

Araştırma / Original article**Şizofreni hastalarında homisid girişimleri ile çocukluk çağı örselenmeleri arasındaki ilişki***Özlem TAŞKAYNATAN,¹ Almila EROL²**Öz**

Amaç: Çocukluk örselenme yaşantılarının şizofreni hastalığının klinik gidişi üzerine çeşitli olumsuz etkilerinin olduğu ve şiddet davranışına eğilimi artırdığı bildirilmiştir. Bu çalışmada çocukluk örselenme yaşantılarının şizofreni hastalarında homisid davranışına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya öyküsünde homisid girişimi olan 30, olmayan 30 şizofreni hastası ve 30 sağlıklı kontrol alındı. Tüm katılımcılarla tanıtıcı görüşme yapıp Sosyodemografik Veri Formu ve Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği, hasta gruplarına ayrıca Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği uygulandı. **Bulgular:** Homisid öyküsü olan hastalar, duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal ile fiziksel kötüye kullanım alt ölçeklerinden kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldılar, homisid öyküsü olmayan hastalar ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı, homisid öyküsü olmayan hastalar ve kontroller arasında da hiçbir alt ölçek puanı açısından istatistiksel anlamlılık saptanmadı. **Tartışma:** Çocukluk örselenme yaşantılarının şizofreni hastalarında homisid davranışı için bir risk etkeni olduğu söylenebilir. Klinisyenlerin şizofreni hastalarında çocukluk örselenmelerini sorgulaması, şiddet riskini öngörmeye yardımcı olabilir. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2019; 20(3):253-260)

Anahtar sözcükler: Şizofreni, çocukluk çağı örselenmeleri, homisid

Association of homicide attempts with childhood traumatic experiences in patients with schizophrenia**ABSTRACT**

Objective: It has been reported that childhood traumatic experiences have various adverse effects on the clinical course of schizophrenia and increases the tendency to violent behavior. In this study, it was aimed to investigate whether childhood traumatic experiences increase homicide, which is a special subtype of violent behavior in patients with schizophrenia. **Methods:** Thirty patients with schizophrenia with a history of homicide, 30 patients with schizophrenia without a history of homicide and 30 healthy controls equivalent to patients in terms of age, sex and education were included in study. After diagnostic interview all subjects were given Sociodemographic Data Form and Childhood Trauma Questionnaire. Brief Psychiatric Rating Scale applied to patient groups. **Results:** Emotional abuse and emotional neglect and physical abuse subscales points of patients with a history of homicide were significantly higher than control group, no statistically significant difference was found between the patient groups with and without a history of homicide. There was no statistical significance in terms of any subscale score between the patients without homicidal history and control group. **Conclusion:** Childhood traumatic experiences may increase homicidal behavior with schizophrenia patients. In clinicians' daily practice, questioning childhood abuse in patients with schizophrenia may help to anticipate the risk of violence. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2019; 20(3):253-260)

Keywords: schizophrenia, childhood traumatic experiences, homicide

* TPD 20. Yıllık Toplantı ve Klinik Eğitim Sempozyumu'nda (04-07 Mayıs 2016) sunulmuştur.

¹ Uzm. Dr.; ² Doç. Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Yazışma adresi / Correspondence address:

Uzm. Dr. Özlem TAŞKAYNATAN, İzmir Katip Çelebi Üniv. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hast. Psikiyatri Kliniği, Karabağlar/İzmir

E-mail: oslem83sunday@gmail.com

Geliş tarihi: 21.09.2018, Kabul tarihi: 15.10.2018, doi: 10.5455/apd.9560

Anadolu Psikiyatri Derg 2019; 20(3):253-260

GİRİŞ ve AMAÇ

Çocukluk çağı örselenmeleri, çocuk kötüye kullanımını ve ihmali kapsamaktadır. Çocukluk istismarı ve ihmali ise, çocuklara anne-babaları veya onlara bakıp gözetmek ve eğitmekle görevli kişiler veya yabancılar tarafından sağlıklarına zarar veren fiziksel, duygusal, zihinsel veya toplumsal gelişimlerini engelleyen tutum ve davranışlara maruz bırakılmaları biçiminde tanımlanmıştır.¹ Çocuklarda ve ergenlerde örselenme yaşantıları, fiziksel kötüye kullanım ve ihmal, duygusal kötüye kullanım ve ihmal, cinsel kötüye kullanım başlıkları altında incelenmektedir.²

Çocukluk çağına yaşanan örselenmelerin erişkin dönem ruh sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir.³ Çocukluk örselenme yaşantılarının erişkin yaşamda şizofreni,⁴ anksiyete bozukluğu,⁵ depresyon,⁶ dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu,⁷ yeme bozukluğu,⁸ dissosiyatif bozukluklar,⁹ alkol ve madde kullanım bozuklukları,¹⁰ sınır kişilik bozukluğunun¹¹ ortaya çıkmasında etkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca çocukluk çağı örselenmelerinin şiddet davranışını artırdığı da vurgulanmıştır.¹²

Çocukluk çağı örselenmelerinin şizofreni hastalığının klinik gidişi üzerine etkilerinin olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Çocukluk çağı örselenme yaşantıları fazla olan şizofreni hastalarında, iletişim kurma becerilerinin olmayanlara göre daha kötü olduğu ve depresif belirtilerin daha fazla olduğu bulunmuş⁴ve çocukluk çağı örselenme öyküsü olan şizofreni hastalarında ilk atakta bilişsel işlevlerin daha kötü olduğu gösterilmiştir.¹³ Örselenmiş şizofreni hastalarında pozitif belirtilerin daha baskın olduğu bulunmuştur.¹⁴ Bu belirtiler özellikle varsanılar, paranoid ve referans sanrıları, düşünce sokulması ve düşünce okuma sanrıları, emirler veren sesler duyma biçimindedir.¹⁵ Çocukluk çağı örselenme yaşantılarının, şizofreni başlangıç yaşını 4.1 yıl önceye kaydırıldığı ve hastaneye yatışları iki kat artırdığı da bildirilmiştir.¹⁶ Çocukluk çağı örselenmeleri olan şizofreni hastalarının işlevselliklerinin ve yaşam kalitelerinin de daha düşük olduğu gösterilmiştir.¹⁷

Çalışmalar şizofreni hastalarında homisidi de içeren şiddet davranışları oranının genel topluma göre daha sık olduğunu göstermiştir.¹⁸⁻²¹ Homisid girişiminde bulunanlar arasında şizofreni hastalarının oranı %5-20 arasındadır.²² Bu oran genel toplumdaki beklenen psikotik hastalık yaygınlığından yaklaşık 20 kat fazladır.²³

Homisid girişiminde bulunan şizofreni hastaları-

nın özelliklerinin bilinmesi, homisid davranışının önlenmesi için yol gösterici olabilir. Şizofreni hastalarında şiddet davranışını öngörmeye yönelik çalışmalarda çeşitli risk etkenleri tanımlanmıştır. Erkek cinsiyet ve genç yaş,²⁴ geçmişte şiddet öyküsünün bulunması,²⁵ düşük eğitim düzeyi,²⁶ düşük sosyoekonomik düzey,²⁷ yalnız yaşamak,²⁸ madde kötüye kullanımı,²⁹ hastalığın ilk atağında olmak,³⁰ tedavisiz hastalık süresinin uzun olması,²⁶ kötülük görme düşünceleri gibi pozitif belirtilerin varlığı,³¹ antisosyal kişilik bozukluğu ek tanısı,³² tedavi uyumsuzluğu²³ şizofreni hastalarında şiddet riskini artırdığı bildirilen etkenlerdir. Bir gözden geçirme çalışması madde kullanımı, hastalığın ilk atağında olma, tedavisiz hastalık süresinin uzun olması, tedavi uyumsuzluğu, çocukluk çağı istismarları, işitsel varsanılar, grandiyözite, kötülük görme sanrıları, paranoid fikirler, içgörünün az olması, dürtüsellik, psikopati ve bilişsel bozuklukların şizofreni hastalarında ciddi şiddetle ilişkisinin olduğunu bildirmiştir.³³

Şizofrenide şiddet davranışları ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar çocukluk çağı kötüye kullanım öyküsü bulunan hastalarda şiddet davranışlarının arttığını bildirmiştir.³³ Erken dönem psikotik hastalarla yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı kötüye kullanımı fazla olanların şiddet davranışlarına daha eğilimli olduğu gösterilmiştir.³⁴ Çocukluk çağına aile içi şiddete tanık olmanın ise erkek şizofreni hastalarında şiddet davranışlarını artırdığı saptanmıştır.³⁵ Adli öyküsü olan şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsü, olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur.³⁶

Bu çalışmada amacımız şizofreni hastalarında çocukluk çağı örselenmelerinin homisid girişimleri üzerine etkisini incelemektir. Varsayımımız homisid girişimi olan şizofreni hastalarında çocukluk örselenme yaşantılarının homisid girişimi olmayanlara göre daha fazla olduğudur.

YÖNTEM

Denekler ve desen

Araştırmaya İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde altı ay boyunca ayaktan izlenen veya psikiyatri servislerinde yatmakta olan, öyküsünde homisid girişimi olan 30, bu hastalarla yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş homisid girişimi olmayan 30 şizofreni hastası alındı. Ayrıca hastalarla yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşdeğer 30 sağlıklı kontrol de çalışmaya alındı.

Tüm deneklerle önce DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ile tanısız görüşme yapıldı. Ek tanısı olan şizofreni hastaları (s=7) çalışmaya alınmadı. Kontroller için herhangi bir tanı konması koşulu arandı. Tüm katılımcılar için 18-65 yaş arasında olma koşulu arandı. Zeka geriliği olanlar, son altı ayda madde kötüye kullanımı olanlar, merkezi sinir sistemini etkileyen tıbbi hastalığı olanlar çalışmaya alınmadı. Şizofreni hastalarının tümü klinik olarak stabildi. Hepsisi antipsikotik ilaç kullanmakta idi.

Tanısal görüşme ardından tüm olgulara Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ) ve şizofreni gruplarına ek olarak Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) uygulandı. Tüm hastalar ve sağlıklı kontrollerden bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alındı.

Veri toplama araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Yaş, cinsiyet, eğitim yılı, hastalık süresi, hastane yatış sayısı, soygeçmişinde psikoz öyküsü olup olmadığı, yaşam biçimi, iş, soygeçmişte şiddet öyküsü olup olmadığı, özgeçmişte şiddet öyküsü olup olmadığı, şiddet türü ile ilişkili sorular içeren bir formdur. Araştırmacılar düzenlemiştir.

DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): DSM-IV'e göre eksen-I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, yapılandırılmış bir görüşme aracıdır.³⁷ Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.³⁸

Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği-ÇÖYÖ (Childhood Trauma Questionnaire): On sekiz yaş öncesi örselenme yaşantılarını taramaya yönelik olarak geliştirilmiştir.³⁹ Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aslan ve Alparslan tarafından yapılmıştır.⁴⁰ Bu ölçek 18 yaş öncesi çocukluk ve gençlik yaşantılarını geriye dönük olarak sorgulayan, toplam 40 maddelik beşli Likert tipi bir ölçektir. Alınan toplam puan 40-200 arasında değişir. Yüksek puanlar, çocukluk çağı örselenme yaşantılarının çokluğuna işaret eder. Üç alt ölçeği vardır: a) Duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal (DK-Dİ), b) Fiziksel kötüye kullanım (FK), c) Cinsel kötüye kullanım (CK).

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği-KPDÖ (Brief Psychiatric Rating Scale): Şizofrenide ve diğer psikotik bozukluklarda psikotik ve bazı depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini ölçmek üzere geliştirilmiş yedili Likert tipi ölçüm sağlayan bir ölçektir.⁴¹ Türkiye'de KPDÖ'nün geçerlilik

ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Kesme puanı olmadığından karşılaştırmalı çalışmalarda ve özellikle ilgi alanı olan ilaç çalışmalarında tedavi değişimini göstermek üzere kullanılması önerilmektedir. On beş-otuz puanlar minör sendromu, 30 üzeri puanlar majör sendromu işaret eder.⁴²

İstatistiksel değerlendirme

Elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programı ile çözümlendi. Üç grup arasındaki sayısal verilerin karşılaştırılması için tek yönlü varyans analizi (ANOVA), farkı yaratan grubun saptanması için ise sonrasında Tukey testi uygulandı. Kategorik verilerin karşılaştırılması için ki-kare testi, ikili gruplar arasında sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar için t testi kullanıldı. Denek sayısı düşük olan grupları karşılaştırmak için Mann Whitney U testi kullanıldı. Tüm analizlerde anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Öyküsünde homisid olan ve olmayan hastalar ve sağlıklı kontroller arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi açısından fark yoktu. Medeni durum açısından özgeçmişinde homisid öyküsü olan ve olmayan hasta grupları arasında fark olmadığı, kontrol grubunun hasta gruplarına göre daha yüksek oranda evli olduğu görüldü ($\chi^2=42.78$, $p < 0.001$). İş sahibi olma açısından özgeçmişinde homisid öyküsü olan ve olmayan hasta grupları arasında fark olmadığı, kontrol grubunun hasta gruplarına göre daha yüksek oranda çalışıyor olduğu görüldü ($\chi^2=6.65$, $p < 0.01$). Öyküsünde homisid olan ve olmayan hastalar ve sağlıklı kontrollerin demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Özgeçmişinde homisid öyküsü olan ve olmayan şizofreni hasta grupları arasında hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, tedavi süresi, hastaneye yatış sayısı ve KPDÖ puanları gibi hastalık özellikleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. İki hasta grubunun hastalık özellikleri açısından karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir.

Özgeçmişinde homisid öyküsü olan ve olmayan hastalar ile sağlıklı kontrollerin ÇÖYÖ puanlarının karşılaştırılması için tek yönlü varyans analizi ANOVA, farkı yaratan grubun saptanması için ise sonrasında Tukey testi uygulandı. Özgeçmişinde homisid öyküsü olan hastalar ÇÖYÖ'nün duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal ile fiziksel kötüye kullanım alt ölçeklerinden kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldılar (sırasıyla $p < 0.01$,

Tablo 1. Homisid öyküsü olan ve olmayan hastalarla sağlıklı kontrollerin demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Homisid olan	Homisid olmayan	Kontrol	Test	p
Yaş (yıl) (Ort.±SS)	41.46±13.1	37.61±11.7	41.50±10.0	F=1.12	0.33
Eğitim (yıl) (Ort.±SS)	7.41±3.8	8.10±3.5	8.10±3.4	F=0.34	0.71
Cinsiyet				$\chi^2=0.00$,	1.00
Kadın	3	3	3		
Erkek	27	27	27		
Medeni durum				$\chi^2=42.78$	<0.001
Evli	10	5	29		
Evli olmayan	20	25	1		
İş				$\chi^2=6.65$	<0.01
İşsiz	17	26	1		
Çalışan	13	4	29		

Tablo 2. Öyküsünde homisid olan ve olmayan hasta gruplarının hastalık özellikleri açısından karşılaştırılması

	Homisid olan (s=30) Ort.±SS	Homisid olmayan (s=30) Ort.±SS	t	p
Hastalık süresi (ay)	181.13±117.0	151.32±85.8	1.13	0.27
Hastalık başlangıç yaşı (yıl)	26.30±9.6	25.11±9.8	0.47	0.64
Tedavi süresi (ay)	140.50±114.1	117.10±90.2	0.88	0.38
Yatış sayısı	3.00±2.8	3.32±3.0	-0.44	0.66
KPDÖ puanı	13.96±9.2	14.01±9.7	-0.03	0.98

Tablo 3. Hastalarla control grubunun Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ) puanlarının karşılaştırılması

	Homisid olan (30) Ort.±SS	Homisid olmayan (30) Ort.±SS	Kontrol (30) Ort.±SS	ANOVA	Tukey
ÇÖYÖ-DKK	44.66±15.7	40.81±15.9	33.72±9.9	F=4.64 0.01	Homisid olan-olmayan p=0.55 Homisid olan-kontrol p<0.01 Homisid olmayan-kontrol p=0.13
ÇÖYÖ-FKK	29.86±14.2	26.01±12.8	22.80±4.8	F=3.25 0.04	Homisid olan-olmayan p=0.33 Homisid olan-kontrol p=0.03 Homisid olmayan-kontrol p=0.51
ÇÖYÖ-CKK	5.73±2.4	6.12±2.1	5.22±0.8	F=1.40 0.25	Homisid olan-olmayan p=0.79 Homisid olan-kontrol p=0.58 Homisid olmayan-kontrol p=0.23

p=0.03).Öyküsünde homisid olmayan grup ile kontrol grubu arasında ve homisid olan ve olmayan gruplar arasında hiçbir alt ölçekte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 3).

Özgeçmişinde homisid öyküsü olan şizofreni tanılı grupta hastaların %60'ında (s=18) homisid girişimi, %40'ında (s=12) tamamlanmış homisid olduğu görüldü. İki grup yaş, eğitim süresi,

hastalık süresi, hastalık başlama yaşı, homisid yaşı, homisid girişim sayısı, tedavi süresi, hastaneye yatış sayısı ve ölçek puanları açısından Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Tamamlanmış homisid öyküsü olan grupta homisid girişimi olan gruba göre homisid sırasındaki yaş ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (z=-2.35, p=0.019).

Tamamlanmış homisid olan olguların tümünde tek girişim söz konusu iken tamamlanmamış homisid girişimleri olan olguların 12'sinde tek, diğer altı hastada birden fazla girişim olduğu ve ortalama homisid girişimi sayısının tamamlanmış homisid grubunda anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($z=-2.20$, $p=0.028$).

KPDÖ puanları açısından bakıldığında, tamamlanmış homisid öyküsü olan grupta homisid girişimi olan gruba göre KPDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu izlendi ($z=-3.42$, $p<0.001$). ÇÖYÖ puanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4).

Tablo 4. Homisid girişimi ve tamamlanmış homisid öyküsü olan hastaların sosyodemografik ve klinik açıdan karşılaştırılması

	Tamamlanmış homisid (s=12) (Ort.±SS)	Homisid girişimi (s=18) (Ort.±SS)	z	p
Yaş (yıl)	48.00±9.2	37.11±13.7	-2.437	0.015
Eğitim süresi (yıl)	6.66±3.1	7.91±4.3	-1.019	0.308
Hastalık süresi (ay)	218.08±134.3	156.50±100.4	-1.314	0.189
Hastalık başlama yaşı (yıl)	29.58±10.2	24.11±8.7	-1.656	0.098
Homisid yaşı (yıl)	37.41±10.0	27.77±11.9	-2.352	0.019
Homisid girişim sayısı	1.00±0.0	1.38±0.6	-2.198	0.028
Tedavi süresi (ay)	197.01±140.1	102.82±75.0	-1.864	0.060
Yatış sayısı	2.83±2.6	3.11±3.0	-0.109	0.910
KPDÖ	7.00±5.2	18.61±8.4	-3.419	<0.001
ÇÖYÖ-DKK	41.66±16.5	46.66±15.4	-0.953	0.340
ÇÖYÖ-FKK	27.33±8.7	32.11±16.6	-0.170	0.865
ÇÖYÖ-CKK	5.02±0.1	6.22±3.1	-1.464	0.143

Özgeçmişinde homisid öyküsü olan şizofreni hasta grubunda şiddetin yönüne bakıldığında 15 (%50) hastanın homisid eyleminin anne, baba, kardeş, eş ve çocuklar gibi birinci derece yakınlarına karşı olduğu görüldü. Homisid girişimi öyküsü olan 18 kişilik grupta 11 (%61.1) hastanın homisid eyleminin birinci derece yakınlarına karşı olduğu, tamamlanmış homisid öyküsü olan 12 kişilik grupta dört (%33.3) hastanın şiddet eyleminin birinci derece yakınlarına karşı olduğu izlendi.

TARTIŞMA

Literatürde şizofreni hastalarında şiddet içerikli davranışları öngörebilme amacıyla yapılmış pek çok çalışma vardır. Large ve Nielssen, şiddet davranışı gösteren ilk atak psikoz hastalarını içeren dokuz çalışmalık gözden geçirmede şiddetle ilişkili başlıca etkenlerin adli öykü, düşmanca tutum, mani belirtileri, yasa dışı madde kullanımı, düşük eğitim düzeyi, erkek cinsiyet, genç yaş ve tedavisiz hastalık süresi olduğunu bildirmiştir.²⁶ Witt ve arkadaşlarının psikozda şiddet için risk etkenlerini belirlemek üzere 110 çalışmayı içeren gözden geçirmelerinde, şiddetle ilişkili birçok etken tanımlanmış

olmakla birlikte, en yüksek düzeyde ilişkili bulunanlar erişkin yaşta şiddet kurbanı olmak, öyküde veya halen evsiz olmak, erkek cinsiyet, beyaz ırktan olmamak, düşük sosyoekonomik düzey, çocuklukta fiziksel ve cinsel kötüye kullanım, anne-babanın suça karışmış olması ve anne-babada alkol kötüye kullanımının olmasıdır.⁴³

Çalışmamızda homisid girişiminde bulunan gruptaki hastaların %90'ı erkektir. Bu da bize literatürle uyumlu olarak homisid davranışının erkek cinsiyette daha yaygın görüldüğünü göstermiştir. Bunun yanında literatürle uyumlu olarak homisid öyküsü olan grupta çalışmayan hasta sayısı daha fazla bulunmuştur. Özgeçmişinde homisid öyküsü olan şizofreni grubunda şiddetin yönüne bakıldığında hastaların %50'sinin (s=15) birinci derece yakınlarına karşı homisid girişiminde bulunduğu görülmüştür. Bu bilgi literatür ile uyumlu olup Türkiye'de yapılan bir çalışmada, katledilenlerin %69.4'ünün aile içinden bir birey olduğu görülmüştür.²⁷ İngiltere'de yapılan bir araştırmada ise şizofreni hastaları tarafından öldürülen kurbanların kimlikleri analiz edildiğinde, cinayet eyleminin %55'inin aile içi bir bireye yönelik olduğu bildirilmiştir.⁴⁴

Çalışmamızda homisid öyküsü olan hastalarda

çocukluk döneminde duygusal ve fiziksel kötüye kullanımın kontrollere göre anlamlı oranda yüksek olduğunu bulduk. Şizofrenide şiddet ve homisid riskinin genel topluma göre artmış olduğu eski çalışmalarda da bildirilen bir durumdur.¹⁸⁻²⁰ Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise 50 suç işlemiş şizofreni hastası ile 50 suç işlememiş şizofreni hastası karşılaştırılmış, suç işlemiş grupta erken yaşta anne-baba kaybı, özellikle baba kaybı şeklindeki çocukluk örselenme yaşantısının fazla olduğu bulunmuştur.⁴⁵ Bizim çalışmamızda homisid girişimi olan hastalarda homisid girişimi olmayan hastalara göre hem fiziksel, hem de duygusal kötüye kullanım daha yüksek düzeyde olmakla birlikte, varsayımımızın aksine aradaki fark istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Bu durum örneklemin küçüklüğü ve istatistiksel güç yetersizliği ile açıklanabilir.

Çalışmaya aldığımız özgeçmişinde homisid öyküsü olan şizofreni hastalarını tamamlanmış homisid ve homisid girişimi şeklinde iki gruba ayırdığımızda, tamamlanmış homisid öyküsü olan grupta homisid girişimi olan gruba göre homisid sırasındaki yaş ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Bununla birlikte, tamamlanmış homisid öyküsü olan grupta homisid girişimi olan gruba göre KPDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu durumun, homisid öyküsü olan grubun Türk Ceza Kanunu’na göre zorunlu tedavi kapsamına alınmaları ve sosyal şifa halinin ve ilaç uyumunun sürdüğünün düzenli kontrollerle izlenmesi ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Literatürde şizofreni hastalarında eşlik eden

madde kötüye kullanımının şiddet davranışlarının için önemli bir etmen olduğuna dikkat çekilmiştir.²⁹ Çalışmamızda madde kullanımı da dahil olmak üzere ek tanısı olan hastaların dışlanmış olması, araştırdığımız çocukluk örselenme yaşantılarının etkisini daha açık şekilde değerlendirmemizi sağlayan güçlü bir yön olmuştur.

Özgeçmişinde homisid öyküsü olan ve olmayan şizofreni hasta grupları arasında hastalık süresi, hastalığın başlama yaşı, tedavi süresi, hastaneye yatış sayısı ve KPDÖ puanları gibi hastalık özellikleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmaması da çalışmamızın üstün bir yönüdür. Bu sayede iki grup yalnız çocukluk örselenme yaşantıları açısından karşılaştırılabilir.

Çocukluk örselenme yaşantılarının geriye dönük biçimde ve ölçek aracılığıyla hastadan öğrenilmiş olması, cinsel kötüye kullanım öyküsü bulunan hasta sayısının az olması ve bu nedenle cinsel kötüye kullanımın etkisinin değerlendirilememiş olması, homisidin hastanın öyküsünde bulunması ve homisid sırasındaki hastalık özelliklerinin bilinmemesi ise çalışmamızın sınırlılıklarıdır. Tüm hasta yakınları ile görüşme yapılmaması ve soygeçmişte homisid öyküsü olup olmadığının hastadan öğrenilmiş olması da çalışmamızın sınırlılıklarındandır.

Araştırmamızın sonuçları çocukluk örselenmelerinin, şizofrenide şiddet riskini artırdığını göstermekte ve çocukluk çağı örselenmelerinin şizofreni hastalarında uzun dönemli risk etkenlerinden olduğunu düşündürmektedir. Buradan yola çıkarak, klinisyenin günlük uygulamasında şizofreni hastalarında çocukluk çağı örselenmelerini sorgulamasının şiddet riskini öngörmesine yardımcı olacağı söylenebilir.

Yazarların katkıları: Ö.T: Verilerin toplanması, makalenin yazılması; A.E: Araştırma konusunun belirlenmesi, istatistik, eleştirel okuma.

KAYNAKLAR

1. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 24(3):128-134.
2. Walker CE, Bonner BL, Kaufman KL. The Physically and Sexually Abused Child. New York: Pergamon Press, 1988.
3. Huh HJ, Kim KH, Lee H, Chae JH. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. Journal of Affective Disorders 2017; 213:44-50.
4. Spence W, Mulholland C, Lynch G, McHugh S, Dempster M, Shannon C. Rates of childhood trauma in a sample of patients with schizophrenia as compared with a sample of patients with non-psychotic psychiatric diagnoses. Journal of Trauma & Dissociation 2006; 7(3):7-22.

5. Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ, Van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BWJ, et al. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 122(1):66-74.
6. Bernet CZ, Stein MB. Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depress Anxiety* 1999; 9(4):169-174.
7. Rucklidge JJ, Brown DL, Crawford S, Kaplan BJ. Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *J Atten Disord* 2006; 9(4):631-641.
8. Rayworth BB, Wise LA, Harlow BL. Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Obstetrics and Gynecology Epidemiology* 2004; 15(3):271-278.
9. Sar V, Akyüz G, Kundakci T, Kizilitan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation & comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatr* 2004; 161:2271-2276.
10. Westermeyer J, Wahmanholm K, Thuras P. Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *Am J Addict* 2001; 10:101-110.
11. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry* 2017; 17:221.
12. Roy A. Childhood trauma and hostility as an adult: relevance to suicidal behavior. *Psychiatry Res* 2001; 102(1):97-101.
13. Aas M, Djurovic S, Athanasu L, Steen NE, Agartz I, Lorentzen S, et al. Serotonin transporter gene polymorphism, childhood trauma, and cognition in patients with psychotic disorders. *Schizophr Bull* 2012; 38:15e22.
14. Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychol Psychotherapy Theory Res Pract* 2003; 76:1-22.
15. Read J, Argyle N. Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatr Serv* 1999; 50:1467-1472.
16. Alvarez MJ, Roura P, Osés A, Foguet Q, Solà J, Arrufat FX. Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199(3):156-161.
17. López Mongay D, Ahuir M, Crosas JM, Navarro JB, Monreal JA, et al. The effect of child sexual abuse on social functioning in schizophrenia spectrum disorders. *J Interpers Violence* 2018; doi:10.1177/0886260518779074
18. Karabekiroğlu A, Pazvantoğlu O, Karabekiroğlu K, Böke Ö, Zabun Korkmaz I. Associations with violent and homicidal behaviour among men with schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry* 2015; doi: 10.3109/08039488.2015.1109139
19. Caqueo Urizar A, Fond G, Urzua A, Boyer L, Williams DR. Violent behavior and aggression in schizophrenia: prevalence and risk factors. A multicentric study from three Latin-America countries. *Schizophr Res* 2016; 178:23-28.
20. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, de Girolamo G. Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and metaanalysis. *PLoS One* 2015; 10 (6), e0128536doi:10.1371/journal.pone.0128536
21. Aras HI. Şizofrenide şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014; 6(1):45-55.
22. Nielssen O, Large M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and metaanalysis. *Schizophrenia Bull* 2010;36:702-712.
23. Yee NY, Large MM, Kemp RI, Nielssen OB. Severe non-lethal violence during psychotic illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45:466-472.
24. Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UR. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review* 2011; 31: 711-726.
25. Hodgins S, Klein S. New clinically relevant findings about violence by people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2017; 62:86-93.
26. Large MM, Nielssen O. Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2011; 125:209-220.
27. Belli H, Ozcetin A, Ertem U, Tuyluoğlu E, Namli M, Bayik Y, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. *Compr Psychiatry* 2010; 51:135-141.
28. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital & Community Psychiatry* 1990; 41(7):761-770.
29. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009; 6(8):e1000120.
30. Foley S, Browne S, Clarke M, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E. Is violence at presentation by patients with first-episode psychosis associated with duration of untreated psychosis? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42(8): 606-610.
31. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(5):490-499.

32. Volavka J, Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophrenia Bull* 2011; 37:921-929.
33. Rund BR. A review of factors associated with severe violence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry* 2018; doi: 10.1080/08039488.2018.1497199
34. Spidel A, Lecomte T, Greaves C, Sahlstrom K, Yuille JC. Early psychosis and aggression: Predictors and prevalence of violent behaviour amongst individuals with early onset psychosis. *Int J Law Psychiatry* 2010; 33(3):171-176.
35. Oakley C, Harris S, Fahy T, Murphy D, Picchioni M. Childhood adversity and conduct disorder: A developmental pathway to violence in schizophrenia. *Schizophr Res* 2016; 172(1-3):54-59.
36. Sarkar J, Mezey G, Cohen A, Singh SP, Olumoroti O. Comorbidity of post-traumatic stress disorder and paranoid schizophrenia: a comparison of offender and non-offender patients. *J Forensic Psychiatry Psychol* 2005;16:660e70.
37. First MB, Spitzer, Robert L, Gibbon M, Williams, Janet BW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)* New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002.
38. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. *DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinik Versiyonu.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.
39. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151(8):1132-1136.
40. Aslan HS, Alparslan NZ. Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları Ölçeği'nin bir üniversite örnekleminde geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10(4):275-285.
41. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962; 10:799-812.
42. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2000.
43. Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One* 2013; 8(2):e55942.
44. Meehan J, Flynn J, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Parsons Rve ark. Perpetrators of homicide with schizophrenia: A national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv* 2006; 57:1648-1651.
45. Uygur N, Işıklı M, Ögel K, Çeliker AR. Şizofrenlerde suç işlemeyi etkilemesi olası faktörler. *Düşünen Adam* 1991; 4(3):10-14.