T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA İNTİHAR DAVRANIŞININ ALGILANAN DUYGU DIŞAVURUMU, MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Gülistan Merve Karaca

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2019

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA İNTİHAR DAVRANIŞININ ALGILANAN DUYGU DIŞAVURUMU, MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Gülistan Merve Karaca

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Filiz İzci

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez sürecimde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, her zaman yakın ilgi ve desteğini hissettiğim, çok sevdiğim tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Filiz İzci'ye, tezimin planlanmasında büyük emeği geçen, mesleki tecrübesi ile eğitimime katkı sunan değerli hocam Prof. Dr. Rüstem Aşkın'a;

Akademik ve idari konularda gerekli her türlü hassasiyeti gösteren, kapsayıcı tutumuyla huzurlu bir çalışma ortamı sağlayan sayın başhekimimiz Doç. Dr. Rabia Bilici'ye;

Eğitim sorumlumuz olarak motive edici yaklaşımı ile mesleki yönden gelişimime önemli katkılarının yanında hayata bakışıyla ufkumu genişleten değerli hocam Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe'ye, uzmanlık eğitimim süresince beraber çalışmaktan kıvanç duyduğum, bilgi birikimlerini ve zamanlarını benden esirgemeyen, kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli hocalarım Doç. Dr. Hüseyin Güleç, Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar ve Doç. Dr. Merih Altıntaş'a;

Nöroloji rotasyonum sırasında eğitimime değerli katkılarından dolayı Doç. Dr. Saime Füsun Domaç ve Prof. Dr. Gülay Kenangil'e;

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında eğitimime değerli katkılarından dolayı Doç. Dr. Özalp Ekinci'ye;

Uzmanlık eğitimime zenginlik katan, birlikte çalışabilme imkanı bulduğum için kendimi şanslı hissettiğim hastanemizin değerli tüm uzman hekimlerine;

Asistanlık sürecimde tezimle ilgili ve başka birçok konuda desteklerini gördüğüm, bu süreci beraber daha anlamlı kılan tüm asistan hekim arkadaşlarıma;

Emeklerinden ötürü hastanemizin tüm hemşire, psikolog ve sağlık personellerine;

Hayatım boyunca her koşulda yanımda olan, bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi sevgili aileme;

En içten duygularımla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
KISALTMALAR v
ÖZET viii
ABSTRACT x
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. ŞİZOFRENİ 3
2.1.1. Epidemiyoloji 3
2.1.2 Etiyoloji 4
2.1.2.1. Kalıtım 4
2.1.2.2. Çevresel Faktörler ve İlişkili Risk Etkenleri 4
2.1.2.3. Biyokimyasal Araştırmalar 5
2.1.2.4. Nörobiyolojik Araştırmalar, Nörogelişimsel ve Nörodejeneratif Kuramlar 6
2.1.2.5. Psikanalitik Kuram 7
2.1.3. Tanı 8
2.2. ŞİZOFRENİ VE İNTİHAR 11
2.2.1. Şizofrenide İntiharın Nörobiyolojik Yönleri 11
2.2.2. Şizofrenide İntihar İçin Risk Faktörleri 12
2.3. DUYGU DIŞAVURUMU 17
2.3.1. Şizofreni ve Duygu Dışavurumu 18
2.3.2. Şizofrenide İntihar - Duygu Dışavurumu 19
2.4. MİZAÇ VE KARAKTER KAVRAMLARI 20
2.4.1. Şizofrenide Mizaç ve Karakter 21
2.4.2. Şizofrenide İntihar - Mizaç ve Karakter 22
3. GEREÇ VE YÖNTEM 23
3.1 ÖRNEKLEM 23
3.1.1. Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri 24
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 24
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu: 24
3.2.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme - Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV): 24

3.2.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS): 25
3.2.4. İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ): 25
3.2.5. Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (Level of Expressed Emotion - LEE): 26
3.2.6. Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI):.....26
3.3. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME.....30
4. BULGULAR 31
5.TARTIŞMA.....48
KAYNAKLAR.....65
EKLER.....74

KISALTMALAR

İDÖ: İntihar Davranışı Ölçeği

İDÖ1: İntihar Davranışı Ölçeği 1. Madde

İDÖ2: İntihar Davranışı Ölçeği 2. Madde

İDÖ3: İntihar Davranışı Ölçeği 3. Madde

İDÖ4: İntihar Davranışı Ölçeği 4. Madde

İDÖ-Toplam: İntihar Davranışı Ölçeği Toplam puanı

DD: Duygu Dışavurumu

LEE: Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği

LEE1: Duygu Dışavurumu Düzeyi müdahalecilik alt ölçeği puanı

LEE2: Duygu Dışavurumu Düzeyi duygusal tepki alt ölçeği puanı

LEE3: Duygu Dışavurumu Düzeyi hastalığa karşı tutum alt ölçeği puanı

LEE4: Duygu Dışavurumu Düzeyi hoşgörü/beklentiler alt ölçeği puanı

LEE-Toplam: Duygu Dışavurumu Düzeyi Toplam puanı

MKE: Mizaç ve Karakter Envanteri

YA: Yenilik Arayışı

YA1: Keşfetmekten heyecan duyma - Kayıtsız bir katılık

YA2: Dürtüsellik - Düşünerek hareket etme

YA3: Savurganlık - Tutumluluk

YA4: Düzensizlik - Düzenlilik

YA-Toplam: Yenilik Arayışı Toplam puanı

ZK: Zarardan Kaçınma

ZK1: Beklenti Kaygısı ve Kötümserlik - Sınırsız İyimserlik

ZK2: Belirsizlik Korkusu

ZK3: Yabancılardan çekinme

ZK4: Yorulma ve dermansızlık

ZK-Toplam: Zarardan Kaçınma Toplam Puanı

ÖB: Ödül Bağımlılığı

ÖB1: Duygusallık

ÖB3: Bağlanma - Bağlanamama

ÖB4: Bağımlılık

ÖB-Toplam: Ödül Bağımlılığı Toplam puanı

SE: Sebat Etme

KY: Kendi Kendini Yönetme

KY1: Sorumluluk alma - Kınama

KY2: Amaçlılık - Amaçsızlık

KY3: Beceriklilik - Atıllık

KY4: Kendini kabullenme - Kendisiyle çekişme

KY5: Aydınlanmış ikinci mizaç - Olumsuz alışkanlıklar

KY-Toplam: Kendi Kendini Yönetme Toplam puanı

İY: İşbirliği Yapma

İY1: Sosyal kabullenme - Sosyal hoşgörüsüzlük

İY2: Empati duyma - Sosyal ilgisizlik

İY3: Yardımseverlik - Yardımsever olmama

İY4: Acıma - İntikamcılık

İY5: Vicdanlılık - Kendine yarar sağlama

İY-Toplam: İşbirliği Yapma Toplam puanı

KA: Kendini Aşma

KA1: Kendini kaybetme - Kendilik bilincinde yaşantı

KA2: Kişiler arası özdeşim - Kendi kendine ayrışma

KA3: Manevi kabullenme - Akılcı Maddecilik

KA-Toplam: Kendini Aşma Toplam puanı

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

PANSS-P: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Pozitif Belirtiler puanı

PANSS-N: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Negatif Belirtiler puanı

PANSS-G: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Genel Psikopatoloji puanı

PANSS-Toplam: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Toplam puanı

NMDA: N-metil-D-aspartat

GABA: Gama-Aminobutirik Asit

BOS: Beyin omurilik sıvısı

5-HIAA: 5-hidroksiindol asetik asit

HPA: Hipotalamo-hipofizer-adrenal

SCID-5: DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik verileri
Tablo 2. Çalışmaya katılan hastaların yaş, çocuk sayısı, kardeş sayısı ve hastalık sürecine dair sayısal bilgiler
Tablo 3. Katılımcıların klinik özelliklerine ait kategorik değişkenler
Tablo 4. İntihar girişimi olan ve olmayan hasta gruplarında sosyodemografik verilerin ve klinik özelliklere ait bazı kategorik değişkenlerin karşılaştırılması
Tablo 5. İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hasta gruplarında yaş, çocuk sayısı, kardeş sayısı ve hastalık sürecine dair sayısal bilgilerin karşılaştırılması
Tablo 6. Cinsiyete göre İDÖ, LEE, PANSS, MKE puanlarının karşılaştırılması
Tablo 7. Çalışmaya katılan hastaların sosyal destek tanımlamalarına göre İDÖ, LEE, PANSS, MKE puanlarının karşılaştırılması
Tablo 8. Erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları öyküsüne göre İDÖ, LEE, PANSS puanlarının karşılaştırılması
Tablo 9. Hastalık başlangıcında stresör/tetikleyici olay varlığına göre İDÖ, PANSS puanlarının karşılaştırılması
Tablo 10. Katılımcıların hostilite/saldırganlık öyküsü varlığına göre İDÖ, LEE, PANSS puanlarının karşılaştırılması
Tablo 11. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre İDÖ, LEE, PANSS, MKE puanlarının karşılaştırılması
Tablo 12. Ailede intihar davranışı öyküsüne göre İDÖ, LEE, PANSS, MKE puanlarının karşılaştırılması
Tablo 13. İDÖ, LEE, PANSS, MKE puanlarının psikoz başlangıç yaşı, ilk tedavi yaşı, tedavisiz geçen süre, hastane yatış sayısı ve remisyon süresi ile korelasyonu
Tablo 14. İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hasta gruplarında İDÖ, LEE, PANSS, MKE puanlarının karşılaştırılması
Tablo 15. İDÖ puanları ile LEE, PANSS, MKE puanlarının korelasyonu
Tablo 16. LEE, PANSS, MKE ölçeklerinin toplam puanlarının kendi aralarındaki korelasyonu

ÖZET

Amaç: İntihar şizofrenide erken ölümlerin ana nedenlerinden biridir. Şizofreni hastalarında intihar öngörücülerini belirlemeye yönelik çabalar ile tedavi sürecini planlama çalışmaları devam etmekle birlikte intihar için risk oluşturan birçok faktör halen belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışmada şizofreni tanılı hastalarda yaşam boyu intihar davranışı ile algılanan duygu dışavurumu, mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran, DSM-5 kriterlerine göre "Şizofreni" tanısı alan, remisyonda olduğu belirlenen, yaşamı boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş 41 hasta ve hiç intihar girişiminde bulunmamış 40 hasta dahil edilmiştir. Katılımcılara Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu, DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme - Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS), Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (LEE), İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ), Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) uygulanmıştır.

Bulgular: İntihar girişimi öyküsü olanlarda olmayanlara göre; psikoz başlangıç yaşı daha küçük, tedavisiz geçen süre daha uzun bulundu. İntihar girişimi öyküsü olan grupta hastanede yatış sayısı, erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları öyküsü, hastalığın başlangıcında stresör/tetikleyici olay öyküsü, hostilite/saldırganlık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede intihar davranışı öyküsü daha yüksek saptandı. Ayrıca sosyal desteği yeterli olanlarda intihar girişimi öyküsü daha düşüktü. İntihar girişimi öyküsü olanlarda İDÖ, LEE, PANSS ölçeklerinin toplam ve tüm alt ölçek puanları ortalamaları daha yüksekti, MKE'nin ise mizaç alt boyutlarından ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık - sınırsız iyimserlik) puanı ortalamaları daha yüksek iken, karakter alt boyutlarından KY1 (sorumluluk alma - kınama) ve İY4 (acıma - intikamcılık) puanları ortalamaları daha düşüktü. İDÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları ile PANSS toplam ve tüm alt ölçek puanları arasında, cİDÖ toplam ve bazı alt ölçek puanları ile LEE toplam ve bazı alt ölçek puanları arasında, YA2 (dürtüsellik - iyice düşünme) puanları arasında, ZK toplam ve bazı alt boyut puanları arasında aynı yönlü korelasyon; KY toplam ve bazı alt boyut puanları

arasında, İY toplam ve bazı alt boyut puanları puanları arasında ters yönlü korelasyon saptandı.

Sonuç: İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında; psikoz başlangıç yaşı, tedavisiz geçen süre, hastanede yatış sayısı, erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları öyküsü, hastalığın başlangıcında stresör/tetikleyici olay öyküsü, hostilite/saldırganlık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık ve intihar davranışı öyküsü açısından farklılıklar görülmüştür. İntihar girişimi öyküsü olanlarda ve İDÖ puanları daha yüksek olanlarda algılanan duygu dışavurumu belirgin düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca intihar girişimi öyküsü olan hastalarda olmayanlara göre; beklenti endişesinin, karamsarlığın, kınama özelliğinin ve intikamcılığın daha fazla olduğu bulunmuştur. Daha yüksek zarardan kaçınma, daha düşük kendi kendini yönetme ve daha düşük işbirliği yapma özellikleri gösteren hastalarda intihar davranışı riskinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: İntihar davranışı, şizofreni

ABSTRACT

Objective: Suicide is one of the main causes of premature death in schizophrenia. Although efforts to determine suicidal predictors and planning the treatment process in schizophrenia patients continue, many factors that create risk for suicide remain unclear. In this study, it was aimed to investigate the relationship between lifetime suicidal behavior and perceived expressed emotion, temperament and character traits in patients with schizophrenia.

Method: Patients (41 of patients who had at least one suicide attempt and 40 of patients who had not suicide attempt during their lifetime) who were diagnosed as schizophrenia according to DSM-5, followed up from Erenköy Mental Health Training and Research Hospital outpatient policlinics, who had clinical remission, were included in the study. Sociodemographic and Clinical Data Form, Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders - Clinician Version (SCID-5-CV), Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS), Level of Expressed Emotion Scale (LEE), Suicidal Behavior Scale, Temperament and Character Inventory (TCI) were applied to the participants.

Results: The age of onset of psychosis was lower, duration of untreated psychosis was longer in patients with a history of suicide attempt than those without a history of suicide attempt. The number of hospitalizations, early negative experiences/stressful life events, history of stressor/triggering life events at the onset of the disease, history of hostility/aggression, family history of psychiatric illness and family history of suicidal behavior were higher in the group with a history of suicide attempt. In addition, suicidal attempt history was lower in patients with adequate social support. The mean scores of total and all of subscales of Suicidal Behavior Scale, LEE, PANSS were higher; while the mean scores of anticipatory worry were higher, the mean scores of responsibility and compassion were lower in patients with a history of attempted suicide. There was positive correlation between scores of total and all of subscales of Suicidal Behavior Scale and PANSS, between scores of total and some subscales of Suicidal Behavior Scale and scores of total and some subscales of LEE, scores of impulsivity, scores of total and some subscales of harm avoidance; there was negative correlation between scores of total and all of subscales of Suicidal Behavior

Scale and scores of total and some subscales of self-directedness, scores of total and some subscales of cooperativeness.

Conclusion: There were differences between the patients with and without a history of suicide attempt, in terms of the age of onset, duration of untreated psychosis, number of hospitalizations, early negative experiences/history of stressful life events, history of stressor/trigger life event at the onset of the disease, history of hostility/aggression, family history of psychiatric illness and suicidal behavior. Perceived expressed emotion was significantly higher in patients with a history of suicide attempt and with higher scores of Suicidal Behavior Scale. In addition, patients with a history of suicide attempt compared to those who had not; expectation anxiety, pessimism, condemnation and revenge were found more prominent. It can be said that the risk of suicidal behavior is higher in patients with higher harm avoidance, lower self-directedness and lower cooperativeness attributes.

Key words: Suicidal behavior, schizophrenia

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni genellikle gençlik yıllarında başladığı bilenen, yeti yıkımı ile birlikte sosyallikte ve işlevsellikte önemli kayıplara yol açan, algı, duygu, düşünce, biliş, davranış alanlarında farklılaşmaların görüldüğü çeşitli belirti ve bulgularla seyreden kronik bir ruhsal bozukluktur. Hastadan hastaya ve zamanla klinik görünümü açısından değişkenlik göstermektedir (1-3).

Şizofrenide hastalık sürecinde yüksek oranlarda görülen intihar davranışı bu hastalığın ciddi bir komplikasyonudur. İntihar şizofreni hastalarında özellikle erken dönemde görülen en önemli ölüm nedenidir (4).

Çeşitli araştırmalarda; beyaz ırk, genç yaş, erkek cinsiyet, evlenmemiş olma, işsizlik, daha önce intihar girişiminde bulunma, geçmişte ve/veya şimdi yaşanan depresyon, umutsuzluk, içgörünün iyi olması, dürtüsellik, hastalığın sık alevlenmeler ile seyretmesi ve kronikleşmesi, tekrarlayan hastane yatışları, yetersiz sosyal destek (5), tedavi uyumsuzluğu, alkol/madde kötüye kullanımı, intihar davranışı ve psikiyatrik hastalıklar açısından pozitif aile öyküsü (6) gibi faktörlerin şizofrenide artmış intihar davranışı riski ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Ek olarak, duygu dışavurumu ile ilgili bazı özelliklerin psikiyatrik rahatsızlıkların, özellikle de şizofreninin gidişini yordayabileceği belirlenmiştir (7, 8). Ailenin yüksek duygu dışavurumu olumsuz gidiş ve artmış intihar riski ile ilişkili bulunmuştur (9). Hastaların bakış açısıyla duygu dışavurumu düzeyi ise az sayıda çalışmada incelenmiştir. Algılanan duygu dışavurumu ve intihar riski arasındaki ilişkiye dair yapılan bir çalışmada ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran çeşitli tanı gruplarından hastalar değerlendirilmiş, algılanan duygu dışavurumu düzeyinin yüksek olması ile artmış intihar olasılığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (10). Şizofrenide algılanan duygu dışavurumu düzeyi ve intihar davranışı arasındaki ilişki araştırılması gereken bir alandır.

Öte yandan mizaç ve karakter özelliklerini içeren geniş bir kavram olan kişilik, psikopatolojik ve psikososyal değişkenlerle etkileşime girmektedir (11, 12). Psikiyatrik hasta popülasyonunda mizaç ve karakter özelliklerinin de intihar davranışı ile ilişkili faktörlerden olduğu düşünülmektedir (13, 14). Şizofreni hastalarında kişilik ile intihar davranışı arasındaki ilişkinin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışma mevcuttur,

bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. İntihar davranışı olan ve olmayan şizofreni tanılı hastaların farklı karakter ve mizaç özellikleri gösterdikleri düşünülmüş, bazı kişilik boyutlarının şizofrenide intihar davranışı için risk faktörü olarak kabul edilebileceği belirtilmiştir (15). İntiharı daha iyi anlamak ve önlemek için, şizofreni hastalarında intihar davranışı ile ilişkili olabilecek karakter ve mizaç özelliklerine yönelik de bakış açısı kazanmak önemlidir (16).

Bu çalışmada amacımız, şizofreni tanılı hastalarda yaşam boyu intihar davranışı ile algılanan duygu dışavurumu, mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Araştırmanın hipotezleri:

- Şizofreni tanılı hastalarda intihar davranışı hastaların algılanan duygu dışavurumu düzeyi ve mizaç ve karakter özellikleri ile ilişkilidir.
- Şizofreni tanılı hastalarda intihar davranışı gösterenlerde algılanan duygu dışa vurumu düzeyinin daha yüksek olması beklenir.
- İntihar davranışı olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalar karşılaştırıldığında, mizaç ve karakter özellikleri açısından farklılıklar görülecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

Şizofreni çoğunlukla ergenlik ya da genç erişkinlik dönemlerinde başlayan, bilişsel, emosyonel, algısal ve davranışsal alanlarda bozulmaları kapsayan çeşitli ruhsal belirtilerin görüldüğü, yıkıcı psikopatolojik etkileri olan, heterojen bir klinik görünüm sergileyen ve seyri zaman içinde değişebilen süreğen bir sendromdur. Şizofrenide kişinin gerçeklikten uzaklaşması ve kendi dünyasına kapanması ile kişilerarası ilişkilerinde, işe ve topluma uyumunda ağır bozukluklar görülebilmektedir. Hastalığın temel semptomları sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve davranış, uygunsuz duygulanım, bilişsel kayıplar ve psikososyal işlevsellikte bozulmadır (1,2).

2.1.1. Epidemiyoloji

Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı (prevalansı) uzun yıllar boyunca psikiyatri kaynaklarında %1 olarak verilmiştir. Son yıllarda yapılan araştırmalarda şizofreni yaygınlığının toplumların özelliklerine göre geniş bir aralıkta dağıldığı gösterilmiştir (17). Karşılaştırmalı verilerin toplanmasında güçlüklerle karşılaşılmasına karşın şizofreninin prevalansı için yapılan çalışmaların sonuçlarının ortancası binde 4 olarak bildirilmiştir (18). Sıklığı (insidansı) üzerine yapılan birçok çalışmanın sonuçları ise 0.11 ile 0.7/1000/yıl arasında değişmektedir (1, 18).

Şizofreninin dünyanın her yerinde görülme sıklığının benzer olduğu, sıklık bakımından cinsiyetler arasında önemli bir farklılık göstermediği yönündeki klasik bilgiler yeniden değerlendirilmektedir. Yaygınlığının ve sıklığının cinsiyetler arasında eşit olmadığı, farklı parametrelere bağlı olarak değiştiği, erkeklerde kadınlara göre daha fazla bulunduğu yönündeki bilgiler artmaktadır (19). Şizofreni sıklığının erkek/ kadın oranın farklı çalışmalarda 0,9 ile 2,4 (ortanca 1,4) olduğu ifade edilmiştir (1).

Hastalığın başlangıç yaşı erkeklerde en sık 15-25, kadınlarda 25-35 yaşları arasındadır. Kadınlarda menopoz öncesinde, 40-45 yaşları aralığında ikinci bir zirve dönemi olduğu bildirilmiştir (1).

2.1.2 Etiyoloji

Şizofreninin etiyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte günümüzde birçok farklı etkenin bir araya gelmesi ile oluşan bir hastalık olduğu konusunda görüş birliği bulunmaktadır. Gelişimin erken dönemlerinde genetik ya da çevresel etkenlerle beyin gelişiminin etkilendiği, bu durumun kişi için yatkınlık yarattığı, kişinin yaşamın ilerleyen dönemlerinde bazı stresörlerle karşılaşmasının da olası etkisiyle şizofreni belirtilerinin geliştiği varsayımları kabul görmektedir (1, 20).

2.1.2.1. Kalıtım

Araştırmalar, şizofrenide çok genli, çok etkenli kalıtımsal geçiş modelini desteklemektedir. Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında şizofreninin kalıtsal geçiş yönünün olduğu, biyolojik akrabalık ne kadar yakınsa hastalık riskinin o kadar arttığı gösterilmiştir. Bir hastanın birinci derece akrabalarında ortalama şizofreni riski % 8 - 10'dur (1).

Şizofrenide birçok genin genetik yatkınlığa katkısı olduğu düşünülmektedir. Bağlantı ve ilişkilendirme çalışmalarında özellikle 1, 5, 6, 8, 10, 13, 18 ve 22. kromozomlar üzerinde durulmuştur. İncelenen aday genler arasında hakkında en güçlü veri toplananlar neureglin-1 ve disbindin olmak üzere birçok aday gen mevcuttur (2).

2.1.2.2. Çevresel Faktörler ve İlişkili Risk Etkenleri

Baba yaşı ile şizofreni riski arasında doğrusal bir ilişki bulunmamaktadır. Doğduğunda babası 25 yaşından genç olanlarda şizofreni riski hafif artmışken, 50 yaşının üstünde olanlarda riskin belirgin şekilde artmış olduğu gösterilmiştir (21).

Şizofreni hastalarında, daha fazla doğum öncesi ve sırası komplikasyonları görülmektedir (1). Yapılan çalışmalarda şizofreni ve bazı obstetrik komplikasyonlar arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (22).

Annenin gebeliğin 2. üç ayında geçirdiği bir enfeksiyonun, çocukta ilerde şizofreni gelişmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Kış ve ilkbahar aylarında doğanlarda şizofreni riski %5-15 oranında daha yüksek bulunmuştur. İnfluenza, toksoplazma gondii, herpes simpleks, rubella gibi enfeksiyon etkenlerinin ve interlökin-8, tümör nekroz faktörü-alfa gibi bağışıklık göstergelerinin de şizofreni riski ile ilişkisi olduğu ifade edilmektedir (1).

Yapılan çalışmalar, kentte doğma veya büyümenin, şizofreni riski açısından azımsanamayacak bir çevresel risk etmeni olduğunu göstermiştir (23). Alt sosyoekonomik sınıflarda yer alma ile şizofreni tanısının 5 kat arttığı ve tedaviye başvurunun geç olduğu bildirilmiştir (18, 24).

Göçmenlik ile ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında; birinci kuşak göçmenlerde şizofreni riski 2-3 kat artarken, ikinci ve üçüncü kuşak göçmenlerde riskin 7-8 kat kadar arttığı gösterilmiştir (25).

Erken yaşta olumsuz yaşam olayları, zorlu yaşam koşulları, ihmal, istismar ve cinsel kötüye kullanılmanın şizofreni riskini arttırdığı kabul edilmektedir (26).

Şizofreni riski; madde kötüye kullanımı, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, çocuk sahibi olmamak, 3 ya da daha fazla çocuğa sahip olmak, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olması ile de ilişkili bulunmuştur (22, 24).

2.1.2.3. Biyokimyasal Araştırmalar

Dopamin varsayımına göre; şizofrenide subkortikal mezolimbik yapılarda aşırı dopamin etkinliği ile pozitif belirtiler, prefrontal mezokortikal yapılarda ise azalmış dopamin etkinliği ile negatif belirtiler ve bilişsel kayıplar görülmektedir (27). Şizofreni hastalarında dopamin sentez kapasitesinde ve dopamin salıverilmesinde artış olduğuna dair bulgular da mevcuttur (1).

Serotonerjik ve dopaminerjik dizgeler hem anatomik hem de işlevsel olarak birbirleriyle etkileşim içindedirler. Şizofrenide negatif ve pozitif belirtilerin serotonin fazlalığı ile de ilişkili olduğu belirtilmektedir. Dopamin antagonist ve serotonin 5-HT2A antagonist etkileri bulunan ikinci kuşak antipsikotiklerin prefrontal dopamin miktarını arttırarak şizofrenide negatif belirtiler üzerine etkili oldukları düşünülmektedir. Ayrıca D2 antagonizmasıyla ilişkili hareket bozukluklarının bu ilaçlar ile daha az ortaya çıktığı vurgulanmıştır (2, 27).

Bir N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör kanalı antagonisti olan fensiklidinin şizofreni benzeri klinik tabloya yol açması, glutamat sisteminin şizofrenideki rolüne dikkat çekmiştir (20, 28). NMDA işlev bozukluğunda dopaminerjik sistemde dengesizlik olduğu ve dopaminerjik sistemdeki bozukluğun ise glutamaterjik sistemdeki anormalliği arttırdığı iddia edilmiştir (1).

Şizofrenide Gama-Aminobutirik Asit (GABA) ile ilgili kortikal GABAerjik ara nöronlarda azalma, prefrontal kortekste GABA-A reseptör yoğunluğunda artma, hipokampusta GABA gerialım bölgelerinde azalma gibi bulgular mevcuttur. GABA'nın azalması kuramsal olarak dopamin ve noradrenalinde artış anlamına gelebilir (27).

Noradrenalinin tek başına olmasa bile diğer nörotransmitter sistemleriyle birlikte şizofrenide rol aldığı düşünülmektedir. Şizofreni hastalarının bir kısmında özellikle paranoid belirtilerin baskın olduğu hastalarda beyin omurilik sıvısında noradrenalin düzeyi yüksek bulunmuştur (20).

Şizofreni hastalarında asetilkolin ile ilgili post mortem çalışmalarda ise, bazı beyin bölgelerinde alfa-7 nikotinik asetilkolin reseptörü bağlanmasında azalma saptanmıştır. Şizofreni hastalarında görülen bilişsel işlev bozukluğunun alfa-7 nikotinik asetilkolin reseptörlerinden dolayı olduğu düşünülmektedir (29).

2.1.2.4. Nörobiyolojik Araştırmalar, Nörogelişimsel ve Nörodejeneratif Kuramlar

Şizofreninin nörogelişimsel bir bozukluk olduğu kuramına göre; şizofrenide kritik erken dönemde beyin gelişimi sırasında bazı genetik ve çevresel patolojik süreçler olduğu ileri sürülmekte, normal olmayan bağlantılara yol açan beyin gelişimi üzerinde durulmaktadır. Gebelikte ve doğum sonrası beyinde oluşan anormalliklerin belli bir latent dönemden sonra, ergenlik ya da genç erişkinlik dönemlerinde dopamine aşırı duyarlılığın gelişmesine yol açarak ve prefrontal kortekste bozulmuş dopamin işlevinin subkortikal dopamin aktivasyonunu arttırması gibi patolojik olayları harekete geçirerek şizofreninin ortaya çıkmasına yol açabileceği düşünülmektedir (20, 28).

Şizofreni hastalarının hipokampus ve entorinal kortekslerinde, gelişimin ileri evrelerine rastlayan genç nöron göçünün hatalı olmasının hücre yapılanmasında potansiyel olarak hatalı gelişime sebep olacağı, temporal ve frontal lobların beyaz cevherlerindeki nöronların dağılımında oluşan değişikliklerin hatalı göçe veya programlanmış hücre ölümündeki değişikliklere bağlı olduğu bildirilmektedir (30).

Beyin görüntüleme çalışmalarında çeşitli yapısal bulgulardan bahsedilmektedir. En ısrarlı bulgu ventriküllerdeki genişlemedir. Lateral

ventriküllerdeki genişleme ile negatif ve bilişsel belirtiler arasında ilişki saptanmıştır (20, 28, 30).

Şizofreni hastalarıyla yapılan işlevsel MR (fMRI) çalışmalarında 2 temel bulgu; özellikle sol dorsolateral prefrontal kortekste frontal etkinlikte azalma ve bazı orta hat yapılarında istirahat sırasında olan ve görev sırasında uygunsuz şekilde süren etkinlik artışıdır. Pozitron emisyon tomografisi (PET) ve tek fotonlu komputerize emisyon tomografisi (SPECT) gibi gibi başka işlevsel görüntüleme yöntemlerini kullanan çalışmalarda da beynin frontal, temporal bölgelerinde, singulat, talamus ve beyincikte beynin kan akımında, metabolizmasında ve nörokimyasal düzeneklerinde değişiklikler saptanmıştır (1).

Şizofrenide nöropsikofizyolojik olarak temel bozukluğun nöral dizgeler arasındaki bağlantı bozukluğu olduğu öne sürülmektedir. Şizofreni hastalarında en önemlisi duyusal işlemlemede bozulma olmak üzere bazı elektrofizyolojik özelliklerin de bozulduğu saptanmıştır (1).

Nörodejenerasyon kuramına göre ise; hastalık başladıktan sonra beynin belli bölgelerinde yozlaşma olmakta, bu da klinik olarak kötüleşmeye eşlik etmektedir. Şizofreninin negatif belirtilerinin hastalığın ilk dönemlerinde pek görülmemesi ya da hafif olması; hastalık süreğenlik kazandıkça ön plana geçmeleri ve şiddetlenmeleri bu kuramı desteklemektedir. Ayrıca tedavi görmeyen şizofreni hastalarında bilişsel kayıplar daha fazla olmaktadır. Bu da bir yozlaşma sürecinin varlığını ve bunun atipsikotik ilaçlarla kısmen düzeldiğini düşündürmektedir (1).

2.1.2.5. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kurama göre, şizofrenide libido gelişimi narsisist düzeyde fikse olur. Yaşamın ilerleyen dönemlerinde strese maruz kalma ile bireyin benliği bu ilkel düzeye geriler, libidinal aktarım nesnelerden geri çekilerek özbenliğe yatırılır (ikincil narsisizm). Nesne libidosunun geri bedene çevrilmesi durumunda ise hastaların kendi bedenleri ile uğraşmaları ve otizm gibi belirtiler gözlenir. Libidonun dış nesnelere ve gerçekliğe tekrar ulaşabilme çabası sonucunda sanrılar ve varsanılar oluşmaktadır (1).

2.1.3. Tanı

DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri:

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan birinin en az 1., 2. ya da 3. olması gerekir.

1.Sanrılar

2.Varsanılar

3.Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)

4.İleri derecede dağınık davranış ya da katatonik davranışı

5.Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama)

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ve artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiuçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü 1) ya açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğin (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun doğrudan fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konulabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrı ve varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (31).

2.1.4. Gidiş ve Sonlanış

Şizofreni başlangıcı, klinik görünümü, gidiş ve sonlanım özellikleri yönünden hem aynı hastanın hastalık sürecinde, hem de hastadan hastaya, zaman içerisinde büyük farklılıklar gösteren kronik bir rahatsızlıktır. Hastalığın seyrini önceden kestirmek çok güçtür (1, 32).

Premorbid belirti örüntüsü hastalığın ilk kanıtları olabilir. Hastaların büyük bir kısmında prodromal belirtilerin olduğu yavaş bir başlangıç olur. Psikolojik zorlanma yaratan durumlar, sosyal ve çevresel değişimler belirtilerin ortaya çıkmasını presipite edebilir ve prodromal dönem açık psikotik belirtilerin başlamasından önce birkaç yıl sürebilir. Belirtiler bakımından tipik bir başlangıç yoktur. Hastalık renkli sanrılar, varsanılar, acayip davranışlar, taşkınlıklarla ortaya çıkabileceği gibi, çok sinsi ve yavaş olarak da gelişebilir (1, 2).

İlk psikotik ataktan sonraki 5-10 yıl içinde hastalık genellikle zaman zaman açık pozitif belirtilerin olduğu alevlenmeler ve arada yatışmalarla gider. Çoğu hastada bu 5-10 yıllık kritik dönemin sonunda alevlenmeler neredeyse görülmemektedir. İlk psikotik atak sonrasında işlevsellik göreceli olarak normalleşebilir ancak hastaların hastalık öncesi işlevsellik düzeyine dönme olasılığı düşüktür. Ayrıca psikozun her bir depreşmesiyle hastanın işlevselliğinde daha fazla yıkım olmaktadır (1,2).

Şizofrenide akut alevlenme dönemi tedaviyle ya da kendiliğinden yatışabilir. Zaman içinde pozitif belirtiler hafifleme eğilimindedir, fakat negatif ve defisit belirtilerin şiddeti zamanla artabilir. Hastalık kronik süreçte negatif belirtilerin daha baskın olduğu rezidüel şizofreniye dönüşebilir. Bazı olgular ise pozitif psikotik bulguları kaybederek depresif olgulara benzemeye başlayabilir ya da bir süre sonra tipik depresyon belirtileri gösterebilirler (1, 2).

Hastanede yatarak tedavi olmuş, sonrasında tedaviye yanıt vermiş ve düzenli ilaç kullanmış olsalar bile hastaların ortalama %35- 40'ı ilk yıl içinde, %70'i beş yıl

içinde ikinci bir akut alevlenme dönemi geçirir. Depreşme sayısı arttıkça hastalığın kronikleşme olasılığı artar (1, 33).

Şizofrenide bildirilen iyileşme oranları yaklaşık %25 olarak belirtilmiş, hastaların %20-30'unun hafif belirtilerle yaşamaya devam ettiği, %40-60'ının tüm yaşamlarında hastalığa bağlı önemli bozulmalar olduğu bildirilmiştir (2, 34). %50'sinden fazlası tekrarlayan yatışlar, belirtilerin alevlenmesi, majör duygudurum atakları ve intihar girişimi ile kötü gidişe sahip olarak tanımlanabilir (2).

Şizofreni intihar, fiziksel hastalık ve erken ölüm riskinin artmasına yol açar. Hastalarda ortalama yaşam süresi 10 yıl kadar kısalmıştır. En önemli ölüm nedeni intihardır (1, 2).

Olumlu gidiş göstergeleri:

Kadın cinsiyet, hastalığın ani başlangıçlı olması, hastalığın geç başlaması, belirgin presipite edici etken bulunması, hastalık öncesi iyi toplumsal uyum ve meslek öyküsü, evli olma, kırsal kesimde yaşama, yüksek zeka düzeyi, pozitif belirtilerin baskın olması, duygudurum bozukluğu belirtilerinin varlığı, az sayıda ve kısa süreli alevli dönem olması, dönemler arasında işlevselliğin iyi olması, rezidüel belirtilerin az olması, hastalığa karşı belirli bir içgörünün olması, katatonik ve paranoid belirtiler, tedaviye erken başlanması, düzenli tedavi alması, ektanı olmaması, ailede duygudurum bozukluğu öyküsü, iyi destek sistemleri, ailenin iş birlikçi olması şizofreni için olumlu gidiş göstergeleridir (1, 2).

Olumsuz gidiş göstergeleri:

Erkek cinsiyet, hastalığın sinsi başlaması, hastalığın erken başlaması, presipite edici etken bulunmaması, kötü premorbid sosyal, cinsel ve meslek öyküsü, hastalık öncesinde şizoid ya da şizotipal kişilik özellikleri olması, içe çekilme ve otistik davranış, bekar, boşanmış ya da ayrılmış olma, şehir merkezinde yaşama, düşük zeka düzeyi, negatif belirtilerin baskın olması, çok sayıda atak ve uzun süreli hastane yatışı olması, dezorganize belirtiler, düzenli tedavi almama, ektanıların bulunması, nörolojik belirti ve bulguların varlığı, perinatal travma öyküsü, ailede şizofreni öyküsü, kötü destek sistemleri, aile ortamının bozuk olması, ailede duygu dışavurumunun yüksek olması şizofreni için olumsuz gidiş göstergeleridir (1, 2).

2.2. ŞİZOFRENİ VE İNTİHAR

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, dünyada her yıl yaklaşık bir milyon insan intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (35). Yapılan çalışmalar intihar sonucu ölen kişilerin % 90'ından fazlasında psikiyatrik bir bozukluk olduğunu göstermektedir (36). İntihar veya ciddi intihar girişimi ile ilişkili olarak en sık görülen psikiyatrik hastalıklar duygudurum bozukluklukları ve psikotik bozukluklardır (37, 38). Diğer psikiyatrik bozukluklarla karşılaştırıldığında şizofrenide tamamlanmış intihar riski daha yüksektir (39). Ayrıca şizofrenide intihar genellikle, önceden uyarı olmaksızın ve sözlü niyet ifadeleri olmadan "beklenmedik bir anda" oluyor gibi gözükmektedir (2). Bleuler tarafından "şizofreni belirtilerinin en şiddetlisi" olarak tanımlanan intihar, şizofreni hastalarında erken ölüm nedenlerinin başında gelir (40).

Şizofreni hastalarında hastalıkları süresince intihar girişimi oranları % 18 ile % 55 arasında değişmektedir. Yaşam boyu tamamlanmış intihar oranının ise % 2 ile % 13 arasında olduğu bildirilmiştir (19).

2.2.1. Şizofrenide İntiharın Nörobiyolojik Yönleri

İntihar üzerine yapılan biyolojik araştırmaların çoğu duygudurum bozukluğu olan hastalar üzerinde yoğunlaşmıştır. Beyin omurilik sıvısında (BOS) serotonin metaboliti olan 5-hidroksiindol asetik asit (5-HIAA) konsantrasyonunun düşük olmasının yaşam boyu dürtüsellik, sinirlilik ve intihar girişimlerinin ölümcüllüğüyle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte, şizofrenide intihar davranışı ve BOS monoamin metabolitleri arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma olduğu ifade edilmiştir (40). Bazı araştırmalarda, şizofreni hastalarının beyin omurilik sıvısında düşük 5-HIAA seviyeleri, intihar davranışı ile ilişkili bulunmuş, bazı araştırmalarda ise intihar davranışı olan ve olmayan şizofreni hastaları arasında 5-HIAA seviyeleri bakımından fark saptanmamıştır (41).

İlk atak psikoz hastalarında düşük trombosit serotonin ve serum kolesterol konsantrasyonlarının intihara yatkınlıkta önemli biyolojik belirteçler olabileceği öne sürülmüştür (40).

Şizofreni tanılı ilaç kullanmayan hastalarda deksametazonun baskılanamamasının intihar davranışı öyküsü ile ilişkili olabileceğinin belirtildiği çalışmalardan bahsedilmektedir (41). Ancak hipotalamo-hipofizer-adrenal (HPA)

eksenindeki işlev bozukluğunun intihar için belirleyici olabileceği konusunda şizofreni hastalarında elde edilen sonuçların çelişkili olduğu ifade edilmektedir (40).

İntiharın genetik bağlantısını araştıran çalışmalar serotoninle ilişkili genler üzerinde yoğunlaşmıştır. Yapılan meta-analizler serotonin taşıyıcısındaki ve triptofan hidroksilaz-1 (TPH1) genlerindeki varyantlarla intihar arasında bağlantı olduğunu göstermiştir. HPA eksenindeki bazı genlerin varyasyonlarının da şizofrenlerdeki intihar davranışı ile bağlantılı olabileceği ileri sürülmüştür (40).

Şizofreni hastalarının beynindeki yapısal farklılıkları araştırmak için birçok nörogörüntüleme çalışması yapılmış, ortaya çıkan bulguların özgüllüğünün ise düşük olduğu ifade edilmiştir (40).

2.2.2. Şizofrenide İntihar İçin Risk Faktörleri

Şizofrenide intihar için risk oluşturan birçok klinik ve demografik özellik tanımlanmıştır. Bu etkenlerin tanınması şizofreni hastalarında tedaviyi geliştirmek ve intihar insidansını azaltmak için hayati öneme sahiptir (30, 41).

Şizofreni hastalarında intihar riski özellikle ilk 1 yıl içinde olmak üzere hastalığın başlangıç dönemlerinde çok yüksektir (36). İlk psikotik atak ile sonrasındaki yakın dönemi araştıran çalışmalara bakıldığında, intihar sonucu ölüm hastalığın ilk yıllarında daha yüksek oranda meydana gelmektedir (42, 43). Psikiyatrik tedavi başlanmasında gecikme, şizofrenide erken dönemde artan intihar riskine önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Şizofrenide erken dönemde intihar ile ilişkili diğer risk faktörleri arasında psikotik belirtilerin erken yaşta ortaya çıkması, kadın cinsiyet, intihar planları, intihar girişimi öyküsü, patolojinin şiddeti, duygusal travma öyküsü ve korunmuş içgörü sayılabilir (41). Şizofreninin başlangıcındaki intiharların çoğunluğunun post psikotik dönemde gerçekleştiği bildirilmiştir (5). Psikotik belirtilerin yatıştığı dönemlerde ortaya çıkan intiharlarda; depresyon, antipsikotiklerin bazı yan etkileri ya da ilaç tedavisine uyumsuzluk etkili olabilmektedir. Ayrıca antipsikotik dozundaki yetersizliğin de şizofrenide intihar olasılığını artırabileceği bildirilmektedir (44). Şizofreni tedavisinin vazgeçilmez unsurlarından biri olan antipsikotiklerin intihar davranışını tetiklediği yönünde klinik gözlemler olmasına karşın bunu destekleyecek bilimsel bir veri bulunmamaktadır (30). Hastalığın erken

dönemlerinde intihar riskinin yüksek olması ile birlikte, şizofrenide intihar riski hastalığın gidişatı boyunca herhangi bir dönemde yüksek kabul edilmektedir (36).

Şizofrenide erken başlangıç yaşının intiharla ilişkilendirilmesi ile birlikte geç başlangıç yaşının artmış intihar riskiyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmaların varlığına da dikkat çekilmiştir (40).

İntihar girişimi öyküsü varlığı, şizofrenide intihar riskini belirgin olarak arttırmaktadır. İntihar eden şizofreni hastalarının yarısından çoğunda intihar girişim öyküsü görülmüştür (36).

Şizofreni hastaları genele kıyasla daha şiddetli ve geri dönüşümü olmayan yöntemler tercih edebilmektedir (36). Ayrıca intihar girişimleri öncesinde çoğunlukla bir uyarı olmamakta ve niyet hastalar tarafından sözel olarak ifade edilmemektedir (45).

Depresyon şizofrenide intihar girişimi için önemli bir risk faktörüdür (36). Şizofreni hastalarında depresyon görülme sıklığı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre %18-91 arasındadır (35). Geçmiş veya mevcut depresif bozukluk öyküsünün intiharla güçlü birliktelik gösterdiği görülmüştür. İntihar girişiminde bulunan şizofreni hastalarının %30 kadarında girişimin hemen öncesinde depresyon belirtileri görüldüğü belirtilmiştir (4). Bir gözden geçirmede, şizofreni hastalarında intihar sonucu ölümler, depresyonla birlikte akatizi öyküsü, değersizlik ya da düşük benlik saygısı, ailede depresyon öyküsü ve yakın zamanda kayıp yaşama ile ilişkili bulunmuştur (37). Bazı çalışmalarda şizofreni hastalarında şüphecilik bulgusu, depresyon gelişmesi açısından bir risk etmeni olarak değerlendirilmiş (46), sanrıların varlığı, şizofreni spektrum bozukluklarında görülen intihar girişimleri için öngörücü olarak düşünülmüştür (47). Ayrıca ajitasyon, motor hareketlilik, ruhsal olarak dağılma korkusu ve anksiyete gibi depresyonla ilişkilendirilebilecek diğer bazı belirtiler de intihar riskiyle bağlantılıdır. Depresif belirtilerin belirlenmesi bu hastalar için oldukça önemli olup depresif bozukluğun eşlik etmesi durumunda uygun tedavi uygulanmalıdır (4, 9).

Umutsuzluk şizofrenide eşlik eden depresyon olmasa bile intihar için önemli bir risk faktörüdür (5). Korunmuş içgörünün, umutsuzlukla ilişkili ve bağımsız olarak intihar riskini arttırdığı belirtilmektedir. İntihar riskini değerlendirirken umutsuzluk ile birlikte içgörünün de mutlaka değerlendirilmesi gereklidir (40).

Şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerinin intiharla ilişkisini inceleyen çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Bazı çalışmalarda intihar girişiminde bulunan ve intihar nedeniyle yaşamını yitiren şizofreni hastalarında pozitif semptomların daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (48, 49). Bu çalışmaların aksine, kimi çalışmalarda intihar girişimlerinin negatif semptomlarla ilişkisi olduğu gösterilmiştir (50, 51). Bir meta-analizde, varsanıların azalmış intihar riski ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (9). Ayrıca intihar girişiminde bulunan şizofreni hastalarının psikotik alevlenme döneminde olduklarını bildiren çalışmalar da mevcuttur (52).

Panik belirtilerinin de, şizofreni hastalarında intihar davranışına katkıda bulunabildiği ifade edilmiştir (41).

Hastanede yatış sayısının fazla olması intihar riskini artırmaktadır (36). Sık hastaneye yatış ise yüksek oranda farmakolojik tedavinin bırakılmasıyla ilgilidir (40).

Tedaviye uyum, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar riskini azaltmak için çok önemlidir. Şizofreni hastalarında antipsikotik tedaviye uyumun sonuçlarını değerlendiren bir çalışmada tedaviye uyumsuzluğun, artmış depreşme ve hastaneye yatış oranlarının yanı sıra artmış intihar girişimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (53). İlk psikotik atak ile hastaneye yatış sonrası hastaneden taburcu olan hastaların geniş bir takip çalışmasında, antipsikotik ilaçların alınmamasının tüm nedenlere bağlı ölüm riskinde 12 kat, intihara bağlı ölüm riskinde 37 kat artışa yol açtığı belirtilmiştir (41).

Hastaneye yatış sırasındaki hostilitenin de uzun vadede intihar riski ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (41).

Alkol/madde kullanımının şizofreni hastalarında intihar riskini arttırdığını bildiren çalışmalarla birlikte, alkol/madde kullanımı ile intihar riski arasında ilişki olmadığını gösteren bir çalışmadan da bahsedilmektedir (41).

Birçok çalışma erkek şizofreni hastalarında intihar riskinin ve intihara bağlı ölüm oranının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir (36). Genele bakılacak olursa şizofreni hastalarında cinsiyet farkı daha az dikkat çekici gözükmektedir. Bir gözden geçirme çalışmasında, erkek/kadın oranı 1.57 olarak bulunmuştur (9). İntihar sonucu ölen kadınlar erkeklerden daha yaşlıdır. Bu, kadınlarda hastalığın daha geç yaşta başlamasıyla bağlantılı olabilir (40).

Ayrıca yapılan çalışmalar ve gözlemlere göre; genç yaş, beyaz ırk, evlenmemiş olmak, işsiz olmak, yalnız yaşamak, yüksek zeka düzeyi, yüksek eğitim seviyesi,

hastalık öncesi işlevselliğin yüksek olması, yüksek kişisel beklenti ve umutlara sahip olmak, yaşamdan beklentilerinin ve umutlarının karşılanma ihtimalinin olmadığını düşünmek, olumsuz yaşam koşulları, sosyal işlevsellikte azalma, çalışabilme kapasitesinde yetersizlik, ateşli silahlar gibi ölümcül araçlara kolay erişebiliyor olmak, intihar davranışı ve psikiyatrik hastalıklar açısından pozitif aile öyküsü, destekleyici ortam eksikliği, tekrarlayan relapslar gibi bazı faktörlerin de şizofreni hastalarında intihar riskini arttırdığını gösterilmiştir (4, 41).

Şizofreni hastalarında intihar için risk oluşturan etkenler düzenli olarak takip edilmeli, muayenelerde psikotik semptomların, depresif belirtilerin, alkol-madde kullanım bozukluklarının dikkatli yönetimi ile birlikte antipsikotiklerin yan etkileri, stres oluşturan yaşam olayları, sosyal destek durumu üzerine de odaklanarak gerekli farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları uygulanmalıdır (40, 41).

Hastaneden taburculuk sonrası ilk günlerde intihar riskinin yüksek olduğu bilindiğinden, bu dönemlerde yakın takip ve psikososyal destek gerekli olabilir (54). Psikososyal destek ile eğitimin şizofreni hastalarının tedavi uyumunu ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (40).

Antipsikotik ilaçların intiharı önleyici etkisi olduğunu gösteren az sayıda veri olmasına karşın antipsikotik ilaçlarla uzun dönemli tedavinin daha düşük mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (5, 55). Bazı çalışmalarda ise, antipsikotik ilaçların bazı yan etkilerinin şizofreni hastalarında intihara katkıda bulunabileceğinden bahsedilmiş, özellikle tipik antipsikotiklerin akatizi, akinezi, tardif diskinezi ve depresojenik yan etkilerinin intihar riskini arttırabileceği öne sürülmüştür. İlk atak psikozda akatizi ile intihar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bir çalışmada ise ekstrapiramidal semptomları olan hastalarda daha düşük intihar riski gözlemlenmiş, yazarlar bu bulgunun bu hasta grubunda antipsikotik tedaviye daha fazla uyumlu olma, daha yüksek dozda ilaç kullanma ya da polifarmasinin etkisi ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (41). Tedavide atipik antipsikotiklerin tercih edilmesi intiharı azaltmaya ve önlemeye yardımcı olabilir. Klozapinin intihar riskini azalttığını gösteren çok sayıda çalışma vardır (40).

İntihar için risk faktörlerinden biri olan fazla sayıda hastaneye yatış çoğu kez farmakolojik tedavinin bırakılmasıyla ilgilidir, hasta ve ailesi tedaviye uyum

konusunda mutlaka bilgilendirilmelidir (40) Hastanın tedavi uyumunda sıkıntı söz konusuysa depo antipsikotikler seçenek olarak düşünülebilir (55).

Özellikle ağır depresyon tedavisinde etkili olan elektrokonvülsif tedavinin (EKT) şizofreni hastalarında intihar davranışını engellemek için kullanımını araştıran az sayıda çalışma vardır (40). Şizofrenide eşzamanlı depresyon varlığı intihar için önemli bir risk faktörüdür. Antidepresanların antipsikotikler ile birlikte kullanılması intihar riskinde ve mortalitede azalmayla bağlantılı bulunmuştur. Ek olarak komorbid alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastalara alkol/madde kötüye kullanımını azaltan ilaçlar (örneğin, naltrekson veya akamprosat) da verilmelidir (41).

Şizofrenide intihar davranışının azaltılmasında uygun farmakolojik tedaviyle birlikte farmakolojik olmayan yaklaşımlar da gereklidir (54, 56). Şizofreninin başarılı yönetiminde farmakolojik olmayan yaklaşımlar arasında bilişsel-davranışçı terapi, bilişsel iyileştirme, gerçeklik odaklı yaklaşımlar, destekleyici terapi, destekli eğitim, öğretim ve istihdam dahil olmak üzere psikososyal müdahaleler sayılabilir (41). Olumlu verilere karşın, bugüne kadar şizofreni hastalarında psikoterapi yöntemlerin intihar riski üzerindeki etkilerini kesin olarak ortaya koyan çalışmalar azdır. Bilişsel davranışçı terapinin şizofreni hastalarında intihar düşüncesini azalttığı bildirilmiştir (40). Psikososyal müdahalelerin de, özellikle intihar riski olan şizofreni hastalarının tedavisinde rolü büyüktür, hastalara karşı empatik yaklaşım ve destek gerekliliği göz ardı edilmemelidir (54, 56). Klinisyenler hastanın sıkıntısını fark etmeli, hastayla günlük sorunları hakkında konuşmalı ve gerçekçi hedefler koymasına yardımcı olmalıdır (54).

Ayrıca aile müdahaleleri de intihar davranışı riskini azaltabilmektedir, bu nedenle şizofreni hastalarının tedavi planlarının bir bileşeni olmalıdır. Bu tür müdahaleler, psikotik bozukluğu olan bireylerde hastaneye yeniden yatış ve nüks oranlarını önemli ölçüde azaltmakta, hastaların sosyal ve mesleki performanslarını geliştirmektedir. Aile müdahaleleri genellikle farmakolojik tedaviye uyumu da arttırmaktadır (57, 58).

Şizofreni hastalarının yakınları bazen aşırı duygusal reaksiyonlar sergilerler, hastalara karşı hoşgörüsüz, yargısal ve/veya duygusal olarak sarsıcı tutumlar ortaya koyabilirler. Aile üyelerinin yüksek duygu dışavurumu, şizofreni hastalarında olumsuz seyre ve intihar davranışına neden olabilmektedir. Aile müdahalelerinin amaçlarından

biri, şizofreni hastalarının ailelerinde duygu dışavurumu düzeyini azaltmaktır. Bu nedenle, ailelere tedavi sürecine yardımcı olmaları gerektiğini ve hastaya yönelik tutumlarının hastanın iyileşmesine yardımcı olabileceğini veya iyileşmeyi engelleyebileceğini açıklamak esastır. Şizofreni hastalarının aileleri, intihar belirtileri ve şizofreni hastası olan bireyde intihar düşüncesi, niyeti veya planı gelişirse yapılması gerekenler hakkında bilgilendirilmelidir (41).

2.3. DUYGU DIŞAVURUMU

Psikiyatrik bozuklukların seyri üzerinde aile tutumlarının önemli bir rolü olduğu, tedavi sırasında ailenin de ele alınmasının gerekliliği vurgulanmıştır (59). Prognozu etkilediği düşünülen aile tutumlarının büyük bir kısmı "Duygu Dışavurumu (Expressed Emotion)" kavramı içinde incelenmektedir (7). Duygu dışavurumu (DD), aile üyeleri tarafından hastalığı olan bir bireye karşı yöneltilen eleştirellik, düşmancıl olma, aşırı ilgili ve müdahaleci olma, yakınlık kurma ve olumlu yorumlar gibi sözel ya da sözel olmayan tutumların bir ölçüsü olarak tanımlanmaktadır (60, 61).

Duygu dışavurumunun eleştirellik boyutuna bakıldığında, ses tonuyla veya konuşmanın içeriğiyle belli edilen, hasta hakkında olumsuz yorumlar, olumsuz ilişki tarzı ve/veya hastadan aşırı rahatsız olma tutumundan bahsedilebilir. Düşmanca tutumda, hasta yakınının genel olarak hastaya karşı sergilediği olumsuz tutum ve duygulanım söz konusudur. Hasta yakını, hastaya olan öfkesini kontrol etmekte zorlanabilir, bu sebeple hastayı görmezden gelmeye çalışabilir. Bu tutuma sahip kişiler, sorunların ana kaynağı olarak hastayı görebilir, hastadan uzak yaşamayı tercih etmek isteyebilir, hastaya sıklıkla sesini yükseltebilir ve çok çabuk sinirlenebilirler. Duygusal aşırı müdahalecilikte hasta yakını, hastaya karşı aşırı korumacı ve/veya fedakâr davranışlar gösterebilir; hastaya objektif olarak bakamaz ve/veya aşırı duygusal tepkiler verebilir, hastaya karşı kendini kurban eden/adayan davranışlarda bulunabilir. Bu tutuma sahip kişiler kendilerini her şey için suçlayabilir, her şeyin kendi hataları olduğunu düşünebilir, hastaya acır şekilde davranabilir, hastanın kendi halledebileceği işleri dahi onların yerine yapmaya çalışabilir ve kendi ihtiyaçlarını hiçe sayabilirler (62).

Hasta yakınları sergiledikleri bu tutumların düzeylerine göre yüksek duygu dışavurumlu ve düşük duygu dışavurumlu olmak üzere ayrılırlar (63). DD'u yüksek

olan ailelerin çok konuşup az dinledikleri, aşırı müdahaleci, suçlayıcı ve kısıtlayıcı oldukları, verdikleri tepkileri abarttıkları, hastayı sıklıkla eleştirdikleri dolayısıyla bireylerin yaşam olaylarına çözüm bulma yetilerinin zayıf olduğu, DD'u düşük olan ailelerin ise; daha hoşgörülü, yardımsever, ilgili, duyarlı kabullenici, serinkanlı özellikler taşıdığı bilinmektedir (64, 65).

Tarihsel olarak DD kavramına bakıldığında, 1950'lerde Londra'da başlatılan bir seri çalışmaya dayandığı görülmektedir. Bu çalışmada, taburculuk sonrası ailesinin yanında yaşayan şizofreni hastalarının, bir kurumda yaşayanlara göre daha kötü bir gidiş gösterdikleri saptanmıştır. Benzer bir çalışma bir yıl izlem sonrası nüks oranlarını tespit etmek amacıyla yapılmış, ailesinin yanında yaşayan hastaların nüks oranlarının bir kurumda yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (66). Bu çalışmalarla, hasta yakınlarından hastaya yönelen duyguların önemli olduğu anlaşılmıştır (64).

2.3.1. Şizofreni ve Duygu Dışavurumu

Ailenin rolü ile ilgili olarak yapılan bir değerlendirme, aile etkileşimi şekilleri ile şizofreninin başlangıcı ve seyri üzerinde tutarlı bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur. Bu değerlendirmeye göre, şizofreni hastalarının ebeveynleri açık veya etkin bir iletişim kurmamakta, ailedeki dengesiz etkileşimler şizofreni başlangıcından önce de var olmakta, bu tür etkileşimler şizofreniye özgü olmamakta, olumsuz etkileşimler şizofreninin seyrini etkilemekte ve şizofreni riski, genetik yatkınlık ve aile etkileşimleri arasındaki ilişki (stres - yatkınlık modeli) sonucu ortaya çıkmaktadır (67).

Yüksek duygu dışavurumunun özellikle psikotik bozukluklarda olmak üzere diğer birçok psikiyatrik rahatsızlıkta bir stresör olarak işlev gördüğü belirtilmiş; nüksü, belirtilerin şiddetini, hastanede yatış süresini, yeniden hastaneye yatışı, tedavi yanıtını ve uyumunu olumsuz etkilediğini öngörmede oldukça güçlü bir yordayıcı olduğu birçok çalışma tarafından desteklenmiştir (8, 68, 69). Relaps ve duygu dışavurumu arasında basit tek yönlü bir ilişkiden çok, hasta ve ailesi arasındaki etkileşim nedeniyle çift yönlü bir ilişki göze çarpmaktadır (69). Duygu dışavurumu düzeyi şizofreni hastalığının seyrini en çok etkileyen faktörlerden biri olarak görülmektedir (70). Şizofreni tanısı almış hastaların birinci, üçüncü, yedinci, onikinci ve yirminci aylarında değerlendirildiği bir çalışmada hastalık nüksünün, yeniden hastaneye yatışın

ve pozitif belirtilerin yüksek duygu dışavurumlu ailelerde düşük duygu dışavurumlu ailelere göre anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur (8).

Hastanede yatarak tedavi gören, sonrasında duygu dışavurumunu yüksek olarak değerlendirilen yakınlarıyla yaşayan hastalarda 9-12 ay içinde görülen nüks oranı 2 -3 kat daha fazla saptanmıştır (60).

Şizofreni tanılı hastaların aile üyeleri hakkındaki algıları da önem taşımaktadır. Şizofreni hastaları ailelerini sağlıklı kontrollerin ailelerine göre, daha az birbirine bağlı, başarıya yönelimi düşük ve bağımsız bulmaktadır. Çok sayıda hastane başvurusu olan şizofreni tanılı hastaların ailelerinde çatışma düzeyi yüksektir ve aile ortamı bireylerin kendilerini serbest olarak ifade etmelerine izin vermemektedir (71).

Semptomların alevlenmesinde stres çok önemlidir ve yüksek duygu dışavurumu algılandığı zaman hasta için stres oluşturmaktadır (72). Ayrıca algılanan yüksek duygu dışavurumunun hastalarda algılanan sosyal desteği de olumsuz yönde etkileyebileceğine dikkat çekilmiştir (73).

2.3.2. Şizofrenide İntihar - Duygu Dışavurumu

Daha önce araştırmacılar aile disfonksiyonu ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek için bazı girişimlerde bulunmuşlar, aile psikopatolojisinin, yaşam olaylarının ve psikiyatrik hastalık varlığının, intihar için önemli belirleyiciler olduğunu belirtmişlerdir (74). Duygu dışavurumu, başlangıçta şizofreni hastalarında nüksün bir öngörücüsü olarak geliştirilip, doğrulanmıştır (66, 69). İntihar davranışı ve duygu dışavurumu ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar az sayıdadır (75). Yine sınırlı sayıda çalışmada, duygu dışavumu hastanın bakış açısıyla değerlendirilmiştir (61, 72, 73, 76). Şizofreni hastalarının çevresindeki kişilerin yüksek düzeyde ve sağlıksız duygu dışavurumlarını stres içeren bir yaşam olayı şeklinde algılayabildikleri belirtilmiştir (69). Ayrıca önceki çalışmalar, sosyal desteğin intihara karşı koruyucu olduğunu ortaya çıkarmıştır. Joiner'in kişilerarası intihar teorisine göre, sosyal desteğin varlığı intihar riski ile negatif ilişkili olarak aidiyet duygularını artırabilmektedir. Yüksek duygu dışavurumunun, hastaların sosyal destek algılarını da olumsuz yönde etkilediğine inanılmaktadır. Bununla birlikte, şizofreni hastaları tarafından algılanan duygu dışavurumu ile intihar davranışı arasındaki ilişki alanında çalışma neredeyse bulunmamaktadır (10). Algılanan duygu dışavurumunun intihar için bir risk faktörü

olup olmadığını belirlemeye yönelik çalışmalar ile intihar oranlarını düşürmek, aileyi ve toplumu böylesine ağır bir kayıptan korumak için gerekli adımlar atmak önemlidir (75).

2.4. MİZAÇ VE KARAKTER KAVRAMLARI

Cloninger'in Geliştirdiği Mizaç ve Karakter Modeli:

Kişilik; bireyin kendine özgü olan, birçok bileşeni aracılığıyla başkalarından ayrımını sağlayan uyum ve yaşam biçimini oluşturan bilinçli ya da bilinçdışı biliş, duygulanım ve davranış örüntülerinin tümüdür. Bu kavram kişinin ruhsal ve biyolojik yapılarının, davranış biçimlerinin, ilgi, tutum, yetenek ve becerilerinin bir arada ve en iyi biçimde bütünleşmesini ifade etmektedir. Araştırmacılar geniş kapsamlı bir kavram olan kişiliği tanımlamak ve değerlendirmek için birçok kuram ve model geliştirmişlerdir. Geliştirilen modeller arasında Cloninger'in modeli altta yatan sosyal ve biyolojik belirleyicileri dikkate alma, belleğin tiplerini ayırt etmeyi de içerecek geniş kapsamlı olması ile diğer modellerden ayrılmıştır. Cloninger, kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ile karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan biyopsikososyal kişilik modelini tanımlamıştır (11, 77, 78). Bu model biyolojik temele dayanan, kalıtım yoluyla bireye geçen, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyal ve kültürel etkiler karşısında değişmez özellikleri kapsayan, farklı kültürler, kıtalar, etnik gruplar ya da politik sistemlere karşın evrensel olduğu gösterilen ve algısal bellekte kavram öncesi yanlılıkları içerdikleri varsayılan dört mizaç boyutu (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ile yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında farkındalık kazanma ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir (77).

Mizaç boyutları, yenilik, tehlike ya da ceza ve ödüle yanıt olarak çağrışımsal öğrenmedeki bireysel farklılıklara göre tanımlanmaktadır. Bu yolla temel duyguların algısal bilgi süreçlerini değiştirdiği, özellikle şartlı uyaranlara verilen bilinçdışı yanıtlar gibi erken öğrenme özelliklerini biçimlendirdiği tespit edilmiş ve bellek sistemleri tarafından işlenen bilginin kalıtsal eğilimleri yansıtılmıştır. Mizaç boyutları özgül bir merkezi monoaminerjik sistem aktivitesi ile bağlantılar göstermektedir. Yenilik arayışı düşük dopaminerjik aktivite ile zarardan kaçınma yüksek serotonerjik

aktivite ile ve ödül bağımlılığı düşük noradrenerjik aktivite ile ilişkili bulunmuştur (77).

Karakter kişiliğin kavramsal özüdür, neokorteks ile hipokampus tarafından düzenlenen soyutlama, simgeleştirme, yorumlama, çözümleme, tüme varma gibi daha yüksek bilişsel işlevleri kapsamaktadır. Bu işlevler, mizaçla düzenlenen duygulanım, duyusal algılar ve bilişsel süreçler için önemlidirler ve dış dünya ile benlik hakkındaki kavramların gelişmesine yol açmaktadırlar. Karakter; değerlendirme, yapılandırma, soyut sembollerin uyumu ve mantık süreçlerine uyan bilginin mantıksal-kavramsal sunumunu temsil etmektedir (11).

2.4.1. Şizofrenide Mizaç ve Karakter

Şizofreni hastalarında klinik belirtiler, prognoz, yaşam kalitesi, işlevsellik düzeyi, içgörü ve tedavi yanıtı gibi pek çok faktör hastadan hastaya farklılık göstermektedir. Araştırmacılar, bu çeşitliliğin hastaların farklı kişilik özelliklerine sahip olması ile de ilişkili olabileceğini düşünerek bu konuda çalışmalar yapmaya başlamışlardır. Çalışmalarda şizofreni tanılı hastalarda özellikle bazı mizaç ve karakter özelliklerinin daha baskın olduğu saptanmış, hastalık öncesi ya da hastalık sırasındaki kişilik özelliklerinin hastanın klinik özellikleri ile etkileşim içinde olabileceği ve sosyal işlevselliğinin bozulma riskini arttırabileceği öne sürülmüştür (9, 79).

Şizofreni hastalarının, birinci derece akrabalarının ve sağlıklı bireylerin Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) kullanılarak karşılaştırıldığı bir çalışmada; şizofreni tanısı alan grubun, hem birinci derece akrabalarından, hem de sağlıklı kontrol grubundan ZK ortalamalarının yüksek, ÖB ortalamalarının (ebeveynleri hariç) düşük, KY ortalamalarının düşük ve İY ortalamalarının düşük (ebeveynleri hariç) olduğu bulunmuştur (80). Başka bir çalışmada; şizofreni hastalarının daha fazla zarardan kaçınma gösterdikleri ve tanı konulmamış ancak genetik açıdan riskli bireylerde de çekingen davranış biçiminin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca şizofreni hastalarının ödül bağımlılığı boyutunda daha düşük puanlar aldıkları saptanmış, yenilik arayışının şizofreni hastalarında daha düşük olduğu belirtilmiştir (81). Şizofreni tanılı hastalar ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı çalışmalara bakıldığında; kontrol grubuna kıyasla şizofreni hastalarında daha yüksek ZK, KA (82-84) ve daha düşük KY, İY (82-84), ÖB (83, 84), YA (84) puanları saptanmış, şizofreni

hastalarının genel popülasyona kıyasla farklı mizaç ve karakter profiline sahip olduğu vurgulanmıştır. Yüksek ZK puanları çalışmalarda en sık tekrarlayan bulgu olup, "şizofreni ile ilişkili endofenotip" olduğu düşünülmüştür (85). Guillem ve ark. yapmış olduğu araştırmada ise, şizofreni hastalarında düşük KY, düşük İY ve yüksek KA saptanmış, yüksek ZK, yüksek KA ve düşük KY'nin şizofrenide yaşam kalitesini kötüleştirdiği belirtilmiştir. Ek olarak klinik özellikler açısından mizaç karakter ilişkisine bakıldığında pozitif belirtilerin yüksek KA ile ilişkili olduğu, negatif semptomların ise yüksek ZK ve düşük KY ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (86).

2.4.2. Şizofrenide İntihar - Mizaç ve Karakter

Son yıllarda mizaç ve karakter özellikleri araştırılmış ve intihar davranışı için ilişkili bir faktör olarak kabul edilmiştir. Bu bağlamda kişiliğin mizaç ve karakter modeli özel bir öneme sahiptir çünkü bireyin çevreye olan yaygın tutumunun altında yatan nörobiyolojik yapıyı tanımlamaya çalışır. (13, 87, 88).

Çeşitli tanı gruplarını içeren önceki çalışmalarda, intihar girişimine yatkınlıkla ilişkili olabilecek mizaç ve karakter boyutları olarak; yüksek YA (87-91), yüksek ZK (13, 87, 88, 91-95), yüksek SE (15, 96) ve düşük KY (91-93), düşük İY (13, 91, 93), yüksek KA (91, 96) özelliklerinden bahsedilmektedir. Şizofreni hastalarında intihar davranışının Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) ile özel olarak incelendiği az sayıda çalışma mevcuttur (15, 16, 97). Şizofrenide intihar davranışı üzerine mizaçla ilgili biyolojik temelli mekanizmaların ve karaktere ilişkin çevresel olarak şekillendirilmiş süreçlerin katkılarını belirlemek için MKE'nin kullanılabileceği belirtilmiştir. İntihar davranışına yatkınlık ve intihar riski açısından şizofreni hastaları farklı bir kişilik yapısı gösterebilir, bazı kişilik boyutları şizofreni hastalarında önceki intihar girişimlerinde öngörücü bir değer olabilir (15, 16).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın örneklemi, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve bunlarla ilgili olarak yapılmış olan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları, verilerin toplanması ve verilerin analizinde kullanılan istatistiksel tekniklerle ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

3.1 ÖRNEKLEM

Araştırmamız kesitsel bir çalışmadır. Araştırmamıza hasta alımı 01.02.2019 - 01.09.2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Çalışmaya SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran, araştırma hakkında bilgilendirilen, sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden, DSM-5 kriterlerine göre "Şizofreni" tanısı alan, remisyonda olduğu belirlenen yaşamı boyu en az bir kez intihar girişimi olmuş 41 ve hiç intihar girişimi olmamış 40 hasta olmak üzere toplam 81 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan hastalar diğer psikiyatrik tanıların dışlanması için SCID-5 ile değerlendirilmiş ve çalışmaya uygun olup dahil edilenlere Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS), Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (LEE), İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ), Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) uygulanmıştır.

Şizofreni hastalarında remisyonun değerlendirilmesi için 2005 yılında ABD'li bir çalışma grubu (The Remission in Schizophrenia Working Group) tarafından önerilen ölçütler geliştirilmis ve yayımlanmıştır. Bu ölçütlere göre remisyon, hastaların temel belirti ve semptomlarında, ilk şizofreni tanısının konmasında kullanılan eşiğin altında olmasını sağlayacak derecede bir düzelme ve bu düzelme ile semptomların, hastanın davranışını anlamlı derecede etkilemeyecek kadar düşük yoğunlukta olması olarak tanımlanmıstır (98). Bu remisyon tanımı icin önerilen ölçütler zaman temelli ve semptom temelli olmak üzere iki bileşenden oluşmaktadır. Semptom temelli bileşen için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'ndeki aşağıda belirtilen sekiz maddenin tümünde eşzamanlı olarak 3 veya 3'ten daha düşük skorların olması eşik düzey olarak kabul edilmiştir. Bu maddeler: 1. Sanrılar; 2. Olağandışı

düşünce içeriği; 3. Varsanılı davranış; 4. Düşünce dağınıklığı; 5. Postür ve kisiye özgü hareketler; 6. Duygulanımda küntleşme; 7. Sosyal geri çekilme; 8. Spontanlıkta azalma olarak belirlenmiştir. Remisyon tanımının zaman temelli bileşenini ise aynı çalışma grubu, hastaların tanımlanan semptomatik düzelmeyi sürdürmeleri gereken en az süreyi altı ay olarak belirlemiştir (98, 99).

3.1.1. Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Dahil Etme Kriterleri:

18-65 yaş aralığında olmak

DSM-5 tanı kriterlerine göre "Şizofreni" tanısı almış olmak ve remisyonda olmak

Ölçek uygulamaları konusunda yeterliliğe sahip çalışmacı tarafından verilecek bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Öz bildirime dayalı ölçeklerin doldurulabilmesi için okur yazar ve en az 5 yıl eğitim görmüş olmak

Dışlama Kriterleri:

Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu olması

Belirgin bir genel tıbbi duruma bağlı hastalık, kognisyonu ve motor fonksiyonları bozabilecek nörolojik ve tıbbi hastalık ya da geçirilmiş kafa travması olması

Son 1 yıl içinde alkol ve/veya madde kötüye kullanım öyküsünün bulunması

Ek psikiyatrik tanı (SCID-5 ile değerlendirilip, dışlanmıştır.)

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu:

Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır.

3.2.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme - Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV):

First ve ark. tarafından DSM-5 tanılarını koymak için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme kılavuzudur (100). Bu kılavuzda, 32 tanısal kategoride ayrıntılı tanı ölçütleri, 17 tanısal kategoride ise yalnızca araştırıcı sorular yer

almaktadır. Toplam 10 modülden oluşmaktadır: psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar icin araştırıcı sorular ve uyum bozukluğunu içermektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2015). SCID-5'in Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (101). SCID-5 çalışmamıza katılan hastaların tanılarını doğrulamak ve ek psikiyatrik tanı varlığını dışlamak amacıyla kullanılmıştır.

3.2.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS):

Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme ile Şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklarda ortak görülen 30 belirtiyi 7 puanlı bir değerlendirme ile ölçen bir ölçektir (102). Türkçe çevirisi, geçerlik ve güvenirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (103). Ölçek 30 belirtiyi tanımlayan 30 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1'den (semptom yok) 7'ye kadar (çok ağır) derecelendirilmektedir. 30 maddenin toplam puanı PANSS total puanı olarak belirtilmekte ve 30-210 arasında değişmektedir. PANSS pozitif ve PANSS negatif belirtileri yedişer maddeden oluşmaktadır ve puanları 30 PANSS maddesinin 14'ünün değerlendirilmesiyle elde edilmektedir. PANSS genel psikopatoloji puanları 30 PANSS maddesinin 16'sını içermektedir ve puan 16-112 arasında değişmektedir. PANNS çalışmamızda hastaların remisyonda olduğunu belirlemek ve pozitif, negatif, genel psikopatoloji belirtilerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

3.2.4. İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ):

1981 yılında Linehan ve Nielsen tarafından geliştirilen ölçek dört maddeden oluşmaktadır (104). 1.Madde "İntihar plan ve girişimi" geçmişe ait intihar öyküsü ile ilgili olup 6 seçenekten oluşmuştur. Likert usulu 0 ile 5 puan arasında değerlendirilir. 2.Madde "İntihar düşüncesi" ile ilgili olup 5 seçenek bulunmaktadır. 0-4 arası Likert usulü puanlanır. 3.Madde "İntihar tehdidi" ile ilgili olup iki seçenekten oluşur. Hayır 0 evet 1 olarak puanlanır. 4.Madde "İntihar'ın tekrar edilebilirliği" ile ilgili olup beş seçenekten oluşmaktadır ve Likert usulü 0-4 arasında puanlanır. İntihar davranışı ölçeğinden alınacak en düşük puan 0 en yüksek puan 14'tür. Alınan en yüksek puan en ciddi intihar davranışı olduğunu belirtmektedir. İntihar Davranışı Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması Bayam ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (105).

3.2.5. Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (Level of Expressed Emotion - LEE):

Cole ve Kazanan (106) tarafından 1988 yılında geliştirilmiş olup, Türkçe'ye çevrilmesi ve geçerlilik, güvenilirlik çalışması Berksun ve arkadaşları (64) tarafından yapılmış 60 soruluk bir ölçektir. Hastalar tarafından birlikte yaşadıkları, kendileri için önemli bir aile üyesi (anahtar akraba) göz önüne alınarak doldurulmaktadır. Hasta için önemli birisiyle arasındaki duygusal havayı anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. 'Doğru-yanlış' şeklinde doldurulan ölçekte puanlar 0-1 arası verilmektedir. 30 soruda 'doğru' yanıtına, 30 soruda ise 'yanlış' yanıtına 1 puan verilmektedir. Ölçeğin, her biri 15 madde içeren müdahalecilik (intrusiveness), duygusal tepki (Emotional Response), hastalığa karşı tutum (attitude toward illness), hoşgörü beklenti (tolerance-expectation) başlıklarını taşıyan dört alt ölçeği vardır.

3.2.6. Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI):

Cloninger tarafından geliştirilmiştir. Cloninger kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal, psikobiyolojik bir kişilik modeli temel alarak geliştirmiştir (79). 240 soruluk bir ölçektir ve sorular hasta tarafından "doğru, yanlış" şeklinde cevaplandırılır. Türkiye'de geçerlilik güvenirlilik çalışması Köse ve ark. tarafından yapılmıştır (107). MKE içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir. MKE'nin değerlendirilmesinde bazı maddeler tersine puanlanmaktadır. Bu maddelerin puanlanmasında Yanlış seçeneği işaretlenen maddeler 1 puan alır. Ayrıca TCI içinde yer aldıkları halde puanlanmayan maddeler "69, 75, 101, 111, 118, 134, 140, 170, 176, 190, 213, 230, 239, 240" bulunmaktadır (11, 77).

Mizaç Alt Boyutları:

Yenilik Arayışı - YA (Novelty Seeking - NS)

Yeniliğe yönelik isteğin başlangıcında ya da aktivasyonunda, dürtüsel karar verme, ödül alma olasılığı ortaya çıktığında aşırılık, çabuk sinirlenme, ceza sinyallerinden aktif kaçınma gibi davranışların kalıtsal yatkınlığını gösterir. Şartlandırılmış ceza sinyallerinden kaçınmayı, ödül sinyallerine yaklaşımı yansıtır. YA puanları yüksek olanlar; meraklı, heyecanlı, coşkulu, duyguları hızlı değişen,

yeni keşiflerden zevk alan, kolay sıkılan, düzensiz ve dürtüsellerdir. YA puanları düşük olanlar; heyecansız, duyguları yavaş değişen, düşünceye önem veren, meraksız, monotonluğa tahammül edebilen, sistematik, düzenli ve tutumludurlar. Yenilik arayışının 4 alt boyutu vardır:

YA1: Keşfetmekten heyecan duyma - Kayıtsız bir katılık

YA2: Dürtüsellik - Düşünerek hareket etme

YA3: Savurganlık - Tutumluluk

YA4: Düzensizlik – Düzenlilik

Zarardan Kaçınma - ZK (Harm Avoidance - HA)

Ödül olmayan, engelleyici veya ceza sinyallerine verilen yanıtlarda davranışın ketlenmesine kalıtımsal yatkınlığı gösterir. ZK puanları yüksek olanlar; gergin, korkulu, tedirgin, çekingen, cesaretsiz, olumsuz, kötümser, onay ve cesaretlendirme beklentisi içinde, eleştiriye ve cezaya hassastırlar. ZK puanları düşük olanlar; tedbirsiz, rahat, sakin, iyimser, cesur, güvenli, dışa dönük, dinçtirler. ZK'nın 4 alt boyutu vardır:

ZK1: Beklenti Kaygısı ve Kötümserlik - Sınırsız İyimserlik

ZK2: Belirsizlik Korkusu

ZK3: Yabancılardan çekinme

ZK4: Yorulma ve dermansızlık

Ödül Bağımlılığı - ÖB (Reward Dependence - RD)

Ödül Bağımlılığı; sosyal bir ödülün harekete geçirdiği aşırı duygusallık, sosyal bağlılık ve diğerlerinin onayına bağımlılık gibi davranışlarının yanıtının ve devamlılığının kalıtsal yatkınlığını gösterir. ÖB puanları yüksek olan bireyler; sevecen, sıcak, duyarlı, bağımlı ve sosyaldirler.ÖB puanları düşük olan bireyler; pratik, soğuk, sosyal olarak duyarsızdırlar, tek başına olmaktan memnun ve mesafelidirler. ÖB'nin 3 alt boyutu vardır:

ÖB1: Duygusallık

ÖB3: Bağlanma - Bağlanamama

ÖB4: Bağımlılık

Sebat Etme - SE (Persistance - P)

Sebat etme daha önce ödül bağımlılığı içindeyken, modelin geliştirilmesi ayrı bir alt grup olarak değerlendirilir. Engellenme, yorgunluk ve aralıklı olarak

pekiştirilmeye rağmen davranışın devamlılığındaki kalıtsal eğilimi gösterir. Sebat eden bireyler insanı engelleyen ödül yokluğu durumlarıyla karşılaştıklarında bu davranışın sönmesine karşı direnç sergilerler. SE puanları yüksek olan bireyler; engellenmeye rağmen üretken, çalışkan, kararlı ve sebatkârdırlar. Ödül beklentisi içindeyken bu çabalarını yoğunlaştırırlar. Engellenme ve yorulma ile daha çok kamçılanırlar. İşkoliktirler. Koşullar istikrarlı ve ödüller aralıklı ise sebat etme adaptiftir, koşullar hızlı değişiyorsa maladaptiftir. SE puanları düşük olan bireyler; tembel ve üşengeçtirler. İşlere nadiren gönüllü olurlar. Kolay bir işi başlatmakta bile yavaş davranırlar. Ellerinde olandan daha fazlası için uğraşmazlar. Ödül alacaklarını bilseler bile çalışmalarını arttırmazlar. Koşullar çoksık değişiyorsa adaptif, ödül uzun dönemde ve aralıklı olarak veriliyorsa maladaptiftir.

Karakter Alt Boyutları:

Kendi Kendini Yönetme - KY (Self-Directedness - SD)

Kendini yönetme; kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, bireysel açıdan anlamlı amaçlarının belirlenmesi ve sorunları çözmede beceri ve güvenin gelişimi ile kendini kabullenmeden oluşur. KY puanları yüksek olan bireyler; olgun, kendine yeten, sorumlu, güvenilir ve amaçlıdırlar. Kendilerine saygı ve güvenleri yüksektir. Davranışları, bireysel seçim ve hedefleri ile uyumludur. Etkindirler ve liderliğe oynarlar. Otorite karşısında asi olarak algılanabilirler. KY puanları düşük olan bireyler; olgunlaşmamış, kırılgan, suçlayıcı, sorumsuz ve güvenilmezdirler. Başlarında güvenilir bir liderleri olmadığında bu özellikleri gösterirler. İçsel organize edici bir sisteme sahip değil gibidirler. Anlamlı hedefler tanımlamak ve bunları sürdürmekte güçlük çekerler. KY 5 alt gruptan oluşur:

KY1: Sorumluluk alma - Kınama

KY: Amaçlılık - Amaçsızlık

KY3: Beceriklilik - Atıllık

KY4: Kendini kabullenme - Kendisiyle çekişme

KY5: Aydınlanmış ikinci mizaç - Olumsuz alışkanlıklar

İşbirliği Yapma - İY (Cooperativeness - C)

Sosyal kabul, empati, yardımseverlik, sevecenlik ve vicdanlı olmayı içerir. İY puanları yüksek olan bireyler; eşduyumlu, sevecen, tahammüllü, destekleyici,

ilkeli ve adildirler. Başkalarının hizmetinde olmayı severler ve işbirliği içindedirler. Başkalarının ihtiyaçlarını anlar ve saygı duyarlar. Ekip çalışmalarına ve sosyal ortamlara uygun bireylerdir. İY puanları düşük olan bireyler; tahammülsüz, eleştirel, intikamcı ve fırsatçıdırlar. Başka insanların haklarını, düşüncelerini ve duygularını dikkate almazlar. Kendileri ile ilgilidirler.

İY'nin 5 alt boyutu vardır:

İY1: Sosyal kabullenme - Sosyal hoşgörüsüzlük

İY2: Empati duyma - Sosyal ilgisizlik

İY3: Yardımseverlik - Yardımsever olmama

İY4: Acıma - İntikamcılık

İY 5 Vicdanlılık - Kendine yarar sağlama

Kendini Aşma - KA (Self-Transcendence - ST)

Kendini Aşma; kendini kaybetmeye karşı kendilik bilincinde yaşantı, kişiler arası özdeşime karşı kendini ayrıştırma, manevi kabullenmeye karşı akılcı maddeciliği içerir. KA puanları yüksek olan bireyler; tatmin olmuş, sabırlı ve yaratıcı bireylerdir. Belirsizliğe tahammül edebilirler. Başarısızlıklarını kabullenmeye hazırdırlar. Yetersizlikleri ile barışıktırlar. Bu özellik acı ve ölüm karşısında adaptif olmayı getirir, yaşlılıkla birlikte önemi artar. KA puanları düşük olan bireyler; materyalist, hayal kuramayan, kendisiyle fazlasıyla meşgul, belirsizliğe ve sürprizlere tahammülsüz bireylerdir. Her şeyi kontrol etmeye çalışırlar. Sahip olduklarından tatmin olmazlar. Ölümü kabul etmekte güçlük çekerler. İlerleyen yaşla birlikte sorun yaşayabilirler. KA'nın 3 alt boyutu vardır:

KA1: Kendini kaybetme - Kendilik bilincinde yaşantı

KA2: Kişiler arası özdeşim - Kendi kendine ayrışma

KA3: Manevi kabullenme - Akılcı Maddecilik

3.3. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 17.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca ve minimum-maximum değerler kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi, ikiden fazla grup arasında değerlendirilirken Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Nominal değerler birbirleri ile karşılaştırılırken Ki Kare ve Fisher‘s Exact testlerinden yararlanılmıştır. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi’nden faydalanılmıştır. p değerinin 0.05’in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak çift yönlü değerlendirilmiştir ve anlamlı sonuçlar olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya 38 kadın (%46.91), 43 erkek (%53.9) olmak üzere toplam 81 hasta katıldı. Hastaların 27'si ilköğretim, 28'i lise ve 26'sı üniversite mezunu idi. Medeni duruma bakıldığında 6'sı (%7.41) evli, 12'si (%14.81) boşanmış, 63'ü (%77.78) hiç evlenmemişti. Çalışma durumu değerlendirildiğinde 43'ünün çalışmadığı, 10'unun malulen emekli olduğu, 18'inin aralıklarla çalıştığı, 7'sinin düzenli çalıştığı, 2'sinin normal emekli olduğu ve 1'inin öğrenci olduğu öğrenildi. Ekonomik durumu orta olan 57 (%70.37), düşük olan 21 (%21.93), yüksek olan 3 (%3.70) hasta vardı. Sosyal desteğini nasıl tanımladığı sorusuna hastaların 43'ü (%53.09) var, 31'i (%38.27) yetersiz, 7'si (%8.64) yok şeklinde cevap verdiği görüldü. (Tablo 1)

Tablo 1. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik verileri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	38	46.91
	Erkek	43	53.09
Eğitim düzeyi	İlkokul	7	8.64
	Ortaokul	20	24.69
	Lise	28	34.57
	Üniversite	26	32.10
Medeni hal	Evli	6	7.41
	Hiç evlenmemiş	63	77.78
	Boşanmış	12	14.81
Çalışma durumu	Öğrenci	1	1.23
	Normal emekli	2	2.47
	Malulen emekli	10	12.35
	Çalışmıyor	43	53.09
	Aralıklarla çalışıyor	18	22.22
	Düzenli çalışıyor	7	8.64
Ekonomik durum	Düşük	21	25.93
	Orta	57	70.37
	Yüksek	3	3.70
Sosyal destek	Var	43	53.09
	Yok	7	8.64
	Yetersiz	31	38.27

Çalışmaya katılan hastaların yaş aralığı 21 - 61 arasında, ortalama yaşı ise 40.7±9.80 arasında idi. Çocuk sayısı ortalama 0.16±0.43, kardeş sayısı ise ortalama 2.57±2.04 bulundu. Hastaların hastalık süresi ortalama 18.60±10.17 yıl iken, psikoz başlangıç yaşı ortalama 22.23±6.11 yıl, ilk tedavi alma yaşı ortalama 23.23±5.80 yıl idi. Hastane yatış sayısı ortalama 3.93±3.40 defa olarak çıktı. Çalışmaya remisyonda olduğu belirlenen hastalar alınmış olup, katılımcıların remisyonda olma süresi

ortalaması 2.52±2.24 yıl saptandı. İntihar girişimi olan hastaların, yaşam boyu intihar girişimi sayıları ortalama 1.78±1.72 kez idi. (Tablo 2)

Tablo 2. Çalışmaya katılan hastaların yaş, çocuk sayısı, kardeş sayısı ve hastalık sürecine dair sayısal bilgiler

	Ort	s.s.	Medyan	Min	Max
Yaş	40.77	±9.80	41.00	21.00	61.00
Çocuk sayısı	0.16	±0.43	0.00	0.00	2.00
Kardeş sayısı	2.57	±2.04	2.00	0.00	10.00
Hastalık süresi (yıl)	18.60	±10.17	19.00	2.00	41.00
Psikoz başlangıç yaşı	22.23	±6.11	22.00	11.00	46.00
İlk tedavi yaşı	23.23	±5.80	22.00	15.00	46.00
Tedavisiz geçen süre (yıl)	1.00	±1.64	0.00	0.00	8.00
Hastane yatış sayısı	3.93	±3.40	3.00	0.00	16.00
Remisyon süresi (yıl)	2.52	±2.24	2.00	0.50	10.00
İntihar girişimi varsa kaç kez	1.78	±1.72	1.00	1.00	10.00

Erken dönem olumsuz yaşantılar ve stresli yaşam olayları öyküsü olan 42 (%51.85) hasta vardı. Hastalık 45 (%55.56) hastada akut, 36 (%44.44) hastada sinsi olarak başlamıştı. Hastalığın başlangıcında stresör ya da tetikleyici olay öyküsü olan 40 (%49.38), olmayan 41 (%50.62) hasta vardı. 47 (%58.02) hastada hostilite/saldırganlık öyküsü mevcuttu. Hastaların 32'sinin (%39.51) psikiyatrik komorbidite harici bilinen ek tıbbi hastalığı olduğu görüldü. Soygeçmiş özelliklerine bakıldığında; ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan 41 (%50.62) hasta ve ailede intihar davranışı öyküsü olan 17 (%20.99) hasta vardı. (Tablo 3)

Tablo 3. Katılımcıların klinik özelliklerine ait kategorik değişkenler

		n	%
Erken dönem olumsuz yaşantılar/ stresli yaşam olayları	Var	42	51.85
	Yok	39	48.15
Hastalık başlangıç şekli	Akut	45	55.56
	Sinsi	36	44.44
Hastalığın başlangıcında stresör/ tetikleyici olay	Var	41	50.62
	Yok	40	49.38
Hostilite/saldırganlık öyküsü	Var	47	58.02
	Yok	34	41.98
Bilinen tıbbi hastalık	Var	32	39.51
	Yok	49	60.49
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	41	50.62
	Yok	40	49.38
Ailede intihar davranışı öyküsü	Var	17	20.99
	Yok	64	79.01

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında; intihar girişimi öyküsü ile cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hal, çalışma durumu ve ekonomik durum, ek tıbbi hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p>0.05). Sosyal desteğini var olarak tanımlayanlarda, yok ve yetersiz olarak tanımlayanlara göre intihar girişimi öyküsü istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptandı (p<0,001). İntihar girişimi öyküsü olanlarda erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları öyküsü (p<0,001), hastalığın başlangıcında stresör/tetikleyici olay öyküsü (p:0,005), hostilite/saldırganlık öyküsü (p<0,001), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü (p<0.001) ve ailede intihar davranışı öyküsü (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı. (Tablo 4)

Tablo 4. İntihar girişimi olan ve olmayan hasta gruplarında sosyodemografik verilerin ve klinik özelliklere ait bazı kategorik değişkenlerin karşılaştırılması

		İntihar girişimi öyküsü				p
		Var		Yok		
		n	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	19	50.00	19	50.00	0.917
	Erkek	22	51.16	21	48.84	
Eğitim düzeyi	İlkokul	2	28.57	5	71.43	0.280
	Ortaokul	13	65.00	7	35.00	
	Lise	15	53.57	13	46.43	
	Üniversite	11	42.31	15	57.69	
Medeni hal	Evli	3	50.00	3	50.00	0.845
	Bekar	31	49.21	32	50.79	
	Boşanmış	7	58.33	5	41.67	
İş/çalışma durumu	Öğrenci	0	.00	1	100.00	0.745
	Normal emekli	1	50.00	1	50.00	
	Malulen emekli	5	50.00	5	50.00	
	Çalışmıyor	23	53.49	20	46.51	
	Aralıklarla çalışıyor	10	55.56	8	44.44	
	Düzenli çalışıyor	2	28.57	5	71.43	
Ekonomik durum	Düşük	11	52.38	10	47.62	0.824
	Orta	29	50.88	28	49.12	
	Yüksek	1	33.33	2	66.67	
Sosyal destek	Var	11	25.58	32	74.42	**<0.001**
	Yok	5	71.43	2	28.57	
	Yetersiz	25	80.65	6	19.35	
Erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları	Var	30	71.43	12	28.57	**<0.001**
	Yok	11	28.21	28	71.79	
Hastalığın başlangıç şekli	Akut	19	42.22	26	57.78	0.091
	Sinsi	22	61.11	14	38.89	
Hastalığın başlangıcında stresör/tetikleyici olay	Var	27	65.85	14	34.15	**0.005**
	Yok	14	35.00	26	65.00	
Hostilite/saldırganlık öyküsü	Var	34	72.34	13	27.66	**<0.001**
	Yok	7	20.59	27	79.41	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	29	70.73	12	29.27	**<0.001**
	Yok	12	30.00	28	70.00	
Ailede intihar davranışı öyküsü	Var	15	88.24	2	11.76	**<0.001**
	Yok	26	40.63	38	59.38	

Ki-Kare Testi, *p<0.05

İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda, olmayanlara göre kardeş sayısı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla idi (p: 0.049). İntihar girişimi öyküsü olan hastaların psikoz başlangıç yaşı ortalama 20.90±5.91 iken, olmayanların ortalama 23.60±6.09 bulundu. İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayanlar karşılaştırıldığında, intihar girişimi öyküsü olanlarda psikoz başlangıç yaşı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha küçük idi (p:0.025). İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda, olmayanlara kıyasla tedavisiz geçen süre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha uzun bulundu (p: 0.009). İntihar girişimi öyküsü olan hastaların ortalama 5.29±3.96 defa hastane yatışı olmuş iken, olmayanların ortalama 2.53±1.89 defa olmuş idi. İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda, olmayanlara göre hastanede yatış sayısı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla saptandı (p:0.001). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayanlar arasında; yaş, çocuk sayısı, hastalık süresi, ilk tedavi yaşı ve remisyon süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0.05). (Tablo 5)

Tablo 5. İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hasta gruplarında yaş, çocuk sayısı, kardeş sayısı ve hastalık sürecine dair sayısal bilgilerin karşılaştırılması

	İntihar girişimi öyküsü						p
	Var			Yok			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
Yaş	39.63	±10.01	40.00	41.93	±9.58	42.50	0.234
Çocuk sayısı	.15	±.42	.00	.18	±.45	.00	0.721
Kardeş sayısı	2.95	±2.13	2.00	2.18	±1.89	1.00	**0.049**
Hastalık süresi (yıl)	18.90	±9.84	19.00	18.30	±10.61	18.00	0.788
Psikoz başlangıç yaşı	20.90	±5.91	20.00	23.60	±6.09	22.00	**0.025**
İlk tedavi yaşı	22.34	±5.48	21.00	24.15	±6.05	22.00	0.114
Tedavisiz geçen süre	1.44	±1.95	1.00	.55	±1.08	.00	**0.009**
Hastane yatış sayısı	5.29	±3.96	5.00	2.53	±1.89	2.00	**0.001**
Remisyon süresi (yıl)	2.26	±2.23	1.00	2.79	±2.24	2.00	0.082

Mann Whitney U Testi, *p<0.05

Ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında; erkeklerde PANSS-G (p:0.008), PANSS-T (p: 0.022) ve YA4 - Düzensizlik-Düzenlilik (p:0.015) puanları kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptandı. Cinsiyete göre İDÖ, LEE, PANSS-P, PANSS-N ve YA4 dışındaki diğer MKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p>0.05). (Tablo 6)

Tablo 6. Cinsiyete göre İDÖ, LEE, PANSS, MKE puanlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet						p
	Kadın			Erkek			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
İDÖ1	1.24	±.97	1.50	1.02	±.94	1.00	0.301
İDÖ2	.16	±.49	.00	.05	±.21	.00	0.297
İDÖ3	.21	±.41	.00	.30	±.46	.00	0.350
İDÖ4	.32	±.57	.00	.16	±.37	.00	0.234
İDÖ-Toplam	1.92	±1.95	2.00	1.53	±1.58	1.00	0.445
LEE1	7.32	±3.03	7.00	6.67	±3.23	7.00	0.332
LEE2	5.39	±3.41	5.00	4.05	±3.19	4.00	0.058
LEE3	4.18	±3.46	4.50	3.74	±2.90	3.00	0.739
LEE4	4.92	±3.78	5.00	4.09	±3.17	3.00	0.408
LEE-Toplam	21.82	±12.17	21.50	18.56	±10.70	16.00	0.191
PANSS-P	10.50	±2.60	10.00	9.91	±2.63	9.00	0.231
PANSS-N	14.53	±2.71	15.00	13.35	±2.99	14.00	0.061
PANSS-G	25.82	±3.59	26.00	23.42	±4.29	23.00	**0.008**
PANSS-Toplam	50.84	±8.10	51.00	46.67	±9.14	44.00	**0.022**
YA1	5.63	±1.99	6.00	5.72	±1.89	6.00	0.947
YA2	3.79	±1.80	3.50	3.65	±1.99	4.00	0.733
YA3	4.24	±1.78	4.00	4.02	±1.57	4.00	0.780
YA4	3.92	±1.60	4.00	3.12	±1.40	3.00	**0.015**
YA-Toplam	17.58	±3.92	17.00	16.51	±3.91	17.00	0.323
ZK1	5.08	±2.69	6.00	5.40	±2.19	6.00	0.589
ZK2	4.18	±2.00	4.00	4.49	±1.16	5.00	0.515
ZK3	3.84	±2.58	4.00	3.58	±2.07	4.00	0.547
ZK4	4.16	±2.24	4.00	3.79	±2.22	3.00	0.343
ZK-Toplam	17.26	±7.40	17.00	17.26	±5.70	17.00	0.962
ÖB1	6.97	±1.60	7.00	6.70	±2.05	7.00	0.808
ÖB3	4.39	±1.78	4.00	4.30	±1.86	4.00	0.889
ÖB4	2.71	±1.21	3.00	2.33	±1.43	3.00	0.223
ÖB-Toplam	14.08	±2.87	14.00	13.33	±3.53	13.00	0.392
SE	5.08	±1.40	5.00	4.88	±1.66	5.00	0.556
KY1	4.87	±2.11	5.00	5.53	±1.42	6.00	0.259
KY2	5.87	±1.73	6.00	6.14	±1.52	6.00	0.506
KY3	2.84	±1.37	3.00	2.95	±1.27	3.00	0.723
KY4	5.13	±2.60	5.00	5.81	±2.62	6.00	0.238
KY5	8.24	±1.88	9.00	8.44	±1.56	8.00	0.847
KY-Toplam	26.95	±7.21	27.00	28.88	±6.13	29.00	0.276
İY1	5.76	±1.51	6.00	6.26	±1.62	7.00	0.127
İY2	3.95	±1.33	4.00	4.12	±1.68	4.00	0.510
İY3	4.42	±1.39	5.00	4.77	±1.41	5.00	0.375
İY4	7.58	±2.26	8.00	8.09	±1.62	8.00	0.441
İY5	6.97	±1.37	7.00	6.44	±1.62	7.00	0.139
İY-Toplam	28.68	±5.47	29.00	29.67	±5.74	32.00	0.386
KA1	6.00	±2.66	5.00	5.93	±2.56	6.00	0.992
KA2	5.34	±2.10	5.00	4.93	±2.21	5.00	0.447
KA3	8.05	±2.66	7.50	7.47	±2.76	8.00	0.391
KA-Toplam	19.39	±6.29	18.50	18.33	±5.98	20.00	0.535

Mann Whitney U Testi, * $p<0.05$

Yaşa ve medeni duruma göre ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05). Çocuk ve kardeş sayısı ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p>0.05). Eğitim düzeyi ile KY-Toplam (r:0.221, p:0.47) puanı arasında aynı yönlü korelasyon, KA1 (r:-0.242, p:0.029) ve KA-Toplam (r:-0.230, p:0.039) puanları arasında ters yönlü korelasyon saptandı (p<0.05).

Katılımcılara uygulanan ölçek puanları algıladıkları sosyal destek durumuna göre karşılaştırıldı. Sosyal desteğini var olarak tanımlayanlarda sosyal desteğini yok olarak ve yetersiz olarak tanımlayanlara göre; İDÖ1 (p<0.001), İDÖ2 (p:0.026), İDÖ4 (p:0.004), İDÖ Toplam (p<0.001), LEE1 (p:0.012), LEE-Toplam (p:0.036), PANSS-P (p:0.008), PANSS-N (p:0.002), PANSS-G (p:0.003), PANSS-T (p:0.002) puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük iken, KY2 puanı (p:0.030) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı. ZK1 puanı (p:0.046) ve LEE3 puanı (p:0.034) sosyal desteğini var olarak tanımlayanlarda, yetersiz olarak tanımlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu. KY3 puanı sosyal desteğini yok olarak tanımlayanlarda, var olarak ve yetersiz olarak tanımlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü (p:0.038). KY-Toplam puanı sosyal desteğini var olarak tanımlayanlarda, yok olarak tanımlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı (p:0.048) (Tablo 7)

Tablo 7. Çalışmaya katılan hastaların sosyal destek tanımlamalarına göre İDÖ, LEE, PANSS, MKE puanlarının karşılaştırılması

	Sosyal desteğini nasıl tanımlıyor									p
	Var			Yok			Yetersiz			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
İDÖ1	.70	±.89	.00	1.86	±.38	2.00	1.55	±.85	2.00	**<0.001**
İDÖ2	.00	±.00	.00	.14	±.38	.00	.23	±.56	.00	**0.026**
İDÖ3	.19	±.39	.00	.14	±.38	.00	.39	±.50	.00	0.118
İDÖ4	.07	±.26	.00	.57	±.79	.00	.39	±.56	.00	**0.004**
İDÖ-Toplam	.95	±1.21	.00	2.71	±1.38	2.00	2.55	±2.01	2.00	**<0.001**
LEE1	6.26	±3.09	6.00	9.57	±2.15	9.00	7.39	±3.07	8.00	**0.012**
LEE2	4.02	±3.12	3.00	5.00	±1.73	5.00	5.52	±3.78	5.00	0.158
LEE3	3.14	±2.86	2.00	4.71	±1.80	5.00	4.90	±3.54	5.00	**0.034**
LEE4	3.77	±3.37	3.00	5.71	±3.77	6.00	5.19	±3.44	5.00	0.093
LEE-Toplam	17.19	±10.76	15.00	25.00	±6.98	25.00	23.00	±12.33	22.00	**0.036**
PANSS-P	9.47	±2.40	8.00	11.57	±2.64	11.00	10.87	±2.66	10.00	**0.008**
PANSS-N	12.84	±2.84	13.00	15.57	±1.62	15.00	15.00	±2.68	15.00	**0.002**
PANSS-G	23.07	±3.87	23.00	26.29	±3.20	25.00	26.19	±3.99	27.00	**0.003**
PANSS-Toplam	45.37	±8.05	44.00	53.43	±7.18	51.00	52.06	±8.70	51.00	**0.002**

YA1	5.74	±1.93	5.00	6.29	±1.25	6.00	5.45	±2.06	6.00	0.582
YA2	3.60	±1.99	4.00	4.57	±1.27	5.00	3.68	±1.87	3.00	0.340
YA3	4.35	±1.62	4.00	4.71	±2.29	6.00	3.68	±1.51	4.00	0.192
YA4	3.49	±1.59	4.00	3.86	±1.46	4.00	3.42	±1.52	3.00	0.579
YA-Toplam	17.19	±3.93	18.00	19.43	±3.21	19.00	16.23	±3.92	16.00	0.118
ZK1	4.72	±2.69	5.00	4.71	±1.98	5.00	6.10	±1.89	6.00	**0.046**
ZK2	4.26	±1.31	4.00	3.29	±2.81	3.00	4.71	±1.57	5.00	0.199
ZK3	3.35	±2.14	3.00	5.00	±2.16	6.00	3.90	±2.52	4.00	0.153
ZK4	3.72	±2.10	3.00	4.29	±3.35	4.00	4.23	±2.14	3.00	0.670
ZK-Toplam	16.05	±6.69	16.00	17.29	±9.50	19.00	18.94	±5.23	18.00	0.156
ÖB1	7.00	±1.90	8.00	7.29	±.95	7.00	6.48	±1.91	7.00	0.358
ÖB3	4.47	±2.00	5.00	4.14	±1.86	4.00	4.23	±1.54	4.00	0.763
ÖB4	2.53	±1.32	3.00	2.57	±1.51	3.00	2.45	±1.36	3.00	0.930
ÖB-Toplam	14.00	±3.48	15.00	14.00	±2.52	14.00	13.16	±3.06	13.00	0.500
SE	4.95	±1.54	5.00	5.14	±1.57	5.00	4.97	±1.58	5.00	0.960
KY1	5.51	±1.74	6.00	4.29	±1.50	4.00	5.03	±1.89	6.00	0.106
KY2	6.40	±1.59	7.00	4.86	±1.86	5.00	5.74	±1.46	6.00	**0.030**
KY3	3.07	±1.20	3.00	1.71	±.95	1.00	2.94	±1.41	3.00	**0.038**
KY4	5.93	±2.53	6.00	3.86	±3.08	3.00	5.26	±2.54	5.00	0.121
KY5	8.28	±1.65	8.00	7.57	±2.76	9.00	8.61	±1.50	9.00	0.631
KY-Toplam	29.19	±6.67	30.00	22.29	±6.13	20.00	27.58	±6.30	28.00	**0.048**
İY1	6.23	±1.60	7.00	5.00	±1.53	5.00	5.97	±1.52	6.00	0.144
İY2	4.12	±1.72	4.00	3.86	±.90	4.00	3.97	±1.35	4.00	0.915
İY3	4.77	±1.46	5.00	4.00	±1.00	4.00	4.52	±1.39	5.00	0.298
İY4	8.14	±1.90	8.00	7.00	±2.24	7.00	7.65	±1.94	8.00	0.223
İY5	6.65	±1.59	7.00	5.57	±1.13	5.00	7.00	±1.41	7.00	0.062
İY-Toplam	29.91	±5.91	30.00	25.43	±4.12	24.00	29.10	±5.23	30.00	0.083
KA1	5.60	±2.67	5.00	7.29	±2.43	7.00	6.16	±2.46	6.00	0.274
KA2	4.95	±2.27	5.00	5.29	±2.14	5.00	5.32	±2.04	5.00	0.797
KA3	7.51	±2.81	7.00	9.14	±3.02	10.00	7.74	±2.49	8.00	0.350
KA-Toplam	18.07	±6.32	19.00	21.71	±6.90	20.00	19.23	±5.58	20.00	0.393

Kruskal Wallis Testi, *p<0.05

Ölçek puanları erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları öyküsüne göre karşılaştırıldı. İDÖ1 (p<0.001), İDÖ3 (p:0.002), İDÖ-Toplam (p<0.001), LEE2 (p:0.025), LEE4 (p:0.033), LEE-Toplam (p:0.033), PANSS-P (p:0.002), PANSS-N (p: 0.001), PANSS-G (p<0.001), PANSS-T (p<0.001) puanları öyküsünde erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları olanlarda, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı. (Tablo 8)

Erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları öyküsü olanlar ve olmayanlar arasında MKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0.05).

Tablo 8. Erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları öyküsüne göre İDÖ, LEE, PANSS puanlarının karşılaştırılması

	Erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları						p
	Var			Yok			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
İDÖ1	1.52	±.86	2.00	.69	±.86	.00	**<0.001**
İDÖ2	.17	±.49	.00	.03	±.16	.00	0.107
İDÖ3	.40	±.50	.00	.10	±.31	.00	**0.002**
İDÖ4	.31	±.52	.00	.15	±.43	.00	0.094
İDÖ-Toplam	2.40	±1.85	2.00	.97	±1.33	.00	**<0.001**
LEE1	7.55	±3.18	8.00	6.36	±3.00	6.00	0.064
LEE2	5.40	±3.37	5.00	3.90	±3.18	3.00	**0.025**
LEE3	4.43	±3.18	4.50	3.44	±3.10	3.00	0.120
LEE4	5.21	±3.47	5.00	3.69	±3.34	2.00	**0.033**
LEE-Toplam	22.60	±11.58	23.50	17.38	±10.83	16.00	**0.033**
PANSS-P	11.00	±2.71	10.00	9.31	±2.23	9.00	**0.002**
PANSS-N	14.93	±2.53	15.00	12.79	±2.90	13.00	**0.001**
PANSS-G	26.21	±3.63	26.00	22.74	±3.91	22.00	**<0.001**
PANSS-Toplam	52.14	±8.00	52.00	44.85	±8.25	44.00	**<0.001**

Mann Whitney U Testi, *p<0.05

Hastalığın başlangıcında stresör/tetikleyici olay olup olmamasına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; stresör/tetikleyici olay öyküsü olanlarda, İDÖ1 (p:0.006), İDÖ3 (p:0.028), İDÖ-Toplam (p:0.003), PANSS-N (p: 0.042), PANSS-G (p:0.027) ve PANSS-T (p:0.037) puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek iken, LEE puanları ve MKE puanları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05). (Tablo 9)

Tablo 9. Hastalık başlangıcında stresör/tetikleyici olay varlığına göre İDÖ, PANSS puanlarının karşılaştırılması

	Hastalığın başlangıcında stresör/tetikleyici olay						P
	Var			Yok			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
İDÖ1	1.41	±.87	2.00	.83	±.96	.00	**0.006**
İDÖ2	.12	±.40	.00	.08	±.35	.00	0.429
İDÖ3	.37	±.49	.00	.15	±.36	.00	**0.028**
İDÖ4	.29	±.51	.00	.18	±.45	.00	0.207
İDÖ-Toplam	2.20	±1.72	2.00	1.22	±1.69	.50	**0.003**
PANSS-P	10.51	±2.67	10.00	9.85	±2.55	9.00	0.182
PANSS-N	14.56	±2.66	15.00	13.23	±3.03	13.50	**0.042**
PANSS-G	25.54	±3.54	25.00	23.53	±4.48	23.00	**0.027**
PANSS-Toplam	50.61	±7.95	50.00	46.60	±9.38	44.50	**0.037**

Mann Whitney U Testi, * p<0.05

İDÖ, LEE, MKE, PANSS puanları ile hastalığın başlangıç şekli ve bilinen ek hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p>0.05).

Hostilite/saldırganlık öyküsü olanlarda olmayanlara kıyasla İDÖ1 (p<0.001), İDÖ2 (p:0.032), İDÖ3 (p:0.014), İDÖ4 (p:0.005), İDÖ-Toplam (p<0.001), PANSS-P (p:0.007), PANSS-Toplam (p:0.039) puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti. Hostilite/saldırganlık öyküsü ile LEE puanları ve MKE puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0.05). (Tablo 10)

Tablo 10. Katılımcıların hostilite/saldırganlık öyküsü varlığına göre İDÖ, LEE, PANSS puanlarının karşılaştırılması

	Hostilite/saldırganlık öyküsü						P
	Var			Yok			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
İDÖ1	1.51	±.86	2.00	.59	±.82	.00	**<0.001**
İDÖ2	.17	±.48	.00	.00	±.00	.00	**0.032**
İDÖ3	.36	±.49	.00	.12	±.33	.00	**0.014**
İDÖ4	.36	±.57	.00	.06	±.24	.00	**0.005**
İDÖ-Toplam	2.40	±1.85	2.00	.76	±1.07	.00	**<0.001**
LEE1	7.34	±3.21	8.00	6.47	±3.00	6.00	0.153
LEE2	4.91	±3.22	5.00	4.35	±3.54	3.50	0.327
LEE3	4.30	±3.04	4.00	3.47	±3.31	2.50	0.142
LEE4	4.81	±3.51	4.00	4.03	±3.42	3.50	0.288
LEE-Toplam	21.36	±10.97	21.00	18.32	±12.05	16.00	0.166
PANSS-P	10.91	±2.85	10.00	9.18	±1.85	9.00	**0.007**
PANSS-N	14.23	±2.89	15.00	13.44	±2.90	14.00	0.202
PANSS-G	25.28	±4.46	25.00	23.53	±3.45	24.00	0.086
PANSS-Toplam	50.43	±9.59	51.00	46.15	±7.16	45.00	**0.039**

Mann Whitney U Testi, *p<0.05

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre; İDÖ1 (p:0.003), İDÖ3 (p:0.028), İDÖ4 (p:0.015), İDÖ-Toplam (p:0.001) puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek, ÖB3 (p:0.025), KY1 (p:0.006), KY2 (0.022), KY3 (p:0.013), KY-Toplam (p:0.012), İY1 (p:0.049), İY3 (p:0.018), İY-Toplam (p:0.024) puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptandı. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile LEE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05). (Tablo 11)

Tablo 11. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre İDÖ, LEE, PANSS, MKE puanlarının karşılaştırılması

	Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü						P
	Var			Yok			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
İDÖ1	1.44	±.90	2.00	.80	±.91	.00	**0.003**
İDÖ2	.17	±.50	.00	.02	±.16	.00	0.094
İDÖ3	.37	±.49	.00	.15	±.36	.00	**0.028**
İDÖ4	.37	±.58	.00	.10	±.30	.00	**0.015**
İDÖ-Toplam	2.34	±1.92	2.00	1.08	±1.33	.50	**0.001**
LEE1	7,56	±3,01	8,00	6,38	±3,18	6,00	0,078
LEE2	5,12	±2,78	5,00	4,23	±3,83	3,00	0,055
LEE3	3,98	±2,83	4,00	3,93	±3,50	3,00	0,614
LEE4	4,73	±3,13	4,00	4,23	±3,81	3,50	0,290
LEE-Toplam	21,39	±10,19	21,00	18,75	±12,62	16,50	0,148
PANSS-P	10.90	±2.64	10.00	9.45	±2.40	8.50	**0.005**
PANSS-N	14.61	±2.91	15.00	13.18	±2.75	13.00	**0.022**
PANSS-G	25.90	±3.97	26.00	23.15	±3.87	23.00	**0.003**
PANSS-Toplam	51.41	±8.55	51.00	45.78	±8.35	44.00	**0.002**
YA1	5.73	±2.03	6.00	5.63	±1.85	6.00	0.804
YA2	3.80	±1.89	3.00	3.63	±1.92	4.00	0.950
YA3	4.17	±1.73	4.00	4.07	±1.61	4.00	0.777
YA4	3.68	±1.51	4.00	3.30	±1.57	3.50	0.310
YA-Toplam	17.39	±3.96	17.00	16.63	±3.91	17.00	0.483
ZK1	5.83	±2.27	6.00	4.65	±2.47	5.00	**0.029**
ZK2	4.41	±1.82	5.00	4.28	±1.38	4.00	0.425
ZK3	3.80	±2.38	4.00	3.60	±2.27	4.00	0.590
ZK4	4.02	±2.24	3.00	3.90	±2.23	4.00	0.845
ZK-Toplam	18.07	±6.36	18.00	16.43	±6.64	16.00	0.222
ÖB1	6.61	±2.00	7.00	7.05	±1.68	8.00	0.256
ÖB3	4.32	±1.99	4.00	4.38	±1.63	4.50	0.866
ÖB4	2.17	±1.28	2.00	2.85	±1.31	3.00	**0.025**
ÖB-Toplam	13.10	±3.31	13.00	14.28	±3.10	14.00	0.073
SE	5.02	±1.67	5.00	4.93	±1.42	5.00	0.751
KY1	4.71	±1.87	5.00	5.75	±1.56	6.00	**0.006**
KY2	5.63	±1.61	6.00	6.40	±1.55	7.00	**0.022**
KY3	2.56	±1.18	3.00	3.25	±1.35	3.50	**0.013**
KY4	5.05	±2.71	5.00	5.95	±2.47	6.00	0.128
KY5	8.20	±1.63	8.00	8.50	±1.80	9.00	0.258
KY-Toplam	26.15	±6.62	26.00	29.85	±6.31	31.00	**0.012**
İY1	5.68	±1.60	6.00	6.38	±1.50	7.00	**0.049**
İY2	3.90	±1.51	4.00	4.17	±1.53	4.00	0.489
İY3	4.22	±1.41	4.00	5.00	±1.30	5.00	**0.018**
İY4	7.37	±2.24	8.00	8.35	±1.46	8.00	0.056
İY5	6.56	±1.36	7.00	6.83	±1.68	7.00	0.253
İY-Toplam	27.73	±5.50	29.00	30.72	±5.36	31.50	**0.024**
KA1	6.07	±2.76	6.00	5.85	±2.43	6.00	0.594
KA2	5.12	±2.11	5.00	5.13	±2.22	5.00	0.897
KA3	7.93	±2.85	8.00	7.55	±2.59	7.50	0.559
KA-Toplam	19.12	±6.62	19.00	18.53	±5.61	19.00	0.663

Mann Whitney U Testi, * $p<0.05$

Ailede intihar davranışı öyküsü olanlarda, olmayanlara göre; İDÖ1 (p<0.001), İDÖ3 (p:0.026), İDÖ4 (p:0.021), İDÖ-Toplam (p<0.001), LEE1 (p:0.011), LEE-Toplam (p:0.044) , PANSS-P (p:0.001), PANSS-N (p:0.001), PANSS-G (p:0.021), PANSS-Toplam (p:0.001) puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek, ÖB3 (p:0.030), KY1 (p:0.013) puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü. (Tablo 12)

Tablo 12. Ailede intihar davranışı öyküsüne göre İDÖ, LEE, PANSS, MKE puanlarının karşılaştırılması

	Ailede intihar davranışı öyküsü						p
	Var			Yok			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
İDÖ1	1.88	±.60	2.00	.92	±.93	1.00	**<0.001**
İDÖ2	.18	±.53	.00	.08	±.32	.00	0.428
İDÖ3	.47	±.51	.00	.20	±.41	.00	**0.026**
İDÖ4	.47	±.62	.00	.17	±.42	.00	**0.021**
İDÖ-Toplam	3.00	±1.46	3.00	1.38	±1.69	1.00	**<0.001**
LEE1	8.65	±2.62	9.00	6.53	±3.13	6.50	**0.011**
LEE2	5.65	±2.60	5.00	4.42	±3.49	4.00	0.071
LEE3	4.65	±2.98	5.00	3.77	±3.21	3.00	0.203
LEE4	5.29	±3.16	4.00	4.27	±3.54	4.00	0.176
LEE-Toplam	24.24	±8.79	27.00	18.98	±11.89	18.00	**0.044**
PANSS-P	11.94	±2.22	12.00	9.72	±2.52	9.00	**0.001**
PANSS-N	15.88	±2.12	16.00	13.38	±2.87	14.00	**0.001**
PANSS-G	26.53	±3.14	27.00	24.02	±4.22	24.00	**0.021**
PANSS-Toplam	54.35	±6.22	55.00	47.11	±8.87	45.50	**0.001**
YA1	6.00	±2.12	6.00	5.59	±1.88	5.50	0.485
YA2	4.18	±2.38	3.00	3.59	±1.74	4.00	0.454
YA3	3.53	±2.03	4.00	4.28	±1.53	4.00	0.101
YA4	3.76	±1.48	3.00	3.42	±1.56	4.00	0.566
YA-Toplam	17.47	±4.68	17.00	16.89	±3.73	17.50	0.830
ZK1	6.00	±2.65	6.00	5.05	±2.35	6.00	0.126
ZK2	4.18	±2.10	4.00	4.39	±1.47	4.00	0.972
ZK3	4.29	±1.96	4.00	3.55	±2.39	4.00	0.217
ZK4	3.88	±2.23	3.00	3.98	±2.24	3.50	0.897
ZK-Toplam	18.35	±7.16	19.00	16.97	±6.36	16.50	0.353
ÖB1	7.00	±1.80	7.00	6.78	±1.87	7.00	0.943
ÖB3	4.29	±1.93	4.00	4.36	±1.79	4.50	0.883
ÖB4	1.88	±1.17	2.00	2.67	±1.33	3.00	**0.030**
ÖB-Toplam	13.18	±3.78	14.00	13.81	±3.10	14.00	0.633
SE	5.18	±1.55	5.00	4.92	±1.55	5.00	0.463
KY1	4.18	±2.13	5.00	5.50	±1.60	6.00	**0.013**
KY2	5.59	±1.50	5.00	6.13	±1.64	6.50	0.141
KY3	2.35	±1.37	2.00	3.05	±1.27	3.00	0.076
KY4	5.12	±3.06	5.00	5.59	±2.51	6.00	0.540
KY5	8.18	±1.78	8.00	8.39	±1.71	8.00	0.640
KY-Toplam	25.41	±7.18	25.00	28.66	±6.44	29.50	0.090
İY1	5.47	±1.62	5.00	6.17	±1.55	7.00	0.109
İY2	3.82	±1.63	4.00	4.09	±1.50	4.00	0.502
İY3	4.18	±.88	4.00	4.72	±1.50	5.00	0.091
İY4	7.65	±1.66	8.00	7.91	±2.03	8.00	0.389
İY5	6.24	±1.48	6.00	6.81	±1.52	7.00	0.140
İY-Toplam	27.35	±4.90	29.00	29.70	±5.71	30.00	0.084
KA1	6.53	±2.74	7.00	5.81	±2.55	6.00	0.270
KA2	5.71	±1.96	6.00	4.97	±2.19	5.00	0.212
KA3	8.59	±2.65	9.00	7.52	±2.71	8.00	0.191
KA-Toplam	20.82	±5.92	22.00	18.30	±6.10	19.00	0.189

Mann Whitney U Testi, *p<0.05

Psikiyatrik hastalık süresi ile ZK4 puanı arasında aynı yönlü korelasyon saptandı (r:0.269, p:0.015). ZK4 dışında diğer ölçek puanları ile psikiyatrik hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p>0.05).

Psikoz başlangıç yaşı ile İDÖ1 (r:-0.344, p:0.002), İDÖ-Toplam (r:-0.325, p:0.003), LEE1 (r:-0.271, p:0.014), LEE2 (r:-0.223, p:0.045), LEE3 (r:-0.283, p:0.011), LEE4 (r:-0.299, p:0.07), LEE-Toplam (r:-0.301, p:0.006), PANSS-G (r:-0.225, p:0.044), ZK1 (r:-0.241, p:0.030), ZK3 (r:-0.261, p:0.018), ZK-Toplam (r:-0.274, p:0.013) puanları arasında ters yönlü korelasyon, KY1 (r:0.305, p:0.006), KY2 (r:0.276, p:0.013), KY3 (r:0.290, p:0.009), KY4 (r:0.224, p:0.045), KY5 (r:0.372, p:0.001), KY-Toplam (r:0.381, p<0.001), İY4 (r:0.332, p:0.002), İY-Toplam (r:0.272, p:0.014) puanları ile arasında aynı yönlü korelasyon saptandı. İlk tedavi yaşı ile İDÖ1 (r:-0.330, p:0.003), İDÖ-Toplam (r:-0.314, p:0.004), LEE3 (r:-0.234, p:0.035), LEE4 (r:-0.236, p:0.034), LEE-Toplam (r:-0.237, p:0.033), ZK1 (r:-0.257, p:0.020), ZK3 (r:-0.317, p:0.004), ZK-Toplam (r:-0.302, p:0.006) puanları arasında ters yönlü korelasyon, KY1 (r:0.302, p:0.006), KY2 (r:0.271, p:0.014), KY3 (r:0.302, p:0.006), KY4 (r:0.219, p:0.050), KY5 (r:0.362, p:0.001), KY-Toplam (r:0.377, p:0.001), İY4 (r:0.374, p:0.001), İY-Toplam (r:0.309, p:0.005) puanları ile arasında aynı yönlü korelasyon saptandı. Tedavisiz geçen süre ile İDÖ1 (r:0.228, p:0.041), LEE1 (r:0.282, p:0.011), LEE-Toplam (r:0.252, p:0.023) puanları arasında aynı yönlü korelasyon saptandı. Hastanede yatış sayısı ile İDÖ1 (r:0.263, p:0.018), İDÖ3 (r:0.299, p:0.007), İDÖ-Toplam (r:0.264, p:0.017) puanları arasında aynı yönlü korelasyon saptandı. Remisyon süresi ile PANSS-P (r:-0.330, p:0.003) puanı arasında ters yönlü korelasyon, İY4 (r:0.236, p:0.034) arasında aynı yönlü korelasyon saptandı. (Tablo 13)

Tablo 13. İDÖ, LEE, PANSS, MKE puanlarının psikoz başlangıç yaşı, ilk tedavi yaşı, tedavisiz geçen süre, hastane yatış sayısı ve remisyon süresi ile korelasyonu

	Psikoz başlangıç yaşı		İlk tedavi yaşı		Tedavisiz geçen süre		Hastane yatış sayısı		Remisyon süresi (yıl)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
İDÖ1	-0.344	**0.002**	-0.330	**0.003**	0.228	**0.041**	0.263	**0.018**	-0.004	0.973
İDÖ2	-0.053	0.638	-0.080	0.479	-0.004	0.972	0.215	0.054	-0.181	0.105
İDÖ3	-0.212	0.057	-0.218	0.051	0.135	0.231	0.299	**0.007**	-0.086	0.446
İDÖ4	-0.073	0.519	-0.098	0.382	-0.038	0.733	0.147	0.191	-0.173	0.122
İDÖ-Toplam	-0.325	**0.003**	-0.314	**0.004**	0.199	0.075	0.264	**0.017**	-0.057	0.615
LEE1	-0.273	**0.014**	-0.209	0.061	0.282	**0.011**	0.081	0.470	-0.052	0.648
LEE2	-0.223	**0.045**	-0.175	0.119	0.155	0.167	0.133	0.238	-0.120	0.284
LEE3	-0.283	**0.011**	-0.234	**0.035**	0.209	0.061	0.175	0.118	0.069	0.540
LEE4	-0.299	**0.007**	-0.236	**0.034**	0.209	0.061	0.116	0.300	-0.067	0.553
LEE-Toplam	-0.301	**0.006**	-0.237	**0.033**	0.252	**0.023**	0.133	0.235	-0.041	0.718
PANSS-P	-0.100	0.373	-0.077	0.495	0.108	0.335	0.119	0.290	-0.330	**0.003**
PANSS-N	-0.188	0.094	-0.174	0.121	0.103	0.360	0.177	0.115	-0.179	0.109
PANSS-G	-0.225	**0.044**	-0.175	0.119	0.199	0.075	0.149	0.183	-0.105	0.353
PANSS-Toplam	-0.183	0.102	-0.146	0.194	0.149	0.184	0.165	0.141	-0.210	0.060
YA1	-0.092	0.413	-0.064	0.572	0.124	0.269	0.031	0.784	0.075	0.506
YA2	-0.204	0.068	-0.215	0.054	0.055	0.628	-0.021	0.854	0.106	0.346
YA3	-0.040	0.722	-0.089	0.430	-0.052	0.646	-0.099	0.379	-0.074	0.511
YA4	0.078	0.489	0.092	0.412	-0.010	0.929	-0.017	0.879	0.026	0.820
YA-Toplam	-0.130	0.246	-0.136	0.226	0.089	0.431	-0.037	0.744	0.065	0.567
ZK1	-0.241	**0.030**	-0.257	**0.020**	0.088	0.435	-0.045	0.690	-0.020	0.862
ZK2	-0.104	0.354	-0.103	0.358	0.047	0.678	0.076	0.502	-0.056	0.619
ZK3	-0.261	**0.018**	-0.317	**0.004**	-0.005	0.965	-0.118	0.293	0.067	0.553
ZK4	-0.200	0.073	-0.200	0.073	0.015	0.897	-0.021	0.852	0.163	0.145
ZK-Toplam	-0.274	**0.013**	-0.302	**0.006**	0.033	0.772	-0.028	0.802	0.047	0.677
ÖB1	0.111	0.324	0.128	0.256	-0.028	0.802	0.021	0.853	0.102	0.363
ÖB3	0.138	0.220	0.119	0.292	0.007	0.953	0.056	0.616	-0.032	0.780
ÖB4	0.057	0.613	0.037	0.741	0.031	0.782	0.031	0.781	0.056	0.620
ÖB-Toplam	0.172	0.124	0.161	0.151	-0.013	0.908	0.086	0.446	0.044	0.696
SE	-0.005	0.965	0.027	0.808	0.094	0.402	0.070	0.534	-0.044	0.696
KY1	0.305	**0.006**	0.302	**0.006**	-0.165	0.141	0.083	0.464	-0.079	0.481
KY2	0.276	**0.013**	0.271	**0.014**	0.007	0.952	0.067	0.552	-0.008	0.947
KY3	0.290	**0.009**	0.302	**0.006**	-0.113	0.316	0.179	0.110	-0.121	0.280
KY4	0.224	**0.045**	0.219	**0.050**	0.038	0.737	0.116	0.301	-0.056	0.617
KY5	0.372	**0.001**	0.362	**0.001**	-0.206	0.065	0.074	0.509	-0.140	0.212
KY-Toplam	0.381	**<0.001**	0.377	**0.001**	-0.082	0.465	0.145	0.198	-0.120	0.288
İY1	0.156	0.164	0.184	0.100	0.076	0.498	0.183	0.102	0.105	0.352
İY2	0.086	0.443	0.131	0.245	0.172	0.126	0.118	0.296	0.136	0.227
İY3	0.185	0.099	0.194	0.083	0.017	0.883	0.080	0.480	0.004	0.974
İY4	0.332	**0.002**	0.374	**0.001**	-0.060	0.594	-0.138	0.218	0.236	**0.034**
İY5	0.126	0.262	0.134	0.235	0.062	0.584	0.005	0.964	-0.108	0.338
İY-Toplam	0.272	**0.014**	0.309	**0.005**	0.051	0.653	0.066	0.560	0.098	0.386
KA1	-0.125	0.265	-0.104	0.358	0.031	0.784	-0.066	0.558	0.104	0.353
KA2	0.038	0.739	0.079	0.486	0.039	0.727	-0.077	0.492	0.057	0.612
KA3	0.035	0.755	0.046	0.684	-0.072	0.524	0.109	0.335	-0.124	0.268
KA-Toplam	-0.030	0.789	-0.001	0.994	0.004	0.969	-0.013	0.908	0.009	0.937

Spearman Korelasyon Testi, * p<0.05

İntihar girişimi öyküsü olanlarda olmayanlara göre; İDÖ1 (p<0.001), İDÖ2 (p:0.013), İDÖ3 (p<0.001), İDÖ4 (p:0.003), İDÖ-Toplam (p<0.001), LEE1 (p:0.005), LEE2 (p:0.045), LEE3 (p:0.014), LEE4 (p:0.039), LEE-Toplam (p:0.012), PANSS-P (p<0.001), PANSS-N (p<0.001), PANSS-G (p<0.001), PANSS-Toplam (p<0.001), ZK1 (p:0.026) puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek; KY1

(p:0.032), İY4 (p:0.032) puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü. (Tablo 14)

Tablo 14. İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hasta gruplarında İDÖ, LEE, PANSS, MKE puanlarının karşılaştırılması

	İntihar girişimi öyküsü						p
	Var			Yok			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
İDÖ1	1.76	±.62	2.00	.48	±.78	.00	**<0.001**
İDÖ2	.20	±.51	.00	.00	±.00	.00	**0.013**
İDÖ3	.49	±.51	.00	.03	±.16	.00	**<0.001**
İDÖ4	.39	±.59	.00	.08	±.27	.00	**0.003**
İDÖ-Toplam	2.83	±1.66	2.00	.58	±.96	.00	**<0.001**
LEE1	7.83	±3.07	9.00	6.10	±2.99	6.00	**0.005**
LEE2	5.24	±3.03	5.00	4.10	±3.59	3.00	**0.045**
LEE3	4.73	±3.21	4.00	3.15	±2.94	2.00	**0.014**
LEE4	5.12	±3.26	5.00	3.82	±3.60	2.50	**0.039**
LEE-Toplam	22.93	±10.77	22.00	17.18	±11.55	15.50	**0.012**
PANSS-P	11.29	±2.79	11.00	9.05	±1.85	8.00	**<0.001**
PANSS-N	15.05	±2.50	15.00	12.72	±2.85	13.00	**<0.001**
PANSS-G	26.32	±4.00	27.00	22.73	±3.46	23.00	**<0.001**
PANSS-Toplam	52.66	±8.48	53.00	44.50	±7.27	44.00	**<0.001**
YA1	5.80	±2.10	6.00	5.55	±1.75	5.00	0.462
YA2	3.66	±2.06	3.00	3.78	±1.73	4.00	0.574
YA3	4.05	±1.64	4.00	4.20	±1.70	4.00	0.874
YA4	3.29	±1.55	3.00	3.70	±1.52	4.00	0.184
YA-Toplam	16.80	±4.08	17.00	17.22	±3.80	18.00	0.653
ZK1	5.90	±2.11	6.00	4.58	±2.57	4.50	**0.026**
ZK2	4.32	±1.78	4.00	4.37	±1.43	4.50	0.954
ZK3	3.78	±2.51	4.00	3.63	±2.13	4.00	0.668
ZK4	3.88	±2.24	3.00	4.05	±2.23	4.00	0.629
ZK-Toplam	17.88	±6.28	18.00	16.62	±6.77	16.00	0.384
ÖB1	6.90	±1.83	7.00	6.75	±1.89	7.00	0.873
ÖB3	4.54	±1.73	5.00	4.15	±1.89	4.00	0.436
ÖB4	2.32	±1.31	3.00	2.70	±1.34	3.00	0.220
ÖB-Toplam	13.76	±3.12	14.00	13.60	±3.40	14.00	0.743
SE	5.22	±1.54	5.00	4.73	±1.52	5.00	0.202
KY1	4.80	±1.90	5.00	5.65	±1.59	6.00	**0.032**
KY2	5.90	±1.56	6.00	6.13	±1.68	7.00	0.424
KY3	2.88	±1.29	3.00	2.93	±1.35	3.00	0.988
KY4	5.15	±2.76	5.00	5.85	±2.44	6.00	0.198
KY5	8.46	±1.72	8.00	8.23	±1.72	8.00	0.541
KY-Toplam	27.20	±6.81	28.00	28.78	±6.55	31.00	0.239
İY1	5.88	±1.62	6.00	6.18	±1.55	6.50	0.386
İY2	4.12	±1.42	4.00	3.95	±1.63	4.00	0.392
İY3	4.61	±1.32	5.00	4.60	±1.50	4.50	0.938
İY4	7.41	±2.02	8.00	8.30	±1.79	8.50	**0.032**
İY5	6.80	±1.44	7.00	6.58	±1.62	7.00	0.647
İY-Toplam	28.83	±5.33	30.00	29.60	±5.91	30.00	0.458
KA1	6.12	±2.60	6.00	5.80	±2.60	5.50	0.533
KA2	5.27	±2.11	5.00	4.98	±2.21	5.00	0.554
KA3	8.20	±2.86	8.00	7.28	±2.51	7.00	0.123
KA-Toplam	19.59	±6.35	20.00	18.05	±5.84	17.00	0.256

Mann Whitney U Testi, *p<0.05

Ayrıca ölçek puanlarının intihar girişimi sayısı ile korelasyonu incelendiğinde; intihar girişimi sayısı ile İDÖ1 (r:0.548, p<0.001), İDÖ2 (r:0.419, p:0.006), İDÖ3 (r: 0.393, p:0.011), İDÖ Toplam (r:0.515, p:0.001), YA2 (r:0.392, p:0.011) puanları arasında aynı yönlü korelasyon, ÖB-Toplam (r:-0.333, p:0.033), KY1 (r:-0.399, p:0.010), KY2 (r:-0.457, p:0.003), KY-Toplam (r:-0.363, p:0.020) puanları arasında ters yönlü korelasyon saptandı.

İDÖ puanları ile diğer ölçek puanlarının korelasyonlarına bakıldı.

İDÖ1 puanının PANSS-P (r:0.394, p<0.001), PANSS-N (r:0.401, p<0.001), PANSS-G (r:0.423, p<0.001), PANSS-Toplam (r:0.434, p<0.001), LEE1 (r:0.333, p:0.002), LEE3 (r: 0.279, p:0.012) , LEE-Toplam (r:0.263, p:0.018), YA2 (r:0.240, p:0.031), ZK1 (r:0.367, p:0.001), ZK3 (r:0.283, p:0.010), ZK-Toplam (r:0.325, p:0.003) puanları ile arasında aynı yönlü korelasyon, KY1 (r:-0.492, p<0.001), KY2 (r:-0.340, p:0.002), KY3 (r:-0.256, p:0.021), KY4 (r:-0.235, p:0.035), KY-Toplam (r:-0.385, p<0.001), İY4 (r:-0.279, p:0.012) puanları ile arasında ters yönlü korelasyon saptandı.

İDÖ2 puanının PANSS-P (r:0389, p<0.001), PANSS-N (r:0.380, p<0.001), PANSS-G (r:0.405, p<0.001), PANSS-Toplam (r:0.407, p<0.001), YA2 (r:0.309, p:0.005), ZK3 (r:0223, p:0.045) puanları ile arasında aynı yönlü korelasyon, KY1 (r:-0.276, p:0.013), KY2 (r:-0.283, p:0.011), KY-Toplam (r:-0.278, p:0.012), İY3 (r:-0.276, p:0.013), İY4 (r:-0.266, p:0.016), İY-Toplam (r:-0.281, p:0.011) puanları ile arasında ters yönlü korelasyon saptandı.

İDÖ3 puanının PANSS-P (r:0.361, p:0.001), PANSS-N (r:0.348, p:0.001), PANSS-G (r:0.333, p:0.002), PANSS-Toplam (r:0.355, p:0.001), YA2 (r:0.232, p:0.037), ZK1 (r:0.270, p:0.015) puanları ile arasında aynı yönlü korelasyon, KY1 (r:-0.350, p:0.001), KY5 (r:-0.244, p:0.028), KY-Toplam (r:-0.269, p:0.015) puanları ile arasında ters yönlü korelasyon saptandı.

İDÖ4 puanının PANSS-P (r:0.482, p<0.001), PANSS-N (r:0.379, p<0.001), PANSS-G (r:0.423, p<0.001), PANSS-Toplam (r:0.461, p<0.001) puanları ile arasında aynı yönlü korelasyon, KY2 (r:-0.277, p:0.012), KY-Toplam (r:-0.226, p:0.043), İY3 (r:-0.222, p:0.047), İY4 (r:-0.228, p:0.041) ile arasında ters yönlü korelasyon saptandı.

İDÖ-Toplam puanının PANSS-P (r:0.490, p<0.001), PANSS-N (r:0.462, p<0.001), PANSS-G (r:0.481, p<0.001), PANSS-Toplam (r:0.508, p<0.001), LEE1 (r:0.310, p:0.005), LEE2 (r:0.231, p:0.038), LEE3 (r:0.254, p:0.022), LEE-Toplam (r:0.255, p:0.021), YA2 (r:0.235, p:0.035), ZK1 (r:0.347, p:0.002), ZK3 (r:0.252, p:0.023), ZK-Toplam (r:0.315, p:0.004) puanları ile arasında arasında aynı yönlü korelasyon, KY1 (r:-0.468, p<0.001), KY2 (r:-0.334, p:0.002), KY3 (r:-0.238, p:0.032), KY4 (r:-0.239, p:0.032), KY-Toplam (r:-0.386, p<0.001), İY1 (r:-0.240, p:0.031), İY4 (r:-0.285, p:0.010), İY-Toplam (r:-0.241, p:0.030) puanları ile arasında ters yönlü korelasyon saptandı. (Tablo 15)

Tablo 15. İDÖ puanları ile LEE, PANSS, MKE puanlarının korelasyonu

	İDÖ1		İDÖ2		İDÖ3		İDÖ4		İDÖ Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
LEE1	0,333	**0,002**	0,134	0,232	0,090	0,427	0,195	0,082	0,310	**0,005**
LEE2	0,202	0,070	0,148	0,188	0,141	0,209	0,183	0,102	0,231	**0,038**
LEE3	0,279	**0,012**	0,214	0,055	0,137	0,224	0,091	0,421	0,254	**0,022**
LEE4	0,157	0,161	0,207	0,064	0,085	0,448	0,103	0,359	0,151	0,178
LEE-Toplam	0,263	**0,018**	0,196	0,079	0,119	0,289	0,159	0,155	0,255	**0,021**
PANSS-P	0,394	**<0,001**	0,389	**<0,001**	0,361	**0,001**	0,482	**<0,001**	0,490	**<0,001**
PANSS-N	0,401	**<0,001**	0,380	**<0,001**	0,348	**0,001**	0,379	**<0,001**	0,462	**<0,001**
PANSS-G	0,423	**<0,001**	0,405	**<0,001**	0,333	**0,002**	0,423	**<0,001**	0,481	**<0,001**
PANSS-Toplam	0,434	**<0,001**	0,407	**<0,001**	0,355	**0,001**	0,461	**<0,001**	0,508	**<0,001**
YA1	0,031	0,784	-0,203	0,068	-0,104	0,354	-0,121	0,281	0,002	0,984
YA2	0,240	**0,031**	0,309	**0,005**	0,232	**0,037**	0,150	0,182	0,235	**0,035**
YA3	0,019	0,864	-0,005	0,965	-0,085	0,450	-0,068	0,546	-0,020	0,861
YA4	0,054	0,632	0,164	0,143	-0,049	0,667	0,122	0,279	0,050	0,656
YA-Toplam	0,159	0,156	0,085	0,453	0,014	0,902	0,009	0,938	0,123	0,275
ZK1	0,367	**0,001**	0,122	0,277	0,270	**0,015**	0,075	0,507	0,347	**0,002**
ZK2	0,122	0,279	0,118	0,295	0,189	0,091	0,099	0,378	0,147	0,191
ZK3	0,283	**0,010**	0,223	**0,045**	0,095	0,396	0,165	0,142	0,252	**0,023**
ZK4	0,134	0,233	0,150	0,183	0,122	0,278	0,155	0,166	0,150	0,181
ZK-Toplam	0,325	**0,003**	0,210	0,060	0,213	0,056	0,175	0,118	0,315	**0,004**
ÖB1	0,073	0,514	-0,107	0,340	-0,015	0,895	-0,060	0,593	0,049	0,664
ÖB3	-0,007	0,950	-0,137	0,222	-0,061	0,586	-0,083	0,461	-0,031	0,782
ÖB4	-0,134	0,233	-0,119	0,289	-0,193	0,084	-0,091	0,419	-0,164	0,144
ÖB-Toplam	<0,001	0,997	-0,172	0,125	-0,114	0,309	-0,106	0,347	-0,043	0,702
SE	-0,057	0,613	-0,180	0,109	-0,041	0,719	-0,032	0,776	-0,041	0,715
KY1	-0,492	**<0,001**	-0,276	**0,013**	-0,350	**0,001**	-0,207	0,064	-0,468	**<0,001**
KY2	-0,340	**0,002**	-0,283	**0,011**	-0,164	0,143	-0,277	**0,012**	-0,334	**0,002**
KY3	-0,256	**0,021**	-0,213	0,056	-0,121	0,284	-0,152	0,176	-0,238	**0,032**
KY4	-0,235	**0,035**	-0,140	0,213	-0,126	0,262	-0,160	0,154	-0,239	**0,032**
KY5	-0,186	0,097	-0,137	0,221	-0,244	**0,028**	-0,033	0,771	-0,189	0,091
KY-Toplam	-0,385	**<0,001**	-0,278	**0,012**	-0,269	**0,015**	-0,226	**0,043**	-0,386	**<0,001**
İY1	-0,197	0,079	-0,274	**0,013**	-0,212	0,057	-0,215	0,054	-0,240	**0,031**
İY2	0,039	0,728	-0,031	0,784	0,017	0,878	-0,014	0,902	0,036	0,750
İY3	-0,127	0,257	-0,276	**0,013**	-0,160	0,153	-0,222	**0,047**	-0,166	0,138
İY4	-0,279	**0,012**	-0,266	**0,016**	-0,210	0,060	-0,228	**0,041**	-0,285	**0,010**
İY5	-0,082	0,467	-0,056	0,622	-0,062	0,581	-0,030	0,791	-0,086	0,446
İY-Toplam	-0,211	0,059	-0,281	**0,011**	-0,205	0,066	-0,212	0,058	-0,241	**0,030**
KA1	0,189	0,091	0,056	0,616	-0,009	0,936	0,013	0,909	0,150	0,181
KA2	0,122	0,278	-0,014	0,901	-0,058	0,608	-0,041	0,718	0,068	0,547
KA3	0,165	0,142	0,067	0,549	-0,010	0,927	0,049	0,664	0,117	0,297
KA-Toplam	0,201	0,071	0,063	0,578	-0,019	0,864	0,012	0,913	0,145	0,197

Spearman Korelasyon Testi, * p<0.05

PANSS, LEE, MKE ölçekleri arasındaki korelasyonlara bakıldı.

PANSS-Toplam puanı ile LEE-Toplam puanı arasında aynı yönlü korelasyon saptandı (r:0.523, p<0.001)

ZK-Toplam puanı ile LEE-Toplam (r:0.353, p:0.001), PANSS-Toplam (r:0.290, p:0.009), YA-Toplam (r:0.228, p:0.040) puanları arasında aynı yönlü korelasyon saptandı. İY-Toplam puanı ile PANSS-Toplam (r:-0.312, p:0.005), ZK-Toplam (r:-0.447, p<0.001) puanları arasında ters yönlü korelasyon saptandı.

KY-Toplam puanı ile YA-Toplam (r:-0.294, p:0.008), ZK-Toplam (r:-0.466, p<0.001) puanları arasında ters yönlü, İY-Toplam (r:0.645, p<0.001) puanı arasında aynı yönlü korelasyon saptandı. KA-Toplam puanı ile KY-Toplam puanı arasında ters yönlü korelasyon saptandı (r:-0.326, p:0.003). ÖB-Toplam puanı ile ZK-Toplam (r:-0.319, p: 0.004) puanı arasında ters yönlü, İY-Toplam (r:0.418, p<0.001) ve KY-Toplam (r:0.363, p:0.001)puanları arasında aynı yönlü korelasyon saptandı. SE puanı ile ZK-Toplam(r:-0.428, p<0.001) puanı arasında ters yönlü, İY-Toplam (r:0.299, p:0.007) puanı arasında aynı yönlü korelasyon saptandı. (Tablo 16)

Tablo 16. LEE, PANSS, MKE ölçeklerinin toplam puanlarının kendi aralarındaki korelasyonu

		PANSS-Toplam	YA-Toplam	ZK-Toplam	İY-Toplam	KY-Toplam	KA-Toplam	ÖB-Toplam	SE
LEE-Toplam	r	0,523	0,132	0,353	-0,204	-0,097	0,084	0,020	0,068
	p	**<0,001**	0,239	**0,001**	0,068	0,389	0,456	0,861	0,545
PANSS-Toplam	r		0,015	0,290	-0,312	-0,199	-0,010	-0,071	-0,146
	p		0,897	**0,009**	**0,005**	0,075	0,930	0,526	0,194
YA-Toplam	r			0,228	-0,186	-0,294	0,176	0,071	-0,121
	p			**0,040**	0,096	**0,008**	0,115	0,531	0,283
ZK-Toplam	r				-0,447	-0,466	0,031	-0,319**	-0,428**
	p				**<0,001**	**<0,001**	0,780	**0,004**	**<0,001**
İY-Toplam	r					0,645	-0,035	0,418**	0,299**
	p					**<0,001**	0,757	**<0,001**	**0,007**
KY-Toplam	r						-0,326	0,363**	0,143
	p						**0,003**	**0,001**	0,202
KA-Toplam	r							0,040	0,189
	p							0,725	0,091
ÖB-Toplam	R								0,202
	p								0,071

Spearman Korelasyon Testi, *p<0.05

5.TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre her yıl yaklaşık 1 milyon kişi intihar sonucu ölmektedir. Şizofreni intihar açısından yüksek risk alltında olan psikiyatrik bozukluklardan biri olması nedeniyle, şizofrenide intihar öngörücülerini belirlemeye yönelik çabalar önem arz etmektedir (36). Bu tez çalışmada şizofreni tanılı hastalarda, intihar davranışı ile algılanan duygu dışavurumu, mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmamızdaki hastaların bir grubu hayatları boyunca hiç intihar girişiminde bulunmamış, diğer grup ise hayatları boyunca en az 1 kez intihar girişiminde bulunmuş hastalardan oluşmaktadır.

Çalışmamıza katılan hastaların %46.91'i (n=38) kadın, %53.9'u (n=43) erkektir. Literatürde şizofreni prevalansının ve insidansının erkeklerde kadınlara göre daha fazla bulunduğu yönündeki bilgilerin arttığı bildirilmiştir (19). Çalışmamızda cinsiyet ile intihar girişimi öyküsü ve İDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Şizofreni hastalarında intihar riskinin erkeklerde daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar ve kadınlarda daha yüksek olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra cinsiyet ile intihar riski arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmaların da olduğu belirtilmiştir (108).

Çalışmamızdaki hastaların yaş ortalaması 40.7±9.80 iken; intihar girişimi öyküsü olanların yaş ortalaması 39.63±10.01, olmayanların 41.93±9.58 bulunmuştur. Böylece benzer yaştaki hasta grupları karşılaştırılabilmiştir Yaş ile intihar girişimi öyküsü ve İDÖ ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Şizofreni hastalarında genç yaşta olmanın intihar girişimi riskini arttırdığı (4, 6, 41) bildirilmekle birlikte, intihar davranışını öngörmede, yaşın belirleyici bir faktör olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (109). Şizofrenide intihar riski hastalığın gidişatı boyunca herhangi bir dönemde yüksek kabul edilmektedir (36). Çalışmamızda intihar girişimi olan hastaların, intihar girişimi sırasındaki yaşlarına bakılmamış, sadece intihar girişimi öyküsü olması esas alınmıştır. Bu sebeple çalışmamızda, şizofrenideki intihar davranışı ile yaş arasındaki ilişki incelenememiştir. Bununla birlikte intihar girişiminde bulunan hastaların yaş ortalamalarının daha küçük olması, yine çalışmamızda bulunan intihar girişiminde

bulunan hastalarda psikoz başlangıç yaşının daha küçük ve tedavisiz geçen sürenin daha uzun olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %33.33'ü ilk öğretim, %34.57'si lise, %31.10'u üniversite mezunu olup; eğitim düzeyi ile intihar girişimi öyküsü ve İDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatürde şizofreni riski düşük eğitim düzeyi ile ilişki görülmektedir (24). İntihar riski açısından bakıldığında ise; yapılan çalışmalar ve gözlemler yüksek eğitim seviyesinin şizofreni hastalarında hastalığa bağlı daha fazla kayıp hissine neden olabildiğini ve intihar riskini arttırdığını göstermektedir (41). Çalışmamıza en az 5 yıl eğitim görmüş olan hastalar dahil edilmiştir. Eğitim düzeyi düşük ya da yok olarak tanımlanabilecek hastaların çalışma dışında kalması eğitim düzeyi ve intihar riski arasında ilişki bulunmamasının bir sebebi olarak düşünülebilir. MKE'nin 7 ana boyutuna bakıldığında; çalışmamıza katılanların eğitim düzeyi ile KY toplam puanı arasında aynı yönlü, KA toplam puanı arasında ters yönlü korelasyon saptanmıştır. Literatürde; yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik faktörlerin belirli mizaç ve karakter boyutlarını etkileyebileceği; ancak yapılan çalışmalarda bulguların tutarlı olmadığı belirtilmiştir (110).

Çalışmamıza katılan hastaların %77.78'inin hiç evlenmemiş,% 14.81'inin boşanmış, %7.41'inin evli olduğu saptanmıştır. Literatüre göre de şizofreni ilişkisi olmayan, bekar ya da boşanmış olan kişilerde daha sık görülmektedir (2, 3). Çalışma durumu değerlendirildiğinde, katılımcıların %53.09'unun çalışmadığı, %22.22'sinin aralıklı çalıştığı, %12.35'inin malulen emekli olduğu, %8.64'ünün düzenli bir işte çalıştığı, %2.47'sinin normal emekli olduğu ve %1.23'ünün öğrenci olduğu öğrenilmiştir. Medeni hal ve çalışma durumu, intihar girişimi öyküsü ve İDÖ puanları açısından karşılaştırılmış, aralarında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bekar olmak ve işsiz olmak, şizofreni hastalarında intihar için risk faktörlerinden sayılmakla birlikte, bazı araştırmacılar şizofreni hastalarının çoğunun bekar ve işsiz olması nedeniyle bu bulguların yorumlanmasında bir sorun olduğuna inanmaktadır (41).

Çalışmamızdaki katılımcıların ekonomik durumları incelendiğinde; %25.93'ünün düşük, %70.37'sinin orta, %3.70'inin yüksek bulunmuştur. Ekonomik durum ile intihar girişimi öyküsü arasında anlamlı ilişki bulunmazken, İDÖ2 ve İDÖ4 puanları arasında ters yönlü korelasyon saptanmıştır. Literatürde sosyoekonomik olarak düşük sınıflarda yaşamanın şizofreni için risk faktörü olduğuna dair çalışmalar

vardır (18, 24). Düşük sosyoekonomik düzey psikososyal stres etmenlerinden biri olup, intihar riski üzerine etkisi olduğu belirtilmiştir (111). Çalışmamızın sonuçlarına göre, şizofreni hastalarında daha düşük ekonomik düzeyin intihar girişimi öyküsü ile ilişkisi olmasa da intihar olasılığını arttırabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların sosyal destek algısına bakıldığında, %53.09'u var, %38.27'si yetersiz, %8.64'ü yok olarak belirtmiştir. Sosyal desteğini var olarak tanımlayanlarda, yetersiz ve yok olarak tanımlayanlara göre; intihar girişimi öyküsü, İDÖ toplam ve bazı alt ölçek puanları daha düşük saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda da sosyal desteğin intihara karşı koruyucu olduğu ortaya çıkarılmış, sosyal desteğin varlığı ile aidiyet duygularının artabileceği bildirilmiştir (10). Yine çalışmamızda sosyal desteğini var olarak tanımlayanlarda; LEE toplam ve bazı alt ölçek puanları ile PANSS toplam ve tüm alt ölçek puanları daha düşük, KY toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yüksek duygu dışavurumunun, hastaların sosyal destek algılarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (10). Şizofreni hastalarının intiharla yaşamlarına son vermelerinin yaygınlığında, hastalıkla birlikte kişinin sosyal destek sisteminde meydana gelen kötüleşmenin de etkisi bulunabilmektedir. Toplumsal ve mesleki işlev bozukluğu, kişinin sosyal destek sisteminde önemli bozulmalara neden olarak kişinin kendini yalnız hissetmesine ve destek arayışında gerilemelere de yol açabilmektedir. Sosyal desteğin azalmasında damgalamanın da rolü büyüktür. Şizofreni ve şizofreni hastaları hakkındaki olumsuz inanç, düşünce ve tutumlar, hastalığın seyri ile birlikte hastanın aile ve toplum içindeki konumunu etkilemektedir. Tüm bunlar kişide sosyal izolasyonun artmasına katkıda bulunarak hastalığın gidişatının da olumsuz seyretmesine katkıda bulunmaktadır (112). Çalışmamızın sonuçlarına göre; sosyal desteğin yeterli olması hastalığın seyri üzerinde olumlu etki ediyor gibi görünmektedir, ayrıca bu hastaların kendini yönetme becerilerinin daha fazla olduğu söylenebilir.

Katılımcıların çocuk sayısı ortalaması 0.16±0.43 olup, büyük çoğunluğunun çocuğu yoktur. Çocuk sayısı ile intihar girişimi öyküsü ve İDÖ puanları arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatüre göre; şizofreni riski çocuk sahibi olmamak, 3 ya da daha fazla çocuğa sahip olmak ile ilişkilidir (24).

Çalışmamızda hastaların psikiyatrik hastalık süresi 18.60±10.17 yıldır. Psikiyatrik hastalık süresi ile intihar girişimi öyküsü ve İDÖ puanları arasında anlamlı

ilişki saptanmamıştır. Literatürde, intihar riskinin şizofreninin gidişatı boyunca herhangi bir dönemde yüksek olduğu kabul edilmektedir (36).

Çalışmamıza katılan hastalarda psikoz başlangıç yaşı ortalama 22.23±6.11 yıldır. İntihar girişimi öyküsü olanlarda olmayanlara göre, psikoz başlangıç yaşı daha düşük bulunmuş, psikoz başlangıç yaşı ile İDÖ1 ve İDÖ-Toplam puanı arasında ters yönlü korelasyon saptanmıştır. Literatürde, şizofreninin genellikle 25 yaşından önce başladığı belirtilmektedir (2). Hastalığın başlangıç yaşının intihar riskine olan etkisi kesin olmamakla beraber, bazı çalışmalarda erken başlangıç yaşı intiharla ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmalar erken başlangıç yaşının daha ağır psikopatoloji ve daha kötü hastalık gidişi ile ilişkili olabileceğini, bu sayede intihara yol açabileceğini öne sürmüşlerdir. Bununla beraber geç başlangıç yaşının artmış intihar riskiyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmaların varlığına da dikkat çekilerek, artmış olan bu riskin hastaların erken erişkinlik dönemlerinde bir aile ve meslek sahibi olmaları ve bir anda hastalığın getirdiği işlevsellik ve sağlık kaybıyla yüzleşmeleri sonucu oluşan stresle açıklanabileceği belirtilmiştir (40). 96 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde; hastalığın başlangıç yaşının daha küçük olmasının intihar girişimi için risk faktörlerinden biri olduğu ifade edilmiştir (6). Çalışmamızda psikoz başlangıç yaşı ile LEE toplam ve tüm alt ölçek puanları, ZK toplam puanları arasında ters yönlü, KY toplam, İY toplam puanları arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır. Literatürde, şizofreni başlangıç yaşı daha küçük olan hastaların bakım verenlerinin, başlangıç yaşı daha yüksek olanlara oranla LEE toplam puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (113). Kişilik özellikleri ve hastalığın başlangıç yaşına dair bipolar bozukluk tanılı hastaların değerlendirildiği bir çalışmada ise; erken başlangıçlı hastalarda ZK puanları daha yüksek bulunmuştur (114).

Katılımcıların ilk tedavi yaşı ortalama 23.23±5.80 yıldır. İlk tedavi yaşı ile intihar girişimi öyküsü arasında anlamlı ilişki saptanmamışken, İDÖ1 ve İDÖ toplam puanları arasında ters yönlü korelasyon saptanmış olması; ilk tedavi yaşı daha küçük olan hastalarda intihar girişimi öyküsü olmasa da geçmişte intihar düşüncesinin varlığının ve gelecekte intihar olasılığı riskinin daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Yine çalışmamızda ilk tedavi yaşı ile LEE toplam ve bazı alt ölçek puanları, ZK toplam puanları arasında ters yönlü; KY toplam, İY toplam puanları arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır. Yani daha erken başlangıç yaşına benzer

şekilde, ilk tedavi yaşının küçük olması da algılanan duygu dışavurumu düzeyinin yüksek olması ile ilişkilidir ve bu hastalarda zarardan kaçınma daha yüksek, kendini yönetme ve iş birliği yapma özellikleri ise daha düşüktür.

Çalışmaya katılan hastalarda tedavisiz geçen süreye bakıldığında ortalama 1.00±1.64 yıl çıkmıştır. İntihar girişimi öyküsü olanlarda olmayanlara kıyasla tedavisiz geçen süre daha uzun bulunmuştur. Tedavisiz geçen süre ile İDÖ1 puanı arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır. Tedaviye erken başlanması şizofrenide olumlu prognostik faktörlerden biridir (2). Psikiyatrik tedavi başlanmasında gecikme ise, şizofrenide özellikle erken dönemde artan intihar riskine önemli ölçüde katkıda bulunabilir (41). Mauri ve ark.'nın yaptığı çalışmada da, intihar girişimi ile bir yıldan daha uzun süre tedavisiz geçen süre arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p = 0.0016$). Şizofreni semptomlarının erken saptanmasının ve erken müdahalenin yalnızca genel belirtileri iyileştirmek için değil aynı zamanda intihar girişimlerini önlemede de önemli olduğu vurgulanmıştır (4). Çalışmamızda tedavisiz geçen süre ile LEE-Toplam puanları arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır. Bu sonuç, tedavisiz geçen sürenin daha uzun olması ile algılanan yüksek duygu dışavurumunun ilişkili olduğunu göstermektedir ve yüksek duygu dışavurumu sonucu tedaviye başvurunun gecikebileceğini de düşündürmektedir.

Hastanede yatış sayısı ortalaması çalışmamıza katılan tüm hastalarda 3.93±3.40 kez iken, intihar girişimi öyküsü olan grupta 5.29±3.96, olmayan grupta 2.53±1.89 kezdir. İntihar girişimi öyküsü olanlarda hastane yatış sayısı anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur. Ayrıca hastane yatış sayısı ile İDÖ toplam ve bazı alt ölçek puanları arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır. Şizofrenide hastane yatış sayısının fazla olması intihar riskini ve olasılığını arttırmaktadır (36, 40). Daha fazla sayıda hastane yatışı sayısı, hem intihar düşüncesi, hem de intihar girişimi ile güçlü şekilde ilişkili bulunmuş, bu sonucun daha ağır hastalık seyrini işaret ettiği belirtilmiştir (6).

Çalışmamızda erken dönem olumsuz yaşantılar ve stresli yaşam olayları hastaların %51.85'inde var, %48.15'inde yok olarak bulunmuştur. Öyküsünde erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları olanlarda intihar girişimi öyküsü ile İDÖ toplam ve bazı alt ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. Psikotik bozukluklar ile çocukluk dönemi travmaları arasındaki ilişkinin araştırıldığı ve 46 araştırmanın

değerlendirildiği bir gözden geçirmede psikotik bozukluklarda çocukluk çağı travma prevalansının %28-73 oranında olduğu görülmüştür (115). Erken yaşta olumsuz yaşam olayları, zorlu yaşam koşulları, ihmal, istismar ve cinsel kötüye kullanılmanın şizofreni riskini arttırdığı kabul edilmektedir (26). Olumsuz yaşam koşullarının şizofrenide intihar riskini de arttırdığı belirtilmektedir (4, 41). Ek olarak çalışmamıza katılanların öyküsünde erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları olanlarda, olmayanlara göre LEE toplam ve bazı alt ölçek puanları ile PANSS toplam ve tüm alt ölçek puanları da daha yüksek bulunmuştur. Literatürde; çocukluk döneminde yaşanan travmatik yaşantıların ileride psikotik dönem ve deneyimler için önemli bir risk yarattığı, özellikle psikotik semptomların pozitif belirtileriyle ilişkili olabileceği bildirilmiştir (116). Çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları ve psikotik hastalıklar arasındaki ilişkiyi ele alan 51 çalışmanın sonuçlarının derlendiği bir gözden geçirme çalışmasında da özellikle çocukluk çağı kötüye kullanımları ile varsanılar ve sanrılar arasında güçlü ilişki olduğu bildirilmiştir (117). Yapılan bir çalışmada ise şizofreni hastalarında, çocukluk çağı travması ile negatif belirtiler arasında ilişki olduğu gösterilmiş, negatif belirtiler ile fiziksel ihmalin yüksek düzeyi ve fiziksel kötüye kullanımın düşük düzeyi arasında ilişki olduğu söylenmiştir (118). Erken dönem olumsuz yaşantılar ve stresli yaşam olayları varlığının daha olumsuz gidişle ilişkili olduğunu, olumsuz gidişin algılanan yüksek duygu dışavurumu ile arttığını söyleyebiliriz.

Çalışmamıza katılan hastaların %55.56'sında hastalığın ani başladığı, %44.44'sında ise sinsi başladığı sonucu çıkmıştır. Hastalık başlangıç şekli ile intihar girişimi öyküsü ve İDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatürde; şizofreninin sinsi başlangıçlı olması olumsuz, ani başlangıçlı olması olumlu prognostik faktörlerden sayılmaktadır (1).

Çalışmamızda katılımcıların % 49.38'inde hastalığın başlangıcında stresör/tetikleyici olay olduğu, %50.62'sinde olmadığı bulunmuştur. Hastalığın başlangıcında stresör/tetikleyici olay olanlarda intihar girişimi öyküsü, İDÖ toplam ve bazı alt ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. Literatürde stresör olarak tanımlanabilecek bazı faktörlerin hastalığın olumsuz seyretmesine katkıda bulunduğu (1,2) ve yaşam koşullarının intihar riskini arttırabileceği (4) ifade edilmiştir.

Çalışmamızda hostilite/saldırganlık öyküsünün, katılımcıların %58.02'sinde olduğu, %41.98'inde olmadığı bulunmuştur. Hostilite/saldırganlık öyküsü olanlarda olmayanlara göre intihar girişimi öyküsü, İDÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde de dürtüsellik ve hostilitenin uzun vadede intihar riski ile ilişkili olduğundan bahsedilmektedir (40, 119).

Çalışmamızda ek tıbbi hastalık varlığı ile intihar girişimi öyküsü ve İDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında; şizofrenide fiziksel komorbidite ile intihar girişimlerinin ilişkili olduğu gösterilmiştir (6). Belirgin bir genel tıbbi duruma bağlı hastalık, kognisyonu ve motor fonksiyonları bozabilecek nörolojik ve tıbbi hastalık ya da geçirilmiş kafa travması olması çalışmamıza katılan hastalar için dışlama kriterlerinden olup, bu durum ek tıbbi hastalık ile intihar davranışı arasında ilişki bulunmamasının olası sebebi olarak düşünülebilir.

Çalışmamızdaki hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık oranının % 50.62, intihar davranışı öyküsünün %20.99 oranında olduğu bulunmuştur. Ailedeki psikiyatrik hastalıkların tanıları ise netleştirilmemiştir. Şizofreni aile çalışmaları akrabalık ne kadar yakınsa ve hasta akraba sayısı ne kadar fazla ise şizofreni olma riskinin o kadar arttığını göstermektedir (22). Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile yapılan çalışmalarda; ailelerin anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe umutsuzluk gibi duygular yaşadıkları ve stresin sonucu olarak çeşitli psikiyatrik hastalıkların görülme oranının yüksek olduğu belirtilmektedir (120).

Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar ile ailede intihar girişimi öyküsü olanlarda; intihar girişimi öyküsü, İDÖ toplam ve bazı alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, literatürde belirtilen intihar davranışı ve psikiyatrik hastalıklar açısından pozitif aile öyküsünün şizofreni hastalarında intihar riskini arttırdığı bilgisini desteklemektedir (4,6). Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre; KY toplam, İY toplam puanları daha düşük iken, ailede intihar davranışı öyküsü olanlarda, olmayanlara göre; LEE toplam puanları daha yüksektir. PANSS toplam ve tüm alt ölçek puanları ise ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede intihar davranışı öyküsü olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Bir çalışmada; ailede psikiyatrik hastalığı olanlarda PANSS toplam ve negatif

semptom şiddeti, fiziksel ve duygusal ihmal ile cinsel ve duygusal istismar düzeylerinin yüksek olduğunu bildirilmiştir (121). Çalışmamızın sonuçlarına göre; ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı mizaç özelliklerindense daha çok gelişimsel yönleri ifade eden karakter üzerine etki ediyor gibi görünmektedir ve aile öyküsü olan hastalarda kendi kendini yönetme ve işbirliği yapma özellikleri daha düşük çıkmıştır. Ayrıca ailesinde intihar davranışı öyküsü olan hastalarda algılanan yüksek duygu dışavurumu dikkat çekmektedir. Ek olarak, ailede psikiyatrik hastalık ve intihar davranışı öyküsü hastalığın daha şiddetli seyretmesi ile ilişkili görünmektedir.

Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olanlarda olmayanlara göre; İDÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Şizofreni hastalarında intihar girişimi öyküsünün, intihar riskini belirgin olarak arttırdığı bilinmektedir (6, 36). Diğer psikiyatrik bozukluklara kıyasla şizofrenide tamamlanmış intihar riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (39).

Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olan hastalarda, PANSS toplam ve tüm alt ölçek puanları daha yüksektir. Ek olarak İDÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları ile PANSS toplam ve tüm alt ölçek puanları arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır. Şizofrenide pozitif ve negatif belirtilerin intiharla ilişkisiyle ilgili sonuçlar farklılık göstermektedir. Bir çalışmada intihar nedeniyle yaşamını yitirmiş şizofreni hastalarında pozitif semptomların daha çok görüldüğünü belirtilmiştir (48). Başka bir çalışmada, PANSS pozitif semptom puanları, intihar girişimi öyküsü olan şizofreni hastalarında anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (122). Mork ve ark. intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan şizofreni hastaları arasında PANSS negatif semptom puanları açısından anlamlı bir ilişki olmadığını; ancak PANSS pozitif semptomlar içindeki varsanı ve hezeyanlara ait puanların intihar girişimi öyküsü olan grupta daha yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir (123). Vrbova ve ark. tarafından yapılan çalışmada belirlenen intihar indeksi ile PANSS toplam, pozitif ve genel psikopatoloji alt puanları korele iken, negatif semptomlar ile intihar indeksi arasında korelasyon saptanmamıştır (97). Bazı çalışmalarda ise intihar girişimlerinin negatif semptomlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (50, 51, 123). Cassidy ve ark.'nın yaptığı sistematik gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasına göre; intihar düşüncesi olan hastalarda PANSS toplam puanları daha yüksektir (6). Çalışmamıza remisyonda olduğu belirlenen hastalar

alınmış olup, PANSS toplam ve tüm alt ölçek puanlarının intihar girişimi öyküsü olan hastalarda olmayanlara göre daha yüksek bulunması; bu gruptaki hastaların yine çalışmamızda bulunan daha fazla sayıda hastane yatış sayısı, daha uzun tedavisiz geçen süre, daha erken hastalık başlangıç yaşı, intihar davranışı ve psikiyatrik hastalıklar açısından daha fazla pozitif aile öyküsünün olması gibi olumsuz prognostik faktörlerin bulunması nedeniyle olabilir. İDÖ puanları ile PANSS puanları arasındaki aynı yönlü korelasyon; intihar davranışı riski yüksek olan hastalarda hastalığın daha ağır seyrettiğinin bir göstergesi olabileceği gibi, hastalığın daha ağır seyretmesi ile intihar davranışı riskinin arttığını da düşündürmektedir. Yine çalışmamızda bulunan PANSS-G puanlarının intihar girişimi öyküsü olan grupta olmayanlara göre daha yüksek olması; her ne kadar hastalarda klinik olarak komorbid psikiyatrik hastalık tanısı dışlansa da, bu hastalarda eşik altı anksiyete, depresif belirtiler gibi genel psikopatolojiye dair faktörlerin daha yüksek olabileceğini gösteriyor olabilir. Şizofrenide psikopatolojiyi belirleyen semptomlarla baş etmenin zor olduğu ve bu semptomların kaygıya ve depresif belirtilere yol açabileceği bilinmektedir (112). Kocatürk ve ark. yaptığı bir çalışmada da geçmişte intihar girişimi olan ve olmayan iki grup karşılaştırılmış, PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği puanının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (1).

Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olanlarda olmayanlara göre; LEE toplam ve tüm alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuş, İDÖ toplam puanı ile LEE1, LEE2, LEE3, LEE toplam puanları arasında arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır. Algılanan duygu dışavurumu ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada ayaktan erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran; 167 duygudurum bozuklukları, 74 şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları, 87 anksiyete ve somatoform bozukluk tanıları olan ve bu sayılan tanılar dışında başka bir psikiyatrik bozukluğu olan 22 hasta olmak üzere toplam 350 hasta LEE ve İntihar Olasılığı Ölçeği (SPS) ile değerlendirilmiştir. LEE skorları ile SPS skorları arasında pozitif ilişki saptanmış ($r = 0.403$; $p < .001$), algılanan duygu dışavurumu düzeyinin fazla olması artmış intihar olasılığı ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, geçmişte intihar girişimi olan hastalarda çalışmamızda da olduğu gibi LEE puanları daha yüksek çıkmıştır (10). İntihar girişiminde bulunan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, duygu dışavurumunun bir bileşeni olan algılanan eleştirinin, intihar girişimi için önemli bir risk faktörü olduğu

bildirilmiştir (75). Şizofreni tanısı almış hastaların birinci, üçüncü, yedinci, onikinci ve yirminci aylarında değerlendirildiği bir çalışmada hastalık nüksünün, yeniden hastaneye yatışın ve pozitif belirtilerin yüksek duygu dışavurumlu ailelerde düşük duygu dışavurumlu ailelere göre anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur (8). Şizofreni hastalığının seyrini en çok etkileyen faktörlerden biri duygu dışavurumu düzeyidir. Hasta ve aile bireyleri arasındaki anlaşmazlık, ilaç tedavisinin koruma sağlayamayacağı şekilde hastanın belirtilerinin artmasına ve böylece relapsların da çoğalmasına sebep olabilmektedir. Hastalık sürecinin kötü ilerlemesi, aile bireylerinin olumsuz tutumunu da tetiklemektedir (70). Aile üyelerinin yüksek duygu dışavurumunun, şizofreni hastalarında olumsuz seyir ile birlikte intihar davranışına neden olabileceği belirtilmektedir (41). Yaptığımız yayın taramasında şizofreni hastaları tarafından algılanan duygu dışavurumu düzeyi ve intihar riski arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaya ise rastlanmamıştır. Çalışmamızın sonuçlarına göre; şizofreni hastalarında algılanan duygu dışavurumunun yüksek olması intihar için bir öngörücü olarak tanımlanabilir. İntihar girişimi öyküsü olan grupta LEE puanlarının daha yüksek olması; bu hasta grubundaki aile üyelerinin hastaya karşı daha müdahaleci davrandıkları, aşırı tepkilerinin daha fazla olduğu, rahatsızlıkla ilgili daha olumsuz bir tutum sergiledikleri, daha hoşgörüsüz ve yüksek beklenti içinde oldukları şeklinde yorumlanabilir. Daha yüksek LEE puanları, şizofreni ile ilgili hastalık belirtilerinin daha şiddetli olması ile ilişkili olabileceği gibi, aile üyelerinin çeşitli özellikleri ve duygu dışavurumu düzeyleri de psikopatolojinin daha ağır seyretmesine ve intihar riskinin artmasına katkıda bulunuyor olabilir. Literatüre göre; duygu dışavurumunu aile üyelerinin cinsiyeti, eğitim durumu, sosyoekonomik durumu, hastalığa karşı tutumu, hastadan rol beklentileri, kültürel değerler ve toplum normları gibi başka faktörler de etkilemektedir (126). Çalışmamızda hastalar LEE ölçeğini doldururken 1. derece yakınlarından birini seçmişlerdir ancak seçilen hasta yakınlarının sosyodemografik bilgileri değerlendirilmemiştir. Bu konu daha fazla çalışmayla incelenebilir.

Çalışmamızda yaşam boyu intihar girişimi öyküsü olan hastalarda MKE'nin mizaç alt boyutlarından ZK1 puanı ortalamaları daha yüksek iken, karakter alt boyutlarından KY1 ve İY4 puanları ortalamaları daha düşüktür. ZK1 puanındaki yükseklik beklenti endişesi ve karamsarlığın daha fazla olduğunu göstermektedir.

Beklenti endişesi fazla olan kişilerde 2 farklı davranış eğilimi görülebilmektedir. Birincisi, bu kişiler başarısızlık ve zarar beklentisi olan kötümser, endişeli kişilerdir. Bu durum özellikle tanıdık olmayan, riskli ya da gerçekten zor durumlarda baskın olmaktadır. İkincisi, bu kişilerin aşağılayıcı ve utandırıcı yaşantılarla baş etmekte zorlukları vardır, uzun süre bu olumsuz yaşantılar ile ilgili çok düşünürler (127). KY1 puanındaki düşüklük, kınama özelliğinin daha belirgin olduğunu göstermektedir. Bu kişiler davranışlarının sorumluluğunu kabul etmezler, daha sorumsuz ve güvenilmez olarak görülürler (127). İY4 puanındaki düşüklük, intikamcılığın daha belirgin olduğunu göstermektedir. Bu kişiler kendilerini inciten kişilerden intikam almayı severler (128). Çalışmamızda İDÖ-Toplam ve bazı alt ölçek puanları ile MKE'nin mizaç alt boyutlarından YA2 puanı, ZK toplam ve bazı alt boyut puanları arasında aynı yönlü korelasyon, MKE'nin karakter alt boyutlarından KY toplam ve bazı alt ölçek puanları, İY toplam ve bazı alt boyut puanları arasında ters yönlü korelasyon saptanmıştır. Bu sonuçlara göre intihar davranışı puanları daha yüksek olan hastaların; mizaç özellikleri bakımından daha heyecanlı, dürtülerini kontrol edemeyen, aynı zamanda daha tedbirli, gergin, korkulu, çekingen, cesaretsiz, olumsuz, kötümser, utangaç, onay ve cesaretlendirme beklentisi içinde, eleştiriye ve cezaya daha hassas oldukları görülmüştür. Karakter özellikleri bakımından ise daha olgunlaşmamış, kırılgan, suçlayıcı, sorumsuz, güvenilmez oldukları, özellikle başlarında güvenilir bir liderleri olmadığında bu özellikleri gösterdikleri, içsel organize edici bir sisteme sahip değil gibi oldukları, anlamlı hedefler tanımlamak ve bunları sürdürmekte güçlük çektikleri anlaşılmaktadır. Ek olarak bu hastaların daha tahammülsüz, eleştirel, intikamcı, fırsatçı, kendileri ile ilgili, başka insanların haklarını, düşüncelerini ve duygularını dikkate almayan kişiler oldukları düşünülebilir. Özetle; daha yüksek ZK, daha düşük KY ve daha düşük İY özellikleri gösteren şizofreni tanılı hastalarda intihar davranışı riskinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca intihar davranışı açısından riski daha iyi değerlendirmek için hastaların intihar girişimi öyküsü ile beraber, geçmişteki intihar düşünceleri ve gelecekte bir gün intihar olasılığı konusunda ne düşündüğünü de göz ardı etmemek gerekmektedir. Albayrak ve ark.nın yapmış olduğu çalışmada; yaşam boyu en az bir kez intihar girişimi olan ve hiç intihar girişimi olmayan şizofreni hastaları, hastalıklarının ciddiyeti kontrol edilerek karşılaştırılmış; intihar girişimi olan grupta yüksek ZK ve SE puanları ile düşük KY ve İY puanları

bulunmuştur. Bu kişilik özelliklerinin şizofreni hastalarında önceki intihar girişiminin göstergeleri olabileceği belirtilmiştir (15). Margetic ve ark.nın yaptığı, 12 ay boyunca stabil olarak değerlendirilen şizofreni tanılı 120 hastanın katıldığı çalışmada; intihar girişimi olanlarla olmayanlar arasında ve intihar düşüncesi olanlarla olmayanlar arasında mizaç ve karakter boyutlarındaki farklılıklar incelenmiştir. Ayrıca, kişilik boyutlarının önceki intihar girişimlerini ve intihar düşüncelerini öngörüp öngörmediğini ve intihar girişimleri ve intihar düşüncelerinin aynı kişilik dinamiğinden gelip gelmediğini açıklamayı amaçlanmıştır. 120 hastadan 29'u (%24.2) intihar girişiminde bulunmuş olup, önceden intihar girişimi olan grupta KA puanları daha yüksek çıkmıştır. Mevcut intihar düşüncesi olanlarda, intihar düşüncesi olmayanlara kıyasla, ZK belirgin olarak daha yüksek ve KY anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Kişilik boyutlarının yaşam boyu intihar girişimlerinin ve mevcut intihar düşüncesinin belirleyicisi olup olmadığına bakıldığında; yapılan lojistik regresyon analizleri sonrasında KA boyutunun önceki intihar girişimini önemli ölçüde yordadığı, KY boyutunun ise mevcut intihar düşüncelerinin prediktörü olduğu belirtilmiştir (16). Şizofreni tanılı 48 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) kullanılarak intihar indeksi belirlenmiş; bu çalışmanın sonuçlarında intihar indeksi ile ZK arasında aynı yönlü korelasyon, KY arasında ters yönlü korelasyon saptanmıştır. YA, ÖB, SE, İY, KA puanları ile intihar indeksi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (97).

Literatürde; çeşitli tanı gruplarını içeren önceki çalışmalarda, intihar girişimine yatkınlıkla ilişkili olabilecek mizaç ve karakter boyutları olarak; yüksek YA (87-91) yüksek ZK (13, 87, 88, 91-95), yüksek SE (15, 96) ve düşük KY (91-93), düşük İY (13, 91, 93), yüksek KA (91, 96) özelliklerinden bahsedilmektedir.

Yenilik arayışı (YA), kavramsal olarak impulsivite, dikkat arama ve bağımlılık gibi risk alma davranışlarına yatkınlıkla ilgili dopaminerjik aracılı bir mizaç boyutudur (128). Bağımlılık komorbiditesi şizofrenide intihar için risk faktörlerinden biridir (9). Yüksek YA ile intihar davranışı arasında ilişki bulunduğu belirtilen çalışmalar (87-91) olduğu gibi, YA ile önceki intihar girişimi ya da mevcut intihar düşüncesi arasında bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da (16, 129) mevcuttur. Bizim çalışmamızda intihar davranışı ile YA arasında ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeni alkol-madde kötüye kullanımının çalışmamızdaki dışlama kriterlerinden biri olması olabilir.

Zarardan kaçınma (ZK), depresyona yatkınlığı, endişeli tepkileri yansıtan bir mizaç boyutudur. ZK puanları yüksek olan bireyler korkulu, tedbirli, gergin, cesaretsiz, olumsuz, sosyal olarak engellenmiş, çekingen, utangaç, kötümser, karamsar, eleştiriye ve cezaya hassas olarak nitelendirilebilirler (11,77). Şizofreni hastalarında, ZK mizaç boyutu emosyonel semptomların varlığı ile ilişkilendirilmiştir (130). Şizofreni tanılı hastaların daha yüksek zarardan kaçınma gösterdikleri belirtilerek, yüksek ZK'nın diğer bazı psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi şizofrenide de bir kırılganlık belirteci olarak düşünülebileceği açıklanmıştır (12, 131). Ayrıca yüksek ZK, çeşitli hasta gruplarını içeren önceki araştırmalarda intihar için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (13, 87, 88, 91-95). Albayrak ve ark. tarafından, yüksek ZK'nın, diğer psikiyatrik bozuklukların yanı sıra şizofrenide de intihara meyil için bir kırılganlık göstergesi olabileceği belirtilmiştir (15). Margetic ve ark.'nın çalışmasında, mevcut intihar düşüncesi olan şizofreni hastalarında, intihar düşüncesi olmayanlara kıyasla, ZK'nın belirgin olarak daha yüksek çıkmıştır (16). Vrbova ve ark.'nun çalışmasında da MKE ile değerlendirilen şizofreni hastalarında yüksek ZK mizaç özelliğinin intihar indeksi ile ilişkili bulunduğu bulunmuştur. Bu özellik aynı zamanda regresyon analizini de geçmiştir. Yazarlar başka çalışmalarda zarardan kaçınmanın, şizofreni dışı hasta popülasyonunda da intihar davranışı ile ilişkilendirildiğini belirterek bu mizaç özelliğinin, çalışılan popülasyondan bağımsız olarak intiharla ilgili olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir (97). Bizim çalışmamızda, intihar davranışı puanları yüksek olan hastalarda, yüksek ZK puanları saptanmıştır. Bu da şizofrenide yüksek ZK ile intihara yatkınlık arasında ilişki olduğu görüşünü desteklemektedir. Ayrıca hastalarımız remisyonda olmasına rağmen, yüksek ZK puanlarının bu gruptaki hastaların kaygı, karamsarlık ve depresif belirtilere eğilimli olabileceğini yansıttığı da düşünülebilir.

Sebat etme (SE), engellenme, yorgunluk ve aralıklı pekiştirilmeye rağmen davranışın sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir (11,77). Bulik ve ark. yüksek SE'nin, yeme bozukluğu ve majör depresyon hastalarında intihar girişimi öyküsü ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (96). Şizofreni tanılı hastaların değerlendirildiği bir çalışmada; intihar davranışı olan hastalarda, olmayanlara göre daha yüksek SE puanları saptanmıştır. Bu çalışmada ZK ve SE puanlarının yüksek görüldüğünü belirtilerek; bunun şizofreni hastalarında belirli bir kişilik profiline işaret

edebileceğini, yüksek ZK ve yüksek SE kombinasyonunun şizofreni hastalarda intihara yatkınlığı arttırma konusunda daha spesifik bir model olabileceğini öne sürülmüştür (15). Bununla birlikte birçok çalışmada ruhsal bozukluğu olan hastalarda SE ile intihar arasında bir ilişki olmadığını bildirilmiştir (13, 88, 132). Bizim çalışmamızda da intihar davranışı ile SE arasında ilişki bulunmamıştır.

Kendi kendini yönetme (KY), bireyin ne istediğini bilmesi, kendi seçimleri konusunda sorumluluğu kabul etmesi, sorunlarını çözmede beceri ve güvenin gelişmesi gibi özelliklerden oluşur (11,77). Bu karakter özelliği öz yeterlilik kavramı ile yakından ilişkilidir (133). KY, hastaların işlev seviyelerinin en önemli belirleyicisidir (79). Şizofreni hastalarında daha iyi düzeyde işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (134). KY'nın genellikle depresyon ve şizofreni hastalarında düşük olduğu belirtilmiştir (16). Çeşitli çalışmalarda düşük KY'nin intihar davranışına yatkınlık ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (15, 16, 91-93). Bizim çalışmamızda da intihar davranışı puanlarının yüksek olması düşük KY ile ilişkili bulunmuştur.

İşbirliği yapma (İY), kabul gösterme, empati ya da bencilce saldırganlık, düşmanlık boyutlarını tanımlamaktadır. İY puanları düşük olan bireyler; tahammülsüz, eleştirel, intikamcı ve kendileri ile ilgilidirler. Başkalarının düşüncelerini ve duygularını dikkate almazlar. Şizofrenide düşük İY puanlarının içgörü eksikliği ile ilişkilendirildiği belirtilmiş, ek olarak hastanın diğer insanların niyetlerini güvensiz görebileceği ve tehlikeli olarak algıladığı bir uyarana karşı şiddetli davranabileceği ile ilgili olduğu belirtilmiştir (15, 42). Şizofrenide korunmuş içgörünün kendine güveni azaltıp umutsuzluğu arttırdığı, umutsuzluğun da intihara yol açabildiğini öne süren yayınlar mevcuttur (40, 56). Bazı yazarlar iyi içgörünün intihar girişimine karşı koruyucu etkisi olduğunu öne sürmüştür (135). İçgörü ile intihar girişimi arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (136). Albayrak ve ark.nın çalışmasında (15) ve bazı başka çalışmalarda da intihar davranışı olanların İY puanları daha düşük bulunmuştur (13, 91, 93), fakat zıt sonuçların görüldüğü çalışma da mevcuttur (137). Çalışmamızda, intihar davranışı puanları daha yüksek olan hastalarda, düşük İY saptanmıştır ancak hasta grupları arasında içgörü düzeyi ile ilgili ayrıca bir değerlendirme ve karşılaştırma yapılmamıştır.

Kendini Aşma (KA); kendini kaybetmeye karşı kendilik bilincinde yaşantı, kişiler arası özdeşime karşı kendini ayrıştırma, manevi kabullenmeye karşı akılcı maddeciliği içerir (11, 77). Bazı çalışmalarda yüksek KA ile intihar girişimine yatkınlık ilişkili bulunmuştur (91, 96). Margetic ve ark. da çalışmalarında, şizofreni tanılı olup intihar girişimi öyküsü bulunan grupta, bulunmayanlara göre KA puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (16). Bizim çalışmamızda intihar davranışı ile KA puanları arasında ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda LEE toplam puanı ile PANSS toplam puanı ve ZK toplam puanı arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır. Çalışmamızın bu sonucu ile uyumlu denebilecek şekilde şizofreni hastalarıyla yürütülen bir çalışmada, yüksek duygu dışavurumlu aile ortamındaki hastalarda belirtilerin daha şiddetli olduğu, algılanan eleştirelliğin ve düşmanca tutumun pozitif ve negatif belirtiler için bir risk faktörü oluşturduğu bulunmuştur (68). Algılanan duygu dışavurumu düzeyi yüksek olan hastaların aynı zamanda daha yüksek oranda zarardan kaçınma özellikleri gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamızda PANSS toplam puanı ile ZK toplam puanı arasında aynı yönlü, İY toplam puanı arasında ters yönlü korelasyon saptanmıştır. Literatürde, bir çalışmada hem pozitif hem de negatif semptomlar ile İY ve KY karakter boyutları arasında ters yönlü korelasyon; negatif semptomlar ile depresif semptomların şiddeti ve ZK mizaç boyutu arasında aynı yönlü, SE mizaç boyutu arasında ters yönlü korelasyon bulunmuştur (138).

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Çalışmamızın psikiyatri alanında son basamak olarak hizmet veren kurumlardan biri olan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması ve örneklem sayısının az olması nedenleriyle bulgularımızın şizofreni tanılı tüm hastalara genellenmesi doğru olmayacaktır. Çalışmamızın kesitsel olması da kısıtlılıklardan biridir. Hasta hakkındaki sosyodemografik ve klinik bilgiler hastalar ve yakınları ile birebir görüşülerek elde edilmiş olsa da geriye dönük hatırlama riski ve görüşmelere ek olarak öz bildirime dayalı ölçeklerin kullanılması bazı bilgilerin güvenilirliğini bir miktar azaltmış olabilir. Ayrıca hastaların kullandıkları ilaçlar değerlendirilmediği için, ilaçların intihar girişimi öyküsü ve uygulanan ölçekler ile ilişkileri incelenememiştir.

6. SONUÇLAR

1. Yaşam boyu intihar girişimi öyküsü olan hastalarda psikoz başlangıç yaşı ortalaması daha düşük, tedavisiz geçen süre daha uzun, sosyal desteği daha az, hastane yatış sayısı, hostilite/saldırganlık öyküsü, erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları öyküsü, hastalığın başlangıcında stresör/tetikleyici olay öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık ve intihar davranışı öyküsü daha fazladır.
2. Yaşam boyu intihar girişimi öyküsü olan hastalarda İDÖ, LEE, PANSS toplam ve tüm alt ölçek puanları ortalamaları daha yüksektir, MKE'nin ise mizaç alt boyutlarından ZK1 puan ortalamaları daha yüksek iken karakter alt boyutlarından KY1 ve İY4 puan ortalamaları daha düşüktür.
3. Sosyal desteği yeterli olan hastalarda, yetersiz olanlara ve olmayanlara göre; İDÖ, LEE toplam ve bazı alt ölçek puanları ile PANSS toplam ve tüm alt ölçek puanları daha düşük, MKE'nin karakter alt boyutlarından KY2 puanı daha yüksektir. Sosyal desteği yeterli olanlar ile sosyal desteği olmayanlar karşılaştırıldığında ise, sosyal desteği yeterli olanlarda KY toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.
4. Öyküsünde erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları olanlarda, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda ve ailede intihar davranışı öyküsü olanlarda İDÖ, LEE toplam ve bazı alt ölçek puanları ile PANSS toplam ve tüm alt ölçek puanları daha yüksektir.
5. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda ve ailede intihar davranışı öyküsü olanlarda MKE'nin mizaç alt boyutlarından ÖB3 puanı ve karakter alt boyutlarından KY1 puanı daha düşüktür. Bu bulgulara ek olarak, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda KY ile İY toplam ve bazı alt boyut puanları daha düşük saptanmıştır.
6. Psikoz başlangıç yaşı ile İDÖ toplam ve bazı alt ölçek puanları, LEE toplam ve tüm alt ölçek puanları, PANSS-G puanları arasında ters yönlü korelasyon saptanmıştır.
7. İlk tedavi yaşı ile İDÖ toplam ve bazı alt ölçek puanları, LEE toplam ve bazı alt ölçek puanları arasında ters yönlü korelasyon saptanmıştır.
8. Psikoz başlangıç yaşı ve ilk tedavi yaşı ile MKE'nin mizaç alt boyutlarından ZK toplam ve bazı alt boyut puanları arasında ters yönlü, karakter alt boyutlarından KY, İY toplam ve bazı alt boyut puanları arasında ters yönlü korelasyon saptanmıştır.

9. Tedavisiz geçen süre ile İDÖ1 puanı, LEE toplam ve bazı alt ölçek puanları arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır.

10. İDÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları ile PANSS toplam ve tüm alt ölçek puanları arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır.

11. İDÖ toplam ve İDÖ1 puanları ile LEE toplam ve bazı alt ölçek puanları arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır.

12. İDÖ toplam ve bazı alt ölçek puanları ile MKE'nin mizaç alt boyutlarından YA2 puanı, ZK toplam ve bazı alt boyut puanları arasında aynı yönlü korelasyon, MKE'nin karakter alt boyutlarından KY toplam ve bazı alt boyut puanları, İY toplam ve bazı alt boyut puanları arasında ters yönlü korelasyon saptanmıştır.

13. Şizofreni hastalarında intihar davranışı riskini daha iyi değerlendirmek için hastaların intihar girişimi öyküsü ile beraber geçmişteki intihar düşüncelerini ve gelecekte bir gün intihar olasılığı konusunda ne düşündüğünü de göz ardı etmemek gerekmektedir.

14. Şizofrenide intihar davranışlarını önlemek için algılanan duygu dışavurumu konusuna da odaklanmak bunun değiştirilebilir bir yapı olması nedeniyle önemlidir. Hastaları değerlendirirken aile üyelerini tedavi sürecine dahil etmek, algılanan duygu dışavurumu düzeyini azaltarak bu hastaların seyrini daha olumlu yönde değiştirebilir.

15. İntihar davranışına yatkınlık açısından şizofreni tanılı hastalar farklı karakter ve mizaç özellikleri göstermektedirler. Şizofreni hastalarında intihar davranışı ile ilişkili olabilecek karakter ve mizaç özelliklerine yönelik de bakış açısı kazanmak önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13 Baskı. Ankara; 2015
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri (Çev. Ed. A Bozkurt). 11. Baskı. İstanbul, Güneş Tıp Kitapevleri
3. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi - No:6; 2007
4. Mauri MC, Paletta S, Maffini M, Moliterno D, Altamura AC. Suicide attempts in schizophrenic patients: Clinical variables. Asian J Psychiatr 2013; 6: 421-427.
5. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, Krausz M, Lester D, Meltzer HY, Modestin J, Montross LP, Mortensen PB, Povl Munk-Jorgensen P, Nielsen J, Nordentoft M, Saarinen PI, Zisook S, Wilson ST, Tatarelli R. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. Ann Gen Psychiatry 2007; 6: 10
6. Cassidy RM, Yang F, Kapczinski F, Passos IC. Risk Factors for Suicidality in Patients with Schizophrenia: A Systematic Review, Meta Analysis and Meta-regression of 96 Studies. Schizophrenia Bulletin 2017; 44(4): 787-797.
7. Berksun O. Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Emotion Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Denemesi. Uzmanlık tezi. Ankara Univ. Tıp Fak. Ankara; 1991
8. Cechnicki A, Bielanska A, Hanuszkiewicz I, Daren A. The predictive validity of Expressed Emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. J Psychiatr Res 2013; 47: 208-214
9. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. British Journal of Psychiatry 2005; 187: 9-20.
10. Demir S. The Relationship Between Expressed Emotion and the Probability of Suicide Among Turkish Psychiatric Outpatients. Family & Community Health 2018; 41(2): 111-116.
11. Cloninger CR, Svrakic DM, Pryzbeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Archives of General Psychiatry 1993; 50: 975-990.
12. Hori H, Noguchi H, Hashimoto R, Nakabayashi T, Saitoh O, Murray RM, Okabe S, Kunugi H. Personality in schizophrenia assessed with the Temperament and Character Inventory (TCI). Psychiatry Research 2008; 160: 175-183.
13. Calati R, Giegling I, Rujescu D, Hartmann AM, Moller HJ, DeRonchi D, Serretti A. Temperament and character of suicide attempters. Journal of Psychiatric Research 2008; 42: 938–945.
14. Giegling I, Olgiati P, Hartmann AM, Calati R, Moller HJ, Rujescu D, Serretti A. Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. Journal of Psychiatric Research 2009; 4: 1262–1271

15. Albayrak Y, Ekinci O, Çayköylü A. Temperament and character personality profile in relation to suicide attempts in patients with schizophrenia. Comprehensive Psychiatry 2012; 53(8): 1130–1136.
16. Margetić BA, Jakovljević M, Ivanec D, Marčinko D, Margetić B, Jakšić N. Current suicidality and previous suicidal attempts in patients with schizophrenia are associated with different dimensions of temperament and character. Psychiatry Research 2012; 200(2-3): 120-125
17. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. Epidemiologic Reviews 2008; 30(1): 67-76.
18. Eaton WW, Chen CC, Bromet EJ. Epidemiology of schizophrenia: In Tsuang MT, Tohen M, Jones P (editors). Textbook of psychiatric epidemiology. Third Edition, John Wiley & Sons, 2011; 263-287.
19. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, Llyod T, Holloway J, Hutchinson G, Leff JP, Mallett RM, Harrison GL, Murray RM, Jones PB. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. Arc Gen Pschiatry 2006; 63(3):250-258.
20. Işık E. Güncel Şizofreni. 1. Baskı: Ankara, Format Matbaacılık, 2006; 18-223.
21. Matheson SL, Shepherd AM, Laurens KR, Carr VJ. A systematic meta-review grading the evidence for non-genetic risk factors and putative antecedents of schizophrenia. Schizophr Res 2011; 33: 133-142
22. Jablensky A, Kirkbride JB, Jones PB. Schizophrenia: the epidemiological horizon. Schizophrenia 2010; 185-225.
23. Krabbendam L, Van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence-conditional on genetic risk. Schizophrenia Bulletin 2005; 31(4): 795-799.
24. Wicks S, Hjern A, Gunnell D, Lewis G, Dalman C. Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: A national cohort study. Am J Psychiatry 2005; 162(9): 1652–1657.
25. Bourque F, van der Ven E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants. Psychological Medicine 2011; 41(5): 897-910.
26. Bebbington P, Kuipers E. Psychosocial factors. Clinical handbook of schizophrenia 2008; 74.
27. Ertuğrul A. Şizofreni Etiyolojisi. Türkiye Klinikleri Dergisi - Şizofreni Özel Sayısı 2005; 1: 6-14.
28. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği; 2007
29. Young JW, Geyer MA. Evaluating the role of the alpha-7 nicotinic acetylcholine receptor in the pathophysiology and treatment of schizophrenia. Biochemical pharmacology 2013; 86(8): 1122-1132.
30. Ceylan ME, Çetin M. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri. Şizofreni 2. Cilt, 3. Baskı. İstanbul; 2005; 83-613.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- 5®). American Psychiatric Pub, 2013

32. Lang FU, Kösters M, Lang S, Becker T, Jager M. Psychopathological long-term outcome of schizophrenia--a review. Acta Psychiatrica Scandinavica 2013; 127(3): 173-182.
33. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural Course of Schizophrenic Disorders: A 15-Year Followup of a Dutch Incidence Cohort. Schizophrenia Bulletin 1998; 24(1): 75-85.
34. Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, Dube KC, Ganev K, Giel R, An Der Heiden W, Holmberg SK, Janca A, Lee PWH, Leon CA, Malhotra S, Marsella AJ, Nakane Y, Sartorius N, Shen Y, Skoda C, Thara R, Tsirkin SJ, Varma VK, Walsh D, Wiersma D. Recovery from psychotic illness: a 15-and 25-year international follow-up study. The British Journal of Psychiatry 2001; 178(6): 506-517
35. World Health Organization. Preventing Suicide. A Global Imperative. WHO, 2014.
36. Carlborg A, Winnerback K, Jönsson EG, Jokinen J, Nordström P. Suicide in schizophrenia. Expert Rev Neurother 2010; 10: 1153-1164
37. Hawton K, Van Heeringen, K. Suicide. Lancet 2009; 373: 1372-1381.
38. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. Ann. Intern. Med. 2002; 136: 302-311.
39. Tidemalm D, Langström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. BMJ 2008; 337
40. Çetin Ö, Eker SS. Şizofreni ve Özkıyım, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(4):611-627
41. Sher L, Kahn RS. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. Medicina (Kaunas) 2019.
42. Brown S. Excess mortality of schizophrenia: A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997; 171: 502-508.
43. Alaräisänen A, Miettunen J, Rasanen P, Fenton W, Koivumaa-Honkanen HT, Isohanni M. Suicide rate in schizophrenia in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009; 44: 1107-1110.
44. Taiminen TJ, Kujari H. Antipsychotic medication and suicide risk among schizophrenic and paranoid inpatients. A controlled retrospective study. Acta Psychiatr Scand 1994; 90(4): 247-251.
45. Togay B, Noyan H, Tasdelen R, Ucok A. Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. Psychiatry Res 2015; 229(1-2): 252-256.
46. Messias E, Kirkpatrick B, Ram R, Tien AY. Suspiciousness as a specific risk factor for major depressive episodes in schizophrenia. Schizophr Res 2001; 47: 159-165
47. Altamura AC, Bassetti R, Bignotti S, Pioli R, Mundo E. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study. Schizophr Res 2003; 60: 47–55.
48. Kelly DL, Shim JC, Feldman SM, Yu Y, Conley RR. Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. J Psychiatr Res 2004; 38: 531-553

49. Xiang YT, Weng YZ, Leung CM. Sociodemographic and clinical correlates of lifetime suicide attempts and their impact on quality of life in Chinese schizophrenia patients. J Psychiatr Res, 2008; 42: 495-502
50. Harkavy Friedmann JM, Nelson AE, Venarde DF. Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder. Clin Neurosci Res 2001; 1: 345-350
51. Amador XF, Friedman JH. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. Am. J Psychiatry 1996; 153: 1185-1188
52. Harkavy-Friedman JM, Nelson EA, Venarde DF, Mann JJ. Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression. Suicide Life Threat Behav 2004; 34: 66–76
53. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry Res 2010; 176: 109-113.
54. Roy A, Pompili M. Management of schizophrenia with suicide risk. Psychiatr. Clin. N. Am 2009; 32: 863-883.
55. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). Lancet 2009; 374(9690): 620-627.
56. Balhara YP, Verma R. Schizophrenia and suicide. East. Asian Arch. Psychiatry 2012; 22: 126-133.
57. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. J. Marital Fa. Ther 2003; 29: 223-245.
58. Onwumere J, Bebbington P, Kuipers E. Family interventions in early psychosis: Specificity and effectiveness. Epidemiol. Psychiatr Sci 2011; 20: 113–119.
59. Spiegel D, Wissler T. Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. Am J Psychiatry 1986; 143: 56-60.
60. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. British Journal of Psychiatry 1992; 160: 601-620.
61. Kocabıyık A, Özer D, Girgin Atış Y, Beştepe E, Alpay N. Bipolar bozuklukta duygu dışavurumu ile ailelerin sosyodemografik verileri arasındaki ilişki. Düşünen Adam 2002; 15: 77-84
62. Amaresha AC, Venkatasubramanian G. Expressed emotion in schizophrenia: An overview. Indian J.Psychol. Med 2012; 34:12–20
63. Miklowitz DJ. Family Risk Indicators in Schizophrenia. Schizophr Bull. 1994;20(1):137-149
64. Berksun, OE, Soykan Ç, Soykan A. Dışavurulan Duygulanım Ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. Türk Psikoloji Dergisi 1993; 29: 10-15.
65. Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisi. Psikiyatri Dergisi 2013; 14: 19-26

66. Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. British J. Preventive Soc. Med 1962; 16(2): 55-68
67. Vinogradov S, Yalom ID. (Ed.) Şizofreni Terapisi (Çev. Kaya F), İkinci Basım, İstanbul, Prestij Yayınları, 2014.
68. Bastug G, Karanci N. The impact of caregivers' expressed emotion and the patients' perception of expressed emotion on the positive and negative symptoms of patients with schizophrenia in a sample from Turkey. Dusunen Adam 2015; 28(2): 127–139.
69. Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. Annu. Rev. Clin. Psychol 2007; 3: 329-352
70. Carrà G, Cazzullo CL, Clerici M. The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population. BMC Psychiatry 2012; 12: 140-148
71. Schnur DB, Friedman S, Dorman M, Redford HR, Kesselman M.Assessing the family environment of schizophrenic patients with multiple hospital admissions. Hosp Community Psychiatry 1986; 37: 249-252
72. Deniz H, İlnem C, Yener F. Şizofren Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyinin Relapsla ve Aile İşlevleriyle İlişkisi. Düşünen Adam 1998; 11(3): 5-15
73. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün MY, Seçil M, Can S, Çobanoğlu N. Şizofren Hasta ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek ve Duygu Dışavurumunun İncelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(1): 5-14.
74. Vijayakumar L. Psychosocial risk factors for suicide in India. In: Vijayakumar L, ed. Suicide prevention meeting the challenge together. Orient Longman Ltd 2003; 149-162.
75. Mathew A, Prabhakaran A. Perceived Expressed Emotion as a Risk Factor for Attempted Suicide - A Case Control Study. International Journal of Recent Trends in Science And Technology 2013; 9: 299-302.
76. Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2003; 6: 198-203.
77. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 573-588.
78. Cloninger CR, Pryzeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD: The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, 1994.
79. Eklund M, Hansson L, Bengtsson-Tops A. The influence of temperament and character on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. European Pschiatry 2004; 19: 34-41
80. Güleç H. Temperament and Character Dimensions of the Patient with Schizophrenia, Relatives of Schizophrenic Patients, and the Healthy Controls. Archives of Neuropsychiatry 2009; 46: 8-12

81. Margetic BA, Jakovljevic M, Ivance D, Margetic B. Temperament, character and quality of life patients with schizophrenia and their first- degree relatives. Comprehensive Psychiatry 2011; 52: 425-430
82. Miskovic M, Ravanic D, Bankovic D, Zivlak-Radulovic N, Banjac V, Dragisic T. The Risk Model of Developing Schizophrenia Based on Temperament and Character. Psychiatr Danub.2018 Mar; 30(1): 57-63.
83. Miralles C, Alonso Y, Verge B, Setó S, Gaviria AM, Moreno L, Cortés MJ, Gutiérrez-Zotes A, Vilella E, Martorell L. Personality dimensions of schizophrenia patients compared to control subjects by gender and the relationship with illness severity. BMC Psychiatry 2014; 14:151
84. Ohi K, Hashimoto R, Yasuda Y, Fukumoto M, Yamamori H, Iwase M, Kazui H, Takeda M. Personality traits and schizophrenia: evidence from a case-control study and meta-analysis. Psychiatry Res. 2012; 198(1): 7-11.
85. Ritsner M, Farkas H, Gibel A. Satisfaction with quality of life varies with temperament types of patients with schizophrenia, Journal of Nervous and Mental Disease 2003;191: 668-674.
86. Guillem F, Bicu M, Semkovska M, Debruille JB. The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. Schizophrenia Research 2002; 56: 137-147.
87. Rothenhäusler HB, Stepan A, Kapfhammer HP. Soluble interleukin 2 receptor levels, temperament and character in formerly depressed suicide attempters compared with normal controls. Suicide Life Threat Behav 2006; 36: 455-466.
88. Evren C, Evren B. The relationship of suicide attempt history with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality in substance dependents. Nord J Psychiatry 2006; 60: 263-269.
89. Gil S, 2003. The role of personality traits in the understanding of suicide attempt behavior among psychiatric patients. Archives of Suicide Research 2003; 7: 159-166.
90. Grucza RA, Przybeck TR, Spitznagel EL, Cloninger CR. Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis. Journal of Affective Disorders 2003; 74:123–130.
91. Becerra B, Paez F, Robles-Garcia, R, Vela, GE. Temperament and character profile of persons with suicide attempt. Actas Espanas Psiquiatria 2005; 33: 117-122.
92. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Personality as a mediator of demographic risk factors for suicide attempts in a community sample. Comprehensive Psychiatry 2005; 46:214-222.
93. Van Heeringen C, Audenaert K, Van Laere K, Dumont F, Slegers G, Mertens J, Dierckx RA. Prefrontal 5-HT2A receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide. Journal of Affective Disorders 2003; 74: 149-158.
94. Abrams KY, Yune SK, Kim SJ, Jeon HJ, Han SJ, Hwang J, Sung YH, Lee KJ, Lyoo IK. Trait and state aspects of harm avoidance and its implications for treatment in major depressive disorder, dysthymic disorder, and depressive personality disorder. Psychiatry and Clinical Neuroscience 2004; 58: 240-248

95. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. Acta Psychiatrica Scandinavica 2006; 113: 180-206.
96. Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR. Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. Acta Psychiatr Scand, 1999; 100: 27-32.
97. Vrbova K, Prasko J, Ociskova M, Holubova M, Kantor K, Kolek A, Grambal A, Slepecky M. Suicidality, self-stigma, social anxiety and personality traits in stabilized schizophrenia patients - a cross-sectional study. Neuropsychiatr Dis Treat 2018; 1(14): 1415-1424
98. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry 2005; 162(3): 441-449.
99. Birsöz S, Işık E, Yargıç H, Savaş H, Işıklı H. Şizofrenide remisyon: Hayal mi, hedef mi? Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006; 16(2): 128-132.
100. First MB, Williams JBW, Benjamin LS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). The Encyclopedia of Clinical Psychology, RL Cautin, SO Lilienfeld (Ed), Wiley-Blackwell, 2015
101. Elbir M, Topbaş ÖA, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, Çetin Ş, Özdel O, Ateşçi F, Aydemir Ö. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2019; 30
102. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987; 13: 261-276.
103. Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1999; 14: 23-32.
104. Linehan M, Nielsen S, Assessment of suicide ideation and parasuicide Hopelessness and social desirability J Con & Clın Psychology 1981; 49(5): 773-775.
105. Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T. Suicidal Behavior, Depression, Desperation and Suicidal Ideation Relation: A Study on Validity and Reliability of Suicidal Behavior Scale. Kriz Dergisi. 1995; 3:223-225.
106. Cole JD, Kazarian SS: The Level of Expressed Emotion Scale: A new measure of expressed emotion. J Clin Psychol 1988; 44(3):392-397.
107. Köse S, Sayar K, Ak İ, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kırpınar İ, Reeves R Przybeck T, Cloninger R: Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenirliği ve faktör yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004; 14:107-131.
108. Rossau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case control study. Br J Psychiatry 1997; 171: 355-359.
109. Umut G, Öztürk Altun Z, Danışmant BS, Küçükparlak İ, Karamustafalıoğlu N, İlnem MC. Şizofreni Hastalarında Özkıyım Girişimi ve Özkıyım Düşüncesinin, Hastalık Şiddeti, Depresyon ve İçgörü ile İlişkisi. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013; 26: 341-350.

110. Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Gillin JC, Akiskal HS, Furlanetto LM, Rapaport MH, Kelsoe JR. Sociodemographic predictors of temperament and character. J Psychiatr Res 2000; 34(3): 221-226.
111. Deveci A, Aydemir Ö, Mızrak S. İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. Kriz Dergisi 2005; 13(1): 1-9.
112. Eskin M. İntihar - Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2003
113. Algönül Ö, Şizofreni tanılı hastalara birincil bakım veren bireylerin duygu dışavurumu açısından değerlendirilmesi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul; 2017.
114. Engström C, Brändström S, Sigvardsson S, Cloninger R, Nylander PO. Bipolar disorder. II: personality and age of onset. Bipolar Disord. 2003 Oct; 5(5): 340-348.
115. Bendall S, Jackson HJ, Hulbert, CA, McGorry, PD. Childhood Trauma and Psychotic Disorders: A Systematic, Critical Review of the Evidence. Schizophr Bull 2007; 34:568-579.
116. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, De Graaf R, Van Os J. Childhood Abuse as a Risk Factor for Psychotic Experiences. Acta Psychiatr Scand 2004; 109: 38-45.
117. Read J, Van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood Trauma, Psychosis and Schizophrenia: a Literatüre Review with Theoretical and Clinical Implications. Acta Psychiatr Scand 2005; 112: 330-350.
118. Bennouna-Greene M, Bennouna-Greene V, Berna F, Defranoux L. History of abuse and neglect in patients with schizophrenia who have a history of violence. Child Abuse Negl 2011; 35(5): 329-32.
119. Fenton WS, McGlashan, TH, Victor BJ, Blyler CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. Am. J. Psychiatry 1997; 154: 199-204.
120. Çetinkaya Duman Z, Bademli K. Families of Chronic Psychiatric Patients: A Systematic Review. Current Approaches in Psychiatry 2013; 5(1):78-94
121. Kalkan Turan HS, Kısmi Remisyondaki Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Agresyon İlişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; 2011
122. Nangle JM. Neurocognition and suicidal behaviour in an Irish population with major psychotic disorders. Schizophrenia Res 2006; 85: 196–200
123. Mork E, Walby FA, Harkavy-Friedman JM, Barrett EA, Steen NE, Lorentzen S, Andreassen OA, Melle I, Mehlum L. Clinical characteristics in schizophrenia patients with or without suicide attempts and non-suicidal self-harm-a crosssectional study. BMC psychiatry 2013; 13(1): 255-262.
124. Cohen S, Lavelle J, Rich CL, Bromet E. Rates and correlates of suicide attempts in first-admission psychotic patients. Acta Psychiatr Scand 1994; 90: 167-171.

125. Kocatürk K, Eşsizoğlu A, Aksaray G, Akarsu FÖ, Musmul A. Relationship Suicide, Cognitive Functions, and Depression in Patients with Schizophrenia. Arch Neuropsychiatr 2015; 52: 169-173
126. Nomura H, Inoue S, Kamimura N, Shimodera S, Mino Y, Gregg L, Tarrier N. A cross-cultural study on expressed emotion in careers of people with dementia and schizophrenia: Japan and England. Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology 2005;40:564-570.
127. Kose SA. Psychobiological Model of Temperament and Character: TCI. Yeni Symposium: Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi 2003; 41(2): 86-97
128. Kim JH, Kim D, Park SH, Lee HB, Chung EK. Novelty-seeking among schizophrenia patients with comorbid alcohol abuse. Journal of Nervous and Mental Disease 2007; 195:622–624.
129. Guillem E, Pelissolo A, Notidesc C, Lepin JP. Relationship between attempted suicide, serum cholesterol level and novelty seeking in psychiatric in-patients. Psychiatry Research 2002; 112: 83-88.
130. Strakowski SM, Faedda GL, Tohen M, Goodwin DC, Stoll AL. Possible affective-state dependence of the tridimensional personality questionnaire in first-episode psychosis. Psychiatry Research 1992; 41: 215-226
131. Gil S. Suicide attempters vs ideators: are there differences in personality profiles? Arch Suicide Res 2005; 9: 153-61.
132. Conrad R, Schilling G, Bausch C, Nadstawek J, Wartenberg HC, Wegener I, Geiser F, Imbierowicz K, Liedtke R. Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. Pain 2007; 133: 197-209
133. Bandura A, Cervone D. Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. J Pers Soc Psychol 1983; 45: 1017-28
134. Kurs R, Farkas H, Ritsner M. Quality of life and temperamental factors in schizophrenia: comparative study of patients, their siblings and controls. Qual Life Res. 2005;14:433-40
135. Restifo K, Harkavy-Friedman JM. Suicidal behavior in schizophrenia: a test of the demoralization hypothesis. J Nerv Ment Dis 2009; 197:147-153
136. Schwartz RC. Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study. J Nerv Ment Dis 2000; 188: 235-237
137. Engström C, Brändström S, Sigvardsson S, Cloninger CR, Nylander PO. Bipolar disorder. III: harm avoidance a risk factor for suicide attempts. Bipolar Disord 2004; 6: 130-138.
138. Vrbova K, Prasko J, Holubova M, Slepecky M, Ociskova M. Positive and negative symptoms in schizophrenia and their relation to depression, anxiety, hope, self-stigma and personality traits - a cross-sectional study. Neuro Endocrinol Lett. 2018 Mar; 39(1): 9-18.

EKLER

Ek 1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu

Adı-Soyadı: **Katılımcı No:**
Görüşme tarihi:

Yaş:

Doğum yeri:

Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek

Eğitim düzeyi:
( ) İlkokul
( ) Orta okul
( ) Lise
( ) Üniversite
( ) Diğer ……

Medeni durumu:
( ) Evli
( ) Hiç evlenmemiş
( ) Boşanmış; boşanma hastalıktan önce mi, sonra mı? ……
( ) Diğer ……

Çocuğu var mı:
( ) Var; çocuk sayısı:……
( ) Yok

Kardeş sayısı: ……

Kiminle yaşıyor /yaşam şekli?
( ) Yalnız
( ) Aile; kimler ile:……
( ) Arkadaş
( ) Evsiz / Sokakta
( ) Kurumda
( ) Diğer ……

Yaşadığı yer:
İl / İlçe/ Mahalle/ Köy
( ) Kent; semt:……
( ) Kır

Şu anki iş/çalışma durumu:
( ) Öğrenci
( ) Emekli ……
( ) Çalışmıyor
( ) Aralıklarla çalışıyor
( ) Düzenli çalışıyor
( ) Diğer ……..

Hastalıktan önceki iş/çalışma durumu:
( ) Çalışmamış; neden ……

( ) Aralıklarla çalışmış
( ) Düzenli çalışmış

Ekonomik durum: ( ) düşük ( )orta ( )yüksek

Sosyal destek durumunu nasıl tanımlıyor?
( ) Var
( ) Yetersiz
( ) Yok

Erken dönem olumsuz yaşantılar/stresli yaşam olayları?
( ) Var;……
( ) Yok

Göç öyküsü:
( ) Evet; ne kadar zaman önce, nereden nereye?.....
( ) Hayır

Kadın hasta için:
Gebelik öyküsü:
( ) Var; ……
( ) Yok

Erkek hasta için:
Askerlik yapmış mı?
( ) Evet; ……
( ) Hayır; …….

Hastalık başlangıç şekli:
( ) Akut
( ) Sinsi

Hastalığın başlangıcında stresör/tetikleyici olay?
( ) Var; ……
( ) Yok

Hastalık süresi: ……

Psikoz başlangıç yaşı: ……

İlk tedavi yaşı: ……

Tedavisiz geçen süre: ……

Toplam hastaneye yatış sayısı: ……

Geçmişteki tedavi uygulamaları / Şimdiki kullandığı ilaçlar: ……

Remisyon süresi: ……

İntihar girişimi öyküsü:
( ) Var; kaç kez? ne zaman? hangi yöntemle? ……
( ) Yok

Hostilite/saldırganlık öyküsü:
( ) Var; ……

( ) Yok

Bilinen ek tıbbi hastalık:

( ) Var; ……

( ) Yok

Sigara kullanımı:

( ) Var; ……

( ) Yok

Ailede psikiyatrik/tıbbi hastalık öyküsü:

( ) Var; kimde, hangi hastalık? ……

( ) Yok

Ailede intihar davranışı öyküsü:

( ) Var; ……

( ) Yok

Ek 2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

PANSS-P PUANI:

PANSS-N PUANI:

PANSS-G PUANI:

PANSS-TOPLAM PUANI:

PANSS - Pozitif Belirtiler Ölçeği (P)							
P1 Sanrılar	1	2	3	4	5	6	7
P2 Düşünce dağınıklığı	1	2	3	4	5	6	7
P3 Varsanılar	1	2	3	4	5	6	7
P4 Taşkınlık	1	2	3	4	5	6	7
P5 Büyüklük duyguları	1	2	3	4	5	6	7
P6 Şüphecilik/kötülük görme	1	2	3	4	5	6	7
P7 Düşmanca tutum	1	2	3	4	5	6	7
PANSS - Negatif Belirtiler Ölçeği (N)							
N1 Duygulanımda küntleşme	1	2	3	4	5	6	7
N2 Duygusal içe çekilme	1	2	3	4	5	6	7
N3 İlişki kurmada güçlük	1	2	3	4	5	6	7
N4 Pasif/kayıtsız biçimde kendini toplumdan çekme	1	2	3	4	5	6	7
N5 Soyut düşünme güçlüğü	1	2	3	4	5	6	7
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı	1	2	3	4	5	6	7
N7 Stereotipik düşünme	1	2	3	4	5	6	7

PANSS - Genel Psikopatoloji Ölçeği (G)							
G1 Bedensel kaygı	1	2	3	4	5	6	7
G2 Anksiyete	1	2	3	4	5	6	7
G3 Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6	7
G4 Gerginlik	1	2	3	4	5	6	7
G5 Manyerizm ve vücut duruşu	1	2	3	4	5	6	7
G6 Depresyon	1	2	3	4	5	6	7
G7 Motor yavaşlama	1	2	3	4	5	6	7
G8 İşbirliği kuramama	1	2	3	4	5	6	7
G9 Olağandışı düşünce içeriği	1	2	3	4	5	6	7
G10 Yönelim bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G11 Dikkat azalması	1	2	3	4	5	6	7
G12 Yargılama ve içgörü eksikliği	1	2	3	4	5	6	7
G13 İrade bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	1	2	3	4	5	6	7
G15 Zihinsel aşırı uğraşı	1	2	3	4	5	6	7
G16 Aktif biçimde sosyal kaçınma	1	2	3	4	5	6	7

(1) Yok, (2) Çok Hafif, (3) Hafif, (4) Orta, (5) Orta/Ağır, (6) Ağır, (7) Çok Ağır

Ek 3. İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ)

1-Hiç kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz veya öldürmeye teşebbüs ettiğiniz oldu mu?
A - Asla
B - Bir kez
C -Bazen
D - Sıklıkla
E - Çok sık
F - Her zaman

2-Son bir yıl içinde ne kadar sıklıkla kendinizi öldürmeyi düşündünüz?
A - Asla
B - Bir kez
C - Bazen
D - Sıklıkla
E - Çok sık

3-Birisine hiç intihar edebileceğinizi veya edeceğinizi söylediniz mi?
A - Evet
B - Hayır

4-Bir gün intihara teşebbüs etme olasılığınız nedir?
A - Hiç bir zaman etmem
B - Şu anda düşünmüyorum ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem.
C - Belki
D - Mutlaka
E - Mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var.

Ek 4. Duygu Dışavurumu Düzeyi - LEE Ölçeği

AÇIKLAMA: Aşağıda birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimlerde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin.

(D) (Y) 1.Bazen konuşmak istemezsem beni anlayışla karşılar ve zorlamaz.

(D) (Y) 2.Sinirlendiğimde o beni yatıştırır.

(D) (Y) 3.Benim kendime ait kontrolümü yitirdiğimi söyler.

(D) (Y) 4.Beklentilerini doyurmadığım zamanlarda bile bana hoşgörülü davranır.

(D) (Y) 5.Ben konuşurken müdahale etmez.

(D) (Y) 6.Benim sinirlerimi bozmaz.

(D) (Y) 7. "İyi değilim." dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler.

(D) (Y) 8.Beklentilerini doyurmadığım için suçluluk duymama neden olur.

(D) (Y) 9.Bana karşı aşırı bir koruyuculuğu - kollayıcılığı yoktur.

(D) (Y) 10.Kendimi iyi hissetmediğim zamanlar öfkelenir.

(D) (Y) 11.Hasta veya keyifsiz olduğumda bana karşı anlayışlıdır.

(D) (Y) 12.Benim olaylara bakış açımı anlayabilir.

(D) (Y) 13.Her zaman müdahalecidir.

(D) (Y) 14.Bir şeyler kötüye gitmeye başlayınca korku ve heyecana kapılmaz.

(D) (Y) 15.Kendimi iyi hissetmediğimde bana yardım aramam için cesaret verir.

(D) (Y) 16.Ona birçok sorun yaşattığımı düşünmez.

(D) (Y) 17.Bir şeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez.

(D) (Y) 18.İşler sarpa sarınca doğru dürüst düşünemez.

(D) (Y) 19.Keyifsiz - huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz.

(D) (Y) 20.Benden umduğunu bulamazsa beni aşağılar.

(D) (Y) 21.Yanımdan ayrılmamak, sürekli benimle olmak gibi bir düşüncesi yoktur.

(D) (Y) 22.Yolunda gitmeyen işler için beni suçlar.

(D) (Y) 23.Benim bir insan olarak değerli olduğumu hissettirir.

(D) (Y) 24.Keyifsiz, huzursuz ya da kafam karışık olduğunda bu duruma tahammül göstermez.

(D) (Y) 25.Beni çaresizliğim ve bunalımımla öylece bir kenarda bırakır.

(D) (Y) 26.Kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez.

(D) (Y) 27.Sorunlarımı ondan öç almak için yarattığımı söyler.

(D) (Y) 28.Benim özelliklerimi, özelliklerimin sınırlarını, neyi becerip beceremeyeceğimi bilir.

(D) (Y) 29.Ne yaptığımı bilmek için beni sürekli kontrol eder.

(D) (Y) 30.Zor durumlarda soğuk kanlılığını ve kendine hakimiyetini koruyabilir.

(D) (Y) 31.Hasta olduğunda benim kendimi iyi hissetmem için uğraşır.

(D) (Y) 32.Benim neyi becerip neyi beceremeyeceğim konusunda gerçekçidir.

(D) (Y) 33.Her zaman işlerime burnunu sokar.

(D) (Y) 34.Söylediğim şeyleri sonuna kadar dinler.

(D) (Y) 35.Uzman yardımı aramanın doğru olmayacağını söyler.

(D) (Y) 36.İşler yolunda gitmediği zaman bana öfkelenir.

(D) (Y) 37.Hakkımda her şeyi mutlaka öğrenmek ister.

(D) (Y) 38.O yanımda olduğu zaman huzurlu ve rahat hissetmemi sağlar.

(D) (Y) 39.İyi olmadığımı söylediğimde beni abartmakla suçlar.

(D) (Y) 40.Bir şeyler yolunda gitmese bile bana karşı sabırlıdır.

(D) (Y) 41.Gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister.

(D) (Y) 42.Bana sebepsiz yere öfkelenir.

(D) (Y) 43.Hasta olduğum zaman ilgili biri olur.

(D) (Y) 44.Desteğine ihtiyacım olduğu zaman esirgemez.

(D) (Y) 45.Benim özel meselelerime karışır.

(D) (Y) 46.Zor, stres yaratan bir durumla kolayca başa çıkar.

(D) (Y) 47.Kendimi iyi hissetmiyorsam, durumu merak eder ve anlamak ister.

(D) (Y) 48.Bir hata yaparsam anlayışla karşılar.

(D) (Y) 49.Hayatıma burnunu sokmaz.

(D) (Y) 50.İyi olmadığım zaman bana tahammülü yoktur.

(D) (Y) 51.Kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz.

(D) (Y) 52.Benden çok fazla şey bekler.

(D) (Y) 53.Şahsıma ait çok özel konularda fazla soru sormaz.

(D) (Y) 54.İşler yolunda gitmediği zaman o işleri daha da kötüleştirir.

(D) (Y) 55.Kendimi iyi hissetmediğim zaman, o bunları benim yarattığımı söyleyerek sık sık beni suçlar.

(D) (Y) 56.Ben bir şeyi beceremeyince zıvanadan çıkar çok öfkelenir.

(D) (Y) 57.Geliş gidiş saatlerim konusunda onu haberdar etmezsem huzursuz olur.

(D) (Y) 58. İşler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur.

(D) (Y) 59.Kendimi iyi hissetmediğim zamanlar bana güven verir destek olur.

(D) (Y) 60.Kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler

Ek 5. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)

(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını görüşlerini ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece su anda nasıl hissettiğiniz değil ÇOĞU ZAMAN ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR
Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini daire içine almanız yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK	DOĞRU	YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.	(D)	(Y)

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi daire içine alınız.)

****

Tüm ifadeleri dikkatlice okuyunuz ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.
Lütfen bütünüyle yanıttan emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.
Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987 1992 C. R. Cloninger
Türkçe TCI © 2001 Samet Köse Kemal Sayar

1. Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu zaman yeni şeyler denerim. (D) (Y)

2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim. (D) (Y)

3. Çoğu zaman güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim. (D) (Y)

4. Çoğu zaman koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm. (D) (Y)

5. Benden çok farklı olsalar bile genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim. (D) (Y)

6. Mucizelerin olabileceğine inanırım. (D) (Y)

7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider. (D) (Y)

8. Bir şeye yoğunlaştığımda çoğu zaman vaktin nasıl geçtiğinin farkına varmam. (D) (Y)

9. Çoğu zaman yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm. (D) (Y)

10. Herkesin karsısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta yardımcı olmak isterim. (D) (Y)

11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum. (D) (Y)

12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim. (D) (Y)

13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin çoğu zaman o anda nasıl hissettiğime bakarak yaparım. (D) (Y)

14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa genellikle kendi tarzıma göre yaparım. (D) (Y)

15. Çoğu zaman çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir. (D) (Y)

16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam. (D) (Y)

17. Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır. (D) (Y)

18. Birçok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile zengin ve ünlü olmak için yasal olan hemen her şeyi yapardım. (D) (Y)

19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir. (D) (Y)

20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için çoğu zaman yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım. (D) (Y)

21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım. (D) (Y)

22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum. (D) (Y)

23. Yapmakta olduğum ise kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan çoğu zaman "dalgın" olarak adlandırılırım. (D) (Y)

24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim. (D) (Y)

25. Bir başkasının duygularını çoğu zaman kendiminkiler kadar dikkate alırım. (D) (Y)

26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. (D) (Y)

27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için çoğu zaman yabancılarla tanışmaktan kaçınırım. (D) (Y)

28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım. (D) (Y)

29. Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim. (D) (Y)

30. Zaman yokluğu nedeniyle genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam. (D) (Y)

31. Çoğu zaman hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım. (D) (Y)

32. Çoğu zaman başka herkesten daha zeki olmayı dilerim. (D) (Y)

33. Düşmanlarımın acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir. (D) (Y)

34. Her ne zaman olursa olsun çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım. (D) (Y)

35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür. (D) (Y)

36. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak çoğu zaman bana anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü alışkanlıklar kazandırdı. (D) (Y)

37. Genellikle o kadar kararlıyımdır ki başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim. (D) (Y)

38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum. (D) (Y)

39. Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var. (D) (Y)

40. Sorunlarıma çoğu zaman bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim. (D) (Y)

41. Çoğu zaman nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım. (D) (Y)

42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm. (D) (Y)

43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum. (D) (Y)

44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez. (D) (Y)

45. Kendimi rahatlamış hissederken çoğu zaman beklenmedik iç görü ya da anlayış parıltıları yasarım. (D) (Y)

46. Başkalarının benden ya da isleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam. (D) (Y)

47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım. (D) (Y)

48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karsı sabırlı değilimdir. (D) (Y)

49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez. (D) (Y)

50. Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz. (D) (Y)

51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür. (D) (Y)

52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok iyi bir dinleyiciyimdir. (D) (Y)

53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim. (D) (Y)

54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda çoğu kimseden daha sıkılganımdır. (D) (Y)

55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır. (D) (Y)

56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir. (D) (Y)

57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım. (D) (Y)

58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. (D) (Y)

59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım. (D) (Y)

60. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. (D) (Y)

61. Karar vermeden önce isler konuşunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim. (D) (Y)

62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım. (D) (Y)

63. Çok kolay yorulduğumdan çoğu zaman kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım. (D) (Y)

64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım. (D) (Y)

65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm. (D) (Y)

66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim. (D) (Y)

67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda genellikle sakin ve güvenli kalırım. (D) (Y)

68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım. (D) (Y)

69. Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem. (D) (Y)

70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım. (D) (Y)

71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum. (D) (Y)

72. Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kalmaz. (D) (Y)

73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar. (D) (Y)

74. Çoğu zaman sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim. (D) (Y)

75. Yakın bir arkadaşı kaybedince genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım. (D) (Y)

76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım. (D) (Y)

77. Bazen başkalarına karsı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim. (D) (Y)

78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım. (D) (Y)

79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider. (D) (Y)

80. Bir grup yabancıyla bulusunca bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm. (D) (Y)

81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konuşunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir. (D) (Y)

82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraşıca düşünürüm. (D) (Y)

83. Başkalarına karsı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm. (D) (Y)

84. Çoğu zaman etrafımdaki tüm nesnelere karsı güçlü bir bütünlük duyusu hissederim. (D) (Y)

85. Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim. (D) (Y)

86. Başkaları beni çok fazla denetliyor. (D) (Y)

87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım. (D) (Y)

88. Dinsel yaşantılar yaşamımın gerçek amacını anlamama yardımcı olmuştur. (D) (Y)

89. Çoğu zaman başkalarından çok şey öğrenirim. (D) (Y)

90. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak pek çok şeyde iyi ve başarılı olmama olanak vermiştir. (D) (Y)

91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim. (D) (Y)

92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme destek ya da güvenceye gereksinim duyarım. (D) (Y)

93. Yaşamın kurallarının olduğunu ve hiç kimsenin sonunda bedelini ödemeksizin bu kuralları çiğneyemeyeceğini bilirim. (D) (Y)

94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem. (D) (Y)

95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim. (D) (Y)

96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim. (D) (Y)

97. Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm. (D) (Y)

98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım. (D) (Y)

99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım. (D) (Y)

100. Birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek benim için kolaydır. (D) (Y)

101. Beklenmedik haberlere çoğu zaman öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım. (D) (Y)

102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim. (D) (Y)

103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım. (D) (Y)

104. Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem. (D) (Y)

105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var. (D) (Y)

106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu zaman sorunların gereğine bakamam. (D) (Y)

107. Çoğu zaman zamanın akısını durdurabilmeyi dilerim. (D) (Y)

108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim. (D) (Y)

109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim. (D) (Y)

110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine saka yapmak için doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm. (D) (Y)

111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesi için çalışırım. (D) (Y)

112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım. (D) (Y)

113. Çok gergin yorgun ya da endişeli olacağım için işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür. (D) (Y)

114. İşleri eskiden olduğu gibi yapmayı bırakmadan önce genellikle çok gerçekçi gerekçeler talep ederim. (D) (Y)

115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım. (D) (Y)

116. Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım. (D) (Y)

117. Candan ve yakın arkadaşlarımın çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim. (D) (Y)

118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu zaman aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm. (D) (Y)

119. Hemen herkes korksa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım. (D) (Y)

120. Hüzünlü şarkıları ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum. (D) (Y)

121. Koşullar çoğu zaman beni irademin dışında bir şeyler yapmaya zorlar. (D) (Y)

122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür. (D) (Y)

123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm. (D) (Y)

124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim. (D) (Y)

125. Çoğu zaman yaptığım isin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum. (D) (Y)

126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum. (D) (Y)

127. Başkalarıyla olabildiğince is birliği yapmaya çalışırım. (D) (Y)

128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir. (D) (Y)

129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim. (D) (Y)

130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu zaman içgüdülerimi önsezi ve sezgilerimi izlerim. (D) (Y)

131. İnsanlar benden beklediklerini yapmadığımda çoğu zaman benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler. (D) (Y)

132. Çoğu zaman etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim. (D) (Y)

133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek benim için genellikle kolaydır. (D) (Y)

134. Başkaları benden daha çok is beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım. (D) (Y)

135. İyi alışkanlıklar benim için "ikincil huy" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır. (D) (Y)

136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam. (D) (Y)

137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim. (D) (Y)

138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar. (D) (Y)

139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir. (D) (Y)

140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder isler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım. (D) (Y)

141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile çoğu zaman islerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim. (D) (Y)

142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim. (D) (Y)

143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler. (D) (Y)

144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol var olduğunu söylese bile isleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim. (D) (Y)

145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm. (D) (Y)

146. Düşmanlarımın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım. (D) (Y)

147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum. (D) (Y)

148. Yaptığım her iste ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım. (D) (Y)

149. Endişeye kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum isi bırakırım. (D) (Y)

150. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. (D) (Y)

151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir. (D) (Y)

152. Çoğu zaman kendimi yapmakta olduğum ise o kadar kaptırırım ki bir an nerede olduğumu unuturum. (D) (Y)

153. Bir ekibin üyeleri kendilerine düsen payı nadiren eşit biçimde alırlar. (D) (Y)

154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim. (D) (Y)

155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir. (D) (Y)

156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam. (D) (Y)

157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir. (D) (Y)

158. Çoğu zaman arkadaşlarımın arzularına boyun eğerim. (D) (Y)

159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım. (D) (Y)

160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dini ya da ahlaki ilkelerin etkin olması gerektiğini düşünmem. (D) (Y)

161. Başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için çoğu zaman kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım. (D) (Y)

162. Alışkanlıklarımın çoğu bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır. (D) (Y)

163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım. (D) (Y)

164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem. (D) (Y)

165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam. (D) (Y)

166. Düşündüğümden daha uzun sürerse çoğu zaman o isi bırakırım. (D) (Y)

167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim. (D) (Y)

168. Bana yanlış davranan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım. (D) (Y)

169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. (D) (Y)

170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu zaman kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım. (D) (Y)

171. İşlerin yapılması için bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim. (D) (Y)

172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım. (D) (Y)

173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan kendimi daha coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur. (D) (Y)

174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir. (D) (Y)

175. Duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım. (D) (Y)

176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım. (D) (Y)

177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir. (D) (Y)

178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır. (D) (Y)

179. Çoğu zaman sonsuza değin yaşamak isterim. (D) (Y)

180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım. (D) (Y)

181. Hüzünlü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır. (D) (Y)

182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum. (D) (Y)

183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu zaman kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim. (D) (Y)

184. Çoğu ayartıcı durumda kendime güven duyabilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir. (D) (Y)

185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar. (D) (Y)

186. Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir. (D) (Y)

187. Yapılması gerekli olan isleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermekten hoşlanırım. (D) (Y)

188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle sansım yaver gider. (D) (Y)

189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi) genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim. (D) (Y)

190. Başarılı olma sansı olmadıkça bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum. (D) (Y)

191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım. (D) (Y)

192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım. (D) (Y)

193. Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir. (D) (Y)

194. Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu. (D) (Y)

195. Ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu yasadığım epeyce coşkulu anlarım oldu. (D) (Y)

196. İyi alışkanlıklar isleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır. (D) (Y)

197. Çoğu kimse benden daha çok becerikli görünür. (D) (Y)

198. Sorunlarım için çoğu zaman başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım. (D) (Y)

199. Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım. (D) (Y)

200. Çoğu zaman tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım. (D) (Y)

201. Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla "açılmamayı" tercih ederim. (D) (Y)

202. Kendimi zorlamaksızın genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim. (D) (Y)

203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm. (D) (Y)

204. Bir şeyi yanlış yaparken yakalandığımda, sorundan kurtulmayı beceremem. (D) (Y)

205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir. (D) (Y)

206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu sadece bir görüş meselesidir. (D) (Y)

207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm. (D) (Y)

208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım. (D) (Y)

209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm. (D) (Y)

210. İnsanlar yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler. (D) (Y)

211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir. (D) (Y)

212. Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yasarım. (D) (Y)

213. Hoşlanmadığım bazı insanlar vardır. (D) (Y)

214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem. (D) (Y)

215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu zaman olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım. (D) (Y)

216. Tanıdığım çoğu kimse başkalarının incinebileceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini düşünür. (D) (Y)

217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle gergin ve endişeli hissederim. (D) (Y)

218. Çoğu zaman kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım. (D) (Y)

219. Kimileri para konuşunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür. (D) (Y)

220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir. (D) (Y)

221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır. (D) (Y)

222. Herhangi bir kişinin acı çektiğini görmekten nefret ederim. (D) (Y)

223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum. (D) (Y)

224. Yaptığım isin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım. (D) (Y)

225. Çok dikkatli olmazsam benim için isler çoğu zaman ters gider. (D) (Y)

226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda genellikle daha iyi hissederim. (D) (Y)

227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm. (D) (Y)

228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için başkalarına çoğu zaman sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir. (D) (Y)

229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam. (D) (Y)

230. Bu anket formunda çok yalan söyledim. (D) (Y)

231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum. (D) (Y)

232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim. (D) (Y)

233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm. (D) (Y)

234. Benimle ilgili kimseler isleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar. (D) (Y)

235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır. (D) (Y)

236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim. (D) (Y)

237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde her şeyi okumaktan hoşlanırım. (D) (Y)

238. Yeni bir şey olmadığında genellikle heyecan ya da coşku verici bir şeyler aramaya başlarım. (D) (Y)

239. Bazen keyifsiz olurum. (D) (Y)

240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum. (D) (Y)