



T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

Psikiyatri Hastalarında
Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Acının
Tedavi Uyumuyla İlişkisi

Dr. TUĞRUL DEMİREĞEN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. M. EMİN DEMİRKOL

ADANA-2025



**T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**Psikiyatri Hastalarında
Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Acının
Tedavi Uyumuyla İlişkisi**

Dr. TUĞRUL DEMİREĞEN

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. M. EMİN DEMİRKOL**

ADANA-2025

TEŞEKKÜR



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	2
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ	V
SİMGE VE KISALTMALAR	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Çocukluk Çağı Travmaları	5
2.1.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Genel Popülasyondaki Oranları	6
2.1.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikopatolojiler	7
2.2. Psikolojik Acı	7
2.2.1. Psikolojik Acı ve Psikopatolojiler	8
2.3. Tedavi Uyumunu	9
2.4. Majör Depresif Bozukluk	10
2.4.1. Tanımı ve Genel Özellikleri	10
2.4.2. Epidemiyoloji	10
2.4.3. Klinik Özellikler ve Sınıflandırma	11
2.4.4. Etiyoloji	13
2.4.5. Tedavi	15
2.5. Bipolar Bozukluk	16
2.5.1. Tanımı ve Genel Özellikleri	16
2.5.2. Epidemiyoloji	16
2.5.3. Klinik Özellikler ve Sınıflandırma	16
2.5.4. Etiyoloji	18
2.5.5. Tedavi	19

2.6. Şizofreni	22
2.6.1. Tanımı ve Genel Özellikleri	22
2.6.2. Epidemiyoloji	23
2.6.3. Klinik Özellikler ve Sınıflandırma	23
2.6.4. Etiyoloji	23
2.6.5. Tedavi	24
2.7. Anksiyete Bozuklukları	25
2.7.1. Tanımı ve Genel Özellikleri	25
2.7.2. Epidemiyoloji, Klinik Özellikler ve Sınıflandırma	25
2.7.3. Tedavi	27
2.8. Obsesif-Kompulsif bozukluk	28
2.8.1. Tanımı ve Genel Özellikleri	28
2.8.2. Epidemiyoloji	29
2.8.3. Klinik Özellikler ve Sınıflandırma	29
2.8.4. Etiyoloji	30
2.8.5. Tedavi	34
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	36
3.1. Verilerin Toplanması	36
3.2. Örneklemen Belirlenmesi ve Dışlama Ölçütleri	36
3.3. Klinik Görüşme ve Ölçekler	37
3.4. Sosyodemografik Veri Formu	37
3.5. Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ)	38
3.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)	38
3.7. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ).....	38
3.8. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)	39
3.9. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A).....	39
3.10. Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS).....	39

3.11. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS).....	40
3.12. Young Mani Derecelendirme Ölçeği.....	40
3.13. İstatistiksel Analiz	40
4. BULGULAR.....	42
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	82
Kaynaklar	87
EKLER	97
8.1. Sosyodemografik Veri Formu	97
8.2. Psikolojik Acı Ölçeği	98
8.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	99
8.4. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği.....	100
8.5. Hamilton Depresyon Ölçeği.....	101
8.6. Hamilton Anksiyete Ölçeği.....	102
8.7. Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği.....	103
8.8. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	104
8.9. Young Mani Derecelendirme Ölçeği.....	105
ÖZGEÇMİŞ	106

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Psikiyatrik Tanı Gruplarına Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Dağılımı	42
Tablo 2. Psikiyatrik Tanı Gruplarına Göre Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeğine (Düşük, Orta ve Yüksek) Göre Psikolojik Acı Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 4. Hasta popülasyonun (n=275) Psikolojik Acı, Çocukluk Çağı Travmaları ve Morisky Tedavi Uyum ölçekleri Arasındaki Korelasyonlar	47
Tablo 5. Hasta popülasyonun (n=275) İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Bireylerde Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmaları Karşılaştırması	48
Tablo 6. Hasta popülasyonunun (n=275) Sosyal Destek, Damgalanma Hissi ve İlaça Bağlı Yan Etki Varlığına Göre Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması	48
Tablo 7. Hastane Yatış Sayısı, Tanı Yaşı ve Yaş ile Tedavi Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişki	49
Tablo 9. Depresyon tanılı hastalarda Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ile Depresyon, Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki Korelasyonlar	51
Tablo 10. Anksiyete Bozukluğu tanılı hastalarda Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ile Anksiyete, Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmalar ölçekleri Arasındaki Korelasyonlar	52
Tablo 11. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ile Obsesif Kompulsif Belirti Düzeyi, Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki Korelasyonlar	53
Tablo 12. Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ile Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki Korelasyonlar	53
Tablo 13. Psikoz tanılı hastalarda Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, PANSS, Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki Korelasyonlar	55
Tablo 14. Hasta grupta Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçeklerinin ile Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü mediasyon analizi	55

Tablo 15. Hasta grupta Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçeklerinin ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü mediasyon analizi (devamı).....	56
Tablo 16. Depresyon tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçekleri ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü.....	57
Tablo 17. Anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçekleri ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü	59
Tablo 18. OKB tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü	60
Tablo 19. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü	62
Tablo 20. Psikoz tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü	63

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 4.1.** Hasta grupta Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçeklerinin ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü mediasyon analizi..... 56
- Şekil 4.2.** Depresyon tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçekleri ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü 58
- Şekil 4.3.** Anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçekleri ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü..... 59
- Şekil 4.4.** OKB tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü..... 61
- Şekil 4.5.** Bipolar bozukluk tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü 62
- Şekil 4.6.** Psikoz tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü..... 64
- Şekil 4.7.** Tanı gruplarına göre psikolojik acının aracılık tipi 65

SİMGE VE KISALTMALAR

ÇÇT	:Çocukluk Çağı Travmaları
PA	:Psikolojik Acı
PAÖ	:Psikolojik Acı Ölçeği
ÇÇTÖ	:Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
MTUÖ	:Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği
HAM-D	:Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
HAM-A	:Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
Y-BOCS	:Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
PANSS	:Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
YMRS	:Young Mania Rating Scale (Young Mani Derecelendirme Ölçeği)
DB	:Depresif Bozukluk
BB	:Bipolar Bozukluk
OKB	:Obsesif Kompulsif Bozukluk
MDB	:Majör Depresif Bozukluk
DSM-5-TR	:Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
WHO	:World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Acının Tedavi Uyumuyla İlişkisi

Amaç: Bu çalışma, psikiyatrik bozukluk tanısı almış bireylerde çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) ve psikolojik acının (PA) tedavi uyumu üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi; özellikle psikolojik acının, çocukluk çağı travmaları ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide aracı rolünü incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'nde yürütülmüştür. Örneklem; depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk, psikoz tanısı almış bireylerden ve sağlıklı kontrol grubundan oluşturulmuştur. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ) ve Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ), Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği, Young Mani Ölçeği, PANNS ölçeği uygulanmıştır. Veriler korelasyon, regresyon ve mediasyon analizleriyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Tüm tanı gruplarında (n=275) PA, ÇÇT ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir kısmi aracı rol oynamıştır ($p<0.001$). Aracılık analizleri, ÇÇTÖ toplam skoru ile tedavi uyumu arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu, bu ilişkinin PA üzerinden kısmen açıklandığını göstermiştir. Alt boyutlar düzeyinde yapılan incelemelerde, cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar puanlarının tümünün PA ile pozitif; PA'nın ise tedavi uyumu ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Sonuç: ÇÇT, psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluğun önemli belirleyicilerindendir ve bu etkide PA düzeyinin kısmi aracılık rolü bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı travmaları, psikolojik acı, tedavi uyumu, aracılık etkisi, psikiyatrik bozukluklar

ABSTRACT

THE MEDIATING ROLE OF PSYCHACHE IN THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA AND TREATMENT ADHERENCE IN PSYCHIATRIC PATIENTS

Purpose: This study examines the influence of childhood trauma (CT) and psychache (PA) on treatment adherence among individuals with psychiatric diagnoses, emphasizing the potential mediating function of psychache in the linkage between childhood trauma and adherence outcomes.

Method: The study was conducted at the Psychiatry Outpatient Clinic of Cukurova University Faculty of Medicine. The sample consisted of individuals diagnosed with depressive disorder, anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, bipolar disorder, psychosis, as well as a healthy control group. Participants were administered the Sociodemographic Data Form, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Psychache Scale (PAS), Morisky Medication Adherence Scale (MMAS), Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Young Mania Rating Scale, and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Data were analyzed using correlation, regression, and mediation analyses.

Results: In the entire diagnostic sample ($n=275$), psychache was found to have a statistically significant partial mediating role in the relationship between childhood trauma and treatment adherence ($p<0.001$). Mediation analyses revealed a negative association between the total score on the CTQ and treatment adherence, which was partially explained through psychache. At the subscale level, scores on sexual abuse, physical abuse, physical neglect, emotional neglect and emotional abuse were all positively associated with psychache, while psychache was negatively associated with treatment adherence.

Conclusion: CT is a significant predictor of nonadherence to treatment in psychiatric patients, and this effect is partially mediated by the level of psychache.

Keywords: Childhood trauma, psychache, treatment adherence, mediation, psychiatric disorders

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Depresif Bozukluk (DB) çökkün duygudurum, ilgide azalma ve keyif alamama, iştah değişiklikleri, uyku düzensizliği, enerji değişiklikleri, suçluluk düşünceleri, ölüm düşünceleri görülebilen; toplumsal ve/veya mesleki işlevsellikte ciddi bozulmalara neden olan psikiyatrik bir bozukluktur. ¹ DB tüm dünyada en yaygın görülen psikiyatrik bozukluktur. ² DB neredeyse her yaş grubunda görülebilsen dahi orta yaş grubunda daha sık görülmektedir. DB yaşam boyu görülme yaygınlığı, %1,5-%19 arasında değişen bir aralığa sahiptir. Yeterli ve uygun şekilde tedavi edilmediğinde DB; yüksek morbidite, mortalite, iş gücü kaybı ve yüksek tedavi maliyetleriyle ilişkilidir. ² Toplumların önemli bir kısmını etkilemesi nedeniyle DB halen önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. ¹

Anksiyete, bireylerin genellikle iç sıkıntısı ve/veya kötü bir şey olacağına dair his olarak tanımladıkları, korkuya benzer olumsuz bir duygusal durumdur. ³ Kişinin tehditlerin üstesinden gelebilmek için gerekli tedbirleri almasını sağlayan korku benzeri bir durumdur. ³ Anksiyete ve korkunun ayrımında korkunun dışa yönelik ve belirli bir tehdit durumuna karşı ortaya çıkmasına karşın anksiyetenin içe yönelik, genellikle bilinmeyen, çatışmalı bir tehdide karşı bir cevap olması önemlidir. ³ DSM-5-TR tanı ölçütlerine göre, kaygının patolojik olarak değerlendirilmesi, klinik düzeyde belirgin bir sıkıntı ya da bozulmaya yol açması durumunda gereklidir. ⁴ DSM-5-TR'de, "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altında çeşitli bozukluklar tanımlanmıştır. ⁵ Yaygın anksiyete bozukluğu, toplumsal kaygı bozukluğu, özgül fobi, panik bozukluğu, agorafobi, seçici konuşmazlık, ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve madde ya da ilaç kullanımına bağlı kaygı bozukluğu, DSM-5-TR sınıflandırma sistemine göre "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altında yer almaktadır. ⁵ Anksiyete bozuklukları başlığı altında yer alan hastalıkların prevalans ortalamaları %6-7 civarındadır. ⁵ Sık görülmesi, toplumsal, mesleki ve sosyal işlevselliği önemli ölçüde etkilemesi nedeniyle anksiyete bozuklukları günümüzde önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir.

Bipolar Bozukluk (BB), belirli bir sıra veya düzen olmadan tekrar eden depresif, manik, hipomanik ya da manik ve depresif dönemlerin her ikisinin de özelliklerini kapsayan karma belirtili dönemler ile giden ve bu dönemler arasında bireylerin belirti göstermediği ya da subklinik belirtiler gösterdiği, işlevselliği etkileyen ya da bozan, kronik gidişli bir duygudurum bozukluğudur. ⁶ BB-tip 1, DSM-5-TR sınıflama sistemine

göre yaşam boyu en az bir kez manik dönemin görüldüğü ve süreçte depresif dönemlerin de tabloya eklenebildiği nispeten daha şiddetli gidiş gösteren alt tiptir. BB-tip 2 ise DSM-5-TR'ye göre en az bir hipomani döneminin görüldüğü ve sıklıkla depresif dönemlerle seyreden alt tiptir.¹ DSM-5-TR sisteminde Bipolar ve İlişkili Bozukluklar tanı başlığı altında siklotimik bozukluk ise BB-1 ve BB-2'nin daha az şiddetli formunu oluşturmaktadır.⁶ BB-tip 1'de sanrı, varsanı gibi psikotik belirtiler görülebilir.⁶ Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının %1-2 olduğu bildirilmiştir.⁷ BB her iki cinsiyette de benzer oranlarda görülmektedir. BB ortalama başlangıç yaşının 17-31 yaşlarında olduğu bilinmektedir.⁶

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), yineleyici bir şekilde obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte yer aldığı önemli bir işlevsellik kaybına neden olan ve bireyler için önemli bir zaman kaybına neden olan psikiyatrik bozukluktur. Obsesyonlar, bireylerde sıklıkla kaygıya ve sıkıntıya neden olan, çoğunlukla bireylerin zihnine istenmeden gelen, tekrarlayıcı düşünce, güdü ya da düşlemlerdir. Bireyler bu obsesyonları sıklıkla aldırnamaya, baskılamaya, bir düşünce ya da eylemle baskılamaya çalışır.⁸ Kompulsiyonlar, bireylerin obsesyonlarını yüksüzleştirme amacıyla tepki olarak ya da bireylerin yapmaya zorlandığı yinelemeli davranışsal tepkiler ya da zihinsel süreçlerdir.⁸ Bu davranışsal tepkiler ve zihinsel süreçler genellikle kaygıyı ve gerginliği azaltma, korkulan bir durumdan kaçınma amacıyla yapılır.⁸ Obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) yaşam boyu görülme sıklığı %2,5-%6,2 arasında bildirilmiştir ve yetişkinlerde her iki cinsiyet arasında yaygınlık açısından bir fark görülmemiştir.⁹

Şizofreni; sanrılar, varsanılar, dezorganize davranışlar, negatif semptomlar ve işlevsellikte bozulma ile giden kronik bir psikiyatrik bozukluktur.¹⁰ Şizofreni, düşünce ve algı bozuklukları, bilişsel işlevlerde bozulmalar, negatif belirtiler (örneğin, avölüsyon, apati, sınırlı duygusal ifade ve iletişim zorlukları) ile tanımlanan bir klinik tabloya sahiptir.¹¹ Şizofreni genellikle alevlenmelerle ve remisyonlarla seyreden bir hastalıktır.¹¹ Hastalığın uzun dönemde seyrini ve sonlanımını tahmin edebilmek oldukça zordur. Hastalık seyri ve sonlanımının belirlenmesinde hastalığın belirtileri, toplumsal adaptasyon, bilişsel yetilerin durumu, genel tıbbi durum önemlidir.^{10,11} Şizofreni genellikle genç yaşlarda ortaya çıkar ve yaşam boyu görülme sıklığının %1,5 olduğu kabul edilmektedir. Ruhsal durumun tüm alanlarını etkileyen belirti ve bulgular göstermesi, etyolojisinin tam olarak aydınlatılamamış olması ve ciddi yeti kaybına neden olmasıyla kritik bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirilmektedir.^{10,11}

Çocukluk çağı kişiliğin şekillendiği ve bireyin geleceğinin tohumlarının atıldığı, travmalar açısından risk oluşturan, insan hayatının önemli bir gelişim dönemidir. Çocukların hayatlarının ilerleyen dönemlerinde sağlıklı bir birey olarak yetişmeleri ve toplum tarafından kabul görmeleri çocukluk dönemlerindeki deneyimleriyle yakından ilişkilidir. Çocukluk çağı travmaları, kişilerin on sekiz yaşından önce karşı karşıya kaldıkları ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratan olaylar olarak tanımlanmaktadır.¹² Bu tür olumsuz olaylar, cinsel-fiziksel ve emosyonel istismar ile emosyonel ihmalin yanı sıra, aile bireylerinin yitimi, aileden ayrı düşme, ebeveynlerin boşanması, şiddete maruz kalma veya tanıklık etme, göç, kazalar ve yıkıcı doğa olayları gibi durumlar olarak tanımlanabilmektedir.¹³ ÇÇT tekrar edebilir olması, çocuğun genellikle yakını olan kişi ya da kişiler eliyle yapılması ve çocuğun yaşamının ileri dönemlerini de etkileyecek kadar uzun vadeli etkileri nedeniyle belirlenmesi ve sağaltımı en güç travma türlerinden biridir.¹³ ÇÇT elbette her etnik sınıfta ve her sosyo-ekonomik düzeyde görülebilir. ÇÇT nedenleri ve sonuçlarıyla birlikte sadece aile bireylerini değil; toplumu, sosyal çevreleri, yargı sistemlerini ve eğitim sistemlerini etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Ayrıca ÇÇT çocuğun fiziksel sağlığının yanı sıra zihinsel sağlığını ve psikososyal gelişimini de olumsuz yönde etkilemesi bakımından önemlidir.

Psikolojik acı, kayıp ya da kayıplar yaşama, travmatik süreçlere maruziyet, hayal kırıklığı, beklenmedik olumsuz durumlarla karşılaşma veya temel gereksinimlerin karşılanamaması gibi durumların sonucunda ortaya çıkan ve yoğun olumsuz duygularla hissedilen zihinsel bir acı olarak tanımlanabilir.^{14,15} Psikolojik acı sıklıkla depresif bozuklukla ilişkilendirilmiş ve depresyonun önemli belirtilerinden biri olmasına karşın diğer psikiyatrik bozukluklarda ve klinik olarak patolojik olmayan durumlarda da görülebilmektedir.¹⁴ Psikolojik acının, intihar davranışının önemli bir öngörücüsü olduğu ve psikolojik acının şiddeti arttıkça intihar riskinin de yükseldiği düşünülmektedir.¹⁴

Uyum, kişinin değişen koşullara göre davranışlarını değiştirebilme ve adapte olma yeteneği olarak tanımlanır. Her birey, yaşamının farklı dönemlerinde karşılaştığı koşullara belirli bir düzeyde uyum sağlama yeteneğine sahip olsa da hastalık gibi durumlar bu uyum sürecini önemli ölçüde etkileyebilmektedir.¹⁶ Hastalıklarda tedavinin yeterince etkin olabilmesi için ve hastalık süreçlerinin olumlu ilerleyişi için bireylerin uygulanan tedavi yaklaşımlarına uyumlu olmaları gerekir ve bu yüzden neredeyse tüm tedavilerde uyum, başarının ana unsurlarından biridir.¹⁶ Tedavi uyumu hastanın hekim önerilerini kabul etmesi ve bu önerilere uymasının sonucunda kontrol süreçlerine uyumu,

tedavi planını tamamlamayı, ilaçlarını doğru ve düzenli kullanmayı ve hekimin davranış boyutunda önerilerini yerine getirmeyi içerir. ^{16,17} Psikiyatrik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk diğer tıbbi durumlara göre daha siktir. ¹⁸ Psikiyatrik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluğun sık olması hastaneye yatış sıklığının artması, mesleki ve ailesel sorunların artması ve sonuçta hastanın yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.¹⁸

Emosyonel-fiziksel-cinsel istismar ve cinsel ihmalin de yer aldığı çocukluk çağında kötü muamele dünya çapında yaygın bir deneyimdir. ¹⁹ Çocukluk çağı travmaları eğitim seviyesinde düşme, daha kötü genel tıbbi durum, daha yüksek suç işleme oranları ve daha sık oranda psikiyatrik bozuklukların görülmesi ile ilişkilendirilmiştir. ¹⁹ Ayrıca çocukluk çağı travmaları her yaşta intihar düşüncesi ve davranışlarına yol açabilir. Çocukluk döneminde maruz kalınan kötü muamele ile intihar girişimleri arasındaki ilişkide sosyal desteğin yetersiz olması ve problem çözme becerisi eksikliği gibi bazı faktörler tespit edilmiştir. ¹⁹ Psikolojik acının intiharın en önemli belirleyicilerinden biri olduğu düşünülmektedir. ¹⁹ ÇÇT ile özkıyım davranışı arasındaki ilişkide psikolojik acının etkisi son zamanlarda araştırılmış ve ÇÇT ile psikolojik acının ilişkili olduğu ve doğrudan ya da dolaylı yollarla psikolojik acının intihar düşüncesi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.

¹⁹

Bilindiği üzere psikiyatri hastalarında tedavi uyumsuzluğu diğer tıbbi durumlara göre daha yüksek oranda görülmektedir. ¹⁸ Psikiyatri hastalarında tedavi uyumsuzluğunun sebepleri arasında mevcut hastalığa karşı iç görü yetersizliği, bireyin psikopatolojisi, ilaçlara bağlı yan etkiler, sosyal desteğin yeterli olmaması, ekonomik zorluklar ve tedaviye dair yetersiz bilgiye sahip olma sayılmıştır. ¹⁸

Psikiyatrik hastalıklarda tedavi uyumuna dair çok sayıda çalışma bulunmasına karşın psikiyatrik hastalığı olan kişilerde ÇÇT öyküsü ve ilişkili olduğu psikolojik acının tedavi uyumuna etkisi hakkında yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada tedavi uyumunun ÇÇT ve psikolojik acı ile ilişkisini açıklamayı amaçladık. Bu çalışmanın bulgularıyla ÇÇT öyküsü olan ve/veya psikolojik acı çeken depresif bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, anksiyete bozukluğu, şizofreni, bipolar bozukluk tanılı bireylerde tedavi uyumunun artırılması amaçlanmaktadır. Ayrıca bu çalışmayla tedavi uyumsuzluğuna sebep olacak diğer risk faktörlerinin belirlenmesi ile uyum düzeylerinin artırılması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Çağı Travmaları

Travma, bireyi ruhsal ve fiziksel olarak çeşitli biçimlerde etkileyen ve yaralayan her türden olay ya da olaylar bütünü için kullanılan bir terimdir.²⁰ Başka bir tanıma göre travma, ölüm tehdidi, ciddi bir yaralanma ya da bedensel bütünlüğe yönelik bir tehdidi doğrudan yaşamak veya bu tür bir duruma tanık olmak olarak ifade edilmektedir.⁸ Travmatik yaşantılar/olaylar travmaya sebep olan durumlar insan eliyle gerçekleşenler ve doğal olaylar nedeniyle olanlar şeklinde kabaca ikiye ayrılabilir. Bireyler doğal olaylardan kaynaklı durumlar nedeniyle ya da insanlar tarafından gerçekleştirilen eylemler nedeniyle etkilenebilirler. Genellikle insanlar tarafından gerçekleştirilen eylemler sonucunda ruhsal hastalık gelişme ihtimali daha yüksektir.

Travma kavramı ruhsal hastalıkları sınıflama sistemlerine göre çoğunlukla tekil bir olaydan bahsedilse de travmatik olay ya da yaşantılar ev içi şiddet, çocuklukta cinsel veya fiziksel istismar gibi uzamış ve yineleyici olaylar dizisi şeklinde olabilmektedir.²¹

Çocukluk çağı travmalarını tanımlamadan önce ‘çocuk’ kavramını tanımlamak önemlidir. Çocuk kavramı, her ülke ve kültürde farklılık gösterebilir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’na göre ise, daha erken yaşlarda erginlik kazansa bile on sekiz yaşını henüz doldurmamış bireyler çocuk sayılmaktadır.²²

Çocukluk çağı travmaları bireylerin on sekiz yaşına kadar maruz kaldıkları travmatik olay ya da olaylar dizisini tanımlamaktadır. Bireyin bakım vereni ya da çevresindeki diğer erişkinler tarafından bedensel veya ruhsal durumuna zarar veren; fiziksel, ruhsal ya da cinsel gelişimi engelleyen olaylar bütünüdür. Bir çocuğun kaza sonucu olmayan şekilde yaralanması fiziksel istismar olarak değerlendirilirken çocuğun bir erişkinin cinsel gereksinimleri için kullanılması cinsel istismardır. ²³ Çocuğu reddetme, aşağılama, terk etmeyle tehdit etme, suç işlemeye teşvik etme ise duygusal istismar örnekleridir. Çocuğun beslenme, barınma gibi haklarından yoksun bırakılması fiziksel ihmali; cinsel istismara karşı korunmaması cinsel ihmali ve çocuğa karşı gerekli sevginin, ilginin gösterilmemesi duygusal ihmali tanımlamaktadır. ²³ Birçok araştırmacı 0-6 yaş arası çocukların yaşadıkları travmatik deneyimleri erken çocukluk çağı travmaları olarak tanımlayarak farklı bir pencere açmıştır. Bu yeni tanımlamanın dayandığı nokta başta Freud olmak üzere birçok araştırmacının erken çocukluk çağındaki deneyimlerin bireyin kişiliğini ve gelişimini daha çok etkileyebileceğini düşünmeleridir.

²⁴Araştırmacıların temelde böyle düşünmelerinin nedeni 0-6 yaş arası çocukların fiziksel ve zihinsel dayanıklılıklarının yeterince gelişmemiş olması ve korunmaya daha muhtaç olduklarının bilinmesidir.

2.1.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Genel Popülasyondaki Oranları

Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığını tahmin edebilmek oldukça zordur. Genel popülasyondaki yaygınlık oranları ülkeler, bölgeler arasında değiştiği gibi aynı bölgelerde yapılan araştırmalarda farklı yaygınlık oranları tespit edilmiştir. Çocukluk çağı istismarlarının önemli bir çoğunluğu istismar vakalarının bir kısmının adli takibe alınamaması, istismar olayının aile içinde gizli kalması gibi nedenlerle gözden kaçmaktadır. Bu durum yaygınlık çalışmalarının sonuçlarının tutarlı olmaması sonucunu doğurmaktadır. Ayrıca yaygınlık çalışmalarının toplumun belirli bir sosyoekonomik düzeyindeki bireylerle sınırlı kalması da sıklıkla eleştirilmektedir. ²⁵

Araştırmalar travmaların genel popülasyondaki yaygınlık oranlarının %60-70 aralığında olduğunu göstermektedir. ²⁶ Altmış yaş üstü kişilerde yapılmış çalışmalar bireylerin önemli bir çoğunluğunun yaşamları boyunca en az bir defa istismar ya da ihmale maruz kaldığını göstermiştir. ²⁷ Bazı araştırmacılar ise bu istismar ve/veya ihmale maruz kalma durumlarının önemli bir kısmının çocukluk çağında yaşandığını belirtmişlerdir. ²⁸

DSÖ verilerine göre çocuklara karşı kötü muamelenin fiziksel-cinsel- emosyonel istismar ve emosyonel ihmal olmak üzere dört farklı biçimde olabileceği belirtilmiştir. ABD’de 1986-1993 yılları arasında gerçekleşen istismar olaylarına bakıldığında cinsel, fiziksel ve emosyonel istismara maruz kalan çocuk sayısının 7 yılda %67 oranında arttığı raporlarda bildirilmektedir. ²⁹ Yine aynı raporlarda 1992 yılında 149.800 çocuğun cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmektedir. ²⁹

Cinsel istismar ve ihmal ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde bir grup araştırmacının risk faktörleri üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bazı araştırmalar kızların erkek çocuklarına oranla yaklaşık 3 kat daha fazla istismar ve ihmale maruz kaldığını göstermiştir. ³⁰ Fakat daha yeni araştırmalar kız-erkek cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymaktadır. ^{31,32}

Araştırmalara göre cinsiyet haricindeki bir diğer değişken yaş faktörüdür. Cinsel istismar veya ihmale uğrayan çocukların %10’unu 0 ile 3 yaş arasındaki çocuklar, %28’ini 4 ile 7 yaş arasındaki çocuklar olduğu tahmin edilmektedir. ²⁹ Bazı araştırmacılar kız çocuklarında istismar yaşının daha küçük olduğunu ve daha fazla sıklıkta

tekrarladığını bildirmiştir.³³ Son yıllarda yapılan çalışmalarda araştırmacılar yönünü çocukluk çağı duygusal istismarına çevirmiştir. Araştırmalarda çocukluk çağında duygusal istismar ve ihmalin tahmin edildiğinden daha sık olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada bireylerin %78'i duygusal istismar ve ihmale maruz kaldığını belirtmiştir.³⁴

2.1.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikopatolojiler

Çocukluk çağında yaşanan travmalar bireyin ilerleyen yaşamında ruhsal bir patoloji geliştirmesi için kayda değer bir risk etkeni olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalar çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikte şizofreni, bipolar bozukluk, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi psikopatolojilerle ilişkili olduğunu göstermiştir. ³⁵⁻³⁸ Psikiyatri hastalarıyla yapılan bir araştırmada, olguların %57'sinde cinsel ve/veya fiziksel istismar öyküsüne rastlandığı rapor edilmiştir. ³⁹

Ayrıca çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış bireyler arasında yapılan bir araştırma sonucunda da bu bireylerde Alkol ve madde kullanım bozukluklarının, kişilik bozukluklarının ve yeme bozukluklarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir.⁴⁰

Araştırmalar çocukluk çağında yaşanan travma öyküsünün yetişkinlikte intihar davranışıyla güçlü ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur. ⁴¹ Bu duruma ek olarak çocukluk çağı travmaları ile psikolojik acı arasındaki ilişki net gösterilmemiş olsa dahi çocukluk çağı travmaları arasında sayılan utanç, reddedilme, terk edilme, değersizleştirme duygularının psikolojik acı ile güçlü ilişkisi bilinmektedir.⁴²

2.2. Psikolojik Acı

Psikolojik acıyı ilk kez 1996 yılında Shneidman tanımlamıştır. Daha sonra araştırmacılar 'mental pain', 'emotional pain', 'psychic pain', 'psychological pain' olarak adlandırmışlardır. ¹⁴ Araştırmacılar kimi zaman bir kayıp sonrası yas duygularını kimi zaman anlamsız hissetme ve boşluk hissini kimi zaman da benlik algısındaki negatif değişimleri PA hissi olarak belirtmişlerdir. Yıllar içerisinde araştırmacıların PA kavramına dair çok farklı yorumları olsa da bu kavrama en büyük katkı Shneidman tarafından intihar teorisi ile sağlanmıştır.¹⁴ Shneidman 'psycache' olarak tanımladığı PA kavramının bireyin sevmek, sevilmek, anlamak, anlaşılmak, kendilik imajını korumak, güvende hissetmek gibi temel gereksinimlerinin engellendiği durumlarda ortaya çıktığını belirtmiştir. ⁴³ Engellenen bu gereksinimler zaman içerisinde kendisini utanç, suçluluk, hayal kırıklığı, umutsuzluk, öfke, aşağılanma gibi belirtilerle gösteren psikolojik acı olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Shneinman'a göre psikolojik acının belirtileri olarak ortaya çıkan bu belirtiler zamanla ağırlaşarak dayanılmaz hale gelmektedir ve bireyin bu acıdan kurtulmak için özkıyım davranışı göstermesiyle sonuçlanmaktadır.¹⁴ Mee-Bunney ve arkadaşları iki hipotez üzerinde durmuştur. Birincisi psikolojik acının depresyonun önemli belirtilerinden olduğu ve özkıyım hakkında öngörücü olabildiği, ikincisi ise psikolojik ve fiziksel acının ikisinin de subjektif belirtiler gösterdiği dikkate alındığında, görüntüleme çalışmaları ile ortak bir beyin patofizyolojisinin olduğu fakat ayrı beyin yapılarını aktive ederek subjektif belirtilerin birbirinden farklı gözlendiğidir.⁴⁴ Fiziksel ağrı ile psikolojik acının karşılaştırılması amacıyla, ciddi yaralanma veya yaşamı tehdit eden fiziksel hastalık öyküsüne sahip depresif hastalar incelenmiş ve bu bireylerin fiziksel ile psikolojik acı deneyimleri değerlendirilmiştir. Otuz katılımcının yirmi sekizi hissettikleri psikolojik acının yaşadıkları fiziksel acıdan daha ciddi olduğunu bildirmiştir.⁴⁵ Yazarlar psikolojik acı kavramını farklı açılardan ele alsa da bu alandaki en önemli katkı Shneidman tarafından intihar teorisi çerçevesinde yapılmıştır. Shneidman, psikolojik acıyı, bireyin güvende hissetme, sevilme, kendilik imajını koruma, anlam arayışı, anlaşılma, utanmama ve kontrol etme gibi temel ihtiyaçlarının engellenmesi durumunda ortaya çıkan bir duygu olarak tanımlamıştır.^{46,47} Psikolojik acı, hüznün, keder, utanç gibi olumsuz duygular biçiminde deneyimlenen zihinsel bir ıstırap süreci olarak tanımlanabilir. Yoğun şekilde hissedilen psikolojik acıdan kurtulmanın bir yolu olarak bireyler, özkıyım girişiminde bulunabilmektedir. Psikolojik acı, depresyon tanılı bireylerde, fiziksel engeli olan bireylerde veya sosyal stresin etkili olduğu durumlardaki olgularda, özkıyım girişiminde bulunma riskini artırmaktadır.¹⁵

2.2.1. Psikolojik Acı ve Psikopatolojiler

Psikolojik acı öznel bir bildirim olarak değerlendirilmektedir. Psikolojik acının anksiyete bulguları ve depresyon bulguları ile benzer yönleri bulunsa da daha çok depresif bozukluk ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca depresyon ve anksiyete için etyolojik faktörler olarak görülebilen kayıp yaşama, travma gibi durumlar psikolojik acı için de etyolojik faktör olarak değerlendirilmektedir.¹⁴

Psikolojik acı ve psikopatolojiler arasındaki ilişki Shneidman'ın ilk çalışmalarını intihar üzerinden yapması nedeniyle genellikle intihar üzerinden araştırılmıştır.¹⁴ Depresif bozukluk tanılı hastalarda psikolojik acı şiddetiyle intihar davranışı ve girişimi arasındaki ilişki gösterilmiştir. Bir başka çalışmada obsesif-kompulsif bozukluk

hastalarında psikolojik acı şiddetiyle özkıym girişimi arasında ilişki olduğu belirtilmiştir.^{48,49}

Çocukluk çağı travması olan kişilerde hissedilen psikolojik acı genellikle daha şiddetli olmaktadır. Bu şekilde psikolojik acının daha şiddetli olması ÇÇT'ye bağlanmaktadır. Ayrıca bu şekilde şiddetli psikolojik acı hisseden bireylerin fiziksel acı ile psikolojik acıyı azaltmaya çalıştıkları da öne sürölmüştür. Fiziksel acı çekmenin bir yolu olan kendine zarar verme davranışı ile kişi dikkatini fiziksel acısına yöneltmektedir.⁴³

2.3. Tedavi Uyumı

Uyum, kişinin değişen koşullara göre davranışlarını değiştirebilme ve adapte olma yeteneği olarak tanımlanmıştır. Her birey yaşamının belirli dönemlerinde ortaya çıkan koşullara belirli ölçüde uyum gösterme yeteneğine sahip olmasına karşın hastalık gibi durumlar bireylerin uyumunu önemli oranda etkilemektedir.¹⁶

Çalışmamızda değerlendireceğimiz tedavi uyumu kavramı ise en basit tanımıyla bireyin doktor tarafından verilen önerilere uymasıdır. Bu tedavi uyumu ve öneriler tanımı tavsiye edilen tedavi protokollerine uymayı, düzenli kontrollere gelmeyi içermektedir.^{16,17} Önerilen ilaçların önerildiği dozlarda kullanılmaması, önerilen saatlerde kullanılmaması, belirtilen kontrol günlerinde kontrole gelinmemesi tedavi uyumsuzluğuna işaret etmektedir.

Noble uyum kavramını ayrıntılı bir şekilde incelemiş ve sağlık sistemlerinin modernleşmesiyle hastaların daha etkin bir konuma geldiklerini belirtmiştir. Noble hastalara hekimler tarafından verilen önerilerin hastalar tarafından bir şekilde çarpıtılabileceğini ya da değerştirilebileceğini tespit etmiştir ve bunun kısmi uyum olduğunu belirtmiştir.^{50,51}

Tedavi uyumunu değerlendirmek için iki farklı yöntem kullanılabilir. Bu yöntemler özne ve nesnel yöntemler olarak ayrılmaktadır. Özne yöntemler hastayı önceden tedavi eden hekimlerin uyumla ilgili görüşlerini almak, hasta ile uyum konusunda görüşmek, hasta kayıtlarını incelemek olabilir. Nesnel yöntemler ise ilaçların kan düzeyine bakmak, ilaç metabolitlerini ölçmek, ilaç kutularında kalan ilaçları saymak olabilir.^{50,51} Bu yöntemler birbiriyle kıyaslandığında nesnel yöntemler daha güvenli olmasına rağmen daha maliyetli olması, daha çok zaman gerektirmesi, bazı ilaçların düzeylerinin net bilgi vermemesi nedeniyle oldukça zorluk yaratmaktadır.⁵¹

Tedavi uyumsuzluğu değerlendirilirken asıl yapılması gereken bu uyumsuzluğunun nedenlerinin araştırılması olmalıdır. Uyumsuzluğun sebepleri arasında hastalığa karşı içgörünün yetersiz olması, ilaç kullanmaya karşı kaygı, yan etkiler, damgalanma, alternatif tedavi arayışları, ilaçların etkilerinin kısa dönemde görülmemesi, tedavi konusunda yetersiz bilgi, sosyal destek yetersizliği, ilaçlara ulaşmada zorluk, hastane yatışı sayısının fazla olması, hastalıkla geçen sürenin uzun olması sayılabilir. Buna ek olarak sadece hastanın değil bakım verenlerin de tedavi konusunda uyumsuz olması sebepler arasında sayılabilmektedir. ^{52,53} Ayrıca bilinmektedir ki mental kapasite, yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri tedavi uyumunu etkileyen faktörlerdendir.

2.4. Majör Depresif Bozukluk

2.4.1. Tanımı ve Genel Özellikleri

Majör depresyon dünyanın yaklaşık yüzde 4,4'ünü etkileyen depresif duyguduruma ek olarak psikomotor yavaşlama, değersizlik duygularıyla giden benlik saygısında azalma belirtileri ve isteksizlik ile karakterize olan bir bozukluktur. Majör depresyon en yaygın görülen duygudurum bozukluğudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün son verilerine göre de hastalık yükünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır. ^{54,55}

2.4.2. Epidemiyoloji

Majör depresif bozukluk her yaşta görülebilir ve bireylerin işlevselliğini önemli ölçüde bozmaktadır. Majör depresif bozukluğun bir yıllık prevalansı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte yaklaşık %6 olduğu bildirilmiştir. ⁵⁶ Yaşam boyu yaygınlık oranına bakıldığında ise erkeklerde %18, kadınlarda %31 dolaylarında olduğu tahmin edilmektedir. ⁵⁷

2.4.3. Klinik Özellikler ve Sınıflandırma

Majör depresif bozukluğun teşhisini, tanımını, klinik seyrini, özelliklerini, şiddetini ve remisyon sürecini daha iyi kavrayabilmek amacıyla sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. Yaygın olarak kullanılan sistemler DSM ve ICD'dir. Araştırmalarda DSM sınıflandırma sistemi daha yaygın olarak kullanılmaktadır.⁵⁸

Çökkün duygudurum, ilgi istek kaybı, uyku-iştah ve enerji değişiklikleri, cinsel isteksizlik ve yeti yitimi gözlenen majör depresif bozukluk; artan yaygınlık oranları ile ülkemiz ve dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Kronikleşebilen doğası, verimlilikte düşme ve ekonomik sorunlara yol açması, özkıyım riskinde artışa neden olması ile araştırmaların çok kez odak noktası olmaktadır.⁵⁹ Kişide MDB tanısının düşünülmesi için tanı ölçütlerinin hemen hemen her gün görülüyor olması gerekmektedir. Çökkün duygudurum günün tamamına yakınında gözlenmelidir. MDB'nin temel kriterleri en az iki hafta kadar süren depresif duygudurum, etkinliklere karşı ilgi yitimi veya keyif alamamadır. Bununla birlikte iştah değişiklikleri, uyku sorunları, değersizlik-suçluluk duyguları, içsel güçte azalma ya da karar vermekte zorlanma, odaklanamama, tekrarlayan özkıyım düşünceleri bulgularından en az dört tanesi kişide bulunmalıdır. Bu belirtilerin MDB dönemine ait olduğunun kabul edilmesi için belirtiler yeni ortaya çıkmış olmalı ya da önceki duruma göre açıkça kötüleşmiş olmalıdır. Toplumsal alanda, mesleki alanda ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında düşme gözlenmelidir. ⁵⁹ Tedavi amaçlı başvurularda zaman zaman çökkün duygudurum kabul edilmeyebilir. Herhangi bir şey hissetmediği ya da kaygı hissettiğini tarifleyen olgularda görüşme sırasındaki tutum ve davranışlar incelenmelidir. Bazı olguların duygularından ziyade somatik yakınmalar ile başvurduğu akılda tutulmalıdır. Başvuran kişi çoğu zaman eğlence veren etkinliklere karşı ilgisinin kaybolduğunu, eskiden keyif aldığı aktivitelerin artık ilgilerini çekmediği bildirmektedir. Ailesi ise içe kapanıklığı olduğunu, toplumsal olarak geriye çekildiklerini, cinsel ilgilerinin azaldığını bildirmektedir.^{8,60} Vejetatif bulgularda değişiklikler gözlenmektedir. Uykusuzluk, uykuda bölünme, yeniden uykuya dalamama ya da yeterli süre uyumasına rağmen yorgun kalkma şeklinde gözlenebilmektedir. Aşırı uyku hali, uzamış gece uykuları ya da artmış gündüz uykusu gözlenebilmektedir. ⁸ Psikomotor ajitasyon duramama, sürekli adım atma, yumruk sıkma, deri yolma, kıyafetlerini çekiştirme şeklinde ya da psikomotor yavaşlama konuşmanın yavaşlaması, sorulara cevap verme öncesi sürenin uzaması, ses tonunun kısılması, kelime sayısının azalması şeklinde gözlenebilmektedir. Kişinin verimliliğinde azalma küçük işleri gözünde büyütme, içsel güçte azalma gözlenebilmektedir. Kişi

günlük işlerini her zamankinden daha uzun sürede gerçekleştirebilmektedir.⁸ Bu dönemde gerçekçi olmayan yoğunlukta gözlenen değersizlik ve suçluluk düşünceleri, geçmişle ilgili tekrarlayıcı pişmanlık düşünceleri gözlenebilmektedir. Sıradan sayılabilecek durumlarda yetersizlik hissedebilir, kişisel eksikliklerine yönelik sürekli kanıt toplayabilirler. Sorunluluklarını yerine getiremiyor olmakla ilgili sürekli suçluluk düşünceleri gözlenir. Dikkat toplama ve sürdürmekte güçlük, karar almakta zorlanma, bilişsel işlevlerde yetersizlik gözlenebilir. Yaşlılarda bellekte zayıflama görülebilir. Bunama belirteçleri olarak değerlendirilebilecek psödo demans belirtileri gözlenebilir. Bellek bozulmalarının geri dönüşümlü olması beklenmektedir. Ancak yaşlılarda MDB demansiyel sürecin başlangıcına işaret edebileceği unutulmamalıdır.^{8 61} Özkıyım düşünceleri sabah zor uyandırılmadan, ölsem de kurtulsam düşüncelerine, özkıyım planı tasarlamaya kadar uzanabilmektedir. Kişiler özkıyım düşüncelerine kaynak olarak kimseye bir faydaları olmamasını, etrafına yük olduklarını gösterebilmektedir. Sorumluluklarını, borçlarını düzenlemiş, vasiyet notu yazmış, özkıyım için gerekli ekipmanı hazırlamış kişilerde yüksek özkıyım riski olduğu dikkate alınmalıdır.^{8 61} Başka bir sağlık problemi olan dönemde görülen depresif temaların yorumlanması özellikle zor olmaktadır. Başka bir sağlık durumu ile tam olarak açıklanamıyorsa bulgular MDB lehine yorumlanmalıdır. Vejetatif belirtiler dışındaki deprese, disforik duygudurum, keyif alamama, suçluluk-değersizlik düşünceleri, dikkat bozulmaları, özkıyım düşünceleri gibi belirtiler bu gibi durumlarda dikkatle değerlendirilmelidir.^{8 62,63}

Majör depresif bozukluk için belirtilerin şiddetine, farklılığına, seyrine göre bunalıtlı özellikler gösteren, melankoli özellikleri gösteren, katatonik özellikler gösteren, karma özellikler gösteren, atipik özellikler gösteren, mevsimsel örüntülü, duygudurum ile uyumlu veya uyumsuz psikotik özellikler gösteren ve peripartum başlayan şeklinde alt belirleyiciler tanımlanmıştır.⁸

Hastalığın yaşam boyu klinik seyrine göre depresyon tek atak, tekrarlayıcı, kronik depresyon ya da distimi ve çifte depresyon olarak gruplandırılmaktadır. Çifte depresyon kronik depresif duygudurum ile birlikte bir depresyon atağının gözlenmesine verilen isimdir. Tekrarlayıcı depresyon ise iki atak arasında tam düzelme olup olmamasına göre derecelendirildiği iki farklı modelde incelenebilmektedir. Bu gruplar arasında sürekli semptomları gözlenen kronik depresyon ile çifte depresyonu ayırt etmek oldukça güçtür. Yeni bir depresyon atağının başlangıcını fark etmek için dikkatli ve detaylı bir görüşme yapılmalıdır.⁶⁴

2.4.4. Etiyoloji

Eski dönemlerden bu yana depresyonun etiyolojisi aydınlatılmaya yönelik araştırmalar yapılmaktadır. Bugünkü veriler ile depresyonunun oluş nedenleri henüz tam anlamıyla anlaşılamamış olsa da birçok hipotez ortaya atılmıştır. Günümüze kadar yapılan birçok klinik çalışmaların sonucunda depresyonun yalnız bir sebebe bağlı olmadığı, farklı türden birçok etkenin ve süreçlerin depresyon gelişiminde rolü olduğu düşünülmektedir. Son birkaç yılda depresyonun nedenlerine dair yapılmış araştırmalar psikososyal ve analitik kuramlardan daha ziyade biyolojik teoriler lehine yönelmektedir. Nörobiyolojik sahada yapılan önemli çalışmalar hipofizer sistem, adrenal-tiroid sistemleri, vitamin eksiklikleri, genetik etkenler, nöral ağlar, nöroplastisite ve nörogörüntüleme üzerine yoğunlaşmıştır.⁵⁴

Duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasında psikososyal etkenler belirleyici bir rol oynamaktadır. Zorlu ekonomik yaşam koşulları ve mali sıkıntılar, aile içindeki çatışmalar, işyerinde yaşanan sorunlar, iş kaybı, emeklilik, göç, bedensel sağlık sorunları gibi etkenler duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Ancak bu etkenler, bireyde biyolojik ve psikolojik yatkınlık bulunduğu tetikleyici bir etki göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, birey açısından önemli kişilerin kaybıyla başlayan yas süreci, evlilik, boşanma, iş değişikliği ve işinden ayrılma gibi kritik yaşam olaylarının duygudurum bozukluklarının gelişiminde etkili olduğu rapor edilmiştir.^{54,65} Klasik psikanalitik yaklaşımlara göre, depresyon yaşayan bireylerde süperegö katı ve cezalandırıcı niteliktedir. Bu bireylerde benlik saygısının düşük olduğu ve kendilerini değersiz ve yetersiz olarak algıladıkları bilinmektedir. Fenichel, dış desteklerle sağlanan özgüvenin bulunduğu bir ruhsal yapıda, narsisistik ihtiyaçların karşılanmaması durumunda benlik saygısının zarar göreceğini ve depresyon sürecinde bu dış desteklerin kaybının yaşanacağını belirtmiştir. Beck'in bilişsel kuramına göre ise, çocukluk döneminde edinilen tecrübeler ve öğrenmeler sonucunda bireyde birtakım temel inanç, düşünce ve varsayımlar gelişir; bu yapılar bireyin şemalarını oluşturmaktadır. Söz konusu şemalar, bireylerin ileriki yaşamında kendine ve çevresine yönelik algılarını ve tutumlarını şekillendirir. Kişinin bu şemaları işlevsiz biçimde işlemesi ve bu işlevsel olmayan yapıları destekleyen yaşam olaylarının etkisiyle olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkar; bu düşünceler ise depresif belirtilerin oluşmasına zemin hazırlar.⁶⁶ Seligman tarafından ortaya atılan “öğrenilmiş çaresizlik” kuramı, bireylerin çocukluk döneminden itibaren çeşitli stres verici uyaranlara maruz kalmaları ve bu durumlarla başa çıkmak için yeterli stratejiler geliştirememeleri sonucunda depresyona yatkın hale

geldiklerini öne sürer. Bu bireyler, olumsuz bir durumla karşılaştıklarında nasıl bir tepki vereceklerini çoğu zaman kestiremezler.⁶⁷

Yapılan ikiz çalışmaları, duygudurum bozukluklarının etiyolojisinde genetik etkenlerin yaklaşık %50-70 oranında etkili olduğunu göstermektedir. Kalıtsal olarak gelecek nesillere aktarılan unsur, hastalığa karşı duyarlılık ve yatkınlıktır. Tek uçlu depresyon üzerine gerçekleştirilen genetik haritalama çalışmalarında, ikinci kromozom üzerinde yer alan cAMP (siklik adenosin monofosfat) yanıt elemanını bağlayan protein bölgesi (CREB1) ile güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Majör depresif bozukluk (MDB) için yapılan genetik çalışmalarda ise serotonin taşıyıcı geninin kısa ve uzun olmak üzere iki farklı alleleline sahip olduğu belirlenmiştir. Kısa allelin, serotonin taşıyıcı sentezini yavaşlattığı ve bunun sonucunda serotonin nöronlarının uyarana karşı adaptasyonunun geciktiği düşünülmektedir. Depresif bozukluklarla ilişkili olduğu bildirilen diğer genler arasında; sirkadiyen ritimle bağlantılı clock geni, GABRA5, DAOA, DRD1, DRD4 genleri ile SLC6A2 yer almaktadır. Ayrıca 11p14 kromozom bölgesinde bulunan beyin kaynaklı nöro trofik faktör (BDNF) genindeki polimorfizmlerin de depresyona yatkınlıkla ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur.^{68,69}

Monoamin kuramlarına göre, tek uçlu depresif bozukluğu olan bireylerde gözlenen çeşitli semptomlar doğrultusunda farklı nörotransmitterlerin süreçte rol oynayabileceği; bu bozukluğun, noradrenalin (NA), serotonin (5HT) ve dopamin (DA) gibi monoaminlerin yer aldığı monoaminerjik nörotransmitter sistemini kapsayan karmaşık bir işlevsel bozulma olabileceği öne sürülmektedir. Bu monoaminlerin her biri birbiriyle etkileşim içindedir ve çeşitli beyin bölgelerinde birbirlerinin salınımını ve etkinliğini karşılıklı olarak düzenlemektedir. Bu nörotransmitterlere ilişkin işlevsel bozukluklar, beyindeki yapısal ve kimyasal değişimlerin bir sonucu olarak ortaya çıkabilmekte ya da bizzat depresif dönemin kendisi bu değişikliklere yol açabilmektedir. Bununla birlikte, yaygın kabul gören görüş, öncelikle nörotransmitterler arasındaki dengenin bozulduğu ve bunu takiben depresyonun geliştiği yönündedir. Bu alanda gerçekleştirilen çok sayıda araştırmadan elde edilen bulgular, merkezi sinir sisteminde noradrenalin (NA), serotonin (5-HT) ya da dopamin (DA) nörotransmisyonunda azalma ve/veya monoamin reseptörlerinin duyarlılığı ve yoğunluğunda değişiklikler olduğunu ortaya koymaktadır. Serotonin (5-HT), majör depresif bozuklukta (MDB) önemli bir rol oynamaktadır. Depresyon tanısı alan bireylerin, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ile tedaviden fayda görmeleri ve tedavi sonrası 5-HT reseptör işlevlerinde artış

gözlemlenmesi, serotonin hipotezlerini destekler niteliktedir. Depresif bozukluğu olan bireylerde, NA metabolizmasında azalma ve locus ceruleus bölgesinde NA taşıyıcı yoğunluğunda düşüş saptanmıştır. Ayrıca depresyon hastalarında MSS'deki noradrenerjik devrelerin artmış aktivitesi, klinik olarak anksiyete ve panik atak belirtileriyle kendini gösterirken; bu yolların aktivitesindeki azalma ise depresif semptomlarla ilişkilidir. Dopamin (DA) sisteminde de depresyonla ilişkili önemli değişiklikler bulunmaktadır. Depresif hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS), DA'nın başlıca metaboliti olan homovanilik asit (HVA) düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Özellikle ciddi psikomotor retardasyon sergileyen hastalarda DA aktivitesinde azalma söz konusudur. Deneysel depresyon modellerinde, mezolimbik DA aktivitesinde bozulma olduğu ve antidepresan tedaviyle bu sistemdeki transmisyonun arttığına dair bulgular mevcuttur. Glutamat, öğrenme ve bellek işlevlerinde rol alan, beyindeki en yaygın ve en önemli uyarıcı nörotransmitterdir. Hayvanlarla yapılan deneylerde, stres sonrasında glutamaterjik aktivitede artış gözlemlenmiş, bu artış eksitotoksik etkiyle nöronal kayıplara yol açmıştır. Ayrıca, merkezi sinir sistemindeki GABA düzeyindeki azalma ve asetilkolin (ACh) düzeyindeki düzensizlikler, glutamaterjik uyarının artmasına neden olarak nöronal hasarı tetiklemektedir.^{54,69-71}

2.4.5. Tedavi

Depresyon klinik özellikleri kişiden kişiye değişen bir psikiyatrik hastalık olup tedavide bireye özgü yaklaşım esastır.⁵⁴ Tedavi planında MDB'nin hangi alt tipi olduğu ve hastalık şiddeti, eşlik eden başka psikiyatrik veya tıbbi hastalığın olup olmadığı, düzenli kullandığı ilaçlar, ek kişilik bozukluğu, aile öyküsü, intihar riski vb. faktörler dikkate alınmalıdır. Tedavileri farmakolojik tedaviler, somatik tedaviler, psikoterapötik tedaviler olmak üzere üç ana başlıkta incelemek mümkündür. En sık kullanılan ilaç grubu antidepresanlar olmakla birlikte güçlendirme tedavisinde atipik antipsikotikler, lityum, buspiron, pindolol gibi ilaçlar ve L-metil folat, S-adenozil metionin, triptofan, triiyodotironin replasmanı da kullanılmaktadır. Somatik tedavi seçeneklerine bakıldığında en sık elektrokonvülsif terapi olmak üzere, transkraniyel manyetik uyarım, derin beyin uyarımı, vagal sinir uyarımı, transkraniyal doğru akım stimülasyonu ve fototerapi sayılabilir. Psikoterapötik tedavilerde ise etkinliği kanıtlanmış terapi seçeneklerinden bilişsel davranışçı terapi (BDT), psikanalitik psikoterapi, kişilerarası ilişkiler psikoterapisi (KİPT), farkındalık temelli bilişsel terapi (mindfulness), metakognitif terapi (MCT), kabul ve kararlılık terapisi (ACT) yer almaktadır.⁵⁴

2.5. Bipolar Bozukluk

2.5.1. Tanımı ve Genel Özellikleri

Tekrar edebilen, manik, depresif ya da hipomanik dönemlerle seyreden, ara dönemlerde de asemptomatik ya da subklinik belirtilerin izlendiği kronik gidişli bir psikiyatrik bozukluktur. Bipolar bozukluklar klinik görünümü, etyolojisi ve patogenezi bakımından çeşitlilik gösteren döngüsel duygudurum bozukluklarını içeren heterojen bir tanıdır.⁷²

Bipolar depresyon bipolar bozuklukta hastalıkla geçirilen dönemlerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bipolar-1 bozuklukta depresyon dönemlerinin tüm hastalık sürecinin yaklaşık %72'sini, bipolar-2 bozuklukta ise yaklaşık %81'ini oluşturduğu bilinmektedir. Bipolar depresyon özellikle iş gücü kaybı, üretkenlikte azalma, daha yüksek oranda madde kötüye kullanımı riski gibi nedenlerle uzun süreli işlev bozukluğuna daha çok katkıda bulunmaktadır.⁷³

2.5.2. Epidemiyoloji

Bipolar 1 bozukluğu için yaşam boyu yaygınlık oranı yaklaşık %0 ile 2,4, bipolar 2 bozukluğu için ise %0,3 ile 4,8 iken bipolar spektrum bozukluklarının toplam yaygınlık oranı %2,8 ile 6,5 olarak bildirilmiştir. BB-Tip 1 erkeklerde ve kadınlarda eşit oranda görülürken BB-Tip 2 kadınlarda daha sık görülmektedir. Manik dönemler özellikle erkeklerde daha sık oranda görülürken; depresif dönemler, karma belirtili dönemler ve hızlı döngülü hastalık kadınlarda daha sık oranda görülür.^{73,74}

2.5.3. Klinik Özellikler ve Sınıflandırma

Bipolar bozukluk mani döneminin temel belirtisi öfori, taşkınlık, iritabilitenin eşlik ettiği duygudurum değişikliklerinin olmasıdır. Mani döneminin belirtileri arasında büyüklük düşünceleri, uyku ihtiyacında azalma, sürekli ve çok konuşma, düşünce uçuşmaları, dikkat ve konsantrasyonda azalma, haz veren eylemlere artmış yönelim ve yüksek riskli eylemlere katılma sayılabilir. Bir mani döneminde hipomani döneminden farklı olarak ortaya çıkan belirtiler hastanın işlevselliğini bozacak düzeyde ve hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağır olabilmektedir. Ayrıca mani dönemlerinde hipomani dönemlerinden farklı olarak psikotik belirtiler görülebilir.⁸

Bipolar bozukluk depresyon dönemi ise çökkün duygudurum, ilgi yitimi ve zevk alamamanın eşlik ettiği duygudurum belirtileri ile karakterizedir. Bu dönemin belirtileri arasında iştah ve kilo değişiklikleri, uyku değişiklikleri, bitkinlik, enerji azlığı, suçluluk ve değersizlik düşünceleri, kararsızlık, dikkat dağınıklığı ve ölüm düşünceleri sayılabilir. Depresyon dönemi, bipolar bozuklukta hastalıkla geçirilen dönemlerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bipolar 1 bozukluğunda depresyon dönemlerinin tüm hastalık sürecinin yaklaşık %72'sini, bipolar 2 bozukluğunda ise yaklaşık %81'ini oluşturduğu bilinmektedir. Bu durum özellikle iş gücü kaybı, üretkenlikte azalma, daha yüksek oranda madde kötüye kullanımı riski gibi nedenlerle uzun süreli işlev bozukluğuna daha çok katkıda bulunmaktadır. Bipolar bozuklukta karma belirtili dönemler ise manik ve depresif belirtilerin değişik kombinasyonlarda aynı anda görülmesi ile karakterizedir.^{8,54}

BB için ayırıcı tanıda öncelikle dikkat edilmesi gereken psikopatolojiler anksiyete bozuklukları, majör depresif bozukluk, DEHB, kişilik bozuklukları, madde ve alkol kullanım bozukluğu, şizofreni gibi durumlardır. Özellikle bipolar depresyon ile başvuran hastalarda unipolar depresyon tanısı oldukça yaygındır. Bipolar hastaların yaklaşık %60'ına major depresif bozukluk tanısı konulmaktadır. Yapılan araştırmalarda en az bir yıl boyunca takip edilen hastalarda, başlangıçta unipolar depresyon tanısı alan hastaların yaklaşık %25'i daha sonra manik veya hipomanik bir dönem geçirmiş ve dolayısıyla bipolar bozukluk tanısı almıştır.⁷⁵ Bipolar bozuklukta başlangıç yaşının erken olması, ailede bipolar bozukluk öyküsü, çok sayıda duygudurum dönemleri olması, psikomotor retardasyon, psikotik özellikler, duygudurum dönemlerinin daha sık ve ani olarak ortaya çıkması, doğum sonrası depresif dönem görülmesi, vejetatif bulguların görülmesi gibi özellikler daha fazla bulunmaktadır.⁷⁶

Bipolar bozukluklar için araştırmalarda yaygın olarak kullanılan sınıflama sistemi DSM (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)'dır. DSM-I (1952)'de bipolar bozukluk, "manik-depresif hastalık" tanımıyla, depresyon ve mani belirtilerini kapsayan psikotik bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. DSM-II (1968) ile bu terim korunmuş, "manik tip", "depresif tip" ve "manik-depresif karma tip" gibi alt başlıklarla sınıflandırılmıştır. DSM-III (1980) ile kavramlar üzerinde yenilik yapılarak "manik-depresif hastalık" terimi yerine "bipolar bozukluk" terimi kullanılmaya başlanmıştır. Bu değişikliklerle birlikte bipolar bozukluk, bipolar I ve bipolar II olarak iki alt başlığa ayrılmıştır. DSM-III-R (1987) ile mani ve hipomani belirtileri daha detaylı şekilde tanımlanmıştır. DSM-IV (1994)' de Bipolar bozukluk tanı başlığı altına "Bipolar Bozukluk, Başka Türlü Adlandırılmayan" kategorisi eklenmiştir ve karma dönem tanımı

daha ayrıntılı hale getirilmiştir. DSM-IV-TR (2000) ise Bipolar bozukluklar başlığı için önemli bir değişiklik yapılmamıştır. DSM-5 (2013) ile Bipolar bozukluklar, “duygudurum bozuklukları” kategorisinden ayrılarak “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” adı altında bağımsız bir tanı başlığında sınıflandırılmıştır. Ayrıca Karma epizod kavramı yerine “karma özellikler gösteren” kavramı getirilmiştir. DSM sınıflama sisteminin en güncel versiyonu olan DSM-5-TR (2022) ile bipolar bozuklukların tanı ölçütlerinde temel bir değişiklik yapılmamıştır.^{8,54}

DSM-5-TR sınıflama sistemine göre bipolar bozukluklar kategorisinde bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk , siklotimi bozukluğu ve diğer bipolar bozukluklar yer almaktadır. Bipolar 1 bozukluğun en temel özelliği mani dönemlerinin görülmesidir. Bipolar 1 bozukluğunun en sık görünümü major depresyon dönemlerini mani dönemlerinin takip etmesidir. Psikotik belirtiler hem mani hem major depresyon dönemlerinde görülebileceği gibi Bipolar 1 bozukluğu tanısı için psikotik belirtilerin görülmesi gerekli değildir. Bipolar 2 bozukluğu major depresyon ve hipomani dönemlerinin birlikteliğinden oluşmaktadır. Siklotimi bozukluğu ise bipolar bozuklukların minor bir varyantı olarak değerlendirilebilir ve kronik bir gidiş ve sık tekrarlayan ataklarla karakterizedir. Ataklar şiddet olarak hafiftir fakat sık olarak gerçekleşir.⁸

2.5.4. Etiyoloji

Bipolar bozukluğun (BB) etiyolojisi tam anlamıyla aydınlatılamamış olmakla birlikte, kalıtsal, biyokimyasal, psikososyal ve çevresel faktörlerin bir arada etkili olduğu düşünülmektedir. Genetik çalışmalar, BB gelişiminde kalıtsal etkenlerin yaklaşık %60-80 oranında rol oynadığını ortaya koymaktadır. Özellikle birinci derece akrabalarda hastalığın görülme riskinin arttığı; anne-babanın her ikisinin de BB tanısı taşıması durumunda ise çocuklarda bu bozukluğun görülme olasılığının %50 ila %75’e kadar çıkabildiği bildirilmektedir.⁶⁹ Yapılan bağlantı çalışmaları ve moleküler genetik analizlerde bazı kromozom bölgeleri ile BB arasında ilişki bulunmuştur. Biyokimyasal faktörler, hastalığın patogenezinde önemli bir yer tutar. BB'nin depresif ve manik epizotlarında nörotransmitterler, özellikle serotonin, dopamin ve noradrenalin düzeylerindeki değişiklikler belirgin bir rol oynamaktadır. Ayrıca, asetilkolin, GABA, glutamat ve diğer nörotransmitterlerin etkisi de araştırılmaktadır. BB'nin etiyolojisinde iyon sistemlerinin, özellikle sodyum ve kalsiyum iyonlarının rolü de vurgulanmaktadır. Nöroendokrin düzenlemede, hipotalamusun merkezi bir rolü olduğu ve tiroid, adrenal ve

büyüme hormonu yollarının BB ile ilişkili olduğu görülmüştür. Kortizol düzeylerindeki artış, duygudurum ve bilişsel süreçler üzerinde etkili olabilir. İmmünolojik faktörler de önemli bir yer tutar; özellikle sitokinlerin manik dönemlerde arttığı, depresyon ve manik dönemde hücrel immünitede değişiklikler olduğu gözlemlenmiştir. Oksidatif stresin BB'de arttığı, reaktif oksijen türlerinin ve antioksidanların dengesinin bozulduğu saptanmıştır. Ayrıca, psikososyal faktörler de hastalığın gelişiminde etkili olup, perinatal dönemde geçirilen enfeksiyonlar, madde kullanımı ve çocukluk çağı travmalarının BB riskini artırdığı, sosyal desteğin ise hastalığın prognozunu iyileştirdiği bulunmuştur.⁶⁹

2.5.5. Tedavi

Günümüzde bipolar bozuklukların tedavisinde doğru farmakolojik yöntemleri seçmenin yanında sosyal ve psikolojik faktörlerin de göz ardı edilmemesi gerektiği anlaşılmıştır. Neredeyse tüm çalışma bulguları bipolar bozukluğun gidişini olumsuz yönde etkileyen psikososyal faktörleri hedefleyen müdahalelerin önemini vurgulamaktadır. Bu kapsamda dört temel psikolojik yaklaşım önem kazanmaktadır. Bu yaklaşımlar arasında biyoritim terapisi, kognitif-davranışçı terapi, kişilerarası ve sosyal-ritim terapisi, aile merkezli terapi ve psikoeğitim modeli yer almaktadır.^{64,77}

İnsan vücudu, doğal süreçlere uygun bir zamanlama ile işler ve bu düzen, "biyolojik ritim" veya kısaca "biyoritim" olarak adlandırılır. Biyoritim, çevreden gelen uyarılara uyum sağlamak üzere düzenlenen periyodik değişim döngülerini ifade etmektedir. Sirkadiyen ritim (24 saatlik döngü) gibi biyoritimler, fiziksel süreçleri kontrol etmenin yanı sıra zihinsel ve duygusal süreçleri de kontrol eder. Gündelik yaşamdaki alışkanlıklar, stres ve çevresel faktörler biyolojik saat üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bu olumsuz etkiler ise uyku düzeninin bozulmasından duygudurum bozukluklarına kadar birçok sorunun gelişmesine neden olabilmektedir. Psikiyatrik hastalıklardan özellikle bipolar bozukluk gibi duygudurum bozuklukları, biyolojik ritimlerdeki sorunlarla doğrudan ilişkilidir. Bu ilişki düşünüldüğünde biyoritim terapisi, bu düzensizliklerin iyileştirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir yaklaşımı ifade etmektedir. Bu terapi yaklaşımı, bireylerin biyolojik ritimlerini düzenlemeyi ve bu yolla hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı desteklemeyi hedeflemektedir. Araştırmalar, biyolojik ritimlerin düzenlenmesi yoluyla uyku kalitesinin artırılmasının bipolar bozukluk semptomlarını hafifletebileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca, biyoritim terapisi bağışıklık sistemini güçlendirme, stresle başa çıkmayı kolaylaştırma ve yaşam kalitesini artırma gibi ek faydalar da sağlamaktadır.

Giderek artan bilimsel araştırmalarla desteklenen bu psikolojik yaklaşımın gelecekte daha geniş bir kullanım alanı bulması beklenmektedir. ^{59,61-63}

Biliřsel-Davranışçı Terapi (BDT), bireylerin dūřünce sūreçleri ile duygusal tepkileri ve davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyerek, olumsuz veya işlevsel olmayan dūřünce kalıplarını yeniden yapılandırmayı hedefleyen bir psikoterapi yaklaşımıdır. Bu terapi modeli, bireylerin duygu ve davranışlarını etkileyen dūřünce sūreçlerini anlamalarına ve bu sūreçleri daha uyumlu bir şekilde değiştirmelerine odaklanmaktadır. BDT, yalnızca mevcut belirtilerin yōnetilmesini değil, aynı zamanda bireylerin bu belirtilerinin gelecekte tekrarını önleyecek bir yapılanma geliştirmesini de sağlamaktadır. Bipolar bozukluk gibi ruhsal bozuklukların yōnetiminde BDT'nin önemli bir yeri bulunmaktadır. Bu yōntem, özellikle depresyon dōnemlerinde kullanılmaktadır ve remisyon dōnemlerinde relapsları önlemek adına stratejiler sunmaktadır. Terapi sırasında bireyler, olumsuz yaşam olaylarına karşı nasıl tepki verdiklerini analiz ederek, bu tepkilerin dūřünceyi nasıl etkilediğini fark etmektedirler. Bipolar bozuklukta BDT'nin bir diğer avantajı, bireylerin erken uyarı işaretlerini tanıyabilmesini sağlamasıdır. Erken uyarı işaretlerinin fark edilmesi, olası bir relapsın önüne geçmek için önemli bir koruyucu mūdahale imkânı vermektedir. Sonuç olarak, BDT, bipolar bozukluğın yōnetiminde farmakoterapiye ek olarak uygulanan önemli bir psikoterapi yōntemi olarak kabul edilmektedir. Hastaların duygusal dūzenleme becerilerini geliştirmesi, olumsuz yaşam olaylarıyla ve stresle bařa çıkması ve işlevselliğin artırılması için yapılandırılmış bir yōntem sunmaktadır. ⁵⁴

Kiřilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi (KASRT), biyolojik ve sosyal ritimler arasındaki etkileřimleri temel alarak geliřtirilmiř bir psikoterapi yaklařımıdır. Özellikle bipolar bozukluk gibi duygu durum bozukluklarının yōnetiminde kullanılabilen bu model, sosyal yařam dūzenindeki deęiřimlerin biyolojik ritimleri bozabileceęi ve bunun da duygudurum belirtilerini tetikleyebileceęi fikrine dayanmaktadır. Sosyal ritimlerdeki sorunlar, bireylerin gūndelik yařam aktivitelerindeki dūzensizlikler ile ortaya çıkabilmekte ve bu durum biyolojik sūreçlerin denge halini korumasını zorlařtırabilmektedir. Bu terapi yaklařımı, insan biyolojisinin sirkadiyen ritimlere dayalı çalıřma prensibine uyumlu olarak geliřtirilmiřtir. Sirkadiyen ritimler, bireylerin uyku-uyanıklık dōngūleri ve dięer biyolojik fonksiyonları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Gūndelik yařamdaki olaylar ve sosyal iliřkiler, bu ritimlerin dūzenlenmesinde belirleyici bir rol oynayabilmektedir. Psiko-krono-biyolojik kurama dayanan KASRT, bu iliřkiyi ele alarak sosyal etkenlerin biyolojik ritimler üzerindeki etkisini dūzenlemeyi amaçlar. Bu

model, kişilerarası terapi tekniklerini sosyal ritim düzenlenmesiyle birleştirerek bipolar bozukluk hastalarına özgü bir çerçeve oluşturmuştur. KASRT'nin birincil hedefi, bireyin gündelik yaşam düzenini sağlamak ve bu süreçte kişilerarası ilişkilerindeki sorunları azaltmaktır. Terapi sırasında bireyler, uyku ve sosyal ilişkiler gibi gündelik aktivitelerin düzenli bir şekilde sürdürülmesine teşvik edilmektedir. Bu düzen, sirkadiyen ritimlerin yeniden yapılandırılmasına yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda, kişilerarası ilişkilerdeki sorunların çözümüne yönelik teknikler kullanılarak bireyin sosyal ilişkilerindeki stres faktörlerini en aza indirmek amaçlanmaktadır. Terapinin birincil hedeflerinden bir diğeri de tedaviye uyumu artırmaktır. Bipolar bozukluk tedavisinde farmakoterapi, psikososyal düzenlemelerle desteklendiğinde daha etkili hale gelmektedir. KASRT, bu kapsamda hem biyolojik süreçlere hem de bireyin yaşam düzenine odaklanarak hastalığın belirtilerinin yönetimini kolaylaştırır ve bireyin yaşam kalitesini artırır. Araştırmalar, KASRT'nin bipolar bozuklukta depresif ve manik relaps sayısını ve atakların şiddetini azalttığını göstermektedir.⁷⁷

Aile Odaklı Terapi (AOT), bipolar bozukluk tedavisinde bireyin yakın çevresini tedavi sürecine katarak hastalıkla daha etkili bir şekilde başa çıkmayı hedefleyen bir yaklaşımdır. Miklowitz ve Goldstein tarafından geliştirilen bu terapi modeli, aile üyelerine psikoeğitim vermeyi ve birey ile aile arasındaki ilişkileri düzenlemeyi amaçlamaktadır. AOT, özellikle aile üyelerinin hastalığa dair belirtileri tanınmasını, erken uyarı işaretlerini fark etmesini, sorun çözme becerilerini geliştirmesini ve yüksek düzeyde duygu dışavurumunu yönetebilmesini sağlamayı hedeflemektedir. Ayrıca, aile içi iletişimi iyileştirerek bireyin yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Bu terapi modelinde, aile bireylerinin sürece aktif olarak katılması önemlidir. Genellikle 21 seans süren AOT, anne-baba, eş, çocuklar, kardeşler veya diğer akrabaların katılımıyla uygulanmaktadır. Terapinin başlangıç aşamasında psikoeğitim odaklı çalışmalar yapılır ve aile üyelerine bipolar bozukluğun doğası, tedavi yöntemleri ve hastalığın seyri hakkında bilgi verilmektedir. Bu süreçte, aile üyelerinin hastalıkla ilgili farkındalığı artırılarak bireye daha etkili bir şekilde destek olmalarını sağlamak amaçlanmaktadır. İkinci aşamada, aile içi iletişim becerilerini geliştirmeye ve sorun çözme teknikleri oluşturmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Aile üyeleri arasında eleştiri, suçlama veya aşırı korumacılık gibi dışavurumların düzeyini azaltmaya yönelik teknikler öğretilmektedir. Son aşamada ise, aile üyeleri arasında iş birliğini artırmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Yapılan çalışmalarda AOT'nin bipolar bozukluk tedavisinde, bireyin belirtilerini hafifletmenin

yanında hastaneye yatış sıklığını azalttığını, remisyon süresini uzattığını ve bireyin tedavi uyumunu artırdığını göstermektedir. ^{77,78}

Sonuç olarak Bipolar bozuklukların tedavisi özgül olarak yapılandırılmalıdır. Tedaviyi planlamada klinik seyrin gidişatı önem arz etmekle birlikte birçok yönden destek gereklidir. Akut dönemlerde özellikle riskli durumları ele alıp yatıştırmak, semptomları iyileştirmek ve hastayı stabil duruma getirmek gereklidir. Sürdürüm tedavisinde hastaya ve aileye psikoeğitim vermek, hastanın işlevselliğini artırmak, kalıntı semptomlar varsa bunlarla mücadele etmek, ruhsal damgalanma üzerine eğilmek ve yinelemeleri önlemek ön planda tutulmalıdır. Tüm bunları yaparken ilaçlardan (duygudurum dengeleyici ilaçlar, tipik – atipik antipsikotikler gibi), psikososyal girişimlerden, psikoeğitimden ve terapilerden (kognitif-davranışçı terapi, aile merkezli terapi, destekleyici terapi, kişiler arası ilişkiler ve sosyal-ritim terapisi vb.) kişiye özgü planlama ile faydalanmak önemlidir. ⁷⁹

2.6. Şizofreni

2.6.1. Tanımı ve Genel Özellikleri

Şizofreni sıklıkla erken yetişkinlikte ortaya çıkan, genellikle belirtilerin ortaya çıkmasından önce prodromal dönemin olduğu, mesleki-sosyal işlevsellikte ve özbakımda bozulmalarla giden kronik psikiyatrik bir bozukluktur. ⁸⁰ Şizofreni tanısı alan bireyler genellikle sanrı ve varsanıların başlamasıyla birlikte hekime başvururlar ve klinik değerlendirme sonucunda tanı almaktadırlar. ⁸⁰

2.6.2. Epidemiyoloji

Kronik ve kompleks bir nöropsikiyatrik hastalık olan şizofreni hastaların yaşam kalitesini, ailelerini ve sosyal çevrelerini önemli derecede etkilemektedir. ⁸¹ Şizofreni spektrumu bozuklukları dünya çapında 21 milyondan fazla insanı etkilemektedir.⁸² Ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde başlayan bu bozukluğun toplumda bir yıllık yaygınlığı yaklaşık olarak %1'dir. ⁸³ Farklı coğrafi alanlarda yürütülen çalışmalar ve çok sayıda prevalans verilerinin gözden geçirilmesi sonucu hastalığın yaşam boyu yaygınlığının yaklaşık olarak %1,5-2 arasında değiştiği gösterilmiştir. ⁸⁴ Sağlıklı ebeveynlere sahip olanlarda yaşam boyu şizofreni riski %1 iken, anne ve babasında şizofreni var ise bu oran %35'lere çıkmaktadır. ⁸⁴ Ebeveynlerin birinde şizofreni hastalığı varsa bu oran %13 olarak belirlenmiştir. ⁸⁵ Şizofreni hastalarının anksiyete, depresyon gibi diğer ruhsal hastalıklara ve madde kullanım bozukluğuna yatkınlıkları fazladır.

Şizofrenin başlangıç yaşı erkeklerde daha erken yaşlarda olmak üzere ortalama 15-25'tir. Erkeklerde ortalama başlangıç yaşı 19 iken kadınlarda 23'tür. Şizofreni sıklıkla erken erişkinlik yaşlarında ortaya çıkmak ile birlikte çocukluk, ergenlik ve yaşlılık dönemlerinde de ortaya çıkabilir. Cinsiyet dağılımları ile ilgili çelişkili ifadeler bulunmaktadır. Genel olarak kabul edilen görüş, şizofreninin her iki cinsiyette eşit sıklıkta görüldüğüdür. Fakat son zamanlarda yapılan çalışmalarda erkeklerde daha sık görüldüğü ifade edilmiştir. Son yapılan çalışmalara göre şizofreninin cinsiyetler arasında görülme oranı E/K: 1.4/1'dir. ^{84,85}

2.6.3. Klinik Özellikler ve Sınıflandırma

Şizofreni semptomları pozitif ve negatif semptomlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Pozitif semptomlar sanrı-varsanı, dezorganize konuşma-davranış ve katatoni davranışdır. Negatif belirtiler kümesinde ise affektif küntleşme, aloji, anhedoni, avolüsyon, sosyal çekilme yer almaktadır. Şizofreni pozitif ve negatif semptomların yanında bilişsel semptomları da barındırmaktadır. Şizofreninin bilişsel semptomları arasında konsantrasyon güçlüğü, soyut düşünmenin bozulması, yürütücü işlevlerde azalma sayılabilir. ^{86,87}

2.6.4. Etiyoloji

Şizofreni etyolojisi net aydınlatılamamış olmakla birlikte, uzun zamandır nörogelişimsel ve nörodejeneratif hipotezlerin önemi vurgulanmaktadır.⁸⁸ Nörogelişimsel teoriye göre, hastalığın başlamasından önce, nöronal gelişimin normal seyrindeki

bozulmaların zemininde, travma, madde kullanımı vb. etkenlerin tetiklemesiyle ya da kendiliğinden, belirli devrelerde nöronal hasar meydana gelerek hastalık ortaya çıkmaktadır.⁸⁹ Şizofrenide nörodejenerasyona sebep olabilecek mekanizmalardan önemli bir tanesi oksidatif strestir. Oksidatif stres temelinde, oksijen metabolizması sonucu açığa çıkan reaktif oksijen türlerinin antioksidan mekanizmalar tarafından dengelenememesi nedeniyle ortaya çıkar.⁹⁰ Son yıllarda, diğer santral sinir sistemi hastalıklarında olduğu gibi, şizofreni patogenezinde de önemli olan nörodejenerasyonda rol alan hücre ölümü ilişkili mekanizmalara ilgi artmıştır. Bu mekanizmalardan apoptoz, eksitotoksisite üzerinde durulmaktadır.⁹¹ Şizofrenide belirli nöronlarda meydana gelen dendritik ve sinaptik kayıpların temelinde glutamaterjik eksitotoksisite ve oksidatif strese karşı antioksidan mekanizmalardaki yetersizliklerin yattığı raporlanmıştır. Şizofreni çoğunlukla genç erişkinlikte ortaya çıksa da yapılan çalışmalar şizofreni patogenezinin nörolojik gelişimin erken dönemlerinde başladığını göstermektedir. Prenatal dönemde enfeksiyon, hipoksi, yetersiz beslenme, pre-eklampsi gibi obstetrik komplikasyonlara maruz kalma nörolojik gelişim süreçlerindeki olumsuz etmenler olarak sayılabilir.⁹²⁻⁹⁴ Şizofrenin nörobiyolojik temelleri tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte, elde edilen kanıtlar, özetle psikotik semptomların oluşumunda dopaminerjik nörotransmisyonda bozulmaların negatif ve bilişsel semptomların temelinde glutamat sinyallemedeki anormalliklerin olabileceğini göstermektedir.⁹¹

2.6.5. Tedavi

Şizofreni tanı ve tedavisine dair son zamanlarda ciddi gelişmeler katedilmiş olsa da şizofreni tedavisi halen istenilen düzeyde değildir. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki dünyada yirmi bir milyondan fazla insan şizofreni hastasıdır ve dünya nüfusunun artmasıyla birlikte bu sayı daha da artacaktır.⁹⁵ Tedavi sonuçlarının yüz güldürücü olmaması bu hastaların beklenen yaşam ömrünün kısalmasına, iş gücü kaybına, yüksek tedavi maliyetlerine neden olmaktadır.⁹⁶ Şizofreni diğer psikiyatrik bozukluklara göre nispeten daha nadir görülse de erken başlangıçlı olması, prognozunu nispeten daha kötü olması hastalığın yükünü ciddi olarak artırmaktadır.⁹⁵

Şizofreni medikal tedavisinde antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Günümüzde antipsikotik ilaçlar birinci nesil antipsikotikler ve ikinci nesil antipsikotikler olarak sınıflandırılırlar. 1990 yılında klozapinin keşfi ile ikinci kuşak antipsikotikler kullanıma girmiştir. Tüm antipsikotik ilaçların ortak etki mekanizması D2 reseptör blokajıdır. Birinci kuşak antipsikotikler ve ikinci kuşak antipsikotiklerin şizofreni tedavisinde

etkinlikleri arasında farklılık gözlenmemiş olup özellikle yan etki profili göz önünde bulundurulduğunda ikinci kuşak antipsikotikler günümüzde daha fazla kullanılmaktadır.

85

2.7. Anksiyete Bozuklukları

2.7.1. Tanımı ve Genel Özellikleri

Anksiyete; nedenleri bilinmeyen sıkıntı, korku ve kötü bir şey olacak hissiyle kişiyi harekete geçmesi konusunda uyaran emosyonel bir durumdur. Anksiyete içten gelen bir uyarıdır ve şiddeti, hafif bir sıkıntıdan panik atak derecesine kadar değişebilmektedir.⁹⁷ Bireylerin günlük yaşamında olağan bir emosyonel deneyim olarak yer alan anksiyete beklenen düzeyden şiddetli, günlük işlevleri bozan ya da bir şekilde işlev yitimine neden olarak olumsuz etkiler yaratan bir düzeye geldiğinde patolojik olarak kabul edilmektedir.

2.7.2. Epidemiyoloji, Klinik Özellikler ve Sınıflandırma

Ruhsal bozuklukların tanı ve sınıflandırılmasında en yaygın kullanılan sistemlerden biri olan DSM, zaman içerisinde önemli yapısal değişiklikler geçirmiştir. DSM'nin üçüncü baskısı olan DSM-III ile, anksiyete bozuklukları özgül tanılarla birbirinden ayrılmış ve bu durum, sınıflandırmanın daha sistematik hale gelmesini sağlamıştır. Bu yaklaşım, her bozukluğun özgün belirtilerinin tanımlanmasını ve klinik uygulamada ayırt edici tanıların konulmasını kolaylaştırmıştır. DSM-IV'te psikoanalitik kuramların sınıflandırma üzerindeki etkisi azalmış, bunun yerine bilişsel-davranışçı yaklaşımlar daha belirleyici hale gelmiştir. DSM-5 ile tanı sistemi yeniden yapılandırılmış; OKB, TSSB ve Akut Stres Bozukluğu, anksiyete bozuklukları kategorisinden çıkarılarak ayrı bölümler altında ele alınmıştır. Aynı zamanda daha önce birlikte değerlendirilen panik bozukluk ve agorafobi, birbirinden bağımsız tanımlar olarak ayrılmıştır. DSM-5-TR'de "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altında yer alan tanımlar ise şunlardır: Ayrıma Anksiyetesi Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık (Mutizm), Özgül Fobi, Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi), Panik Bozukluk, Agorafobi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Madde/İlaç Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu ve Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Anksiyete Bozukluğu. Bu düzenlemeler, her bir bozukluğun etiyolojik ve klinik özelliklerinin daha net bir şekilde ortaya konmasını amaçlamaktadır.^{8,98}

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), gerginlik, evham ve gündelik olaylara ilişkin sürekli endişe haliyle karakterize, genellikle kronik seyreden ve dönemsel alevlenmelerle

ilerleyen, yaşam kalitesinde belirgin bozulmalara yol açan bir bozukluktur. YAB, sıklıkla tekrar eden ve süregelen kaygı ile tanımlanır. Neredeyse her gün birçok olay ya da aktivite hakkında yoğun kaygı ve endişe duyma hali, huzursuzluk, kolay yorulma, dikkat toplamada zorluk ya da zihinsel duraksama, irritabilite, kas gerginliği ve uyku bozukluklarıyla birlikte görülmektedir.54,71

YAB'lı bireyler çoğu zaman korkularının aşırı olduğunu belirtmezler, ancak bu korkular nedeniyle ciddi sıkıntı yaşarlar. Genellikle küçük olaylardan endişe duyan, sürekli kötü bir şey olacağını bekleyen ve sürekli kaygı içinde yaşayan bireylerdir.54,85

YAB oldukça yaygın bir bozukluktur. Bir yıllık prevalansının %3-8 arasında, yaşam boyu prevalansının ise yaklaşık %5 olduğu tahmin edilmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Diğer birçok ruhsal bozuklukta olduğu gibi, YAB'ın nedeni tam olarak belirlenmemektedir. Belirli düzeydeki kaygı normal kabul edilirken, patolojik kaygının sınırlarını çizmek ve biyolojik etmenleri psikososyal etkenlerden ayırmak oldukça güçtür. Büyük olasılıkla biyolojik ve psikososyal faktörler birlikte etki göstermektedir. 69,99

Panik Bozukluk (PB), tekrarlayıcı ve beklenmeyen şekilde ortaya çıkan panik ataklarla karakterize, bireyde yeni atakların meydana gelmesine ilişkin sürekli bir kaygı yaratan ve bu atakların olası sonuçlarına (örneğin kontrolü kaybetme, “delirme” ya da fiziksel bir hastalık yaşama) dair yoğun endişe taşıyan bir anksiyete bozukluğudur. Panik ataklara karşı gelişen belirgin davranış değişiklikleri de tanı kriterleri arasında yer alır. PB; kronik ya da yineleyici seyirli, ailevi, sosyal ve mesleki işlevsellikte kayıplara neden olabilen, anksiyete bozuklukları içinde sık karşılaşılan bir durumdur.74,84,85

Panik ataklar aniden başlar, birey yoğun bir korku duygusuyla birlikte kötü bir olayın yaklaşmakta olduğuna dair beklenti geliştirir. Bu ataklara nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi somatik belirtiler eşlik ederken; zihinsel işlevlerde duraksama, düşünme güçlüğü ve bulunduğu ortamdan kaçma isteği sık görülür. Genellikle 2–10 dakika içinde şiddetli bir zirveye ulaşan ataklar ortalama 10–30 dakika sürmekle birlikte nadiren bir saate kadar uzayabilir ve sonrasında ciddi yorgunluk bırakabilir.3,8,74,85,98,99

Epidemiyolojik bulgular, panik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının %1 ile %4 arasında olduğunu, 6 aylık prevalansının ise %0,5–1 düzeyinde seyrettiğini göstermektedir. Panik atakların genel toplumda görülme oranı %3 ila %5,6 arasında değişmektedir. Kadınların, erkeklere göre bu bozukluktan 2 ila 3 kat daha fazla etkilendiği bildirilmektedir. Panik bozukluk en sık genç erişkinlik döneminde başlamakla birlikte, yaşamın herhangi bir döneminde de ortaya çıkabilmektedir. Panik bozuklukla ilişkili

çeşitli nörobiyolojik düzensizlikler öne sürülmüş olsa da, panik atakların, beklenti anksiyetesinin ve agorafobinin oluşumunda etkili mekanizmalar henüz tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır.^{3,5,99,100}

Özgül Fobiler, kişinin korkularının mantıksız ya da aşırı olduğunun farkında olmasına rağmen belirli nesne ya da durumlardan sürekli ve yoğun biçimde kaçınma davranışı sergilemesiyle tanımlanır. Fobik uyaranla karşılaşma, kişinin günlük yaşamını, mesleki işlevselliğini ve sosyal ilişkilerini ciddi ölçüde bozar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'na göre özgül fobiler toplumda %2,7 oranında görülmektedir. Fobiler; hayvan tipi (örneğin yılan), doğal ortam tipi , kan-enjeksiyon-yaralanma tipi, durumsal tip ve diğer başlıklar altında sınıflandırılır. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde psikotrop ilaçlar etkili olmakla birlikte, özgül fobilerde davranışçı terapiler daha ön plandadır ve ilaç tedavisinin etkisi sınırlıdır.⁵⁴

Toplumsal Kaygı Bozukluğu (TKB), kişinin sosyal durumlarda ya da performans gerektiren ortamlarda, eleştirilme, olumsuz değerlendirilme ya da reddedilme kaygısıyla yoğun sosyal anksiyete yaşaması ve bu durumlardan kaçınmasıyla karakterizedir. Bu bireylerde benlik saygısı düşüklüğü, aşağılık duyguları, sosyal haklarını savunmada güçlük çekme ve içe kapanma gibi belirtiler görülür. Toplumsal Kaygı Bozukluğu'nun bir yıllık prevalansı farklı ülkelerde %0,2 ile %9,4 arasında değişmektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre yaygınlığı kadınlarda %2,3, erkeklerde ise %1,1'dir. Bu bozukluğa sahip bireylerin %15–21'inde depresyon da eşlik etmektedir. Tedavi edilmediği takdirde, okul başarısızlığı, mesleki işlev kaybı, sosyal izolasyon, alkol kötüye kullanımı, çökkünlük ve intihar girişimleri gibi ciddi sonuçlara neden olabilir. Bu nedenle sosyal anksiyete belirtilerini azaltmak, fobik kaçınmayı kırmak, fizyolojik belirtileri kontrol altına almak ve yaşam kalitesini artırmak önem taşır.^{54,84,85}

Agorafobi, toplu taşıma, açık ya da kapalı alanlar, sıra bekleme, kalabalık ortamlarda bulunma ya da evin dışında yalnız olma gibi durumlarda yoğun kaygı yaşanmasıyla karakterize bir bozukluktur. DSM-5'te agorafobi, panik bozukluktan ayrı bir tanı olarak ele alınmıştır. Tanı konulabilmesi için, sayılan beş durumdan en az ikisinde kaygı yaşanması gerekmektedir. Bu bireylerde, panik benzeri semptomlar, utanç ya da yetersizlik duyguları ile birlikte yardım alamama korkusu gelişir ve bu da kaçınma davranışlarına neden olur. Dolayısıyla, agorafobisi olan bireyler için başkalarının varlığı güven hissi yaratır.^{8,100}

2.7.3. Tedavi

YAB’da endişe temel sorun olduğundan tedavide de ana hedef noktası endişe olmalıdır. YAB’da fobideki veya panik bozukluktaki gibi kesin bir kaçınma nesnesi yoktur. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)’nin önemli ölçüde YAB belirtilerini azalttığı gözlenmiştir. Bireysel ve grup terapilerinin anksiyete semptomlarının azalması açısından etkinliklerinin eşit olduğu gözlenmiştir. Fakat bireysel terapide semptomlarda daha erken bir iyileşme sağlanır. YAB olan bireyler için zayıf problem çözme becerisi, belirsizliğe tahammülsüzlük, kaygının fonksiyonu ve faydası ile alakalı olumsuz inançlar gibi özellikler tanımlanmıştır. Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) ile Metabilişsel Terapi, bu alanları doğrudan hedef olarak geliştirilmiş ve etkili oldukları gözlemlenmiştir. Bilişsel Davranışçı Terapiye (BDT) ek olarak uygulanan kişiler arası terapi ve duygusal işlem terapisinin ise anlamlı bir ek fayda sağlamadığı bildirilmiştir. Öte yandan, BDT öncesinde gerçekleştirilen motivasyonel görüşmelerin, tedaviye yönelik direnci azalttığı ve ev ödevlerine uyumu artırdığı belirlenmiştir. Psikodinamik yönelimli terapinin YAB üzerine etkinliğine dair araştırma bulguları net değildir. Bir çalışmada, anksiyete puanlarını BDT kadar etkili iyileştirdiği fakat BDT’nin kaygı ve depresyon puanlarını iyileştirmede daha üstün olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise farmakoterapi, kısa psikodinamik terapi veya kombinasyonun arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. YAB tedavisinde SSRI’lar en sık kullanılan gruptur.^{69,99} Tüm grup ile de etkinlik görülmüştür. Sertralin, essitalopram ve paroksetin öncelikli tercih edilir. SNRI’ların etkinlikleri de SSRI’lar ile benzerdir ve birinci sırada tercih edilebilir. İlk haftalarda benzodiazepinlerin daha etkili olduğu fakat 6-8 hafta sonra trisikliklerin benzodiazepinlerden daha etkili olduğu gözlenmiştir. Benzodiazepinler yan etkiler, geri çekilme sorunları ve bağımlılık sebebiyle kısa süreli kullanımda önerilir. Antipsikotikler güçlendirme amacıyla ikinci basamak olarak tercih edilebilir. İki meta analizde YAB tedavisinde ketiapienin etkinliğinin antidepresanlara eşdeğer olduğu görülmüştür. Fakat ketiapienin sedasyon yapması ve kilo alımına sebep olması nedeniyle yüksek ilaç bırakma oranları gözlenmiştir. Ayrıca mirtazapin, buspiron, pregabalin, hidroksizin, vortiksetin, agomelatin etkinliği kanıtlanan diğer ilaçlardır.⁷⁹

2.8. Obsesif-Kompulsif bozukluk

2.8.1. Tanımı ve Genel Özellikleri

Obsesyon, bireyin istemi dışında zihnine gelen, rahatsızlık verici, bireyin kendi iradesiyle uzaklaştıramadığı, sürekli tekrarlayan ve benliğe yabancı düşünceler, dürtüler

veya hayaller olarak tanımlanır. Bu düşünce, dürtü ya da hayaller genellikle bireye mantıklı gelmez, inançlarıyla bağdaşmaz ve kabul edilemezdir. Kompulsiyonlar ise haz alma amacı taşımayan, genellikle obsesyonların neden olduğu kaygıyı azaltmak veya korkulan sonuçları önlemek amacıyla gerçekleştirilen davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanmaktadır. Kompulsiyonlar sıklıkla önce obsesyonların oluşturduğu gerginliği azaltmak amacıyla ortaya çıkan davranışlar ya da zihinsel eylemler olmasına karşın zamanla yinelenen bu eylemlerin kendisi gerginlik yaratmaktadır. Obsesif-kompulsif bozukluk obsesyonları, kompulsiyonları veya her ikisini birlikte içerebilir. Obsesyonların ve kompulsiyonların ana konusu bireyler arasında değişiklik göstermekle birlikte en sık kirlenme-bulaşma, cinsel-dini, sayma-sıralama şeklinde olabilir.⁵⁴

2.8.2. Epidemiyoloji

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) genellikle genç erişkinlik döneminde başlangıç gösterir. Yaşam boyu yaygınlık oranının %2,5 ila 3 arasında olduğu bildirilmiştir.⁵⁴ Yetişkin bireyler arasında Obsesif-Kompulsif Bozukluk görülme oranları kadınlar ve erkekler açısından benzerlik gösterirken, ergenler arasında erkeklerin kızlara göre daha fazla etkilendiği bildirilmektedir. Erkeklerde ortalama başlangıç yaşı 19 iken, kadınlarda bu yaş ortalama 22'dir; genel olarak ise başlangıç yaşı 20 olarak kabul edilmektedir. Vakaların 2/3'ünde belirtiler 25 yaş öncesinde ortaya çıkarken, yalnızca %15'ten azında belirtiler 35 yaşından sonra başlamaktadır.⁵⁴

2.8.3. Klinik Özellikler ve Sınıflandırma

Obsesif-Kompulsif bozukluktaki sıklıkla görülen inanışlar arasında abartılmış bir sorumluluk duygusu, mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük ve düşüncelerin gücüne aşırı değer verme yer alabilir. Hem obsesyonlar hem de kompulsiyonlar aynı bireyde var olduğunda bunlar arasındaki içerik ve zaman ilişkisi müdahale ve tedavi anlamında önem arz etmektedir. Kompulsiyonlar sıklıkla obsesyonlara tepki olarak gerçekleşse de bazen kompulsiyonlar obsesyonlardan daha önce görülebilir. Bunlara ek olarak obsesyon ve kompulsiyonların özelliklerinin yaşam boyu değişebileceği bilinmelidir. Çocuklar ve ergenler belirtilerinde 'Sevdiklerinin başına kötü bir şey gelecek' temasını daha sık barındırırken ergenler ve yetişkinler cinsel ve dini temaları daha sık barındırırlar. Obsesyonların ve kompulsiyonların özellikleri cinsiyete göre de farklılık gösterebilmektedir. Kadınlar genellikle bulaşma-temizlik temalı belirtiler bildirirken erkekler cinsel-dini ve saldırganlık temalı belirtiler bildirirler.⁵⁴

DSM-5-TR sınıflandırma sisteminde ‘Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar’ başlığı altında obsesif-kompulsif bozukluk, beden dismorfik bozukluğu, biriktiricilik bozukluğu, saç yolma bozukluğu, deri yolma bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluk yer almaktadır. ⁸

2.8.4. Etiyoloji

Daha çok ruhsal kökenli olduğu düşünülen OKB’nin son yıllarda genetiği ve nörobiyolojisi üzerinde araştırmalar artmıştır. ⁵⁴ Yapılan aile çalışmaları, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı bireylerle birinci derece akrabaları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu ve bu sonuçların ailesel kümelenmeyi desteklediğini ortaya koymuştur. Bir ikiz çalışmasında, obsesif-kompulsif belirtiler veya özellikler açısından değerlendirildiğinde, monozigot ikizlerde eş hastalanma oranı %87, dizigot ikizlerde ise %47 olarak saptanmıştır. Tedavi gerektiren dönemler dikkate alındığında bu oranlar sırasıyla %33 ve %7 olarak belirlenmiştir.¹⁰¹ Yapılan çalışmalarda, obsesif-kompulsif belirtilerin genetik faktörler ile paylaşılmayan çevresel etkilerin etkileşimi sonucunda ortaya çıktığı ve çevresel etkenlerin belirtilerin gelişimindeki rolünün sınırlı olduğu belirlenmiştir. Aile temelli çalışmalarda ise OKB’nin kalıtsal özellikler gösterdiği ve farklı genlerin etkileşimiyle ortaya çıkan oligogenik bir bozukluk olduğu saptanmıştır.^{101–103} Serotonerjik sistem üzerine yapılan araştırmalarda, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ile 5-HTT, 5-HT2A, 5-HT2C, 5-HT1D beta ve triptofan hidroksilaz genleri arasındaki olası ilişkiler incelenmiştir. 5-HTT gen polimorfizmi ile ilgili bir çalışmada, OKB’nin SS genotipi ile ilişkili olduğu, LS genotipi ile ise ters bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir. Bazı araştırmalarda, LS genotipinin OKB’ye karşı koruyucu bir etkisi olduğu saptanmıştır. Ayrıca, bir meta-analiz çalışmasında OKB’nin SLC6A4 geni polimorfizmi 5-HTTLPR ve HTR2A rs6311 varyantı ile anlamlı bir ilişki gösterdiği ortaya konmuştur.^{104,105} Aynı çalışmada sadece erkeklerde katekolamin düzenlenmesinde yer alan polimorfizmler (COMT ve MAOA) ile ilişkinin de bulunduğu belirtilmiştir. OKB patogenezi açıklayan en uygun genler 5-HTTLPR’deki LA varyantı ve HTR2A’daki rs6311’in A aleli ya da rs6313’ün bağlı T alelidir.^{104–107} Dopaminerjik sistem üzerine yapılan çalışmalarda, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ile dopamin reseptör 2 (DRD2), dopamin reseptör 3 (DRD3), dopamin reseptör 4 (DRD4), dopamin taşıyıcısı (DAT), MAO-A ve COMT genleri arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Bu çalışmalar, dopamin sistemine ait genetik varyasyonların OKB’nin gelişiminde rol oynayabileceğini

düşündürmektedir.¹⁰⁸ Poley ve arkadaşları (2007) yaptıkları meta-analiz çalışması ile COMT etkinliği ile ilişkili haplotipler ne kadar düşük ve dolayısıyla supraoptimal kortikal dopamin sinyalleme ne kadar fazla ise OKB oluşum riskinin o kadar fazla olduğunu göstermişlerdir. Bir başka meta-analiz çalışmasında, COMT rs4680 belirteci ile Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, DAT1 ve DRD3 genleri için bu tür bir ilişki saptanamamıştır. Glutamaterjik sistem üzerine yapılan çalışmalarda ise, GRIN2B ve GRIK2 glutamat reseptör genleri, olumlu aday genler olarak değerlendirilmiştir. Bu bulgular, glutamaterjik sistemle ilgili yürütülen aile temelli araştırmalarla da desteklenmiştir. Aynı kapsamda incelenen nöronal glutamat taşıyıcı SLC1A1 geninin özellikle 3' bölgesinin, erkeklerde OKB kalıtımıyla anlamlı biçimde ilişkili olduğu gösterilmiştir. SLC1A1 geninde meydana gelen değişimlerin OKB riskini artırdığına dair bulgular elde edilmiştir. Ancak 2013 yılında gerçekleştirilen bir genom çapı ilişkilendirme çalışmasında (GWAS), kullanılan belirteçlerle OKB tanısı arasında genom düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.¹⁰⁸ Nörokimyasal çalışmalarda Serotonin geri alım inhibitörlerinin (SGİ) OKB belirtilerini azalttığı gözlenmiştir. Ancak aynı etki noradrenerjik sistem üzerinden etkili antidepressanlarla sağlanamamıştır. OKB'ye sebep olan patofizyolojiyi açıklamak üzere postsinaptik serotonin reseptörlerinin aşırı duyarlılığı öne sürülmüştür. Serotonerjik nöronların presinaptik membranında bulunan 5-HTT'nin periferik belirteci, trombositlerdeki ³H-imipramin bağlanma bölgelerinin sayısı ile tanımlanmıştır. Yapılan çalışmalarda, bu bağlanma bölgelerinin sayısının Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Ancak fluvoksamin ve klomipramin gibi serotonerjik ilaçlarla uygulanan tedavilerin ardından yapılan değerlendirmelerde, 3H-imipramin bağlanma yoğunluğunun normal seviyelere döndüğü gözlenmiştir. 5-HT1D reseptörü, serotonin salımını azaltan presinaptik bir otoreseptör olarak görev yapar ve özellikle prefrontal korteks ile bazal kaudat bölgelerinde yoğun şekilde bulunmaktadır. OKB hastalarının beyinlerinde bu reseptörün duyarlılığının artmış olabileceği düşünülmekte, bu da serotonerjik sistemdeki işlevsel bozulmaların OKB patofizyolojisindeki rolünü desteklemektedir.⁶⁹ Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ile dopaminerjik sistem arasındaki ilişkiye dair kanıtlar büyük ölçüde hayvan modelleri üzerinde yapılan araştırmalardan elde edilmiştir. Bu çalışmalar, artmış dopamin nörotransmisyonunun obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkili olabileceğini öne sürmektedir. Selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SGİ) kullanımı sonrasında yapılan değerlendirmelerde, dopamin taşıyıcı reseptör bağlanma

oranlarında tedavi öncesine kıyasla anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır. Bu bulgular, dopamin sistemindeki değişikliklerin OKB patofizyolojisinde rol oynayabileceğini desteklemektedir.¹⁰⁷ Postmortem çalışmalarda, nükleus akumbens ve sağ prefrontal kortekste dopaminin doku düzeylerinin arttığı gösterilmiştir. Sağ bazal gangliyonda dopamin taşıyıcı bağlanma oranlarının OKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu SPECT çalışması ile gösterilmiştir. Glutamat taşıyıcı gen SLC1A1'in OKB ile ilişkisinin incelendiği çalışmada, kortikostriatal glutamat çıkışında artış olan farelerde, yaygın davranışsal tekrarlamalar, kompulsif sıçrama, deri ve saçın yolunması, ısırılması ve tiklerin olduğu OKB benzeri bir fenotip gözlenmiştir. BOS glutamat düzeylerinin arttığının gösterilmesi OKB'de artmış glutamaterjik etkinliğin kanıtı olarak bildirilmiştir. Manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) ile hastaların çeşitli beyin bölgelerinde anormal glutamin ve glutamat düzeyleri bildirilmiştir. SSRİ ile tedaviye yanıt veren OKB hastalarında striatumda görülen glutamin artışının normale döndüğü görülmüştür. OKB etyolojisinin araştırıldığı çalışmaların bir kısmında OKB'nin bazı alt tiplerinin patofizyolojisinde immün mekanizmaların yer aldığı düşünülmüştür. Tourette Sendromu ve Sydenham koresi vakalarında Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) belirtilerinin görülmesi, hastalığın patogeneğinde bazal gangliyonların rol oynayabileceğini düşündürmektedir. A grubu beta hemolitik streptokok (GAS) enfeksiyonlarının yol açtığı romatizmal ateş sonrası, hastaların %10–30'unda Sydenham koresi gelişebilmektedir. Sydenham koresi tanısı alan çocukların %70'inden fazlasında, nörolojik belirtiler ortaya çıkmadan yaklaşık 2–4 hafta önce obsesif-kompulsif semptomlar başladığı bildirilmiştir. Bu veriler hem OKB hem de Sydenham koresinde orbito-frontal-striatal döngüde bir işlev bozukluğu olabileceğini göstermektedir. Ayrıca, bu hastalarda steroid ya da antimikrobiyal tedavilere verilen olumlu yanıt, OKB ile bağışıklık sistemi arasında olası bir ilişkiye işaret etmektedir. Çocuklarda GAS enfeksiyonu sonrasında ortaya çıkan OKB belirtileri ve tiklerin birlikte görüldüğü klinik tablo ise PANDAS olarak tanımlanmıştır.^{9,104} PANDAS (Streptokokla İlişkili Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Bozukluklar), duygusal dalgalanmalar, ayrılma kaygısı, obsesif-kompulsif belirtilerin ve dikkat sorunlarının görüldüğü otoimmün bir hastalık olarak tanımlanır. Otoimmün antikorların oluşumu sonucunda meydana gelen immün yanıt, kaudat çekirdek, putamen ve globus pallidus gibi bazal gangliyonlarda hacim artışına yol açmaktadır. Bu hacim artışının, yüksek Anti Streptolizin O (ASLO) antikor titresi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çocukluk çağında başlayıp erişkin döneme uzanan OKB olgularında, artmış ASLO düzeyleri ya da yakın dönemde geçirilmiş bir GAS

enfeksiyonuna dair belirti bulunmasa bile, anti-beyin antikorlarının varlığı saptanabilmektedir. Ayrıca OKB, Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), tiroid fonksiyon bozuklukları ve Multipl Skleroz (MS) gibi diğer otoimmün hastalıklarda da eş tanı olarak rapor edilmiştir. SLE hastalarıyla yürütülen bir kohort çalışmasında, OKB sıklığının toplum temelli oranlara göre 10–15 kat daha yüksek olduğu; MS hastalarında da OKB prevalansının arttığı bildirilmiştir. OKB'ye sahip bireylerde, bağışıklık sistemiyle ilişkili hastalıkların, diğer psikiyatrik bozukluklara kıyasla daha yüksek oranlarda görüldüğü de yapılan bir çalışmada ortaya konmuştur. Beyin görüntüleme çalışmaları, OKB'nin patofizyolojisinde özellikle kortiko-striato-talamik devrelerin rol oynadığını göstermektedir. Bu devrenin temel yapıları olan orbitofrontal korteks, anterior singulat girus, bazal ganglionlar ve talamus, OKB ile ilişkili beyin bölgeleri arasında yer almaktadır. Fonksiyonel beyin görüntüleme yöntemleri olan fMRI ve PET çalışmaları, anterior lateral orbitofrontal korteks (OFK), anterior singulat korteks ve kaudat bölgesinde artmış beyin aktivitesi olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca PET ve SPECT (tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi) çalışmaları, orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks ve talamusta bölgesel aktivite artışını da doğrulamaktadır. Bu bulgular, OKB'nin nörobiyolojik temelinde belirli beyin bölgelerindeki yapısal ve işlevsel değişimlerin önemli bir rol oynadığını göstermektedir.^{103–108}

Psikanalitik kuram açısından OKB'nin oluşumunda rol oynayan temel düzenek gerileme olarak belirtilmektedir. Obsesif nevrozlarda, ödipal dönemde ortaya çıkan dürtü ve isteklerin yarattığı yoğun içsel çatışma sonucunda libido, anal-sadistik evreye gerileyerek gelişimsel bir regresyon gösterir. Bu durumda birey, cinsel ve saldırgan dürtülerle başa çıkabilmek adına anal gelişim aşamasına özgü üç temel savunma mekanizmasını devreye sokar. Bu savunma düzenekleri: yapma bozma, yalıtma ve karşıt tepki kurma olarak tanımlanmıştır. Bu mekanizmalar, bireyin tehdit edici içsel çatışmalar karşısında anksiyetesini azaltmasına yardımcı olur. Bu savunma düzenekleri obsesif kompulsif belirtilerin şeklini ve niteliğini belirler. Dürtünün denetimi ve anksiyetenin yatıştırılmasını amaçlayan yapma-bozma düzeneğinin sonucu kompulsif eylemlerin ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Obsesif nevrozlarda yapma bozma düzeneği, bastırmanın yetersiz kaldığı durumlarda, yardımcı ve yerine geçici olarak devreye girer. Yapma-bozma düzeneği ile iki şey amaçlanır. Belirli bazı olayların olması ya da yinelemesini engellemek için önlemlerin alınması ve mantık dışı ve büyüsel bir şekilde olmamış gibi kılarak bir şeyden kurtulmadır. Bu sayede zıt iki dürtünün doyum bulduğu görülür. Obsesif nevrozlar için tipik diğer bir savunma yalıtmadır. Düşüncelerin, onlara

eşlik eden duygulardan yalıtılması söz konusudur. Yalıtma düzeneği tam olarak gerçekleştiğinde, duygusal bileşen bilinçdışına itilerek ve kişi sadece duygudan arındırılmış bir düşüncenin bilinç düzeyinde farkına varır. Obsesif nevrozlarda kullanılan bir diğer düzenek karşıt tepki oluşturmaktır. Kişi tehlike karşısında yeni savunmalar geliştirmek yerine, sürekli olarak dürtüsel tehlike varmışçasına, tehlikeye karşı hazırlıklı bir tutumu benimser. Çift değerliliğe (ambivalans) bağlı olarak ise iki çatışandan birine yoğunlaşılır iken, diğeri kaybolur. Abartılı duygu, mevcut duygu yanında zıt duygunun baskı altında tutulmaya çalışıldığının bir göstergesidir. 109–111Bilişsel-Davranışçı Model Mowrer'in anksiyetenin oluşumu ile ilgili iki aşamalı kuramına göre, obsesyonlar, anksiyete yaratan koşullu tepkiler olarak değerlendirilirken; kompulsiyonlar, bu anksiyeteyi azaltmak amacıyla öğrenilen ve anksiyetenin azalmasıyla pekiştirilen davranışlar olarak tanımlanır. Salkovskis, bu çerçevede "Abartılı Sorumluluk Modeli"ni geliştirmiştir. Bu modele göre, bireyde ortaya çıkan tekrarlayıcı düşünceler, imgeler ya da dürtüler aslında duygusal açıdan yansızdır. Ancak kişi bu zihinsel içerikleri, kendini sorumlu tutacak şekilde değerlendirdiğinde, bu durum kaygı ve huzursuzluğa neden olur. Birey, algıladığı bu sorumluluğu azaltmak için yansızlaştırma yanıtları geliştirir. Bu yanıtlar zamanla istemli olarak başlatılan ve sürdürülen kompulsif davranışlara dönüşür. Böylece istemli başlatılan ve devam ettirilen etkinlikler ortaya çıkar.¹¹² Rachman ise 'Anlamlı Yanlış Yorumlanması Kuramı'nı tanımlamıştır. OKB'nin, bireyde ortaya çıkan inatçı ve tekrarlayıcı düşünce, imge ya da dürtülerin felaketleştirici ve hatalı biçimde yorumlanması sonucunda geliştiği ve bu hatalı değerlendirmelerin bozukluğun sürdürülmesinde rol oynadığı ifade edilmiştir. Bu kurama göre, obsesif içerikler kendiliğinden ortaya çıksa da onların tehdit edici ya da tehlikeli olarak algılanması, anksiyete yaratmakta ve bireyin bu düşüncelerle başa çıkmak için kompulsif davranışlara yönelmesine yol açmaktadır.¹¹³

2.8.5. Tedavi

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tedavisinde ilk basamak yaklaşımlar, SGI'ler ve kognitif-davranışçı terapidir. Farmakoterapide öncelikli tercih edilen ilaçlar, etkinlikleri çeşitli klinik çalışmalarda gösterilmiş olan SGI'ler ve klomipramindir. SGI'ler için olması gereken doz, tam terapötik etkinin gözlemlendiği düzey olarak tanımlanır. Yeterli yanıt alınamadığında doz, kademeli olarak artırılmalıdır. Bir SGI'ye yanıt alınamadığının kabul edilebilmesi için, ilacın en az on iki hafta süreyle ve o molekül için önerilen en yüksek tolere edilebilir dozda uygulanmış olması gerekmektedir. SGI

tedavisiyle klinik iyileşme sağlandığında, ilaç kesilmesini takiben yüksek nüks oranları gözleendiğinden, tedavinin etkili dozda ortalama iki yıl sürdürölmesi önerilmektedir.^{54,69,79,99,100}



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Verilerin Toplanması

Çalışmamızın örnekleminin büyüklüğü (güç analizi) G Power 3.1 programı aracılığı ile hesaplanmıştır. Orta etki büyüklüğü (Cohen's $d = 0,50$), 0,95 güç ve 0,05 hata payı ($p = 0,05$) ile tek bir grupta bulunması gereken minimum örneklem büyüklüğü tanı grubu ve kontrol grubu için 54 olacak şekilde toplam 324 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak çalışmaya 337 katılımcı alınmış ve yeterli güce ulaştığı varsayılmıştır.

3.2. Örneklemin Belirlenmesi ve Dışlama Ölçütleri

Çalışmaya, 23 Şubat 2024 tarihli 141 sayılı T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u onayı alındıktan sonra, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na 15.02.2024 - 15.08.2024 tarihleri arasında ayaktan tedavi amaçlı başvuruda bulunan DSM-5-TR tanı ölçütlerine göre mevcut haliyle majör depresif bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, anksiyete bozukluğu, şizofreni, bipolar bozukluk (çalışmaya dahil edildiği dönemde majör bir duygudurum döneminde olmayan, son altı aydır depresif/hipomanik/manik dönem geçirmemiş, remisyonda kabul edilen bipolar bozukluk tanılı bireyler) tanısı ile takipli 275 hasta; herhangi bir psikiyatrik tanı ve tedavi almamış, DSM-5-TR'ye göre yapılandırılmış psikiyatrik değerlendirme sonucunda ruhsal açıdan tamamen sağlıklı kabul edilen, psikopatolojik belirti göstermeyen, fiziksel hastalık öyküsü bulunmayan, genel toplumdan rastgele seçilmiş ve hasta grubu ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip, çalışmaya katılmakta gönüllü olan bireylerden oluşan 62 sağlıklı kontrol dahil edildi. Öz bildirim anketlerini doldurabilmesi için kişilerin okur-yazar olması şartı arandı. Hasta gruptan 11 kişi ölçekleri gerektiği şekilde dolduramaması nedeniyle, 9 kişi eşlik eden bir başka psikiyatrik komorbidite (eşlik eden psikiyatrik hastalıkların olası karıştırıcı etkileri gözetilerek) nedeniyle dışlandı. Kontrol grubundan 2 gönüllü görüşmeye uyum sağlamaması, 2 gönüllü majör depresif bozukluk tanısının olması, 1 gönüllü anksiyete bozukluğu tanısının olması, 1 gönüllü madde kullanım bozukluğu tanısı olması nedeniyle dışlandı. Hastalara ve sağlıklı kontrollere araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı onayları alındı.

3.3. Klinik Görüşme ve Ölçekler

Çalışmamıza dahil edilen tüm bireylerin yaklaşık 30-60 dakika süren görüşmesi aynı araştırmacı (Dr. TD) tarafından yapıldı. İlk aşamada katılımcılar bilgilendirilerek yazılı onayları alındı. İkinci aşamada ise yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından, kliniğimize ayaktan başvuran bireylere uygulanan sosyodemografik veri formu uygulandı. Majör depresif bozukluk tanılı hastaların depresif semptomlarının şiddetini belirlemek amacıyla Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Anksiyete bozukluğu tanılı hastaların kaygı düzeylerini ölçmek ve değerlendirmek amacıyla Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Obsesif-kompulsif bozukluk tanılı hastaların semptomlarının şiddetini ölçmek için Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (Y-BOCS), Şizofreni tanılı hastaların semptomlarının şiddetini ölçmek için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Bipolar Bozukluk tanılı hastaların belirtilerini ölçmek için Young Mani Derecelendirme Ölçeği uygulandı. Kişinin yaşadığı psikolojik acının belirlenmesi için Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ), çocukluk döneminde yaşadıkları travmatik deneyimleri değerlendirmek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) ve tedavi uyumunu değerlendirmek için Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) katılımcılar tarafından dolduruldu. Görüşme süresince katılımcıların anlamakta zorlandığı durumlar araştırmacı Dr. TD tarafından açıklandı.

3.4. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmamızda kliniğimize ayaktan başvuran bireylere uygulanan sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Bu form dört bölümden oluşturulmuştur. Birinci bölümde isim-soy isim, yaşı, cinsiyeti, eğitim süresi, medeni durumu, aile tipi, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer bulunmaktadır. İkinci bölümde tıbbi hastalık öyküsü, psikiyatrik açıdan aile öyküsü sorgulanmıştır. Üçüncü bölümde özkıyım girişimi, sigara-alkol-madde kullanım öyküsü, psikiyatri servisinde yatış sayısı, hastalık tanısı alınan yaş sorgulanmıştır. Dördüncü bölümde ise damgalanma algısı/hissi, sosyal destek, kullandığı ilaç sayısı, geleneksel veya dini tedavi alternatifi arayışı, ilaca bağlı yan etki varlığı sorgulanmıştır. Sosyodemografik veri formu hastalar ile birebir görüşülerek klinisyen (Dr. TD) tarafından doldurulmuştur.

3.5. Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ)

PAÖ katılımcı tarafından doldurulan ve on üç sorudan oluşan bir ölçektir.¹¹⁴ Bu ölçek, karşılanmamış temel ihtiyaçlara tepki olarak ortaya çıkan, kronik, serbest yüzen ve içerikten bağımsız bir psikolojik durumu değerlendirmektedir.¹¹⁵ Beşli Likert tipi bir yapıya sahip olan bir ölçektir. Türkçe sürümünün bilimsel geçerliği ve güvenilirliği çalışması ise Demirkol ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.^{15ü}

3.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)

Çocukluk döneminde yaşanan psikolojik travmalar ile bunların yaşam boyu süren psikiyatrik sonuçlarını inceleyen araştırmalar, uygulama güçlükleri ve yüksek maliyetleri nedeniyle sınırlı sayıda yürütülmektedir. Ancak bu tür erken dönem gelişimsel yaşantıların geriye dönük olarak değerlendirilmesi, önemli veriler sağlamaktadır. Başlangıçta niteliksel olarak ele alınan çocukluk çağı ihmal ve istismar öykülerinin zamanla nicel ölçütlerle değerlendirilmesi ve şiddet düzeylerinin belirlenmesi, bu alandaki çalışmaların standardizasyonu, karşılaştırılabilirliğinin artırılması ve uzun dönemli etkilerin daha sağlıklı bir şekilde derecelendirilmesi açısından gereklilik haline gelmiştir. Bu ihtiyaca yanıt olarak geliştirilen ve "CTQ" (Childhood Trauma Questionnaire) olarak bilinen Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, bireylerin 20 yaş öncesinde maruz kaldıkları istismar ve ihmal deneyimlerini geriye dönük ve nicel biçimde değerlendirmeye olanak tanıyan, geçerliği ve güvenilirliği sağlanmış, öz-bildirim esaslı ve kolay uygulanabilir bir ölçme aracıdır. CTQ puanlamasında, öncelikle olumlu içerikli maddeler (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) tersine çevrilerek (örneğin, 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana dönüştürülerek) hesaplamaya dahil edilir. Beş alt ölçek puanının toplamı, CTQ toplam puanını oluşturur. Alt ölçek puanları 5 ile 25 arasında, toplam puan ise 25 ile 125 arasında değişir. Olumlu ifadeler arasında yer alan (madde 10, 16 ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmek gerekmez. Madde 10, 16 ve 22 yalnızca travmanın inkâr eğilimini ölçmekte olup toplam skoru etkilemez. Bu üç maddenin yalnızca 5 puanlık (en yüksek) cevapları dikkate alınır ve bu puanlar 1 puan olarak değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe versiyonun Cronbach alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur.¹¹⁶

3.7. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ)

Bu ölçek, aktif tüberküloz tedavisi alan hastalar arasında yürütülen grup tartışmaları doğrultusunda şekillendirilmiştir. Ölçek, hastanın doldurduğu ve ilaç uyumunu ölçen bir değerlendirme aracıdır. Ölçek, iki seçenekli (evet/hayır) yanıtlanabilecek şekilde

düzenlenmiş dört kapalı uçlu sorudan oluşur. Soruların temel dayanağı, ilaç uyumsuzluğunun bilişsel yetersizlikler (ör. unutkanlık, dikkatsizlik), iyilik halinin erken algılanması veya önceki olumsuz tedavi deneyimlerinden etkilenebileceği yönündeki görüşlerdir. Değerlendirme şu şekilde yapılır: Soruların tümüne "hayır" yanıtı verilmişse ilaç tedavisine tam uyumlu, bu sorulardan herhangi birine "evet" yanıtı verilmişse ilaç tedavisine uyumsuz olarak değerlendirilir.^{117,118}

3.8. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

1960 yılında, depresyon tanısı almış bireylerde, belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Depresyon semptomlarının ölçülmesi amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan bir ölçektir. Orijinal ölçekte 21 madde bulunmasına rağmen, Hamilton ilk 17 maddenin kullanılmasını tavsiye etmiştir. Diğer 4 madde ya nadir olarak görülür ya da hastalığın şiddeti yerine hastalığın boyutunu tanımlar. Depresif mizaç özellikleri, özkıym, iş ve aktivitelerde yeti yitimi, retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal belirtiler, genel bedensel belirtiler, içgörü, evham, uykusuzluk, kilo kaybı, iştah ve anksiyete gibi özellikleri değerlendiren alt gruplardan oluşmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında yapılmıştır.¹¹⁹

3.9. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)

Bireyin anksiyete düzeyini ve anksiyeteye dair belirtilerinin dağılımını belirlemek ve şiddetini ölçmek amacıyla 1959 yılında geliştirilmiştir. Hem bedensel belirtileri hem anksiyete belirtilerini değerlendirir. On dört maddeden oluşan ölçekte, belirtilerin şiddetine göre her madde, görüşmeci tarafından 0-4 arasında puanlanmaktadır. Dokuz madde somatik anksiyete için ve 5 madde psişik anksiyete ile ilişkilidir. Her maddeden alınan puanların toplanmasıyla toplam skor hesaplanır. Bu puan 0 ile 56 arasında değişebilir. Puan aralıklarına göre değerlendirme şu şekildedir: 0-4 puan anksiyete bulunmadığını, 5-16 puanın altı hafif düzeyde anksiyeteyi, 17-24 puan arası orta düzeyde anksiyeteyi, 25 ve üzeri ise şiddetli veya ağır anksiyeteyi göstermektedir.¹²⁰

3.10. Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve hastalığın şiddetini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiş bir ölçektir. Toplamda 19 maddeden oluşmakta olan bu ölçeğin ilk 5 maddesi obsesyon, ikinci 5 maddesi kompulsiyon şiddetini vermektedir. Ölçek toplam puanını ilk 10 madde oluşturmaktadır. Bu 10 maddenin puanlaması 0-4 puan arasında değişmektedir.

Ölçek toplam puanı 0-40 arasında değişmektedir. Obsesyonlar için toplamda 0-20, kompulsyonlar için toplamda 0-20 arasında puan elde edilmektedir. Ölçekte elde edilen puanların sınıflandırması; 0-7 subklinik, 8- 15 hafif, 16-23 orta, 24-31 şiddetli, 32-40 çok şiddetli olarak yapılmaktadır. Ölçekte ayrıca içgörü, kaçınma, kararsızlık, patolojik sorumluluk, obsesyonel yavaşlama ve patolojik kuşku da değerlendirilmektedir. Bu maddelerin puanları da her bir madde için 0-4 arasında değişmektedir. Ayrıca görüşmeciye hastalığın şiddeti, hastanın genel düzelme durumu ve güvenilirliği de puanlatılmaktadır. Ölçeğin devamındaki Y-BOCS semptom kontrol listesi ile obsesyon ve kompulsyon türlerini değerlendirmeyi sağlar.¹²¹

3.11. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

1987 yılında geliştirilen Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklarda sık görülen semptomları ölçen bir ölçektir. Ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 1 puan (semptom yok) ile 7 puan (çok şiddetli) arasında puanlanır. Otuz maddenin toplam puanı PANSS toplam puanı olarak belirtilir ve 30-210 arasında değer alır. Ölçeğin 3 alt ölçeği vardır: Pozitif Belirtiler Ölçeği (PBÖ), Negatif Belirtiler Ölçeği (NBÖ) ve Genel Psikopatoloji Ölçeği (GPÖ). PBÖ ve NBÖ yedi maddeden oluşmakta ve her iki alt ölçek de 7 ile 49 puan arasında değer alabilmektedir. GPÖ ise 16 maddeden oluşmakta ve 16 ile 112 puan arasında puanlanabilmektedir.¹²²

3.12. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

1978 yılında, manik epizodların şiddetini ve zamansal değişimini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır. Toplamda 11 maddeden oluşan bu ölçek; eleve duygudurum, artan motor aktivite ve enerji düzeyi, cinselliğe yönelik ilgi, uyku düzeni, iritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce sürecindeki bozulmalar, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan eğilimler, fiziksel görünüm ve içgörü düzeyi gibi çeşitli alanları kapsamaktadır.¹²³

3.13. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel anlamda değerlendirilmesi amacıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 26.0 paket programı kullanılmıştır. Ölçüm değeri olarak elde edilen değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro-Wilk veya Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler, normal dağılım göstermeleri durumunda ortalama $\pm$ standart sapma (SS), normal dağılmamaları

durumunda ise ortanca [çeyrekler arası aralık] şeklinde ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi veya Fisher's Exact test kullanılmıştır. Normal dağılmayan değişkenler için sırasıyla Mann-Whitney U testi veya Kruskal-Wallis testi tercih edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki düzeyini belirlemek amacıyla Pearson ya da Spearman korelasyon analizi yapılmış; korelasyon katsayısı (rho) ve anlamlılık düzeyi (p) raporlanmıştır. Psikolojik acının aracı (mediatör) rolünü değerlendirmek amacıyla mediasyon analizi uygulanmıştır. Analizlerde IBM SPSS PROCESS Makro v3.5 kullanılmıştır. Mediasyon etkisinin istatistiksel anlamlılığı, bootstrap yöntemiyle 5000 tekrar üzerinden elde edilen güven aralıkları ile test edilmiştir. Modelde, Morisky tedavi uyumu ölçeği bağımsız değişken, CTQ ve alt ölçekleri bağımlı değişken ve PAÖ ise aracı değişken olarak tanımlanmıştır. Mediasyon analizlerinde toplam etki (total effect), direkt etki (direct effect) ve indirekt (dolaylı) etki (indirect effect) β katsayıları ve p-değerleri ile raporlanmıştır. Mediasyon analizlerinin anlamlılığı için %95 güven aralığında sıfırı içermemesi ve $p < 0,05$ olması kriteri esas alınmıştır. Analizlerde tüm değişkenler için standartlaştırılmış yol katsayıları (β) kullanılmıştır. P değeri $< 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya 62 sağlıklı kontrol grubunda olmak üzere; depresyon, anksiyete bozukluğu, OKB, bipolar bozukluk ve psikoz tanılı toplam 337 hasta dahil edildi. Hasta grubunun %57,0'si (192 hasta) kadın ve %43,0'ü (145 hasta) erkekti. Medyan yaş 36 yıl (18-65 yıl arası) olarak bulundu.

Tablo-1'de, kontrol ve farklı psikiyatrik tanılara sahip bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, aile tipi, gelir düzeyi, yaşanılan yer, tıbbi hastalık varlığı, ailede ruhsal bozukluk öyküsü, intihar girişimi, sigara, alkol ve madde kullanımı, sosyal destek varlığı, damgalanma algısı/hissi, geleneksel/dini tedavi alternatifi arayışı ve ilaç yan etkileri gibi çeşitli sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre dağılımları gösterilmiştir. Cinsiyet dağılımı, hastalık tanısı alma yaşı, hastane yatış sayısı, kullanılan ilaç sayısı, gelir düzeyi, yaşanılan yer, ailede ruhsal bozukluk öyküsü, intihar girişimi varlığı, sigara kullanımı öyküsü, madde kullanımı öyküsü, sosyal destek varlığı, damgalanma algısı, geleneksel veya dini tedavi alternatifi arayışı ve ilaca bağlı yan etki görülme durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$).

Tablo 1: Psikiyatrik Tanı Gruplarına Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Dağılımı

	Kontrol (n=62)	Depresyon (n=70)	Anksiyete Bozukluklar ı (n=77)	OKB (n=33)	Bipolar Bozukluk (n=65)	Psikoz (n=30)	P
Cinsiyet							
Erkek	30 (48,4)	25 (35,7)	26 (33,8)	14 (42,4)	29 (44,6)	21 (70)*	0,016
Kadın	32 (51,6)	45 (64,3)	51 (66,2)	19 (57,6)	36 (55,4)	9(30)*	
Yaş, yıl	29,5 [19-64]	36 [18-65]	39 [18-65]	33 [19-62]	39 [20-65]	33,5 [19-61]	0,243
Hastalık tanısı alınan yaş, yıl	-	27[16*-61]	32 [14-58]0	24 [17-50]	22 [15-42]	22,5 [16-45]	<0,001
Eğitim süresi, yıl	16 [0-18]	11,5 [0-19]	12 [0-18]	11 [5-18]	12 [5-18]	12 [2-18]	0,057
Hastane yatış sayısı	-	0 [0-14]	0 [0-6]	0 [0-12]	2 [0-15]*	2 [0-14]*	<0,001

Tablo 1: Psikiyatrik Tanı Gruplarına Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Dağılımı (devamı)

	Kontrol (n=62)	Depresyon (n=70)	Anksiyete Bozuklukları (n=77)	OKB (n=33)	Bipolar Bozukluk (n=65)	Psikoz (n=30)	P
Kullandığı ilaç sayısı	-	2 [0-6]	1 [1-6]	2 [1-6]	3 [1-9]*	3 [1-6]*	<0,001
Medeni durum							
Bekar	34 (54,8)	36 (51,4)	36 (46,8)	15 (45,5)	30 (46,2)	15 (50)	0,91
Evli	28 (45,2)	34 (48,6)	41 (53,2)	18 (54,5)	35 (53,8)	15 (50)	
Aile Tipi							
Çekirdek aile	56 (90,3)	60 (85,7)	68 (88,3)	28 (84,8)	58 (89,2)	27 (90)	0,95
Geniş aile	6 (9,7)	10 (14,3)	9 (11,7)	5 (15,2)	7 (10,8)	3 (10)	
Gelir Düzeyi							
<Asgari ücret/ay	20 (32,3)	28 (40)	40 (51,9)	10 (30,3)	27 (41,5)	19 (63,3)	0,023
>Asgari ücret/ay	42 (67,7)	42 (60)	37 (48,1)	23 (69,7)	38 (58,5)	11 (36,7)	
Yaşadığı Yer							
İl	21 (33,9)	9 (12,9)	18 (23,4)	5 (15,2)	8 (12,3)	8 (26,7)	0,018
merkezinden küçük il merkezi	41 (66,1)	61 (87,1)	59 (76,6)	28 (84,8)	57 (87,7)	22 (73,3)	
Tıbbi Hastalık							
Yok	40 (64,5)	40 (57,1)	51 (66,2)	22 (66,7)	49 (75,4)	25 (83,3)	0,110
Var	22 (35,5)	30 (42,9)	26 (33,8)	11 (33,3)	16 (24,6)	5 (16,7)	
Ailede Ruhsal							
Bozukluk	51* (82,3)	47 (67,1)	48 (62,3)	15 (45,5)	37 (56,9)	12 (40)	<0,001
Yok	11* (17,7)	23 (32,9)	29 (37,7)	18 (54,5)	28 (43,1)	18 (40)	
Var							
İntihar							<0,001
Girişimi	62 (100)	44 (62,9)	63 (81,8)	30 (90,9)	33 (50,8)	19 (63,3)	
Yok	0 (0)	26 (37,1)	14 (18,2)	3 (9,1)	32 (49,2)	11 (36,7)	
Var							
Sigara kullanımı							0,041
Yok	38 (61,3)	36 (51,4)	46 (59,7)	13 (39,4)	29 (44,6)	10 (33,3)	
Var	24 (38,7)	34 (48,6)	31 (40,3)	20 (60,6)	36 (55,4)	20 (66,7)	

Tablo 1: Psikiyatrik Tanı Gruplarına Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Dağılımı (devamı)

	Kontrol (n=62)	Depresyon (n=70)	Anksiyete Bozukluklar ı (n=77)	OKB (n=33)	Bipolar Bozukluk (n=65)	Psikoz (n=30)	P
Alkol kullanımı							0,082
Yok	44 (71)	55 (78,6)	69 (89,6)	24 (72,7)	47 (72,3)	22 (73,3)	
Var	18 (29)	15 (21,4)	8 (10,4)	9 (27,3)	18 (27,7)	8 (26,7)	
Madde kullanımı							<0,001
Yok	62 (100)	66 (94,3)	75 (97,4)	29 (87,9)	58 (89,2)	20 (66,7)	
Var	0 (0)	4 (5,7)	2 (2,6)	4 (12,1)*	7 (10,8)*	10 (33,3)*	
Sosyal Destek							0,005
Yok							
Var	6 (9,7)	25 (35,7)	24 (31,2)	7 (21,2)	11 (16,9)	9 (30)	
	56 (90,3)	45 (64,3)*	53 (68,8)*	26 (78,8)	54 (83,1)	21 (70)	
Damgalanma algısı							<0,001
Yok	62 (100)*	49 (70)	57 (74)	26 (78,8)	49 (75,4)	16 (53,3)	
Var	0 (0)	21 (30)	20 (26)	7 (21,2)	16 (24,6)	14 (46,7)	
Geleneksel veya dini tedavi alternatifi							0,009
arayışı	62 (100)**	57 (81,4)	62 (80,5)	28 (84,8)	59 (90,8)	26 (86,7)	
Yok	0 (0)	13 (18,6)*	15 (19,5)*	5 (15,2)*	6 (9,2)	4 (13,3)	
Var							
İlaça bağlı yan etki							<0,001
Yok	62 (100)*	54 (77,1)	53 (68,8)	18 (54,5)	44 (67,7)	24 (80)	
Var	0 (0)*	16 (22,9)	24 (31,2)	15 (45,5)	21 (32,3)	6 (20)	

OKB; Obsesif kompulsif bozukluk

Değişkenler n (%) ve medyan [Çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur.

Tablo 2’de psikiyatrik tanı gruplarına göre psikolojik acı ve çocukluk çağı travmaları ölçek puanlarının karşılaştırılması sunulmaktadır. Psikiyatrik tanı grupları arasında PAÖ ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, tüm değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p<0,05$). Kontrol grubuna kıyasla depresyon, anksiyete, OKB, bipolar ve psikoz tanılı bireylerde

PAÖ ve CTQ'nun çeşitli alt boyutlarında (özellikle fiziksel istismar, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar) anlamlı düzeyde yüksek ölçek puanları görüldü ($p<0,05$). Özellikle depresyon ve bipolar bozukluk gruplarında diğer gruplardan daha yüksek ölçek puanı vardı.

Post-hoc analizlerde kontrol grubunun PAÖ puanı, diğer hastalık gruplarına göre anlamlı olarak düşüktü. CTQ toplam puanı ise, kontrol grubu ve OKB grubunda diğer gruplara göre anlamlı olarak düşüktü, kontrol ve OKB ikili karşılaştırmasında anlamlı fark izlenmedi. Cinsel istismar alt ölçeğine baktığımızda, depresyon ve bipolar bozukluk tanılı hastalarda anlamlı olarak daha yüksek skorlar izlendi, ikili karşılaştırmada ise iki grup birbiri ile benzerdi. Fiziksel istismar ve ihmal, emosyonel ihmal alt ölçeklerinde kontrol grubu tüm hastalık gruplarından anlamlı ölçüde düşük ölçek puanına sahipti. Emosyonel istismar alt ölçeğinde ise, bipolar bozukluk ve OKB grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tablo 2: Psikiyatrik Tanı Gruplarına Göre Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n=62)	Depresyon (n=70)	Anksiyete (n=77)	OKB (n=33)	Bipolar (n=65)	Psikoz (n=30)	P
Psikolojik acı ölçeği	16 [13-22]*	28 [20-42]	26 [20-41]	20 [16-31]	24 [17-37]	25,5 [18-30]	<0,001
CTQ	29 [28-31]*	39,5 [30-60]	34 [30-46]	31 [30-37]*	40 [33-57]	40 [32-48]	<0,001
Cinsel istismar	5 [5-5]	5 [5-8]*	5 [5-5]	5 [5-5]	5 [5-8]*	5 [5-5]	0,012
Fiziksel İstismar	5 [5-5]*	5 [5-10]	5 [5-7]	5 [5-6]	7 [5-10]	6 [5-11]	<0,001
Fiziksel İhmal	5 [5-5]*	6 [5-10]	6 [5-8]	5 [5-8]	8 [6-9]	6 [5-7]	<0,001
Emosyonel İhmal	5 [5-8]*	11 [6-15]	9 [6-14]	9 [5-11]	12 [8-14]	11 [9-15]	<0,001
Emosyonel istismar	5 [5-6]	9,5 [6-15]	7 [5-10]	6 [5-8]*	10 [7-12]*	7,5 [5-11]	<0,001

Değişkenler medyan [ÇAA] olarak sunulmuştur.

CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (*Childhood trauma questionnaire*), OKB; obsesif kompulsif bozukluk

Hastalar Morisky Tedavi Uyumu Ölçeğine göre yüksek, orta ve düşük gruplara ayrılmış ve bu gruplar arasında PAÖ ve CTQ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 3). Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği ile PAÖ, CTQ ve CTQ alt ölçekleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,001$). Morisky tedavi uyumu yüksek, orta ve düşük olan hasta grupları ile PAÖ, CTQ ve CTQ alt ölçek puanları

arasındaki anlamlılığı değerlendirmek için yapılan post hoc analizler Tablo 3 de gösterilmiştir.

Tablo 3: Morisky Tedavi Uyumu Ölçeğine (Düşük, Orta ve Yüksek) Göre Psikolojik Acı Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Yüksek ³ (n=114)	Orta ² (n=127)	Düşük ¹ (n=34)	P	Post hoc
Psikolojik acı ölçeği	21,0 [15-29,0]	30 [22-42]	36,5 [25-49]	<0,001	3>2* 3>1* 2>1
CTQ	32 [30-41]	39 [32-57]	54,5 [39,0-66,0]	<0,001	3>2* 3>1* 2>1*
Cinsel istismar	5 [5-5]	5 [5,0-6,5]	7 [5-15]	<0,001	3>2* 3>1* 2>1*
Fiziksel İstismar	5 [5-7]	6 [5-10]	9 [5-12]	<0,001	3>2* 3>1* 2>1
Fiziksel İhmal	5 [5-8]	7 [5-9]	6 [5-10]	<0,001	3>2* 3>1* 2>1
Emosyonel İhmal	8 [5-11]*	12 [7-14]*	14 [11-18]*	<0,001	3>2* 3>1* 2>1*
Emosyonel istismar	6 [5-10]	9 [6-13]	12 [8-16]	<0,001	3>2* 3>1* 2>1

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır. Değişkenler medyan [ÇAA] olarak sunulmuştur.
CTQ; Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

PAÖ, CTQ toplam ve alt ölçek puanları ve Morisky tedavi uyumu ölçeği ile ise pozitif yönlü orta-kuvvetli anlamlı korelasyon göstermekteydi ($p<0,01$). PAÖ ile CTQ toplam puanı arasında kuvvetli ve pozitif yönlü bir korelasyon mevcuttu ($r=0,565$ ve $p<0,01$). CTQ toplam puanı ve alt ölçekleri arasındaki korelasyona bakıldığında cinsel istismar ile kuvvetli ($r=0,538$ ve $p<0,01$), fiziksel istismar ve ihmal, emosyonel istismar ve ihmal arasında çok kuvvetli, pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla $r=0,794$, $r=0,757$,

$r=0,876$ ve $r=852$ ve $p<0,01$). Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği puanı; PAÖ ($r=0,497$, $p<0,01$), CTQ ($r=0,564$, $p<0,01$) ve diğer CTQ alt ölçekleri puanları pozitif yönlü ve anlamlı şekilde korele idi (Tablo 4).

Tablo 4: Hasta popülasyonun (n=275) Psikolojik Acı, Çocukluk Çağı Travmaları ve Morisky Tedavi Uyumu ölçekleri Arasındaki Korelasyonlar

	CTQ	Cinsel İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Emosyonel İhmal	Emosyonel İstismar	Morisky
Psikolojik Acı	.565**	.383**	.458**	.372**	.415**	.481**	.497**
CTQ		.538**	.794**	.757**	.876**	.852**	.564**
Cinsel İstismar			.509**	.337**	.381**	.435**	.333**
Fiziksel İstismar				.690**	.632**	.719**	.423**
Fiziksel İhmal					.591**	.671**	.389**
Emosyonel İhmal						.668**	.515**
Emosyonel İstismar							.486**

** $p<0,01$

CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Hasta grubunun intihar girişimi öyküsü varlığına göre PAÖ ve CTQ toplam puanı ve alt ölçekleri karşılaştırılmıştır (Tablo 5). İntihar girişimi olan bireyler, olmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek PAÖ (39 [26-46] vs. 23 [17-30], $p<0,001$) ve CTQ toplam puanları (51,5 [39-68] vs. 33 [30-41], $p<0,001$) bulundu. Cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar alt ölçeklerinde hem sürekli ölçek puanları hem de kategorik dağılımlar açısından intihar girişimi olan bireylerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti (tüm $p<0,001$). Özellikle cinsel istismar öyküsü olan bireylerin %45,3'ü intihar girişiminde bulunmuşken, bu oran intihar girişimi olmayanlarda yalnızca %9'du ($p<0,001$). Benzer şekilde, fiziksel istismar (%41,9

vs. %12,7), emosyonel istismar (%45,3 vs. %12,7) ve diğer travma türleri de intihar girişimi ile anlamlı şekilde ilişkili bulundu (tüm $p<0,001$).

Tablo 5: Hasta popülasyonun (n=275) İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Bireylerde Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmaları Karşılaştırması

Ölçekler	İntihar Girişimi Yok (n=189)	İntihar Girişimi Var (n=86)	P
Psikolojik acı ölçeği	23 [17-30]	39 [26-46]	<0,001
CTQ	33 [30-41]	51,5 [39-68]	<0,001
Cinsel istismar	5 [5-5]	5,5 [5-15]	<0,001
Cinsel İstismar, kategorik	17 (%9,0)	39 (%45,3)	<0,001
Fiziksel İstismar	5 [5-7]	9 [6-12]	<0,001
Fiziksel İstismar, kategorik	24 (%12,7)	36 (%41,9)	<0,001
Fiziksel İhmal	6 [5-8]	8 [5-11]	<0,001
Fiziksel İhmal, kategorik	24 (%12,7)	29 (%33,7)	<0,001
Emosyonel İhmal	9 [5-13]	13 [10-16]	<0,001
Emosyonel İhmal, kategorik	26 (%13,8)	30 (%34,9)	<0,001
Emosyonel istismar	6 [5-10]	12 [8-17]	<0,001
Emosyonel İstismar, kategorik	24 (%12,7)	39 (%45,3)	<0,001

Değişkenler n(%) ve medyan [CAA] olarak sunulmuştur.

CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Hasta popülasyonunda, sosyal desteği olan bireylerin Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği puanları, sosyal desteği olmayan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksekti (sırasıyla medyan 7,0 [6,0-8,0] vs. 6,0 [5,0-7,0]; $p<0,001$). Benzer şekilde, damgalanma algısı/hissi olmayan bireyler, damgalanma algısı/hissi yaşayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük Morisky tedavi uyum ölçeği puanına sahipti (medyan 5,0 [4,0-6,0] vs. 6,0 [5,0-7,0]; $p<0,001$). Ancak, ilaca bağlı yan etki yaşayıp yaşamama durumuna göre tedavi uyumu puanları arasında anlamlı bir fark izlenmedi ($p=0,73$) (Tablo 6a). Hastane yatış sayısı, tanı yaşı ve yaş ile Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (sırasıyla $p=0,72$; $p=0,24$; $p=0,62$) (Tablo 6b).

Tablo 6. Hasta popülasyonunun (n=275) Sosyal Destek, Damgalanma Hissi ve İlaça Bağlı Yan Etki Varlığına Göre Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

Sosyal Destek Yok	Sosyal Destek Var	P
-------------------	-------------------	---

	(n=76)	(n=199)	
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	6,0 [4,3-7,0]	7,0 [6,0-8,0]	<0,001
	Damgalanma Algısı/Hissi yok (n=197)	Damgalanma Algısı/Hissi var (n=78)	
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	5,0 [4,0-6,0]	6,0 [5,0-7,0]	<0,001
	İlaca bağlı yan etki yok (n=193)	İlaca bağlı yan etki var (n=82)	
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	7,0 [5,0-8,0]	7,0 [6,0-8,0]	0,730

Tablo 7. Hastane Yatış Sayısı, Tanı Yaşı ve Yaş ile Tedavi Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Hastane Yatış Sayısı	Tanı Yaşı	Yaş
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	-0,022	0,071	0,030
p	0,72	0,24	0,620

Hasta popülasyonda tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo-7’de gösterilmektedir. Model 1’e PAÖ ve CTQ-28 alt ölçekleri (CTQ-28 emosyonel ihmal, CTQ-28 emosyonel istismar, CTQ-28 Cinsel istismar, CTQ-28 Fiziksel ihmal, CTQ-28 Fiziksel istismar) eklenmiştir. PAÖ (B=0,024, p<0,001) ve CTQ-28 emosyonel ihmal toplam puanı (B=0,111, p<0,001), tedavi uyumu üzerinde anlamlı şekilde negatif bir etki göstermekteydi fakat CTQ-28 Emosyonel istismar (B=0,007, p=0,800), CTQ-28 Cinsel istismar (B=0,019, p=0,321), CTQ-28 Fiziksel ihmal (B=-0,080, p=0,051), CTQ-28 Fiziksel istismar (B=0,038, p=0,170) değişkenlerinin tedavi uyumu üzerine anlamlı etkisi bulunmadı.

(Her iki modelde de psikolojik acı, Morisky uyum skorunu anlamlı biçimde artırıyor (yani uyumu düşürüyor). Model 1’de CTQ total skoru, Model 2’de ise sadece emosyonel ihmal alt boyutu anlamlı çıktı.)

Tablo 8. Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	B	95% Güven Aralığı		P	VIF
Model 1					
Psikolojik Acı Ölçeği	0,024	0,010	0,038	<0,001	1,616
CTQ-28 Emosyonel ihmal	0,111	0,065	0,157	<0,001	1,826
CTQ-28 Emosyonel istismar	0,007	-0,046	0,060	0,800	3,500
CTQ-28 Cinsel İstismar	0,019	-0,018	0,056	0,321	1,542
CTQ-28 Fiziksel İhmal	-0,080	-0,160	0,002	0,051	2,793
CTQ-28 Fiziksel İstismar	0,038	-0,019	0,091	0,170	2,684

CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanı, Hamilton Depresyon Ölçeği ($r = 0,306$, $p < 0,01$), PAÖ ($r = 0,485$, $p < 0,01$), CTQ toplam puanı ($r = 0,461$, $p < 0,01$), cinsel istismar ($r=0,291$ ve $p<0,05$), fiziksel istismar ($r=0,310$ ve $p<0,01$), fiziksel ihmal ($r = 0,259$, $p < 0,05$), emosyonel ihmal ($r = 0,440$, $p < 0,01$) ve emosyonel istismar ($r = 0,485$, $p < 0,01$) ile anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiliydi. Hamilton Depresyon puanı ile PAÖ ($r = 0,617$, $p < 0,01$) ve CTQ toplam puanı ($r = 0,506$, $p < 0,01$) arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttu. PAÖ ile CTQ toplam puanı ($r = 0,622$, $p < 0,01$), fiziksel istismar ve ihmal (sırasıyla $r=0,416$ ve $r = 0,396$, $p < 0,01$), emosyonel ihmal ve istismar (sırasıyla $r = 0,466$ ve $r=0,682$, $p < 0,01$) ve cinsel istismar ($r = 0,448$, $p < 0,01$) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. CTQ toplam puanı, CTQ alt ölçekleri olan cinsel istismar, fiziksel istismar ve ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar ile kuvvetli ve pozitif şekilde korele olarak bulundu (Tablo 8).

Tablo 9. Depresyon tanılı hastalarda Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ile Depresyon, Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki Korelasyonlar

	Hamilton n	PA Ö	CTQ	Cinsel İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Emosyonel İhmal	Emosyonel İstismar
Morisky	.306*	.485	.461	.291*	.310**	.259*	.440**	.485**
	*	**	**					
Hamilton n		.617	.506	.448**	.417**	.300*	.400**	.452**
		**	**					
PAÖ			.622	.501**	.416**	.396**	.466**	.682**
			**					
CTQ				.698**	.779**	.761**	.850**	.920**
Cinsel İstismar					.534**	.442**	.445**	.619**
Fiziksel İstismar						.684**	.589**	.632**
Fiziksel İhmal							.591**	.650**
Emosyonel İhmal								.760**

PAÖ; Psikolojik Acı Ölçeği, CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

* p <0,05 düzeyinde anlamlı ve ** p <0,01 düzeyinde anlamlı

Anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda Morisky tedavi uyumu ölçeği ile anksiyete, PAÖ ve CTQ arasındaki korelasyonlar Tablo-9’da gösterilmektedir. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanı; Hamilton Anksiyete puanı ($r = 0,271$, $p < 0,05$), PAÖ ($r = 0,385$, $p < 0,01$), CTQ toplam puanı ($r = 0,319$, $p < 0,01$), fiziksel istismar ve ihmal ($r = 0,236$, $p < 0,05$), emosyonel ihmal ($r = 0,339$, $p < 0,01$) ve emosyonel istismar ($r = 0,303$, $p < 0,01$) ile anlamlı yönde korelasyon göstermekteydi, ancak cinsel istismar ile tedavi uyumu arasında korelasyon izlenmedi. Hamilton Anksiyete puanı ile PAÖ ($r = 0,305$, $p < 0,01$), CTQ toplam puanı ($r = 0,284$, $p < 0,05$), cinsel istismar ($r = 0,250$ ve $p < 0,05$) fiziksel istismar ve ihmal ($r = 0,334$, $p < 0,01$ ve $r = 0,236$, $p < 0,05$) ve emosyonel istismar ($r = 0,344$, $p < 0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı, emosyonel ihmal ile anksiyete arasında anlamlı korelasyon yoktu. PAÖ, CTQ toplam puanı ($r = 0,475$, $p < 0,01$), cinsel istismar ($r = 0,284$ ve $p < 0,05$), fiziksel istismar ve ihmal ($r = 0,395$ ve

$r=0,277$, $p<0,05$), emosyonel ihmal ($r = 0,361$, $p <0,01$) ve emosyonel istismar ($r = 0,432$, $p < 0,01$) ile anlamlı ve pozitif şekilde korele idi.

Tablo 10. Anksiyete Bozukluğu tanıli hastalarda Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği ile Anksiyete, Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmalar Ölçekleri Arasındaki Korelasyonlar

	Hamil ton	PAÖ	CTQ	Cinsel İstisma r	Fiziksel İstisma r	Fiziksel İhmal	Emosyonel İhmal	Emosyonel İstismar
Morisky	.271*	.385*	.319*	.212	.235*	.236*	.339**	.303**
		*	*					
Hamilton		.305*	.284*	.250*	.334**	.236*	.201	.344**
		*						
PAÖ			.475*	.284*	.395**	.277*	.361**	.432**
			*					
CTQ				.361**	.771**	.763**	.858**	.815**
Cinsel İstismar					.366*	.224	.238*	.181
Fiziksel İstismar						.664**	.601**	.690**
Fiziksel İhmal							.631**	.694**
Emosyone l İhmal								.609**

PAÖ; Psikolojik Acı Ölçeği, CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

*p <0,05 düzeyinde anlamlı, **p <0,01 düzeyinde anlamlı

OKB tanıli hastalarda Morisky tedavi uyumu ölçeği ile obsesif kompulsif belirti düzeyi, PAÖ ve CTQ arasındaki korelasyonlar Tablo-10'da gösterilmektedir. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanı; Y-BOCS obsesif kompulsif belirti düzeyi ($r=0,194$) ile korele değildi. PAÖ ($r = 0,501$, $p <0,01$), CTQ toplam puanı ($r = 0,544$, $p <0,01$), cinsel istismar ($r = 0,404$, $p <0,05$), fiziksel istismar ($r = 0,626$, $p <0,01$), fiziksel ihmal ($r = 0,477$, $p < 0,01$), emosyonel ihmal ($r = 0,545$, $p <0,01$) ve emosyonel istismar ($r = 0,451$, $p <0,05$) ile pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde korelasyon göstermekteydi. Y-BOCS puanı ile PAÖ arasında anlamlı, orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon mevcuttu ($r = 0,446$, $p <0,01$). Diğer ölçekler ile arasında korelasyon izlenmedi. PAÖ ile CTQ toplam puanı ($r = 0,472$, $p <0,01$), cinsel istismar ($r = 0,479$, $p <0,01$), fiziksel

istismar ($r = 0,483$, $p < 0,01$), fiziksel ihmal ($r = 0,415$, $p < 0,05$), emosyonel ihmal ($r = 0,398$, $p < 0,05$) ve emosyonel istismar ($r = 0,576$, $p < 0,01$) arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptandı.

Tablo 11. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ile Obsesif Kompulsif Belirti Düzeyi, Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki Korelasyonlar

	Y-BOCS	PAÖ	CTQ	Cinsel İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Emosyonel İhmal	Emosyonel İstismar
Morisky	.194	.501**	.544**	.404*	.626**	.477**	.545**	.451*
Y-BOCS		.446**	.306	.103	.116	.107	.286	.299
PAÖ			.472**	.479**	.483**	.415*	.398*	.576**
CTQ				.615**	.770**	.759**	.854**	.679**
Cinsel İstismar					.653**	.535**	.482**	.605**
Fiziksel İstismar						.766**	.629**	.608**
Fiziksel İhmal							.499**	.660**
Emosyonel İhmal								.401*

Y-BOCS; Yale Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği, PAÖ; Psikolojik Acı Ölçeği, CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

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

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda Morisky tedavi uyumu ölçeği ile Young Mani ölçeği, PAÖ ve CTQ arasındaki korelasyonlar Tablo-11’de sunulmuştur. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanı; Young Mani Derecelendirme Ölçeği ($r=0,222$) ile korelasyon göstermezken, PAÖ ($r=0,381$, $p < 0,01$), CTQ toplam puanı ($r = 0,464$, $p < 0,01$), cinsel istismar ($r = 0,360$, $p < 0,01$), fiziksel istismar ($r = 0,406$, $p < 0,01$), fiziksel ihmal ($r = 0,289$, $p < 0,05$), emosyonel ihmal ($r = 0,379$, $p < 0,01$) ve emosyonel istismar ($r = 0,373$, $p < 0,01$) ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde korelasyon göstermekteydi. Young Mani puanı ile PAÖ arasında anlamlı, zayıf ve pozitif korelasyon bulundu ($r = 0,361$, $p < 0,01$). CTQ toplam puanı ve alt ölçekleri ile Young Mani puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (Tablo 11).

Tablo 12. Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ile Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki Korelasyonlar

	Youn g Mani	PAÖ	CTQ	Cinsel İstisma r	Fizikse l İstisma r	Fiziks el İhmal	Emosyon el İhmal	Emosyon el İstismar
Morisky	.222	.381*	.464*	.360**	.406**	.289*	.379**	.373**
		*	*					
Young Mani		.361*	.218	.139	.219	.101	.218	.236
		*						
PAÖ			.588*	.408**	.500**	.364**	.561**	.548**
			*					
CTQ				.677**	.891**	.702**	.886**	.907**
Cinsel İstismar					.643**	.283*	.528**	.518**
Fiziksel İstismar						.661**	.731**	.785**
Fiziksel İhmal							.610**	.628**
Emosyon el İhmal								.752**

PAÖ; Psikolojik Acı Ölçeği, CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

*p <0,05 düzeyinde anlamlı, **p <0,01 düzeyinde anlamlı

Tablo-12’de psikoz tanılı hastalarda Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ile PANSS, PAÖ ve CTQ ve alt ölçekleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu hasta grubunda Morisky tedavi uyumu ölçeği puanı ile PANSS, PAÖ, CTQ fiziksel istismar ve ihmal ve emosyonel istismar arasında herhangi bir korelasyon izlenmedi. CTQ toplam puanı ($r = 0,485$, $p < 0,01$), cinsel istismar ($r = 0,547$, $p < 0,01$) ve emosyonel ihmal ($r = 0,685$, $p < 0,01$) ile tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve kuvvetli korelasyon bulundu. PANSS puanı ile emosyonel ihmal ($r = 0,424$, $p < 0,05$) anlamlı şekilde korele idi. PAÖ, CTQ ve CTQ alt ölçekleri ile anlamlı korelasyon saptanmadı.

Tablo 13. Psikoz tanılı hastalarda Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, PANSS, Psikolojik Acı ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki Korelasyonlar

Ölçekler	PANSS	PAÖ	CTQ	Cinsel İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Emosyonel İhmal	Emosyonel İstismar
Morisky	.284	.028	.485**	.547**	.224	.126	.685**	.153
PANSS		-.236	.139	-.153	.011	-.096	.424*	-.157
PAÖ			.601**	.454*	.569**	.472**	.061	.820**
CTQ-28				.662**	.826**	.680**	.607**	.796**
Cinsel İstismar					.592**	.412*	.331	.554**
Fiziksel İstismar						.663**	.178	.770**
Fiziksel İhmal							.194	.647**
Emosyonel İhmal								.187

PANSS; Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, PAÖ; Psikolojik Acı Ölçeği, CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

*p <0,05 düzeyinde anlamlı, **p <0,01 düzeyinde anlamlı

Tablo 13'te sunulan mediasyon modeli sonuçları, çocukluk çağı travmalarının (CTQ) ve alt ölçeklerinin Morisky tedavi uyumu ölçeği üzerindeki etkisinde psikolojik acının anlamlı bir aracı rol oynadığını göstermektedir. Toplam CTQ ve alt ölçeklerinde Path a ve Path b katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu bulgular tüm değişkenlerde psikolojik acının tedavi uyumu üzerinde anlamlı bir kısmi aracılık rolü üstlendiğini göstermekteydi.

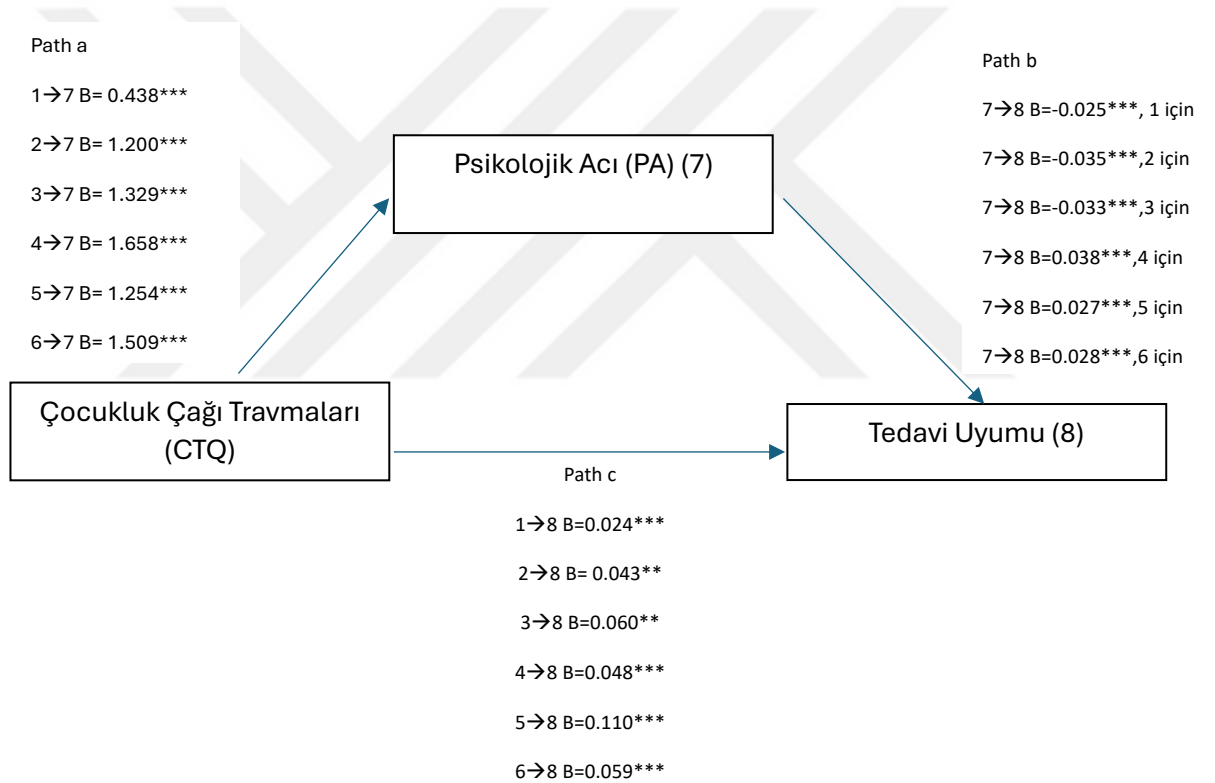
Tablo 14. Hasta grupta Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçeklerinin ile Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü mediasyon analizi

Değişken	Path a (CTQ → PAÖ)	Path b (PAÖ → Morisky)	Path c (Doğrudan Etki)	Dolaylı Etki (a × b)	Toplam Etki	%95 Güven Aralığı (Dolaylı Etki)
CTQ Total	0.438***	0.025***	0.024***	0.011	0.034**	[0.025, 0.043]

Tablo 15. Hasta grupta Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçeklerinin ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü mediasyon analizi (devamı)

Değişken	Path a (CTQ → PAÖ)	Path b (PAÖ → Morisky)	Path c (Doğrudan Etki)	Dolaylı Etki (a × b)	Toplam Etki	%95 Güven Aralığı (Dolaylı Etki)
Cinsel İstismar	1.200***	0.035***	0.046**	0.042	0.088***	[0.055, 0.120]
Fiziksel İstismar	1.329***	0.033***	0.060**	0.044	0.104***	[0.068, 0.140]
Fiziksel İhmal	1.658***	0.038***	0.048***	0.063	0.111***	[0.057, 0.164]
Emosyonel İhmal	1.254***	0.027***	0.110***	0.034	0.145***	[0.110, 0.180]
Emosyonel İstismar	1.509***	0.028***	0.059***	0.043	0.102***	[0.072, 0.132]

PAÖ; Psikolojik Acı Ölçeği, CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Path a; (CTQ → PAÖ), Path b; PAÖ → Morisky), Path c; (CTQ → Morisky),
*p<0.05, **p<0.01 ve ***p<0.001



Şekil 4.1 Hasta grupta Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçeklerinin ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü mediasyon analizi

*p<0.05, **p<0.01 ve ***p<0.001

1. CTQ toplam puanı
2. Cinsel istismar
3. Fiziksel istismar
4. Fiziksel İhmal
5. Emosyonel İhmal
6. Emosyonel İstismar

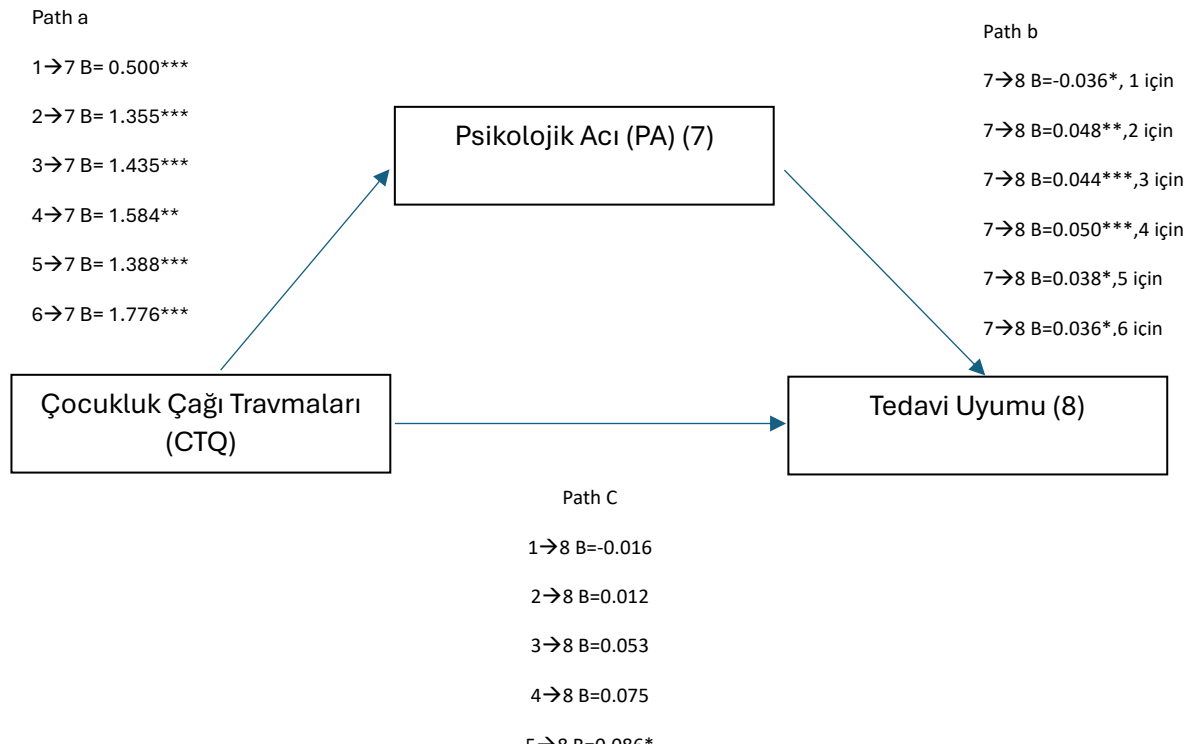
Tablo 14’te, depresyon tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide psikolojik acının aracı rolü incelenmiştir. Bu analize göre, CTQ

toplam skoru, cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve duygusal istismar değişkenlerinde kısmi aracılık saptandı. Fiziksel ihmalde ise güven aralığı 0'ı içerdiğinden aracılık etkisi saptanmadı. En güçlü dolaylı etki ise cinsel istismar (0.065) ve duygusal istismar (0.064) için gözlenmiş; bu durum bu travmatik deneyimlerin tedavi uyumunu psikolojik acı yoluyla anlamlı şekilde etkilediğini düşündürmekteydi.

Tablo 16 Depresyon tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçekleri ile Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü

Değişken	Path a	Path b	Path c	Dolaylı Etki (a × b)	Toplam Etki	%95 GA (Dolaylı Etki)
CTQ Toplam Skoru	0.500***	0.036*	0.016	0.018	0.034	[0.018, 0.051]
Cinsel İstismar	1.355***	0.048**	0.012	0.065	0.077	[0.020, 0.134]
Fiziksel İstismar	1.435***	0.044***	0.053	0.064	0.117	[0.036, 0.198]
Fiziksel İhmal	1.584**	0.050***	0.075	0.079	0.087	[-0.050, 0.179]
Emosyonel İhmal	1.388***	0.038*	0.086*	0.052	0.138**	[0.069, 0.207]
Emosyonel İstismar	1.776***	0.036*	0.047	0.064	0.110***	[0.057, 0.164]

PAÖ; Psikolojik Acı Ölçeği, CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, **Path a; (CTQ → PAÖ), Path b; PAÖ → Morisky), Path c; (CTQ → Morisky),**
 *p<0.05, **p<0.01 ve ***p<0.001



Şekil 4.2. Depresyon tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçekleri ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü
* $p<0.05$, ** $p<0.01$ ve *** $p<0.001$

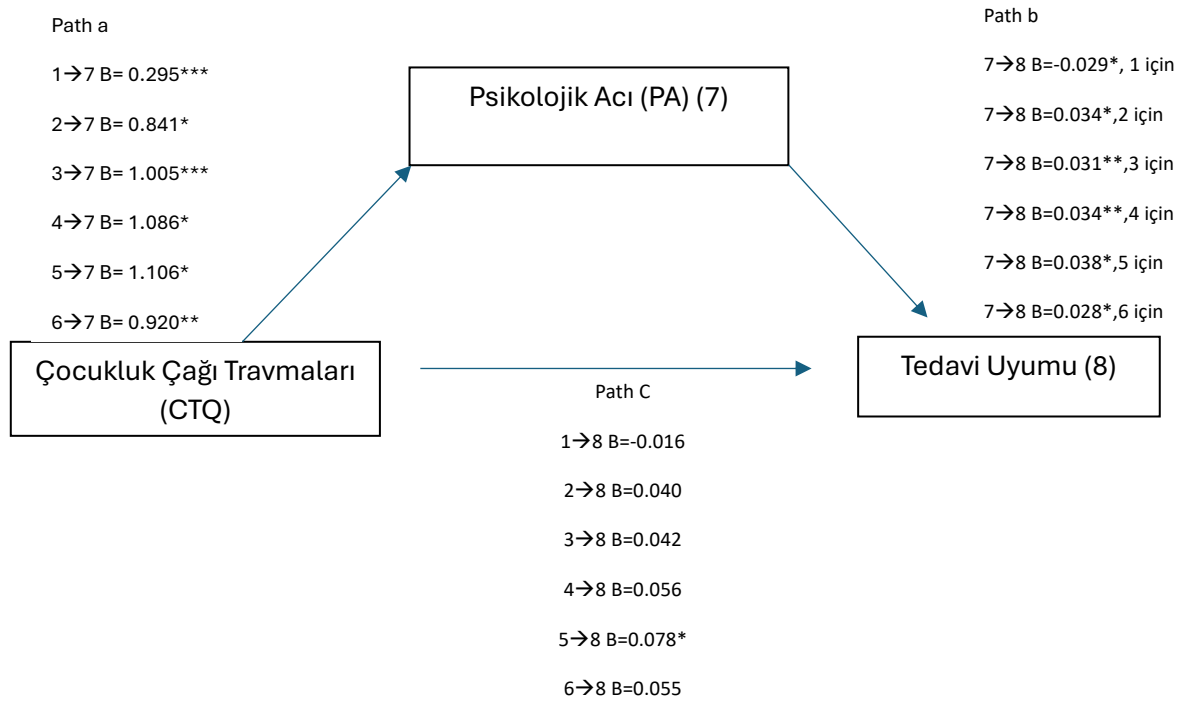
1. CTQ toplam puanı
2. Cinsel istismar
3. Fiziksel istismar
4. Fiziksel İhmal
5. Emosyonel İhmal
6. Emosyonel İstismar

Tablo 15’te anksiyete bozukluğu tanılı bireylerde çocukluk çağı travmaları ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide psikolojik acının aracı rolü incelenmiştir. Psikolojik acının, CTQ toplam skoru, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve duygusal istismar değişkenlerinde anlamlı olarak tam aracılık etkisi olduğu saptandı. Cinsel istismar ve fiziksel ihmal değişkenlerinde ise dolaylı etkiler anlamlı bulunmadı.

Tablo 17. Anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçekleri ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü

Değişken	Path a	Path b	Path c	Dolaylı Etki (a × b)	Toplam Etki	%95 GA (Dolaylı Etki)
CTQ	0.295***	0.029*	0.016	0.009	0.024**	[0.008, 0.040]
Toplam						
Skoru						
Cinsel	0.841*	0.034*	0.040	0.029	0.069	[-0.001, 0.138]
İstismar						
Fiziksel	1.005***	0.031**	0.042	0.031	0.073*	[0.017,0.130]
İstismar						
Fiziksel	1.086*	0.034**	0.056	0.037	0.093	[-0.001,0.186]
İhmal						
Emosyonel	1.106*	0.028*	0.078*	0.031	0.110*	[0.045-0.172]
İhmal						
Emosyonel	0.920**	0.030*	0.055	0.027	0.082**	[0.028,0.136]
İstismar						

PAÖ; Psikolojik Acı Ölçeği, CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, **Path a;** (CTQ → PAÖ), **Path b;** PAÖ → Morisky), **Path c;** (CTQ → Morisky),
*p<0.05, **p<0.01 ve ***p<0.001



Şekil 4.3. Anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ve alt ölçekleri ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü

*p<0.05, **p<0.01 ve ***p<0.001
1. CTQ toplam puanı

2. Cinsel istismar
3. Fiziksel istismar
4. Fiziksel İhmal
5. Emosyonel İhmal
6. Emosyonel İstismar

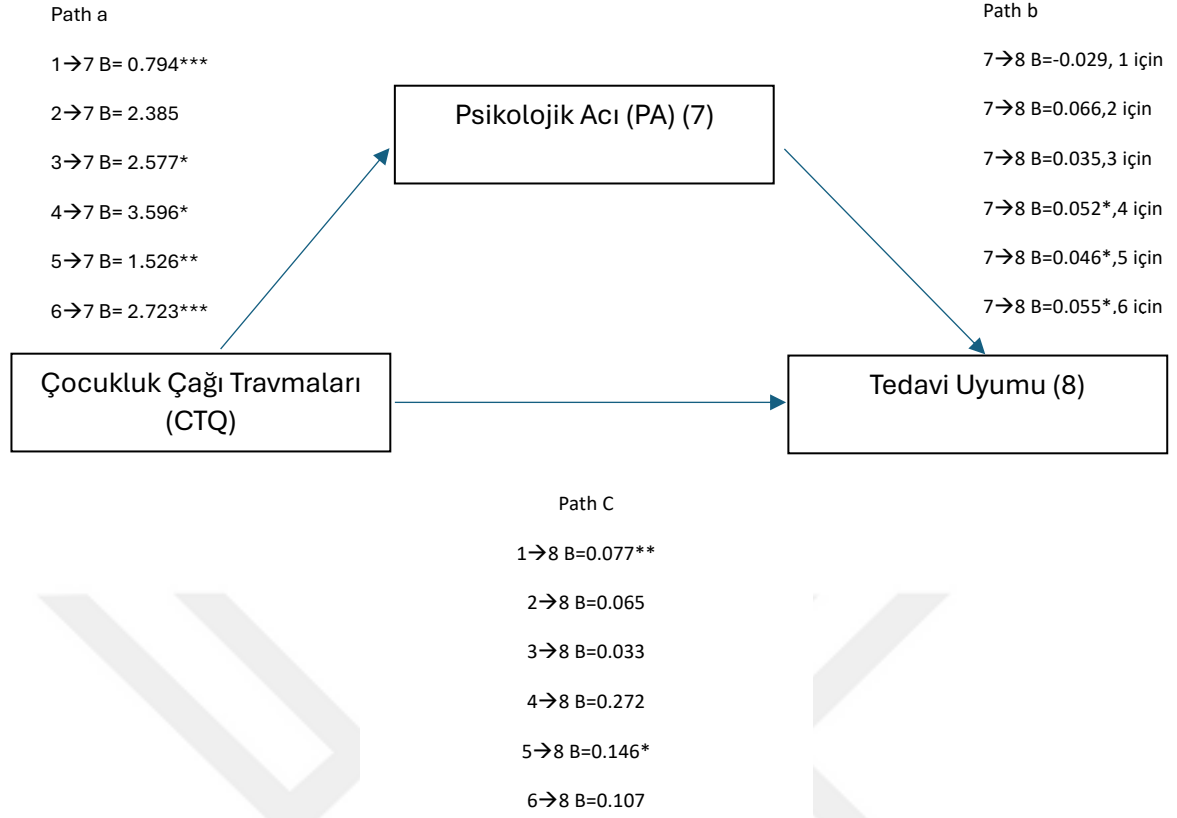
Tablo 16’da OKB tanılı bireylerde çocukluk çağı travmaları ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide psikolojik acının aracı rolü incelenmiştir. Psikolojik acının, CTQ toplam skoru ile Morisky tedavi uyumu arasında kısmi aracılık etkisi bulundu. Cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve istismar değişkenlerinde dolaylı etkiler anlamlıydı($p<0,05$). Ancak bu değişkenlerin büyük kısmında doğrudan etkiler de anlamlı olduğundan, bu modellerde de psikolojik acının kısmi aracılık etkisi gözlemlendi. En güçlü dolaylı etki fiziksel istismar (0.897) ve fiziksel ihmal (0.188) değişkenlerinde gözlenmiş olup, bu sonuçlar bu tür travmaların psikolojik acı yoluyla tedavi uyumunu daha yoğun biçimde etkilediğini düşündürmekteydi.

Tablo 18. OKB tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü

Değişken	Path a	Path b	Path c	Dolaylı Etki (a × b)	Toplam Etki	%95 GA (Dolaylı Etki)
CTQ Toplam Skoru	0.794***	0.029	0.077**	0.024	0.101***	[0.058, 0.144]
Cinsel İstismar	2.385	0.066	0.065	0.158	0.223*	[0.015, 0.444]
Fiziksel İstismar	2.577*	0.035	0.333	0.897	0.423***	[0.260, 0.586]
Fiziksel İhmal	3.596*	0.052*	0.272	0.188	0.460**	[0.178, 0.742]
Emosyonel İhmal	1.526**	0.046*	0.146*	0.071	0.217***	[0.104, 0.330]
Emosyonel İstismar	2.723***	0.055*	0.107	0.150	0.257	[0.088, 0.426]

PAÖ; Psikolojik Acı Ölçeği, CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, **Path a;** (CTQ → PAÖ), **Path b;** PAÖ → Morisky), **Path c;** (CTQ → Morisky),

* $p<0.05$, ** $p<0.01$ ve *** $p<0.001$



Şekil 4.4. OKB tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü

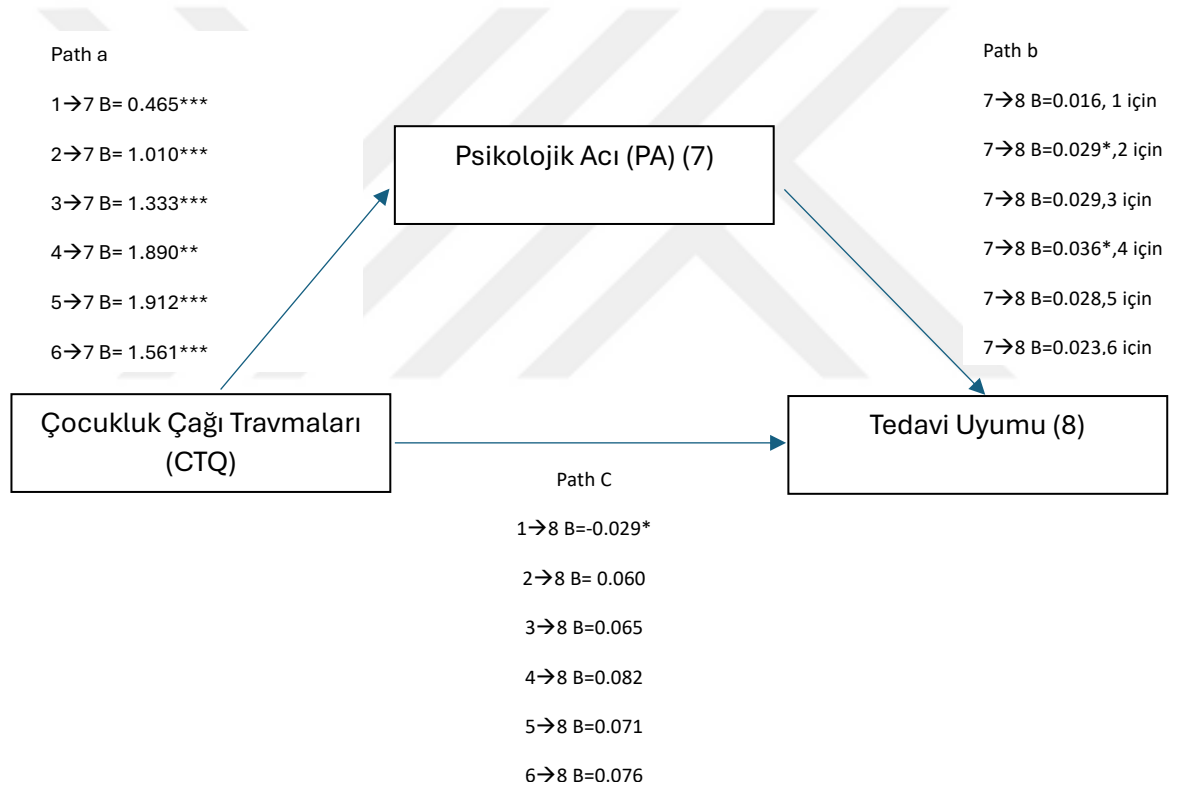
*p<0.05, **p<0.01 ve ***p<0.001

1. CTQ toplam puanı
2. Cinsel istismar
3. Fiziksel istismar
4. Fiziksel İhmal
5. Emosyonel İhmal
6. Emosyonel İstismar

Tablo-17’de bipolar bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travmalarının tedavi uyumu üzerindeki etkisinde psikolojik acının aracı rolü incelenmiştir. Analiz sonucuna göre, psikolojik acı CTQ ile Morisky Tedavi uyumu ölçeği arasında aracılık etkisi izlenmedi. Ek olarak, psikolojik acı ile Morisky Tedavi Uyumu arasındaki ilişkide cinsel istismar, fiziksel ihmal ile tam aracılık, emosyonel ihmal ve istismar ile kısmi aracılık bulundu. Fiziksel istismarda ise aracılık etkisi yoktu.

Tablo 19. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ile Morisky Tedavi Uyumlu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü

Değişken	Path a	Path b	Path c	Dolaylı Etki (a × b)	Toplam Etki	%95 GA (Dolaylı Etki)
CTQ Toplam Skoru	0.465***	0.016	0.029*	0.007	0.037***	[0.019, 0.054]
Cinsel İstismar	1.010***	0.029*	0.060	0.030	0.090**	[0.033, 0.147]
Fiziksel İstismar	1.333***	0.029	0.065	0.039	0.104**	[0.037,0.171]
Fiziksel İhmal	1.890**	0.036*	0.082	0.067	0.149*	[0.021, 0.278]
Emosyonel İhmal	1.912***	0.028	0.071	0.055	0.126**	[0.044,0.208]
Emosyonel İstismar	1.561***	0.023	0.076	0.036	0.112**	[0.049,0.175]



Şekil 4.5. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ile Morisky Tedavi Uyumlu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü

*p<0.05, **p<0.01 ve ***p<0.001

1. CTQ toplam puanı
2. Cinsel istismar
3. Fiziksel istismar
4. Fiziksel İhmal
5. Emosyonel İhmal
6. Emosyonel İstismar

Tablo-18’de psikoz tanılı hastalarda CTQ toplam skoru ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü mediasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucuna göre, psikolojik acı CTQ ile Morisky Tedavi uyumu ölçeği arasında kısmi aracılık izlendi. Ek olarak, psikolojik acı ile Morisky Tedavi Uyumu arasındaki ilişkide cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve istismar da aracılık etkisi bulunmadı.

Tablo 18’de psikoz tanılı hastalarda çocukluk çağı travmalarının tedavi uyumu üzerindeki etkisinde psikolojik acının aracı rolü incelenmiştir. CTQ toplam skoru için psikolojik acının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kısmi aracılık etkisi saptandı (dolaylı etki=-0.042; %95 GA [0.011, 0.087]). Bununla birlikte, cinsel istismar için psikolojik acının Morisky tedavi uyumu üzerinde istatistiksel olarak kısmi aracılık etkisi anlamlı iken, diğer alt ölçeklerdeki psikolojik acının etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Tablo 20. Psikoz tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü

Değişken	Path a	Path b	Path c	Dolaylı Etki (a × b)	Toplam Etki	%95 GA (Dolaylı Etki)
CTQ Toplam Skoru	0.578***	- 0.073*	0.092**	-0.042	0.049*	[0.011,0.087]
Cinsel İstismar	1.726**	-0.041	0.211*	-0.071	0.140*	[0.007,0.273]
Fiziksel İstismar	2.104***	-0.031	0.165	-0.064	0.100	[-0.054,0.255]
Fiziksel İhmal	2.655**	-0.010	0.115	-0.026	0.088	[-0.131,0.308]
Emosyonel İhmal	0.118	0.026	0.266***	0.003	0.267***	[0.163,0.370]
Emosyonel İstismar	2.626***	-0.077	0.298*	-0.202	0.096	[-0.059,0.251]

PAÖ; Psikolojik Acı Ölçeği, CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, **Path a;** (CTQ → PAÖ), **Path b;** PAÖ → Morisky), **Path c;** (CTQ → Morisky),

*p<0.05, **p<0.01 ve ***p<0.001

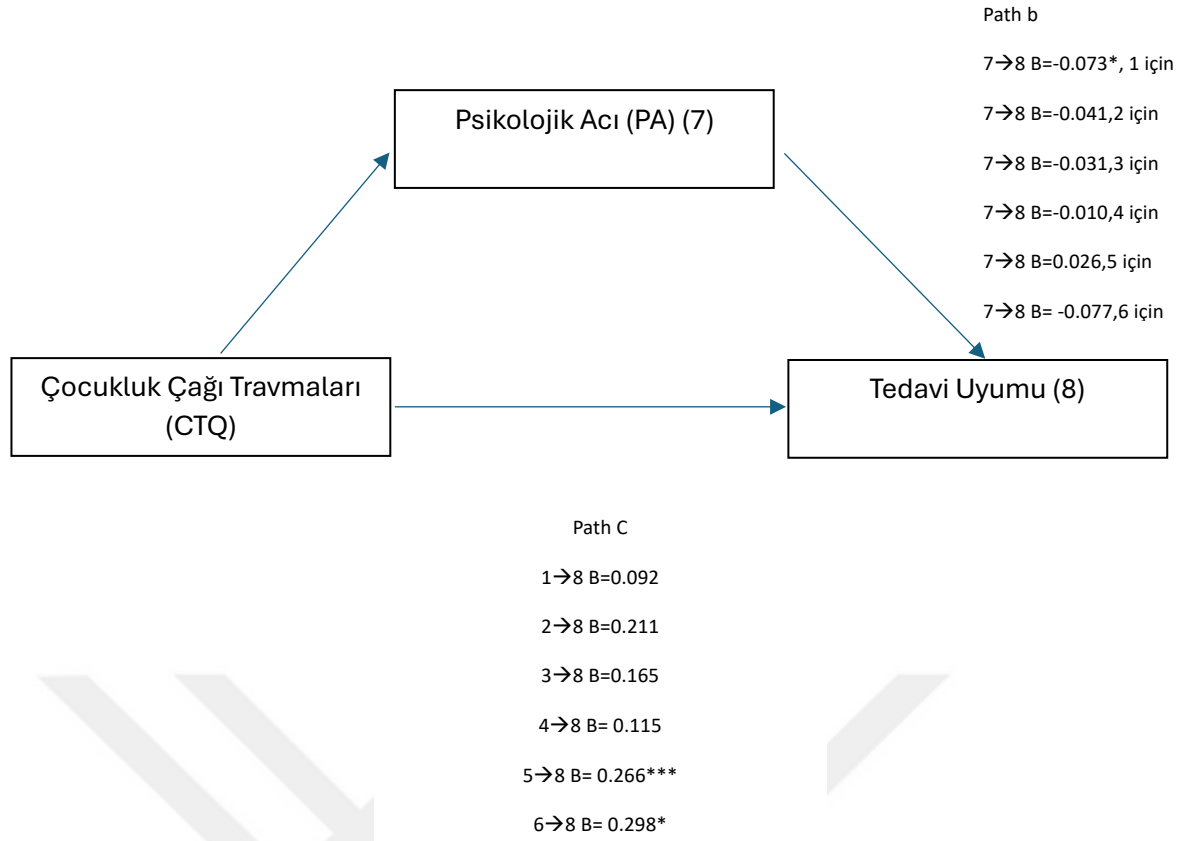
Path a

1→7 B= 0.578***

2→7 B= 1.726**

3→7 B= 2.104***

4→7 B= 2.655**



Şekil 4.6. Psikoz tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Skoru ile Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği Toplam Skoru arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık rolü

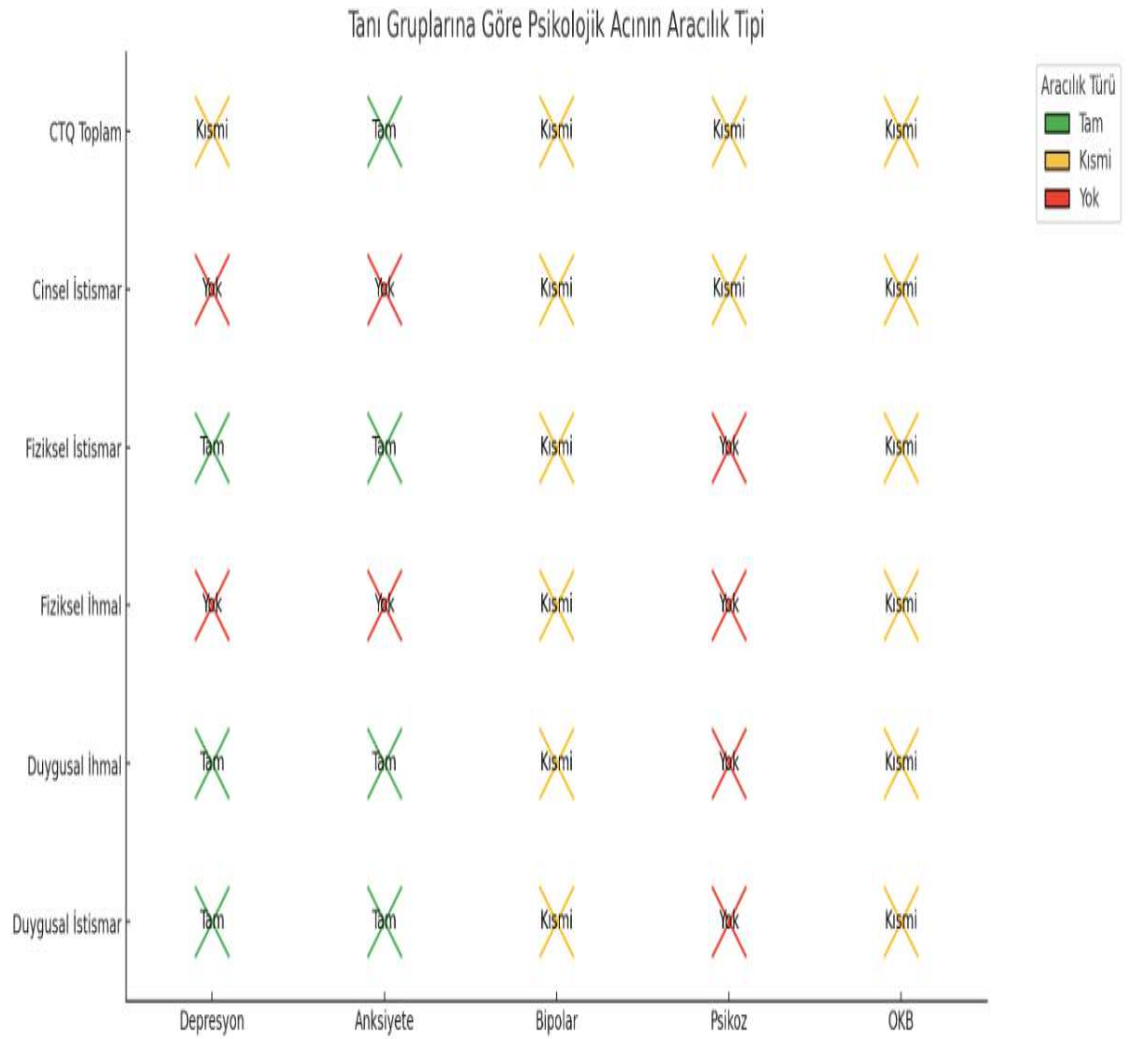
*p<0.05, **p<0.01 ve ***p<0.001

1. CTQ toplam puanı
2. Cinsel istismar
3. Fiziksel istismar
4. Fiziksel İhmal
5. Emosyonel İhmal
6. Emosyonel İstismar

Bu çalışmada farklı psikiyatrik tanı gruplarında (depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, psikoz) çocukluk çağı travmalarının tedavi uyumu üzerindeki etkisinde psikolojik acının aracılık rolü modellenmiştir. Tüm gruplarda yapılan mediasyon modellemelerine göre, psikolojik acı birçok değişkende kısmi ya da tam aracılık rolü üstlenmektedir; ancak bu etki tanı grubuna ve travma alt boyutlarına göre farklılık göstermektedir.

Depresyon tanılı hastalarda psikolojik acı, CTQ toplam skoru ve duygusal istismar ve duygusal ihmal için anlamlı kısmi aracılık göstermiştir. Anksiyete bozukluğu tanılı bireylerde, CTQ toplam skoru ile tedavi uyumu arasındaki ilişki tamamen psikolojik acı aracılığıyla gerçekleşmiş ve tam aracılık gözlenmiştir. Özellikle duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel istismar değişkenlerinde anlamlı dolaylı etkiler dikkat

çekmektedir. Bipolar bozukluk grubunda CTQ toplam skoru ve tüm alt boyutlar için anlamlı olarak kısmi aracılık saptanmıştır. Psikoz tanılı hastalarda, CTQ toplam skoru ve cinsel istismarda için anlamlı bir kısmi aracılık görülürken , diğer alt boyutlarda dolaylı etkiler istatistiksel anlamlılık eşiğinin altındadır.



Şekil 4.7. Tanı gruplarına göre psikolojik acının aracılık tipi

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda elde ettiğimiz en önemli sonuç tüm hasta gruplarında (depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk, psikoz) psikolojik acının çocukluk çağı travmaları ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide kısmi aracı rol oynamasıdır. Elde ettiğimiz verilere göre psikolojik acının tedavi uyumu ile cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar arasındaki ilişkide kısmi aracı bir etki görülmüştür. Psikiyatrik hastalıkların tedavi süreçlerinde hastaların tedaviye uyum düzeyleri, sadece klinik semptomların şiddetiyle değil, aynı zamanda bireylerin yaşam öyküsünde yer alan travmatik deneyimlerin oluşturduğu duygusal yükü de yakından ilişkilidir.^{124,125} Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular, çocukluk çağı travmalarının psikolojik acı üzerinden tedavi uyumunu etkileyebileceğini ortaya koyarak literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmaktadır. Özellikle anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda psikolojik acının, çocukluk çağı travmaları ile uyum arasındaki ilişkide tam aracı olduğu gözlenmiştir. Bu durum, çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimlerin bireyin iç dünyasında oluşturduğu psikolojik acının, tedaviye yönelimi ve iş birliğini doğrudan etkileyebilecek güce sahip olduğunu göstermektedir. Nitekim Chen ve ark. (2024), psikolojik acının, depresyon üzerinde hem doğrudan hem de çocukluk çağı travmaları yoluyla dolaylı etkili olduğunu bildirmiştir.¹²⁵ Aynı şekilde, Wang ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışmada, çocukluk çağı travmaları ile tedaviye uyum arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılık düzeyinin düzenleyici rol oynadığı bulunmuş; psikolojik acının ise bu ilişkiyi önemli ölçüde aracı olduğu gösterilmiştir.¹²⁴ Bu bulgular ışığında, travmatik yaşam deneyimlerinin sadece psikopatolojinin gelişiminde değil, aynı zamanda tedaviye gösterilen uyumla da ilişkili olduğunu vurgulayan literatürde artan bilgilerle de uyumludur. Zhang ve ark. (2022) tarafından yapılan bir çalışmada ise, psikolojik dayanıklılığın, algılanan sosyal destek ile psikolojik acı arasındaki ilişkide kısmen aracı olduğu gösterilmiştir. Bu durum da sosyal faktörlerin psikolojik acı düzeyini modüle edebileceğine işaret etmiştir.¹²⁷ Travmaların oluşturduğu psikolojik acı düzeyinin hastaların geleceğe yönelik motivasyonlarını, özyeterlilik algılarını ve yardım arama tutumlarını etkileyerek tedavi sürecine katılımı önemli ölçüde etkilediği anlaşılmaktadır.^{126,128-130}

Tanı gruplarına ayrı ayrı bakıldığında; depresyon tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide psikolojik acının kısmi aracılık etkisi

olduğu bulunmuştur. Cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide psikolojik acının kısmi aracılık etkisi olduğu bulunmuştur. Majör depresyon tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ile tedavi uyumu arasındaki ilişkinin önemli bir ölçüde psikolojik acı aracılığıyla açıklanması, depresif bozukluklarda çocuklukta deneyimlenen travmatik yaşantıların içselleştirilip kalıcı etkiler bırakabileceğini göstermektedir.^{2,35,130,131} Lester (2000), psikolojik acının depresyondaki temel belirleyici yapılardan biri olduğunu ve kişilik örüntüleriyle birlikte intihar riskini artırabileceğini öne sürmüştür.¹³⁰ Bu bulgu, çalışmamızda gözlenen kısmi aracılık etkisiyle örtüşmektedir. Anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide psikolojik acının tam aracılık etkisi olduğu bulundu. Anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda, duygusal ihmal-istismar ve fiziksel istismar ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide psikolojik acının tam aracılık etkisi bulundu. Fiziksel ihmal ve cinsel istismar ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık etkisini bulunmadığı saptandı. Bu noktada, travmanın yarattığı sürekli tetikte olma hali, beden duyumlarına yönelik aşırı duyarlılık ve güven duygusundaki bozulma, kişinin ruhsal acı düzeyini artırmakta ve tedaviye yönelik uyumu zayıflatabilmektedir.^{38,48,109} Pachkowski ve ark. (2019), psikolojik acının dayanılmazlık düzeyi yükseldikçe kaçınma davranışlarının ve tedaviye direncin arttığını göstermiştir.¹³² Bu bulgu, özellikle anksiyete bozukluğu olan bireylerin tedavi ortamından uzaklaşma ya da tedaviye karşı mesafeli kalma eğilimlerini anlamak açısından önemlidir. Ayrıca, psikolojik acıya duyarlılığın bireylerin stresörlere karşı verdikleri nörobiyolojik tepkilerle ilişkili olduğu; örneğin, hipotalamus-hipofiz-adrenal (HHA) ekseninde bir bozulmanın bu acıyı pekiştirebileceği öne sürülmektedir.^{133,134} Bu da tedaviye uyumu etkileyen biyopsikososyal bir mekanizmanın varlığına işaret etmektedir.¹³⁵⁻¹³⁷ Bu nedenle, depresyon ve anksiyete bozukluklarında psikolojik acı sadece duygusal bir deneyim değil, tedavi sürecini doğrudan etkileyen klinik bir belirleyici olarak ele alınmalıdır.

¹³⁸Bipolar bozukluk tanılı hasta grubu incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide tüm değişkenlerde psikolojik acının kısmi aracılık rolü izlendi. Psikoz tanılı hastalarda ise çocukluk çağı travmaları ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide psikolojik acının kısmi aracılık rolünün olduğu izlendi. Bu duruma ek olarak, duygusal istismar-ihmal, fiziksel istismar-ihmal ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide psikolojik acının aracılık etkisinin olmadığı; cinsel istismar ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide psikolojik acının kısmi aracılık etkisi olduğu görüldü. Bipolar bozukluk ve psikoz tanılı gruplarda elde edilen bu bulgular ise psikolojik acının tedaviye uyumda her zaman

merkezi bir rol oynamadığını, bazı durumlarda bu ilişkinin travmanın türüne ve bireyin klinik özelliklerine bağlı olarak değişebileceğini göstermektedir.^{117,124} Özellikle bipolar bozukluk grubunda psikolojik acının kısmi aracılık etkisi göstermesi, bu bozuklukta tedavi uyumsuzluğunun daha çok içgörü eksikliği, manik epizotlardaki aşırı güven ya da ilaç kullanımına yönelik olumsuz tutumlarla açıklanabileceğini düşündürmektedir.^{132,139,140} Wang ve ark. (2022), travma öyküsü olan bipolar hastalarda psikolojik dayanıklılığın düşüklüğü nedeniyle tedaviye uyumun daha da zayıfladığını, bu etkilerin psikolojik acı yoluyla arttığını ileri sürmüştür.^{124,138,142,143} Psikoz grubunda ise çocukluk çağı travmaları ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide psikolojik acının kısmi aracılık rolü üstlendiği, ancak spesifik travma türlerinin bu ilişkiyi açıklamada pek anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu durum, psikotik bozukluklarda tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin daha karmaşık ve çok boyutlu olduğunu düşündürmektedir. Kilian ve ark. (2020), çocukluk travmasının psikotik bozukluklarda tedavi yanıtını olumsuz etkilediğini ve bu etkinin sadece psikolojik acı ile değil, aynı zamanda paranoid düşünceler, içgöründe bozulmalar ve dissosiyatif belirtilerle ilişkili olabileceğini bildirmiştir.¹⁴⁴ Bu yaklaşımlardan hareketle çalışmamızın bulguları da travmanın etkilerinin yalnızca psikolojik acıyla sınırlı kalmadığını, aynı zamanda bilişsel ve davranışsal düzeylerde tedavi sürecini zorlaştıran başka mekanizmaların da devrede olduğunu göstermektedir.¹⁴⁴

Obsesif-kompulsif bozukluk tanımlı hastalar incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ile tedavi uyumu arasındaki ilişkide tüm değişkenlerde psikolojik acının kısmi aracılık etkisinin olduğu görüldü. Bu bulgu, OKB'nin bilişsel ve davranışsal doğasına ilişkin literatürle örtüşmektedir.^{49,102} OKB hastalarında tedaviye yönelik motivasyon genellikle semptomlardan duyulan rahatsızlık ve günlük yaşamın bozulmasıyla ilişkilidir.^{111,113} Bu hastalar, yaşadıkları obsesyon ve kompulsiyonlar nedeniyle çoğu zaman tedaviyi aktif olarak aramakta; travmatik geçmişleri olsa dahi bu durum onların tedaviye yönelimini doğrudan etkilememektedir. Boger ve ark. (2020), çocukluk çağı travmalarının OKB semptom şiddetini artırabileceğini ancak tedaviye verilen yanıt üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını ortaya koymuştur.¹⁴⁵ Çalışmamızda OKB grubunda psikolojik acının kısmi aracılık etkisinin görülmesi, travmanın bu tanı grubundaki tedavi uyumu üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, OKB hastalarının tedaviye uyum düzeyini belirleyen faktörlerin daha çok kompulsiyonlara ilişkin ritüeller, ilaçlara yönelik takıntılar veya bilişsel çarpıtmalar olduğu; bu nedenle çocukluk travmalarından kaynaklanan psikolojik acının bu süreçte daha az belirleyici olduğu ileri sürülebilir. Buna

karşılık, bazı çalışmalarda OKB hastalarında özellikle duygusal ihmal ve istismarın hastalığın başlangıç yaşını etkileyebileceği ve semptom türlerini biçimlendirebileceği öne sürülmüştür.¹⁴⁶ Ancak bu etkilerin tedavi sürecine doğrudan yansması net değildir. Dolayısıyla OKB’de travmatik yaşantılar daha çok semptom yapısını etkileyen bir arka plan özelliği taşıırken, tedaviye uyumu belirleyen temel etmenler olarak ön plana çıkmamaktadır.^{102,145}

Çalışmamızda elde ettiğimiz bir diğer bulgu ise tanı grupları (depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk, psikoz) arasında Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) toplam puanı ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, tüm değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasıdır ($p<0,05$). Sağlıklı kontrol grubuna kıyasla depresyon, anksiyete, OKB, bipolar ve psikoz tanılı bireylerde PAÖ ve CTQ’ nin çeşitli alt boyutlarında (fiziksel istismar, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar alt ölçeklerinde daha yüksek olmak üzere) anlamlı düzeyde yüksek ölçek puanları görüldü ($p<0,05$). Özellikle depresyon ve bipolar bozukluk tanılı hastalarda anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, psikoz tanılı hastalara göre daha yüksek PAÖ ve CTQ ölçek puanları bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının bireyin ruh sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkileri literatürde iyi irdelenmiş bir konudur. Birçok çalışma, yaşamın erken dönemlerinde maruz kalınan travmatik deneyimlerin depresyon, anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), bipolar bozukluk ve psikotik bozukluklar gibi çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların gelişiminde risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur. ^{140,147,148} Genel olarak psikiyatrik hasta gruplarında çocukluk çağı travması öyküsünün yaygınlığının, sağlıklı kişilere kıyasla belirgin biçimde daha yüksek olduğu rapor edilmektedir. ¹³ Bu veriler, çocukluk çağı travmalarının erişkin dönemde ortaya çıkan psikopatolojilerle güçlü bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir.^{35,41} Psikolojik acı kavramı, kişinin yaşadığı derin ruhsal acıyı tanımlar ve özellikle depresyon ve intihar davranışıyla ilişkili önemli bir değişken olarak kabul edilmektedir.^{42,43} Shneidman’ın intihar kuramında, dayanılmaz boyuttaki psikolojik acının intihara yol açabileceği vurgulanmıştır.⁴³ Nitekim, intihar girişimi öyküsü olan bireylerde psikolojik acı düzeyleri belirgin olarak daha yüksek bulunmuş; hatta psikolojik acının, depresyona kıyasla intihar eğilimini öngörmeye daha güçlü bir etkisi olduğu gösterilmiştir.^{47,115,149,150} Dolayısıyla, farklı psikiyatrik tanılar arasında Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ) skorlarının karşılaştırılması da klinik tabloların şiddeti ve intihar riski açısından önemli ipuçları verebilir. Birçok araştırma, depresyon, anksiyete, OKB, bipolar bozukluk ve psikoz tanılı

bireylerin çocukluk dönemi travma puanlarının sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğunu ortaya koymuştur.^{6,116,151-153} Bu farklılıklar, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) toplam puanlarında ve emosyonel/fiziksel istismar ile emosyonel ihmal gibi alt ölçeklerde belirgin biçimde görülmektedir. Majör depresyon hastalarında çocukluk çağı istismarı ve ihmali öyküsü yaygın olarak bildirilmiştir.¹³ Depresyonlu bireylerin CTQ toplam puan ortalamaları, sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde daha yüksektir. Ayrıca kronik depresyonlu hastaların yaklaşık üçte ikisinden fazlasında en az bir çocukluk çağı travması öyküsü saptanmıştır. Çocukluk çağında maruz kalınan travmaların depresyonun erken başlangıçlı ve dirençli seyri, yineleyici epizotlar ve intihar davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{36,127,130} Özellikle duygusal istismar ve ihmalin, depresif bozuklukların yetişkin dönemdeki belirtilerini ve seyrini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Çocukluk döneminde yaşanan travmalar, yalnız depresyona değil, anksiyete bozukluklarına da zemin hazırlayabilmektedir. Erken dönemdeki duygusal/fiziksel kötü muamelenin, ileriki yaşlarda anksiyete bozukluğu gelişme riskini artırdığına dair bulgular mevcuttur.^{38,138,154} Anksiyete bozukluğu tanılı bireyler genel olarak sağlıklı kontrollere göre daha yüksek CTQ puanları bildirmekte olup, özellikle duygusal ihmal öyküsünün bu grupta yaygın olabileceği ifade edilmiştir. Çocukluk çağı travmaları, anksiyete bozukluklarında da semptom şiddetini arttırabilmekte ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir.

OKB ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar görece az olmakla birlikte, son yıllarda bu alanda veriler artmaktadır. Mevcut bulgular, OKB hastalarının önemli bir bölümünün çocuklukta travmatik deneyimler yaşadığını göstermektedir.^{49,145} Özellikle duygusal istismarın OKB semptomlarıyla ilişkili olabileceği; çocuklukta duygusal ihmal yaşamış OKB hastalarında ileride psikotik belirtilerin de ortaya çıkma ihtimalinin artabileceği bildirilmiştir. Bu da travma öyküsünün OKB'nin kliniğini ağırlaştırabileceğini düşündürmektedir. Bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmalarının etkisi çok sayıda çalışmada araştırılmış ve travma öyküsünün hastalığın gidişatını kötüleştirebildiği gösterilmiştir.¹⁴⁵ Bipolar hastaların çocuklukta maruz kaldıkları travmalar, hastalığın daha erken yaşta başlaması, daha ağır seyretnesi, hızlı döngülü bir gidiş ve artmış intihar girişimi riski ile bağlantılı bulunmuştur.¹²⁴ Yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada, hem Bipolar-I hem Bipolar-II hastalarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek toplam CTQ puanına ve duygusal istismar puanına sahip oldukları gösterilmiştir.^{73,124,155} Alt türler incelendiğinde, Bipolar-I hastaları kontrol grubuna kıyasla özellikle cinsel istismara daha sık maruz

kalmışken, Bipolar-II hastaları duygusal ihmale maruz kalma açısından kontrolden belirgin olarak farklı bulunmuştur. Bu bulgular, bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmalarının yaygın ve klinik açıdan önemli olduğunu vurgulamaktadır. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda çocukluk çağı travması ile hastalık arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır.¹⁵⁶ Çocukken cinsel istismara uğramış bireylerin ileride psikotik bozukluk geliştirme riskinin genel popülasyona göre 15 kat fazla olabildiği rapor edilmiştir. Benzer şekilde, çocuklukta cinsel veya duygusal istismara maruz kalan psikotik hastaların daha şiddetli sanrılar, varsanılar ve intihar davranışı sergileyebildiği bildirilmektedir.¹⁴¹ Dolayısıyla, psikoz grubunda da CTQ ölçek puanları sağlıklı bireylerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmakta ve bu travmaların hastalığın etiyolojisinde rol oynayabileceği düşünülmektedir.¹⁵¹ Bu bulguların ortak noktası, hangi tanı grubu olursa olsun psikiyatri hastalarının çocukluk çağı travma puanlarının kontrol gruplarından daha yüksek olduğudur. Bu veriler, travmatik çocukluk deneyimlerinin ruhsal bozukluklar grubunda ne denli yaygın olduğunun altını çizmektedir. Ayrıca tanılar arası farklılıklara dair bir diğer özel bulgu, cinsel istismar öyküsünün dağılımıdır. Örneğin, cinsel istismarın en yüksek oranda duygudurum bozukluğu grubunda görüldüğü, ardından psikotik bozukluklar grubunun geldiği rapor edilmiştir.^{157,158} Bu da depresyon veya bipolar bozukluk tanımlı hastaların çocuklukta cinsel istismara maruz kalma oranlarının, anksiyete ya da OKB gibi diğer gruplara göre daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim çocukluk çağı cinsel istismarının, ileriki yaşamda hem duygudurum bozuklukları hem de psikotik bozukluklar için ciddi bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur.^{30,33} Psikolojik acı kavramı, özellikle intihar eğilimiyle ilişkisi nedeniyle depresyon literatüründe ön plana çıkmış olsa da aslında farklı psikiyatrik gruplarda da ele alınmıştır. Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ) kullanılarak yapılan çalışmalar, şizofreni, bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve OKB gibi tanılarda psikolojik acı düzeylerinin incelendiğini göstermektedir. Bu çalışmaların ortak bulgusu, klinik gruplarda psikolojik acının belirgin biçimde yüksek olabildiğidir.^{129,159} Her iki değer de genel sağlıklı popülasyona kıyasla oldukça yüksek skorlardır ve psikolojik acının hem depresyon hem de OKB’de belirgin olduğunu göstermektedir. Ayrıca, psikolojik acı skorlarının depresyon grubunda, anksiyete düzeyi veya diğer semptomlardan bağımsız olarak intihar düşüncelerini öngördüğü bildirilmektedir.¹⁵⁹ Depresyonlu hastalarda psikolojik acı düzeyleri, intihar girişiminde bulunmuş olanlarda bulunmamış olanlara göre anlamlı ölçüde yüksek olup, bu acının şiddeti intihar riskinin önemli bir göstergesi sayılmaktadır. Dolayısıyla, depresyon ve bipolar bozukluk gibi duygudurum bozukluklarında PAÖ puanlarının daha

yüksek seyretmesi, bu gruplardaki derin umutsuzluk ve boşluk duygusunu yansıttığı gibi, intihar riskinin de bir göstergesi olabilir.

Çalışmamızda bulduğumuz bir diğer veri ise Morisky Tedavi Uyumu Ölçeğine göre, tedavi uyumu azaldıkça CTQ toplam puanı ve CTQ alt ölçek puanları da anlamlı olarak artmasıydı ($p<0,001$). Özellikle tedavi uyumunun düşük olduğu grupta; emosyonel ihmal, emosyonel istismar ve fiziksel istismar alt ölçeklerinin puanları anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$). Psikolojik acı ölçeği (PAÖ) puanları, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) toplam puanı ve CTQ alt ölçek puanları ile pozitif yönde, Morisky Tedavi Uyumu ölçeği ile ise negatif yönde anlamlı bir ilişki göstermekteydi ($p<0,01$). Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ) puanları ile emosyonel istismar alt ölçeği puanı ve CTQ toplam puanı arasında kuvvetli ve pozitif yönlü bir ilişki bulundu (sırasıyla, $r=0,593$ ve $p<0,01$ ve $r=0,575$ ve $p<0,01$). Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği puanı; PAÖ ($r=-0,408$, $p<0,01$), CTQ ($r=-0,422$, $p<0,01$) ve CTQ alt ölçekleri puanları ile negatif yönlü ve anlamlı şekilde ilişki gösteriyordu. Bu bulgular, çocukluk çağı travmaları, psikolojik acı ve tedavi uyumu arasındaki karmaşık ilişkiyi ortaya koymaktadır. Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği'ne göre tedaviye uyum azaldıkça, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) toplam puanı ve alt ölçek puanlarının anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür. Özellikle düşük tedavi uyumu gösteren bireylerde emosyonel ihmal, emosyonel istismar ve fiziksel istismar alt ölçeklerinde yüksek puanlar elde edilmiştir. Aynı zamanda, Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ) puanlarının CTQ toplam puanı ve alt ölçek puanları ile pozitif yönde; tedavi uyumu puanı ile ise negatif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. PAÖ ile emosyonel istismar puanı ($r=0,593$) ve CTQ toplam puanı ($r=0,575$) arasında güçlü pozitif ilişkiler saptanmış, Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği puanı ise PAÖ ($r=-0,408$), CTQ ($r=-0,422$) ve alt ölçeklerle negatif yönde bir ilişki göstermiştir. Bu bulgular, çocukluk çağı travmalarının, özellikle duygusal ihmal ve duygusal istismarın, bireylerin tedaviye olan uyumunu olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir.

Yapılan araştırmalar çocukluk çağında maruz kalınan travmaların erişkin dönemdeki tedaviye uyum davranışlarını etkileyebileceğini göstermektedir.^{160,161} Çocuklukta yaşanan travmalar, bireylerde güven duyma örüntüsünün zedelenmesine, kişilerarası ilişkilerde bozulmalara ve sağlık sistemine yönelik güvensizliğe yol açabilmektedir. Bu durum, tedavi uyumuna yönelik motivasyonu düşürmekte ve uyum davranışlarını sekteye uğratabilmektedir. Bazı çalışmalarda, çocuklukta duygusal ve fiziksel istismar yaşamış bireylerin sağlık profesyonellerine başvurmada daha isteksiz davrandıkları ve ilaç uyumlarının daha düşük olduğu

bildirilmiştir.¹⁶¹ Ayrıca, çocukluk döneminde travmalara maruz kalan bireylerin yardım isteme davranışlarında bozulmaların olduğu, sosyal desteğe erişimlerinin kısıtlandığı ve sağlık hizmeti verenlere güvenlerinin azaldığı gösterilmiştir. Bu etkiler tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir.^{124,161}

Psikolojik acı, kötü yaşam deneyimlerinin bireylerde yarattığı içsel acının bir göstergesi olarak değerlendirilmekte ve tedaviye uyumla doğrudan ilişkili olabilmektedir.¹⁴ Psikolojik acı düzeyinin yüksek olması, bireyin yaşama dair umudunun azalmasına, değersizlik ve çaresizlik duyguları yaşamasına yol açmaktadır. Bu durum da tedaviye olan ilgiyi ve isteği azaltabilmektedir.²⁵ Nitekim çalışmamızda PAÖ ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir negatif ilişki saptanmıştır. Bu değerli bulgu, Shneidman'ın "psychache" kuramı ile de örtüşmektedir.^{43,46,115,162} Bireylerin yaşadığı dayanılmaz psikolojik acı, özkıyım davranışına olduğu kadar, sağlıklı ilgili olumlu davranışlardan da uzaklaşmaya neden olabilmektedir. Özellikle duygusal istismar gibi bireyin temel güven duygusunu zedeleyen travmalar, psikolojik acının şiddetini artırmakta; bu da tedavi sürecine katılımı zorlaştırmaktadır.^{30,32,40} Çalışmamızda emosyonel istismar ve emosyonel ihmalin, tedavi uyumu üzerinde fiziksel travmalardan daha etkili olduğu görülmüştür. Bu durum, duygusal travmaların bireyin özdeğer duygusu ve sosyal işlevselliği üzerindeki derin etkilerini yansıtabileceğini düşündürmektedir. Duygusal ihmal, bireylerin kendini değersiz hissetmesine ve kendi sağlığıyla ilgili kararlar almasında yetersizlik algısına neden olabilir. Bu nedenle, duygusal istismar ve ihmal öyküsü olan bireylerde psikolojik acı düzeyinin yüksek olması ve tedavi uyumunun düşük bulunması anlamlı bir sonuçtur. Literatürde de emosyonel süreçleri ilgilendiren travmaların uzun vadede psikolojik etkilerinin fiziksel travmalardan daha belirleyici olabileceği ileri sürülmektedir.^{45,163} Bu durumların tamamı göz önünde bulundurulduğunda, çocukluk çağı travmaları ile psikolojik acı arasında güçlü bir ilişkinin olduğu, bu travmatik yaşam deneyimlerinin bireyin tedaviye uyum düzeyini doğrudan etkileyebileceği görülmektedir. Özellikle duygusal istismar ve duygusal ihmal gibi etkenler bireyin psikolojik acısını artırmakta ve tedavi sürecine katılımını olumsuz yönde etkilemektedir.

Çalışmamızda hasta grubunun (n=275) intihar girişimi öyküsünün varlığına göre PAÖ ve CTQ toplam puanı ve alt ölçekleri puanını karşılaştırdığımızda intihar girişimi olan hastalar, intihar girişimi olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek PAÖ puanı (39 [26-46] vs. 23 [17-30], p<0,001) ve CTQ toplam puanı (51,5 [39-68] vs. 33 [30-41], p<0,001) gösteriyordu. Cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal,

emosyonel ihmal ve emosyonel istismar alt ölçeklerinde hem sürekli ölçek puanları hem de kategorik dağılımlar intihar girişimi olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti (tüm $p<0,001$). Özellikle cinsel istismar öyküsü olan bireylerin %45,3'ü intihar girişiminde bulunmuşken, bu oran intihar girişimi olmayanlarda yalnızca %9 bulundu ($p<0,001$). Benzer şekilde, fiziksel istismar (%41,9 vs. %12,7), emosyonel istismar (%45,3 vs. %12,7) ve diğer travma türleri de intihar girişimi ile anlamlı şekilde ilişkili bulundu (tüm $p<0,001$). Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olan bireylerde psikolojik acı ve çocukluk çağı travmalarının anlamlı düzeyde daha yüksek bulunması, bu iki değişkenin intihar davranışıyla güçlü biçimde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. İntihar girişimi olan hastalar, olmayanlara göre hem Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ) hem de Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) toplam ve alt ölçek puanlarında belirgin düzeyde yüksek skorlar göstermiştir. Özellikle cinsel istismar, fiziksel istismar, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar gibi travmatik yaşantıların, intihar girişimi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler göstermesi, erken yaşta yaşanan bu tür travmalara maruz kalan bireylerin yaşamları boyunca intihar riskinde bir artış olması üzerine etkili olduğunu düşündürmektedir. Literatürde çocukluk çağı travmalarının, özellikle cinsel ve duygusal istismarın, intihar girişimiyle olan ilişkisi uzun süredir tartışılmaktadır. Bu travma türlerinin intihar ve kendine zarar verme davranışı için önemli bir risk etkeni olduğu belirtilmektedir.^{26,29,32,33,155,163-165} Yapılan birçok çalışma, çocuklukta maruz kalınan istismar ve ihmallerin, bireyin kendine verdiği değer algısını zedelediğini, kalıcı bir psikolojik acı yarattığını ve bu acının zamanla dayanılmaz hale gelerek intihar düşünce ve davranışlarına zemin hazırlayabileceğini göstermektedir.^{47,48,149} Özellikle Shneidman'ın "psychache" kuramına göre, bireyin yaşadığı yoğun içsel acı, yaşamı sürdürme motivasyonunu yok ederek intiharı bir çıkış yolu olarak algılamasına neden olabilir.¹⁶² Çalışmamızda PAÖ ile intihar girişimi arasındaki güçlü ilişki, bu teoriyi destekler niteliktedir. Psikolojik acının, depresif belirtilerden bağımsız olarak intihar eğilimini artırdığına dair bulgular da bu sonucu pekiştirmektedir.^{44,149,166} Özellikle çocukluk döneminde duygusal ve cinsel istismara uğrayan bireylerde; utanç, suçluluk, yalnızlık ve kendini değersiz hissetme gibi duyguların içselleştirildiği; bu duyguların zamanla dayanılmaz bir psikolojik acıya dönüştüğü bildirilmiştir.^{40,42,151} Bu tür duyguların, bireyin geleceğe dair umutlarını yok ederek intihar davranışı geliştirmesine yol açabileceği ifade edilmektedir. Cinsel istismar öyküsü olan bireylerin neredeyse yarısının intihar girişiminde bulunmuş olması, bu travma türünün özellikle diğer travma türlerine göre daha yıkıcı olduğunu göstermektedir. Literatürde cinsel istismarın, bireyin

benlik saygısını etkileyerek uzun vadede sorunlara yol açtığı; depresyon, dissosiyasyon, madde kullanımı ve intihar riskiyle güçlü biçimde ilişkili olduğu rapor edilmiştir.³⁰ Benzer şekilde, emosyonel istismar ve emosyonel ihmalin de intihar davranışıyla ilişkili olduğu; bu tür emosyonel travmaların, bireyin sosyal destek sistemlerinden uzaklaşmasına, çaresizlik ve yalnızlık hislerinin artmasına neden olduğu bildirilmiştir.^{155,164} Travma sonrası gelişen duygusal düzenlemede sorunlar, strese toleransın azalması ve olumsuz baş etme yöntemleri de intihar riskini artıran etkenler arasında sayılmaktadır. Fiziksel istismar, emosyonel ihmal ve cinsel istismar gibi alt ölçeklerde elde edilen anlamlı farklılıklar, bu travmaların intihar davranışı üzerinde doğrudan etkili olabileceği görüşünü de desteklemektedir.¹⁶⁴

Sosyal desteği olan bireylerin tedavi uyumunun, sosyal desteği olmayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görüldü (sırasıyla medyan 7,0 [6,0-8,0] vs. 6,0 [5,0-7,0]; $p<0,001$). Damgalanma algısı/hissi olmayan bireylerin, damgalanma algısı/hissi yaşayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek tedavi uyumu sergilediği görüldü (medyan 7,0 [6,0-8,0] vs. 6,0 [5,0-7,0]; $p<0,001$). Fakat ilaca bağlı yan etki yaşayıp yaşamama durumuna göre tedavi uyumu arasında anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0,73$). Hastane yatışı sayısı, hastalık tanısı alınan yaş ve hastanın yaşı ile tedavi uyumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (sırasıyla $p=0,72$; $p=0,24$; $p=0,62$). Hasta grubunda ($n=275$) tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre PAÖ ($B=-0,024$, $p=0,001$) ve CTQ toplam puanı ($B=-0,021$, $p<0,001$), tedavi uyumu üzerinde anlamlı şekilde negatif bir etki göstermekteydi. Damgalanma algısı/hissi ($p=0,104$) ve sosyal destek ($p=0,708$) ise anlamlı bir etki göstermiyordu. Değişkenler genişletilerek CTQ alt ölçeklerini modele eklendiğinde PAÖ ($B=-0,026$, $p<0,001$) ve emosyonel ihmal ($B=-0,093$, $p<0,001$) tedavi uyumunu anlamlı şekilde negatif yönde etkilerken, cinsel istismar ($p=0,421$), fiziksel istismar ($p=0,871$), damgalanma hissi ($p=0,115$) ve sosyal destek ($p=0,752$) değişkenlerinin etkisi anlamlı bulunmadı. Damgalanma hissine sahip olmayan bireylerde tedavi uyumunun daha yüksek bulunması, psikiyatrik hastalıklarda damgalanmanın bireyin tedavi sürecine katılımını olumsuz etkilediğini göstermektedir.^{127,136,139} Damgalanma hissi bireyde utanç, değersizlik ve sosyal izolasyon gibi olumsuz duygulara yol açarak sağlık hizmetlerinden yararlanmayı zorlaştırmaktadır. Literatürde de bu durumun tedaviye katılımı azalttığı, özellikle içselleştirilmiş damgalanmanın bireyin yardım arama davranışlarını ve tedaviye yönelik motivasyonunu zayıflattığı gösterilmiştir.^{152,160} Bununla birlikte, çoklu doğrusal regresyon analizinde sosyal destek ve damgalanma hissi değişkenlerinin tedavi uyumu

üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmaması, bu değişkenlerin tek başına değil; psikolojik acı ve çocukluk çağı travmaları gibi daha temel psikolojik değişkenler üzerinden dolaylı olarak etkili olabileceğini düşündürmektedir. Sosyal destek ve damgalanma hissi, bireyin psikolojik acısını hafifletme ya da derinleştirme yönünde etki yaratabilmekte; böylece dolaylı olarak tedavi uyumunu belirleyebilmektedir. Çalışmamızda elde edilen bir diğer önemli bulgu, psikolojik acı düzeyinin tedavi uyumu üzerinde anlamlı ve negatif bir etkisinin olmasıdır. Yüksek düzeyli psikolojik acı, bireyin yaşama karşı ilgi ve motivasyonunu azaltmakta; geleceğe dair umudunu zayıflatmakta ve sonuçta tedaviye devam etme konusunda isteksizlik yaratmaktadır.¹⁴⁹ Psikolojik acı; intihar düşünceleri, çaresizlik, değersizlik gibi bir dizi belirtiliyle birlikte seyrettiğinden, bireyin tedavi sürecine aktif katılımını da engelleyebilmektedir.¹²⁴ Ayrıca çocukluk çağı travmaları, özellikle emosyonel ihmal temelinde gelişen travmatik deneyimlerin şiddetli oluşu tedavi uyumunu anlamlı biçimde negatif etkilemektedir.⁴² Çocukluk döneminde ihmal edilen bireyler, yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde psikiyatrik bozukluklara daha yatkın olmakta; aynı zamanda bu bireyler yardım arama davranışlarında daha pasif kalmakta ve sağlık hizmeti sunucularına karşı güvensizlik geliştirebilmektedir.^{68,167} Bu durum, tedavi uyumunu olumsuz yönde etkileyen önemli bir psikososyal risk etkenidir. Literatürde de emosyonel ihmalin bireyin duygusal düzenleme kapasitesini zayıflattığı ve tedavi süreçlerine katılımını azalttığına dair bulgular mevcuttur.^{155,164} Çalışmamızın bulguları çerçevesinde sosyal destek ve damgalanma hissinin, tedavi uyumu üzerinde etkilerini açıklamak önemli olsa da psikolojik acı ve çocukluk çağı travmaları gibi belirleyicilerin tedavi uyumu üzerinde daha güçlü olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda sadece depresyon tanılı hastalarla yapılan analizlerde tedavi uyumu, Hamilton Depresyon Ölçeği ($r = -0,341, p < 0,01$), PAÖ ($r = -0,533, p < 0,01$), CTQ toplam puanı ($r = -0,480, p < 0,01$), fiziksel ihmal ($r = -0,316, p < 0,01$), emosyonel ihmal ($r = -0,408, p < 0,01$) ve emosyonel istismar ($r = -0,532, p < 0,01$) ile anlamlı ve negatif yönde ilişkili bulundu. Hamilton Depresyon Ölçeği puanı ile PAÖ ($r = 0,617, p < 0,01$) ve CTQ toplam puanı ($r = 0,506, p < 0,01$) arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttu. PAÖ ile CTQ toplam puanı ($r = 0,622, p < 0,01$), fiziksel ihmal ($r = 0,396, p < 0,01$), emosyonel ihmal ($r = 0,466, p < 0,01$) ve emosyonel istismar ($r = 0,682, p < 0,01$) arasında anlamlı pozitif ilişki bulundu. CTQ toplam puanı, fiziksel ihmal ($r = 0,761, p < 0,01$), emosyonel ihmal ($r = 0,850, p < 0,01$) ve emosyonel istismar ($r = 0,920, p < 0,01$) ile kuvvetli ve pozitif şekilde ilişkili saptandı. Sadece depresyon tanılı hastalarla yapılan analizler sonucunda, tedavi uyumunun depresyon şiddeti, psikolojik acı düzeyi ve

çocukluk çağı travmalarıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puanının tedavi uyumuyla negatif yönde ilişkili olması, daha şiddetli depresif belirtilerin tedaviye katılımı zorlaştırdığına işaret etmektedir. Bu bulgu, depresyonun ilgi-istek kaybı, umutsuzluk ve enerji düşüklüğü gibi belirtilerinin bireyin tedaviye süreklilik göstermesini engelleyebileceği yönündeki literatür bilgisi ile tutarlıdır. Tedavi uyumunun psikolojik acı (PAÖ) ve çocukluk çağı travmaları (CTQ) ile negatif yönde ilişkili olması, depresyonun bilişsel ve emosyonel süreçlerine dair literatürle uyumludur.^{50,117,124,125,161} Psikolojik acı, bireyin ruhsal yaşamındaki tahammül edilemez düzeydeki emosyonel yükü temsil eden kavramlardan biridir. Psikolojik acının tedaviye katılımı engelleyici etkisi, Shneidman'ın psikolojik acının intihara yol açan temel etken olduğu yönündeki görüşüyle örtüşmektedir.^{43,46} Bu çerçeveden bakıldığında, şiddetli psikolojik acı yaşayan bireylerin tedaviye uyum göstermede güçlük çekebileceği öngörülebilmektedir. CTQ alt ölçeklerinde yer alan fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar ile tedavi uyumu arasındaki anlamlı negatif ilişkiler, bu travma türlerinin bireyin yaşam boyu tedaviye karşı motivasyonunu olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir.^{26,29,32,33,40,164} Özellikle emosyonel istismarın bireyde oluşturduğu değersizlik hissi, güvensizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulmaların, tedavi süreçlerine katılım ve yaşam boyu herhangi bir tedaviye uyum üzerinde önemli rol oynadığı bildirilmektedir.¹⁶⁴ Depresyonun şiddeti ile psikolojik acı ve CTQ toplam puanı arasındaki pozitif ilişkiler, travma öyküsü olan bireylerin daha ağır depresif belirtiler ve daha yoğun psikolojik acı yaşadığını göstermektedir. Literatürde çocukluk çağı travmalarının depresyon gelişiminde hem yatkınlaştırıcı hem de şiddeti artırıcı bir etkiye sahip olduğu, travmaya maruz kalan bireylerin daha erken yaşta ve daha dirençli depresyon tabloları ile karşılaştığı bildirilmektedir.^{38,125,153} Psikolojik acı ile çocukluk çağı travmaları arasında gözlenen bu pozitif ilişki, travmaların uzun vadede bireyin öznel acı deneyimlerini şekillendirdiğini ve duygusal düzenleme kapasitesini zayıflatıldığını düşündürmektedir. Özellikle emosyonel ihmal ve emosyonel istismarın, bireyin benlik algısını ve psikolojik dayanıklılığını derinden etkilediği, bu durumun da tedaviye uyumu olumsuz etkileyebileceği anlaşılmaktadır.

Anksiyete bozukluğu tanımlı hastalara bakıldığında tedavi uyumu ile Hamilton Anksiyete Ölçeği puanı ($r = -0,271$, $p < 0,05$), PAÖ ($r = -0,385$, $p < 0,01$), CTQ toplam puanı ($r = -0,319$, $p < 0,01$), fiziksel ihmal ($r = -0,236$, $p < 0,05$), emosyonel ihmal ($r = -0,339$, $p < 0,01$) ve emosyonel istismar ($r = -0,303$, $p < 0,01$) alt ölçekleri puanları anlamlı ve negatif yönde ilişkili bulundu. Hamilton Anksiyete Ölçeği puanı ile PAÖ ($r = 0,305$,

$p < 0,01$), CTQ toplam puanı ($r = 0,284$, $p < 0,05$), fiziksel ihmal ($r = 0,236$, $p < 0,05$) ve emosyonel istismar ($r = 0,344$, $p < 0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ) puanı; CTQ toplam puanı ($r = 0,475$, $p < 0,01$), fiziksel ihmal ($r = 0,277$, $p < 0,05$), emosyonel ihmal ($r = 0,361$, $p < 0,01$) ve emosyonel istismar ($r = 0,432$, $p < 0,01$) ile anlamlı ve pozitif şekilde ilişkili saptandı. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda tedavi uyumu ile anksiyete şiddeti (Hamilton Anksiyete Ölçeği puanı), psikolojik acı düzeyi (Psikolojik Acı Ölçeği puanı) ve çocukluk çağı travma skorları arasında anlamlı negatif korelasyonlar bulundu. Bu bulgu, anksiyete şiddeti, psikolojik acı ya da çocukluk travma düzeyi yükseldikçe tedaviye uyumun azaldığını göstermektedir. Hamilton Anksiyete Ölçeği puanı ile psikolojik acı ve çocukluk çağı travmaları ölçeği skorları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Yani daha yüksek anksiyete düzeyi, daha yüksek psikolojik acı ve travma puanlarına eşlik etmektedir. Literatürde çocuklukta emosyonel istismar ve ihmal deneyimlerinin yetişkinlik döneminde hem anksiyete hem de psikolojik acı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.^{28,38,48,168} Furstova ve arkadaşlarının çalışmasında çocukluk emosyonel istismarı ve ihmalinin yetişkinlerde anksiyete belirtileriyle anlamlı oranda ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹⁶⁹ Psikolojik Acı Ölçeği puanı ile çocukluk çağı travma skorları arasında da belirgin bir pozitif ilişki gözlenmiştir. Yani yüksek travma skorlarına sahip bireylerde psikolojik acı düzeyi de yüksektir. Çocuklukta yaşanan travmatik olayların bireyde psikolojik acıya yol açabileceği, psikolojik dayanıklılığı azaltabileceği ve ilerleyen yaşlarda emosyonel işlevsellikte bozulmalara neden olabileceği bilinmektedir.¹⁴⁷ Chen ve ekibi (2024) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada çocukluk çağı travmaları ölçeği puanı ile psikolojik acı ölçeği puanı arasında anlamlı pozitif ilişki ($r = 0,393$, $p < 0,01$) bulmuştur.^{125,140} Bu bulgular, anksiyete düzeyi yükseldikçe kişinin kendini daha fazla psikolojik acı içinde hissettiğini ve geçmişte yaşanan travmatik deneyimlerin anksiyete belirtilerini artırabileceğini göstermektedir. Özellikle emosyonel ihmal ve istismar gibi görünmeyen ama uzun vadede etkileri olan travmalar, bireyin kaygı ile baş etme tutarlılığını bozarak tedavi sürecine katılımı azaltabilmektedir.

Çalışmamızda Obsesif-Kompulsif bozukluk hastalarında yaptığımız analizlerde ise tedavi uyumu; Y-BOCS obsesif kompulsif belirti düzeyi ($r = -0,194$), PAÖ ($r = -0,501$, $p < 0,01$), CTQ toplam puanı ($r = -0,544$, $p < 0,01$), cinsel istismar ($r = -0,404$, $p < 0,05$), fiziksel istismar ($r = -0,626$, $p < 0,01$), fiziksel ihmal ($r = -0,477$, $p < 0,01$), emosyonel ihmal ($r = -0,545$, $p < 0,01$) ve emosyonel istismar ($r = -0,451$, $p < 0,05$) ile anlamlı ve negatif yönde bir ilişki göstermekteydi. Y-BOCS puanı ile PAÖ arasında anlamlı, orta

düzeyde pozitif yönlü bir ilişki mevcuttu ($r = 0,446$, $p < 0,01$). Y-BOCS puanı ile CTQ alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki izlenmedi. PAÖ ile CTQ toplam puanı ($r = 0,472$, $p < 0,01$), cinsel istismar ($r = 0,479$, $p < 0,01$), fiziksel istismar ($r = 0,483$, $p < 0,01$), fiziksel ihmal ($r = 0,415$, $p < 0,05$), emosyonel ihmal ($r = 0,398$, $p < 0,05$) ve emosyonel istismar ($r = 0,576$, $p < 0,01$) arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptandı. Obsesif-kompulsif bozukluğu olan bireylerde tedavi uyumu ile obsesif-kompulsif belirti düzeyi (Y-BOCS), psikolojik acı (PAÖ) ve çocukluk çağı travmaları (CTQ) arasında anlamlı negatif ilişkiler bulunmuştur. Bu durum, semptom şiddeti ve travmatik yaşam deneyimleri arttıkça hastaların tedaviye daha az uyum sağladığını göstermektedir. Y-BOCS puanı ile PAÖ puanı arasında pozitif bir ilişki bulunması, semptomların artışının psikolojik acıyı da artırdığını düşündürmektedir. Literatürde obsesyonların yalnızca kompulsiyonlara değil, aynı zamanda yoğun ruhsal sıkıntıya da yol açtığı belirtilmektedir.¹⁴⁵ Çocukluk çağı travmalarının, özellikle cinsel ve fiziksel istismar ile emosyonel ihmalin, tedaviye uyumu olumsuz etkilediği görülmektedir. Bu tür travmaların erişkin dönemde psikoterapiye ve ilaç tedavisine devam oranlarını düşürdüğü, tedavi uyumunu belirgin olarak bozduğu daha önceki çalışmalarda da gösterilmiştir.^{27,139} Y-BOCS ile CTQ alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmaması, semptomların doğrudan travma türüyle bağlantılı olmayabileceğini ancak travmaların psikolojik acı üzerindeki etkisinin belirgin olduğunu ortaya koymaktadır.

Tedavi uyumuna Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda bakıldığında tedavi uyumu; Young Mani Derecelendirme Ölçeği ($r = -0,222$), PAÖ ($r = -0,381$, $p < 0,01$), CTQ toplam puanı ($r = -0,464$, $p < 0,01$), cinsel istismar ($r = -0,360$, $p < 0,01$), fiziksel istismar ($r = -0,406$, $p < 0,01$), fiziksel ihmal ($r = -0,289$, $p < 0,05$), emosyonel ihmal ($r = -0,379$, $p < 0,01$) ve emosyonel istismar ($r = 0,373$, $p < 0,01$) ile anlamlı ve negatif ilişki göstermekteydi. Young Mani puanı ile PAÖ arasında anlamlı, zayıf ve pozitif ilişki bulundu ($r = 0,361$, $p < 0,01$). Diğer değişkenler ile Young Mani Ölçeği puanı arasında bir ilişki saptanmadı. Bipolar bozukluk tanılı bireylerde tedavi uyumu ile manik belirti düzeyi, psikolojik acı ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Tedavi uyumu ile Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS), Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) toplam puanı ve bazı alt boyutları arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların belirti şiddeti ve geçmiş yaşantılarına bağlı olarak tedaviye uyumlarının değişebileceğini göstermektedir. YMRS puanı ile tedavi uyumu arasındaki negatif ilişki, manik semptomların arttığı dönemlerde içgörünün azalması, iritabilite ve davranışsal düzensizlik gibi etkenlerin tedavi uyumunu

bozabileceğini düşündürmektedir.^{6,73,117,156} Literatürde, manik dönemlerde hastaların ilaç tedavisine direnç gösterme eğiliminde olduğu ve tedaviyi gereksiz gördükleri belirtilmektedir.¹⁵⁶ PAÖ ile tedavi uyumu arasındaki negatif ilişki, psikolojik acının bireyin tedaviye karşı motivasyonunu olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Li ve arkadaşlarının (2013) çalışması, psikolojik acının yalnızca intihar düşüncesiyle değil, aynı zamanda genel psikososyal işlevsellik ile de ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.¹²⁸ CTQ toplam puanı ile tedavi uyumu arasındaki negatif ilişki, çocukluk çağı travmalarının erişkinlikte tedavi uyumu üzerinde önemli etkileri olabileceğini göstermektedir.¹¹⁷ Pachkowski ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, çocukluk travmalarının psikolojik acıyı artırarak tedavi uyumunu olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir.¹²⁶ YMRS ile PAÖ arasında pozitif ilişkinin bulunması, manik belirtilerin artmasıyla psikolojik acının da arttığını düşündürmektedir. Çalışmamıza dahil edilen Bipolar bozukluk tanılı katılımcıların klinik olarak remisyonda olmaları sebebiyle bu pozitif ilişkinin hastalığın genel şiddetiyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamıza dahil ettiğimiz Psikoz tanılı hastalarda Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ile PANSS, PAÖ ve CTQ ve alt ölçekleri arasındaki ilişkiyi incelediğimizde tedavi uyumu ile CTQ toplam puanı ($r = -0,485$, $p < 0,01$), cinsel istismar ($r = -0,547$, $p < 0,01$) ve emosyonel ihmal ($r = -0,685$, $p < 0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, kuvvetli ve negatif yönlü bir ilişki bulundu. PANSS toplam puanı ile emosyonel ihmal alt ölçeği ($r = 0,424$, $p < 0,05$) anlamlı şekilde ilişkiliydi. PANNS toplam puanı ile diğer CTQ alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Psikoz tanılı bireylerde tedavi uyumu ile çocukluk çağı travmaları ve psikolojik acı arasındaki ilişki, çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ile ölçülen tedavi uyumu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) toplam puanı ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur ($r = -0,485$, $p < 0,01$). Özellikle cinsel istismar ($r = -0,547$, $p < 0,01$) ve emosyonel ihmal ($r = -0,685$, $p < 0,01$) alt ölçeklerinde yüksek puanlara sahip bireylerde tedavi uyumu daha düşük bulunmuştur. Bu bulgular, çocuklukta yaşanan ciddi travmaların erişkinlikte tedaviye güveni ve tedaviye katılımı olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Literatürde de benzer biçimde, çocukluk çağı travmaları ile şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklarda tedaviye uyumsuzluk arasında anlamlı ilişkiler olduğu bildirilmektedir.^{170,171} Çalışmamızda Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam puanı ile emosyonel ihmal alt ölçeği arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($r = 0,424$, $p < 0,05$). Bu bulgu, çocuklukta emosyonel ihmale maruz kalmış bireylerin psikotik belirtilerinin daha şiddetli olabileceğine işaret etmektedir. Literatürde,

emosyonel ihmali erişkinlikte duygusal düzenleme güçlüklerine ve dolayısıyla daha ağır semptomlara neden olabileceği ifade edilmektedir.^{172,173} Tedavi uyumu ile PANSS arasındaki doğrudan ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da çocukluk çağı travmalarının hem tedavi uyumunu hem de belirtilerin şiddetini dolaylı olarak etkileyebileceği düşünülmektedir.¹⁷⁴⁻¹⁷⁷ Özellikle şizofreni hastalarında, erken dönem travmaların nörobilişsel süreçleri bozarak hem psikopatoloji düzeyini artırdığı hem de tedaviye güveni azalttığı yönünde çok sayıda bulgu mevcuttur.^{148,151} Sonuçta, psikoz tanılı hastalarda çocukluk çağı travmalarının tedaviye uyum üzerinde anlamlı ve olumsuz bir etkisi bulunmaktadır. Özellikle emosyonel ihmal ve cinsel istismar gibi travmatik yaşantılar, bireylerin sağlık hizmeti sağlayıcılarına karşı tutumlarını ve tedavi sürecine katılım düzeylerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Çalışmamızda gruplar arasında yaş, eğitim süresi, medeni durum, aile tipi, tıbbi hastalık varlığı ve alkol kullanım öyküsü açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.
2. Çalışmamızda gruplar arasında cinsiyet dağılımı, hastalık tanısı alma yaşı, hastane yatış sayısı, kullanılan ilaç sayısı, gelir düzeyi, yaşanan yer, ailede ruhsal bozukluk öyküsü, intihar girişimi varlığı, sigara ve madde kullanımı, sosyal destek varlığı, damgalanma algısı, geleneksel veya dini tedavi alternatifi arayışı ve ilaca bağlı yan etki görülme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır.
3. Çalışmamızda hasta grupları arasında PAÖ ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, tüm değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubuna kıyasla depresyon, anksiyete, OKB, bipolar ve psikoz tanılı bireylerde PAÖ ve CTQ ölçeğinin çeşitli alt boyutlarında (özellikle fiziksel istismar, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar) anlamlı düzeyde yüksek ölçek puanları saptanmıştır. Özellikle depresyon ve bipolar bozukluk gruplarında diğer hasta gruplarından daha yüksek ölçek puanları saptanmıştır.
4. Çalışmamızda Morisky Tedavi Uyumu Ölçeğine göre tedavi uyumu azaldıkça CTQ toplam puanı ve alt ölçek puanları da anlamlı olarak artmaktaydı. Özellikle yüksek tedavi uyumu grubunda, emosyonel ihmal, emosyonel istismar ve fiziksel istismar puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır.
5. Çalışmamızda PAÖ, CTQ toplam ve alt ölçek puanları ile pozitif yönde, Morisky tedavi uyumu ölçeği ile ise negatif yönde anlamlı ilişki gösterdiği; PAÖ ile emosyonel istismar ve CTQ toplam puanı arasında kuvvetli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.
6. Çalışmamızda hasta grubunun intihar girişimi öyküsü varlığına göre PAÖ ve CTQ toplam puanı ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında, intihar girişimi olan bireylerde, olmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek PAÖ ve CTQ toplam puanı olduğu saptanmıştır. Cinsel istismar, fiziksel istismar,

fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar alt ölçeklerinde hem sürekli ölçek puanlarının hem de kategorik dağılımlar açısından intihar girişimi olan bireylerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

7. Çalışmamızda sosyal desteği olmayan bireylerin tedavi uyumu, sosyal desteği olan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Damgalanma algısı/hissi olmayan bireylerin, damgalanma algısı/hissi yaşayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek tedavi uyumu sergilediği saptanmıştır. Fakat ilaca bağlı yan etki yaşayıp yaşamama, hastane yatış sayısı, tanı yaşı ve yaş durumuna göre tedavi uyumu puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.
8. Çalışmamızda Depresyon tanılı hasta grubunda Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanı, Hamilton Depresyon Ölçeği, PAÖ, CTQ toplam puanı, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar ile anlamlı ve negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Hamilton Depresyon puanı ile PAÖ ve CTQ toplam puanı arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. PAÖ ile CTQ toplam puanı, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. CTQ toplam puanı, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar ile kuvvetli ve pozitif şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır.
9. Çalışmamızda Anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda tedavi uyumunun; Hamilton Anksiyete puanı, PAÖ, CTQ toplam puanı, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar ile anlamlı ve negatif yönde bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Hamilton Anksiyete puanı ile PAÖ, CTQ toplam puanı, fiziksel ihmal ve emosyonel istismar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. PAÖ, CTQ toplam, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar ile anlamlı ve pozitif şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır.
10. Çalışmamızda Obsesif-Kompulsif bozukluk tanılı hastalarda tedavi uyumunun; Y-BOCS obsesif kompulsif belirti düzeyi, PAÖ, CTQ toplam puanı, cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar ile anlamlı ve negatif yönde ilişkisi olduğu saptanmıştır. Y-BOCS puanı ile PAÖ arasında anlamlı, orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Diğer ölçekler ile Y-BOCS puanı arasında anlamlı ilişki

saptanmamıştır. PAÖ ile CTQ toplam puanı, cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır.

11. Çalışmamızda Bipolar bozukluk tanılı hastalarda tedavi uyumunun; Young Mani Derecelendirme Ölçeği, PAÖ, CTQ toplam puanı, cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar ile anlamlı ve negatif yönlü ilişkisi olduğu saptanmıştır. Young Mani puanı ile PAÖ arasında anlamlı, zayıf ve pozitif ilişki saptanmıştır. Diğer ölçekler ile Young Mani puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.
12. Çalışmamızda Psikoz tanılı hastalarda tedavi uyumu ile CTQ toplam puanı, cinsel istismar ve emosyonel ihmal arasında istatistiksel olarak anlamlı, kuvvetli ve negatif yönlü ilişki saptanmıştır. PANSS puanı ile emosyonel ihmal arasında anlamlı şekilde pozitif ilişki saptanmıştır. Diğer ölçekler ile anlamlı ilişki saptanmamıştır.
13. Çalışmamızda tüm hasta grupları birlikte değerlendirildiğinde psikolojik acının CTQ ile tedavi uyumu arasında kısmi aracılık etkisi gösterdiği saptanmıştır. Analize göre psikolojik acının, tedavi uyumu ile cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar arasındaki ilişkide kısmi aracılık etkisi saptanmıştır.
14. Çalışmamızda sadece depresyon tanılı hastalar değerlendirildiğinde psikolojik acının CTQ ile tedavi uyumu arasında kısmi aracılık etkisi olduğu saptanmıştır. Psikolojik acının, tedavi uyumu ile cinsel istismar, fiziksel istismar, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar arasındaki ilişkide kısmi aracılık etkisi olduğu saptanmıştır. Fiziksel ihmal ile aracılık etkisi olmadığı saptanmıştır.
15. Çalışmamızda sadece Anksiyete bozukluğu tanılı hastalar değerlendirildiğinde psikolojik acının CTQ ile tedavi uyumu arasında tam aracılık etkisi olduğu saptanmıştır. Ek olarak; psikolojik acının, tedavi uyumu ile cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal arasındaki ilişkide tam aracılık etkisi, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar arasındaki ilişkide kısmi aracılık etkisi olduğu saptanmıştır.
16. Çalışmamızda sadece OKB tanılı hastalar değerlendirildiğinde psikolojik acının CTQ (toplam skor ve tüm alt ölçekler) ile tedavi uyumu arasında kısmi aracılık etkisi saptanmıştır.

17. Çalışmamızda sadece Bipolar bozukluk tanılı hastalar değerlendirildiğinde psikolojik acının CTQ (toplam skor ve tüm alt ölçekler) ile tedavi uyumu arasında kısmi aracılık etkisinin olduğu saptanmıştır.
18. Çalışmamızda sadece psikoz tanılı hastalar değerlendirildiğinde psikolojik acının CTQ ile tedavi uyumu arasında kısmi aracılık etkisi olduğu saptanmıştır. Bu duruma ek olarak, psikolojik acının; tedavi uyumu ile cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve emosyonel istismar arasındaki ilişkide aracılık etkisi olmadığı saptanmıştır.
19. Çalışmamız kesitsel bir yöntemle yürütülmüştür. Bu durum, değişkenler arasındaki ilişkilerin yönünü ve nedensellik varsayımlarını ortaya koymayı zorlaştırmaktadır. Çalışmamızda özellikle psikolojik acının aracı rolünü ortaya koymada zamansal öncelik belirlenememektedir, aracılık analizleri ilişki düzeyinde yorumlanmalıdır. Nedensellik ilişkisinin net gösterilmesi açısından geniş örneklemli izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.
20. Çalışmamıza dahil ettiğimiz katılımcılar, yalnızca Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalardan ve sağlıklı kontrol grubundan oluşmaktadır. Poliklinik başvurusunda bulunmayan ya da farklı sağlık kurumlarına yönelen bireyler ve farklı kültürlerden bireyler örnekleme dahil edilemediğinden, çalışmamızın dış geçerliği ve bulguların genellenebilirliği kısıtlıdır. Bu kısıtlılığı aşabilmek amacıyla farklı merkezlerden, farklı kültürlerden bireylerin dahil edildiği daha büyük örneklemli çalışmalar yapılmalıdır.
21. Çalışmamızda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ) ve Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği (MTUÖ) gibi öz bildirim temelli ölçüm araçları kullanılmıştır. Bu ölçekler, katılımcıların kendi değerlendirmelerine dayandığından hatırlama yanlılığı ve bilişsel çarpıtmalar gibi öznel yanılığlara oldukça açık olup ölçüm hatalarına neden olabileme kısıtlılığına sahiptir. Çocukluk çağına ait travmatik yaşantılar, retrospektif olarak değerlendirildiği için katılımcıların travmatik olayları hatırlama biçimleri psikopatolojinin şiddetinden ve ruhsal durumu etkileyecek diğer değişkenlerden etkilenebilmektedir. Bu durum, ÇÇTÖ verilerinin güvenilirliğini kısıtlayabilmektedir. Bu kısıtlılıkları aşabilmek amacıyla aynı verileri ölçen birden fazla ölçekle çalışmalar yapılmalı, klinik

izlem çalışmaları ve sağlık kayıtları gibi başka veri kaynakları da kullanılmalıdır.

22. Çalışmamızda beş farklı tanı grubuna yer verilmiş olmakla birlikte, bazı gruplarda (OKB, Psikoz) yer alan katılımcı sayısının sınırlı olması, bu gruplara yönelik yapılan analizlerin istatistiksel gücünün azalmasına neden olmuştur. Sınırlı sayıda katılımcı olması nedeniyle, özellikle alt grup karşılaştırmalarında elde edilen bulguların genellenebilirliği kısıtlanmakta ve sonuçların yorumlanması zorlaşmaktadır. Bu nedenle, gelecekte yapılacak çalışmalarda tanı gruplarının daha büyük bir örnekleme ile temsil edilmesi, istatistiksel analizlerin geçerliği ve gücü açısından önemlidir.
23. Sonuç olarak depresyon, anksiyete bozuklukları, OKB, bipolar bozukluk ve psikoz tanılı bireylerin çocukluk çağında yaşadıkları travmatik deneyimlerin sağlıklı bireylere göre belirgin biçimde daha yüksek olduğu ve bu travmatik deneyimlerin özellikle emosyonel/fiziksel istismar ile emosyonel ihmal alt alanlarında belirginleştiği görülmektedir. Ayrıca, depresyon ve bipolar bozukluk tanılı bireylerin, travmatik yaşantı ve psikolojik acı açısından, diğer tanılara oranla daha dezavantajlı olabileceği anlaşılmaktadır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar yalnızca istatistiksel anlamda değil, aynı zamanda klinik uygulamalar açısından da önemli sonuçlar doğurmaktadır. Tanı gruplarına göre elde ettiğimiz farklılıklar, psikolojik acının klinik sunumunun her psikiyatrik bozukluk için ayrı ve özgül biçimde olabileceğini göstermektedir. Bu sonuçlar ışığında anlaşılmaktadır ki psikiyatri pratiğinde, değerlendirme sırasında yalnızca belirtilerin düzeyi değil, aynı zamanda travmatik deneyimler ve bireyin yaşadığı psikolojik acı da kapsamlı biçimde değerlendirilmelidir. Çocukluk çağı travması, psikolojik acı gibi etkenlerin birlikte değerlendirilmesi, bireyin kendisine özgü tedavi planlarının oluşturulmasında önemlidir. Travma öyküsünün tedavinin erken aşamalarında tanınması, psikolojik acının giderilmesine ya da azaltılmasına yönelik girişimlerde bulunulması tedaviye uyumu artıracak temel yaklaşımlar arasında yer almalıdır.

Kaynaklar

1. **Goodwin F, Jamison K.** *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression.* **2007.**
2. **Çelik F, Hocaoglu Ç.** *Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme.* **2016.**
3. **Tamam L, Demirkol M.** *Anksiyete bozuklukları.* **2019.**
4. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* **2013.**
5. **Kafes A.** *Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış.* **2021.**
6. **Erten E, Uney A, Fıstıkcı N.** *Bipolar Bozukluk ve Çocukluk Çağı Travması/Bipolar Disorder and Childhood Trauma.* **2015.**
7. **Konuk N, Kıran S, Tamam L, Karaahmet E, Aydın H, Atık L.** *Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Bipolar Bozukluk Taramasında Geçerliliği.* **2017.**
8. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* **2013.**
9. **Sahin H, Ediboglu G.** *Obsesif kompulsif bozukluk: kısa bir gözden geçirme.* **2022.**
10. **Summakoglu D, Ertugrul B.** *Şizofreni ve tedavisi.* **2018.**
11. **Karakuş G, Kocal Y, Damla S.** *Şizofreni: Etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi.* **2017.**
12. **Karacay R, Guloglu B.** *Çocukluk Çağı Travmaları ve Sağlıklı Aile-Ebeveynlik Risk Faktörlerinin İncelenmesi.* **2022.**
13. **Çelik F, Hocaoglu C.** *Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme.* **2018.**
14. **Demirkol M, Namlı Z, Tamam L.** *Psikolojik acı.* **2019.**
15. **Demirkol M, Güleç H, Çakmak S, et al.** *Psikolojik Acı Ölçeği Türkçe Formunun güvenilirliği ve geçerliliği.* **2018.**
16. **Dikeç G, Kutlu Y.** *Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı.* **2015.**
17. **Demirkol M, Tamam L, Evlice Y.** *Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu.* **2015.**
18. **Demirkol M, Tamam L.** *Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu.* **2016.**
19. **Demirkol M, Uğur K, L Tamam.** *The mediating effects of psychache and dissociation in the relationship between childhood trauma and suicide attempts.* **2020.**
20. **Kokurcan A, Hüseyin HÖ.** *Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri.* **2012.**
21. **Bolu A, Erdem M, Oznur T.** *Travma Sonrası Stres Bozukluğu.* **2014.**

22. **Çocuk Koruma Kanunu.** *Çocuk Koruma Kanunu.* **2005.**
23. **Senkal I.** *Çocukluk Çağı Travmalarının, Kimlik Gelişimi, Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatoloji ile İlişkisi.* **2015.**
24. **Polat F, Besiroglu L.** *Suçta yönelen ergenlerde travmatik yaşantılar ve suçta karşı tutumlar.* **2007.**
25. **S Aksel, T Irmak.** *Gelişim Psikolojisi Bakış Açısıyla Çocuk Suçluluğu.*
26. **Kilpatrick D, Acierno R.** *Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample.* **2000.**
27. **Thorp S, Stein M, Jeste D, Patterson T.** *Prolonged exposure therapy for older veterans with posttraumatic stress disorder: A pilot study.* **2012.**
28. **Hoven CW, Duarte CS, Wu P, Erickson EA, Musa GJ, Mandell DJ.** *Exposure to trauma and separation anxiety in children after the WTC attack.* **2010.**
29. **US Government Printing Office.** *Child maltreatment 1998: Reports from the states to the national child abuse and neglect data system.*
30. **AG Ferguson.** *How good is the evidence relating to the frequency of childhood sexual abuse and the impact such abuse has on the lives of adult survivors?* **1997.**
31. **Ajdukovic D, Ajdukovic D, Bogic M, et al.** *Recovery from Posttraumatic Stress Symptoms: A Qualitative Study of Attributions in Survivors of War.* **2013.**
32. **Asscher JJ, Van Der Put CE, Stams GJJM.** *Gender differences in the impact of abuse and neglect victimization on.* **2015.**
33. **FW Putnam.** *Ten-year research update review: Child sexual abuse.* **2003.**
34. **Dinleyici M, Dagli F.** *Duygusal İhmal/İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü.* **2016.**
35. **Bülbül F, Çakır Ü, Ülkü C, Üre I, Karabatak O.** *Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri.* **2013.**
36. **Senkal I, Senkal S.** *Çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçiminin depresyon belirtileri ile ilişkisi: Aleksitiminin aracı rolü.* **2015.**
37. **Altınbaş H, Aslan G, Ayyıldız T.** *Üniversite öğrencilerinin çocukluk döneminde yaşadıkları örseleyici davranışların öfke durumları üzerine etkisi.* **2016.**
38. **Spinhoven P, Elzinga B.** *The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders.* **2010.**
39. **Jacobson A, Richardson B.** *Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry.* **1987.**
40. **Bierer L, Yehuda R, Schmeidler J, V Mitropoulou.** *Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses.* **2003.**
41. **Örsel S, Karadağ H, Karaoglan Kahilogullari A, Akgun Aktas E.** *Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi.* **2011.**

42. **Spínola J, Campos R, Marques D.** *Psychache, unmet interpersonal needs, childhood trauma and suicide ideation in young adults.* **2022.**
43. **ES Shneidman.** *Commentary: Suicide as psychache.* **1993.**
44. **Mee S, Bunney B, Reist C, Potkin S, Bunney W.** *Psychological pain: A review of evidence.* **2006.**
45. **Osmond H MRBC.** *The pain of depression compared with physical pain.* **1984.**
46. **E Shneidman.** *Definition of Suicide.* **1977.**
47. **Orbach I, Mikulincer M, Gilboa-Schechtman E, Sirota P.** *Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning.* **2003.**
48. **Demirkol M, Tamam L, Namli Z.** *The relationship among anxiety sensitivity, psychache, and suicidality in patients with generalized anxiety disorder.* **2022.**
49. **Demirkol M, Namli Z, Eris Davul Ö, Karaytug M, Tamam L, Yilmaz H.** *Psychache and suicidal history in patients with obsessive-compulsive disorder.* **2019.**
50. **Noble LM.** *Doctor-Patient Communication and Adherence to Treatment.* **2020.**
51. **Ates MA; Algul A.** *Bipolar bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu.*
52. **Ustunsoy Cobanoglu Z, Aker T, Cobanoglu N.** *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları.* **2003.**
53. **Aker T, Ustunsoy S, Kugu N, Yazici A.** *Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği.*
54. **Öztürk MO, Uluşahin A.** *Ruh sağlığı ve bozuklukları.*
55. **World Health Organization.** *Other common mental disorders: global health estimates.*
56. **Kessler RC, Bromet EJ.** *The epidemiology of depression across cultures.* **2013.**
57. **Patten SB.** *An animated depiction of major depression epidemiology.* **2007.**
58. **Taylor M, Fink M.** *Restoring melancholia in the classification of mood disorders.* **2008.**
59. **Goodwin FK, Jamison KR.** *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression.* **2007.**
60. **Mee S BBRCPSBW.** *Psychological pain: a review of evidence.* **2006.**
61. **Lee DR, Taylor J, Thomas AJ.** *Assessment of cognitive fluctuation in dementia: a systematic review of the literature.* **2012.**
62. **Parker G.** *Classifying depression: should paradigms lost be regained?* **2000.**
63. **Kessing LV.** *Epidemiology of subtypes of depression.* **2007.**
64. **Rush AJ RAJ.** *The Varied Clinical Presentations of Major Depressive Disorder.* **2007.**

65. **Markowitz JC.** *Depresyon ve distimik bozukluk sağaltımında kişilerarası psikoterapi.* . **2007.**
66. **Wright JH, Beck AT.** *Cognitive therapy of depression: theory and practice.* . **1983.**
67. **Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD.** *Learned helplessness in humans: critique and reformulation.* **1978.**
68. **Hebebrand J, Scherag A, Schimmelmann BG, Hinney A.** *Child and adolescent psychiatric genetics.* **2010.**
69. **Sadock BJ, Sadock VA.** *Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th ed).* . **2007.**
70. **Çelik Helvacı F, Hocaoğlu Ç.** *“Major depresif bozukluk” tanımı, etiyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme.* **2016.**
71. **Stephen M. Stahl.** *Stahl’ın Temel Psikofarmakolojisi.* **2015.**
72. **Amaral G, Monografia OV, Pedro J, Rocha F.** *Neuroinflammation in bipolar disorder: from bench to bedside.* **2021.**
73. **McIntyre R, Calabrese J.** *Bipolar depression: the clinical characteristics and unmet needs of a complex disorder.* **1993.**
74. **Sadock BJ SVRPK& S.** *Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri.*
75. **McIntyre R, and JC-C medical research, 2019 undefined.** *Bipolar depression: the clinical characteristics and unmet needs of a complex disorder. Taylor & FrancisRS McIntyre, JR CalabreseCurrent medical research and opinion, 2019•Taylor & Francis. 1993; 35(11):1993-2005.*
76. **Vahip S.** *Bipolar depresyon.* **2004.**
77. **Roenneberg T, W-JA, & MM.** *Life between clocks: Daily temporal patterns of human chronotypes.* **2003.**
78. **Otto MW, & R-HNA.** *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder.* **2003.**
79. **Yatham LN, et al.** *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD).* **2018.**
80. **McCutcheon R, Marques T, Howes O.** *Schizophrenia-An overview.* **2020.**
81. **Baser O, Xie L, Pesa J, Durkin M.** *Healthcare utilization and costs of Veterans Health Administration patients with schizophrenia treated with paliperidone palmitate long-acting injection or oral atypical antipsychotics.* . **2015.**
82. *Schizophrenia.*
83. **Castle D, Morgan V.** *Clinical handbook of schizophrenia.* **2008.**
84. **Koroglu E, Gulec C.** *Psikiyatri Temel Kitabı (I-II / Ciltli). 2. baskı.* **2007.**
85. **Köroğlu E.** *Klinik psikiyatri.* **2015.**

86. **Birnbaum R.** *Genetic insights into the neurodevelopmental origins of schizophrenia.* **2017.**
87. **Marder S, Galderisi S.** *The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia.* **2017.**
88. **Nemeroff CB, Vale WW.** *The neurobiology of depression: inroads to treatment and new drug discovery.* **2005.**
89. **Bloom FE.** *Advancing a Neurodevelopmental Origin for Schizophrenia.* **1993.**
90. **Kohen R, Nyska A.** *Invited Review: Oxidation of Biological Systems: Oxidative Stress Phenomena, Antioxidants, Redox Reactions, and Methods for Their Quantification.* **2002.**
91. **Archer T.** *Neurodegeneration in schizophrenia.* **2010.**
92. **Xu MQ, Sun WS, Liu BX, et al.** *Prenatal Malnutrition and Adult Schizophrenia: Further Evidence From the 1959-1961 Chinese Famine.* **2009.**
93. **Hulshoff Pol HE, Hoek HW, Susser E, et al.** *Prenatal Exposure to Famine and Brain Morphology in Schizophrenia. .* **2000.**
94. **Bramon E, Walshe M, McDonald C, et al.** *Dermatoglyphics and Schizophrenia: A meta-analysis and investigation of the impact of obstetric complications upon a bridge count.* **2005.**
95. **Charlson F, Ferrari A, Santomauro DF.** *Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study.* **2018.**
96. **Laursen T, Nordentoft M, Mortensen P.** *Excess early mortality in schizophrenia.* **2013.**
97. **Sadock B and VSK and S.** *Sadock, B. and V. Sadock, Kaplan and Saddock.*
98. **DSM - 5 - TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı.** *DSM - 5 - TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı.* **2022.**
99. **Berksun OE.** *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları.* **2003.**
100. **Tükel R.** *Anksiyete Bozuklukları.* **2000.**
101. **Hettema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS.** *The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. .* **2005.**
102. **Nestadt G, Samuels J, Riddle M, et al.** *A family study of obsessive-compulsive disorder.* **2000.**
103. **Carey G.** *Twin and family studies of anxiety, phobic and obsessive disorders.* **1981.**
104. **Hu XZ, Lipsky RH, Zhu G, et al.** *Serotonin transporter promoter gain-of-function genotypes are linked to obsessive-compulsive disorder.* **2006.**

105. **Bengel D, Greenberg BD, Cora-Locatelli G, et al.** Association of the serotonin transporter promoter regulatory region polymorphism and obsessivecompulsive disorder. . **1999**.
106. **Lin P-Y.** Meta-analysis of the association of serotonin transporter gene polymorphism with obsessive–compulsive disorder. **2007**.
107. **Billett EA, Richter MA, King N, Heils A, Lesch KP, Kennedy JL.** Obsessive compulsive disorder, response to serotonin reuptake inhibitors and the serotonin transporter gene. . **1997**.
108. **Taylor S.** Molecular genetics of obsessive–compulsive disorder: a comprehensive meta-analysis of genetic association studies. **2013**.
109. **Freud S.** *Inhibitions, Semptoms and Anxiety*. **1926**.
110. **Freud S.** *Some Thoughts on Devolopment and Regression- Aetiology*. **1917**.
111. **Freud S.** *Notes upon a Case of Obsessional Neurosis*. **1909**.
112. **Salkovskis PM.** *Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis*. **1985**.
113. **Rachman S.** *A cognitive theory of obsessions: Elaborations*. **1998**.
114. **Holden RR, Mehta K, Cunningham EJ, McLeod LD.** Development and preliminary validation of a scale of psychache. **2001**.
115. **Shneidman E.** *Definition of Suicide*. . **1985**.
116. **Sar V, Ozturk E, Ikkardes E.** Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. **2012**.
117. **G Bahar, HA Savas, A Unal, E Savas, H Kaya, A Bahar.** Reliability and validity of the Morisky Medication Adherence Scale for bipolar mood disorder. **2014**.
118. **Sertel Berk Ö, Sindel D, Temeloğlu Şen E.** THE VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE TURKISH ADAPTATION OF MEDICAL ADHERENCE REPORT SCALE. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. **2019; 82(1):52-61**.
119. **Akdemir A, Türkçapar MH, Örsel SD, Demirergi N, Dag I, Özbay MH.** Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. **2001**.
120. **Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P.** Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması [Hamilton Anxiety Rating Scale: interrater reliability and validity study]. **1998**.
121. **Karamustafaloğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H.** Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. **1993**.
122. **Kostakoglu E, BS, TA, & GA.** Reliability and validity of the Turkish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). **1999**.
123. **Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E.** Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. **2001**.

124. **Wang H, Liu Y, Zhang Z.** *Childhood maltreatment and medication adherence in bipolar disorder: The chain-mediating roles of psychological resilience and psychache.* **2022.**
125. **Chen J, Yang J, Li X, Liu X.** *Childhood trauma and treatment adherence in major depression: The mediating role of psychological pain.* **2024.**
126. **Pachkowski MC, May AM, Klonsky ED.** *A brief measure of unbearable psychache.* **2019.**
127. **Zhang Y, Zhou Y, Zhang J.** *The mediating role of psychological pain between perceived social support and resilience in depressed patients.* **2022.**
128. **Li S.** *Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and behavior.* **2013.**
129. **Holden RR, Mehta K, Cunningham EJ, McLeod LD.** *Development and preliminary validation of a scale of psychache.* **2001.**
130. **Lester D.** *Psychache, depression, and personality.* **2000.**
131. **Beck AT.** *Cognitive Therapy of Depression.* **1979.**
132. **Pachkowski MC, May AM, Tsai M, Klonsky ED.** *A Brief Measure of Unbearable Psychache.* **2019.**
133. **Li H, Xie W, Luo X, et al.** *Clarifying the Role of Psychological Pain in the Risks of Suicidal Ideation and Suicidal Acts among Patients with Major Depressive Episodes.* **2014.**
134. **Lo HKY, Tong CCHY, Chan Joe Kwun Nam and Kam CTK, et al.** *Temporal trends of antidepressant utilization patterns in children and adolescents in Hong Kong: A 14-year population-based study with joinpoint regression analysis.* **2024.**
135. **Bagge CL, Littlefield AK, Rosellini AJ, Coffey SF.** *Relations among behavioral and questionnaire measures of impulsivity in a sample of suicide attempters.* **2013.**
136. **Ammerman BA, Jacobucci R.** *The impact of social connection on near-term suicidal ideation.* **2023.**
137. **Liu RT, Alloy LB.** *Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study.* **2010.**
138. **Kealy D, Rice SM, Cox DW.** *Childhood adversity and depressive symptoms among young adults: Examining the roles of individuation difficulties and perceived social support.* **2020.**
139. **Zhang L, Pang J, Zhu F.** *Effect of Perceived Social Support on Psychache: Mediating Effect of Psychological Resilience.* **2022.**
140. **Chen S, Fu T, Wang Y, Sun G.** *Childhood trauma, psychache, and depression among university students: a moderated mediation model.* **2024.**
141. **Gaillard R, Loo H, Olie J-P.** *Douleur psychique : un symptôme ?* **2010.**
142. **Cicchetti D, Toth SL.** *Child Maltreatment.* **2005.**

143. **Dibonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E.** *A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia.* **2012.**
144. **Kilian S, Asmal L, Phahladira L, et al.** *The association between childhood trauma and treatment outcomes in schizophrenia spectrum disorders.* **2020.**
145. **Boger S, Ehring T, Berberich G, Werner GG.** *Impact of childhood maltreatment on obsessive-compulsive disorder symptom severity and treatment outcome.* **2020.**
146. **Semiz UB, Inanc L, Bezgin CH.** *Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder?* **2014.**
147. **Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC.** *Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma.* **1999.**
148. **Morgan C, Fisher H.** *Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma—a critical review.* **2007.**
149. **behavior ES-S and life-threatening, 1998 undefined.** *Perspectives on suicidology: Further reflections on suicide and psychache.* **1998.**
150. **Zhong B-L, Chan SSM, Liu T-B, Chiu HF-K.** *Nonfatal suicidal behaviors of Chinese rural-to-urban migrant workers: Attitude toward suicide matters.* **2019.**
151. **Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA.** *Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications.* **2005.**
152. **Hofmann M, Jermann F, Baggio S, et al.** *Childhood trauma and self-stigma in mood disorders.* **2023.**
153. **Barlati S, Innamorati M, Vita A, et al.** *The interplay between childhood trauma, hopelessness, depressive symptoms, and mental pain in a large sample of patients with severe mental disorders: A network analysis.* **2025.**
154. **Yeşiloğlu C, Tamam L, Demirkol ME, Namli Z, Karaytuğ MO, Şenbayram Güzelbaba Ş.** *The relationship of coping skills with psychache in patients with depressive disorder.* **2023.**
155. **Janiri D, Moccia L, Montanari S, et al.** *Primary emotional systems, childhood trauma, and suicidal ideation in youths with bipolar disorders.* **2023.**
156. **Leclerc E, Mansur RB, Brietzke E.** *Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review.* **2013.**
157. **Nordholm D, Jensen MA, Kristiansen J, et al.** *A longitudinal study on physiological stress in individuals at ultra high-risk of psychosis.* **2023.**
158. **Varese F, Smeets F, Drukker M, et al.** *Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies.* **2012.**
159. **Campos RC, Gomes M, Holden RR, Piteira M, Rainha A.** *Does psychache mediate the relationship between general distress and suicide ideation?* **2017.**

160. **Shi J, Chen Y, Jiang Y, et al.** *Stigma and its associations with medication adherence in major depressive disorder.* **2024.**
161. **Wang H, Liao Y, Guo L, et al.** *Association between childhood trauma and medication adherence among patients with major depressive disorder: the moderating role of resilience.* **2022.**
162. **Shneidman ES.** *Commentary: Suicide as psychache.* **1993.**
163. **Calati R, Laglaoui Bakhiyi C, Artero S, Ilgen M, Courtet P.** *The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses.* **2015.**
164. **Li X, You J, Ren Y, et al.** *A longitudinal study testing the role of psychache in the association between emotional abuse and suicidal ideation.* **2019.**
165. **Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, et al.** *Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire.* **2003.**
166. **Lester D.** *Psychache, depression, and personality.* *Journal of Personality and Individual Differences.* **2000; 29(6):1057-1059.**
167. **Sachser C, Berliner L, Holt T, et al.** *International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS).* **2017.**
168. **Fossion P, Leys C, Vandeleur C, Kempenaers C, Braun S, Verbanck Paul and Linkowski P.** *Transgenerational transmission of trauma in families of Holocaust survivors: the consequences of extreme family functioning on resilience, sense of coherence, anxiety and depression.* **2015.**
169. **Švecová J, Furstova J, Kaščáková N, Hašto J, Tavel P.** *The effect of childhood trauma and resilience on psychopathology in adulthood: Does bullying moderate the associations?* **2023.**
170. **Stowkowy J, Liu L, Cadenhead KS, et al.** *Early traumatic experiences, perceived discrimination and conversion to psychosis in those at clinical high risk for psychosis.* **2016.**
171. **Varese F, Smeets F, Drukker M, et al.** *Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies.* **2012;(4).**
172. **Daalman K, Diederens KJM, Derks EM, van Lutterveld R, Kahn RS, Sommer IE.** *Childhood trauma and auditory verbal hallucinations.* **2012.**
173. **Li C, Fu P, Wang M, et al.** *The role of self-esteem and emotion regulation in the associations between childhood trauma and mental health in adulthood: a moderated mediation model.* **2023.**
174. **Varese F, Smeets F, Drukker M, et al.** *Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies.* *Schizophr Bull.* **2012; 38(4):661-671.**
175. **Nordholm D, Jensen MA, Kristiansen J, et al.** *A longitudinal study on physiological stress in individuals at ultra high-risk of psychosis.* *Schizophr Res.* **2023; 254:218-226.**

176. **Morgan C, Fisher H.** *Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma—a critical review.* *Schizophr Bull.* **2007; 33(1):3-10.**
177. **Xu T, Wang Y, Li Z, et al.** *Heritability and familiarity of neurological soft signs: evidence from healthy twins, patients with schizophrenia and non-psychotic first-degree relatives.* *Psychol Med.* **2016; 46(1):117-123.**



EKLER

8.1. Sosyodemografik Veri Formu

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

HASTANIN ADI-SOYADI:

1. YAŞ	
2.EĞİTİM SÜRESİ	 (yıl)
3.MEDENİ DURUM	1.Bekar 2.Evli
4. MESLEK:	
5. AİLE TİPİ	1. Çekirdek aile 2. Geniş aile
6. GELİR DÜZEYİ	1.Aylık asgari ücretten az 2.Aylık asgari ücretten fazla
7. YAŞADIĞI YER:	1.İl merkezinden küçük 2.İl merkezi
8. ÖZGEÇMİŞ TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ	1.Yok 2.Var
9. AİLEDE RUHSAL BOZUKLUK	1.Yok 2.Var
10-İNTİHAR GİRİŞİMİ	1.Yok 2.Var
ALİŞKANLIKLAR:	
11.SİGARA	1.Yok 2.Var
12.ALKOL	1.Yok 2.Var
13.MADDE	1.Yok 2.Var
14. HASTANE YATIŞ SAYISI	
15. HASTALIK TANISI ALINAN YAŞ	
16. SOSYAL DESTEK	1.Yok 2.Var
17. DAMGALANMA ALGISI/HİSSİ	1.Yok 2.Var
18. KULLANDIĞI İLAÇ SAYISI	
19. GELENEKSEL VEYA DİNİ TEDAVİ ALTERNATİFİ ARAYIŞI	1.Yok 2.Var
20. İLACA BAĞLI YAN ETKİ	

8.2. Psikolojik Acı Ölçeği

Psikolojik Acı Ölçeği

Aşağıdaki ifadeler fiziksel/bedensel DEĞİL psikolojik acınızla ilgilidir.

Lütfen uygun sayıyı daire içine alarak aşağıdakilerin her birinin hangi sıklıkla ortaya çıktığını belirtiniz.

	1: Asla	2:Bazen	3:Sıklıkla	4:Çok sık	5:Her zaman
1. Psikolojik acı hissediyorum	1: Asla	2:Bazen	3:Sıklıkla	4:Çok sık	5:Her zaman
2. Acıyı içimde hissediyorum	1: Asla	2:Bazen	3:Sıklıkla	4:Çok sık	5:Her zaman
3. Psikolojik acım herhangi bir fiziksel/bedensel acıdan daha çok canımı acıtıyor	1: Asla	2:Bazen	3:Sıklıkla	4:Çok sık	5:Her zaman
4. Acım, çığlık atma isteği uyandırıyor	1: Asla	2:Bazen	3:Sıklıkla	4:Çok sık	5:Her zaman
5. Acım, hayatımın kapkara görünmesine neden oluyor	1: Asla	2:Bazen	3:Sıklıkla	4:Çok sık	5:Her zaman
6. Neden acı çektiğimi anlayamıyorum	1: Asla	2:Bazen	3:Sıklıkla	4:Çok sık	5:Her zaman
7. Psikolojik olarak kendimi berbat hissediyorum	1: Asla	2:Bazen	3:Sıklıkla	4:Çok sık	5:Her zaman
8. Kendimi boşlukta hissettiğim için canım acıyor	1: Asla	2:Bazen	3:Sıklıkla	4:Çok sık	5:Her zaman
9. Ruhum acıyor	1: Asla	2:Bazen	3:Sıklıkla	4:Çok sık	5:Her zaman

Lütfen belirtilen şekilde aşağıdaki soruları cevaplayarak ölçeği doldurmaya devam ediniz

1.Kesinlikle katılmıyorum	2.Katılmıyorum	3.Emin değilim	4.Katılıyorum	5.Kesinlikle katılıyorum
10. Artık acıma katlanamıyorum				
1.Kesinlikle katılmıyorum	2.Katılmıyorum	3.Emin değilim	4.Katılıyorum	5.Kesinlikle katılıyorum
11. Acımdan dolayı, dayanılmaz durumdayım				
1.Kesinlikle katılmıyorum	2.Katılmıyorum	3.Emin değilim	4.Katılıyorum	5.Kesinlikle katılıyorum
12. Acımdan dolayı paramparçayım				
1.Kesinlikle katılmıyorum	2.Katılmıyorum	3.Emin değilim	4.Katılıyorum	5.Kesinlikle katılıyorum
13. Psikolojik acım yaptığım her şeyi etkiliyor				
1.Kesinlikle katılmıyorum	2.Katılmıyorum	3.Emin değilim	4.Katılıyorum	5.Kesinlikle katılıyorum

8.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

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

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" yada "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailedekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerekli halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

8.4. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği

Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği

İlaç kullandığınızı belirttiniz. Hastalığınızla ilgili sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki her bir soruyu cevaplandırınız.

İLACI ALMAYI HİÇ UNUTTUĞUNUZ OLDU MU?	<u>Evet</u> <u>Hayır</u>
İLACINIZI ALMAYI HATIRLAMAK KONUSUNDA SORUN YAŞIYOR MUSUNUZ?	<u>Evet</u> <u>Hayır</u>
KENDİNİZİ İYİ HİSSETTİĞİNİZDE İLACINIZI ALMAYI KESTİĞİNİZ OLUR MU?	<u>Evet</u> <u>Hayır</u>
BAZEN İLACINIZI ALDIĞINIZDA KENDİNİZİ KÖTÜ HİSSEDERSENİZ İLACI KULLANMAYI BIRAKIR MISINIZ?	<u>Evet</u> <u>Hayır</u>

8.5. Hamilton Depresyon Ölçeği

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	☐
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	☐
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	☐
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	☐
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	☐
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	☐
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	☐
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	☐
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	☐
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	☐
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	☐
11. İNTİHAR	(1-5)	☐
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	☐
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	☐
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	☐
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	☐
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	☐
17. AJİTASYON	(1-5)	☐
TOPLAM		*****

8.6. Hamilton Anksiyete Ölçeği

HAMİLTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	☐
2. GERİLİM	☐
3. KORKULAR	☐
4. UYKUSUZLUK	☐
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	☐
6. DEPRESİF MİZAÇ	☐
7. SOMATİK (muskuler)	☐
8. SOMATİK (duygusal)	☐
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	☐
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	☐
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	☐
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	☐
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	☐
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	☐
TOPLAM PUAN:	
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)	

8.7. Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

YALE–BROWN OBSESYON KOMPÜLSİYON ÖLÇEĞİ (Y–BOCS)

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEİ	(0-4)	
6. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	
7. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
8. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
10. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEİ	(0-4)	
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPÜLSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	
12. KAÇINMA	(0-4)	
13. KARARSIZLIĞIN DERECEİ	(0-4)	
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	
TOPLAM PUAN		*****

8.8. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

Ad, Soyad:

Tarih:

Uygulayan doktor:

PANSS

Pozitif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
P1 Sanrılar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P2 Düşünce dağınıklığı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P3 Varsanılar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P4 Taşkınlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P5 Büyüklük duyguları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P6 Şüphencilik kötülük	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P7 Düşmanca tutum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skor:							

Negatif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
N1 Duygulanımda küntleşme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N2 Duygusal içecekilme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N3 İlişki kurmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N4 Pasif biçimde kendini toplulmdan çekme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N5 Soyut düşünme güçlüğü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N7 Steriotipik düşünme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skor:							

Genel Psikopatoloji	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)	
G1 Bedensel kaygı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G2 Anksiyete	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G3 Suçluluk duyguları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G4 Gerginlik	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G5 Manyerizm	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G6 Depresyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G7 Motor yavaşlama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G8 İşbirliği kuramama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G9 Olağandışı düşünce	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G10 Yönetim bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G11 Dikkat azalması	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G12 Yargılama ve içgörü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G13 İrade bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G15 Zihinsel aşırı uğraş	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G16 Aktif biçimde sosyal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Toplam skor:							Skor:	

8.9. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Young Mani Derecelendirme Ölçeği YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlanıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısılmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısılmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacını olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok

2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl| kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı; durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yansıması
3. Fikir uçuşması; tegetsellik; takibinde zorluk; uyaık konuşma; ekolali
4. Dikşisizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal

2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranooid fikirler; alımla fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın

2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciye tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

ÖZGEÇMİŞ

