AJ Rush, HA Pincus, MB First (Eds.), APA, Washington D.C, 2005, 691-693.
152. Bear D. Neurological perspectives on aggressive behaviour. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1991;3:53-58.
153. Volavka J. The neurobiology of violence. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1999; 11:307-314.
154. Özalp E. İntihar Davranışının Genetiği. Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20: 85-93.
155. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK et al. Violence and Psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. Hosp Comm Psychiatry 1990;41:761-770.
156. Simpson AI, McKenna B, Moskowitz A, Skipworth J, Barry-Walsh J. Homicide and Mental Illness in New Zealand, 1970-2000. Br J Psychiatry 2004;185: 394-398.
157. Tardiff K, Koenigsberg HW. Assaultive behavior among psychiatric outpatients. Am J Psychiatry 1985;142: 960-963.
158. Borum R, Swartz M, Swanson J. Assessing and managing violence risk in clinical practice. J Prac Psych Behav Health 1996;2: 205-222.
159. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Cooper TB ve ark. Central serotonin activity and aggression: inverse relationship with prolactin response to D-fenfluramine, but not CSF 5-HIAA concentration, in human subjects. Am J Psychiatry 199;154: 1430-1435.
160. Ayan S. Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 206-214.
161. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü baskı, (DSM-IV-TR), E Köroğlu (Çev. ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
162. Simeon D, Stanley B, Frances A, Mann JJ, Winchel R, Stanley M. Self-Mutilation in Personality Disorders: Psychological and Biological Correlates. Am J Psychiatry 1992; 149:221.
163. Buss AH, Perry M. The aggression Questionarie. J Pers Soc Psychol 1992; 63: 452-459.
164. Nicolson P, Wilson R. Is Domestic violence a gender issue? views from a British city. J Comm Appl Soc Psychol 2004;14:266-283.
165. Ritsher J, Coursey R, Farrell E. A survey on issues in the lives of women with severe mental illness. Psychiatr Serv 1997;48: 1273–1282.
166. Cohen Y, Spirito A, Sterling C et al. Physical and sexual abuse and their relation to psychiatric disorder and suicidal behavior among adolescents who are psychiatrically hospitalised. J Child Psychol Psychiatry 1996;37: 989–993.

167. Wurr C, Partridge I. The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse Negl* 1996; 20: 867–872.
168. Friedman S, Smith L, Fogel D et al. The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients. *Anxiety Dis* 2002;16:259–272.
169. Sarah Bendall, Henry J. Jackson, Carol A. Hulbert, and Patrick D. McGorry, *Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence*, *Schizophrenia Bulletin* 2008;34: 568–579.
170. Read J, Argyle N. Hallucinations, delusions and thought disorders among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatr Serv* 1999;50:1467–1472.
171. Shevlin M, Dorahy MJ, Adamson G. Trauma and psychosis: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2007;164:166–169.
172. Cougnard A, Marcelis M, Myin-Germeys I, et al. Does normal developmental expression of psychosis combine with environmental risk to cause persistence of psychosis? A psychosis proneness-persistence model. *Psychol Med* 2007;37:513–527.
173. Beck J, Van Der Kolk B. Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. *Am J Psychiatry* 1987;144:1474–1476.
174. Jablensky AV, Kalaydjieva LV. Genetic epidemiology of schizophrenia: phenotypes, risk factors and reproductive behaviour. *Am J Psychiatry* 2003;160:425–429.
379. Roy A. Reported Childhood Trauma and Suicide Attempts in Schizophrenic Patients. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 2005;35(6): 690
175. Heins T, Gray A, Tennant, M. Persisting hallucinations following childhood sexual abuse. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1990; 24: 561-565.
176. Goff D, Brotman A, Kindlon D, Waites M, Amico E. Selfreports of child abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Res* 1991;37:73–80.
177. Ross C, Anderson G, Clark P. Childhood abuse and positive symptoms of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:489–491.
178. Ross CA, Joshi S. Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Compr Psychiatry* 1992;33:269–273.
179. Honig A, Romme M, Ensink B, Escher S, Pennings M, Devries M. Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:646–651.
180. Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical assault during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2003;76: 1–22.
181. Lysaker P, Meyer P, Evans J, Clements C, Marks K. Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psych Serv* 2001; 52:1485–1488.

182. Üçok A, Bıkmaz S. The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia *Acta Psychiatr Scand* 2007;116: 371–377.
183. Howes OD, McDonald C, Cannon M, Arseneault L, Boydell J, Murray RM. Pathways to schizophrenia: the impact of environmental factors. *Int J Neuropsychopharmacol* 2004; 7(Suppl 1): 7-13.
184. Öztürk MO, Savaşır Y . Akut Paranoid Reaksiyonlarda Yansıtma Mekanizmasını Uyarıcı Dürtüsel Olay. *Nöro-psikiyatri Arşivi* 1969;6:101-108.
185. Kilcommons AM, Morrison AP. Relationship between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 351–359.
186. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences study. *Am J Prev Med* 1998;14:245-258.
187. Donnelly C.L. Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder, *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2003;12(2): 251–269.
188. Kaufman J, Zigler E. Do abused children become abusive parents? *Am J Orthopsychiatry* 1987;57:186-192.
189. Garino JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005;186:121-125.
190. Erickson MF, Egeland B, Pianta R. The effect of maltreatment on the development of young children. In Cicchetti C, Carlson V. (editors.), *Handbook of Child Maltreatment*. Cambridge University Press, Cambridge, 1989, 647–684.
191. Prino CT, Peyrot M. The effect of child physical abuse and neglect on aggressive withdrawn, and prosocial behavior. *Child Abuse Negl* 1994;18: 871–884.
192. Weiss B, Dodge, KA, Bates JE, Pettit GS. Some consequences of early harsh discipline, child aggression and maladaptive social information processing style. *Child Dev* 1992;63: 1321–1335.
193. Finzi R, Ram A, Even DH, Shnit Dan, Weizman A. Attachment Styles and Aggression in Physically Abused and Neglected Children. *J Youth Adolesc* 2001;30(6):769-786.
194. Rapoza KA. Attachment styles, alcohol and childhood experiences of abuse: an analysis of physical violence in dating couples. *Violence Vict* 2008;23(1):52-65.
195. Burgess A.W. Biology of memory and childhood trauma. *J Psychosocial Nursing mental health service* 1995;33 (3).
196. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry* 2001;158:1871-1877.
197. Kendal-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993;113: 164-180.

198. Roy A. Psychiatric emergencies. BJ Sadock, VA Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edition, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 2031-2040.
199. Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ, Özer H. Özkayım Girişiminde Bulunanlarda Sosyodemografik Özellikler ve Tanı Dağılımı. Kriz Dergisi 1997; 5: 37-42.
200. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. Am J Psychiatry 2003;160: 765-772.
201. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nestedcase-control study. BMJ 2002; 325:7355-7374.
- 202 . Mette Ystgaard, Ingebjørg Hestetun, Mitchell Loeb and Lars Mehlum. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? Child Abuse& Neglect 2004; 28: 863-875.
203. Roy A, Reported childhood trauma and suicide attempts in schizophrenic patients, Suicide Life Threat Behav 2005; 35(6): 690–693.
204. Zouk H, Tousingnant M, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions, J Affect Disord 2006; 92(2-3): 195–204.
205. Maloney E, Degenhardt L, Darke S, Mattick R.P and Nelson E. Suicidal behaviour and associated risk factors among opioid-dependent individuals: a case-control study, Addiction 2007;102(12): 1933–1941.
206. Evren C, Kural S and Cakmak D. Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents, Addict Behav 2006;31(3): 475–485.
207. Aksoy A, Ögel K. Kendine zarar verme davranışı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:226-236.
208. Messer J, Fremouv W. A critical review of explanatory models for selfmutilating behaviors in adolescent. Clin Psychol Rev 2008;28:162-168.
209. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. Am J Psychiatry 2003;160:1501-1508.
210. Ebrinç S, Basoglu C, Semiz UB, Çetin M. Bedenine zarar veren sınır kişilik bozukluğu hastalarında disosiyasyon, hipnoza yatkınlık ve çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımı. 3P Dergisi 2001; 9:377-386.
211. Akyuz G, Sar V, Kugu N, Doğan O. Reported childhood trauma, attempted suicide and selfmutilative behavior among women in the general population. Eur Psychiatry 2005 ve 20:268-273.
212. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M. Mood disorder in group of self-cutting adolescents. Acta Paedopsychiatry 1992; 55:103-105.

213. Algül A, Ateş MA, Gülsün M, Doruk A, Semiz ÜB, Başoğlu C, Ebrinç S, Çetin M. Antisosyal kişilik bozukluğu olgularında kendini yaralama davranışının saldırganlık, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:278-285.
214. Türkcan S, Yeşilbursa D: Adli psikiyatri, Psikiyatri Temel Kitabı, editör:Koroğlu E, Güleç C, HYB Basım, Ankara, 2007, 938-942.
215. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S: Major mental disorder and criminal violence in a Danish birth cohort ve 494-500, *Archives of General Psychiatry* 2000;57:494-500
- 216.Tiihonen J, Hakola P, Eronen M: Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients, *International, Forensic Science* 1996;79: 123-129.
217. Fazel S, Grann M: Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A Swedish Population Study ve *Am J Psychiatry* 2004;161:2129-2131.
218. Wallace C, Mullen P.E, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders . *Am. J. Psychiatry* 2004;161: 716-727.
219. Yager J, Gitlin MJ: Clinical manifestations of psychiatric disorders, Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, USA, 2005 .
- 220.Tardiff K: Adult antisocial behavior and, Sadock BJ, Sadock VA (Editors):Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume:II ve Seventh Ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia,-2000,1908-1916.
221. Marzuk PM(Edt): Violence, crime and mental illness- How strong a link? *Archives of General Psychiatry* 1996; 53:481-486
222. Öncü F, Sercan M, Ger C, Bilici R, Ural C, Uygur N: Sosyoekonomik Etmenlerin ve Sosyodemografik Özelliklerin Psikotik Olguların Suç İşlemesinde Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(1):4-12.
223. Bauer MS, Altshuler L, Evans DR. Prevalance and distinct correlates of anxiety, substance and combined comorbidity in a multi-site public sector sample. *J Affect Disord* 2005; 85:301-315.
224. Wasserman D. Suicide. An unnecessary death, London, 2001, 822-825.
225. Bernstein DP. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36(3): 340-348.
226. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 1987;13:261-276.
227. Kostakoglu (Anıl) AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14:23-32.
228. van Os J, Castle DJ, Takei N, Der G, Murray RM. Psychotic illness in ethnic minorities: clarification from the 1991 census. *Psychol Med* 1996;26: 203–208.

229. Smits L, Pedersen C, Mortensen P, van Os J. Association between short birth intervals and schizophrenia in the offspring. *Schizophr Res* 2004;70:49–56.
230. Puri BK, Brown RA, McKee HJ, Treasaden IH: *Mental Health Law A Practical Guide*, U.K, 2005,147-149.
231. Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD, Hegadoren KM, Adams M, Kennedy SH, Goering PN. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: Relationship to neurovegetative features, mania and gender. *Am J Psychiatry* 1998; 17: 155.
232. Rey JM. Does marijuana contribute to psychotic illness? *Curr Psychiatry* 2007; 6: 37–47.
234. Boydell J, Dean K, Dutta R, et al. A comparison of symptoms and family history in schizophrenia with and without prior cannabis use: Implications for the concept of cannabis psychosis. *Schizophr Res* 2007;93:203–210
235. Türkcan S, İncesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N: 1831 adli olgunun tanı dağılımı ve tanı-suç bağlantısının değerlendirilmesi ve Düşünen Adam 2000; 13: 132-137.
236. Akyüz G, Şar V, Kugu N et al. Reported childhood trauma, attempted suicide and self mutilative behavior among women in general population. *European Psychiatry* 2005; 20:268-273.
237. Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:383–392.
238. Dilbaz N, Aytekin Y. Alkol bağımlılarında intihar düşüncesi, davranışı ve niyeti. *Bağımlılık Dergisi* 2003;4:1-9.
239. Sher L, Oquendo MA, Galfalvy HC et al. The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addict Behav* 2005; 30(6): 1144–11.
240. Glowinski A. L, Bucholz K. K, Nelson E. C, Fu Q, Madden P, Reich W. Ve ark. Suicide attempts in an adolescent female twin sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40:1300–1307.
241. Joiner Jr. TE, Sachs-Ericsson NJ, Wingate LR, et al. Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45:539-547.
242. Ystgaard M, Hestetun I, Loeb M et al. Is there a specific relationship between childhood sexual physical abuse and repeated suicidal behavior. *Child Abuse & Neglect* 2004;28:863-875.
243. Molnar B, Berkman L, Buka S. Psychopathy, childhood sexual abuse and other childhood and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behavior in the US. *Psychol Med* 2001;31: 965–977.
244. Osvath P, Voros V, Fekete S. Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology* 2004;37: 36–40.

245. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, et al. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children:a community study. *Child Abuse Negl* 1996; 20:7-21.

8.EKLER

Ek:1-Sosyodemografik veri formu

- 1.Yaşınız:
- 2.Doğum yeri: İl() İlçe() Köy()
- 3.Cinsiyetiniz: Kadın() Erkek()
- 4.Göç ettiniz mi? Hayır() Evet()
- 5.Doğduğunuz yer : İl() İlçe() Köy()
- 6.Eğitim durumunuz: İlkokul() Ortaokul() Lise() Üniversite()
- 7.Çalışma durumunuz: Çalışıyor() Çalışmıyor()
- 8.Medeni durumunuz : Bekar() Evli() Boşanmış() Eşi ölmüş()
- 9.Anne ve babanız: Beraber() Ayrıldılar()
- 10.Kardeş sayınız:
- 11.Sizi büyüten kişi: Anne-baba() Akraba() Yetiştirme yurdu()
- 12.Babanızın eğitim durumu: İlkokul() Ortaokul() Lise() Üniversite()
- 13.Annenizin eğitim durumu: İlkokul() Ortaokul() Lise() Üniversite()
- 14.Ailenizde psikiyatrik hastalık: Var() Yok()
- 15.Sosyal güvence: Var() Yok()
- 16.Yasal sorun varlığı: Var() Yok()
17. Alkol kullanımı: Var() Yok()
- 18.Psikoaktif madde kullanımı: Var() Yok()
19. Sigara kullanımı: Var() Yok()
- 20.Kendine zarar verme davranışı: Var() Yok()
21. İntihar girişimi: Var() Yok()
- 22.Hastalığınız kaç yaşında başladı: Var() Yok()
- 23.Düzenli ilaç kullanımı: Var() Yok()

Ek:2-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(CTQ-28)

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE(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 içersine alarak işaretleyiniz.Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir;lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Tanıtlarınız 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.Ailemdelikler bana "salak" "beceriksiz"y da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3.Annem ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırdı	1	2	3	4	5
4.Ailemde önemli ve özel biri oluşum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı	1	2	3	4	5
5.Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım	1	2	3	4	5
6.Sevildigimi hissediyordum	1	2	3	4	5
7.Anababamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8.Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gtmem gerekmişti	1	2	3	4	5
9.ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu	1	2	3	4	5
10.Kayış,sopa,kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum	1	2	3	4	5
11.ailemden tam olarak memnundum	1	2	3	4	5
12.Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi	1	2	3	4	5
13.ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerdi.	1	2	3	4	5

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde....	Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
14.Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum	1	2	3	4	5
15.Ailedekiler beni Her türlü kötülükten korumaya çalışırdı	1	2	3	4	5
16.Bana o kadar kötü vuruyorlar ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu	1	2	3	4	5
17.Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18.Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederdilerdi	1	2	3	4	5
19.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi	1	2	3	4	5
20.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı	1	2	3	4	5
21.Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27.Ailem benim için güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28.İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı	1	2	3	4	5

Ek:3-Buss-Durkee Agresyon Ölçeği

	KARAKTERİNİZE EN UYGUN OLAN YANIT(X) ŞEKLİNDE İŞARETLEYİNİZ	Hiç uygun değil (1)	Çok az uygun(2)	Biraz uygun(3)	Çok uygun(4)	Tam uygun(5)
1.	Arkadaşlarım çok münakaşacı olduğumu söylerler.					
2.	Şans hep başkalarına gülüyor,onlardan yana oluyor.					
3.	Birden parlarım,ama çabuk sakinleşirim.					
4.	Kendimi sık sık diğer insanlarla tartışırken bulurum.					
5.	Bazen hayatın bana adaletli davranmadığını düşünürüm.					
6.	İnsanlarla aynı fikirde olmazsam,onlarla tartışmaktan kendimi alıkoyamam.					
7.	Bazen ortada hiçbir neden yokken parlarım.					
8.	Kız ya da erkek birisi beni kıskırtırsa ona vurabilirim.					
9.	Bazen niye bu kadar katı olduğumu merak ediyorum.					
10.	Tanıdığım insanları tehdit ettiğim olmuştur.					
11.	Biri çok üzerime geldiğinde ,sıkıştırdığında ona vurabilirim.					
12.	Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim.					
13.	Eğer çok kızarsam o kişinin yaptığı işleri berbat edebilirim.					
14.	Kapıyı arkadan gelenin yüzüne çarpacak kadar çıldırabilirim.					
15.	İnsanlar bana patronluk tasladıklarında ,onların inadına , işi ağırdan alırım.					
16.	İnsanlar bana nazik davrandıklarında,ne isteyeceklerini merak ederim.					

		Hiç uygun değil (1)	Çok az uygun(2)	Biraz uygun(3)	Çok uygun(4)	Tam uygun(5)
17.	Her şeyi dağıtacak kadar çılgınlaşabilirim.					
18.	Bazen sevmediklerim hakkında dedikodu yayar,çamur atarım.					
19.	Ben sakin biriyim.					
20.	İnsanlar beni kızdırlarsa ,onlara gerçek düşüncelerimi söyleyebilirim.					
21.	Bazen insanların arkamdan bana güldüklerini hissederim.					
22.	İstediğimi elde edemediğim zaman ,kızgınlığımı gösteririm.					
23.	Bazen birine vurma isteğimi kontrol edemem.					
24.	Pek çok insandan daha sık kavga ederim.					
25.	Eğer biri bana vurursa ben de ona vururum.					
26.	Arkadaşlarımla aynı fikirde olmadığımda açıkça söylerim.					
27.	Haklarımı korumak için şiddete başvurmama gerekirse,hiç çekinmem.					
28.	Fazla dostça davranan yabancılara güvenmem.					
29.	Bazen kendimi patlamaya hazır bir bomba gibi hissederim.					
30.	Beni gerçekten rahatsız edenlere susarak,ilgilenmeyerek tepki veririm.					
31.	Arkadaşlarımla ,arkamdan ,benim hakkımda konuştuklarını bilirim.					
32.	Bazı arkadaşlarımla,benim düşünmeden hareket ettiğimi düşünürler.					
33.	Bazen hiçbir şey düşünemeyecek kadar kiskanç olurum.					
34.	El şakası yapmaktan hoşlanırım.					

Ek:4-PANNS Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

Hastanın Adı Soyadı:		Puan
Değerlendiren:		
1)POZİTİF ALT ÖLÇEK		
P1	Hezeyanlar	(1-7)
P2	Kavramsal dağınıklık	(1-7)
P3	Varsanlı davranış	(1-7)
P4	Taşkınlık(Eksitasyon)	(1-7)
P5	Büyüklük	(1-7)
P6	Şüphencilik/Kötülük görme	(1-7)
P7	Düşmanlık	(1-7)
2)NEGATİF ALT ÖLÇEK		
N1	Küntleşmiş duygulanım	(1-7)
N2	Emosyonel yoksunluk	(1-7)
N3	Zayıf uyum	(1-7)
N4	Edilgen/apatik sosyal çekilme	(1-7)
N5	Soyut düşünme zorluğu	(1-7)
N6	Konuşma akışı ve kendiliğinden eksikliği	(1-7)
N7	Stereotipik düşünme	(1-7)
3)GENEL PSIKOPATOLOJİ ALT ÖLÇEĞİ		
G1	Bedensel yakınmalar	(1-7)
G2	Anksiyete	(1-7)
G3	Suçluluk hisleri	(1-7)
G4	Gerginlik	(1-7)
G5	Mannerizm ve Posturing	(1-7)
G6	Depresyon	(1-7)
G7	Motor yavaşlama	(1-7)
G8	İşbirliğine girmeme	(1-7)
G9	Olağandışı düşünce içeriği	(1-7)
G10	Yönelim bozukluğu	(1-7)
G11	Dikkat zayıflığı	(1-7)
G12	Muhakeme ve içgörü eksikliği	(1-7)
G13	İstenç bozukluğu	(1-7)
G14	Dürtü denetim zayıflığı	(1-7)
G15	Zihinsel meşguliyet	(1-7)
AGRESYON RİSK PROFİLİ		
S1	Öfke	(1-7)
S2	Hazrı ertelemede güçlük	(1-7)
S3	Duygulanımda oynaklık	(1-7)

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



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

SAYI: B.10.4.İSM.04.34.26.08-79
KONU: Etik Kurul Başvurusu Hakkında

04.01.2011

KARAR

Sayın Asist.Dr. Hira Selma KALKAN,

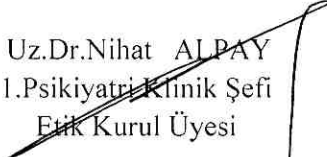
İlgi 24.12.2010 tarih ve 41659 sayılı Etik Kurul başvuru dilekçeniz,


İlgi yazınızda belirttiğiniz “Kısmi Remisyonda Olan Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Agresyon İlişkisi” konulu tez protokolünüz, 04.01.2011 tarihinde hastanemiz Etik Kurul’una sunulmuş makale ve ekleri, Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Klavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre incelenmiş ve tez protokolünüzün sonuçlarının yayın yapılması Etik Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

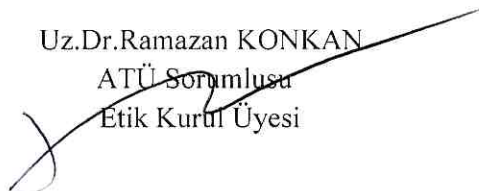

Doç.Dr. Baki ARPACI
1.Nöroloji Klinik Şefi
Etik Kurul Başkanı


Doç.Dr. Cem İLNEM
7.Psikiyatri Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi

Uz.Dr. Halil TOPLAMAOĞLU
3.Nöroşirürji Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi
inde


Uz.Dr. Nihat ALPAY
1.Psikiyatri Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi


Uz.Dr. Şahap ERKOÇ
2.Psikiyatri Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi


Uz.Dr. Ramazan KONKAN
ATÜ Sorumlusu
Etik Kurul Üyesi