



# Şizofreni Tanısı Olan Annelerin Bebekleri ile İlişkisi

## *Relationship of Mothers with a Diagnosis of Schizophrenia with their Babies*

● Ayşin Çetinkaya Büyükbodur<sup>1</sup>, ● Hakan Sakarya<sup>2</sup>, ● Ayşegül Kılıçlı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Muş Alparslan Üniversitesi, Muş

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi, Ankara

### ÖZ

Şizofreni, kadınların ebeveynlik rol ve sorumluluklarını gerçekleştirmelerinde çeşitli engellerin ortaya çıkmasına ve anne bebek etkileşiminde sorunlara neden olan önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Şizofreni tanısı olan annelerin doğum sonrasında tedaviye uyumsuzluğu olabileceği gibi bunun ortaya çıkardığı riskler nedeniyle çocuk koruma sisteminde yer alan profesyoneller bebekler hakkında koruma kararı verebilmektedir. Ancak şizofreni tanısı olan anneler ile doğum sonrası tedaviye uyum ve sağlıklı anne bebek ilişkisinin kurulması gibi konularda profesyonel psikososyal destek hizmetleri sağlanarak bu riskler en aza indirilebilir. Bu çerçevede, bu çalışma ile şizofreni tanısı olan annelerin bebekleri ile etkileşimlerinde ortaya çıkabilecek sorunlara ve müdahalelere değinilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Şizofreni, anne bebek ilişkisi, bağlanma, anne duyarlılığı

### ABSTRACT

Schizophrenia is an important mental health problem that causes various obstacles in women's parental roles and responsibilities and causes problems in mother-infant interaction. Mothers with a diagnosis of schizophrenia may have noncompliance with treatment after birth, and professionals involved in the child protection system may make protection decisions about babies due to the risks it poses. However, these risks can be minimized by providing professional psychosocial support services for mothers with schizophrenia, such as compliance with postnatal treatment and establishing a healthy mother-infant relationship. In this context, this study aimed to address the problems and interventions that may arise in the interaction of mothers and their babies.

**Keywords:** Schizophrenia, mother-infant relationship, attachment, maternal sensitivity

### Giriş

Çocuklar büyüme ve gelişimleri için biyopsikososyal ihtiyaçlarını karşılayan, sevgi dolu, onları güvende hissettiren, anne ve baba (ebeveynler) ile etkileşime gereksinim duyarlar. Bu kapsamda söz konusu gereksinimler üç farklı kategoride ele alınabilir. Bunlar; beslenme, temas/konfor, sıcaklık, güvenlik gibi fiziksel ihtiyaçlar; etkileşim, öğrenme, sosyalleşme, sınır koyma gibi sosyal ihtiyaçlar ve sevmeye ve sevilme gibi duygusal ihtiyaçlardır. Ebeveynlik sadece çocuk yetiştirme eylemini değil, aynı zamanda bir çocuğun fiziksel, duygusal, sosyal ve entelektüel gelişiminin desteklenmesi sorumluluğunu içermektedir. "Annelik" ise bebeğin anne karnında oluşumundan başlayarak yaşam boyu devam eden, kadınların ilişkilerinde ve rollerinde olduğu kadar günlük yaşamın yapısında ve organizasyonunda da kalıcı değişiklikleri meydana getiren ebeveynliğe özgü önemli bir süreçtir. Bu süreç kadınlar için ödüllendirici ama aynı zamanda oldukça zorlu görevleri barındırmaktadır (Nomaguchi ve Milkie 2003).

Ruhsal hastalıklar anneliğe özgü rollerin ve sorumlulukların gerçekleştirilmesinde, çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli birtakım engellerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Söz konusu hastalıklardan birini şizofreni oluşturmaktadır. Şizofreni genel olarak genetik ve çevresel risk faktörlerinin kombinasyonundan meydana gelen (Cardno ve ark. 1999), sosyal ve mesleki rollerin gerektirdiği işlevselliği yerine getirememeye ve hastalığa bağlı olarak yeti yitimine yol açan (Kılıç 2020) önemli bir ruhsal hastalıktır. Şizofreni "başlangıcından itibaren geçen sürecin önemli bir bölümünde bilişsel süreçleri, iş, kişilerarası ilişkileri ya da öz bakımı, bir ya da birden çok alanda işlevselliği etkileyen, yeti yitimine neden olan; sanrılar, varsanımlar, darmadağın konuşma (sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmasız konuşma, ileri derecede dağınık davranış ya da katatonik davranış, silik (negatif) belirtilerin (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama) olduğu psikiyatrik bozukluktur" (APA 2013).

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Ayşin Çetinkaya Büyükbodur, Muş Alparslan Üniversitesi Kampüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Muş, Türkiye **E-posta/E-mail:** aysine2@gmail.com **Geliş tarihi/Received:** 29.01.2022 **Kabul tarihi/Accepted:** 18.04.2022

**ORCID ID:** 0000-0002-8042-4174

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2022 verilerine göre; şizofreni, dünya çapında yaklaşık 24 milyon kişiyi, her 300 kişiden 1'ini etkilemektedir (WHO 2022). Binbay ve arkadaşlarının (2011) Türkiye de yaptıkları sistematik derleme çalışmasında şizofreninin yaşam boyu yaygınlık oranı her 1000 kişide %8,9 oranında belirlenmişken bu oran erkeklerde her 1000 kişide %11,6 kadınlarda ise 1000 kişide %6,5'tir (Binbay ve ark. 2011). Bu kapsamda şizofreninin belirli bir nüfus içindeki oranına, risk faktörlerine ilişkin olarak yapılan hastalık yükü çalışmalarına değinilmesi önemli görülmektedir. Hastalık yükü çalışmalarıyla hastalıklar, yaralanmalar ve ölümlerle birlikte sağlık sorunları ve ilişkili risk faktörleri hakkında tahminler yapılabilmekte, risk faktörlerine ilişkin değerler hesaplanabilmekte, kanıtı dayalı verilere ulaşılarak koruyucu, önleyici, tedavi ve rehabilite edici müdahalelerin etkililiği ve maliyeti değerlendirilebilmektedir (Murray ve ark. 1996, RSHMB 2004, Erbaydar 2009).Türkiye'de yapılan Hastalık Yükü Çalışması nöropsikiyatrik hastalıkların yaşam boyu yeti yitimime neden olan hastalıklar içerisinde %27,8 oranla ilk sırada yer aldığını, şizofreninin ise %2,5 oranla yetiyitimime neden olan 20 hastalık içerisinde bulunduğunu göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011).

Şizofreni tanısı olan kadınların yaklaşık %30'u henüz tedaviye başvurmaya ihtiyaç duymadan önce çocuk sahibidir (Craig ve Bromet 2004). Geçmişte psikiyatri hastalarının hastanelerde yatılı tedavi oldukları zamanlarda gebelik şansı çok az olmasına rağmen günümüzde şizofreni tanısı olan kadınlar hasta olmayan kadınlar kadar çocuk sahibidirler (Currier ve Simpson 1998). Tüm şizofreni hastası kadınların yaklaşık yarısı annedir (McGrath ve ark. 1999). Şizofreninin ebeveynlik ve ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerindeki olumsuz etkileri uzun zamandır bilinmektedir (Smith 2004). Ruh sağlığı alanındaki genel izlenim, şizofreninin her zaman, "yeterince iyi" ebeveynliği engelleyebilecek kadar şiddetli ve kalıcı bir ruh hastalığı biçiminde olduğu yönündedir (Riordan ve ark. 1999, Davies ve Allen, 2007). Şizofreni tanılı bir ebeveyn olmak genellikle çocuğa bakım verirken sanrılar, halüsinasyonlar ve hastalıktan kaynaklı diğer güçlükleri yaşamak gibi zorlukları içerir.

Campbell ve arkadaşlarının (2012) 1825 psikozlu ebeveyn ile yaptıkları çalışmada babaların yaklaşık %50'sinin annelerin ise yaklaşık %36'sının ebeveynlikte sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise; ebeveynlerdeki depresyon, yorgunluk ve sesler nedeniyle ortaya çıkan odaklanma güçlüğü, çocuklara koruma sağlama yeteneğini, karşılıklılığı ve kontrolü olumsuz şekilde etkilediği saptanmıştır (Strand ve ark. 2020). Birçok şizofreni tanılı ebeveyn aynı zamanda işsizlik, yoksulluk, yalnızlık ve damgalama (Park ve ark. 2006) ile de karşı karşıyadır. Kadınlar hastalık nedeniyle sosyal destek eksikliği, rol gerilimi, bilişsel sorunlar ve sağlık sorunları, ilaçların yan etkileri, dürtüsellik, çocukları ile ilgili vermiş oldukları kararlar nedeniyle utanç ve suçluluk duyguları ile de baş etmeye çalışırlar (Ackerson 2003). Şizofreni tanısı olan ebeveynler ve özellikle anneler sağlık ve sosyal hizmetlere erişimde sorunlar yaşayan bir nüfus grubunu oluşturmaktadır (Montgomery ve ark. 2006).

Hastalığın doğası çocuklarla ilgili bakım ve koruma endişelerini gündeme getirebilmektedir. Bugünkü endişeler esas olarak güvenlik ve çocukların optimal duygusal ve bilişsel gelişimini sağlamak için annelerin yeterliliğine odaklanmaktadır. Bu doğrultuda annenin ihtiyaçlarından daha çok çocuğun yüksek yararı ilkesi gereğince çocuğun ihtiyaçlarının karşılanması, güvenliğinin ve bakımının temini önceliklidir. Hastalığın doğası kadınların ebeveynlik bakımından yetersiz olduklarına ilişkin kanı ve tedavi olabileceklerine ilişki şüphesi (Lagan ve ark. 2009) beraberinde getirerek çoğu zaman çocukların koruma altına alınmasına, annelerin çocuklarının velayetini kaybetmelerine, çocuk ile anne arasındaki bağın geçici ya da kalıcı biçimde yitirilmesine neden olabilmektedir.

Şizofreni gibi psikotik bir bozukluğu olan genç annelerin bebeğe ilişkin gerekli bakımı gerçekleştirebilmeleri ve ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için doğum sonrası önemli ölçüde desteğe ihtiyaçları vardır. Şizofreni tanısı olan annelerin özellikleriyle, hastalığın doğası nedeniyle çocuklarıyla etkileşimlerinde ortaya çıkabilecek risklerin değerlendirilmesi ve bu sorun alanına özgü psikososyal müdahalelerin neler olabileceğinin belirlenmesi sağlıklı anne bebek etkileşimine sağlayabileceği katkılar açısından önemli görülmektedir. Bu bağlamda çalışmada, şizofreni tanısı olan annelerin bebekleri ile etkileşimlerinde ortaya çıkan sorunların ve psikososyal müdahalelerin literatürde yer alan çalışmalar çerçevesinde ele alınması ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

### **Şizofreni Tanısı Olan Annelerin Özellikleri**

Her kadın anneliğe adaptasyonda ve çocuk bakımında çeşitli güçlükler yaşayabilir. Ancak şizofreni annelik rolleri ve sorumluluklarının gerçekleştirilmesinde çok daha büyük zorlukları beraberinde getirmektedir. Bu hastalığın doğası gereği hastalar hasta olduklarının farkında olmayabilirler. Hastalığın getirebileceği depresyon, yorgunluk ve odaklanma zorluğu ebeveynlerin çocuklarını koruma, karşılıklılık, kontrol ve rutinleri olumsuz şekilde etkilemektedir (Strand ve ark. 2020). Bakım sorumluluğu hastalığın ortaya çıkardığı sanrılardan ya da halüsinasyonlardan etkilenebilir (Bosanac ve ark. 2003). Şizofreniden kaynaklanan sosyal ve bilişsel yetersizlikler ebeveyn duyarlılığını diğer psikiyatrik hastalıklardan daha fazla olumsuz şekilde etkileyebilir (Mehta ve ark. 2013). Şizofreni teşhisi olan kadınlar genellikle aile, arkadaş ve kadınların dahil oldukları topluluk üyelerinden oluşan sosyal destek ağlarından yoksun olabilirler (Hollingsworth 2004). Sosyal destek yoksunluğu çocuk bakımının sağlanmasında, ebeveyn rol ve sorumluluklarının yerine getirilmesinde gerekli olan gündelik pratiklere yardımcı olan bilgiden yoksunluğu da beraberinde getirerek annelerin hastalık ve bebek bakımı ile baş başa kalmalarına yol açabilmektedir. Anneler çocuklarına nasıl daha iyi bakabileceklerini bilemeyebilirler.

Şizofreni tanılı annelerin bebekleri ile ilişki kurmadaki güçlükleri; hastalığın genel şiddetinin yol açtığı muhakeme yanlılığı (Garety ve ark. 2005), sosyal bilişsel bozukluklar (Montag ve ark. 2007), sosyal stresörlerin varlığı; damgalanma (Wan ve ark. 2008a),

ayrımcılığa maruziyet, koruyucu faktörlerin (sosyal destek ve eş desteğinin) eksikliği (Vauth ve ark. 2007) nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Mehta ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada sosyal bilişte hastalığın etkisi ile oluşan bozulma ile ebeveyn işlevselliğindeki yetersizlik arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Şizofreni tanısı olan annelerin duygularının bozukluğu olan anne babalara göre daha az duyarlı, daha az tepkili ve bebeğine daha fazla kapalı oldukları bulunmuştur (Wan ve ark. 2007, 2008b). Oyserman ve arkadaşlarının (2004) 379 kadını odak alan çalışmalarında önemli psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan annelerin yeni doğan bebeklerinin ihtiyaçlarına göre kendilerinin beslenme, dinlenme, hastalığın tedavisi için gerekli olan ihtiyaçların (randevular, ilaç kullanımı ve sessiz zaman) giderilmesinde güçlük yaşadıkları, ekonomik yetersizliklerinin bulunduğu bu durumda annelerin üzerindeki yükü arttırdığı belirlenmiştir.

Anneler, ebeveynlik becerilerini sergileyemedikleri ve çocuklarına hastalığın geçebileceği korkusu nedeniyle suçluluk duyabilirler ve kendilerini anneliğe layık görmeyerek kendi kendilerini damgalayabilirler (Dolman ve ark. 2013). Çocuklarının kendilerine çok fazla benzediğini düşünerek sonunda kendileri gibi hasta olabileceklerine dair endişe geliştirebilirler. Bu durum annelerin karşılaştıkları zorluklar için yardım arama girişimlerini azaltabilir ve kendilerini daha yalnız hissedebilirler. Çocuklarının kendilerinden dolayı damgalanmasından da endişe ederler (Diaz-Caneja ve Johnson 2004) ve bakım vermenin pratik yönlerinde daha fazla güçlük yaşayabilirler. Çocukları ile dokunsal temas kurmada zorlanabilirler. Bu durum anne ve bebek arasında zayıf etkileşime neden olabilir.

Doğum sonrası dönem şizofreni hastalığı olan kadınlar ve aileleri için özellikle hassas bir dönemdir (Matevosyan 2010, Vigod ve Ross 2010). Bebeklerin bakım verenlere tamamen bağımlı olduğu ilk yıllar psikopatolojisi olan ebeveynler için stresli olabilir. Bu bağlamda erken ebeveynlik dönemi ebeveynlerde psikopatolojinin yeni başlangıcı ve/veya tekrarı için bir kırılma dönemi olabilir. Yeni anne olmuş kadınlar bebeklerinin gereksinimlerini karşılamak, ağlamalarına cevap verebilmek için uyanık kalmak isteyebilirler ve bu nedenle ilaçları bırakabilirler ve tedaviye uyumsuzluk ortaya çıkabilir (Seeman 2010). İlaç alımının bırakılması ile hastalığın yoğunluğu artabilir ve bu nedenle çocuklarının velayetini kaybetme riski ile karşı karşıya kalabilirler (Busch ve Redlich 2007). Söz konusu uyumsuzluk nedeniyle hastalığın semptomlarında alevlenme görülebilir ve yeniden hastaneye yatırılabilirler. Bazı annelerin çocuklarına yakınları bakım verirken bazı annelerin çocukları da koruma altına alınabilir. Bu bağlamda şizofreni tanısı olan anneler, çocuklarının birincil bakım sağlayıcıları olmayabilirler. Anneler velayet sahibi olduklarında ise, çocuklar gerçekte büyükanneler, babalar veya diğer akrabalar tarafından büyütülebilir ve sonuç olarak, çocuklar tutarsız yetiştirme tarzı ile karşılaşabilirler.

Çocukların velayetinin kaybedilmesinde hastalığın seyri ile birlikte sosyo-demografik faktörler (sosyo-ekonomik durum, istihdama katılım, evli ya da bekar olma), kadınların hastaneye yatışları, yaşam kalitesi, öz bakımı gerçekleştirme durumu, sosyal

destek unsuru, kullanılan ilaçların yan etkileri vb. değişkenlerin tümü çocukların koruma altına alınması kararının verilmesinde belirleyici olabilmektedir. Avustralya da yapılan çalışmada şizofreni tanısı olan bekar annelerin çocuklarının evli olan ve aynı hastalık teşhisi bulunan annelerin çocuklarına göre daha sıklıkla koruma altına alındığı belirlenmiştir (Strega ve ark. 2008). Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde; Kumar ve ark. (1995)'nin yeni doğum yapmış 100 şizofreni tanılı anneye ilgili yaptıkları çalışmada annelerin %50'sinin bebeklerinin koruma altına alındığını ve hastaneden bebekleri olmadan taburcu edildikleri saptanmıştır. Chermonas ve arkadaşları (2000) şizofreni hastası olan ve çocukları koruma altına alınan kadınlarda derin ve bitmeyen keder ve öfkenin görülebileceğini belirtmektedir. Dipple ve arkadaşları (2002), Birleşik Krallık'ta Leicester'da psikiyatrik rehabilitasyon merkezinde yatılı tedavi ve rehabilitasyon gören 58 kadının deneyimlerine odaklanan çalışmalarında kadınların %68'inin çocuklarından en az birinden kalıcı olarak ayrıldıkları, bu kayba ilişkin yas yaşadıkları belirlenmiştir.

Şizofreni tanısı olan anneler hastalığın getirdiği olumsuz koşullara rağmen çocukları ile anlamlı ilişkiler kurma arzusu da gösterirler (Montgomery ve ark. 2006). Literatürde yer alan bir nitel çalışmada şizofreni tanısı olan annelerin anlatılarında en iyi anne olma hedefinden bahsettikleri (Montgomery 2005), kadınların çoğunun annelik rollerine değer verdikleri bulunmuştur (Khoshgofar ve ark. 2021). Bununla birlikte rollerini yetkin bir şekilde gerçekleştiremeyecekleri düşünülmektedir (Alves ve ark. 2017). Şizofreni potansiyel olarak anne-çocuk ilişkisinde işlevsel sorunlara neden olabileceği gibi anneliğe uyumda güçlüklerle de neden olabilmektedir. Bu bağlamda şizofreni tanısı olan annelerin hastalığın ortaya çıkardığı ebeveyn rol ve sorumluluklarının yerine getirilmesindeki sınırlılıklar ile iyi bir anne olma arzusu arasında çelişki yaşayabilecekleri söylenebilir. Cook ve Steigman (2000) ise çocuk yetiştirmenin, hastalığın tedavisinin önünde bir engel olarak görülmesi yerine annenin iyileşmedeki rolüyle tanınmasının gerekli olduğunu vurgulamaktadır. Bu bağlamda "çocuk sahibi olma" iyileşmeyi teşvik eden bir güç unsuru olarak görülmektedir.

### **Annedeki Şizofreninin Çocuk Sağlığına Etkisi**

Şizofreni tanısı olan annelerin çocukları zihinsel ve işlevsel sorunlar açısından risk altındadırlar (Dean ve ark. 2010). Gebelik dönemi ve doğum sonrası olumsuz çevresel koşulların genetik faktörlerle etkileşimi çocuklarda ruh sağlığı sorunlarının oluşumuna neden olabilmektedir (Tarbox ve Pogue-Geile 2008, Trotman ve ark. 2014). Şizofreni tanısı olan kadınların gebelik dönemlerinde bebeğin sağlığı ve kendi sağlıkları açısından çeşitli riskleri barındıran uygun olmayan beslenme, yetersiz doğum öncesi bakım gibi sorunları vardır (Skórska ve Makara-Studzińska 2020). Şizofreni tanısı olan kadınlar fetal gelişim üzerinde olumsuz etkisi olan sigara, alkol ve diğer uyuşturucu bağımlılıkları açısından risk altındadırlar (Fabre ve ark. 2021). Anne karnında başlayan yaşam seyrinde; düşük sosyo-ekonomik durum, etnik azınlık grubunda yer alma, barınma koşullarındaki yetersizlik,

annede madde kullanım öyküsünün bulunuyor olması (Eaton ve ark. 2000), yetersiz beslenme (bebeğin optimal beyin gelişimini destekleyemeyen beslenme) bebekte ileride ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarına ilişkin riskleri artırabilecek çevresel faktörler arasında yer almaktadır (Liu ve ark. 2015). Bu bağlamda gebelikte, doğum sırasında ve doğum sonrası dönemde komplikasyonların oluşabileceği söylenebilir (Fabre ve ark. 2021).

Doğum sonrasında anneler hastalığın etkisi ile bebeklerini istismar ya da ihmal edebilirler. Literatürde annelerin doğum sonrasında çeşitli sanrıların etkisiyle çocuklarını istismar edebilecekleri, bu durumun çocuğun koruma altına alınmasını gerektirdiği belirtilmektedir (Chandra ve ark. 2006). Örneğin; hastalığın doğasında var olan kötücül sanrıların etkisi ile bebeklerini beslemeyebilirler, başkalarının bebeği beslemesine de zehirleyecekleri korkusuyla izin vermeyebilirler ya da kötücül sanrılar nedeniyle bebeklerin yaralanmasına ya da ölümüne neden olabilirler. Plant ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir çalışmada şizofreni tanısı olan ebeveynlerin çocuklarının ihmal ve istismara maruziyet açısından risk altında oldukları belirlenmiştir. Bu bağlamda çocuk refahı kurumlarının çocukların koruma altına alınması yönünde yaklaşım benimsemeleri gerekli görülmektedir. Şizofreni tanısı olan annelerde ebeveynliği reddetme, tutarsız ebeveyn tutumları oluşabileceği gibi ebeveyn-çocuk ilişki tarzlarının belirlenmesine yönelik olarak yapılan çalışmaların bazılarında şizofreni ile birlikte annelerde izin verici ebeveyn tutumunun, ebeveyn kararlığında azalmanın ve otoriter ebeveyn tutumunun görülebileceği belirtilmektedir (Engur 2017, Mowbray ve ark. 2002).

Şizofreni tanısı olan bireylerin bulunduğu ailelerde aile içi çatışmalar sıklıkla yaşanabilmektedir. Aile içindeki çatışmalar çocukların sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimleri açısından risk oluşturur (Vauth ve ark. 2007). Anneyle eş arasındaki sorunlu ve çatışmalı ilişki ileriki yıllarda çocukların gelişimini engelleyebilir (Wynne ve ark. 2006). Bu çocuklar sosyal, bilişsel ve psikolojik sorunların ortaya çıkması bakımından daha savunmasızdırlar (Mowbray ve ark. 2006). Ebeveynlerinde şizofreni tanısı olan çocuklar damgalanma, ekonomik zorluklar deneyimleyebileceği gibi stresle de yaşatlarına göre daha fazla karşılaşır (Wan ve ark. 2007). Bu bağlamda şizofreni tanısı olan ebeveynlerle büyüyen çocuklar sağlıklı ebeveynlerle büyüyen çocuklara göre olumsuz çevresel faktörlerle daha fazla etkileşim halindedirler ve kendilerini koruyabilecek sosyal destek kaynaklarına erişimde yaşatlarına göre daha fazla güçlük yaşayabilirler. Webster (1992) tarafından yapılan bir araştırmada; şizofreni tanısı olan annelerin bulunduğu aileler incelenmiş ve bu tür ailelerde büyüyen çocukların çok azının ailesel ve profesyonel destek aldığı belirlenmiştir. Literatürde yer alan çalışmalarda şizofreni tanısı olan annelerin aile içi çatışmaların yaşanmadığı hanelerde yaşamaları ve güçlü sosyal desteğe sahip olmaları durumunda çocuklar için koruyucu bir ortamın oluşabileceği belirtilmektedir (Dunn 1993).

## Annedeki Şizofreninin Bebekteki Bağlanma ile Etkileşimi

Bebeklerin psikososyal gelişim süreci, bakımveren ve çocuk arasındaki sosyal ilişkiye bağlıdır. Çocukların büyük kısmı önce anneleriyle ilgili olarak kalıcılık şemaları geliştirirler ve daha sonra diğer çevresel uyaranlara bu şemayı genellerler. Anne ve bebek arasındaki etkileşimde sorunlar olduğunda bebekler ilgilerini cansız nesnelere doğru kaydırırlar ve kalıcılık şemalarının edinilmesinde gerilik gösterirler. Çocuğun ilk yılında bir süre annenin hastanede kalmasına bağlı olarak eklenen ayrılık faktörü de çocuğun nesne kalıcılık şemalarını edinmesini engelleyebilir. Erken dönemde bebek ve anne arasındaki duygusal deneyimler sonraki yıllarda ortaya çıkacak olan duygu düzenleme becerilerinin gelişimine zemin hazırlamaktadır (Denham ve ark. 2015). Duygusal olarak erişilebilir ve bebeğin ihtiyaçlarına duyarlı anne hassasiyeti ve bebeği ile arasındaki uyum bebeğin duygu düzenleme ve bilişsel becerilerinin gelişiminde önemli rol oynamaktadır (Cohn ve Tronick 1989). Annedeki şizofreni bebeğin ihtiyaçlarına duyarlılığı engelleyebilmektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda şizofreni hastası olan kadınların bebekleri ile iyi bağ kuramadıkları (Riordan ve ark. 1999), bebeklerine uzak (Cazas 2007), müdahaleci ve kendi içlerine kapanık oldukları, anne-bebek etkileşim kalitesinin düşük olduğu belirtilmektedir (Hipwell ve ark. 2000). Bu bağlamlarda annelerdeki şizofreni, anne-bebek ilişkisini ve anne ile bebeğin uyumunu bozabilmektedir (Malhotra ve ark. 2015).

Bebekler ve küçük çocuklar tehlike hissettiklerinde dürtüsel olarak bakıcılarını ararlar. Bu kapsamda “bağlanma” bebek ile bakıcı arasındaki koruyucu bağı ifade etmektedir. Bowlby (1984) bağlanmanın yaşamın ilk yılında ebeveyn çocuk ilişkisi içinde geliştiğini belirtir. Bebeğin geliştirebileceği bağlanma güvenli, güvensiz ve kaçınmacı ya da kararsız bağlanma olarak üç türe ayrılmaktadır (Ainsworth ve ark. 2015). Söz konusu bağlanma stillerine “düzensiz bağlanma” da daha sonra eklenmiştir.

Bebeklerde güvenli bağlanmanın oluşmasında optimal gelişimlerini destekleyen, gereksinimlerine yönelik hassas bakımın verilmesi önemli görülmektedir. Bu durumda ebeveyn “güvenli üs” olarak nitelendirilebilir. Güvenli bağlanma stili gelişmiş olan küçük çocuklar annelerinden ya da bakım verenlerden ayrıldıklarında yalnızca hafif bir sıkıntı gösterebilirlerken, güvensiz bağlanan küçük çocuklar annesinin ya da bakım verenin gitmesine ve yeniden ortaya çıkmasına kayıtsız görünebilirler ya da ayrılık anında umutsuzca annelerine tutunabilirler. Kaygılı bağlanma stiline anneleri ile yeniden bir araya geldiklerinde tekrar ağlayabilir ya da anneye sarılabilirler. Güvensiz (kaçınan veya kararsız) bağlanma paylaşılan çevresel faktörler tarafından belirlenir (Fearon ve ark. 2006) ve özellikle düşük anne duyarlılığı ile ilişkilidir (Moran ve ark. 2005). Şizofreni annede düşük ebeveyn duyarlılığına neden olabilmektedir. Şizofreni tanısı olan annelerin bebeklerinin ilk dört ayda çevreden gelen uyaranlara karşı daha az dikkatli (Riordan ve ark. 1999) ve daha kaçınmacı (Wan ve ark. 2007) bağlanma özelliği sergiledikleri belirlenmiştir. Bebekler 12 aylık olduklarında ise güvensiz bağlanma stili geliştirebilirler (D’Angelo 1986). Annelerin kişilik özellikleri ve

çocuk yetiştirme davranışları, yeni yürümeye başlayan çocukların güvensiz bağlanmalarının ana itici gücü olarak görülmektedir (Brook ve ark. 2003). Düzensiz bağlanma ise; bakıcının çocuğa rahatlık sağlamak için tutarlı bir strateji organize edememesi olarak tanımlanmaktadır (Main ve Hesse 1990). Annedeki düşük ebeveyn duyarlılığı bebek ile zayıf etkileşime neden olarak bebekte düzensiz bağlanmanın da zeminini hazırlayabilmektedir (Wan ve ark. 2007). Çocuklarda sonraki yıllarda ortaya çıkabilecek psikotik bozukluk, tepkisiz, içine kapanık ve bebek odaklı olmayan etkileşimlerle ilişkilendirilmiştir (Wan ve ark. 2008b). Ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarında güvensiz bağlanma daha sonraki yıllarda düşük sosyal yeterliliğe (Schneider ve ark. 2001) neden olabilmektedir. Sağlıklı anneliğe özgü tutum ve davranışlar çocuğun güçlü, ikircikli olmayan bağlanma davranışı geliştirmesine katkı sunarken, işlevsel olmayan sağlıklı annelik tutum ve davranışları ise çocukta zayıf veya endişeli bağlanmaya, nesne sürekliliği ve kişi kalıcılığı algısında bozulmaya neden olabilmektedir.

Bebeklerin annelerinde gözlemledikleri olumlu duygulara (sevgi, şefkat, mutluluk) ilişkin yüz ifadeleri ile olumsuz duyguları (öfke, üzüntü, huzursuzluk) gösteren ya da bebeğe duyarsızlığı ifade eden yüz ifadeleri bebeklerin bağlanma stillerinin farklılaşmasında rol oynamaktadır. Şizofreni tanısı olan annelerin yüz ifadeleri hastalık nedeniyle olumsuz duyguları ya da bebeğe kayıtsızlığı yansıtabilir. Bebeklerin olumsuz uyarılmayı düzenlemek için bazı yetenekleri (başka tarafa bakma veya parmak emme gibi) olsa da, bunlar oldukça refleksiftir ve etkinlikleri sınırlıdır (Kopp 1982). Erken yüz yüze etkileşimlerde ebeveynlerinin düz ve olumsuz ifadelerine tekrarlı şekilde maruz kalan bebekler, daha düz ve daha olumsuz ifadelerle karakterize olan depresif bir etkileşim stili edinebilirler. Bebeğin kabul edildiğini, sevildiğini gösteren yüz ifadeleri çocuğun güvenli bağlanma stili geliştirmesinde rol oynarken, kayıtsız ya da olumsuz duyguları yansıtan yüz ifadeleri bebeklerin güvensiz, kaygılı bağlanma stili geliştirmelerine, duygu düzenleme becerilerinin gelişiminde sorunlara neden olabilmektedir.

### **Şizofreni Tanısı Olan Anne ve Bebeği Arasındaki Sorunlara Müdahaleler**

Psikiyatrik sağlık sorunu olan bireylerin bulunduğu aile sayısının fazlalığı, ailelere yönelik psikososyal destek programlarının eksikliği, şizofreni tanısı olan annelerin çocuklarının koruma altına alınmasında belirleyici olabilmektedir. Etkili müdahalelerden yararlanamayan şizofreni tanısı olan ebeveynler çocuklarının velayetini çok sık kaybederler (Mason ve ark. 2007). Bu durumun erken müdahalelerle önenebileceği literatürde belirtilmektedir (Reupert ve Maybery 2011).

Şizofreni tanısı olan annelere yönelik müdahaleler çok disiplinli bir ekibin (kadın doğum uzmanı, psikiyatrist, neonatolog, psikolog/ psikolojik danışman, sosyal hizmetler mezunu, çocuk gelişimci ve beslenme uzmanı vb. uzmanların değerlendirmelerde bulunmalarının, disiplinler arası yaklaşımla müdahaleye ilişkin planlama yapmalarını, uygulamayı ve izlemi gerekli kılmaktadır. Değerlendirme aşamasında; hastaların biyopsikososyal durumu,

planlanmış ya da istenmeyen gebelik olup olmadığı, tedaviye uyum, hastalık-tedavi ile anne ve bebeğin etkileşimi, annenin alkol, sigara ve uyuşturucu kullanıp kullanmama durumu, yaşam stresörleri, annenin sosyal destek ağları, ev koşulları, şiddete uğrama riski, öz bakımın gerçekleşip gerçekleşememe durumu birlikte değerlendirilmelidir.

*Gebelik öncesi şizofreni tanısı olan kadınlara yönelik psikososyal müdahaleler;* şizofreni tanısı olan kadınlara doğum kontrolü ve gebeliğe karar vermede danışmanlık sunulması, gebeliğe karar vermede akran desteğini bir başka önemli uygulama alanıdır (Cook ve Steigman 2000). Şizofreni bireylerde bilişsel sorunları ortaya çıkarabilir. Sosyal bilişsel beceriler, işleme hızı, bilişsel esneklik ve motivasyondaki sorunlar ebeveyn çocuk ilişkisini etkileyebilir (Mehta ve ark. 2013). Bilişsel yetersizliklerin ve semptomların azaltılmasına yönelik psikososyal müdahaleler arasında yer alan bilişsel terapiler, aile terapisi, yaşam ve sosyal beceri eğitimi, bilişsel ve davranışçı terapinin sosyal bilişsel yetersizliklerin üstesinden gelinmesinde etkili olabileceği literatürde belirtilmektedir (Turkington ve ark. 2004). Eack ve arkadaşlarının (2011) Pittsburgh da yaptıkları çalışmada hafıza, dikkat ve problem çözme gibi süreçleri iyileştirmeyi amaçlayan bilişsel iyileştirme müdahalelerinin faydalı olabileceği belirlenmiştir.

### **Doğum öncesi Şizofreni Tanısı Olan Kadınlara Yönelik Psikososyal Müdahaleler**

Şizofreni tanısı olan kadınlara yönelik müdahaleleri Liu ve arkadaşları (2015) doğum öncesi bakımın artırılması, ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi için eğitim, sosyal desteğin artırılması, bilişsel yetersizlik ve semptomların azaltılması, aile merkezli bakımın oluşturulması şeklinde özetlemektedirler. Şizofreni tanısı olan gebeler doğum öncesi tedavi ve bakıma erişimde hastalığın doğasından kaynaklı nedenlerle (hastane randevularına gitmeyi reddetmek, doğum öncesi bakım planlarına uyumsuzluk), çevresel etmenler (kadınların eşlerinde ya da ailelerinde doğum öncesi tedavi ve bakıma ilişkin duyarsızlık, sağlık hizmetlerine ulaşımında coğrafi sınırlılıklar, sosyo-ekonomik yetersizlikler) gibi çeşitli engellerle karşılaşabilirler (Liu ve ark. 2010). Doğum öncesindeki bakımın artırılması; doğum öncesinde fetüsün gelişimine ve annenin sağlığına katkı sağlayacak beslenmeyi, stres yaratabilecek faktörlerin azaltılmasını, sağlık hizmetlerine erişimi, gebelik takibi uygulamasının şizofreni hastalığı ve tedavisiyle birlikte değerlendirilerek yapılandırılmasını içermektedir. Söz konusu engellerin ortadan kaldırılmasına dönük koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin oluşturulması için temel sağlık hizmetlerinin içerisinde ruh sağlığı hizmetleri, kadın üreme sağlığı hizmetleri ve tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanları arasında koordinasyonun sağlanması gerekmektedir. Gebelik sürecinde şizofreninin tedavisine uyum ilaç etkileşimlerinden kaynaklı olarak sürdürülemeyebilir. Bu durum kadınlarda öz bakımı olumsuz biçimde etkileyebilecek sorunların doğmasına neden olabilir. Öz bakımın sağlanabilmesi için doğum öncesi süreçte annenin profesyonel bakım hizmetlerinden yararlandırılması gerekmektedir.

## Doğum Sonrası Anne Bebek Etkileşimine Odaklanan Müdahaleler

anne ve bebek etkileşimini odak alan çeşitli müdahaleler hastalıktan kaynaklı zorlukların üstesinden gelinmesinde etkili olabilmektedir. Anne çocuk bağlanmasını destekleyen ve kolaylaştıran müdahaleler risk altındaki çocuklarla ilgili önleyici çalışmalar için fırsat sunmaktadır (Craig ve Bromet 2004).

Yalnızca annenin hastalığa ilişkin semptomlarını azaltmanın bile anne-çocuk ilişkisine yardımcı olabileceği literatürde belirtilmektedir (Kahng ve ark. 2008). Hastalığa ilişkin semptomların azaltılmasına yönelik müdahaleler ile birlikte ebeveynlik eğitimi, annelere ve ailelerine danışmanlık, annelere yönelik ebeveynlik koçluğu, ebeveyn destek grupları yararlanılabilecek uygulamalardır. Deane ve arkadaşlarının (2012) Wollongong da yaptıkları araştırma sonucunda grup çalışmaları ile şizofreni tanılı bireylerin sosyal ilişkilerinde olumlu yönde ilerlemeler gözlemlenmiştir. Cook ve Steigman (2000) anne ve çocuk ilişkisinin korunması için; ebeveynlerin güçlerinin ve ihtiyaçlarının değerlendirilmesinin, sosyal yardımlar ve haklar konusundaki danışmanlığın, kendi kendine yardımın, çocuklar için destek gruplarının ve ilaç yönetiminin, evsiz olan ya da düşük gelire sahip anneler için konut desteğinin önemli müdahale araçları olduğunu belirtmektedir. Doğum sonrasında anne bebek etkileşiminin sağlıklı şekilde sürdürülmesine ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitimlerle, eşlerin şizofreni tanılı anneleri nasıl destekleyeceklerine ilişkin eğitimler faydalı olabilir. Waldo ve arkadaşlarının. (1987) Colorado'da yaptıkları çalışma sonucunda şizofreni tanılı annelere ebeveynlik beceri programlarıyla annelik becerilerinin kazandırabileceği saptanmıştır. Bu tür programların gerekli ebeveynlik becerilerinin ve kapasitesinin geliştirilmesinde etkin rol oynayabileceği (Wan ve ark. 2008b) literatürde belirtilmektedir. Bunun yanı sıra anne duyarlılığını arttırmayı amaçlayan müdahalelerinde (video tabanlı geri bildirim yoluyla gözlem ve modelleme) önemli olduğu literatürde ifade edilmektedir (Velderman 2011). Doğrudan anneyi geliştirmeye odaklanan video tabanlı geri bildirim ile desteklenen müdahalelerle gözlem ve modelleme yoluyla davranışsal duyarlılığın oluşturulması hedeflenir. Juffer ve arkadaşlarının (1997) Hollanda'da yaptıkları çalışmada video abanlı geri bildirim anne duyarlılığını arttırmada etkin olabileceği belirlenmiştir.

Bebek masaj terapisi de şizofreni tanısı olan anneler ile bebek arasındaki sağlıklı etkileşime yardımcı olabilir. Masaj, anne ve bebek arasındaki bağı geliştiren, dokunma ve göz teması kurmanın en kolay ve en doğal yollarından biridir (Gürol ve Polat 2012). Onozawa ve arkadaşları (2001) bebeklerine masaj yapan annelerin bebekleri ile etkileşimlerinin arttığını belirtmektedirler. Bebek masajı terapisi; annelerin bebeğe dokunuşları sonrasında bebekte ortaya çıkan tepkileri nasıl yorumlamaları gerektiği konusunda annelerin eğitimine odaklanan bir yaklaşım sunmaktadır (Wan ve ark. 2008b). Bebek masajı annelerin hastalığın neden olduğu bebeğe dokunmaktan kaçınmanın üstesinden gelinmesine yardımcı olabilir. Bu süreçte annelere profesyonel çocuk bakımının sağlanması anne ve bebek

arasındaki ilişkisel güçlüklerin üstesinden gelinmesinde önemli rol oynayabilir.

Şizofreni tanısı olan annelerin bebekleri ile sağlıklı etkileşimlerine katkı sunan, güçlü yönleri odaklanan bireyselleştirilmiş bakım planları ile birlikte aile odaklı bakım sistemi çocukların, ebeveynlerin ve geniş ailenin ihtiyaçlarına odaklanmaktadır. Ailelerde kapsamlı bakımın sunulması oldukça önemlidir. Aile merkezli kapsamlı bakımın oluşturulması; (doğum öncesi, birincil, psikiyatrik ve pediatrik bakımı), gündelik yaşamdaki pratik ihtiyaçların (ekonomik, yasal konularda danışmanlığı ve savunuculuğu, sağlıklı konuta ve ulaşım hizmetlerine erişimi, okul ve mesleki yardımı) karşılanmasını, kriz yönetimini, danışmanlığı içermektedir (Cook ve ark. 2014). Literatürde ebeveyn-çocuk ilişkisine odaklanan aile merkezli bakım müdahalelerin etkili müdahaleler olabileceği belirtilmektedir (Guttentag ve ark. 2006). Aile odaklı bakım sistemi güç temellidir, sürekli değerlendirmeyi destekler. Aileler ve profesyoneller arasındaki iş birliğini teşvik eder, birden fazla kurum ve hizmet (çocuk ve aile refah hizmetleri ve sağlık hizmeti vb.) arasındaki iş birliğini ve kültürel duyarlılığı içerir. Ebeveynlerin sosyal işlevsellik alanlarına olumlu yönde katkı sağlayabilecek aile merkezli kapsamlı bakım şizofreni tanılı annelerin tedavi süreçlerine, çocukların güvende olmalarına, aile refahının sağlanmasına, çocuklar açısından risklerin azaltılmasına katkı sağlayabilir. Bu grupla çalışmak çocuk refah hizmetleri, ruh sağlığı ve bakım hizmetlerinin birlikte çalışmasını, anne ve bebeğin ihtiyaçlarının birlikte değerlendirilmesini, anne ve bebeğin ihtiyaçlarına cevap verebilir müdahaleleri gerektirmektedir. Annelerin güçlü yanlarını vurgulayan, damgalanmayı azaltan ebeveynlik programları da davranış değişikliğini motive etmeye yardımcı olabilir. Anne ve bebek etkileşimini odak alan sosyal bilişsel müdahalelerin dahil olduğu aile merkezli bakım ile şizofreni tedavisinin bütünleştirilmesi hastalığın doğası nedeniyle ortaya çıkabilecek çeşitli risk faktörlerinin (çocuk ihmal ve istismarı, çocukların sağlıklı gelişimlerinde ortaya çıkabilecek engeller) azaltılmasına, ebeveynlik becerilerinin ve kapasitesinin artırılmasına katkı sunabilir. Aynı zamanda annelerin tedaviye uyumlarını arttırabilir. Yedi gün yirmi dört saat esasına dayalı krize müdahale hizmetleri, gerektiğinde irtibat ve savunuculuk gibi temel hizmetleri içeren aile merkezli, güçlü yönleri dayalı, duygusal olarak destekleyici, kapsamlı bütüncül yaklaşımlara gereksinim duyulmaktadır (Reupert ve Maybery 2007).

Şizofreni hastası annelerin yaşadığı sosyal destek eksikliği ya da destekleyici ilişki yoksunluğu nedeniyle anne-bebek ilişkisindeki zorluklar daha da artabilmektedir. Bu bağlamda grup temelli çalışmalar sosyal izolasyonun önlenmesi ve damgalamanın azaltılmasında yararlı olabilir. Sosyal desteğin artırılması; şizofreni tanısı olan anne ile eşi arasındaki stresi ve çatışmayı azaltmayı ve ebeveynlik kapasitesini arttırmayı da içermektedir (Abel ve ark. 2005). Destek grupları (Fleming ve ark. 1992), danışmanlık (Murray ve ark. 2003), sosyal hizmet uzmanları tarafından yapılan ev ziyaretleri (Gelfand ve ark. 1996) sosyal desteğin artırılmasında önemli rol oynayabilir. Fallon ve ark. (1982)'nin Los Angeles'te yaptıkları çalışmada şizofreni tanılı bireylerin ailelerine verilen danışmanlığın hastalığın nüksetmesinde önleyici olabileceği belirlenmiştir. Ayrıca topluluk

temelli programlara da yer verilmesinin önemli olduğu literatürde belirtilmektedir (Nicholson ve Miller 2008).

*Toplum temelli müdahaleler;* şizofreni tanısı olan gebelik döneminde olan kadınlara, yeni doğum yapmış annelere ve ailelerine yönelik toplum temelli rehabilitasyon bir diğer önemli müdahale alanını oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü şizofreni tanılı olan bireylere yönelik tedavi ve psikososyal müdahalelerin toplum temelli rehabilitasyonu içerecek şekilde yapılandırılmasının önemli olduğunu belirtmektedir (WHO 2008, Brooke-Sumner ve ark. 2015). Toplum temelli rehabilitasyona dönük müdahaleler sağlık, eğitim, sosyo-ekonomik kaynaklara erişim ve sosyalleşme etrafında toplanmaktadır (WHO 2010). Toplum temelli psikososyal müdahalelerin şizofreni tedavisine sağlayabileceği katkı Sri Lanka, Hindistan, Bangladeş örneklerinde görülebilmektedir (Raja ve ark. 2008). Toplum temelli müdahaleler şizofreni tanısı olan annelerin yaşam kalitelerini arttırarak ailelerine de doğum öncesi ve doğum sonrasında süreci yönetmelerine katkı sunar. Şizofreni tanısı olan kadınların ve ailelerinin sosyal bütünleşmesini sağlayarak yalnızlık ve damgalanmanın üstesinden gelinmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

## Sonuç

Gelişkin çocuk bakımının uygulanmasının sağlanması tüm toplumlar için bir halk sağlığı stratejisidir. Bu bağlamda şizofreni tanısı olan anneler, ebeveynler ve çocukları için sağlıklı etkileşimin sağlanmasına ve risk faktörlerinin önlenmesine dönük uygulamaların oluşturulması gerekmektedir. Şizofreni tanısı olan annelerin ebeveyn rolünü başarılı bir şekilde gerçekleştirmelerine yönelik müdahale programlarının geliştirilerek tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine dahil edilmesi hem anneler hem de bebekler için önemli bir gerekliliktir. Şizofreni tanısı olan annelerle ilgili olarak masaj terapisinin, aile merkezli yaklaşımların ve sosyal bilişsel beceri eğitimlerinin etkinliğini incelemek için araştırmalara ihtiyaç vardır.

Şizofreni tanısı olan annelerin bulunduğu ailelerin araştırılması, şizofreni tanısı olan annelerin ruh sağlığı hizmetlerince takiplerinin yapılarak kaç kadının anne olduğunun, yeni doğum yapmış şizofreni tanısı olan annelerin belirlenmesi, çocuk sayılarının ve durumlarının (koruma altında olan çocuklar ile annelerinin yanında büyüyen çocukların) belirlenmesi önemli görülmektedir. Bu bağlamda şizofreni tanısı olan annelerle ilgili araştırmaların yapılması gerekmektedir. Bütüncül bir yaklaşımla şizofreni hastası olan annelerin ve çocuklarının biyopsikososyal özellikleri ve çevre ile etkileşimlerine odaklanılarak anne ve çocuk ilişkisinin sağlıklı biçimde devam ettirilmesine yönelik ailelere, şizofreni hastası olan kadınlara ve çocuklara yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilitasyona katkı sağlayabilecek multidisipliner yaklaşıma dayalı uygulamalara gereksinim duyulmaktadır.

Annelere aile sağlığı hizmetlerini sağlamak, doğumun şizofreni tanısı olan anneler ve aileler için bir kriz durumu oluşturması nedeniyle krize önceden hazırlık, günlük ebeveynlik faaliyetlerini belgelemek, mevcut ebeveynlik kaynaklarından yararlanmak ve ailelere şizofreni tanısı olan annenin ve bebeğin durumu ve

yasal konular hakkında gerekli bilgilendirmelerin yapılarak, danışmanlık sunulması gerekmektedir.

Makro perspektiften bakıldığında çocuk ve aile refahı kurumları ile yetişkin ruh sağlığı hizmetleri arasında iş birliğinin arttırılması gerekmektedir. Bu bağlamda toplum ruh sağlığı merkezleri koruyucu ve önleyici, tedavi ve rehabilite edici çalışmalar açısından önem taşımaktadır. Literatürde toplum ruh sağlığı merkezlerinde çocukların psikososyal gelişimi, ebeveynlik becerilerinin ve kapasitesinin geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılabileceği belirtilmektedir (Çiçekoğlu ve Duran 2018). Şizofreni tanılı anne adaylarına ve yeni doğan bebeği olan annelere, eşlerine ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler kapsamında psikoeğitim çalışmaları yapılabilir, danışmanlık hizmetleri sunulabilir. Annelerin uygun hizmetlere erişimlerinin sağlanması, şizofreni tanılı annelerin çocuklarına uygun şekilde bakmalarına yardımcı olacak ve çocukların aileleri ve toplulukları içinde büyümelerine ve gelişmelerine olanak tanıyacak uygulama modellerine gereksinim duyulmaktadır.

**Yazarların Katkıları:** Yazarlar çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladıklarını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduklarını kabul etmiştir.

**Danışman Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

**Authors Contributions:** The authors attest that they have made an important scientific contribution to the study and have assisted with the drafting or revising of the manuscript.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the authors.

**Financial Disclosure:** The authors declared that this study has received no financial support.

## Kaynaklar

Abel KM, Webb RT, Salmon MP, Wan MW, Appleby L (2005) Prevalence and predictors of parenting outcomes in a cohort of mothers with schizophrenia admitted for joint mother and baby psychiatric care in England. *J Clin Psychiatry*, 66:781-789.

Ackerson BJ (2003) Coping with the dual demands of severe mental illness and parenting: the parents' perspective. *Fam Soc*, 84:109-118.

Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E, Wall S (2015) *Patterns of Attachment*. New York, Taylor and Francis.

Alves M, Rodrigues, AR, Moreira AM, Queirós O (2017) The impact of parental schizophrenia in the development of behavioral disorders and mental illness in children. *Eur Psychiatry*, 41:728-728.

APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington D.C., American Psychiatric Association.

Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K (2011) Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*, 22:40-52.

Bosanac P, Buist A, Burrows G (2003) Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry*, 37:24-30.

Bowlby J (1984) *Attachment and Loss: vol 1. Attachment (revised ed)*. Penguin, London.

Brook JS, Brook DW, Whiteman M (2003) Maternal correlates of toddler insecure and dependent behavior. *J Genet Psychol*, 164:72-87.

- Brooke-Sumner C, Petersen I, Asher L, Mall S, Egbe CO, Lund C (2015) Systematic review of feasibility and acceptability of psychosocial interventions for schizophrenia in low and middle income countries. *BMC Psychiatry*, 15:1-12.
- Busch A, Redlich AD (2007) Patients' perception of possible child custody or visitation loss for nonadherence to psychiatric treatment. *Psychiatr Serv*, 58:999-1002.
- Campbell L, Hanlon MC, Poon AWC, Paolini S, Stone M, Galletly C et al. (2012) The experiences of Australian parents with psychosis: the second Australian national survey of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 46:890-900.
- Cardno AG, Marshall EJ, Coid B, Macdonald AM, Ribchester TR, Davies NJ et al. (1999) Heritability estimates for psychotic disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 56:162-168.
- Cazas O (2007) Femmes psychotiques et maternité: quels risques pour l'enfant? *Gynecol Obstet Fertil Senol*, 35:1055-1059.
- Chandra PS, Bhargavaraman RP, Raghunandan VNGP, Shaligram D (2006) Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Arch Womens Ment Health*, 9:285-288.
- Chernomas WM, Clarke DE, Chisholm FA (2000) Perspectives of women living with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 51:1517-1521.
- Cohn JE, Tronick E (1989) Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28:242-248.
- Cook J, Steigman P (2000) Experiences of parents with mental illnesses and their service needs. *J Calif Alliance Ment Ill*, 11:21-23.
- Cook JA, Steigman PJ, Jonikas JA (2014) Outcomes of programs serving mothers with psychiatric disabilities and their young children: a multisite case file abstraction study. *Psychiatr Rehabil J*, 37:232-241.
- Craig T, Bromet EJ (2004) Parents with psychosis. *Ann Clin Psychiatry*, 16:35-39.
- Currier GW, Simpson GM (1998) Antipsychotic medications and fertility. *Psychiatr Serv*, 49:175-176.
- Çiçekoğlu P, Duran S (2018) Dünyada ve Türkiye'de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. Ünsal Barlas G, editör. *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Türkiye Klinikleri.
- D'angelo EJ (1986) Security of attachment in infants with schizophrenic, depressed, and unaffected mothers. *J Genet Psychol*, 147:421-422.
- Davies B, Allen D (2007) Integrating "mental illness" and "motherhood": the positive use of surveillance by health professionals. A qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 44:365-376.
- Dean K, Stevens H, Mortensen PB, Murray RM, Walsh E, Pedersen CB (2010) Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67:822-829.
- Deane, FP, Mercer J, Talyarkhan A, Lambert G, Pickard J (2012). Group cohesion and homework adherence in multi-family group therapy for schizophrenia. *Aust N Z J Fam Ther*, 33:128-141.
- Denham SA, Bassett HH, Wyatt T (2015) The socialization of emotional competence. In: *Handbook of socialization: Theory and research* (Eds: JE Grusec, PD Hastings): 614-637. London, Guilford.
- Diaz-Caneja A, Johnson S (2004) The views and experiences of severely mentally ill mothers--a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39:472-482.
- Dipple H, Smith S, Andrews H, Evans B (2002) The experience of motherhood in women with severe and enduring mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37:336-340.
- Dolman C, Jones I, Howard LM (2013) Preconception to parenting: a systematic review and metasynthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Arch Womens Ment Health*, 16:173-196.
- Dunn B (1993) Growing up with a psychotic mother: A retrospective study. *Am J Orthopsychiatry*, 63:177-189.
- Eack SM, Pogue-Geile, MF, Greenwald DP, Hogarty SS, & Keshavan MS (2011) Mechanisms of functional improvement in a 2-year trial of cognitive enhancement therapy for early schizophrenia. *Psychol Med*, 41:1253-1261.
- Eaton WW, Mortensen PB, Frydenberg M (2000) Obstetric factors, urbanization and psychosis. *Schizophr Res*, 43:117-123.
- Engur B (2017) Parents with psychosis: Impact on parenting & parent-child relationship. *J Child Adolesc Behav*, 5:1-4.
- Erbaydar NP (2009) Hastalık yükü kavramı ve hesaplanmasında kullanılan ölçütler ve daly kavramına kısa bakış. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28:20-25.
- Fabre C, Pauly V, Baumstarck K, Etchecopar-Etchart D, Orleans V, Llorca PM et al. (2021) Pregnancy, delivery and neonatal complications in women with schizophrenia: a national population-based cohort study. *Lancet Reg Health Eur*, 10:1-9.
- Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AM (1982) Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *N Engl J Med*, 306:1437-1440.
- Fearon RMP, Van IJzendoorn MH, Fonagy P, Bakermans-Kranenburg MJ, Schuengel C, Bokhorst CL (2006) In search of shared and nonshared environmental factors in security of attachment: A behavior-genetic study of the association between sensitivity and attachment security. *Dev Psychol*, 42:1026-1040.
- Fleming AS, Klein E, Corter C (1992) The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *J Child Psychol Psychiatry*, 33:685-698.
- Garety PA, Freeman D, Jolley S, Dunn G, Bebbington PE, Fowler DG et al. (2005) Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis. *J Abnorm Psychol*, 114:373-384.
- Gelfand DM, Teti DM, Seiner SA, Jameson PB (1996) Helping mothers fight depression: Evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants. *J Clin Child Psychol*, 25:406-422.
- Guttentag CL, Pedrosa-Josic C, Landry SH, Smith KE, Swank PR (2006) Individual variability in parenting profiles and predictors of change: Effects of an intervention with disadvantaged mothers. *J Appl Dev Psychol*, 27:349-369.
- Gürol A, Polat S (2012) The effects of baby massage on attachment between mother and their infants. *Asian Nurs Res*, 6:35-41.
- Hipwell AE, Goossens FA, Melhuus EC, Kumar R (2000) Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Dev Psychopathol*, 12:157-175.
- Hollingsworth LD (2004) Child custody loss among women with persistent severe mental illness. *Soc Work Res*, 28:199-209.
- Juffer F, Hoksbergen RA, Riksen-Walraven JM, Kohnstamm GA (1997) Early intervention in adoptive families: supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *J Child Psychol Psychiatry*, 38:1039-1050.
- Kahng SK, Oyserman D, Bybee D, Mowbray C (2008) Mothers with serious mental illness: When symptoms decline does parenting improve? *J Fam Psychol*, 22:162-166.
- Khoshgoftar M, Khodabakhshi-Koolae A, Sheikhi MR (2021) Analysis of the early mother-child relationship in schizophrenic patients. *Int J Soc Psychiatry*, 1-7.
- Kılıç C (2020) Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyacı konusunda neredeyiz? *Toplum ve Hekim*, 35:179-187.
- Kopp CB (1982) Antecedents of self-regulation: A developmental



- perspective. *Dev Psychol*, 18:199-214.
- Kumar R, Marks M, Platz C, Yoshida K (1995) Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *J Affect Disord*, 33:11-22.
- Lagan M, Knights K, Barton J, Boyce PM (2009) Advocacy for mothers with psychiatric illness: A clinical perspective. *Int J Ment Health Nurs*, 18:53-61.
- Liu CH, Keshavan MS, Tronick E, Seidman LJ (2015) Perinatal risks and childhood premorbid indicators of later psychosis: Next steps for early psychosocial interventions. *Schizophr Bull*, 41:801-816.
- Liu TC, Chen, CS, Loh CPA (2010) Do children of parents with mental illness have lower survival rate? A population-based study. *Compr Psychiatry*, 51:250-255.
- Main M, Hesse E (1990) Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention*. (Eds: MT Greenberg, D Cicchetti, EM Cummings):161-182. Chicago, University of Chicago Press.
- Malhotra M, Kumar D, Verma R (2015) Effect of psychosocial environment in children having mother with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 226:418-424.
- Mason C, Subedi S, Davis RB (2007) Clients with mental illness and their children: implications for clinical practice. *Issues Ment Health Nurs*, 28:1105-1123.
- Matevosyan NR (2010) Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: a meta-study. *Arch Gynecol Obstet*, 283:141-147.
- McGrath JJ, Hearle J, Jenner L, Plant K, Drummond A, Barkla JM (1999) The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatr Scand*, 99:441-446.
- Mehta UM, Bhagyavathi HD, Kumar CN, Thirthalli J, Gangadhar BN (2013) Cognitive deconstruction of parenting in schizophrenia: The role of theory of mind. *Aust NZJ Psychiatry*, 48:249-258.
- Montag C, Heinz A, Kunz D, Gallinat J (2007) Self-reported empathic abilities in schizophrenia. *Schizophr Res*, 92:85-89.
- Montgomery P (2005) Mothers with a serious mental illness: a critical review of the literature. *Arch Psychiatr Nurs*, 19:226-235.
- Montgomery P, Tompkins C, Forchuk C, French S (2006) Keeping close: mothering with serious mental illness. *J Adv Nurs*, 54:20-28.
- Moran G, Pederson DR, Krupka A (2005) Maternal unresolved attachment status impedes the effectiveness of interventions with adolescent mothers. *Infant Ment Health J*, 26:231-249.
- Mowbray C, Oyserman D, Bybee D, MacFarlane P (2002) Parenting of mothers with a serious mental illness: Differential effects of diagnosis, clinical history and other mental health variables. *Soc Work Res*, 26:225-240.
- Mowbray CT, Bybee D, Oyserman D, MacFarlane P, Bowersox N (2006) Psychosocial outcomes for adult children of parents with severe mental illnesses: demographic and clinical history predictors. *Health Soc Work*, 31:99-108.
- Murray CJL, Lopez AD (1996) The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. World Health Organization, World Bank, Harvard School of Public Health.
- Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H (2003) Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. *Br J Psychiatry*, 182:420-427.
- Nicholson J, Miller L (2008) Parenting. In *Clinical Handbook of Schizophrenia*. (Eds: KT Mueser, DV Jeste):471-480. New York, Guilford.
- Nomaguchi KM, Milkie MA (2003) Costs and rewards of children: the effects of becoming a parent on adults' lives. *J Marriage Fam*, 65:356-374.
- Onozawa K, Glover V, Adams D, Modi N, Kumar RC (2001) Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *J Affect Disord*, 63:201-207.
- Oyserman D, Bybee D, Mowbray C, Kahng SK (2004) Parenting self-construals of mothers with a serious mental illness: Efficacy, burden, and personal growth. *J Appl Soc Psychol*, 34:2503-2523.
- Öztürk O, Uluşahin A (2011) *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, cilt I, 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri.
- Park JM, Solomon P, Mandell DS (2006) Involvement in the child welfare system among mothers with serious mental illness. *Psychiatr Serv*, 57:493-497.
- Plant K, Byrne L, Barkla J, McLean D, Hearle J, McGrath J (2002) Parents with psychosis: a pilot study examining self-report measures related to family functioning. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 1:38-48.
- Raja S, Boyce WF, Ramani S, Underhill C (2008) Success indicators for integrating mental health interventions with community-based rehabilitation projects. *Int J Rehabil Res*, 31:284-292.
- Reupert A, Maybery D (2007) Families affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions. *Am J Orthopsychiatry*, 77:362-369.
- Reupert A, Maybery D (2011) Programmes for parents with a mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18:257-264.
- Riordan D, Appleby L, Faragher B (1999) Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders. *Psychol Med*, 29:991-995.
- RSHMB (2004) *Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yükü Final Rapor*. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Schneider BH, Atkinson L, Tardif C (2001) Child-parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Dev Psychol*, 37:86-100.
- Seeman M (2010) Parenting issues in mothers with schizophrenia. *Curr Womens Health Rev*, 6:51-57.
- Skórska M, Makara-Studzińska MA (2020) Pregnant patient with schizophrenia- dilemmas of treatment and care. A problem still not only for psychiatrists. *Psychiatr Pol*, 31:715-725.
- Smith M (2004) Parental mental health: disruptions to parenting and outcomes for children. *Child Fam Soc Work*, 9:3-11.
- Strand J, Boström P, Grip K (2020) Parents' descriptions of how their psychosis affects parenting. *J Child Fam Stud*, 29:620-631.
- Strega S, Fleet C, Brown L, Dominelli L, Callahan M, Walmsley C (2008) Connecting father absence and mother blame in child welfare policies and practice. *Child Youth Serv Rev*, 30:705-716.
- Tarbox SI, Pogue-Geile MF (2008) Development of social functioning in preschizophrenia children and adolescents: A systematic review. *Psychol Bull*, 134:561-583.
- Trotman HD, Holtzman CW, Walker EF, Addington JM, Bearden CE, Cadenhead KS et al. (2014) Stress exposure and sensitivity in the clinical high-risk syndrome: Initial findings from the North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS). *Schizophr Res*, 160:104-109.
- Turkington D, Dudley R, Warman DM, Beck AT (2004) Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. *J Psychiatr Pract*, 10:5-16.
- Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW (2007) Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 150:71-80.
- Velderman MK (2011) VIG as a method to promote sensitive parent-child interaction in infancy. in: video interaction guidance. A relationship-based

intervention to promote attunement, empathy and wellbeing (Eds M Landor, LTH Kennedy):106-120. London, Jessica Kingsley Publishers.

Vigod S, Ross L (2010) Epidemiology of psychotic symptoms during pregnancy and postpartum in women with schizophrenia. *Curr Womens Health Rev*, 6:17-21.

Waldo MC, Roath M, Levine W, Freedman R (1987) A model program to teach parenting skills to schizophrenic mothers. *Psychiatr Serv*, 38:1110-1112.

Wan MW, Moulton S, Abel KM (2008a) The service needs of mothers with schizophrenia: a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers. *Gen Hosp Psychiatry*, 30:177-184.

Wan MW, Moulton S, Abel KM (2008b) A review of mother-child relational interventions and their usefulness for mothers with schizophrenia. *Arch Womens Ment Health*, 11:171-179.

Wan MW, Salmon MP, Riordan DM, Appleby L, Webb R, Abel KM (2007)

What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia? *Psychol Med*, 37:537-546.

Webster J (1992) Split in two: Experiences of the children of schizophrenic mothers. *Br J Soc Work*, 22:309-329.

WHO (2008) mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva, World Health Organization.

WHO (2010) Community Based Rehabilitation: CBR guidelines. Geneva, World Health Organization.

WHO (2022) Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>. (Accessed 24.01.2022).

Wynne LC, Tienari P, Nieminen P, Sorri A, Lahti I, Moring J et al. (2006) Genotype-environment interaction in the schizophrenia spectrum: genetic liability and global family ratings in the Finnish Adoption Study. *Fam Process*, 45:419-434.