



T. C.

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**PSİKOTİK HASTALARDA OBSESİF KOMPULSİF
SEMPTOMLARIN YAŞAM KALİTESİ VE YETİ YİTİMİ
İLE İLİŞKİSİ**

Dr. ÖMER KAPTANOĞLU

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. GONCA KARAKUŞ

ADANA-2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, tezimin her aşamasında büyük emeği geçen ve desteği ile önemli katkıları olan tez danışmanım Prof. Dr. Gonca KARAKUŞ'a başta olmak üzere, Prof. Dr. Lut TAMAM'a, Doç.Dr.Mehmet Emin DEMİRKOL'a, Doç. Dr. Feridun BÜLBÜL'e, Dr.Öğr.Üy. Soner ÇAKMAK'a, Öğr. Gör. Dr. Zeynep NAMLI'ya, Öğr. Gör. Dr. Mahmut Onur KARAYTUĞ'a, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve çalışanlarına, tüm çalışma arkadaşlarıma, servis ve poliklinik hemşire ve personeline, her zaman koşulsuz güveni hissettiren ve desteğini esirgemeyen anneme, babama, ablalarım, ağabeyime ve yeğenlerime teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ.....	IV
KISALTMA LİSTESİ	V
ÖZET	VIII
ABSTRACT.....	X
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Psikoz	2
2.1.1.Şizofreni.....	4
2.1.2.Kısa Psikotik Bozukluk	20
2.1.3.Şizofreniform Bozukluk	22
2.1.4.Şizoaffektif Bozukluk	23
2.1.5.Sanrılı Bozukluk	24
2.1.6.Şizotipal Kişilik Bozukluğu	25
2.2.Psikotik Bozukluklarda Yaşam Kalitesi ve Yeti Yitimi	27
2.3.Psikotik Bozukluklara Eşlik Eden Ruhsal Hastalıklar	29
2.3.1.Psikotik Bozuklukların Obsesyon ve Kompulsiyonlarla İlişkisi.....	32
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
3.1.Verilerin Toplanması	40
3.2.Veriler Toplama Araçları	41
3.2.1.Sosyodemografik Veriler Formu.....	41
3.2.2.Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği (PANSS).....	41
3.2.3.Padua Envanteri (PE).....	41
3.2.4.Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0)	42
3.2.5.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)	43
3.2.6.Beck Depresyon Envanteri (BDE)	44
3.2.7.Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	44
3.2.8.Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ)	45
3.3.İstatistiksel Analiz.....	45
4.BULGULAR.....	46

4.1.Sosyodemografik değişkenlerin ve klinik verilerin dağılımı	46
4.2.Hasta ve Kontrol Grubunda Ölçek Puanları ve İlişkili Veriler	49
5.TARTIŞMA	69
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
7.KAYNAKÇA	75
EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	93
EK-2 POZİTİF VE NEGATİF BELİRTİ ÖLÇEĞİ (PANSS)	94
EK-3 PADUA ENVANTERİ (PE).....	95
EK-4 DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİ YİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHODAS 2.0).....	98
EK-5 DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU (WHOQOL-BREF-TR)	100
EK-6 BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)	102
EK-7 BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAÖ)	103
EK-8 BECK İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ (BİDÖ)	104
EK-9 HASTA GRUBU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	105
EK-10 KONTROL GRUBU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU.....	106

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo 1. Bleuler'e göre Şizofreni belirtileri.....	3
Tablo 2. Schnederian belirtiler	4
Tablo 3. ICD-10 Şizofreni tanı kriterleri.....	15
Tablo 4. DSM-5 Şizofreni tanı kriterleri.....	16
Tablo 5. Şizofrenide Olumlu ve Olumsuz Prognoz Göstergeleri ¹⁶	20
Tablo 6. DSM-5 Kısa Psikotik Bozukluk tanı kriterleri	21
Tablo 7. DSM-5 Şizofreniform Bozukluk tanı kriterleri	22
Tablo 8. DSM-5 Şizoaffektif Bozukluk tanı kriterleri	24
Tablo 9. DSM-5 Sanrılı Bozukluk Tanı Kriterleri	25
Tablo 10. DSM-5 Şizotipal Kişilik Bozukluğu tanı kriterleri.....	27
Tablo 11. Psikoz İçin Yüksek Risk (PYR) Kriterleri.....	34
Tablo 12. Sosyodemografik değişkenlerin hasta ve kontrol gruplarında dağılımı	48
Tablo 13. Psikotik hastalarda klinik verilerin dağılımı	49
Tablo 14. Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması	53
Tablo 15: PB grubunda PE ile PANSS ölçeklerinin korelasyon analizleri.....	55
Tablo 16. PB grubunda PE ile WHODAS ölçeklerinin korelasyon analizleri.....	56
Tablo 17. PB grubunda içgörüsü olan kişilerin PE ile WHODAS ölçeklerinin korelasyon analizleri	57
Tablo 18. PB grubunda PE ile WHOQOL-BREF-TR ölçeklerinin korelasyon analizleri	59
Tablo 19. İçgörü Varlığında PB grubunda PE ile WHOQOL-BREF-TR ölçeklerinin korelasyon analizleri	60
Tablo 20. PB grubunda PE'nin BDE, BAÖ ve BİDÖ ile korelasyon analizleri	61
Tablo 21. PE'nin yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi	62
Tablo 22. PE-TOP ile istihdam edilme, bekar ve kadın olmak verilerinin yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi.....	63
Tablo 23. BDE, BAÖ ve BİDÖ'nün yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi	64
Tablo 24. Yaşam kalitesinin, yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi	64
Tablo 25. Yaşam kalitesinin, yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi	65
Tablo 26. PE ile belirlenmiş OKS'lerin, yaşam kalitesini yordamasına ilişkin regresyon analizi	65
Tablo 27. PE-TOP ile istihdam edilme, bekar ve kadın olmak verilerinin yaşam kalitesini yordamasına ilişkin regresyon analizi	66
Tablo 28. Yeti yitiminin, yaşam kalitesini yordamasına ilişkin regresyon analizi	67
Tablo 29. Yeti yitiminin yaşam kalitesinin yordamasına ilişkin regresyon analizi	67
Tablo 30. BDE, BAÖ ve BİDÖ'nün yaşam kalitesini yordamasına ilişkin regresyon analizi.....	68

KISALTMA LİSTESİ

AP	: Anti Psikotik
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BİDÖ	: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği
BKAP	: Birinci Kuşak Anti Psikotik
COMT	: Katekol-O-metiltransferaz
DAS1	: Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimini Değerlendirme Çizelgesi Anlama ve İletişim Kurma Alt Ölçeği
DAS2	: Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimini Değerlendirme Çizelgesi Bağımsız Hareket Etme ve Bir Yerden Bir Yere Gitme Alt Ölçeği
DAS3	: Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimini Değerlendirme Çizelgesi Kendine Bakım Alt Ölçeği
DAS4	: Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimini Değerlendirme Çizelgesi İnsan İlişkileri Alt Ölçeği
DAS5	: Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimini Değerlendirme Çizelgesi Yaşam Faaliyetleri Alt Ölçeği
DAS6	: Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimini Değerlendirme Çizelgesi Toplumsal Yaşama Katılım Alt Ölçeği
DAST	: Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimini Değerlendirme Çizelgesi Ölçek Toplam Puanı
DDB	: Duygu Durum Bozukluğu
DDS	: Duygu Durum Semptomları
DSM	: Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve Sınıflandırma El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvülsifoterapi
GABA	: Gama Aminobutirik Asit

HPA	: Hipotalamopitüiter Aks
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması
İKAP	: İkinci Kuşak Anti Psikotik
KPB	: Kısa Psikotik Bozukluk
LSD	: Liserjik Asit Dietilamid
NMDA	: N-metil-D-Aspartat
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
OKS	: Obsesif Kompulsif Semptom
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
PANSS-G Puanı	: Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği
PANSS-N	: Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği Negatif Belirtiler Alt Ölçeği
PANSS-P	: Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği
PANSS-T	: Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği Toplam puanı;
PB	: Psikotik Bozukluk
PE	: Padua Envanteri
PE-D	: Padua Envanteri Dürtüler Alt Öleceği
PE-K	: Padua Envanteri Kontrol Alt Ölçeği
PE-KD	: Padua Envanteri Kesinlik Davranış Alt Ölçeği
PE-KS	: Padua Envanteri Kesinlik Sayma Alt Ölçeği
PE-R	: Padua Envanteri Ruminasyon Alt Ölçeği
PE-T	: Padua Envanteri Temizlik Alt Ölçeği
PE-TOP	: Padua Envanteri Toplam Puanı
QoL1	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyon Bedensel Yaşam Kalitesi Alt Ölçeği
QoL2	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyon Psikolojik Yaşam Kalitesi Alt Ölçeği

QoL3	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyon Sosyal Yaşam Kalitesi Alt Ölçeği
QoL4	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyon Çevresel Yaşam Kalitesi Alt Ölçeği
QoL5	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyon Genel Sağlık Durumu Alt Ölçeği
QoLT	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyon toplam puanı
RDC	: Research Diagnostic Criteria
SADS	: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
SB	: Sanrılı Bozukluk
ŞAB	: Şizoaftaktif Bozukluk
ŞB	: Şizofreniform Bozukluk
ŞKB	: Şizotipal Kişilik Bozukluğu
WHODAS 2.0	: Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimini Değerlendirme Çizelgesi
WHOQOL-BREF	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyon
Y-BOCS	: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

ÖZET

PSİKOTİK HASTALARDA OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOMLARIN(OKS) YAŞAM KALİTESİ VE YETİ YİTİMİ İLE İLİŞKİSİ

Amaç: Psikotik bozukluk (PB) tanılı hastalarda obsesif kompulsif semptom (OKS) varlığında erken başlangıç yaşı, daha fazla depresif semptom, daha fazla özkıyım riski, daha kötü sonlanım ve düşük işlevsellik bildirilmiştir. Bu çalışmada PB hastalarında OKS varlığının yeti yitimi ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na ayaktan başvuran ve yatarak sağaltım gören DSM-V tanı kriterlerine göre "Kısa Psikotik Bozukluk", "Şizofreniform Bozukluk", "Şizofreni", "Sanrılı Bozukluk" ve "Şizoaffektif Bozukluk" tanısı alan ve hastalık tanısı üzerinden en fazla beş yıl geçmiş 67 kişi hasta grubunu, 64 sağlıklı kişi kontrol grubunu oluşturdu. Örneklem grubuna Sosyodemografik veri formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Padua Envanteri (PE), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyon (WHOQOL-BREF), Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ) ölçekleri uygulandı.

Bulgular: PB tanılı hastaların PE toplam puanı (PE-TOP) ve alt ölçek puanları kontrol grubuna göre yüksekti. Korelasyon analizlerinde OKS'lerin varlığının yaşam kalitesini düşürdüğü, yeti yitimini artırdığı tespit edildi. Regresyon analizlerinde yeti yitimini en çok etkileyen veriler: PE-TOP, PE ruminasyon alt ölçeği (PE-R), PE-kesinlik davranışı alt ölçeği (PE-KD), WHOQOL-BREF-TR toplam puanı (QoLT) ile bedensel (QoL1), sosyal (QoL3), genel sağlık (QoL5) yaşam kalitesi alt ölçekleri ile BAÖ olarak tespit edildi. Yaşam kalitesini en çok etkileyen veriler; PE-R, PE-TOP, WHODAS toplumsal katılım alt ölçeği (DAS6), WHODAS 2.0 toplam puanı (DAST) ve BDE olarak tespit edildi.

Sonuç: Çalışma verilerinden, OKS varlığında PB hastalarında düşük sosyal ve mesleki işlevsellik düzeyleri, düşük yaşam kalitesi, artmış kaygı, depresyon, intihar eğilimi ile

ilişkilendirilebilir. Klinikte PB hastaları, hastalığın seyri sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilecek OKS'ler için dikkatle izlenmelidir. Komorbiditenin erken tanınması ve OKS'ye yönelik tedavi düzenlenmesi; hastanın yaşam kalitesinin artırmasını, yeti yitiminin azalmasını ve sonlanımın daha olumlu olmasını sağlayabilecektir.

Anahtar kelimeler: şizofreni, Obsesif Kompulsif Semptomlar, Yeti Yitimi, Yaşam Kalitesi.



ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE ASSOCIATION OF OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMS(OKS) WITH QUALITY OF LIFE AND LOSS OF POWER IN PSYCHOTIC PATIENTS

Objective: Early onset age, greater depressive symptoms, greater risk of self-absorption, worse termination, and low functionality have been reported in the presence of obsessive-compulsive symptom (OKS) in patients diagnosed with psychotic disorder (PB). In this study, it was aimed to investigate the relationship of OKS presence with yeti loss and quality of life in PB patients.

Methods: Medical Faculty of Cukurova University, Balcali Hospital, Department of psychiatry outpatient and inpatient treatment, the applicant undergoing DSM-V diagnostic criteria 'brief psychotic disorder', 'schizophreniform disorder' 'Schizophrenia', 'a delusional disorder' and 'schizoaffective disorder' diagnosis and diagnosis of the disease over the past 67 years in the patient group, no more than five of person of 64 healthy individuals as a control group was created. In the sample group socio-demographic data form, positive and negative Syndrome Scale (PANSS), Padua Inventory (TH), the World Health Organization quality of life scale abbreviated Version (WHOQOL-BREF) and the World Health Organization disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), Beck anxiety scale (BAO), Beck Depression Inventory (BDI), Beck scale for suicidal ideation (BIDO) scales were administered.

Results: PE total score (PE-TOP) and subscale scores of th th patients diagnosed with PB were higher than in the control group. In correlation analyses, it was found that the presence of oks reduces quality of life and increases yeti loss. Disability affecting regression analysis of the data: TH-BALL, the rumination subscale TH (TH-R), TH-certainty subscale of the behavior (TH-KD), whoqol-bref-TR total score (QoLT) and physical (QoL1), social (QoL3), general health (QoL5) the quality of life sub-scales was identified as BAO. Data that most affect quality of life; Pe-R, PE-TOP, THODAS social participation subscale (DAS6), thodas 2.0 total score (DAST) and BDE were determined.

Conclusion: From the Study Data, low levels of social and occupational functioning, low quality of life, increased anxiety, depression, suicidal tendencies in PB patients in the presence of OKS can be associated with. Patients with PB in the clinic should be carefully monitored for oxs, which may occur at any time during the course of the disease. Early recognition of comorbidity and regulation of treatment for Ox will be able to improve the quality of life of the patient, reduce the loss of power and make the termination more positive.

Key words: Schizophrenia, Obsessive-Compulsive Symptoms, Yeti Loss, Quality of Life.



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Psikiyatride klasik yaklaşıma göre hastalıklar farklı etiyolojik kökene dayandırılarak değerlendirilir. Boyutsal yaklaşımsa hastalıkları birbirinden ayırmaz ve tüm ruhsal hastalıkların tek bir hastalığın zaman içinde farklı klinik görünümleri olduğunu ileri sürer. DSM ve ICD gibi tanısal kılavuzlar ilk günden itibaren hastalıkları ayrı ayrı ele almış ve her hastalığı ayrı ayrı gruplandırmıştır. Oysa, kategorileri her zaman birbirlerinden ayırmak mümkün olamamaktadır. Son on yılda, psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılması boyutsal yaklaşımın artan önemi ile yeniden düzenlenmiş, birlikte ortaya çıkan ve/veya eşlik eden bozukluklarla ilgili geniş bir literatürü beslemiştir.¹ Güncel literatür obsesif kompulsif semptomların (OKS), psikotik bozukluğun (PB) prodromal belirtileri olarak düşünülebileceğini bildirmektedir.^{2,3} Bu öngörü için yapılan çalışmalarda bu konu ile ilgili net kanıtlar bulunamasa da bu çalışmalar sonucunda bu hasta grubunda daha düşük genel yaşam kalitesi, daha kötü profesyonel ve sosyal işlevsellik ve daha kötü sonlanım için kanıtlar bulunmuştur.¹ PB tanısı alan ve OKS görülen hastalarda psikotik semptomların önemli ölçüde daha ağır olduğu bildirilmiştir.^{1,2}

Psikotik bozukluğa eşlik eden OKS varlığında hastalığın; daha erken başlangıç yaşı, daha kötü sonuç, daha düşük işlevsellik, daha fazla depresif semptomlar ve intihar ile gittiği bildirilmiştir.⁴⁻⁶ Bu veriler ışığında OKS'lerin varlığının PB hastalarında yeti yitimini artırabileceği ve yaşam kalitesini düşürebileceği varsayımımız üzerine planladığımız bu çalışmada OKS varlığının psikotik hastalarda yeti yetimi ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikoz

Psikoz, bireyde duygu, düşünme, algılama, davranış, toplumsal ilişki, iş yaşamı gibi alanları olumsuz etkileyen, kişinin insan ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü içe kapanım (otizm) dünyasında yaşadığı, yeti yitimine neden olan, alevlenmelerle seyredebilen sendromdur.

Psikozun tarihçesi insanlık tarihinin ilk dönemlerine dayanmaktadır. Şimdilerde sanrı, varsanı, dezorganize davranış kelimeleri ile tarif ettiğimiz garip davranış ve düşünce biçimleri Antik Yunan ve Roma dönemi eserlerinde tarif edilmektedir. Orta çağda benzer davranış sergileyen insanların cezalandırıldığına dair kaynaklar da mevcuttur.⁷

Psikoz ilk kez 17. yüzyılda tedavi edilmeye değer bir tıbbi durum olarak görülmeye başlanmıştır. 17. yüzyılda ilk kez Wills (1672) belirgin bir nedene bağlı olmayan, kognitif yıkımla seyreden *juvenile dementia praecox* benzeri tablolar tespit etmiştir ve Fransa’da Philippe Pinel tarafından da psikoza dair ilk tanımlamalar yapılmıştır. Halüsinasyon terimini 1838’de ilk kez Dominique Esquirol, katatoni terimi ise ilk kez 1874 yılında Karl Kahlbaum tanımlamıştır. Düşünce yeteneğinin ortadan kalkması ve bozulması anlamına gelen "demans" tanımını 1800’lü yılların ilk yarısında Pinel, Bénédict Augustin Morel ise 1860 yılında erken bunama anlamına gelen “*démence-précoce*” terimini kullanmıştır.⁸

1896’da Emil Kraepelin, “*dementia praecox*” yani erken bunama kavramını tanımlamıştır. Kraepelin’e göre bu kavram birçok belirtinin ortak olması nedeniyle ana başlık olup, bu hastalar uzun dönemde yıkımlı bir gidişe sahiptir ve klinik tablo hebefrenik, katatonik, paranoid tip olmak üzere sınıflandırılmıştır.⁹ Kraepelin günümüzde negatif belirtiler olarak da bilinen emosyonel ve kognitif yetersizlikleri anlatan aloji, avolasyon, anhedoni, affektif küntlük ve dikkatte yetersizlik gibi temel semptomları tariflemiştir.⁹

Eugen Bleuler ise 1908’de ilk kez “Şizofreni” terimini kullanmıştır.¹⁰ Terim Grekçe ayrılma anlamına gelen “*schízein*” ve zihin, ruh anlamlarına gelen “*phren*” sözcüklerinden türetilmiş olup, kişilerde zihnin işlevlerinin birbirinden ayrılarak belirtilere neden olduğunu düşünmüştür.¹¹ Bleuler, “*dementia praecox*” kavramının

şizofreniyi açıklamada yetersiz olduğunu düşünerek, bu terimin şizofreni grubu hastalıklar olarak değiştirilmesini önermiştir.¹⁰ Şizofreni klinik belirtilerini birincil belirtiler; otizm, ambivalans, çağrışım bozukluğu, duygulanımda bozukluk (4-A belirtisi) ve ikincil belirtiler; sanrı, varsanı olarak tanımlamıştır.¹² Bleuler'a göre şizofreni belirtileri Tablo-1'de gösterilmiştir¹³ Kurt Schneider ise fenomenolojik kavramların kullanılmasını düşünmüş, şizofreninin tanımını yaparken, birincil ve ikincil belirtileri detaylandırmıştır.¹⁴ Schneider bu hastalıkta kişisel otonominin kaybı üzerine yoğunlaşmış, düşünce sokulması, düşünce yayılması, kişinin kendisi hakkında ve davranışları ile ilgili yorum yapan sesler duyması, kişinin düşüncelerinin, hareketlerinin dışarıdan kontrol edilmesi gibi kavramlar tanımlanmış ve "Schneiderian belirtiler " olarak adlandırılmıştır. Schneiderian belirtiler Tablo-2'de gösterilmiştir.¹⁵

Temel belirtiler: • Duygulanımda bozulma • Çağrışımlarda bozulma • Ambivalans • Otizm • Bilinç, oryantasyon ve bellekte temel bozulma olmaması
İkincil belirtiler • Düşünce içeriğinde sanrılar, kalıplaşmış, stereotipik düşünce ve uğraşlar • Hallüsinasyon ve illüzyonlar • Devinim bozuklukları; katatoni, katalepsi, balmumu esnekliği, negativizm, mimikler, telkine yatkınlık, yineleyici-kalıplaşmış hareketler

Tablo 1. Bleuler'e göre şizofreni belirtileri

Birinci sıra belirtileri • Yorum yapan, durum bildiren şekilde işitsel varsanılar • Kendi arasında tartışan sesler şekilde işitsel varsanılar • Kendi fikirlerinin söylendiğini duyma şeklinde işitsel varsanılar • Dış güçler tarafından bedenin etkilenmesi • Düşünce sokulması, düşünce çalınması ve düşüncenin etki altına alınması • Düşüncelerin başkaları tarafından okunması ve yayılması • Olağan bir algının sanrısız algılanması • Duygu, irade ve dürtülerin dışarıdan etkilenme ve kontrol edilme duygusu
İkincil sıra belirtileri • Halüsinasyonlar • İllüzyonlar • Hezeyanlar, referans düşünceler • Suisid ve homosid • Ekopraksi, ekolali • Negativizm • Depersonalizasyon • Manyerizm, stereotipi

Tablo 2. Schnederian belirtiler

2.1.1. Şizofreni

2.1.1.1. Şizofreni Tanımı

Şizofreni, bireyde duygu, düşünme, algılama, davranış, toplumsal ilişki, iş yaşamı gibi alanları olumsuz etkileyen, kişinin insan ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü içe kapanım(otizm) dünyasında yaşadığı, yeti yitimine neden olan, alevlenmelerle seyredabilen sendromdur.¹⁶ Duygulanım ile düşünce arasındaki kopukluğu anlatmak için ‘‘Us Yarılmaları’’ şeklinde bir tanımı da vardır.¹¹

2.1.1.2. Şizofrenide Epidemiyoloji

Şizofreni dünya genelinde hem bireysel, toplumsal hem de ekonomik sorunlara yol açan en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2010 yılında yapılan araştırmada yeti yitimine yol açan ruhsal hastalıklar içinde yeti yitimi açısından ruhsal hastalıklar arasında ilk sıradadır.¹⁷

Yapılan çalışmalarda şizofreni insidansı % 1, yaşam boyu prevalansı ise % 0,6-1,9 olarak bildirilmiştir.^{13,16} Yaygınlık kriterlerine şizofreni spektrumundaki diğer bozukluklar da eklenirse etkilenen birey sayısı daha da fazla olacaktır.¹⁸

Hastalığın başlangıç yaşı kadınlarda ve erkeklerde farklılık göstermektedir ve erkeklerde 18-25, kadınlarda ise 25-35 yaş olarak bildirilmektedir. Kadınlarda ayrıca 40

yaşından sonra pik yapabilmektedir. Yaşam boyu şizofreni görülme riski erkeklerde kadınlara göre % 30-40 daha fazladır.¹⁹

Yaygınlığın sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde daha yüksek olduğu; evlilerde bekar ve yalnız yaşayanlara oranla sıklığının az olduğu bildirilmiştir. Göç, travmatik yaşam olayları, enfeksiyon hastalıkları, doğum mevsimi gibi etkenlerin hastalığın görülme sıklığını artırdığı gösterilmiştir.^{20,21}

2.1.1.3. Şizofrenide Etiyoloji

Tanımlanmaya başlandığı ilk günden bugüne şizofreni bir beyin hastalığı olarak kabul edilirdi; ancak belirtilerin kişiden kişiye farklılık göstermesi, belirtilerin birçok sistemi etkilemesi nedeniyle şizofreni sendrom olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Genetik, beyin görüntüleme, nörokimya, nöropatoloji araştırmalarından elde edilen veriler şizofreninin etiyolojisine ilişkin önemli noktalara ışık tutmuştur.

2.1.1.3.1. Genetik Yatkınlık

Genel toplum prevalansı % 1 civarı olan şizofreni hastalığında, kardeşlerin birinde şizofreni bulunması durumunda diğer kardeşlerde şizofreni görülme riski %8, bir ebeveyni şizofreni olan bireyde şizofreni görülme riski % 12, kardeşinde şizofreni olan çift yumurta ikizlerinde % 12, her iki ebeveyni de şizofreni olan kişide bu oran %40, şizofreni hastası tek yumurta ikizinin kardeşinde bu oran % 47 olarak bulunmuştur.²²

İskandinav ülkelerinde yapılan evlat edinme çalışmalarında; ailesinde şizofreni olan ve evlat edinilen kişilerde şizofreni görülme sıklığı, ailesinde şizofreni olmayan evlat edinilen kişilere oranla daha yüksek çıkmıştır.²³ Ayrıca evlat edinilen monozigot ikizlerin, biyolojik ana babaları tarafından yetiştirilen ikizlerle aynı oranda hastalığa sahip olması genetik etkinin çevre etkisinden güçlü olduğunu düşündürmektedir.²⁴

2.1.1.3.2. Obstetrik Anomaliler ve İntrauterin Enfeksiyonlar

Obstetrik komplikasyonlar, grip salgınları, gebelik sırasında annenin beslenme yetersizlikleri, Rh uyumsuzluğu ve kış mevsiminde doğma etiolojide yer almaktadır. Bu etkenler hastalık etiyolojisinde yer alsa da olası fizyopatolojisi henüz açıklığa kavuşmamıştır.²⁵

Şizofreni tanısı olan bireyler ve kardeşleri karşılaştırıldığında şizofreni tanısı alan bireylerde daha fazla doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası komplikasyon görüldüğü bildirilmiştir.²⁵ Annede bulunan hastalıklar, düşük doğum ağırlığı, acil sezaryen gereksinimi gibi tıbbi durumlar şizofreni gelişme riskini 3 ila 7 kat artırmaktadır.¹⁶

Şizofreni kış ve baharın erken döneminde doğanlarda daha fazla ve baharın geç dönemi ve yaz mevsiminde doğanlarda ise daha az görülmektedir. Kuzey yarım kürede şizofreni hastaları daha çok Ocak-Nisan dönemi doğarken; güney yarım kürede hastalar daha çok temmuz eylül aylarında doğarlar. Bu durumu net şekilde açıklayan kanıtlar olmamakla birlikte olası neden virüs enfeksiyonları ve bu mevsimdeki beslenme değişiklikleri olabileceği bildirilmiştir.²⁶

Bazı çalışmalarda kıtlık ve annenin beslenme durumunun kötü olduğu durumlarda doğan çocuklarda şizofreni görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir. Özellikle gebeliğin son üç ayında anneden bebeğe geçen mikro besin eksikliği durumlarında anne ve fetal dokularda toksik maddelerin birikimi soncunda şizofreni riskinin arttığı düşünülmektedir.²⁷

2.1.1.3.3. İmmünolojik Etkenler

Şizofreni ile otoimmün hastalıkların birlikteliği ve meydana gelen immün sistem değişiklikleri dikkat çekici bulunmuş ve araştırmalar bu yöne doğru kaymıştır. İnterlökinler ve kompleman cevabı üzerine çalışmalar yapılmıştır. Şizofrenisi olan hastalarda annenin gebelik dönemi IL-8 kan düzeyi ile ventrikül genişlemesi arasında ilişki bulunmuştur.^{28,29} Yapılmış farklı bir çalışma ise; kompleman-4 sentezinden sorumlu genetik bölgenin ve artmış kompleman cevabının önemli olabileceğini göstermiştir.³⁰

2.1.1.3.4. Nörogelişimsel Teori

Bu teori şizofrenisi olan bireylerin beyinlerinde genetik ve çevresel etkenlerden kaynaklanan zararın uzun vadede ortaya çıkmasına dayanmaktadır. Bu bireylerin birinci derece akrabalarında da şizofreni görülme sıklığının yüksek olması beyinde olan sorunun baştan beri var olduğuna işaret etmektedir. Erken dönemde şizofrenisi olan bireylerin beyin gelişiminde anomalilerin daha fazla olduğu bildirilmiştir.¹⁶ Şizofrenisi

olan bireylerin bebeklik yıllarından itibaren izlendiği bir çalışmada; bu bebeklerin başlarını daha geç tuttuğu, geç emeklediği, geç yürüdüğü ve bir çok gelişim basamağında geri kaldığı görülmüştür.³¹ Bunun yanında şizofrenisi olan bireylerin zeka katsayısı şizofrenisi olmayan bireylere oranla daha düşüktür ve bu veriler aslında sorunun en baştan beri var olduğuna işaret eden farklı verilerdir.³²

Ölüm sonrası yapılan histolojik çalışmalarda şizofrenisi olan bireylerin beyinlerindeki kortikal hücrelerin dağılımlarında anormallikler olduğu gösterilmiştir. Normal şartlar altında göç etmesi gereken hücreler derin beyin katmanlarında takılarak beyin aktivitesinde bozulmalara neden olabilecek “ektopik gri cevher” adı verilen gri cevher adalarına neden olabilir. Bu anormallikler nedeniyle belli bir prodrom dönemi ardından gelen ergenlik ya da genç erişkinlikte başlayan dopamine karşı artmış duyarlılık, prefrontal kortekste bozulmuş aktivite ve dopamin işlevi gibi patolojilere neden olarak şizofreniye yol açabilir.³³

2.1.1.3.5. Nörodejeneratif Teori

Bu teoriye göre; beyinde ilerleyici ve dejenerasyonla giden bir süreç söz konusudur. Şizofreni belirtileri başlayan hastalarda, tedavisiz geçen süre ne kadar fazlaysa gidiş ve sonlanışın o kadar kötü olduğu, tedavi almayan hastalarda bilişsel kaybın daha fazla olduğu dejeneratif süreci düşündürmekte ve bu durumun antipsikotik ilaç kullanımı ile kısmen düzeldiği düşünülmektedir.¹³

N-metil-D-Aspartat (NMDA) reseptörlerindeki eksitoksisite ve piramidal nöronlardaki gama aminobutirik asit (GABA) interferonları tarafından meydana gelen inhibisyonun azalması nörodejenerasyon ve buna bağlı şizofreni yatkınlığı ile ilişkilendirilmiştir. Hücre zarının fosfolipid yapısı ve metabolizmasında meydana gelen bozukluklar, antioksidan düzeneklerinde bozulmalar ve serbest oksijen radikallerinin de sürece katkıda bulunduğu düşünülmektedir.¹⁶

2.1.1.3.6. Nörotransmitter Teori

Şizofrenide beyin biyokimyası, nörotransmitterler incelenmiş ve dopamin, norepinefrin, serotonin, glutamat ve GABA üzerinde durulmuştur. Dopamin şizofreni konusunda en fazla adı geçen nörotransmitterdir. Mezolimbik yolda artmış dopaminerjik nöron aktivasyonu pozitif psikotik belirtiler, ventromedial prefrontal

kortekse uzanan mezokortikal projeksiyonlardaki azalmış dopaminerjik nöron aktivasyonunun negatif belirtilere neden olduğu gösterilmiştir.³⁴

Serotoninin çeşitli beyin bölgelerinde farklı etkiler ortaya çıkararak dopamin nöronları üzerindeki düzenleyici etkileri, NMDA reseptör kanalı antagonisti olan fensiklidin ile yapılan çalışmalarda glutamatın pozitif ve negatif semptomlarla ilişkili olduğu, GABAerjik nöronların inhibisyonunda dopaminerjik ve adenerjik aktivasyonda artış olduğu ve şizofreni benzeri semptomların meydana geldiği bir çok çalışmada gösterilmiş, şizofreni ile ilişkilendirilmiştir.³⁵ Ayrıca östrojenin de kadınlarda menopoz dönemine kadar hastalığa yatkınlığı azalttığına dair çalışmalar mevcuttur.³⁶

2.1.1.3.7. Stres-Diatez Modeli

Stresli yaşam olayları şizofreni riskini ilk 6 ay içinde yaklaşık 2 kat arttırmakta ve nökslere neden olabilmektedir. Yapılmış çalışmalarda sağlıklı gruba kıyasla şizofreni hastalarında gün boyu yüksek seyreden kortizol düzeyleri izlenmiştir. Ayrıca kortizol düzeyleri hipotalamopitüiter aks (HPA) yoluyla dopamin düzeyini de etkilemektedir.³⁷ Çalışmalarda şizofreni hastalarında stresli yaşam olaylarının topluma oranla daha sık olduğu; ancak bu olayların şizofreniye yol açmaktan daha çok yatkınlığı olan kişilerde predispozan bir etken olabileceği bildirilmiştir.³⁸

2.1.1.3.8. Psikoaktif Madde Kullanımı

Sağlıklı kişilerde ketamin, amfetamin, kokain, kannabis, liserjik asit dietilamid (LSD) gibi maddelerin şizofreni benzeri belirtilere neden olması şizofreni ile madde kullanımı arasındaki ilişkiye kanıt olarak sunulur.¹³ Bu maddelerin düzenli kullanılması hipokampal ve korteks anormalliklerinden dolayı maddenin etkilerini güçlendirdiğinden şizofreniye yatkınlığı olan kişiler bu maddelerin etkisine daha açık hale gelmektedir.³⁹ Bazı kişilerde madde kullanımına bağlı olarak bu belirtiler ortaya çıkarken, bazı kişiler hastalık öncesi yaşadıkları tuhaf his ve deneyimleri engellemek amacıyla self-medikasyon olarak kullanabilmektedir.⁴⁰ Tıbbi takip ve tedavi açısından ilk olan olayın madde kullanımı mı yoksa hastalığa bağlı oluşan belirtileri yatıştırmak için mi kullandığı önem teşkil ediyor olsa da günümüzde bu konu tartışmaya açık halde kalmaya devam etmektedir.⁴¹

2.1.1.4. Şizofrenide Patofizyoloji

Etiyoloji çalışmalarında etkenlerin hastalığa nasıl neden olduklarına dair bir çok mekanizma önerilmiş olsa da son zamanlarda nörotransmitter ve reseptör düzeyinde yapılan çalışmalar sonucunda dopamin, serotonin, glutamat ve GABA yollarındaki anormallikler ile ilişkilendirilmiştir.²²

2.1.2.4.1. Dopamin Hipotezi

Parkinson hastalarında kullanılan ilaçların şizofreni benzeri belirtiler oluşturması ve dopaminerjik sistemin aktivasyonunu sağlayan esrar, kokain ve amfetamin gibi maddelerin kullanılmasının ardından şizofreni benzeri tablo oluşması, patogeneizde dopamine odaklanılmasını sağlamıştır. Antipsikotik ilaçların keşfinin ardından, şizofreniden sorumlu temel nörotransmitterin dopamin olduğu yönünde kanıtlar öne sürülmüş ve araştırmalar sonucunda şizofreni hastalarının beyin omurilik sıvısı (BOS), serum ve idrarında dopamin düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun yanında BOS'ta bulunan dopamin yıkım ürünü olan homovalinik asit (HVA) düzeylerindeki düşüklük ile prefrontal bilişsel kayıplar arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.¹⁶

Dopaminin 5 alt reseptörü olmakla birlikte D₁ ve D₅ reseptörleri G_s olarak etkinlik ile siklik adenosin monofosfat (cAMP)'ı artırırken, bu reseptörlerin hipoaktivasyonu ve işlev bozuklukları bilişsel kayıp ve negatif belirtilerle ilişkilendirmiştir. Geri kalan D₂, D₃, D₄ reseptörleri ise G_i olarak etkinlik ile cAMP oluşumunu inhibe eder ve reseptörlerindeki duyarlılık artışı ve aşırı uyarılmanın şizofreninin pozitif semptomlarına neden olduğu bildirilmiştir.¹⁶ Bu reseptörler beyin farklı alanlarında farklı yoğunluklarda bulunabilir, aktivasyonlarına göre klinik semptomlar meydana gelebilir.

Mezolimbik, mezokortikal, nigrostriatal, tubuloinfundibuler, talamusu uyaran dopaminerjik yollar bulunur. Mezolimbik yolak beyin sapındaki ventral tegmental alandan başlayıp limbik sistemin bir parçası olan nucleus akumbens'e sonlanır. Bu yolağın şizofrenideki pozitif belirtilerin oluşmasında önemli rol oynadığı düşünülmektedir.²²

Mezokortikal yolak beyin sapındaki ventral tegmental alandan başlayıp prefrontal kortekse uzanan nöronal ağa verilen isimdir ve bu yolağın dorsolateral prefrontal

korktekte uzanan dallarının biliş ve yürütücü işlevleri düzenlediği düşünülmektedir. Mezokortikal yolağın şizofrenideki rolü tam olarak bilinmese de bazı araştırmacılar bilişsel, affektif, negatif belirtilerle ilişkili olabileceğini düşünmektedir.⁴²

Nigrostriatal yolak beyin sapındaki substansiya nigradaki dopaminerjik hücre gövdelerinden çıkıp bazal çekirdekler ya da striatumda sonlanır. Bu yolak ekstrapiramidal sistemin bir parçası olarak motor hareketleri kontrol eder ve bu yolda dopaminerjik aktivite azalması rijidite, akinezi/bradikinezi, tremor gibi hareket bozukluklarına neden olabilir. Bunun yanında bazal çekirdeklerde meydana gelen dopaminerjik aktivite azalması akatizi ve distoniye neden olabilir.⁴³

Tubuloindubuler yolak hipotalamustan hipofize uzanan nöron topluluğudur ve buradaki nöronlar normal koşullarda aktiftir ve prolaktin salınımını inhibe eder. İlaç kullanan şizofreni hastalarında bu yolağın aktivasyonu azalarak galaktore, amenore ve cinsel işlev bozukluklarına neden olabilir.⁴²

Talamik yolak; çeşitli beyin bölgelerinden çıkan dopaminerjik yolaklar talamusa uzanırlar ve fonksiyonu tam olarak bilinmese de uyku ve uyarılma düzenekleri üzerinde rol alabileceği düşünülmektedir.⁴²

Bu hipotez pozitif ve negatif belirtilerin nasıl oluştuğunu açıklayabilse de negatif belirtilerin oluşmasında başka reseptör sistemlerin etkisine dair kanıtlar bulunması nedeniyle yeni hipotezler geliştirilmiştir.

2.1.2.4.2. Glutamat Hipotezi

Glutamat esansiyel olmayan bir amino asittir ve merkezi sinir sisteminde eksitator etkinlik gösterir. Glutamat tüm merkezi sinir sistemi üzerinde ve tüm nörotransmitterler ile etkileşim halindedir. Bu etkileşim metabotropik (grup 1-2-3) ve iyonotropik (AMPA, kainat, NMDA) glutamat reseptörleri üzerinden gerçekleşir.

Glutamaterjik nöronlar; kortikal piramidal nöronlardan beyin sapına doğru oluşturduğu projeksiyonlar aracılığıyla rafe nukleustaki serotonerjik sistemi, ventral tegmental alandan ve substansiya nigrada dopaminerjik sistemi, lokus seruleusta norepinefrinerjik sistemi kontrol eder.⁴²

Fensiklidin ve ketamin ile yapılan çalışmalarda, NMDA reseptör alt tipinin bloke edilmesi sonucu kişilerde psikotik belirtilerin ortaya çıkması, glutamaterjik sistemin ve özellikle NMDA reseptör tipinin şizofreni etiyolojisinde rolü olabileceğini

düşündürmüştür⁴³. Glutamatın dopaminerjik sistem üzerinde modüle edici etkisinin bulunması ve şizofrenili olguların sağlıklı bireyler ile karşılaştırılmasından elde edilen verilerde glutamaterjik sistemde işlev azalması tespit edilmiştir.⁴⁴

Şizofreni hastaları üzerinde yapılan postmortem çalışmalarda talamus ve hipokampusta NMDA reseptör alt ünitelerinde azalma olduğu bildirilmiş, PET/SPECT çalışmalarında NMDA hipofonksiyonu tespit edilmiştir.^{45,46}

Yapılan bir çalışmada antipsikotik tedaviye yanıt vermeyen hastalarda yapılan incelemelerde bu hasta grubunda anterior singulat kortekste artmış glutamat düzeyleri izlenmiştir. Bu durum bu bölgenin şizofreni için önemli bir bölge olabileceğini göstermesinin yanında glutamatın da hastalığın patolojisindeki önemine işaret etmektedir.⁴⁷

2.1.2.4.3. GABA Hipotezi

GABA, beyindeki ana inhibitör nörotransmitterdir ve GABA-A ve GABA-B reseptörleri ile etki eder. GABA'nın azalması dopaminerjik ve noradrenarjik nöronlardaki inhibisyonun azalmasına veya ortadan kalmasına, sonuç olarak hiperaktivasyona neden olur. Yapılan incelemelerde şizofreni hastalarında kortikal GABAerjik ara nöronların azaldığı, hipokampustaki GABA geri alım bölgesinin azaldığı ve prefrontal kortekste GABA-A reseptör yoğunluğunun arttığını göstermiştir.^{16,48} Prefrontal kortekste GABA nörotransmisyonundaki bozulmalar ve düşük GABA salınımının özellikle kognitif semptomlar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.⁴⁹ İn vivo çalışmalarda da şizofreni tanılı hastalarda ekstraselüler GABA seviyeleri düşük saptanmıştır.⁴²

GABA'nın önemli rolü ile ilgili yapılmış diğer grup çalışmalarda glutamaterjik yolağın gelişimi açısından NMDA gereklidir. Hipofonksiyone NMDA reseptörlerine bağlı azalmış GABA inhibisyonuna bağlı olarak şizofreni semptomlarının ortaya çıktığı düşünülmektedir.⁴²

2.1.2.4.4. Serotonin Hipotezi

Serotonin(5-HT), beyinde rafe çekirdeğindeki nöron gövdelerinde bulunan bir nörotransmitterdir ve dorsal rafe çekirdeğinden çıkan projeksiyonlar korteks ve

striatuma, median rafeden çıkan projeksiyonlarsa limbik bölgeye gider. Beyinde yedi farklı reseptör ailesi bulunduğu gösterilmiştir (5-HT1–7) ²²

Serotonini LSD, fenfluramin gibi bazı maddelerin antagonize etmesi sonucunda şizofrenidekine benzer halüsinasyonlara neden olabilmekte ve mevcut olan hastalığı alevlendirebilmektedir. Bu ilişki nedeniyle serotonin azlığının hastalık patogenezinde etkili olabileceği düşünülmüştür. ⁴³

Serotonin tüm beyinde yaygın şekilde etkinlik göstermektedir ve dopamin işlevlerinde düzenleme yapmaktadır. Eğer serotonin dopamin seviyelerini düşürebiliyorsa, serotonin inhibisyonunun da dopamin artışına neden olabileceği düşünülebilir. Bu mekanizmayla değerlendirilecek olursa selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve serotonin agonisti ilaçların dopamin inhibisyonunu artırdıkları düşünülebilir ve bu yolla şizofrenideki duygusal, bilişsel, motor, pozitif ve negatif belirtilerin açıklanması mümkün olabilir. ^{43,50}

Klozapin ve yeni atipik antipsikotiklerin serotonin reseptörlerine olan antagonist ilgisi, serotonin iletiminin azalmasıyla prefrontal alanda artan dopamine bağlı bilişsel işlevlerin iyileşmesi bu düşünceyi güçlendirmektedir. ⁴²

2.1.1.5. Şizofrenide Tanı

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (ICD) ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) yayınladığı Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve Sınıflandırma El Kitabı (DSM) tanı kılavuzlarında şizofreni bir sendrom olarak değerlendirilerek, şizofreni spektrumu olarak tanımlanmaktadır. ^{51,52} Şizofreni hastalığı için herhangi bir laboratuvar ya da görüntüleme yöntemi bulunmamaktadır. DSM ve ICD günümüzde tanı için en yaygın kullanılan sınıflandırma sistemleridir.

Amerikan Psikiyatri Birliği ilk kez 1952 yılında Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve Sınıflandırma El Kitabı-I (DSM-I) yayınlanmıştır ve Şizofreni Şizofrenik Reaksiyonlar olarak tanımlanmıştır. Bu sınıflandırmada tüm ruhsal hastalıklar tepkisel olarak ele alınmış ve hastalıkların sonlarına ‘reaksiyonlar’ şeklinde yer verilmiştir. DSM-II’de reaksiyon terimleri kılavuzdan çıkarılmış ve Şizofrenik bozukluklar içinde değerlendirilmiş ve ‘Latent Şizofreni’ kavramından bahsedilmiştir. Bu tanım daha çok şizofreni açık belirtilerinin olduğu ancak öyküsünde psikoz atağı olmayan vakalar için

kullanılmıştır. Psikotik bozukluklar için tanı kriteri daha spesifik tanı kriterleri olan Şizofreni tanı kriterleri oluşmasının ardından ortaya atılmıştır. Şizofreniye özgü tanı kriterleri geliştirme çalışmaları ilk kez Dünya Sağlık Örgütü önderliğinde 1973 yılında yapılan “Uluslararası Şizofreni Pilot Çalışması” ile başlamıştır. Bu çalışmada “Şimdiki durum Muayenesi” ilk kez tanımlanmış, kesitsel özellik gösteren bu görüşme metodu geniş hasta popülasyonunda kullanılmış ve güvenilirliği de test edilmiştir. Bu görüşme metodu sonrası tanısal kriterleri ve birçok araştırmayı etkileyecek olan “The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia” (SADS) ve “Research Diagnostic Criteria” (RDC) ortaya çıkmasına öncülük etmiştir. Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve Sınıflandırma El Kitabı-III (DSM-III) öncü ölçekler olarak kabul edilen bu iki ölçek kullanılarak ortaya çıkarılmıştır. DSM-III dahil edilme ve dışlama kriterlerinin olduğu ilk tanı sistemidir. Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve Sınıflandırma El Kitabı-III (DSM-III)’e kadar ABD’de kabul görmeyen ancak İngiltere ve Almanya’da önemli yer edinen Schneiderian belirtiler “birinci sıra belirtiler” olarak bilinmektedir. 1950’lerden 1980’lere kadar geçen süreçte, DSM-III’e göre şizofreni tanısında halüsinasyon ve hezeyanlardan bahsedilmiş, birinci sıra belirtileri tanısal olarak değerlendirilmiştir. İlerleyen süreçte bu belirtilerin şizofreniye özgü olmadığı diğer psikiyatrik hastalıklarda da görülebileceği fark edilmiş ve bu belirtilerin özel bir prediktif ya da prognostik değerinin olmadığı anlaşılmıştır. 1980’lerde ise Bleuler tarafından tanımlanan “negatif semptomların tanısal olmadığı fakat sendromda önemli bir özellik olduğu görüşü” vurgulanmıştır.^{12,53} 1987’de yayınlanan DSM-III-R’de önceki versiyonda olan 45 yaşından önce başlama ve zeka geriliğinin olmaması tanı kriterleri kaldırılmıştır. APA 1994 yılında Şizofreni DSM-IV sınıflamasında hastalık belirti boyutunda ele alınmış olup, tanı ölçütlerinde negatif belirtilere de yer verilmiştir.⁵² DSM-IV’de Şizofreni ve ilgili tanılar “Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar” başlığı altında değerlendirilmiştir.

Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-10 (ICD-10)’da tanı ölçütleri konusunda uyumlu olmakla birlikte Şizofreni tanısı koymak zorlaştırılmıştır. DSM-IV, ICD-10’dan farklı olarak süre olarak altı aydan uzun süre, sosyal ve işlevsel alanlardaki bozulmayı gerekli görmektedir. ICD-10’da ise Schneiderian’ın birinci sıra belirtilerine daha fazla önem verilmiş ve hastalığın karakteristik bulgularının başarıyla tedavi edilmiş olsa bile en az bir ay süreyle olmasına vurgu yapmıştır. ICD-10’da şizofreninin,

paranoid, hebefrenik, katatonik, kalıntı/rezidüel, ayrışmamış, basit, diğeri ve tanımlanmamış (post şizofrenik depresyon) olarak alt tipleri tanımlanmış fakat bu tanımların tanimsal güvenilirliğı ve tedavi açısından önemine dair kanıtların olmaması nedeni ile kaldırılmış olup, 2018 yılında ICD-11 olarak revize edilmiştir. ICD-11'e göre şizofreni tanısı için, en az bir ay boyunca sanrı, varsanı, tutarsız veya alakasız konuşma ya da neolojizm ile sonuçlanan düşünce bozukluğu, öz deneyimde bozulma (edilgen yaşantı) belirtilerinden en az biri olmak kaydı ile apati, anhedoni, konuşmanın azlığı, duygusal ifadelerin küntleşmesi gibi negatif belirtiler, dezorganize davranış ve psikomotor bozuklukları içeren toplamda yedi belirti kategorisinden en az ikisinin bulunması gerekmektedir. Süre kriterini tamamlamayan hastalar ise "Tanımlanmamış Primer Psikotik Bozukluk" olarak tanımlanmalıdır.^{54,55} ICD-10'a göre şizofreni tanı kriterleri Tablo-3'de gösterilmiştir.

Psikotik Bozukluklar nedenine, süresine ve semptomlarına göre isimlendirilip tanımlanırlar. Son revizyonu APA tarafından 2013 yılında yapılan DSM-5'e göre, hastalık "Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğeri Bozukluklar" başlığı altında yer almaktadır. Bu başlık altında "Kısa Psikotik Bozukluk", Şizofreniform Bozukluk", "Şizoaffektif bozukluk", "Sanrısai Bozukluk", Şizotipal Kişilik bozukluğu", "Katatoni" ve "Madde / İlaç ve Başka bir Tıbbi Duruma Bağlı Psikozlar" tanıları toplanmıştır. DSM-5'e göre şizofreni tanı kriterleri Tablo-4'de gösterilmiştir.⁵²

Aşağıdaki belirtilerden çok açık olarak en az birinin, çok açık değilse en az ikisinin
• Düşüncenin yankılanması, sokulması ya da çekilmesi ve düşüncenin yayınlanması • Kontrol edilme, etkilenme veya edilgenlik sanrıları (beden, kol, bacak hareketleri, özgül düşünceler, eylem veya duyular ile ilgili) • Hastanın davranışlarını yorumlayan veya kendi aralarında tartışan veya bedenin bir yerinden geldiği algılanan işitsel varsanılar • Kültürel açıdan uyumsuz, gerçekleşme olanağı olmayan sanrılar (örneğin; hava durumunu kontrol etmek veya başka dünyalardan gelenlerle ilişki içinde olmak gibi)
Veya aşağıdakilerden en az ikisinin en az 1 ay veya daha uzun süre ile bulunması gerekir
• Haftalarca aylarca süren, açık bir duygulanım yükü olmayan, gelip geçici veya yarı sistemli sanrılarla ya da aşırı değer verilmiş düşünceler ile birlikte olan inatçı herhangi türden varsanılar • Düşünce akışında, konuşma dağınıklığı (enکوherans), tutarsız konuşma ve sözcük uydurmalarına (neolojizm) yol açan kopmalar veya kaymalar • Katatonik davranış; taşkınlık, bedenin olağan olmayan bir duruşa geçmesi (postür alma), balmumu esnekliği, konuşmama (mutizm), karşıt gelme (negavitizm) ve strupor gibi belirtiler • Negatif belirtiler; sosyal çekilme veya sosyal becerilerde azalmaya yol açan, belirgin aldırmazlık (apati), konuşmada fakirleşme, duygulanımda küntlük veya uygunsuzluk gibi belirtiler (bu belirtilerin depresyon ya da antipsikotik kullanımına bağlı olmaması gerekir) • Kişisel davranışların bazı yönleri ile ilişkili belirgin ve sürekli nitelik değişiklikleri; bunlar ilgi yitimi, amaçsızlık, tembellik, kendi kendisiyle uğraşma ve sosyal çekilme biçiminde ortaya çıkabilir

Tablo 3. ICD-10 Şizofreni tanı kriterleri

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 en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir. 1. Sanrılar. 2. Varsanılar. 3. Dezorganize konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılabilir konuşma) 4. ileri derecede dağınık davranış ya da katatonik davranış. 5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama) 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 ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir. D. Şizoaftif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da bipolar bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygu durum 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 fizyolojik etkilerine bağlanamaz. F. Otizm spektrum bozukluğu ya da çocukluk çağında başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra en az bir ay (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) belirgin sanrılar ya da varsanılar görülmesi gerekmektedir.
--

Tablo 4. DSM-5 Şizofreni tanı kriterleri

2.1.1.6. Şizofrenide Klinik Özellikler

Şizofreni insan beyninin en ileri işlevlerini etkileyen, belirti ve bulguları çok geniş bir yelpazede olan, apati, irade kaybı, duygulanımda küntlük, sosyal iç çekilme, motor belirtiler ve bilişsel bozukluk gibi belirti ve bulguların eşlik ettiği sosyal ilişkiler, iş ve eğitim, kendine bakım ve bağımsız yaşam gibi alanlarda ciddi işlev kaybına yol açan bir hastalıktır.²²

Hastalık çok değişik belirti ve bulgular gösterebileceğinden hastaların tipik bir görünüm ve davranışları yoktur. Hastaların küçük yaştan itibaren sessiz oldukları, iç kapanık ve edilgen yapılarının olduğu bildirilmektedir. Hastalık dönemine kadar arkadaş çevrelerinin kısıtlı olduğu ya da arkadaşlarının hiç olmadığı, duygulanımda sıklık olduğu görülmüştür.⁴³

Şizofreni tanılı hastalarda konuşma ve ilişki kurmada gelişen bozukluklar hastalık türüne, ağırlığına ve dönemine göre değişir. Ses tonu tekdüze olabilir ve duygularını dışa vurmakta güçlük çekebilir. Hastanın dikkatinde azalma, konuşma bozuklukları olabilir, düşünce içeriğinde fakirleşme görülebilir. Konuşma içeriğinde sanrı ve varsanılara bağlı belirtiler nedeniyle acayiplikler görülebilir.²²

Şizofrenisi olan bireylerde duygulanımda donukluk sık bildirilen bir durumdur. Olaylara duygusal tepkisi azdır ya da hiç yoktur. Duygulanımlarının küntleşmesi görülebilir ayrıca bazı durumlarda duruma uygun olmayan kendi kendine gülme, ağlama, öfkelenme gibi tepkilerde gösterebilirler.¹³

Bazı bireylerde hastalık düşünce içeriğinde, algıda ve davranışlarda bozulmalar şeklinde alevli ve gürültülü başlayabilir. Akut başlangıçlı hastalarda ilk bakışta kişiler tamamen normal görünebilir fakat gülünmeyecek şeylere gülebilir, uygunsuz konuşabilir, konuşmaları dağılabilir, anlamsız kelimeler kullanabilir, algıda gelişen bozulmalara bağlı varsanılardan bahsedebilirler.⁵⁶

Şizofreni hastalarında duyu organlarının herhangi biri algıda bozulmayla birlikte varsanısal deneyimlerden etkilenebilir. En sık varsanı türü işitsel varsanıdır ve sıklıkla tehdit eden, açık saçık konuşan, suçlayan, aşağılayan sesler olabileceği gibi iki kişinin kendi arasında konuştuğu ve hareket eden ve hayatına yorum yapan sesler şeklinde de olabilir. Görme varsanıları da sıktır ancak diğer duyular ile ilgili varsanılar azdır ve bunların olması durumunda klinisyen organik nedenli bir bozukluk olabileceğini aklında bulundurmalıdır.¹³

Şizofrenide bir diğer bozulma alanı da düşünme sürecidir. Düşünce içeriğindeki bozulmalar hastanın dünyayı nasıl yorumladığını ve algıladığını gösterir. Düşünce içeriği bozulmalarına en iyi örnek sanrılardır.¹³ Sanrılar paranoid, persekütuar, erotomanik, referans, kontrol edilme, düşünce sokulması, düşünce çalınması, düşünce yayılması, nihilistik, bizar gibi niteliklerde olabilir.⁴³ Şizofreni hastalarında düşünce zincirleri arasında mantık bağları kopmuş ya da bozulmuş olduğundan, kendilerine özgü ve mantıksal tutarlılıktan uzak bir düşünce sistemi görülür ve bu hastalıklarının kurallarına göre çalışan düşünme sürecine birincil düşünme süreci denir.⁴³ Bu biçimsel bozukluk kendini hastanın konuşma ve yazı dilinde gösterir. Çağrışımlarında gevşeme, raydan çıkma, enkoherans, teğetsellik, çevresellik, sözcük salatası ve mutizm gibi

belirtileri içerir. Düşünce süreci bozuklukları da görülebilir ve bunlar olgunun konuşma ve fikirleri ile değerlendirilebilir.

Düşünce biçiminde bozulmalar meydana gelebilir. Düşünce hızı artıp, içeriği fakirleşebilir, basınçlı ve baskılı konuşma izlenebilir. Düşüncede zaman zaman bloklar (duraksama), enkoherans (dağılmalar), somutlaşma ya da regresifleşme (çocuksu düşünce) olabilir. Kelimeler arasındaki mantık zinciri kopabilir. Hastalarda klang çağrışımı görülebilir, kelimeleri anlamlarından çok seslerine göre ahenkli bir yapıda sıralayabilir. Kimi zaman ekolali meydana gelebilir, karşısındaki kişinin kelimelerini tekrar edebilir. Bir düşünceden alakası olmayan bir düşünceye sapabilir. Neolijizm olabilir yani olmayan yeni sözcükler üretilebilir. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde aynı sözcüğün ya da cümlenin sürekli yinelenmesi yani verbijerasyon görülebilir.¹⁶

Bilinç ve yönelim genellikle korunmuştur fakat ileri derece ilgisiz hastalar zaman zaman yönelim sorularına yanlış yanıtlar verebilir. Ağır taşkınlıkla giden hastalarda ise seyrek de olsa deliryum benzeri tablolar izlenebilir. Hastalarda yeti yıkımına bağlı zekada defisit olduğu izlenimi olsa da genel olarak normaldir. Akıl yürütme, sorun çözme, dikkat, öğrenme gibi bilişsel alanlarda ise bozulmalar izlenebilir.⁴³

Şizofrenide bilişsel yetiler etkilenmektedir ve hastalığın tanımlanmaya başlandığı dönemden bugüne kadar önemli araştırma konuları arasında yerini almıştır. Genel ve üst düzey bilişsel performansta yaygın bir bozulma yaptığı kabul edilmektedir. Bilişsel kayıplar şizofreni hastalarında işlevsellik kaybıyla yakından ilişkilidir.^{22,43}

Hastalar kendi dünyalarında yaşıyormuş gibi davrandığından dış dünyada olan bitenle ilgilenmez gibi görünür ve dış dünyayı algılamakta zorlanır. Genelde hastalığa iç görüşü yoktur ve hastalığını inkar etme eğilimindedir.²²

Şizofreni hastalarında hareketlerde bozulma görülebilir. Bu bozulmaya bağlı olarak ilgisizlik, toplumdan geri çekilme, istekli eylemde azalma görülür. Bazı hastalar söylenen komutları hemen yerine getirebilir (otomatik boyun eğme) bazıları ise aşırı kamçılanmış ve taşkın olabilir. Grismas olarak bilinen garip yüz hareketleri, manyerizm olarak isimlendirilen göz devinimleri, sterotipi olarak tanımlanan tik benzeri hareketler yapabilirler. Bazı hastalarda bal mumu esnekliği görülebilir.¹⁶ Hastanın donakalıp bir anda taşkın davranışlar sergileyebildiği katatonik eksitasyon durumu ya da ağır karşıtlık, negativizm hali görülebilir.¹³

Şizofreni belirtileri 3 ana grupta toplanabilir: pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve bilişsel belirtiler. Pozitif semptomlar sanrı, varsanı, dezorganize davranış ve konuşmalar ile ilişkilendirilirler. Duygusal belirtilerde azalma, düşünce ve konuşmada fakirleşme (alogia), istemli eylemlerde ve istekte azalma (avolisyon), zevk alamama (anhedoni) belirtileri ise negatif belirtiler ile ilişkilendirilirler.¹³

Negatif belirtiler hastalığın başlangıcında olabileceği gibi ilaç tedavisi sonrası da gelişebilir. Tedavinin başında olan duygusal belirtilerde azalma, düşünce ve konuşmada fakirleşme (alogia), istemli eylemlerde ve istekte azalma (avolisyon), zevk alamama (anhedoni) belirtilerinin tamamına birincil eksiklik sendromu denir.⁵⁷

2.1.1.7. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni akut ya da sinsi başlayabilen, alevlenmeler ve remisyon dönemleri ile seyredebilen kronik bir hastalıktır. Sosyal çekilme, anksiyete, depresyon, dikkat dağınıklığı, uyku sorunları, özbakımda azalma, kişilik özelliklerinde değişiklik gibi prodromal bir dönemle başlayabilir, bu dönem kişiler arasında farklılık gösterebilir, birkaç hafta ya da ay sürebilir. Bazı hastalarda bu süreç kronikleşerek sosyal ve mesleki bozulmalara neden olabilir. Hastalık başlangıcından sonraki 5-10 yıl içerisinde pozitif belirtilerle giden ataklar ve remisyonlar görülebilirken, ilerleyen dönemlerde sanrı ve varsanı gibi pozitif belirtiler şiddetini yitirerek, negatif belirtiler şiddetlenebilir.¹³ Shepherd ve arkadaşları tarafından yapılan 5 yıllık bir izlem çalışmasında hastaların % 13'ünde tek bir atak yaşandığı ve 5 yıl içerisinde tekrarlamadığı, % 30'unda yakınmalarda azalma ve kısmi iyilik hali olduğu, % 10'unda remisyon görülmediği, % 47'sinde ise her atağın bir öncekinden daha şiddetli yaşandığı bildirilmiştir.⁵⁸ Gidişi olumlu ve olumsuz yönde etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Prognoz göstergeleri Tablo 5'te gösterilmiştir.¹⁶

Tablo 5. Şizofrenide Olumlu ve Olumsuz Prognoz Göstergeleri¹⁶

Olumlu Gidiş Özellikleri	Olumsuz Gidiş Özellikleri
• Hastalık öncesi kişilik özelliklerinin sağlıklı olması (çevreye uyum sağlayabilme, kişiler arası ilişki kurabilme, sağlıklı duygusal ve cinsel yaşamın olması) • Hastalık öncesi işlevselliğin yerinde olması • Normal zekâ düzeyi • Orta/yüksek ekonomik düzey • Kadın cinsiyet • Evli olmak • Hastada prenatal komplikasyon olmaması • Ailede şizofreni öyküsü olmaması • Geç ve ani başlangıç • Başlangıcın stres kaynaklı olması • Başlangıçta sanrı ve varsanıların olması • Konfüzyon ve atipik belirtilerin varlığı • Duygudurum belirtilerinin varlığı • Negatif ve bilişsel belirtilerin olmaması • İçgörünün yüksek olması • Aile ve sosyal destek varlığı • Tedaviye olumlu yaklaşım	• Hastalık öncesi kişiliğin sağlıksız olması: (çevreye uyum sağlayamama, sağlıklı kişiler arası ilişki kuramama, sağlıksız ve dengesiz duygusal ve cinsel yaşam ve şizotipal, şizoid kişilik özellikleri) • Hastalık öncesi işlevselliğin kötü olması • Düşük zekâ düzeyi • Düşük ekonomik düzey • Erkek cinsiyet • Bekar olmak • Ailede şizofreni öyküsü olması • Erken ve sinsi başlangıç • Hastalık başlangıcının stres kaynaklı olmaması • Negatif belirtiler ile başlaması • Hastalık öncesi alkol-madde kullanımı olması • İçgörünün olmaması • Aile ve sosyal destek olmaması • Tedaviye olumsuz yaklaşım • Tedaviye geç başlanması • Sık ve tekrarlayan yatışların olması • Komorbid psikiyatrik tanılarının olması • Yapısal beyin anomalisi olması • Nörokognisyonun normal olmaması

2.1.2. Kısa Psikotik Bozukluk

Kısa Psikotik Bozukluk(KPB); ilk kez 1913 yılında, Jaspers tarafından bildirilen “Reaktif Psikoz” benzeri bir tablo olarak görülse de yıllar içinde farklı tanı kriterleri olan bir hastalık olarak görülmüştür.^{22,52} Kısa Psikotik Bozukluk (KPB) için tanı ölçütleri semptomların başlaması üzerinden geçen süreyi esas alarak yapılmış bir kriterler bütünüdür. Akut ve gürültülü başlangıç, kısa süreli yakınmalar, göreceli olarak daha iyi bir gidiş ve sonlanım göstermesi KPB’ye özgü temel özelliklerdir.²² Sanrı, varsanı ve dezorganize konuşma, dezorganize davranış ve/veya katatoni ile giden, en az bir gün en çok 30 gün süren ve bu süre sonunda hastaların eski işlevsellik düzeylerine geri dönmesi ile karakterize bir tablodur.⁵² Belirtiler psikoz ile ilişkili veya benzer başka bir hastalıkla ya da başka bir madde ya da organik kaynaklı bir nedenle

ilişkilendirilemez. Bu vakaların %40'ında hastalığın ilerlediği ve Şizofreni tanısı aldığı bildirilmektedir.¹³ DSM-5 'e göre tanı kriterleri Tablo-6'de gösterilmiştir.

A. Aşağıdaki belirtilerden birinin (ya da daha çoğunun) varlığı. Bunlardan en az birinin (1), (2)ya da (3) olması gerekir. 1. Sanrılar. 2. Varsanılar. 3. Dezorganize konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılma konuşma) 4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.
B. Bu bozukluğun bir dönemi, en az bir gün, ancak bir aydan daha kısa sürer ve en sonunda hastalık öncesi işlevsellik düzeyine tam geri dönlür.
C. Bu bozukluk, psikoz özellikleri gösteren majör depresyon bozukluğu ya da bipolar (bipolar) bozuklukla ya da şizofreni ya da katatoni gibi psikozla giden diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz ve bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
Not: Belirti, kültürel olarak kabul edilebilecek bir tepki ise bu kapsamda değerlendirmeyin.

Tablo 6. DSM-5 Kısa Psikotik Bozukluk tanı kriterleri

KPB ile ilgili epidemiyolojik veriler sınırlıdır ve var olan veriler olgu sunumları şeklindedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde KPB'nin ilk atak psikotik bozuklukların %9'unu oluşturduğu bildirilmiştir. KPB kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha sık görülür.⁵²

KPB etiyolojisi genel olarak göç, sevilen birinin kaybı, doğal afet gibi travmatik yaşam olayları kolaylaştırıcı etkenler olarak kabul edilir. Yapılan bir çok çalışmada stresli yaşam olaylarının farklı oranlarda da olsa KPB gelişiminde kolaylaştırıcı etken olduğu gösterilmiştir.^{59,60} KPB'li bireylerin birinci derece akrabalarında, KPB sıklığının fazla olduğu; şizofreni ve duygu durum bozukluğu (DDB) sıklığının düşük olduğu gösterilmiştir.¹³

Klinik gidiş ve sonlanım, yüksek relaps oranlarına rağmen çoğu kişi için sosyal fonksiyonellik ve semptomların gerilemesi açılarından değerlendirildiğinde oldukça iyidir.¹³ Şizofreni hastaları ve KPB hastaları tedavi sonrası dönemlerde karşılaştırıldığında KPB'li bireylerin sosyal işlevselliklerinin, bağımsız yaşama kabiliyetlerinin, psikolojik bozulmalarının ve global fonksiyonelliklerinin daha iyi olduğu gösterilmiş ve bunun yanında KPB'li bireylerle kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada hastalık dönemi sonrasında global işlevselliklerinin benzer olduğu bildirilmiştir.²²

2.1.3. Şizofreniform Bozukluk

Şizofreniform Bozukluk (ŞB), ani başlangıçlı, iyi seyirli, duygu durum semptomları (DDS) ve bilinçte bulanıklık ile giden bir durumu tanımlamak için 1939 yılında Langfeld tarafından tanımlanmıştır.¹³

ŞB ile ilgili epidemiyolojik veriler kısıtlı olmakla birlikte erkeklerde görülme sıklığı kadınlara oranla 5 kat daha fazladır. ŞB’de yaşam boyun prevalans oranı % 0,11 olarak bildirilmiştir.¹³

ŞB ile ilgili etiyolojik net olmasa da bu hastalık kişiden kişiye heterojenite göstermekte ve bir grupta DDS görülürken; diğer grupta şizofreni belirtileri ile yakın ilişki göstermektedir. ŞB’li bireylerde belirtilerinin ve birinci derece yakınlarında da DDB’nin fazla görülmesi olası bir DDB ilişkisini işaret etmektedir.¹³

Şizofreniform Bozukluk; prodrom dönemi olmayan, akut başlangıçlı, sanrı, varsanı, dezorganize konuşma, dezorganize davranış veya negatif belirti semptomlarından en az ikisinin bulunması gereken, belirtileri Şizofreni ile aynı olan bir tablodur. Ayrım belirtilerin süresi ile yapılır ve belirtiler en az 30 gün en çok 6 aydır ve bu süre sonunda önceki işlevsellik düzeyine dönülmelidir. Şizofrenide de iyi prognoz işareti olan DDS görülme sıklığı fazladır. Negatif belirtiler görülebilse de nadir olarak görülür ve prognozun kötü olabileceğini düşündürür.¹⁶ DSM-5’e göre tanı kriterleri Tablo-7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. DSM-5 Şizofreniform Bozukluk tanı kriterleri

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 en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir. 1. Sanrılar. 2. Varsanılar. 3. Dezorganize konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılma konuşma) 4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı. 5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama) B. B. Bu bozukluğun bir dönemi, en az bir ay, ancak altı aydan daha kısa sürer. İyileşmeyi beklemeden tanı konması gerekirse, “geçici tanı” olarak nitelendirilmelidir. C. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da bipolar (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygu durum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur. D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

ŞB'nin seyri aslında tanı ölçütleriyle bir miktar tanımlansa da asıl sorun zamanla bu hastalara ne olduğudur. ŞB'li bireylerin % 60-80'i ilerleyen dönemde Şizofreni tanısı alsa da geride kalan hastaların seyri ile ilgili veriler kısıtlıdır.¹³ Bir grup hasta ataklar şeklinde hastalığı yaşamaya devam etse de kimi hastalar kronik bir duruma doğru ilerleyiş gösterebilirler¹³

2.1.4. Şizoaffektif Bozukluk

Şizoaffektif Bozukluk (ŞAB) hem şizofreni hem de affektif bozukluk semptomlarını taşımaktadır.⁵² Epidemiyolojisi ile ilgili verilerde kadınlarda görülme sıklığının erkeklere oranla fazla olması dikkat çekmektedir ve yaşam boyun prevalans oranı % 1 den az olduğu bilinmekte olup % 0,5-0,8 oranında olduğu tahmin edilmektedir.^{13,52}

ŞAB etiyojisi ile ilgili veriler kısıtlıdır. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte yapılan çalışmalarda ŞAB'li bireylerin ailelerinde şizofrenili bireylerin ailelerine oranla daha fazla DDB görüldüğü, DDB tanılı kişilerin aileleriyle karşılaştırıldığında daha fazla Şizofreni görüldüğü bildirilmiştir.²²

Şizoaffektif Bozukluk tanısında kullanılan kriterler yıllar içinde değişmiştir. Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-10 (ICD-10)'da hastalık eşit oranda affektif ve psikotik belirtilerle karakterize edilmiştir.⁶¹ DSM-IV'de ise psikotik belirtilerin olduğu hastalığın seyri esnasında affektif belirtilerin olmadığı en az 2 haftalık bir dönem olması gerektiğini bildirmektedir. DSM-V ise en az iki haftalık dönem sanrı ve varsanıların bulunması kriterini hastalık kriterinden çıkarmış, bunun yerine bu belirtilerin hayat boyu bir dönemde görülmesi kriteri şeklinde düzenlemiştir.⁵² Bunun yanında önceki tanı kriterlerinde olan A tanı ölçütlerinin de üstünlüğünü sona erdirmiştir.⁵² DSM-5 Şizoaffektif Bozukluk tanı kriterleri Tablo-8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. DSM-5 Şizoaffektif Bozukluk tanı kriterleri

Not: Majör depresyon dönemi A1 tanı ölçütünü kapsamalıdır: Çökkün duygu durum.
A. Majör bir duygu durum dönemiyle (majör depresyon ya da mani dönemi) eşzamanlı olarak şizofreninin A tanı ölçütünün karşılandığı, kesintisiz bir hastalık sürecinin olması.
B. B. Hastalığın yaşam boyu süresince, majör bir duygu durum döneminin (depresyon ya da mani dönemi) olmadığı iki ya da daha çok hafta, sanrılar ya da varsanılar bulunur.
C. Majör bir duygu durum döneminin tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri, hastalığın açık ve artakalan kesiminde, toplam sürenin büyük bir çoğunluğunda bulunur.
D. D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

ŞAB’de klinik gidiş ve sonlanım; tanısal değişimler ve belirsizlik göz önüne alındığında bu hastalık için uzun vadeli bir tespit yapabilmek oldukça güçtür. Tanı ölçütleri göz önüne alındığında DDB ile Şizofreni arasında gidiş ve sonlanım beklense de yapılan çalışmalarda psikotik özellikleri fazla olan hastaların DDB’si fazla olan bireylere göre daha kötü klinik gidiş ve sonlanım gösterdiği bildirilmiştir.¹³

2.1.5. Sanrılı Bozukluk

Sanrılar; kültürel olarak uygun olmayan, değişmesi güç ve gerçeklikten uzak olan inançlardır. Bu inançların çeşitli olması, farklı kişi guruplarında görülebilmesi ve tedavilerinin güç olması nedeniyle psikiyatrik belirtilerin içinde en ilginç olanlarındandır.¹³

Görülme sıklığı nadirdir ve son verilere göre yaşam boyun prevalans oranının % 0,2-0,3 arasında olduğu bildirilmiştir.¹³ Sanrılı Bozukluk (SB) tanıli kişilerle ilgili çalışmalar incelendiğinde kadınlarda erkeklere oranla hafif daha sık görülmüş, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olma ve hayatlarının bir döneminde göç etmiş olmanın hastalıkla ilişki olabileceğine dair veriler ortaya konulmuştur.^{13,16} Etiyolojik veriler kısıtlıdır, şizofreni ve DDB’den farklı bir hastalık olduğuna dair kanıtlar mevcuttur.

SB başka bir psikiyatrik bozukluk ile ilişkilendirilemeyen ve en az 1 aydır olan bizar olmayan sanrılarının varlığıyla tanı alır. Bizar olmayan sanrı kişinin gündelik yaşamında dile getirdiği düşüncelerin olma olasılığının oldukça yüksek olmasıdır. Tanısı için Şizofreni A tanı kriterlerini sağlamaması şartı aranır ve sanrı dışındaki sosyal yaşantısında belirgin işlevsellik kaybı olmaması önemlidir.⁵² DSM-5 Sanrılı Bozukluk tanı kriterleri Tablo-9’da belirtilmiştir.

SB’de klinik gidiş ve sonlanım; genel işlevselliği şizofreniye oranla daha iyidir.¹⁶ Sanrılar değişmeden kalırsa bu kişilerin bir kısmında şizofreni gelişebilir.⁵² İşlevsellikleri diğer psikozla giden bozukluklara oranla daha iyidir. Bu kişilerde eş tanı olarak DDB en sık görülür ve bu eş tanı hastanın tanı almasını kolaylaştırır.¹³ Bunun yanında anksiyete bozukluğu görülme sıklığında da artış olduğu bildirilmiştir.³⁴

Tablo 9. DSM-5 Sanrılı Bozukluk Tanı Kriterleri

A. Bir ay ya da daha uzun süren, bir (ya da daha çok) sanrının varlığı.
B. B. Şizofreninin A tanı ölçütü hiçbir zaman karşılanmamıştır.
Not: Varsanılar, varsa bile, belirgin değildir ve sanrısız konu ile ilişkilidir (örn. böceklerce sarıldığı duyumuna kendisini böceklerin sardığı sanrısının eşlik etmesi)
C. Sanrının (sanrılarının) etkileri ya da sonuçları dışarıda tutulacak olursa, İşlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır ve davranışlar, açıkça, yadırganacak denli olağana aykırı değildir.
D. Mani ya da majör depresyon dönemleri ortaya çıkmışsa, bunların süresi, sanrısız dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.
E. Bu bozukluk, bir maddenin ya da sağlıkla ilgili başka bir durumun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz ve beden algısı (dismorfik) bozukluğu ya da takıntı-zorlantı bozukluğu (obsesif-kompulsif bozukluk) gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

2.1.6. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Şizotipal Kişilik Bozukluğu (ŞKB) bilişsel bozulma ve sıra dışı davranışların tanında insanlarla yakın ilişkiye girememe ile ilişkileri sürdürmemeye ile karakterize A grubu kişilik bozukluklarından biridir. ŞKB’li bireylerin düşünce, davranış ve dış görünüşlerindeki farklı garip halleri dikkat çekicidir.¹⁶ Sıklıkla alıngan, kuşkucu, büyüsel inançları olan, 6.his, telepati gibi uğraşları ile dikkat çeken, duygulanımları tekdüze ve yüzeysel olan bireylerdir.¹⁶ Toplum tarafından genelde tuhaf kişiler olan tanınırlar. ŞKB’de varsanıya yakın algı bozuklukları görülebilir, bu bozukluklar yanlış inanışlarına inançlarını güçlendirilebilir.²² Sanrı boyutunda olmasa da inançlarını değiştirmek oldukça güçtür.

ŞKB ile ilgili epidemiyolojik veriler yaşam boyu prevalans oranını % 3 olarak bildirmektedir. Erkek cinsiyette hafif daha sık görüldüğü bildirilmiştir.⁵² Frajil X sendromu olan kadınlarda normal kadın popülasyonuna oranla daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur.¹³

ŞKB etiyojisi ile ilgili yapılan ikiz çalışmaları genetik geçişi destekler şekilde veriler sunmuştur.¹³ Etiyojisinde genetik geçiş oranı % 41-49 arasında olduğu bildirilmiştir.²² Katekol-O-metiltransferaz (COMT) geninde nükleotid polimorfizmi ve Dopamin-4 (D₄) geninde bozukluklar olduğu tespit edilmiştir.²² Beyin görüntüleme çalışmalarında çeşitli beyin bölgelerinde anatomik farklılıklar bildirilse de ŞKB'ye özgü bir beyin lezyonu saptanamamıştır.²²

ŞKB'de tanısal değerlendirme için detaylı aile görüşmesi ve geniş psikiyatrik öykü şarttır. ŞKB'li bireyler daha önce de belirtildiği gibi toplumca garip kişiler bilinmesinin yanında konuşmaları çevresel, teğetsel, bahsedilen durumla uyumlu olmayan, normalden fazla şekilde imgesel olup bunun yanında çağrışımlarda belirgin düzensizlik yoktur.¹⁶ Mevcut yakınmalarına sanrılar eklenmesi sonrası tanısı Şizofreni olur ve ŞKB'nin belirtileri şizofreninin 6 aylık prodrom dönemini karşılaması yeterli olur.⁵² DSM-5'e göre tanı kriterleri Tablo-10'da gösterilmiştir.

ŞKB'de gidiş ve sonlanım; günümüzde ŞKB şizofreni hastalarının premorbid kişiliği olarak düşünölmektedir.¹³ ŞKB'li hastaların yaklaşık % 17'sinin ilerleyen hayat dönemlerinde şizofreni belirtileri gösterdiği bildirilmiştir.¹⁶ Ancak bazı hastaların durumunda ilerleme olmaz ve tüm hayatlarında değişmeyen şizotipal kişilikle hayatlarını sürdürürler.¹³ ŞKB'nin gidiş Şizofreniye oranla daha iyidir ve işlevsellikle ilgili kayıplar şizofreniye göre daha azdır.¹⁶ Uzun süreli bir çalışmada ŞKB'li bireylerin %10'nun özkıyım sonucunda hayatını kaybettiği bildirilmiştir.

Tablo 10. DSM-5 Şizotipal Kişilik Bozukluğu tanı kriterleri

A. Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, yakın ilişkilerde birden bir rahatsızlık duyma ve yakın ilişkiye girme yeterliğinin düşük olması ile kendini gösteren toplumsal ve kişilerarası eksikliklerin yanı sıra bilişsel ve algısal çarpıtmalar ve sıra dışı davranışlar ile giden yaygın bir örüntü: 1. Alınma düşünceleri (alınma sanılarını kapsamaz) 2. Alt kültürel değerlerle uyumlu olmayan ve davranışları etkileyen, alışlagelmişin çok dışında inançlar ya da büyüsel düşünme (örn. boş inançlar, geleceği görebilme gücü olduğuna inanma, uzaduyum [tele- pati] ya da “altıncı his”; çocuklarda ve gençlerde, olabilirliği olmayan düşlemler ya da düşünsel uğraşlar) 3. Olağandışı algısal yaşantılar, bunun içinde bedensel yanılsamalar da vardır. 4. Yadırganacak denli olağana aykırı düşünce ya da konuşma (örn. belirsiz, çevresel, eğretilmeli [metaforik], çok ayrıntılı ya da basmakalıp) 5. Kuşkuculuk ya da kuşkucu düşünceler. 6. Uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım. 7. Yadırganacak denli olağana aykırı, alışlagelmişin dışında ya da sıra dışı davranış ya da görünüm. 8. Birinci derece akrabalarının dışında yakın arkadaşlarının ya da sırdaşlarının olmaması. 9. Yakınlaşmayla azalmayan aşırı bir toplumsal kaygıya, kendisiyle ilgili olumsuz değerlendirmelerden çok kuşkucu korkular eşlik eder. B. Yalnızca şizofreni, bipolar bir bozukluk, psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu, psikozla giden başka bir bozukluk ya da otizm açılımı kapsamında bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmaz. Not: Şizofreninin başlangıcı öncesinde tanı ölçütleri karşılanıyorsa, “hastalık öncesi” deyişini ekleyin, “Şizotipal kişilik bozukluğu (hastalık öncesi)”.
--

2.2. Psikotik Bozukluklarda Yaşam Kalitesi ve Yeti Yitimi

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre sağlık bir hastalığın ya da maluliyetin var olmasından ziyade, beden, zihnen ve toplumsal açıdan iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Kişinin temel ihtiyaçlarının ve beklentilerinin karşılanması, toplumun sunduğu imkanlardan faydalanması ve bunu gerçekleştirirken huzur içerisinde olması ve iyilik hali ise yaşam kalitesi ya da niteliği olarak tanımlanmaktadır. Kısaca kişinin bireysel ve sosyal dünyasında, kültür ve değer sistemi içerisinde, beden ve ruhen kendini iyi hissetmesi, yaşamdan doyum alabilmesi gibi ifadeler yaşam kalitesinin öznel boyutunu ele alır.⁶² Üretken olma, bağımsız yaşayabilme, kişiler arası ilişkiler gibi kavramlara yaşam kalitesi kavramının nesnel boyutunu ele alır.⁶³

Yaşam kalitesi objektif ve subjektif boyutu olan bir kavramdır. Kişinin hayatına dair düşünceleri, beklentileri ve mevcut halini algılayabilmesi, kendini iyi hissetmesi, yaşamdan doyum alması, mutluluğu subjektif boyutunu oluştururken, kişiler arası ilişkileri, üretken olabilmesi, bağımsız bir şekilde hayatını idame ettirebilmesi objektif boyutu meydana getirmektedir. Hastanın kendini değerlendirmesi yani subjektif algısı ile uzman değerlendirmesi yani objektif göstergeler arasında uyumsuzluklar görülebilir.

Klinisyen, yaşam kalitesini yeti yıkımının yokluğu ve profesyonel yardım ihtiyacı olarak da değerlendirebilir.⁶⁴ Tüm bu parametrelerin tamamını içeren ve şizofreni hastalarını değerlendirebilen spesifik bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Ayrıca hasta beyanlarının güvenilirliğinin şüpheli olduğu da düşünülmektedir.⁶² Bu bilgilerin aksini düşündüren, yaşam kalitesinin hasta beyanlarına göre belirlenmesinin daha doğru olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur.⁶⁵

1970’li yıllarda şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirmek adına ölçekler geliştirilmeye başlanmıştır. Dupuy’un 1978’de ortaya koyduğu “Psikolojik Genel İyi Hali İndeksi” ve Schooler ve arkadaşlarının 1979’da ortaya koyduğu “Toplumsal Uyum Ölçeği” bu alandaki ilk ölçeklerdir. Malm ve arkadaşları 1981’de “Yaşam Niteliği Ölçeği”ni, Heinrich ve arkadaşları 1984’de “Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği”ni yayınlamışlardır.⁶⁶ DSÖ, 1988’de “Yeti Yitimi Ölçeği” ve 1994’te “Yaşam Kalitesi Ölçeği”ni yayınlarak sürece katkıda bulunmuştur. Yaşam kalitesi ölçeği hızla yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.⁶⁷

Genel olarak şizofreni hastalarının yaşam kalitelerinin sağlıklı bireylere göre daha düşük olduğu bilinmektedir.⁶⁸ Ayrıca semptomların şiddeti, sosyodemografik özellikler, eşik eden psikiyatrik eş tanılar ve damgalanma deneyimleri kaliteyi giderek düşürmektedir.⁶²

Sosyodemografik veriler açısından yapılmış çalışmalarda cinsiyet açısından tutarsız veriler bulunmaktadır. Kimi çalışmalar cinsiyetin yaşam kalitesi açısından yordayıcı olmadığı yönünde iken, kimi çalışmalar erkek cinsiyetin, kimi çalışmalar ise kadın cinsiyetin yüksek yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir.^{69,70,71} Benzer şekilde yaşın yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu gösteren veriler yanında, bağlantı olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur.^{72,73} Eğitim düzeyinin araştırıldığı çalışmalarda ise düşük eğitim seviyesinin yaşam kalitesinde düşme ile ilişkili olduğu fakat yüksek eğitim düzeyine sahip şizofreni hastalarının ise daha düşük yaşam kalitesi bildirdikleri görülmüştür.^{74,75}

Klinik gidişe depresyonun eşlik etmesi ve negatif belirtilerin bulunması düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir.⁶² Ayrıca negatif belirtilerin şiddetinin yaşam kalitesini etkilediği bildirilmekle beraber, başlangıç yaşı ve hastalık süresiyle ilgili belirsizlikler mevcuttur.⁴³ Kimi çalışmalarda negatif belirtilerle ilişki henüz kurulamamışken, kimi çalışmalarda düşük yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu

bildirilmiştir.⁷⁶ Pozitif belirtiler ile yaşam kalitesi arasında ise ilişki gösterilmemiştir.^{77,72,76} Hastane yatışları ve ilaç yan etkilerinin de yaşam kalitesinde bozulmalara yol açabileceği düşünülmektedir.⁷²

Şizofrenide tedavi amaçlarından biri de hastaların işlevsellik düzeylerinin artırılması ve bağımsız yaşayabilmelerinin sağlanmasıdır.

Psikotik Bozuklukta yaşam kalitesini araştıran farklı bir çalışmada mesleki ve ekonomik alan, sosyal ilişkiler ve faaliyetler gibi psikososyal etkenlerin yaşam kalitesini etkilediği, özellikle sosyal destek varlığının yüksek yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.^{65,78,79}

Bedensel ve ruhsal hastalıklara bağlı olarak kişinin iş görememe hali yeti yitimi olarak tanımlanır ve hastalık tanısından bağımsız, hastalığın kişi üzerindeki sonuçlarını tanımlamaktadır.⁸⁰ Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, yeti yitimi nedenleri arasında dünya genelinde ilk 10 hastalık arasında bulunmaktadır ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.¹⁷ Türkiye’de yapılan bir çalışmada Tokat Devlet Hastanesi Engelli Sağlık Kurulu’na başvuran ve bir psikiyatrik tanı alan kişilerin % 18 oranla Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanısına sahip olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç zekâ geriliği tanı grubu dışarıda bırakıldığında; Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların psikiyatrik hastalıklar arasında en sık engellilik nedeni olduğu gösterilmiştir. Şizofreni hastalarında sıklıkla etkilenen günlük işlevsellik alanları; bağımsız yaşayabilme, üretkenlik ve sosyal iletişimdir. Psikotik belirtilerin düzelmesine rağmen işlevselliğin normale dönmemesi diğer faktörlerin de araştırılmasını sağlamış ve mali zorluklar, barınma ve beslenme problemleri gibi çevresel faktörler, obezite, diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar gibi eşlik eden hastalıklar, hastalığın farkındalığı gibi psikolojik faktörlerin işlevselliği ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir.

2.3. Psikotik Bozukluklara Eşlik Eden Ruhsal Hastalıklar

Şizofreni kişinin sosyal yaşamını ve ilişkilerini etkileyen, işlevselliğini azaltan, yeti yitimiyle giden kronik bir hastalıktır. Şizofreninin kronik olması ve yeti yitimiyle seyretmesi hastalığın seyrini kötüleştirmekte, üzerine komorbid tanılarının eklenmesi hastalığın klinik gidiş ve sonlanımını olumsuz etkilemektedir. Komorbid durum hastalık ile eş zamanlı ve hastalığın seyri esnasında ortaya çıkabilir.

Şizofreni hastalarında en sık eş tanının madde kullanım bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Madde kullanım bozukluğu şizofreni tanılı hastaların neredeyse yarısında görülebilir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan şizofrenili bireyler daha yüksek oranda pozitif semptomlar, yüksek relaps oranı, daha kötü bedensel ve mental sağlık ile ilişkilendirilmiştir.⁸¹

Şizofrenili hastalarda depresif bozukluk komorbiditesi sık çalışılan bir konu olmuş ve görülme sıklığı % 23-57 arasında bulunmuştur. Depresif bozukluk komorbiditesine sahip şizofreni hastalarında daha kötü klinik gidiş ile birlikte daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir.⁸¹ İlginç bir şekilde, komorbid depresyonu olan şizofrenili yetişkinlerin, komorbid depresyonu olmayanlara göre, akıl hastalıkları konusunda daha fazla içgörü sahibi oldukları bulunmuştur. Bu komorbiditenin daha yüksek derecede içgörü, ancak daha düşük bir yaşam kalitesi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.⁸² Depresyonun şizofreniye eşlik edebileceği bir çok çalışmada gösterilmiştir.⁸³ Bunun yanında depresif belirtiler negatif belirtiler ve antipsikotik tedavinin yan etkilerine bağlı gelişebilir. Yapılmış çalışmalarda depresyonun % 50'ye varan oranlarda eşlik edebileceği bildirilmiştir.⁸⁴ Hastalarda depresyon varlığı, mevcut özkıyım riskini arttırmaktadır. Şizofrenide depresyon ve özkıyım ilişkisini araştıran Evren ve arkadaşları, özkıyım düşüncesi bulunan hastalarda depresyonun daha sık görüldüğünü bildirmiştir.²⁰¹¹

Şizofrenisi olan bireylerde anksiyete bozukluğu komorbiditesi, anksiyete bozukluğunun türüne göre değişkenlik gösterir. 2011'de 50 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında, Şizofreni tanılı hastalarda anksiyete bozukluklarının prevalansının yaklaşık % 38,3 (26,3-50,4) olduğu bildirilmiştir.⁸⁵ Komorbid anksiyete bozukluğu tanısı olan şizofrenili bireylerin hem global işlevselliklerinde daha fazla yetersizlik geliştiği hem de iş ve sosyal yaşam alanlarında daha fazla kısıtlandıkları tespit edilmiştir.⁸⁶

Genel popülasyonda prevalansının % 1,9 ila % 2,5 olduğu bildirilen obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB), şizofrenili hastalarda çok daha sık olabileceği öngörülmüştür. Tsai ile Fontenelle ve ark.'nın yaptıkları çalışmada bu oran % 7-23 olarak bildirilmiştir.^{87,88} Cederlöf ve ark. OKB tanısı alan hastaların genel popülasyondan daha yüksek bir şizofreni oranı sergilediğini göstermiştir.⁸⁹ Ayrıca, OKB'li hastaların birinci derece akrabalarının da artmış Şizofreni riski taşıdığı

bildirilmiştir. Danimarka’da yapılan ve 3 milyon kişinin dahil edildiği bir çalışmada; şizofreni spektrum bozukluğu kriterlerine uyan yaklaşık 30 bin vakanın 700 tanesinin şizofreni tanısı almadan önce OKB tanısı aldığı bildirilmiştir.⁹⁰ Bunun yanında ebeveynlerinde OKB tanısı olan kişilerde şizofreni gelişme riskinin oldukça yüksek olduğu gösterilmiştir.⁹⁰ Benzer sonuç gösteren çalışmalarda, yüksek psikoz gelişme riski taşıdığı düşünülen bireylerin % 5,1’inin OKB tanısı aldığı bildirilmiştir.^{88,91,92}

Obsesyon ve kompulsiyonlarla giden bir hastalık olan obsesif kompulsif bozukluk (OKB)’da takıntı ve sanrılarının farklı özellikleri olsa da bazı durumlarda net bir şekilde ayırt edilmeleri güç olabilir. OKB’yi psikotik bozukluklardan ayıran temel özellikler OKB’nin egodistonik olması ve kişide içgörünün olmasıdır. Hastanın obsesyon veya kompulsiyonlarının akla uygun olmadığını, kendisine yabancı olduğunu veya aşırı olduğunu fark etme yeteneği vardır. Bu yeteneklerin tamamına "ego-distonisite" denilmiştir. Ego-distonisite sanrıları obsesyonlardan ayırmak için kullanılan en önemli araçlardan biri haline gelmiştir.¹ Ego-distonisite ve içgörü varlığı göz önünde bulundurularak yapılan daha sonraki çalışmalarda, şizofreniden OKB’ye kadar değişen bir yelpazenin olduğunu ve bu yelpazenin içgörü varlığı ve içgörünün düzeyiyle belirlendiği göstermektedir.^{93,94} Sanrılar ile obsesyonların veya kompulsiyonların çeşitli yönlerini araştıran çalışmalar yapılmıştır. Bu özellikler inançlar, hastalığın semptomatik yapısı, dirençli olup olmayışı, kişi üzerindeki duygusal etkisi, kişinin inanç sistemine göre tutarlı ve tutarsız yanlarına farkındalık şeklinde gruplandırılmıştır. OKB’de zayıf iç görü semptomlarının kontrolü ile ilişkili azalmış direnç ile ilişkili bulunmuştur ve hastalık şiddetinin bir epifenomeni olarak değerlendirilmiştir.⁹⁵ OKB’si olan ilk kez psikotik atak geçiren hastalar üzerinde yapılan bir çalışma da OKB varlığının yatıştan önceki ayda daha fazla intihar davranışı ve planlı intihar girişimi ile ilişkili olduğunu doğrulamıştır.⁹⁶ de Haan ve ark. beş yıllık bir izlem çalışmasında Şizofreni tanısı alan kişilerde OKB’li hastaların seyri incelenmiştir. Bu çalışmada OKB hastalarının başvuru ve izlem sırasında daha şiddetli depresif belirtiler gösterdiği bildirilmiştir.⁹⁷

Şizofreni hastalarında farklı kişilik özellikleri görülebilir. Bu konuda yapılmış çalışmaların bazıları premorbid özellikler üzerinde dururken bazı çalışmalar hastalığa eşlik eden kişilik özellikleri eş tanı üzerinde odaklanmıştır.⁹⁸ Hogg ve arkadaşları

şizofreni hastalarında % 57,5-70,3 oranında, Solano ve Chavez ise % 85 oranında kişilik bozukluğu olduğunu bildirmiştir.^{99,100}

Şizofrenide tüm kişilik bozukluğu türlerinin sıklığında artış olduğu düşünülmüş, hastalarda A grubu kişilik bozuklukları hem premorbid dönemde hem de hastalık sürecinde gösterilmiştir¹⁰¹. A grubunun dahil edilmediği bir çalışmada ise hastaların yaklaşık 1/3'ünde B ve C kümesi kişilik bozukluklarının eşlik ettiği bildirilmiştir.¹⁰² Karslıoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu 75 hastalık bir çalışmada ise; hastaların hepsinde en az bir kişilik bozukluğunun bulunduğu, en sık izlenenlerin sırasıyla kaçınan, paranoid ve obsesif kişilik bozukluğu olduğu görülmüş, birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda ise kaçınan, borderline, paranoid ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarının daha sık birliktelik gösterdiği düşünülmüştür.⁹⁸

Kısa Psikotik ve Şizofreniform Bozukluğu olan bireylerde DDB sıklığının fazla olduğu çalışmalarda bildirilmiştir.¹³ Bunun yanı sıra yapılan bir çalışmada Şizofreni kişilerin birinci derece akrabaları ile ŞB'li bireylerin birinci derece akrabaları karşılaştırılmış ve ikinci grupta daha fazla DDB tespit edildiği bildirilmiştir.¹³

Sanrılı bozukluğu olan hastalarla ilgili yapılan kısıtlı sayıda olan araştırmalarda, % 35 ila 72 arasında psikiyatrik eş tanı oranları bildirilmiştir.¹⁰³⁻¹⁰⁶ Depresyon en sık gözlenen birlikte görülen durum olmuştur, ancak kaygı da önemli bir faktör olabilir.¹⁰³ Yapılan bir çalışmada, sanrılı bozukluğu olan 46 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, 33'ünün yaşam boyu en az bir başka psikiyatrik tanı aldığı, en sık olarak bildirilen tanıninsa duygu durum bozukluğu olduğu bildirilmiştir.¹⁰⁴ Özellikle persekütif alt tipinde olan hastalarda duygu durum bozukluğu sıklığının arttığı bildirilmiştir.¹⁰³

2.3.1. Psikotik Bozuklukların Obsesyon ve Kompulsiyonlarla İlişkisi

Obsesyonlar; gerçek dışı olabilen ya da kişiye mantıksız gelen, belirgin sıkıntı yaratan veya işlevselliği önemli ölçüde etkileyen; zorlayıcı, yineleyici düşünceler, dürtüler veya imgeler şeklinde tanımlanabilir. Bunlardan kurtulmak için yapılan yineleyici zihinsel ve fiziksel eylemler ise kompulsiyon şeklinde adlandırılır.¹⁰⁷

Psikiyatride klasik yaklaşıma göre hastalıklar farklı etiyolojik kökenlere dayandırılarak değerlendirilir. Boyutsal yaklaşımda ise hastalıklar birbirinden ayrılamaz, tüm ruhsal hastalıklar tek bir hastalığın zaman içindeki farklı klinik görünümleridir. DSM ve ICD gibi tanısal kılavuzlar ilk günden itibaren hastalıkları ayrı

ayrı ele almış ve her hastalığı ayrı gruplandırmıştır; ancak kategorileri her zaman birbirlerinden ayırmak mümkün olmamaktadır.¹⁰⁸ Son on yılda, psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılması boyutsal yaklaşımın artan önemi ile yeniden düzenlenmiş, birlikte ortaya çıkan ve / veya eşlik eden bozukluklarla ilgili literatürü zenginleştirmiştir.^{109,110} Şizofreni ile obsesif kompulsif semptomların (OKS) birlikteliği ile ilgili ilk çalışmalar yüzyıl önce yapılmıştır ve günümüzde bu konu araştırmacıların ilgisini çekmeye devam etmektedir. Swets ve ark. 2013 yılında Şizofreni'li çalışma grubunda OKS prevalansını % 30,3 olarak bildirmiştir.¹¹¹ Şizofreni'li hastalarda OKS'nin varlığına odaklanan pek çok çalışma “şizo-obsesif bozukluk” kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır.^{1,31,89,112-114} Pek çok çalışma OKS ile psikotik geçiş riskini ilişkilendirmeye çalışmış; ancak tutarsız sonuçlar nedeniyle kesin bir veri oluşmamıştır. Benzer çalışmalarda, psikoz geliştirme riski taşıdığı düşünülen bireylerin % 12,1'inin obsesif kompulsif semptomlar (OKS) gösterdiği bildirilmiştir.¹¹⁵ Bu çalışmalar aynı zamanda Şizofreni'li hastalarda OKB riskinin arttığını göstermektedir.^{88,91,92} Bu çift yönlü ilişki, obsesif-kompulsif semptomlar ile psikotik belirtiler ve bozukluklar arasındaki klinik ve fizyo-patolojik bağlantılar sorusunu gündeme getirmektedir. Psikotik Bozukluk tanıli hastalarda OKS varlığını ortaya çıkış kaynağına göre epidemiyolojik, klinik ve terapötik veriler ışığında üç grupta inceleyebiliriz.

2.3.1.1. Psikotik bozukluklarda prodromal semptom olarak OKS'ler

Psikoz yeti yitimi ile giden, sosyal, toplumsal açıdan ciddi kayıplara yol açabilen bir hastalık olması nedeniyle erken psikoza tanımak ve tedavi etmek önemlidir. Psikoz riskini değerlendirmek için çeşitli kriterler tanımlanmıştır. Tablo 11'de belirtilen kriterlerden en az birini sağlayan kişiler Psikoz için Yüksek Risk (PYR) grubu olarak değerlendirilmiştir.

Bu tanı kriterlerini kullanarak yapılan çalışmaların sonuçları heterojenite göstermiş ve araştırmacılar PYR kriterlerine uyan kişilerin psikotik bozukluğa geçiş riskini, klinik özelliklerini ve bu bireylerin sonlanımı konularını kapsayan araştırmalar yapmışlardır. OKS'nin varlığı ilgi alanlarından biri olmuştur. OKS, göreceli bir PYR kriteridir. Çeşitli çalışmalarında PYR popülasyonunda OKB prevalansı % 8,4-20 olarak bildirilmiştir.⁹¹

OKS/OKB'nin PYR'li bireylerde ortaya çıkmasıyla ilgili çalışmalarda doğrudan bu geçiş riskine ilişkin anlamlı veri elde edilememiştir. Yung ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada % 20'si OKB tanısı almış olmak üzere 64 PYR kriterlerini karşılayan denekten, OKB'si olan denekler arasında anlamlı olmayan bir şekilde daha düşük psikotik geçiş riski gösterilmiştir.^{116,117} Bazı çalışmalar psikotik bozukluklarda OKS ile OKB'yi farklı durumlar olarak görmektedir. Bu nedenle OKS'nin şizofreni dışı psikotik bozukluklar ve duygudurum bozukluklarının gelişiminde önemli bir rolü olabileceğini öne sürülmektedir.² Genel olarak, OKS'ler psikotik bozuklukların prodromal semptomu olabileceğinden, genç hastalar OKS varlığı açısından araştırılmalıdır.⁹⁷

Tablo 11. Psikoz İçin Yüksek Risk (PYR) Kriterleri

I.	Yatışmış Psikotik Semptomlar; son bir yıl içinde eşik altı, yatışmış pozitif psikotik semptom formları yaşayan kişiler
II.	Kısa Geçici Psikotik Semptomlar; bir haftadan uzun sürmeyen açık psikotik semptom atakları yaşayan ve kendiliğinden düzelme gösteren kişiler
III.	Birinci derece akrabasında psikotik bozukluk veya şizotipal kişilik bozukluğu olan ve buna ek olarak bir önceki yıl işlevsellikte önemli bir azalma olan kişiler
IV.	15-30 yaş arası kişiler; 15-30 yaş arası psikotik bozukluk tanısının sık konulması nedeniyle bu yaş aralığındaki kişiler de kriterlere dahil edilmiştir. ²

2.3.1.2. Psikotik belirtilerle birlikte ortaya çıkan OKS

Swets ve ark. yaptığı çalışmada Şizofreni hastalarının % 30,3'ünde OKS olduğu bildirmiştir.¹¹¹ Bu sonuçlar, OKS prevalansının değerlendirildiği yeni çalışmalarla doğrulanmıştır.^{85,96,118}

Obsesyonlarına karşı zayıf içgörü sergileyen (egosintonik) hastaların bulguları sanrı ile karıştırılabilir. Poyurovsky ve ark. şizofrenide komorbid OKS farkındalığının her iki bozukluk üzerindeki etkisini araştırmıştır.¹¹⁹ Bu çalışmada şizofrenide içgörü, OKS ve genel bozulmayı değerlendirilmiştir. OKS şizofreni komorbiditesi olan hastalarda OKS'lere karşı içgörü, Şizofreni içgörüsü ile pozitif ilişkili bulunmuştur ancak sanrılara karşı içgörü ile böyle bir pozitif ilişki tespit edilememiştir.¹¹⁶ DSM-V'de OKB'nin ölçütlerinde içgörü tanı kriterlerine dahil edilmemiştir.¹²⁰ İç görü hastalığı üç kategoride değerlendirmemize olanak sağlar:

- i. İyi ya da makul seviyede iç görülü
- ii. Zayıf iç görülü
- iii. İç görüşü olmayan ya da sanrısız inançla giden

Zayıf veya eksik içgörü, OKB popülasyonunda oldukça yaygındır ve çalışmalara bağlı olarak prevalansının % 13,8 ile % 30,7 arasında olduğu bildirilmiştir.¹²¹ Ayrıca, bu popülasyonun birinci derece akrabalarında zayıf içgörünün daha erken başlangıç yaşı, daha kötü sonlanım, daha düşük global işlevsellik, daha şiddetli OKB ve daha yüksek oranda Şizofreni tanısı alma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{95,122-124} Oulis ve ark. bireylerin, inançlarını çevreyle karşılaştırarak farkındalıklarını ve fikirlerini yaşantıları üzerine yansıtma kapasitesine sahip olmalarını zihinsel refleksivite olarak tanımladı ve bu zamana kadar yapılan çalışmalara farklı bir özellik ekledi. Bu nedenle, zayıf içgörüsü olan OKB hastaları, obsesyonların mantıksız doğasıyla bir çatışma yaşayabilir ve zihinsel refleksivite becerisi gösterebilir, ancak sanrısız fikirler kişinin refleksivitesine tabi olmayacaktır.⁹⁵

2.3.1.3. İlaçların Neden Olduğu OKS

Klozapinin kullanılmaya başladığı ilk yıllarda OKS gösteren vakalar bildiren çalışmalar mevcuttur.^{125,126} Şizofreni'de antipsikotik (AP) ile indüklenen OKS'nin belirlenmesinden önce, bu kişiler hayatları boyunca bir dönem OKS göstermiş ve şu anda semptomsuz kabul edilen bireyler olarak değerlendirilmiş olabilirler. Ancak bu kişiler günümüzde spesifik bir grup olarak değerlendirilebilir.^{115,127} Birçok ikinci kuşak AP'nin (İKAP) AP ile indüklenen OKS'deki etkisi pek çok çalışmada tartışılmıştır.¹¹⁶ İKAP ile indüklenen OKS'yi ele alan bir çalışmada, klozapin diğer İKAP'lara göre daha fazla miktarda OKS ile ilişkilendirilmiştir ve OKS görülme oranı % 20-28 olarak bildirilmiştir. Var olan OKS'lerin klozapin tedavisi ile alevlenmesi eklendiğinde prevalansının % 38,2-76 oranında olabileceği bildirilmiştir. Benzer şekilde olanzapin için yapılan çalışmada OKS görülme prevalansının % 11'e, eski semptomların alevlenmesi göz önüne alındığında ise % 20'ye ulaştığı bildirilmiştir. Son olarak, risperidon için OKS görülme prevalansının % 3,4'e, eski semptomların alevlenmesi göz önüne alındığında ise % 23,2'ye ulaştığı bildirilmiştir.²

Fonseka ve ark. yaptığı derlemede Klorzapin ile ilgili olarak, birkaç aylık klorzapin tedavisinden sonra bazı çalışmalarda OKS insidansının % 76'ya ulaştığını bildirmiştir.¹²⁷ Önceki incelemelerle tutarlı olarak, klorzapin uygulanan hastalarda AP'nin neden olduğu OKS insidansı diğer İKAP'lara kıyasla daha yüksekti.¹²⁵ Farmakodinamik argümanlar aracılığı ile klorzapin tedavisi ile OKS arasında ciddi bağlantılar tespit edilmiştir. Bu argümanlar arasında OKS şiddeti ile tedavi süresi arasında güçlü bir korelasyon vardır ve 12 haftalık tedaviden sonra daha büyük bir risk ortaya çıkmaktadır.^{128,129} Oysa risperidon ve olanzapin ile indüklenen OKS'nin çoğu 4 haftadan sonra meydana gelmiştir. Klorzapinin dozajı giderek artan bir şekilde kullanılmaya başlanması göz önüne alındığında, zaman, dozaj ve yan etkiler arasında bir korelasyon olduğunu düşünmenin uygun olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, birkaç çalışma, OKS şiddeti ile klorzapin plazma seviyeleri arasında pozitif bir korelasyon tespit etmiş ve klorzapin dozajının azaltılmasından sonra OKS'lerde azalmayla bir doz-yanıt modeli önermiştir.^{15,118,130-134} Klorzapin serum düzeyleri ile OKS ilişkisini inceleyen bir çok çalışma olsa da, olanzapin serum düzeylerinin OKS üzerindeki etkilerini ele alan kısıtlı sayıda çalışma vardır ve bu çalışmalarda anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.¹³⁴

2.3.1.4. OKS'li PB hastalarında klinik özellikler ve sonlanım

Şizofreni ve OKS'li hastaların klinik özelliklerini karakterize etmek için birçok çalışma, bu tür belirtilerin psikotik semptomlar üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Cunill ve ark. Şizofreni tanısı alan kişilerde OKS varlığını PANSS ölçeğinde daha yüksek global, pozitif ve negatif psikotik semptom skorları ile ilişkili olduğunu göstermiştir.¹²¹¹³⁵ şizofrenideki OKS semptomları, PANSS şiddetinden bağımsız olarak ilk epizotta veya herhangi bir psikotik atak döneminde daha yüksek dozda antipsikotik gereksinimi ile ilişkilendirilmiştir.¹³⁶

Şizofreni tanısı alan bireylerdeki OKS'lerin depresif semptomlarla ilişkisi araştırılmıştır. Szmulewicz ve ark. Şizofreni'li 65 hastayı içeren bir çalışmada, hastalar Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS)'nin hem obsesyon hem de kompulsiyon alt ölçekleri ile değerlendirilmiştir. OKS'lerin yoğunluğu ile intihar eğilimi arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermişlerdir.² Ayrıca, toplam YBOCS puanı ile depresif semptomların anlamlı şekilde korele olduğu bulunmuştur.² YBOCS ölçeğinde

8'den yüksek bir puanın intihar girişimi için bağımsız öngörücü olduğunu vurgulamıştır.² Genel olarak OKS, Şizofreni tanılı hastalarda depresif semptomlar ve intihar eğilimi ile anlamlı olarak ilişkili görülmüştür.⁹⁶

Şizofreni/OKS popülasyonunda Şizofreni popülasyonuna göre daha şiddetli psikotik ve depresif belirtilerin görüldüğü, daha yüksek intihar eğilimi gösterdiği bildirilmiştir.² Şizofreni'de OKS, daha düşük global işlevsellik ve yaşam kalitesi ile önemli ölçüde ilişkilidir.² de Haan ve ark. ilk psikotik atak sonrası hastaları 5 yıl takip ettikleri bir çalışmada, komorbid OKS ve OKB varlığının Psikotik bozukluk tanısı konulmadan önce daha düşük temel sosyal işlevsellik düzeyi ile ilişkili olduğunu ve takipte OKS'nin düşük global işlevselliğin öngörülmesini sağlayan bir araç olduğunu bildirmişlerdir.⁹⁶

Şizofreni alanında çok sayıda çalışmada bilişsel kusurların global işlevsellik ve yaşam kalitesi dahil olmak üzere hastalığın sonlanımına dair etkileri bildirilmiştir.^{80,137,138} Bazı çalışmalarda Şizofreni/OKS hastalarını karakterize edebilecek belirli profiller oluşturulmaya çalışılmıştır.

2.3.1.5. Terapötik Müdahaleler ve Patofizyolojik Sorunlar Üzerine Görüşler

Daha önce bahsedildiği gibi, klozapin kaynaklı OKS, bir doz-yanıt modeli ile ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle, azalan klozapin dozlarının OKS'yi etkili bir şekilde azaltabileceği varsayılmıştır. Ancak psikotik alevlenme riskini de artırabildiği ve makul bir terapötik alternatif olarak düşünülemeyeceği vurgulanmıştır.¹³³

OKB'de altta yatan majör fizyopatolojik yolak kortikostriatal serotonerjik eksikliklerdir. Yüksek doz SSRI tedavisinin bu yolağı temsil ettiği düşünüldüğünde, klozapin dozlarının azaltılmasının ardından OKS'lerin gerilemesi OKS gelişiminin serotonerjik yollarla ilişkili olduğunu düşündürmüştür.^{128,139} OKS'nin eşlik ettiği psikotik hastaların tedavisinde AP ilaçlara SSRI eklenmesi ile ilgili sonuçlar çelişkilidir. Stryjer ve ark. klozapin, risperidon veya ketiapin gibi ikinci nesil antipsikotikler ile tedavi edilen Şizofreni ve OKB tanısı olan 15 hastanın tedavisine 20 mg essitalopram eklenmesinin hem OKS'lerde hem de toplam PANSS skorunda önemli bir iyileşme sağladığını göstermiştir.¹³⁴ Ancak bu çalışma, AP kaynaklı OKS'yi tespit etmekten uzaktır ve sadece birlikte ortaya çıkan şizofreni ve OKS'lere odaklanmıştır.² Literatürde

yer alan bir olgu sunumunda serotonerjik ilaçların OKS üzerinde hiçbir etkinlik göstermediği; bir başka çalışmadaysa bu yaklaşımın psikotik alevlenme sırasında zararlı olabileceğini öne sürmüştür.^{140,141} Tedaviye serotonerjik ajan eklenmesinin OKS'yi etkili bir şekilde azaltılabileceği, ancak psikotik alevlenme riskini de artırabileceği için terapötik bir alternatif olarak düşünülmemesi gerektiği bildirilmiştir.¹⁴⁰

Bununla birlikte, OKB hastaları SSRI'lara % 40-60'lık yüksek direnç oranları sergilemektedir, bu durum etiyolojide farklı yolların varlığını düşündürmektedir.¹⁴² Dopaminin OKB patofizyolojisindeki rolü ile ilgili bir hipotez öne sürülmüştür. Çeşitli İKAP'ların anti-obsesif etkisini destekleyen kanıtlarla birlikte aripiprazolün OKS üzerindeki spesifik etkinliği gösterilmiştir.¹⁴³⁻¹⁴⁸ Birinci kuşak AP'lerin (BKAP) etkinlikleri yalnızca dopamin D2 reseptörü antagonizmi yoluyla olsa da, İKAP'ların (klozapin, olanzapin, risperidon ve aripiprazol gibi) serotonin 5HT_{2A} reseptörü üzerinde spesifik bir antagonistik etkiye sahip olduğu bilinmektedir.¹³ Suçlanan ajanların, yani klozapin, olanzapin ve risperidonun en yüksek 5HT_{2A} bağlanma affinitesine sahip olduğu gerçeği göz önüne alındığında, 5HT_{2A}/D₂ doluluk oranı, AP ile indüklenen OKS'de önemli bir farmakodinamik sorun olarak kabul edilmiştir.^{2,125,149,150} Amisülpirid ve aripiprazol, düşük bir 5HT_{2A}/D₂ reseptör doluluğuna sahiptir ve daha az indüklenmiş OKS ortaya çıkardığı bildirilmiştir.¹⁵¹ OKB tedavisinde ek olarak İKAP ve daha spesifik olarak aripiprazol hakkındaki mevcut kanıtlar göz önüne alındığında, çok sayıda çalışma, aripiprazol ile birlikte kullanılmasının klozapin ile indüklenen OKS üzerindeki olumlu etkisini vurgulamıştır.^{144,152-154} Englisch ve Zink, klozapin ile indüklenen OKS tanısı alan yedi hastadan oluşan bir vaka serisinde aripiprazol ilavesinden sonra klozapin ile indüklenen OKS'deki iyileşmeyi değerlendirmiş ve aripiprazol ilavesiyle Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) skorlarında bir düşüş göstermiştir.¹⁵⁵ Dirençli psikotik semptomlar veya doz artışını sınırlandıran yan etkiler nedeniyle kombine klozapin-aripiprazol tedavisi gören hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda, tedaviye aripiprazol eklenmesinin ardından daha düşük klozapin dozları ve serum klozapin seviyeleri ile tedaviye devam edilebildiğini ve bu nedenle OKS'lerin daha az görülebileceği öngörülmüştür.¹¹⁸ Son olarak, OKS'nin doza bağımlı ortaya çıkışı göz önüne alındığında, risperidon vakası özellikle anlamlı görünmektedir. Şaşırtıcı bir şekilde, iki çalışma, düşük dozda (1-2 mg) 5HT_{2A}'nın ve daha yüksek dozda D₂ reseptörlerinin spesifik işgali ile ilişkili olması gereken artan

risperidon dozları ile risperidon kaynaklı OKB'nin tersine çevrildiği ters doz şiddeti korelasyonu göstermiştir (7 –10 mg)^{152,156} Bu nedenle aripiprazol ve risperidon, Şizofreni ve OKS'li hastaları tedavi etmek için avantajlı olabilir.²

Farmakolojik müdahalelerin ötesinde, literatür, komorbid klozapine bağlı OKB'si olan bir psikotik bozukluk vakasında elektro-konvülsiv-terapi (EKT) hakkında sadece bir vaka raporu sunmaktadır ve OKS'nin hemen remisyonunu göstermiştir ve bu EKT sonrası reseptörlerin doluluk oranlarındaki azalma olabileceği fikrini akla getirmiştir.¹⁵⁶ Bununla birlikte, EKT'nin etkisi, klozapin azalması veya psikotik semptomların iyileşmesi ile ilişkili olabilir.²



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Verilerin Toplanması

Çalışmanın etik kurul onayı 03.07.2020 tarih ve 101 sayılı toplantıda alınmıştır. Hasta grubuna Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na ayaktan başvuran ve yatarak sağaltım gören DSM-V tanı kriterlerine göre "Kısa Psikotik Bozukluk", "Şizofreniform Bozukluk", "Şizofreni", "Sanrılı Bozukluk" ve "Şizoaffektif Bozukluk" tanısı alan ve hastalık süresinin işlevsellik üzerine olumsuz etkisini azaltmak amacıyla hastalık tanısı üzerinden en fazla beş yıl geçmiş 75 hasta dahil edildi. Mental retardasyon, demans tanısı ve nörokognitif etkilenmesi olan, 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olan, ölçekleri doldurabilmesi için okur-yazar olmayan, psikotik alevlenme nedeniyle klinik görüşmeye uyum sağlamayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. 5 hasta ölçekleri eksik doldurduğu, 3 hasta sorulara rastgele cevap verdiği için çalışmadan çıkarıldı. Hastalarla benzer sosyodemografik özellikler gösteren, benzer çevrede yaşayan, psikiyatrik tedavi görmeyen ve yakınması olmayan 64 sağlıklı gönüllü kontrol grubu olarak dahil edildi. Çalışmaya 67 hasta, 64 sağlıklı kontrol ile devam edildi. Hastalara ve sağlıklı kontrol grubuna çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onayları alındı.

Katılımcılarla yaklaşık 45-60 dakikalık görüşmeler yapıldı. Sosyodemografik veri formu ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ölçeği kendisinden ve yakınlarından alınan bilgiler ışığında klinisyen tarafından dolduruldu. Görüşme sonrası ölçeklerle ilgili bilgi verilerek, katılımcıların Padua Envanteri (PE), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyon (WHOQOL-BREF), Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimini Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ) doldurmaları sağlandı. Verilen öz bildirim formlarında doldurmakta güçlük çeken hastalara klinisyen eşlik etti ve anlamadığı noktalarda açıklamalar yaptı.

Çalışmanın güç analizi *G Power 3.1* programı ile yapıldı. Orta etki büyüklüğü (Cojen's $d = 0,50$), 0,80 güç ve 0,05 hata payı ($p = 0,05$) ile tek bir grupta bulunması gereken minimum örneklem büyüklüğü 64 olarak hesaplandı.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmamızda kullanılan veri formu tarafımızca hazırlanmıştır. Tüm katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, fiziksel hastalık, ailede psikiyatrik hastalık, sigara ve alkol gibi madde kullanımları gibi sosyodemografik özellikleri sorgulanmıştır. Ayrıca hasta grubu için içgörü varlığı, hastalık süresi, ilaç kullanımı gibi özellikler de incelenmiştir. Ölçek klinisyen tarafından doldurulmuştur.

3.2.2. Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği (PANSS)

Kay ve arkadaşları ölçeği 1987 yılında geliştirilmiştir. Üç alt ölçekten oluşan bu ölçekte ilk alt ölçek olan “Pozitif Sendrom Ölçeği” 7 soru ile pozitif belirtileri, ikinci alt ölçek olan “Negatif Sendrom Ölçeği” 7 soru ile negatif belirtileri ve üçüncü alt ölçek olan “Genel Psikopatoloji Ölçeği” de 16 soru ile genel psikopatoloji değerlendirilir ve ölçek toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşmede, uygulayıcı her maddeyi hastayı değerlendirerek 1-7 puan (1-yok, 7-çok ağır) arasında değerlendirilmektedir. Birinci ve ikinci alt ölçekler için potansiyel puan aralığı 7-49, üçüncü alt ölçeği için ise 16-112’dir. PANSS değerlendirmesi genelde hastanın son bir hafta içindeki durumu göz önünde bulunarak uygulanır. Hastadan, yakınlarından ve klinikte yatan hasta ise bakım verenlerinden edinilen verilerin hepsi değerlendirilerek uygulanır. Bazı çalışmalarda ölçeğin her bir sorusunun ayrı bir değerlendirme kriteri olarak kullanıldığı çalışmalar mevcuttur. Bizim çalışmamızda da “Genel Psikopatoloji Ölçeği” 12.sorusu hastaların içgörü varlığını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. 0-3 puan “İçgörü var” 3-7 puan ise “azalmış içgörü ya da içgörü yok” şeklinde değerlendirilmiştir.¹⁵⁷ Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve tarafından 1999’da yapılmıştır.^{158,159}

3.2.3. Padua Envanteri (PE)

Sanavio tarafından 1988 yılında geliştirilen bu ölçekte toplam 60 soru vardır. Bu sorular daha önce tanısı lan OKB hastalarının en sık karşılaştığı 200 belirti arasından seçilmiştir. Her madde için 5 seçenek vardır ve yanıt şekline göre 0-4 arasında puanlandırılır. Bu 5 seçenek: Hiç = 0; Çok az =1; Çok =2; Epeyce Çok = 3 ve Aşırı = 4 şeklindedir. Her bir test maddesinde yer alan ‘0’ puanı, tanımlanan belirtinin hiç yaşanmaması ya da rahatsız edici olmamasına karşılık gelirken, ‘4’ puanı aşırı derecede

yaşanması ya da rahatsız edici olmasına karşılık gelmektedir. Bu ölçek içinde 5 alt ölçek dizayn edilmiştir, bunlar;

- i. **Düşüncelere kapılma–Ruminasyon (PE-R)**, Bu alt ölçek kişinin zihninden uzaklaştıramadığı, olma ihtimali düşük, kişiyi rahatsız eden tekrarlayıcı düşüncelerin sorgulandığı bölümdür. Bu alt ölçekte 17 soru vardır ve potansiyel puan aralığı 0-68 arasındadır. Bu bölüm Ruminasyon alt ölçeği olarak da isimlendirilebilmektedir.
- ii. **Temizlik (PE-T)**; Kişinin kirlenme ve bulaş gibi düşüncelerinin değerlendirildiği 11 sorudan oluşan bölümdür ve potansiyel puan 0-44 arasında değişir.
- iii. **Kontrol (PE-K)**; Kişinin gün içi ayma ve kontrol davranışlarını değerlendirildiği 8 sorudan oluşan bölümdür ve potansiyel puan 0-32 arasında değişir
- iv. **Dürtüler (PE-D)**; Kişinin insanlara fenalık yapacağı, zarar vereceği ve istemeden uygunsuz cinsel davranışlarda bulunacağı şeklinde olan düşüncelerinin değerlendirildiği 7 sorudan oluşan bölümdür ve potansiyel puanı 0-28 arasında değişir.
- v. **Kesinlik Sayma (PE-KS) ve Kesinlik Davranışlar (PE-KD)** : Bu alt ölçekte 17 soru vardır ve potansiyel puan aralığı 0-68 arasındadır.

3.2.4. Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0)

WHODAS 2.0 tıbbi tanıdan bağımsız olarak bireyin faaliyet düzeyinde ve topluma katılımında olan kısıtlılıkları tespit etmek amacıyla geliştirilmiş, toplam 36 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış görüşme ölçeğidir. Değerlendirme süresi son bir ay olarak belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi bireyin günlük belli aktiviteleri yaparken ne kadar zorlandığını saptamaya çalışmaktadır ve farklı kültürlerde ortak olarak önemli sayılan aktiviteleri içeren 6 alandan oluşmaktadır. Bu alanlar ;

DAS 1: Anlama ve İletişim Kurma

DAS 2: Hareket Etme ve Bir Yerden Bir Yere Gitme

DAS 3: Kendine Bakım

DAS 4: İnsan İlişkileri

DAS 5: Yaşam Faaliyetleri

DAS 6: Toplumsal Yaşama Katılım başlıkları altında toplanmıştır.

Kişinin son bir ayda tüm bu alanlarla ilgili faaliyet sırasında ne kadar güçlük çektiği sorulup hiç, biraz, orta derecede, çok fazla, aşırı/hiç yapamıyorum şeklinde alınan cevaplar 1-5 arasında puanlanmaktadır. WHODAS 2.0'ın puanlaması sırasında alan puanları soru sayısına göre ağırlıklı olarak hesaplanmakta ve alan puanları ve toplam DAS puanı 100 üstünden değerlendirilmektedir. Puanın yüksekliği yeti yitiminin artışı ile doğru orantılıdır. (0= hiç yeti yitimi yok, 100=tamamen engelli olacak şekilde).

Puanlama aşağıda görülen formüllere göre yapılmıştır :

$$DAS1 = [(D 1.1+...+D1.6)-6/24] X 100$$

$$DAS2 = [(D2.1+...+ D2.5)-5/20] X 100$$

$$DAS3 = [(D3.1+...+ D3.4)-4/16] X 100$$

$$DAS4 = [(D4.1+...+ D4.5)-5/20] X 100$$

$$DAS5 = [(D5.2+...+D5.5+D5.8+...+D5.11)- 8/32] X 100$$

$$DAS6 = [(D6.1+...+ D6.8)-8/32] X 100$$

$$DAST=[((D1.1+...+D4.5+D5.2+...+D5.5+D5.8 +...+D5.11+...+D6.8)-36)/144]X 100$$

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliği Uluğ ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır (193).

3.2.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)

Yaşam kalitesi 1980 yılından itibaren DSÖ tarafından tanımlanan bir konu haline gelmiştir. DSÖ 1994 yılında 15 farklı merkezli yapılan çalışma sonrasında 100 sorudan oluşan WHOQOL-100'ü geliştirmiştir. Uzun versiyonun oluşmasında görev alan araştırmacılar 1998 yılında kısa versiyonu olan 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF'i tanımlamışlardır.¹⁶⁰

Eser ve arkadaşları, 1999 yılında Türkçeye uyarlama çalışmaları esnasında ölçeğin çevre ile ilgili alanına WHOQOL-100'den seçtikleri 102. soruyu (ulusal soru) eklemişlerdir ve WOQOL-BREF-TR 27 soru olarak ülkemize uyarlamışlardır. Ölçek genel sağlık durumu (2 madde), fiziksel sağlık (7 madde), psikolojik (6 madde), sosyal ilişkiler (3 madde) ve çevre (9 madde) olarak beş alandan oluşmaktadır. Sorular 5'li likert tipindedir ve ölçekten alınan puan arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır. Alan puanları, o alanı oluşturan maddelerin ortalamasının 4 ile çarpılması ile elde edilmektedir.¹⁶¹ Alan puanları 4-20 arasında değişmektedir. WHOQOL-BREF kişinin kendisinin doldurması gereken bir ölçektir. Kendi kendine doldurma yetisinde bir kayıp varsa görüşmecinin yardımcı olduğu formlar kullanılmalıdır. Yanıtlar hastanın gündelik hayatıyla alakalı kendi görüşünü yansıttığı için kişinin kendisinin doldurması önem taşımaktadır. Türkçe çalışmasında WHOQOL-BREF-TR pearson katsayıları bedensel alan için 0,62, ruhsal alan için 0.40, sosyal alan için 0.30, çevre alanı için 0.25 olarak bulunmuştur.¹⁶¹

3.2.6. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Temel amacı depresyon belirtilerinin değerlendirmek olsa da ölçek aynı zamanda bilişsel içeriğin de değerlendirilmesini sağlar. BDE 21 sorudan oluşan anket formunda hazırlanmış, sorulara kendilerini en iyi şekilde yansıtan cevabı 0, 1, 2, 3 şeklinde olmak üzere puan vererek, 0-63 arasında potansiyel puan elde edilen bir anket olarak tasarlanmıştır. Ölçeği oluşturan 21 maddenin ikisi duygulara, on biri bilişlere, ikisi davranışlara, beşi bedensel belirtilere, biri ise kişiler arası belirtilere ayrılmıştır. Sonuçlar belirli bir skalaya göre değerlendirilir ve 0-9 arası puan hiç yok/minimal depresyon, 10-18 arası puan hafif depresyon, 19-29 arası orta depresyon, 30-63 arası puan şiddetli depresyon olarak değerlendirildi. Depresyonun yoğunluğunu belirlemek için kullanılan BDE'nin Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği Hisli tarafından yapılmıştır.^{162,163}

3.2.7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçe üzerine kurulan bir ölçektir. 0-3 arası puanlanan 21 sorudan oluşan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Hastanın aldığı toplam puan yükseldikçe anksiyete sıklığının arttığı anlaşılır. Beck ve arkadaşları

tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tarafından yapılmıştır.^{163,164}

3.2.8. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından oluşturulan ölçek 5 bölümden oluşur. Türkçeye çevrilmiş ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.¹⁶⁵

3.3. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde IBM SPSS 25 programı kullanılmıştır. Normallik varsayımı: Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 aralığında olduğu durumlarda, çalışma örnekleminin 50 ile 300 değerleri arasında olması sebebiyle z skorun -3,29 ve 3,29 aralığında olduğu durumlarda ve son olarak histogramlara bakılarak değişken dağılımlarının normal dağıldığı kabul edilmiştir.¹⁶⁶ Ölçek ortalamalarına göre gruplar arası karşılaştırma normallik varsayımının sağlandığı durumlarda, 2'den fazla alt gruplu değişkenler için ANOVA ve Brown-Frosythe; iki gruplu değişkenler için bağımsız gruplar t testi ile araştırılmıştır. Bu durumlarda gruplara göre nümerik değişkenlerin ortalama ve standart sapmaları ($\text{ort} \pm \text{ss}$) verilmiştir. Normalliğin sağlanmadığı durumda ise ölçeklerin medyanlarına göre gruplar arası farklılığın tespiti için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçekler arası korelasyonun incelenmesi için normal dağılım göstermeleri durumunda Pearson Korelasyon Analizi, aksi durumda Spearman Korelasyon kullanılmıştır. Çok değişkenli regresyon analizi ölçekler ve alt gruplarının yeti yitimine etkisini incelemek amacıyla kullanılmış; ayrıca yine ölçekler ve alt gruplarının yaşam kalitesine etkisini incelemek için de bu analiz uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin birbiriyle ilişkisini incelemek için ise beklenen gözlem sayısının 5 ile 25 arasında olması durumunda Yate's istatistiği, 25'den büyük olması durumunda ise Ki-kare test kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1.Sosyodemografik değişkenlerin ve klinik verilerin dağılımı

Sosyodemografik özellikler kapsamında katılımcılardan yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, yaşadığı yer, ailede ruhsal bir bozukluğun olup olmadığı, sigara ve alkol kullanıp kullanmadıkları bilgileri edinilmiştir. Bu bilgiler Tablo-12’de gösterilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalamaları gösterilmiştir ve yaş ortalamasının psikotik bozukluk grubunda 28,42 (SS=8,270); kontrol grubunda 29,55 (6,488) olduğu görülmüştür. İki grubun eğitim alarak geçirdikleri yıllar karşılaştırıldığında psikotik bozukluk grubunda 12,21 (SS=2,72); kontrol grubunda 12,3 (SS=2,05) olduğu tespit edilmiştir. Psikotik bozukluk grubundaki katılımcıların % 29,9’u kadın (n=20), % 70,1’i erkek (n=47); kontrol grubundaki katılımcıların % 55,6’sı kadın (n=35), % 44,4’ü erkektir. (n=28) Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde psikotik bozukluk grubunun % 80,6’sının bekar (n=54), % 19,4’ünün evli (n=13); kontrol grubundaki kişilerin % 54,7’sinin bekar (n=35), 45,3’ünün evli olduğu görülmüştür. Çalışma durumu değerlendirmesinde, PB olan katılımcıların % 29,9’u çalışıyor (n=20), % 70,1’i çalışmıyordu (n=47); kontrol grubunda ise katılımcıların % 79,7’si çalışıyor (n=51), % 20,3’ü ise çalışmıyordu.

Katılımcıların yaşadıkları yere göre dağılımına bakıldığında, psikotik bozukluk grubunda % 41,8’i il merkezinde (n=46), % 31,3’ünün il merkezinden küçük yerleşim yerinde (n=21); kontrol grubunda % 71,9’u il merkezinde (n=46), % 28,1’inin il merkezinden küçük yerleşim yerinde (n=18) yaşadığı gözlemlendi. Katılımcıların ailelerinde ruhsal bozukluk varlığı araştırıldığında, psikotik bozukluk grubunda % 41,8’inde ailesinde ruhsal bozukluğun olduğu (n=28), % 58,2’sinin ailesinde ruhsal bozukluğun olmadığı (n=39), kontrol grubunda % 10,9’unun ailesinde ruhsal bozukluğun olduğu (n=7), % 89,1’inin ailesinde ruhsal bozukluğun olmadığı (n=57) tespit edilmiştir. Katılımcıların sigara kullanım alışkanlıkları değerlendirildiğinde psikotik bozukluk grubunun % 38’inin sigara kullandığı (n=38), % 43,3’ünün sigara kullanmadığı (n=29); kontrol grubunun % 50’sinin sigara kullandığı (n=32), % 50’sinin sigara kullanmadığı (n=32) görülmüştür. Katılımcıların alkol kullanım alışkanlıkları

değerlendirildiğinde psikotik bozukluk grubunun % 9'ünün alkol kullandığı (n=6), % 91'inin alkol kullanmadığı (n=61); kontrol grubunun % 23,6'sinin alkol kullandığı (n=15), % 76,6'sinin alkol kullanmadığı (n=49) görülmüştür. Katılımcıların madde kullanım alışkanlıkları değerlendirildiğinde psikotik bozukluk grubunun % 17,9'unun madde kullandığı (n=12), % 82,1'inin madde kullanmadığı (n=55); kontrol grubunun tamamının ise madde kullanımı olmadığı (n=64) görülmüştür.

Klinik verilerin PB grubunda dağılımına bakıldığında % 15'inin özgeçmişinde ek bir tıbbi hastalık öyküsünün bulunduğu tespit edilmiştir. (n=15) PB grubundaki katılımcıların % 41,8'inin ailesel bir ruhsal bozukluğunun olduğu tespit edilmiştir. (n=28) PB grubundaki katılımcıların % 26,9'unun özgeçmişinde en az bir kez özkıyım girişimin olduğu tespit edilmiştir. (n=18) PB grubundaki katılımcıların % 70'inin iç görü sahibi olduğu tespit edilmiştir. (n=47) PB grubundaki katılımcıların % 28,4'ünün hayatının bir döneminde EKT tedavisi aldığı tespit edilmiştir. (n=19) PB grubundaki katılımcıların % 80,6'sının ilaç uyumu olduğu tespit edilmiştir. (n=54) PB grubundaki katılımcıların % 95,5'inin sosyal desteğe sahip olduğu bildirilmiştir. (n=64) PB grubundaki katılımcıların hastalık başlangıç yaşının 25,8507 (SS=8,64844) olduğu tespit edilmiştir. Hastalık başlangıcı üzerinden en fazla beş yıl geçen hastaları dahil ettiğimiz çalışmada ortalama hastalık süresi 3,1194 (SS=15234) olarak tespit edilmiştir. PB grubundaki kişilerin hastalık seyirleri boyunca psikiyatrik tedavi amaçlı hastaneye yatış sayıları ise ortalama 1 (SS=1,926) kez olarak belirlenmiştir. PB grubuna ait klinik veriler Tablo-13'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Sosyodemografik değişkenlerin hasta ve kontrol gruplarında dağılımı

Değişkenler	Psikotik bozukluk		Kontrol		İstatistik
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Yaş	28,42	8,270	29,55	6,488	t=-0.87 p=0.39 a
Eğitim Düzeyi (yıl)	12,2%1	2,72	12,3	2,05	t=-0.17 p=0.86 a
	n	%	n	%	
Cinsiyet					$\chi^2=1.23$ p=0.27 b
Kadın	20	29,9	35	55,6	
Erkek	47	70,1	28	44,4	
Medeni Durum					$\chi^2=8.93$ p=0.003 b*
Bekar	54	80,6	35	54,7	
Evli	13	19,4	29	45,3	
Çalışma Durumu					$\chi^2=32.75$ p<0.001 c*
Çalışıyor	20	29,9	51	79,7	
Çalışmıyor	47	70,1	13	20,3	
Yaşadığı Yer					$\chi^2=0.05$ p=0.83 b
İl merkezi	46	68,7	46	71,9	
İl merkezinden küçük	21	31,3	18	28,1	
Ailede ruhsal bozukluk					$\chi^2=14.38$ p<0.001 b*
Var	28	41.8	7	10.9	
Yok	39	58.2	57	89.1	
Sigara Kullanımı					$\chi^2=0.59$ p=0.44 c
Var	38	56,7	32	50	
Yok	29	43,3	32	50	
Alkol Kullanımı					$\chi^2=4.08$ p=0.04 b*
Var	6	9	15	23,4	
Yok	61	91	49	76,6	
Madde Kullanımı					$\chi^2=10.56$ p=0.001 b*
Var	12	17,9	0	0	
Yok	55	82,1	64	100	
a.Bağımsız gruplar t testi b.Yates İstatistiği c.Ki-kare *: p<0,05					

Tablo 13. Psikotik hastalarda klinik verilerin dağılımı

Değişkenler	Psikotik bozukluk	
	N	%
Özgeçmiş tıbbi hastalık öyküsü		
Var	15	22,4
Yok	52	77,6
Ailede ruhsal bozukluk		
Var	28	41,8
Yok	39	58,2
Özkıym girişimi		
Var	18	26,9
Yok	49	73,1
İçgörü		
Var	47	70,1
Yok	20	29,9
EKT uygulaması		
Var	19	28,4
Yok	48	71,6
İlaç uyumu		
Var	54	80,6
Yok	13	19,4
Sosyal destek		
Var	64	95,5
Yok	3	4,5
	Ort.	SS
Hastalık başlangıç yaşı	25,8507	8,64844
Hastalık süresi	3,1194	1,55234
Hastanede Yatış sayısı	1,04	1,926

4.2. Hasta ve Kontrol Grubunda Ölçek Puanları ve İlişkili Veriler

Hasta grubunda PANSS ölçeğinin pozitif sendrom medyan değeri 18, PANSS ölçeğinin negatif sendrom medyan değeri 20, PANSS ölçeğinin genel psikopatoloji alt boyutunda ise medyan değeri 43, PANSS toplam medyan değeri 83 olarak bulunmuştur. Mann Whitney U analizine göre PANSS ölçeği ve tüm alt grupları medyanına göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. PANSS toplam ve tüm alt ölçeklerin

medyanlarının hasta grubunda daha yüksek olduğu görülmektedir. Tablo-14’de PB grubu ile kontrol grubunun PANSS ve alt ölçeklerinin ortalamaları gösterilmiştir.

Çalışmamızda PE altı alt ölçek ve toplam puan esas alınarak değerlendirilmiştir. Tablo 14’de PB grubu ile kontrol grubunun PE ve alt ölçek puanları toplam puan değerlendirildiğinde psikotik grupta medyan değeri 47, kontrol grubunda ise medyan değeri 36 olarak tespit edilmiştir. PE toplam puanı medyanına göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. ($p=0.002$) Buna göre hasta grubunun PE puanları kontrol grubundan daha yüksektir.

PE-R alt ölçeğinde ortalama puanları psikotik bozukluk grubunda 14,9394 ($SS\pm 10,23099$), kontrol grubunda 8,1587 ($SS\pm 6,39608$) olarak tespit edilmiştir. Bağımsız gruplar t testine göre ruminasyon ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. ($p<0.001$) Buna göre hasta bireylerin ruminasyon ortalamaları kontrol grubundan daha fazladır. PE-KS alt ölçeğinde medyanı psikotik bozukluk grubunda ve kontrol grubunda 0 olarak saptanmıştır. Mann Whitney U testine göre Kesinlik Sayma medyanı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. ($p=0.02$) Buna göre hasta bireylerin kesinlik sayma puanları kontrol grubundan daha yüksektir. PE-KD alt ölçeğinde medyanı psikotik bozukluk grubunda 2,5 kontrol grubunda 0 olarak hesaplanmıştır. Mann Whitney U testine göre Kesinlik Davranış medyanı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. ($p<0.001$) Buna göre hasta bireylerin kesinlik davranış puanları kontrol grubundan daha yüksektir. Tablo-14’de PB grubu ile kontrol grubunun PE ve alt ölçeklerinin ortalamaları gösterilmiştir.

Psikotik Hastalar ile Kontrol grubunun WHODAS toplam puanı medyanı psikotik bozukluk grubunda 41,67, kontrol grubunda 11,46 olarak tespit edilmiştir. WHODAS- Hareket alt ölçeği medyanı psikotik bozukluk grubunda 30, kontrol grubunda 5 olarak tespit edilmiştir. WHODAS-Kendine Bakım alt ölçeği medyanı psikotik bozukluk grubunda 18.75, kontrol grubunda 0 olarak tespit edilmiştir. Mann Whitney U testi göre WHODAS ölçeği, Hareket, Kendine Bakım, ölçekleri medyanına açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Hasta grubunun WHODAS, hareket, kendine bakım puanları kontrol grubundan daha fazladır.

WHODAS-Anlama alt ölçek puan ortalaması psikotik bozukluk grubunda 43,7189 ($SS=\pm 23,52971$) kontrol grubunda ise 20,7682 ($SS \pm 20,93878$) olarak hesaplanmıştır. WHODAS-İnsan İlişkileri alt ölçek puan ortalaması psikotik bozukluk grubunda 42,0455($SS\pm 27,11765$) kontrol grubunda 12,8125 ($SS\pm 17,59047$) olarak hesaplanmıştır. WHODAS-Yaşam Faaliyetleri alt ölçek puan ortalaması psikotik bozukluk grubunda 38,2937 ($SS\pm 26,19359$) kontrol grubunda 15,3689 ($SS\pm 19,71720$) olarak hesaplanmıştır. Psikotik Hastalar ile Kontrol grubunun WHODAS-Yaşam Faaliyetleri alt ölçek puan ortalaması psikotik bozukluk grubunda 43,8433 ($SS\pm 24,04651$) kontrol grubunda 14,4531 ($SS\pm 16,85625$) olarak hesaplanmıştır. Bağımsız gruplar t testine göre Anlama, İnsan İlişkileri, Yaşam Faaliyet, Toplumsal Katılım ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Hasta grubunun Anlama, İnsan İlişkileri, Yaşam Faaliyet, Toplumsal Katılım puanları kontrol grubundan daha yüksektir. Psikotik Hastalar ile Kontrol grubunun WHODAS ve alt ölçek puanları Tablo-14’de gösterilmiştir.

Psikotik Hastalar ile Kontrol grubunun WHOQOL-BREF-TR toplam puanı ortalaması psikotik bozukluk grubunda 59,7967($SS\pm 12,83993$), kontrol grubunda 70,9856 ($SS=\pm 10,07685$) olarak hesaplanmıştır. WHOQOL-BREF-TR beden alt ölçek toplam puanı ortalaması psikotik bozukluk grubunda 12,9808 ($SS\pm 3,06887$), kontrol grubunda 15,1020 ($SS=\pm 2,15457$) olarak hesaplanmıştır. WHOQOL-BREF-TR-psikolojik alt ölçek toplam puan ortalaması psikotik bozukluk grubunda 12,0199 ($SS\pm 2,78275$), kontrol grubunda 13,6190 ($SS\pm 1,84998$) olarak hesaplanmıştır. WHOQOL-BREF-TR sosyal alt ölçek toplam puan ortalaması psikotik bozukluk grubunda 10,3682 ($SS\pm 3,79133$), kontrol grubunda 14,6032 ($SS=\pm 2,86798$) olarak hesaplanmıştır. WHOQOL-BREF-TR çevre alt ölçek toplam puan ortalaması psikotik bozukluk grubunda 12,9353 ($SS=\pm 2,51432$), kontrol grubunda 13,8201 ($SS=\pm 1,97590$) olarak hesaplanmıştır. WHOQOL-BREF-TR genel alt ölçek toplam puan ortalaması psikotik bozukluk grubunda 11,4925 ($SS=\pm 3,73912$), kontrol grubunda 13,8413 ($SS=\pm 2,92490$) olarak hesaplanmıştır. Bağımsız gruplar t testine göre WHOQOL-BREF-TR ölçeği ve alt ölçekleri ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Buna göre tüm ölçeklerin ortalamaları kontrol grubunda hasta grubuna göre daha büyüktür. Psikotik Hastalar ile Kontrol grubunun WHOQOL-BREF-TR ve alt ölçek puanları Tablo-14’de gösterilmiştir.

PB grubu ile kontrol grubunun BDE toplam puan ortalaması psikotik bozukluk grubunda 17,1194 ($SS=\pm 13,78133$), kontrol grubunda 6,3281 ($SS=\pm 6,26164$) olarak hesaplanmıştır. Bağımsız gruplar t testine göre BDE ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Hasta bireylerin Depresyon ortalamaları kontrol grubundan daha fazladır.

BAÖ toplam puanı medyan değeri psikotik bozukluk grubunda 13 (4,75-27), kontrol grubunda 4 (1-7,75) olarak tespit edilmiştir. BİDÖ toplam puanı medyan değeri psikotik bozukluk grubunda 6 (1-13), kontrol grubunda 0 (0-0) olarak tespit edilmiştir. Mann Whitney U testine göre BAÖ ve İntihar medyanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Buna göre hasta grubun BAÖ ve İntihar puanları kontrol grubundan daha yüksektir. Grupların BDE, BAÖ, BİDÖ puanları Tablo-14'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Psikotik bozukluk (Ort.±SS) / M	Kontrol (Ort.±SS) / M	İstatistik	p
PANSS-P	18	7	U=510.5 Z=-7.67	p<0.001
PANSS-N	20	7	U=137.5 Z=-9.60	p<0.001
PANSS-G	43	16	U=266 Z=-8.52	p<0.001
PANSS-T	83	30,5	U=168 Z=-8.98	p<0.001
PE-R	14,9394±10,23099	8,1587±6,39608	t=4.54	p<0.001
PE-T	12,4776±8,82551	10,6032±8,29018	t=1.25	0.22
PE-K	7	6	U=1890 Z=-1.04	0.3
PE- D	2	1,5	U=2002.5 Z=-0.52	0.6
PE-KS	0	0	U=16.41.5 Z=-2.32	0.02
PE- KD	2,5	0	U=1163.5 Z=-4.59	p<0.001
PE-TOP	47	36	U=1285 Z=-3.04	p=0.002
DAS1	43,7189±23,52971	20,7682 ± 0,93878	t=5.89	p<0.001
DAS2	30	5	U=1068 Z=-4.99	p<0.001
DAS3	18.75	0	U=1107.5 Z=-5.04	p<0.001
DAS4	42,0455±27,11765	12,8125±17,59047	t=7.31	p<0.001
DAS5	38,2937±26,19359	15,3689 ±19,71720	t=5.52	p<0.001
DAS6	43,8433±24,04651	14,4531 ±16,85625	t=8.13	p<0.001
QoLT	59,7967±12,83993	70,9856±10,07685	t=-5.50	p<0.001
QoL1	12,9808 ±3,06887	15,1020±2,15457	t=-4.58	p<0.001
QoL2	12,0199 ±2,78275	13,6190±1,84998	t=-3.88	p<0.001
QoL3	10,3682 ±3,79133	14,6032±2,86798	t=-7.21	p<0.001
QoL4	12,9353±2,51432	13,8201±1,97590	t=-2.22	0.03
QoL5	11,4925±3,73912	13,8413± 2,92490	t=-3.97	p<0.001
DAST	41.67	11.46	U=607.5 Z=-6.49	p<0.001
BDE	17,1194 ±13,78133	6,3281 ± 6,26164	t=5.81	p<0.001
BAÖ	13	4	U=1127.5 Z=-4.60	p<0.001
BİDÖ	6	0	U=620 Z=-7.63	p<0.001

Kısaltmalar: **PANSS-T:** Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği Toplam puanı; **PANSS-P:** Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği Pozitif belirtiler alt ölçeği **PANSS-N:** Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği negatif belirtiler alt ölçeği **PANSS-G:** Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği genel psikopatoloji alt ölçeği puanı **PE-TOP:** Padua Envanteri toplam puanı **PE-R:** Ruminasyon alt ölçeği **PE-T:** Temizlik alt ölçeği **PE-K:** Kontrol alt ölçeği **PE-D:** Dürtüler alt ölçeği **PE-KS:** Kesinlik sayma alt ölçeği **PE-KD:** Kesinlik davranış alt ölçeği **DAS1:** Anlama ve iletişim kurma **DAS2:** Hareket etme ve bir yerden bir yere gitme **DAS3:** Kendine bakım **DAS4:** İnsan ilişkileri **DAS5:** Yaşam faaliyetleri **DAS6:** Toplumsal yaşama katılım **DAST:** Ölçek toplam puanı **QoLT:** WHOQOL-BREF-TR toplam puanı **QoL1:** Bedensel yaşam kalitesi alt ölçeği **QoL2:** Psikolojik yaşam kalitesi alt ölçeği **QoL3:** Sosyal yaşam kalitesi alt ölçeği **QoL4:** Çevresel yaşam kalitesi alt ölçeği **QoL5:** Genel sağlık durumu alt ölçeği **BDE:** Beck Depresyon Envanteri, **BAÖ:** Beck anksiyete Ölçeği **BİDÖ:** Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği

PB grubunda PE ve Alt ölçekleri ile diğer ölçeklerin korelasyon analizlerinde ise kontrol grubunda PE ve alt ölçekleri ile PANSS-P, PANSS-N, PANSS-G alt ölçekleri ve PANSS-T arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. ($p>0,001$) PB grubunda ise PE-R alt ölçeği ile PANSS-P, PANSS-N, PANSS-G alt ölçekleri ve PANSS-T arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,25$, $r=0,33$, $r=0,38$, $r=0,36$) PE-D alt ölçeği ile PANSS-P, PANSS-G alt ölçekleri ve PANSS-T arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,32$, $r=0,34$, $r=0,30$) PE-KS alt ölçeği ile PANSS-P, PANSS-G alt ölçekleri ve PANSS-T arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,31$, $r=0,39$, $r=0,35$) PE-KS alt ölçeği ile PANSS-N alt ölçeği arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,25$) PE Toplam ile PANSS-P, PANSS-G alt ölçekleri ve PANSS-T arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,30$, $r=0,39$, $r=0,35$) PE Toplam ile PANSS-N alt ölçeği arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,29$) PB grubunda PE ile PANSS ölçeklerinin karşılaştırılması Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15: PB grubunda PE ile PANSS ölçeklerinin korelasyon analizleri

	PANSS-P	PANSS-N	PANSS-G	PANSS-T
PE-R	r=0.25 p=0.049a	r=0.33 p=0.01a	r=0.38 p=0.002a	r=0.36 p=0.004a
PE-T	r=0.09 p=0.47a	r=0.13 p=0.30a	r=0.13 p=0.31a	r=0.13 p=0.31a
PE-K	r=0.07 p=0.57a	r=0.04 p=.77a	r=0.09 p=0.46a	r=0.08 p=0.52a
PE- D	r=0.32 p=0.01b	r=0.22 p=0.08b	r=0.34 p=0.01b	r=0.30 p=0.02b
PE-K S	r=0.31 p=0.01b	r=0.25 p=0.048b	r=0.39 p=0.002b	r=0.35 p=0.004b
PE- KD	r=0.102 p=0.42a	r=0.04 p=0.75a	r=0.16 p=0.22a	r=0.12 p=0.33a
PE-TOP	r=0.30 p=0.02b	r=0.29 p=0.02b	r=0.39 p=0.001b	r=0.35 p=0.01b
a.Pearson Korelasyon b. Spearman Korelasyon				

Kısaltmalar: PANSS-T: Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği Toplam puanı; PANSS-P: Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği Pozitif belirtiler alt ölçeği PANSS-N: Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği negatif belirtiler alt ölçeği PANSS-G: Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği genel psikopatoloji alt ölçeği puanı PE-TOP: Padua Envanteri toplam puanı PE-R: Ruminasyon alt ölçeği PE-T: Temizlik alt ölçeği PE-K: Kontrol alt ölçeği PE-D: Dürtüler alt ölçeği PE-KS: Kesinlik sayma alt ölçeği PE-KD: Kesinlik davranış alt ölçeği

Kontrol grubunda yapılan korelasyon analizinde PE-D ile DAS4, DAS5 ve DAS-T arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,28$ $r=0,26$ $r=0,27$) PE-KS alt ölçeği ile DAS2 alt ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf ($r=0,26$), DAS3 ile arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,43$) PE toplam puanı ile DAS4 arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,28$) PB grubunda ise PE-R alt ölçeği ile DAS1, DAS2, DAS3, DAS4 alt ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,35$, $r=0,31$, $r=0,33$, $r=0,32$) PE-R alt ölçeği ile DAS5, DAS6 alt ölçekleri ve DAS-T arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,51$, $0,50$, $0,51$) PE-T alt ölçeği ile DAS1, DAS4, DAS6 alt ölçekleri ve DAS-T arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,34$, $r=0,37$, $r=0,39$, $r=0,32$) PE-K alt ölçeği ile DAS1 ve DAS2 alt ölçekleri arasında pozitif yönlü oldukça zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,27$, $r=0,29$) PE-K alt ölçeği ile DAS4 alt ölçeği ve DAS-T arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır. ($r=0,34$, $r=0,36$) PE-K alt ölçeği ile DAS3 ve DAS alt ölçekleri arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,40$, $r=0,44$) PE-KS alt ölçeği ile DAS1, DAS2 ve DAS4 alt ölçekleri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,39$, $r=0,33$, $r=0,32$) PE-KS alt ölçeği ile DAS3, DAS5, DAS6 alt ölçekleri ve DAS-T arasında pozitif yönlü orta şiddette bir

ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,45$, $r=0,53$, $r=0,48$, $0,55$) PE-KD alt ölçeği ile DAS3 ve DAS4 arasında pozitif yönlü oldukça zayıf bir ilişki ($r=0,26$, $r=0,27$); DAS5, DAS6 alt ölçekleri ve DAS-T arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,34$, $r=0,35$); DAS1 ve DAS2 arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir tespit edilmiştir. ($r=0,51$, $r=0,40$) PE toplam puanı ile DAS1 ve DAS2 arasında pozitif yönlü zayıf ($r=0,36$, $r=0,33$), DAS3,DAS4,DAS5,DAS6 alt ölçekleri ve DAST arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,43$, $r=0,45$, $r=0,51$, $r=0,53$, $r=0,57$) PB grubunda PE ile WHODAS ölçeklerinin karşılaştırılması Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. PB grubunda PE ile WHODAS ölçeklerinin korelasyon analizleri

	DAS1	DAS2	DAS3	DAS4	DAS5	DAS6	DAST
PE-R	$r=0.35$ $p=0.004a$	$r=0.31$ $p=0.01a$	$r=0.33$ $p=0.01a$	$r=0.32$ $p=0.01a$	$r=0.51$ $p<0.001a$	$r=0.50$ $p<0.001a$	$r=0.51$ $p<0.001a$
PE-T	$r=0.34$ $p=0.01a$	$r=0.20$ $p=0.11a$	$r=0.21$ $p=0.09a$	$r=0.37$ $p=0.002a$	$r=0.19$ $p=0.14a$	$r=0.39$ $p=0.001a$	$r=0.32$ $p=0.01a$
PE-K	$r=0.27$ $p=0.03a$	$r=0.29$ $p=0.02a$	$r=0.40$ $p=0.001a$	$r=0.34$ $p=0.01a$	$r=0.25$ $p=0.052a$	$r=0.44$ $p<0.001a$	$r=0.36$ $p=0.004a$
PE- D	$r=0.06$ $p=0.63b$	$r=0.02$ $p=0.85b$	$r=0.21$ $p=0.09b$	$r=0.07$ $p=0.57b$	$r=0.23$ $p=0.07b$	$r=0.23$ $p=0.07b$	$r=0.23$ $p=0.07b$
PE-K S	$r=0.39$ $p=0.001b$	$r=0.33$ $p=0.01b$	$r=0.45$ $p<0.001b$	$r=0.32$ $p=0.01b$	$r=0.53$ $p<0.001b$	$r=0.48$ $p<0.001b$	$r=0.55$ $p<0.001b$
PE- KD	$r=0.51$ $p<0.001a$	$r=0.40$ $p=0.001a$	$r=0.26$ $p=0.03a$	$r=0.27$ $p=0.03a$	$r=0.34$ $p=0.01a$	$r=0.35$ $p=0.004a$	$r=0.39$ $p=0.002a$
PE-TOP	$r=0.36$ $p=0.003b$	$r=0.33$ $p=0.01b$	$r=0.43$ $p<0.001b$	$r=0.45$ $p<0.001b$	$r=0.51$ $p<0.001b$	$r=0.53$ $p<0.001b$	$r=0.57$ $p<0.001b$

a.Pearson Korelasyon b. Spearman Korelasyon

Kısaltmalar: PE-TOP: Padua Envanteri toplam puanı PE-R: Ruminasyon alt ölçeği PE-T: Temizlik alt ölçeği PE-K: Kontrol alt ölçeği PE-D: Dürtüler alt ölçeği PE-KS: Kesinlik sayma alt ölçeği PE-KD: Kesinlik davranış alt ölçeği DAS1: Anlama ve iletişim kurma DAS2: Hareket etme ve bir yerden bir yere gitme DAS3: Kendine bakım DAS4: İnsan ilişkileri DAS5: Yaşam faaliyetleri DAS6: Toplumsal yaşama katılım DAST: Ölçek toplam puanı

İlgörü varlığında PB grubunda PE-R alt ölçeği ile DAS1, DAS2, DAS3, DAS4 arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,49$; $r=0,40$; $r=0,47$; $r=0,51$ PE-R alt ölçeği ile DAS5, DAS6 DAST arasında pozitif yönlü yüksek şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,61$; $r=0,63$; $r=0,65$) PE-T alt ölçeği ile DAS1, DAS2, DAS3,DAS4,DAS5, DAS6 ve DAST arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir($r=0,31$; $r=0,21$; $r=0,16$; $r=0,40$; $r=0,22$; $r=0,39$; $r=0,32$) PE-K alt ölçeği ile DAS1, DAS2, DAS3, DAS5 arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir

($r=0,29$; $r=0,27$; $r=0,36$; $r=0,39$) PE-K alt ölçeği ile DAS4, DAS6 ve DAST arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,41$; $r=0,45$; $r=0,42$) PE-D alt ölçeği ile DAS4 hariç tüm alt ölçekler arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,27$; $r=0,34$; $r=0,23$; $r=0,22$; $r=0,33$) PE-KS alt ölçeği ile DAS alt ölçekleri arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki varken ($r=0,55$; $r=0,49$; $r=0,45$; $r=0,59$; $r=0,57$); DAST ile pozitif yönlü yüksek şiddette bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,61$) PE-Kesinlik Davranış alt ölçeği ile DAS tüm alt ölçekleri arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,58$; $r=0,48$; $r=0,42$; $r=0,50$; $r=0,51$; $r=0,54$; $r=0,60$) PE toplam puanı ile DAS1, DAS2, DAS3 arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki varken ($r=0,50$; $r=0,49$; $r=0,48$; $r=0,52$); DAS5, DAS6 ve DAST arasında pozitif yönlü yüksek şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,61$; $r=0,62$; $r=0,66$) PB grubunda içgörüsü olan kişilerin PE ile WHODAS ölçeklerinin karşılaştırılması Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. PB grubunda içgörüsü olan kişilerin PE ile WHODAS ölçeklerinin korelasyon analizleri

	DAS1	DAS2	DAS3	DAS4	DAS5	DAS6	DAST_T
PE-R	$r=0.49$ $p<0.001a$	$r=0.40$ $p<0.001a$	$r=0.47$ $p<0.001a$	$r=0.51$ $p<0.001a$	$r=0.61$ $p<0.001a$	$r=0.63$ $p<0.001a$	$r=0.65$ $p<0.001a$
PE-T	$r=0.31$ $p=0.002a$	$r=0.21$ $p=0.04a$	$r=0.16$ $p=0.11a$	$r=0.40$ $p<0.001a$	$r=0.22$ $p=0.03a$	$r=0.39$ $p<0.001a$	$r=0.32$ $p=0.002a$
PE-K	$r=0.29$ $p=0.003a$	$r=0.27$ $p=0.01a$	$r=0.36$ $p<0.001a$	$r=0.41$ $p<0.001a$	$r=0.39$ $p<0.001a$	$r=0.45$ $p<0.001a$	$r=0.42$ $p<0.001a$
PE- D	$r=0.27$ $p=0.01b$	$r=0.34$ $p=0.001b$	$r=0.23$ $p=0.02b$	$r=0.19$ $p=0.054b$	$r=0.36$ $p<0.001b$	$r=0.22$ $p=0.03b$	$r=0.33$ $p=0.001b$
PE-K S	$r=0.55$ $p<0.001a$	$r=0.49$ $p<0.001a$	$r=0.49$ $p<0.001a$	$r=0.45$ $p<0.001a$	$r=0.59$ $p<0.001a$	$r=0.57$ $p<0.001a$	$r=0.61$ $p<0.001a$
PE- KD	$r=0.58$ $p<0.001a$	$r=0.48$ $p<0.001a$	$r=0.42$ $p<0.001a$	$r=0.50$ $p<0.001a$	$r=0.51$ $p<0.001a$	$r=0.54$ $p<0.001a$	$r=0.60$ $p<0.001a$
PE-TOP	$r=0.50$ $p<0.001a$	$r=0.49$ $p<0.001a$	$r=0.48$ $p<0.001a$	$r=0.52$ $p<0.001a$	$r=0.61$ $p<0.001a$	$r=0.62$ $p<0.001a$	$r=0.66$ $p<0.001a$
a.Pearson Korelasyon b. Spearman Korelasyon							

Kısaltmalar: PE-TOP: Padua Envanteri toplam puanı PE-R: Ruminasyon alt ölçeği PE-T: Temizlik alt ölçeği PE-K: Kontrol alt ölçeği PE-D: Dürtüler alt ölçeği PE-KS: Kesinlik sayma alt ölçeği PE-KD: Kesinlik davranış alt ölçeği DAS1: Anlama ve iletişim kurma DAS2: Hareket etme ve bir yerden bir yere gitme DAS3: Kendine bakım DAS4: İnsan ilişkileri DAS5: Yaşam faaliyetleri DAS6: Toplumsal yaşama katılım DAST: Ölçek toplam puanı

Kontrol grubunda yapılan korelasyon analizinde PE-R ile QoL4 ve QoL5 arasında negatif yönlü zayıf bir tespit edilmiştir. ($r=-0,25$; $r=-0,27$) PE-T ile QoL4 arasında negatif yönlü zayıf bir tespit edilmiştir. ($r=-0,25$) PE-KD ile QoL5 arasında

negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=-0,27$) PE-R alt ölçeği ile QoL2, QoL3 ve QoL5 alt ölçekleri arasında negatif yönlü zayıf ($r=-0,39$, $r=0,39$, $r=-0,399$), QoL1, QoL4 alt ölçekleri ve QoLT arasında negatif yönlü orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,56$, $r=-0,42$, $r=-0,54$) PE-T alt ölçeği ile QoL1 alt ölçeği ve QoLT arasında negatif yönlü oldukça zayıf ($r=-0,27$, $r=-0,24$), QoL3 alt ölçeği ile de negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=-0,34$) PE Kontrol alt ölçeği ile QoL5 alt ölçeği arasında negatif ve oldukça zayıf ($r=-0,24$); QoL2 alt ölçeği arasında negatif yönlü zayıf ($r=-0,32$), QoL1, QoL3, QoL4 alt ölçekleri ve QoLT arasında negatif yönlü orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=-0,45$, $r=-0,42$, $r=-0,49$, $r=-0,47$) PE-D alt ölçeği ile QoL2 ve QoL4 alt ölçekleri arasında negatif yönlü oldukça zayıf ($r=-0,29$, $r=-0,27$), QoL1 alt ölçeği ile ve QoLT arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=-,32$, $r=-0,31$) PE-KS alt ölçeği ile QoL3 alt ölçeği arasında negatif yönlü oldukça zayıf ($r=-0,26$); QoL2, QoL4 ve QoL5 alt ölçekleri arasında negatif yönlü zayıf ($r=-0,34$, $r=-0,35$, $r=-0,37$); QoL1 alt ölçeği ve QoLT arasında orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=-0,46$, $r=-0,43$) PE-KD alt ölçeği ile QoL1 ve QoL5 alt ölçekleri arasında negatif yönlü oldukça zayıf ($r=-0,27$, $r=-0,28$); QoL3, QoL4 alt ölçekleri ve QoLT arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=-0,34$, $r=-0,31$, $r=-0,36$) PE toplam puanı ile QoL2 arasında negatif yönlü oldukça zayıf ($r=-0,29$); QoL3 ve QoL4 alt ölçekleri arasında negatif yönlü ($r=-0,397$, $r=-0,37$); QoL1 alt ölçeği ve QoLT arasında ise orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=-0,49$, $r=-0,46$) PB grubunda PE ile WHOQOL-BREF-TR ölçeklerinin karşılaştırılması Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. PB grubunda PE ile WHOQOL-BREF-TR ölçeklerinin korelasyon analizleri

	QoL1	QoL2	QoL3	QoL4	QoL5	QoLT
PE-R	r=-0.56 p<0.001a	r=-0.39 p=0.001a	r=-0.39 p=0.001a	r=-0.42 p<0.001a	r=-0.399 p=0.01a	r=-0.54 p<0.001a
PE-T	r=-0.27 p=0.03a	r=-0.13 0.28a	r=-0.34 p=0.01a	r=-0.16 p=0.21a	r=-0.07 p=0.59a	r=-0.24 p=0.047a
PE-K	r=-0.45 p<0.001a	r=-0.32 p=0.01a	r=-0.42 p<0.001a	r=-0.49 p<0.001a	r=-0.24 p=0.06a	r=0.47 p<0.001a
PE- D	r=-0.32 p=0.01b	r=-0.29 p=0.02b	r=-0.20 p=0.10b	r=-0.27 p=0.03b	r=-0.23 p=0.07b	r=-0.31 p=0.01b
PE-K S	r=-0.46 p<0.001b	r=-0.34 p=0.01b	r=-0.26 p=0.04b	r=-0.35 p=0.004b	r=-0.37 p=0.002b	r=-0.43 p<0.001b
PE- KD	r=-0.27 p=0.03a	r=-0.24 p=0.051a	r=-0.34 p=0.01a	r=-0.31 p=0.01a	r=-0.28 p=0.02a	r=-0.36 p=0.003a
PE-TOP	r=-0.49 p<0.001b	r=-0.29 p=0.02b	r=-0.397 p=0.001b	r=-0.37 p=0.003b	r=-0.24 p=0.051b	r=-0.46 p<0.001b
a.Pearson Korelasyon b. Spearman Korelasyon						

Kısaltmalar: PE-TOP: Padua Envanteri toplam puanı PE-R: Ruminasyon alt ölçeği PE-T: Temizlik alt ölçeği PE-K: Kontrol alt ölçeği PE-D: Dürtüler alt ölçeği PE-KS: Kesinlik sayma alt ölçeği PE-KD: Kesinlik davranış alt ölçeği QoLT: WHOQOL-BREF-TR toplam puanı QoL1: Bedensel yaşam kalitesi alt ölçeği QoL2: Psikolojik yaşam kalitesi alt ölçeği QoL3: Sosyal yaşam kalitesi alt ölçeği QoL4: Çevresel yaşam kalitesi alt ölçeği QoL5: Genel sağlık durumu alt ölçeği

İçgörü varlığında PB grubunda PE ve alt ölçek puanları toplam puanları ile WHOQOL-BREF-TR ve alt ölçeklerinin toplam puanları karşılaştırıldığında PE-R alt ölçeği ile QoL1, QoL2, QoL3, QoL5 arasında negatif yönlü orta şiddetli ($r=-0,58$; $r=-0,50$; $r=-0,53$; $r=-0,49$); QoL4 ile negatif yönlü zayıf ($R=0,38$); QoLT ile negatif yönlü yüksek dereceli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,62$) PE-T alt ölçeği ile QoL1, QoL2, QoL3, QoL5, QoLT arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=-0,30$; $r=-0,28$; $r=-0,38$; $r=-0,22$; $r=-0,35$) PE Kontrol alt ölçeği ile QoL5 ile negatif yönlü zayıf ($r=-0,34$); diğer QoL1 , QoL2 QoL3 QoL4 alt ölçekleri ve QoLT ile arasında negatif ve orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,44$; $r=-0,40$; $r=-0,43$; $r=-0,402$; $r=-0,49$) PE-D alt ölçeği ile QoL1 , QoL2, QoL5 ve QoLT arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,20$; $r=-0,23$; $r=-0,24$; $r=-0,22$) PE-KS alt ölçeği ile QoL4 ile negatif yönlü zayıf ($r=-0,19$); QoL1, QoL2, QoL3, QoL5 alt ölçekleri ve QoLT ile arasında negatif ve orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=-0,49$; $r=-0,48$; $r=-0,40$; $r=-0,42$; $r=-0,52$) PE-KD alt ölçeği ile QoL4 ile negatif yönlü zayıf($r=-0,26$); QoL1, QoL2, QoL3, QoL5 alt ölçekleri ve QoLT ile arasında negatif ve orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=-0,40$; $r=-0,43$; $r=-0,52$; $r=-0,45$; $r=-0,53$) PE toplam puanı ile QoL4 ile

negatif yönlü zayıf($r=-0,35$); QoL1, QoL2, QoL3, QoL5 alt ölçekleri ve QoLT ile arasında negatif ve orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=-0,54$; $r=-0,50$; $r=-0,52$; $r=-0,45$; $r=-0,60$) İçgörü Varlığında PB grubunda PE ile WHOQOL-BREF-TR ölçeklerinin karşılaştırılması Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. İçgörü Varlığında PB grubunda PE ile WHOQOL-BREF-TR ölçeklerinin korelasyon analizleri

	QoL1	QoL2	QoL3	QoL4	QoL5	QoLT
PE-R	$r=-0.58$ $p<0.001a$	$r=-0.50$ $p<0.001a$	$r=-0.53$ $p<0.001a$	$r=-0.38$ $p<0.001b$	$r=-0.49$ $p<0.001a$	$r=-0.62$ $p<0.001a$
PE-T	$r=-0.30$ $p=0.002a$	$r=-0.28$ $p=0.01a$	$r=-0.38$ $p<0.001a$	$r=-0.18$ $p=0.08b$	$r=-0.22$ $p=0.03a$	$r=-0.35$ $p<0.001a$
PE-K	$r=-0.44$ $p<0.001a$	$r=-0.40$ $p<0.001a$	$r=-0.43$ $p<0.001a$	$r=-0.402$ $p<0.001b$	$r=-0.34$ $p=0.001a$	$r=-0.49$ $p<0.001a$
PE- D	$r=-0.20$ $p=0.048b$	$r=-0.23$ $p=0.02b$	$r=-0.19$ $p=0.06b$	$r=-0.14$ $p=0.17b$	$r=-0.24$ $p=0.02b$	$r=-0.22$ $p=0.03b$
PE-K S	$r=-0.49$ $p<0.001a$	$r=-0.48$ $p<0.001a$	$r=-0.40$ $p<0.001a$	$r=-0.19$ $p=0.06b$	$r=-0.42$ $p<0.001a$	$r=-0.52$ $p<0.001a$
PE- KD	$r=-0.40$ $p<0.001a$	$r=-0.43$ $p<0.001a$	$r=-0.52$ $p<0.001a$	$r=-0.26$ $p=0.01b$	$r=-0.46$ $p<0.001a$	$r=-0.53$ $p<0.001a$
PE-TOP	$r=-0.54$ $p<0.001a$	$r=-0.50$ $p<0.001a$	$r=-0.52$ $p<0.001a$	$r=-0.35$ $p=0.001b$	$r=-0.45$ $p<0.001a$	$r=-0.60$ $p<0.001a$
a.Pearson Korelasyon b. Spearman Korelasyon						

Kısaltmalar: PE-TOP: Padua Envanteri toplam puanı PE-R: Ruminasyon alt ölçeği PE-T: Temizlik alt ölçeği PE-K: Kontrol alt ölçeği PE-D: Dürtüler alt ölçeği PE-KS: Kesinlik sayma alt ölçeği PE-KD: Kesinlik davranış alt ölçeği QoLT: WHOQOL-BREF-TR toplam puanı QoL1: Bedensel yaşam kalitesi alt ölçeği QoL2: Psikolojik yaşam kalitesi alt ölçeği QoL3: Sosyal yaşam kalitesi alt ölçeği QoL4: Çevresel yaşam kalitesi alt ölçeği QoL5: Genel sağlık durumu alt ölçeği

Kontrol grubunda BDE ile PE-T, PE-K, PE-D, PE-KD alt ölçekleri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,29$ $r=0,37$ $r=0,28$ $r=,32$) BDE ile PE-R alt ölçeği ve PE toplam puanı arasında pozitif yönlü orta dereceli bir tespit edilmiştir. ($r=,48$ $r=0,46$) BAÖ ile PE-R, PE-K, PE-D, PE-KS alt ölçekleri arasında pozitif yönlü zayıf ($r=0,37$ $r=0,23$ $r=0,38$ $r=0,27$ $r=0,31$) ; ve PE toplam puanı arasında pozitif orta dereceli bir tespit edilmiştir. ($r=0,44$) İntihar ile PE-D ve PE toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir tespit edilmiştir. ($r=0,26$ $r=0,38$) PE-R ile intihar arasında pozitif yönlü orta dereceli bir tespit edilmiştir. ($r=0,45$) PB grubunda ise PE-R alt ölçeği ile BDE arasında pozitif ve orta şiddetli ($r=0,59$), BAÖ arasında pozitif yüksek şiddetli($r=0,76$), BİDÖ arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,36$)

PE-T alt ölçeği ve arasında pozitif yönlü oldukça zayıf bir ilişki ($r=0,27$), anksiyete ile arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki ($r=0,48$); intihar ile arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,31$) PE Kontrol alt ölçeği ile BDE ve BAÖ arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki ($r=0,51$, $r=0,55$), BİDÖ arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,31$) PE-D alt ölçeği ve BDE arasında pozitif yönlü orta şiddetli ($r=0,45$); BAÖ arasında pozitif yönlü yüksek şiddetli ($r=0,65$); BİDÖ ile arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,35$) PE-KS alt ölçeği ile BDE ve BİDÖ arasında pozitif yönlü orta şiddetli ($r=0,52$, $r=0,53$); BAÖ arasında pozitif yönlü yüksek şiddetli ($r=0,61$) bir ilişki tespit edilmiştir. PE-KD alt ölçeği ile BDE, BAÖ ve BİDÖ ölçekleri ile arasında pozitif yönlü orta dereceli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,46$, $r=0,52$, $r=0,43$) PE toplam puanı ile BDE ve BİDÖ ölçekleri arasında pozitif yönlü orta dereceli ($r=0,55$, $r=0,44$), BAÖ arasında pozitif yönlü yüksek dereceli bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,73$) PB grubunda PE'nin BDE, BAÖ ve BİDÖ ile korelasyonu Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. PB grubunda PE'nin BDE, BAÖ ve BİDÖ ile korelasyon analizleri

	BDE	BAÖ	BİDÖ
PE-R	$r=0.59$ $p<0.001a$	$r=0.76$ $p<0.001a$	$r=0.36$ $p=0.003b$
PE-T	$r=0.27$ $p=0.03a$	$r=0.48$ $p<0.001a$	$r=0.31$ $p=0.01b$
PE-K	$r=0.51$ $p<0.001a$	$r=0.55$ $p<0.001a$	$r=0.31$ $p=0.01b$
PE- D	$r=0.45$ $p<0.001b$	$r=0.65$ $p<0.001b$	$r=0.35$ $p=0.004b$
PE-K S	$r=0.52$ $p<0.001b$	$r=0.61$ $p<0.001b$	$r=0.53$ $p<0.001b$
PE- KD	$r=0.46$ $p<0.001a$	$r=0.52$ $p<0.001a$	$r=0.43$ $p<0.001b$
PE-TOP	$r=0.55$ $p<0.001b$	$r=0.73$ $p<0.001b$	$r=0.44$ $p=p<0.001$
a.Pearson Korelasyon b. Spearman Korelasyon			

Kısaltmalar: BDE: Beck Depresyon Envanteri, BAÖ: Beck anksiyete Ölçeği BİDÖ: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği PE-TOP: Padua Envanteri toplam puanı PE-R: Ruminasyon alt ölçeği PE-T: Temizlik alt ölçeği PE-K: Kontrol alt ölçeği PE-D: Dürtüler alt ölçeği PE-KS: Kesinlik sayma alt ölçeği PE-KD: Kesinlik davranış alt ölçeği

Bu modelde bağımsız değişkenler: PE-R, PE-T, PE-K, PE-D, PE-KS ve PE-KD alt ölçekleri olarak seçilmiştir. Yapılan varyans analizine göre ($F_{(6,113)}=15.16$) oluşturulan model anlamlıdır($p<0.001$) İlişkinin yordanmasına yönelik yapılan

regresyon analiz sonuçlarına göre; PB olan katılımcıların bağımsız değişken olarak PE alt ölçek puanları DAS ölçeği ile değerlendirilen yeti yitimini % 45 oranında açıklamaktadır. Modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R^2 değeri 0,446 olarak hesaplanmıştır. ($R=0,668$; $R^2 = 0,446$ $p<0,001$) PE-R alt ölçeği yeti yitimini pozitif yönde yordamaktadır. ($p<0,001$) Bir birimlik ruminasyondaki değişim yeti yitiminde 1,07 puanlık artışa sebep olmaktadır. ($B=1,071$) PE Kontrol alt ölçeği DAS Yeti Yitimi Ölçeğini negatif yönde yordamaktadır. ($p=0,01$) Yani bir birimlik kontroldeki değişim DAS yeti yitimi ölçeğinde 0,80 puanlık bir azalmaya neden olmaktadır. ($B = - 0,799$) PE-KS alt ölçeği DAS Yeti Yitimi Ölçeğini pozitif yönde yordamaktadır. ($p=0,03$) Bir birimlik Kesinlik Sayma alt ölçeğindeki değişim, yeti yitiminde 1,89 puanlık bir artışa neden olmaktadır. ($B = 1,891$) PE-KD alt ölçeği DAS Yeti Yitimi ölçeğini pozitif yönde yordamaktadır. ($p=0,001$) Bir birimlik Kesinlik Davranıştaki değişim, yeti yitiminde 2,30 puanlık bir artışa neden olmaktadır. ($B=2,303$) Bu veriler ışığında DAS yeti yitimine en fazla etki eden faktörün Ruminasyon alt ölçeği olduğunu söyleyebiliriz. PE'nin yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. PE'nin yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi

Değişkenler	B	Standart Hata B	β	t	p
Sabit	13,996	2,747		5,096	,000
PE-R	1,071	,246	,483	4,353	,000
PE-T	,074	,218	,030	,339	,735
PE-K	-,799	,290	-,281	-2,754	,007
PE- D	-,488	,489	-,090	-,999	,320
PE-K S	1,891	,831	,237	2,276	,025
PE- KD	2,303	,689	,298	3,344	,001
$R=0,668$ $R^2=0,446$ Düzeltilmiş $R^2=0,417$ $F_{(6,113)}=15,16^*$					
* $p<0,001$					

Kısaltmalar: **PE-TOP:** Padua Envanteri toplam puanı **PE-R:** Ruminasyon alt ölçeği **PE-T:** Temizlik alt ölçeği **PE-K:** Kontrol alt ölçeği **PE-D:** Dürtüler alt ölçeği **PE-KS:** Kesinlik sayma alt ölçeği **PE-KD:** Kesinlik davranış alt ölçeği

Bu modelde bağımsız değişkenler: çalışma durumu, cinsiyet, medeni hal ve PE toplam puanı olarak seçilmiştir. Varyans analizine göre ($F_{(4,112)}=17,57$) oluşturulan model anlamlıdır. ($p<0,001$) İlişkinin yordanmasına yönelik yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre; PB olan katılımcıların bağımsız değişken olarak çalışma durumu, cinsiyet, medeni hal ve PE toplam puanı seçildiğinde DAS ölçeği ile değerlendirilen Yeti Yitimini % 39 oranında açıklamaktadır. ($R^2=0,386$) Modelin açıklama gücü olarak

ifade edilen R^2 değeri 0,386 olarak hesaplanmıştır. ($R=0,621$; $R^2 = 0,386$ $p<0,001$) PE toplam puanı DAS Yeti yitimi ölçeğini pozitif yönde yordamaktadır. ($p<0.001$) Padua Toplamdaki bir birimlik değişim yeti yitimi ölçeğinde 0,28 puanlık bir artışa neden olmaktadır. ($B = 0,283$) Çalışma durumu ile yeti yitimi ölçeği arasında negatif yönde tespit edilmiştir. Çalışan katılımcıların yeti yitimi çalışmayanlardan 10,48 puan daha düşüktür. ($B=10,479$; $p=0.003$) PE-TOP ile istihdam edilme, bekar ve kadın olmak verilerinin yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. PE-TOP ile istihdam edilme, bekar ve kadın olmak verilerinin yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi

Değişkenler	B	Standart Hata B	β	t	p
Sabit	22,017	5,134		4,288	,000
PE-TOP	,283	,043	,507	6,611	,000
Kadın	-6,365	3,387	-,144	-1,879	,063
Bekar	-2,148	3,634	-,048	-,591	,556
Çalışıyor	-10,479	3,414	-,253	-3,069	,003
R=0,621 $R^2=0,386$ Düzeltilmiş $R^2=0,364$ $F_{(4,112)}=17.57^*$ * $p<0,001$					

Kısaltmalar: PE-TOP: Padua Envanteri toplam puanı

Bu modelde bağımsız değişkenler: BDE, BAÖ ve BİDÖ olarak seçilmiştir. Varyans analizine göre ($F_{(3,118)}=28.31$) oluşturulan model anlamlıdır. ($p<0.001$) Buna göre bağımsız değişkenler DAS ölçeği ile değerlendirilen yeti yitimini % 42 oranında açıklamaktadır. ($R^2=0,419$) Modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R^2 değeri 0,419 olarak hesaplanmıştır. ($R=0,647$; $R^2 = 0,419$ $p<0,001$) BAÖ, DAS ölçeği ile değerlendirilen yeti yitimini pozitif yönde yordamaktadır. ($p<0.001$) Anksiyetede bir birimlik değişim yeti yitiminde 0.69 puanlık artışa sebep olmaktadır. ($B=0,689$) BDE, BAÖ ve BİDÖ’nün yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi Tablo 23’de gösterilmiştir.

Tablo 23. BDE, BAÖ ve BİDÖ'nün yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi

Değişkenler	B	Standart Hata B	β	t	p
Sabit	13,465	2,141		6,290	,000
BDE	,345	,203	,188	1,696	,092
BAÖ	,689	,176	,412	3,904	,000
BİDÖ	,309	,259	,115	1,194	,235
R=0,647 R²=0,419 Düzeltilmiş R²=0,404 F_(3,118)=28.31*					
* p<0,001					

Kısaltmalar: BDE: Beck Depresyon Envanteri, BAÖ: Beck anksiyete Ölçeği BİDÖ: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği

Bu modelde bağımsız değişkenler: QoL1, QoL2, QoL3, QoL4, QoL5 olarak seçilmiştir. Varyans analizine göre ($F_{(5,117)}=24.07$) oluşturulan model anlamlıdır. ($p<0.001$) Buna göre bağımsız değişkenler DAS ölçeği ile değerlendirilen yeti yitimini % 51 oranında açıklamaktadır. ($R^2=0,507$) Modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R^2 değeri 0,507 olarak hesaplanmıştır. ($R=0,712$; $R^2 = 0,507$ $p<0,001$) QoL1 alt ölçeği yeti yitimini negatif yönde yordamaktadır. ($p<0.001$) Beden alt ölçeğindeki bir birimlik değişim DAS ölçeği ile değerlendirilen yeti yitiminde 3,20 puanlık bir azalışa sebep olmaktadır. ($B= -3,200$) QoL3 alt ölçeği DAS ölçeği ile değerlendirilen yeti yitimini negatif yönde yordamaktadır. ($p<0.001$) QoL3 alt ölçeğindeki bir birimlik değişim yeti yitiminde 1,89 birimlik bir azalışa neden olmaktadır. ($B= -1,886$) QoL5 alt ölçeği DAS ölçeği ile değerlendirilen yeti yitimini negatif yönde yordamaktadır. ($p=0.047$) QoL5 alt ölçeğindeki bir birimlik değişim DAS ölçeği ile değerlendirilen yeti yitiminde 1.12 birimlik bir azalışa neden olmaktadır. ($B=-1,122$) Yaşam kalitesinin, yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi Tablo 24'de gösterilmiştir.

Tablo 24. Yaşam kalitesinin, yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi

Değişkenler	B	Standart Hata B	β	t	p
Sabit	86,767	9,078		9,558	,000
QoL1	-3,200	,831	-,418	-3,850	,000
QoL2	,067	,946	,008	,071	,943
QoL3	-1,886	,459	-,359	-4,106	,000
QoL4	1,626	1,001	,167	1,625	,107
QoL5	-1,122	,560	-,188	-2,005	,047
R=0,712 R²=0,507 Düzeltilmiş R²=0,486 F_(5,117)=24.07*					
* p<0,001					

Kısaltmalar: QoL1: Bedensel yaşam kalitesi alt ölçeği QoL2: Psikolojik yaşam kalitesi alt ölçeği QoL3: Sosyal yaşam kalitesi alt ölçeği QoL4: Çevresel yaşam kalitesi alt ölçeği QoL5: Genel sağlık durumu alt ölçeği

Bu modelde bağımsız değişken QoLT olarak seçilmiştir. Varyans analizine göre ($F_{(1,121)}=96.89$) oluşturulan model anlamlıdır. ($p<0.001$) Buna göre bağımsız değişkenler DAS ölçeği ile değerlendirilen Yeti yitimini % 45 oranında açıklamaktadır. ($R^2=0,445$) Modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R^2 değeri 0,445 olarak hesaplanmıştır. ($R=0,667$; $R^2 = 0,445$ $p<0,001$) QoLT, DAS ölçeği ile değerlendirilen Yeti yitimini negatif yönde yordamaktadır. ($p<0.001$) QoLT'deki bir birimlik değişim yeti yitiminde 1,13 puanlık bir azalışa neden olmaktadır. ($B=-1,131$) Yaşam kalitesinin, yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi Tablo 25'de gösterilmiştir.

Tablo 25. Yaşam kalitesinin, yeti yitimini yordamasına ilişkin regresyon analizi

Değişkenler	B	Standart Hata B	β	t	p
Sabit	100,804	7,633		13,206	,000
QoLT	-1,131	,115	-,667	-9,843	,000
R=0,667 $R^2=0,445$ Düzeltilmiş $R^2=0,440$ $F_{(1,121)}=96.89^*$ * $p<0.001$					

Kısaltmalar: QoLT: WHOQOL-BREF-TR toplam puanı

Bu modelde PE kesinlik davranış, dürtüler, temizlik, kontrol, kesinlik sayma, ruminasyon alt ölçekleri bağımsız değişkenler olarak seçilmiştir. Varyans analizine göre ($F_{(6,118)}=8.58$) oluşturulan model anlamlıdır. ($p<0.001$) Buna göre bağımsız değişkenler yaşam kalitesindeki değişimi % 30 oranında açıklamaktadır. ($R^2=0,304$) Modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R^2 değeri 0,304 olarak hesaplanmıştır. ($R=0,551$; $R^2 = 0,304$ $p<0,001$) PE-R alt ölçeği yaşam kalitesini negatif yönde yordamaktadır. ($p<0.001$) PE-R alt ölçeğindeki bir birimlik artış yaşam kalitesinde 0.65 puanlık bir azalışa neden olmaktadır. ($B= - 0,654$) PE ile belirlenmiş OKS'lerin, yaşam kalitesini yordamasına ilişkin regresyon analizi Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26. PE ile belirlenmiş OKS'lerin, yaşam kalitesini yordamasına ilişkin regresyon analizi

Değişkenler	B	Standart Hata B	β	t	p
Sabit	72,521	1,805		40,171	,000
PE-R	-,654	,161	-,492	-4,048	,000
PE-T	,086	,142	,058	,605	,546
PE-K	,232	,190	,136	1,223	,224
PE- D	-,143	,323	-,044	-,443	,659
PE-K S	-,270	,551	-,056	-,490	,625
PE- KD	-,760	,453	-,164	-1,676	,096
R=0,551 $R^2=0,304$ Düzeltilmiş $R^2=0,268$ $F_{(6,118)}=8.58^*$ * $p<0.001$					

Kısaltmalar: PE-R: Ruminasyon alt ölçeği PE-T: Temizlik alt ölçeği PE-K: Kontrol alt ölçeği PE-D: Dürtüler alt ölçeği PE-KS: Kesinlik sayma alt ölçeği PE-KD: Kesinlik davranış alt ölçeği

Bu modelde bağımsız değişkenler: çalışma durumu, cinsiyet, medeni hal ve PE toplam puanı olarak seçilmiştir. Varyans analizine göre ($F_{(4,117)}=11.91$) oluşturulan model anlamlıdır ($p<0.001$) İlişkinin yordanmasına yönelik yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre; PB olan katılımcıların bağımsız değişken olarak çalışma durumu, cinsiyet, medeni hal ve PE toplam puanı seçildiğinde varyans analizine göre ($F_{(4,117)}=11.91$) oluşturulan model anlamlıdır. ($p<0.001$) Buna göre bağımsız değişkenler yaşam kalitesindeki değişimi % 29 oranında açıklamaktadır. ($R^2=0,289$) Modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R^2 değeri 0,289 olarak hesaplanmıştır. ($R=0,538$; $R^2 = 0,289$ $p<0,001$) Padua Total Yaşam Kalitesini negatif yönde yordamaktadır. ($p<0.001$) Padua Toplamdaki bir birimlik artış yaşam kalitesinde 0.15 puanlık bir azalışa neden olmaktadır. ($B=-0,149$) Çalışanların yaşam Kalitesi çalışmayanlardan 5,28 puan daha fazladır. ($p=0.02$) PE-TOP ile istihdam edilme, bekar ve kadın olmak verilerinin yaşam kalitesini yordamasına ilişkin regresyon analizi Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27. PE-TOP ile istihdam edilme, bekar ve kadın olmak verilerinin yaşam kalitesini yordamasına ilişkin regresyon analizi

Değişkenler	B	Standart Hata B	β	t	p
Sabit	68,181	3,281		20,781	,000
PE-TOP	-,149	,028	-,439	-5,417	,000
Kadın	3,451	2,129	,131	1,621	,108
Bekar	,982	2,297	,036	,428	,670
Çalışıyor	5,284	2,145	,213	2,463	,015
$R=0,538$ $R^2=0,289$ Düzeltilmiş $R^2=0,265$ $F_{(4,117)}=11.91^*$					
* $p<0,001$					

Kısaltmalar: PE-TOP: Padua Envanteri toplam puanı

Bu modelde bağımsız değişkenler: DAS1, DAS2, DAS3, DAS4, DAS5, DAS6 olarak seçilmiştir. Varyans analizine göre ($F_{(6,116)}=20.87$) oluşturulan model anlamlıdır. ($p<0.001$) Buna göre bağımsız değişkenler yaşam kalitesini % 52 oranında açıklamaktadır. ($R^2=0,519$) Modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R^2 değeri 0,519 olarak hesaplanmıştır. ($R=0,720$; $R^2 = 0,519$ $p<0,001$) DAS6 yeti yitimi alt ölçeği yaşam kalitesini negatif yönde yordamaktadır. ($p<0.001$) DAS6 alt ölçeğindeki bir birimlik artış yaşam kalitesi ölçeğinde 0,29 puanlık bir azalışa neden olmaktadır. ($B=-0,288$) Yeti yitiminin, yaşam kalitesini yordamasına ilişkin regresyon analizi Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28. Yeti yitiminin, yaşam kalitesini yordamasına ilişkin regresyon analizi

Değişkenler	B	Standart Hata B	β	t	p
Sabit	75,470	1,363		55,369	,000
DAS1	,002	,054	,004	,038	,970
DAS2	,043	,048	,079	,900	,370
DAS3	-,028	,052	-,048	-,544	,588
DAS4	-,002	,055	-,004	-,034	,973
DAS5	-,086	,051	-,182	-1,669	,098
DAS6	-,288	,059	-,592	-4,908	,000
R=0,720 R²=0,519 Düzeltilmiş R²=0,494 F_(6,116)=20.87*					
*p<0,001					

Kısaltmalar: DAS1: Anlama ve iletişim kurma DAS2: Hareket etme ve bir yerden bir yere gitme DAS3: Kendine bakım DAS4: İnsan ilişkileri DAS5: Yaşam faaliyetleri DAS6: Toplumsal yaşama katılım

Bu modelde bağımsız değişken DAST olarak seçilmiştir. Varyans analizine göre ($F_{(1,121)}=96.89$) oluşturulan model anlamlıdır. ($p<0.001$) Buna göre bağımsız değişkenler yaşam kalitesini % 45 oranında açıklamaktadır. ($R^2=0,445$) Modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R^2 değeri 0,445 olarak hesaplanmıştır. ($R=0,667$; $R^2 = 0,445$ $p<0,001$) DAST yaşam kalitesini negatif yönde yordamaktadır. ($p<0.001$) DAST'deki bir birimlik artış yaşam kalitesinde 0.39 puanlık bir azalışa neden olmaktadır. ($B=-0,393$) Yeti yitiminin yaşam kalitesinin yordamasına ilişkin regresyon analizi Tablo 29'da gösterilmiştir.

Tablo 29. Yeti yitiminin yaşam kalitesinin yordamasına ilişkin regresyon analizi

Değişkenler	B	Standart Hata B	β	t	p
Sabit	75,897	1,355		55,997	,000
DAST	-,393	,040	-,667	-9,843	,000
R=0,667 R²=0,445 Düzeltilmiş R²=0,440 F_(1,121)=96.89*					
* p<0.001					

Kısaltmalar: DAST: WHODAS 2.0 ölçek toplam puanı

Bu modelde bağımsız değişkenler: BİDÖ, Anksiyete, Depresyon. Varyans analizine göre ($F_{(3,125)}=41.34$) oluşturulan model anlamlıdır. ($p<0.001$) Buna göre bağımsız değişkenler yaşam kalitesini % 50 oranında açıklamaktadır. ($R^2=0,498$) Modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R^2 değeri 0,498 olarak hesaplanmıştır. ($R=0,706$; $R^2 = 0,498$ $p<0,001$) BDE yaşam kalitesini negatif yönde yordamaktadır. ($p<0.001$) BDE' deki bir birimlik değişim yaşam kalitesinde 0.57 puanlık bir azalışa neden olmaktadır. BAÖ yaşam kalitesini negatif yönde yordamaktadır. ($p<0.001$) BAÖ'de bir birimlik artış yaşam kalitesinde 0.25 puanlık bir azalışa neden olmaktadır.

BDE, BAÖ ve BİDÖ'nün yaşam kalitesini yordamasına ilişkin regresyon analizi Tablo 30'da gösterilmiştir.

Tablo 30. BDE, BAÖ ve BİDÖ'nün yaşam kalitesini yordamasına ilişkin regresyon analizi

Değişkenler	B	Standart Hata B	β	t	p
Sabit	74,475	1,171		63,615	,000
BDE	-,571	,115	-,537	-4,975	,000
BAÖ	-,248	,100	-,250	-2,474	,015
BİDÖ	,088	,144	,056	,610	,543
R=0,706 R²=0,498 Düzeltilmiş R²=0,486 F_(3,125)=41.34* * p<0,001					

Kısaltmalar: BDE: Beck Depresyon Envanteri, BAÖ: Beck anksiyete Ölçeği BİDÖ: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği

5. TARTIŞMA

Psikotik bozuklukta yaşam kalitesi ve yeti yitimi kişisel, sosyal ve toplumsal anlamda önemli bir konudur. Psikiyatrik hastalıkların gün geçtikçe tanınması ve buna bağlı tanı alan birey sayısının artması ile birlikte bu hastalıklara yönelik tedavi ve rehabilitasyon imkanlarının genişlemesi sonucunda yaşam kalitesi ve yeti yitimi giderek önemi artan bir konu haline gelmiştir. PB’de işlevsellik artışı hastalara gündelik yaşamda özerkliklerini artırma ve kendini daha iyi ifade etme, etkileşim kurduğu çevresini daha iyi anlama, kendi sorunlarına çözüm bulma, bağımsız hareket edebilme, özbakımını gerçekleştirebilme, daha kolay ve etkin insan ilişkileri kurma, gündelik yaşamsal faaliyetlerini gerçekleştirme, topluma etkin ve fonksiyonel bağlantılar ile bağlanma gibi katkılarının olabileceği öngörülebilir. Literatürde PB hastalarında yeti yitimini ve yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünülen birçok faktör araştırılmış olmasına rağmen OKS’lerin bu 2 alan üzerine etkisini araştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada PB hastalarında OKS varlığının yeti yitimi ve yaşam kalitesi ile negatif korelasyon gösterdiği ve bu korelasyonun bazı OKS’ler ile daha belirgin olduğunu saptadık. Bu korelasyonlar kontrol grubunda ya tespit edilemedi ya da şiddeti PB grubuna oranla düşüktü.

Çalışmamızdaki PB grubundaki sosyodemografik veriler genel anlamda literatür ile uyumludur.¹⁶⁷ PB gurubundaki kişilerin % 80,6’sının bekar olduğu, % 70,1’inin çalışmadığı ve bu farklılıkların kontrol grubuna göre anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Verilerdeki bu farklılığın PB’si olan kişilerin insan ilişkileri, yaşam faaliyetleri ve toplumsal katılım alanlarındaki yeti yitiminin bir sonucu olarak düşünülebilir.

Önceleri PB’de iyileşme düzeyi DSM-V’de bulunan tanı kriterlerindeki düzelmeye göre karar verilirdi.⁵² Ancak günümüzde etkin tedavilerin gelişmesi ile birlikte hastaların psikotik belirtileri önemli oranda düzelmektedir; ancak tanı kriterlerine dahil olmayan fonksiyonel kayıplar ve yaşam kalitesindeki bozulma gözden kaçmaktadır.¹⁶⁸ Dikkate alınmayan bu fonksiyonel kayıplar ve düşük yaşam kalitesi, hastanın gündelik yaşamdaki özerkliğini azaltarak hastayı toplumdan uzaklaştırmakta, çevresine ve bakım verenlerine daha fazla yük getirmektedir.^{168,169} Çalışmamızda PB tanıılı kişilerin yeti yitimi daha fazladır ve bu veri PB’nin yeti yitimi ile gittiğini bildiren

çalışmaları desteklemiştir.^{168,170} Çalışmamızda ele aldığımız bir diğer konu da yaşam kalitesidir ve yaşam kalitesi PB grubunda çevre alt ölçeği dışında anlamı derecede düşük bulunmuştur.^{168,170}

Yeti yitiminin ve yaşam kalitesinin komorbiditeler ile yakından ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır.^{81,82} Bu veriler ışığında komorbidite varlığının yeti yitimini artırması, bireyin fonksiyonelliğini azaltması ve yaşam kalitesini kötüleştirilmesi beklenebilir. Çalışmamızda OKS komorbiditesinin PB tanılı bireyler arasında daha fazla olduğu tespit edilmiştir ve bu veri literatürdeki OKS'lerin PB hastalarında daha fazla görüldüğü verisini desteklemektedir.^{2,111}

PYR popülasyonunda OKS'ler ile psikotik semptomların ilişkisi inceleyen bir çalışmada OKS'ler ile anksiyete, sosyal izolasyon ve kognitif etkilenmenin şiddetli ilişkisinin olduğu bildirilmiştir.¹⁷¹ Bu çalışmada psikotik semptomların OKS'lerle olan indirekt ilişkisini göstermeye çalışılmıştır.¹⁷¹ Çalışmamızda PE ve alt ölçekleri ile BAÖ arasında yapılan değerlendirmelerde orta ve yüksek şiddette ilişkiler tespit edilmiştir. OKS'ler ile doğrudan ilişkisi olduğu gösterilen sosyal izolasyon, çalışmamızda WHODAS insan ilişkileri ve toplumsal katılım alt ölçekleri ile sorgulanmış ve PE-TOP ile orta şiddette korelasyon gösterdikleri tespit edilmiştir. Çalışmamızda OKS'ler ile kognitif etkilenme arasındaki ilişki WHODAS anlama alt ölçeği ve PE-TOP ile değerlendirilmiş ve yapılan değerlendirmede OKS'lerin yeti yitimini artırdığı tespit edilmiştir. Bunun yanında regresyon analizleri sonucunda yeti yitimini çalışmamızda en çok etkileyen faktörler PE-R, PE-TOP, QoLT ve BAÖ olduğu bulunmuştur. Bu bilgiler ışığında OKS ile yeti yitiminin ilişkili olduğu anksiyetenin de bu ilişki içinde bir yordayıcı olabileceği çıkarımı yapılabilir. Bunun yanında PE toplam puanı ile alt ölçek puanlarının PANSS toplam puanı ve alt ölçek toplam puanları ile yapılan korelasyon analizinde ölçekler arasında pozitif yönlü ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Bu veri PB tanılı kişilerde OKS'lerin genel psikopatolojiyi artırdığı yorumunu yaptırmaktadır ve literatürde olan OKS'lerin genel psikopatoloji şiddetini arttırdığı ve işlevsellikte ciddi kayıplara yol açtığı verisini desteklemektedir.^{121,135,171}

Çalışmamızda gösterilen istihdam edilmenin yeti yitimi ile negatif yönlü, yaşam kalitesi ile olan pozitif yönlü ilişkisi literatürdeki bilgilerle uyumludur.^{168,170} Yeti yitiminin az olmasının mı istihdam edilebilmesini sağladığı yoksa istihdam edilmesinin

mi yeti yitimini azalttığı konusu tartışmaya açık kalan bir konu olsa da istihdamın yaşam kalitesini pozitif yönde, yeti yitimi ile negatif yönde ilişkili olmasını değiştirmemektedir. Bunun yanında bu bilgiler bize çalışmanın PB tanılı kişilere yalnızca maddi bir kazanç sağlamakla kalmadığını, aynı zamanda bu kişilerin topluma aktif katılımını, sosyal faaliyetlerini ve genel yaşam kalitesini de artırdığını gösteren bir kanıt olmuştur.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak PB grubunda yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir.^{168,172} Literatürde kognitif etkilenme, genel psikopatoloji düzeyi, eşlik eden komorbidlerin yaşam kalitesi üzerine negatif etkisi bildirilmiştir.¹⁷²⁻¹⁷⁴ Çalışmamızda PE ile QoLT ve diğer QoL alt ölçekleri arasında yapılan değerlendirmede OKS'ler ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde korelasyonlar tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi için yapılan regresyon analizlerinde PE-R, PE-TOP, DAS6, DAST ve BDE verilerinin yaşam kalitesini negatif yönde en çok etkileyen faktörler olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında PE-TOP ve PE alt ölçekleri ile BDE, BAÖ ve BİDÖ arasında yapılan değerlendirmede PE-TOP ve PE-R alt ölçeği ile BDE arasında orta şiddette ilişki tespit edilmiştir. Bu veri ruminatif OKS'ler ile depresyonun pozitif yönde korele olduğu bildiren literatür ile uyumludur.¹⁷⁵ Çalışmamızdaki veriler ışığında ruminatif obsesyonel düşünceler, depresif belirtiler ve yaşam kalitesinin birbiri içinde ilişkili olduğu yorumu yapılabilir. PE-TOP ve PE-R ile QoL3 alt ölçeği arasında negatif yönlü ilişki tespit edilmiştir ve OKS'lerin PB tanılı kişilerin sosyal hayatlarını sekteye uğratabileceği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca regresyon analizlerinde DAST ve DAS6 alt ölçeği ve yaşam kalitesi arasında negatif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki bu veriler Üçok ve ark. yapmış olduğu OKS'ler ile WHOQOL-BREF-TR sosyal ilişkiler alt ölçeği arasında negatif ilişki olduğunu bildiren çalışmasıyla uyumludur.¹⁷⁶

Çalışmamızda PE ile BDE, BAÖ ve BİDÖ arasında pozitif yönlü korelasyonlar tespit edilmiştir. Bu veriler literatürde Szmulewicz ve ark. depresif semptomlar ile OKS'ler arasında pozitif yönlü ilişki olduğu verisini desteklemektedir.^{2,177} Çalışmamızdaki regresyon analizlerine göre BDE ölçeğinin daha çok yaşam kalitesini, BAÖ ise daha çok yeti yitimini yordadığı tespit edilmiştir ve bu veriler literatürdeki verilerle uyumludur.^{86,96,171,175} Ayrıca BİDÖ ile olan pozitif yönlü korelasyon

Szmulewicz ve ark. yapmış olduğu OKS'lerdeki yoğunluk ile intihar eğilimi arasındaki pozitif ilişkiyi desteklemektedir.¹⁷⁷

Çalışmamızda PB kişilerde OKS'leri belirlemek için kullandığımız PE'nin bir kesme değerin olmaması PB kişileri OKS varlığına göre gruplara ayırmamızı ve çalışmamızın sonuçlarının çeşitlenmesini engellemiştir. Çalışmamız bu haliyle OKS'ler ve türleri ile yeti yitimi ve yaşam kalitesinin çeşitli bileşenleri ile ilişkiler işaret etmiş olsa da bu verilerin tüm psikotik grubu mu yoksa OKS'leri olan psikotik grubu mu kapsadığı netleşmemiştir ve bu ayırım için hastaların gruplandırılabilceğı ölçeklerle yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızdaki bir diğer kısıtlılık ise kullanılan ilaç türlerinin farklı olmasıdır. Literatürde ilaçların neden olduğu OKS konusu birçok kez tartışılmış, BKAP ajanların İKAP göre daha az OKS'ye neden olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında İKAP ajanların kendi içlerinde de OKS'lere yol açma potansiyelleri farklıdır. Ayrıca OKS'lerin serotonerjik yollarla ilişkisi bu yolu etkileyen ilaç kullanan kişilerin OKS düzeylerini etkileyecektir. Bizim çalışmamızda vaka sayımızın az olması nedeniyle PB grubunu ilaç türlerine göre alt gruplara ayıramadık ve ilaç türlerinin etkilerini araştıramadık.

Çalışmamızda her iki grupta da PANSS ile WHODAS 2.0 ve WHOQOL-BREF-TR arasında anlamlı korelasyon tespit edilememiştir. Ayrıca regresyon analizlerinde QoLT ile DAS1 ve DAS2 alt ölçeklerinin diğer WHODAS 2.0 alt ölçeklerinden farklı olarak pozitif yönde korele olduğu görülmüştür. Bu veriler literatürdeki psikopatoloji şiddeti ile yaşam kalitesinde azalma, yeti yitiminde artış ve yeti yitiminin yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi verileri ile ters düşmektedir.^{168,169,178}

Çalışmamızdaki PANSS dışındaki ölçeklerin özbildirim ölçekleri olması çalışmamızın kısıtlılıklarından olabilir. Çalışmamızda saptadığımız ve literatür ile çelişen; ölçekler arasında beklenen bazı korelasyonların ortaya çıkmamasında ölçeklerin bir kısmının klinisyen, bir kısmının ise hasta tarafından doldurulmuş olmasının rolü olabileceğı düşünülmüştür. İlgörü sahibi hastalar belirtilerini daha şiddetli algılamış, içgörüsü zayıf bireylerse belirtilerinin daha az farkında olmuş; bu da çalışmamızın sonuçlarını etkilemiş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızda PB olan kişilerde kontrol grubuna göre daha şiddetli OKS'ler görülmüştür. PB grubunda OKS'lerin şiddeti ile psikotik semptomlar arasında pozitif yönde korelasyonlar tespit edilmiştir. OKS'ler hem PB'de daha sık görülmekte hem de psikotik psikopatolojiyi artırmaktadır. PB tanılı kişilerin tedavilerinde OKS'lerin dikkate alınarak tedavi düzenlemeleri yapılması hastaların mevcut psikotik semptomlarında daha fazla iyileşme sağlayacaktır.
2. PB grubunda anlama, hareket, kendine bakım, insan ilişkileri, yaşamsal faaliyet ve toplumsal katılım alanlarında yeti yitiminin fazla olduğu bulunmuş, buna ilaveten OKS komorbiditesinin bu alanlardaki yeti yitimi ile pozitif yönde korele olduğu tespit edilmiştir. OKS'leri de göz önüne alarak yapılan bir tedavi ve rehabilitasyon sürecinde hastanın gündelik işlevsellik alanlarındaki birçok sorununa çözüm bulunabilir.
3. PB grubunda anksiyete semptomlarının genel psikopatoloji ve OKS'ler arasında bir yordayıcı olabileceği düşünülmüştür. Buradan hareketle PB tanılı kişilerin anksiyete semptomlarının daha dikkatli ele alınması gerekmektedir ve OKS komorbiditesi için bir işaretçi olabileceği klinik görüşmelerde akılda tutulmalıdır.
4. PB grubunda OKS'ler ile toplumsal etkileşim arasında orta şiddette korelasyonlar olduğu görülmüş ve OKS varlığında PB tanılı kişilerin insan ilişkileri ve toplumsal katılım alanında daha fazla yeti yitimine uğradıkları tespit edilmiştir. Yani OKS'lere yönelik tedavi stratejileri ile bu kişilerin toplumsal katılımları artırılabilir, bakım verene ve sosyal çevresine olan yükü azaltılabilir.
5. PB tanılı kişilerde çalışıyor olmanın yeti yitimini azaltan, yaşam kalitesini artıran bir etken olduğu tespit edilmiştir. Bu veri bize çalışmanın PB tanılı kişilere yalnızca maddi bir kazanç sağlamakla kalmadığını, aynı zamanda bu kişilerin topluma aktif katılımını, sosyal faaliyetlerini ve genel yaşam kalitesini de artırdığını gösteren bir kanıt olmuştur.
6. PB tanılı kişilerde yaşam kalitesinin kontrol grubuna oranla daha kötü olduğu tespit edilmiş olup OKS komorbiditesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. OKS'lerin yeti yitimini artırıcı etkisine ek yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.

7. OKB tanılı ya da sağlıklı bireylerde ruminatif OKS'ler ile depresif belirtiler arasında olan pozitif yönlü korelasyon çalışmamızda PB tanılı kişiler arasında da tespit edilmiştir. Aynı zamanda depresif belirtilerin yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu regresyon analizleriyle bulunmuştur. Ruminatif OKS'ler, depresif belirtiler ve yaşam kalitesi arasında sıkı ilişkiler olduğu ve klinik görüşme esnasında bu belirtilerden birinin görülmesi halinde diğerlerinin de görülebileceği akılda tutulmalıdır.
8. OKS'lerin toplumsal katılım, insan ilişkileri alanları ve toplam yeti yitimini artıran bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak OKS'lerin sosyal alandaki yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Buna ek olarak OKS'lerin pozitif yönde etkilediği toplumsal katılım yeti yitimi alanı ve genel yeti yitimi de sosyal ilişkiler alanındaki yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu veriler ışığında OKS'lerin PB tanılı kişileri birden fazla yoldan sosyal ilişkilerini olumsuz etkilediği görülebilir.
9. PB tanılı kişilerde OKS'lerin anksiyete, depresyon belirtilerini artırdığı ve intihar düşüncesi ile de pozitif yönlü bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir. OKS'lerin depresif belirtiler aracılığıyla yaşam kalitesini düşürdüğü, anksiyete belirtileriyle de yeti yitimini arttığı bir yorum olarak söylenebilir.
10. Elde edilen tüm veriler ışığında PB tanılı kişilerde OKS varlığının hastalık şiddetinin, yeti yitiminin ve yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olabileceği düşünülebilir.
11. OKS varlığı PB hastalarında düşük sosyal ve mesleki işlevsellik düzeyleri, daha düşük yaşam kalitesi, artmış kaygı, depresyon, intihar eğilimi ile ilişkilendirilebilir. Klinikte PB hastaları, hastalığın seyri sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilecek OKS'ler için dikkatle izlenmelidir. Bu komorbiditenin erken tanınması ve hedefe yönelik tedavilerin düzenlenmesi; hastanın yaşam kalitesinin artırmasını, yeti yitiminin azalmasını ve sonlanımın daha olumlu olmasını sağlayacaktır.
12. PB tanılı kişiler arasında OKS'lerin yeti yitimi ve yaşam kalitesine etkisi literatürde sık araştırılan bir konu değildir. Çalışmamızda PB hastalarında OKS varlığının yeti yitimine ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi olabileceği saptansa da PB hastalarının OKS ve/veya OKB varlığı açısından gruplanarak kontrol grubu ile karşılaştırılacağı daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKÇA

1. **Scotti-Muzzi E, Saide OL.** Schizo-obsessive spectrum disorders: An update. *CNS Spectr.* **2017**; 22(3):258-272.
2. **du Montcel CT, Pelissolo A, Schürhoff F, Pignon B.** Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: an Up-To-Date Review of Literature. *Curr Psychiatry Rep.* **2019**; 21(8):64.
3. **Grover S, Sahoo S, Surendran I.** Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: A review. *Acta Neuropsychiatr.* **2019**; 31(2):63-73.
4. **Niendam TA, Berzak J, Cannon TD, Bearden CE.** Obsessive compulsive symptoms in the psychosis prodrome: Correlates of clinical and functional outcome. *Schizophr Res.* **2009**; 108(1-3):170-175.
5. **Haan L De, Schirmbeck F, Zink M.** *Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia*. 1st ed. Cham: Springer International Publishing, **2015**: 10-200.
6. **Faragian S, Pashinian A, Fuchs C, Poyurovsky M.** Obsessive-compulsive symptom dimensions in schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry.* **2009**; 33(6):1009-1012.
7. **Evans K, McGrath J, Milns R.** Searching for schizophrenia in ancient Greek and Roman literature: A systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* **2003**; 107(5):323-330.
8. **Sadock B, Sadock V.** *Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri*. 2.Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, **2005**: 227-232.
9. **Andreasen NC.** The evolving concept of schizophrenia: From Kraepelin to the present and future. In: *Schizophrenia Research*. Vol 28. **1997**; ; 1997:105-109.
10. **Maatz A, Hoff P.** The birth of schizophrenia or a very modern Bleuler: a close reading of Eugen Bleuler's 'Die Prognose der Dementia praecox' and a re-consideration of his contribution to psychiatry. *Hist Psychiatry.* **2014**; 25(4):431-

11. **Fusar-Poli P, Politi P.** Paul Eugen Bleuler and the birth of schizophrenia (1908). *Am J Psychiatry*. **2008**; 165(11):1407.
12. **Moskowitz A, Heim G.** Eugen Bleuler's Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophr Bull*. **2011**; 37(3):471-479.
13. **Sadock B.J. , Alcott Sadock V. RP.** *Kaplan & Sadock Psikiyatri*. 11.Baskı. (Prof. Dr. Ali BOZKURT, ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, **2016**: 441.
14. **Kurt Schneider, Schneider K, Hamilton MW, Schneider K.** *Clinical Psychopathology*. (1, ed.). New York: **1959**: 12-100.
15. **Nordgaard J, Arnfred SM, Handest P, Parnas J.** The diagnostic status of first-rank symptoms. *Schizophr Bull*. **2008**; 34(1):137-154.
16. **Öztürk Orhan, Uluşahin Aylin.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 14.Baskı. Ankara: Bayt Ltd. Şti., **2016**: 189-260.
17. **Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al.** Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. **2013**; 382(9904):1575-1586.
18. **Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, et al.** Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: Findings from the 3-center AESOP study. *Arch Gen Psychiatry*. **2006**; 63(3):250-258.
19. **van Os J, Rutten BPF, Poulton R.** Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophr Bull*. **2008**; 34(6):1066-1082.
20. **McGrath JJ, Welham JL.** Season of birth and schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of data from the Southern Hemisphere. In: *Schizophrenia Research*. Vol 35. **1999**; ; 1999:237-242.
21. **Messias EL, Chen CY, Eaton WW.** Epidemiology of Schizophrenia: Review of

- Findings and Myths. *Psychiatr Clin North Am.* **2007**; 30(3):323-338.
22. **Karamustafalıoğlu O.** *Temel ve Klinik Psikiyatri.* Ankara: Güneş TıpKitapevi, **2018**: 197-282.
 23. **Rosenthal D, Wender PH, Kety SS, Welner J, Schulsinger F.** The adopted-away offspring of schizophrenics. *Am J Psychiatry.* **1971**; 128(3):307-311.
 24. **Walker E, Kestler L, Bollini A, Hochman KM.** Schizophrenia: Etiology and course. *Annu Rev Psychol.* **2004**; 55(1):401-430.
 25. **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**; 133(1-3):133-142.
 26. **Torrey EF, Miller J, Rawlings R, Yolken RH.** Seasonality of births in schizophrenia and bipolar disorder: a review of the literature. *Schizophr Res.* **1997**; 28(1):1-38.
 27. **Piper M, Beneyto M, Burne THJ, Eyles DW, Lewis DA, McGrath JJ.** The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia: convergent clues from epidemiology and neuropathology. *Psychiatr Clin North Am.* **2012**; 35(3):571-584.
 28. **Brown AS.** Exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia. *Front Psychiatry.* **2011**; 2(NOV):1-5.
 29. **Brown AS, Hooton J, Schaefer CA, et al.** Elevated Maternal Interleukin-8 Levels and Risk of Schizophrenia in Adult Offspring. *Am J Psychiatry.* **2004**; 161(5):889-895.
 30. **Polanczyk G, Moffitt TE, Arseneault L, et al.** Etiological and Clinical Features of Childhood Psychotic Symptoms. *Arch Gen Psychiatry.* **2010**; 67(4):328.
 31. **Nilsson E, Ståhlberg G, Lichtenstein P, Cnattingius S, Olausson PO, Hultman CM.** Fetal growth restriction and schizophrenia: a Swedish twin study. *Twin Res Hum Genet.* **2005**; 8(4):402-408.

32. **Reichenberg A, Weiser M, Caspi A, et al.** Premorbid intellectual functioning and risk of schizophrenia and spectrum disorders. *J Clin Exp Neuropsychol*. **2006**; 28(2):193-207.
33. **Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, Leckman JF.** *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. 2.Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, **2013**: 261-303.
34. **Köroğlu E.** *Klinik Psikiyatri*. 1.Baskı. Ankara: Esenkal Yayıncılık, **2020**: 100-300.
35. **Yet H, Solgun C.** *Şizofreni Hastalarında Yetiyitimi İçgörü ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi, **2019**: 3-14.
36. **Kiliçaslan EE, Erol A, Zengin B, Çetınay Aydın P, Mete L.** Şizofreni Başlangıç Yaşı İle Menarş Yaşı Arasındaki İlişki. *Noropsikiyatri Ars*. **2014**; 51(3):211-215.
37. **Karakuş G, Kocal Y, Sert D.** Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Derg*. **2017**; 26(2):251-251.
38. **Işık E, Coşkunol H, Evren C.** *Şizofreni ve Alkol-Madde Bağımlılığı*. 1.baskı. İstanbul: Sigma Publlising, **2015**: 25-70.
39. **Chambers RA, Krystal JH, Self DW.** A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biol Psychiatry*. **2001**; 50(2):71-83.
40. **Khantzian EJ.** The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harv Rev Psychiatry*. **1997**; 4(5):231-244.
41. **Mueser KT, Bellack AS, Blanchard JJ.** Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: Implications for treatment. *J Consult Clin Psychol*. **1992**; 60(6):845-856.
42. **Stahl S.** *Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi Nörobilimsel ve Pratik Uygulamalar*. 4.Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, **2012**: 79-128.
43. **Erdal Işık.** *Güncel Şizofreni*. 1.Baskı. Ankara: G.M Matbaacılık ve Yayıncılık

- A.Ş, **2006**: 53-187.
44. **Kantrowitz JT, Javitt DC.** N-methyl-d-aspartate (NMDA) receptor dysfunction or dysregulation: The final common pathway on the road to schizophrenia? *Brain Res Bull.* **2010**; 83(3-4):108-121.
 45. **Harrison PJ, Law AJ, Eastwood SL.** Glutamate receptors and transporters in the hippocampus in schizophrenia. *Ann N Y Acad Sci.* **2003**; 1003(1):94-101.
 46. **Poels EMP, Kegeles LS, Kantrowitz JT, et al.** Imaging glutamate in schizophrenia: Review of findings and implications for drug discovery. *Mol Psychiatry.* **2014**; 19(1):20-29.
 47. **Egerton A, Brugger S, Raffin M, et al.** Anterior cingulate glutamate levels related to clinical status following treatment in first-episode schizophrenia. *Neuropsychopharmacology.* **2012**; 37(11):2515-2521.
 48. **Monti JM, Monti D.** Sleep in schizophrenia patients and the effects of antipsychotic drugs. *Sleep Med Rev.* **2004**; 8(2):133-148.
 49. **Munetz MR.** Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia. *Psychiatr Serv.* **1996**; 47(5):539-540.
 50. **Eggers AE.** A serotonin hypothesis of schizophrenia. *Med Hypotheses.* **2013**; 80(6):791-794.
 51. **WHO.** ICD-11.
 52. **Köroğlu E.** *DSM-5 Tanı Ölçütleri.* 1.Baskı. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü, **2013**: 16-25.
 53. **Fischer BA, Carpenter WT.** Will the Kraepelinian Dichotomy Survive DSM-V? *Neuropsychopharmacology.* **2009**; 34(9):2081-2087.
 54. **Perkovic MN, Erjavec GN, Strac DS, Uzun S, Kozumplik O, Pivac N.** Theranostic biomarkers for schizophrenia. *Int J Mol Sci.* **2017**; 18(4):1-38.
 55. **Gaebel W.** Status of Psychotic Disorders in ICD-11. **2020**; 38(5):895-898.

56. **Caloyeras JP, Liu H, Exum E, Broderick M, Mattke S.** Managing manifest diseases, but not health risks, saved pepsico money over seven years. *Health Aff.* **2014**; 33(1):124-131.
57. **Wagman AMI, Heinrichs DW, Carpenter WT.** Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: Neuropsychological evaluation. *Psychiatry Res.* **1987**; 22(4):319-330.
58. **Shepherd M, Watt D, Falloon I, Smeeton N.** The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychol Med Monogr Suppl.* **1989**; 15:1-46.
59. **Sajith SG, Chandrasekaran R, Sadanandan Unni KE, Sahai A.** Acute polymorphic psychotic disorder: Diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr Scand.* **2002**; 105(2):104-109.
60. **Okasha A, El Dawla AS, Khalil AH, Saad A.** Presentation of acute psychosis in an Egyptian sample: A transcultural comparison. *Compr Psychiatry.* **1993**; 34(1):4-9.
61. **WHO undefined.** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision ICD-10 : Tabular List. **2016**; 1:332-345.
62. **Katschnig H.** Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* **2000**; 102(407):33-37.
63. **Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PRA.** Quality of life in schizophrenia. *Nord J Psychiatry.* **1990**; 44(1):71-75.
64. **Kaya Y.** Global Social Functioning of Patients with Schizophrenia and Care Burden of Caregiving Relatives. *J Psychiatr Nurs.* **2018**; 10(1):28-38.
65. **McKenna S.** Measuring quality of life in schizophrenia. *Eur Psychiatry.* **1997**; 12(S3):267s-274s.
66. **Soygür H.** Şizofreni ve Yaşam Niteliği. *J Clin Psychiatry.* **2003**; 6(50):9-14.

67. **Lippmann J, Fock A, Arulanandam S.** Cerebral arterial gas embolism with delayed treatment and a fatal outcome in a 14-year-old diver. *Diving Hyperb Med.* **2011**; 41(1):31-34.
68. **Nørholm V.** Quality of life for schizophrenic patients. *Nord J Psychiatry.* **2003**; 57(2):161-162.
69. **Ritsner M, Kurs R, Ponizovsky A, Hadjez J.** Perceived quality of life in schizophrenia: Relationships to sleep quality. *Qual Life Res.* **2004**; 13(4):783-791.
70. **Vandiver VL.** Quality of life, gender and schizophrenia: A cross-national survey in Canada, Cuba, and U.S.A. *Community Ment Health J.* **1998**; 34(5):501-511.
71. **Röder-Wanner UU, Oliver JPJ, Priebe S.** Does quality of life differ in schizophrenic women and men? An empirical study. *Int J Soc Psychiatry.* **1997**; 43(2):129-143.
72. **Browne S, Roe M, Lane A, et al.** Quality of life in schizophrenia: Relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand.* **1996**; 94(2):118-124.
73. **Atkinson M, Zibin S, Chuang H.** Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry.* **1997**; 154(1):99-105.
74. **Lehman AF, Ward NC, Linn LS.** Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry.* **1982**; 139(10):1271-1276.
75. **Koivumaa-Honkanen HT, Honkanen R, Antikainen R, Hintikka J, Viinamäki H.** Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand.* **2007**; 99(5):377-384.
76. **Reine G, Lançon C, Di Tucci S, Sapin C, Auquier P.** Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand.* **2003**; 108(4):297-303.

77. **Huppert JD, Smith TE.** Longitudinal analysis of subjective quality of life in schizophrenia: Anxiety as the best symptom predictor. *J Nerv Ment Dis.* **2001**; 189(10):669-675.
78. **Michael, Ritsner.** Predicting Changes in Domain-Specific Quality of Life of Schizophrenia Patients. *J Nerv Ment Dis.* **2003**; 191(5):287-294.
79. **Caron J, Lecomte Y, Stip E, Renaud S.** Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Ment Health J.* **2005**; 41(4):399-417.
80. **Roux P, Urbach M, Fonteneau S, et al.** Psychiatric disability as mediator of the neurocognition-functioning link in schizophrenia spectrum disorders: SEM analysis using the Evaluation of Cognitive Processes involved in Disability in Schizophrenia (ECPDS) scale. *Schizophr Res.* **2018**; 201:196-203.
81. **Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ.** Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull.* **2009**; 35(2):383-402.
82. **Sim K, Mahendran R, Siris SG, Heckers S, Chong SA.** Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Res.* **2004**; 129(2):141-147.
83. **Pompili M, Amador XF, Girardi P, et al.** Suicide risk in schizophrenia: Learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry.* **2007**; 6:1-22.
84. **Murat Güney.** Şizofrenide Depresyon ve İntihar. ÖZDEN A, ed. *Kriz Derg.* **1993**; 1(2):001-008.
85. **Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Mérette C, Roy M-A.** How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull.* **2011**; 37(4):811-821.
86. **Braga RJ, Mendlowicz M V., Marrocos RP, Figueira IL.** Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: Prevalence and impact on the subjective quality of life. *J Psychiatr Res.* **2005**; 39(4):409-414.
87. **Tsai J, Rosenheck RA.** Psychiatric comorbidity among adults with

- schizophrenia: A latent class analysis. *Psychiatry Res.* **2013**; 210(1):16-20.
88. **Fontenelle LF, Lin A, Pantelis C, Wood SJ, Nelson B, Yung AR.** Markers of vulnerability to obsessive-compulsive disorder in an ultra-high risk sample of patients who developed psychosis. *Early Interv Psychiatry.* **2012**; 6(2):201-206.
89. **Cederlöf M, Lichtenstein P, Larsson H, et al.** Obsessive-compulsive disorder, psychosis, and bipolarity: A longitudinal cohort and multigenerational family study. *Schizophr Bull.* **2015**; 41(5):1076-1083.
90. **Meier SM, Liselotte Petersen ;, Pedersen MG, et al.** Obsessive-Compulsive Disorder as a Risk Factor for Schizophrenia A Nationwide Study. *JAMA Psychiatry.* **2014**; 71(11):1215-1221.
91. **Fontenelle LF, Lin A, Pantelis C, Wood SJ, Nelson B, Yung AR.** A longitudinal study of obsessive-compulsive disorder in individuals at ultra-high risk for psychosis. *J Psychiatr Res.* **2011**; 45(9):1140-1145.
92. **Zink M, Schirmbeck F, Rausch F, et al.** Obsessive-compulsive symptoms in at-risk mental states for psychosis: associations with clinical impairment and cognitive function. *Acta Psychiatr Scand.* **2014**; 130(3):214-226.
93. **Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, et al.** Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry.* **2002**; 43(2):150-157.
94. **Poyurovsky M, Koran LM.** Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: Diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *J Psychiatr Res.* **2005**; 39(4):399-408.
95. **Oulis P.** Differential diagnosis of obsessive-compulsive symptoms from delusions in schizophrenia: A phenomenological approach. *World J Psychiatry.* **2013**; 3(3):50.
96. **Hagen K, Hansen B, Joa I, Larsen TK.** Prevalence and clinical characteristics of patients with obsessive-compulsive disorder in first-episode psychosis. *BMC Psychiatry.* **2013**; 13(1):2-7.

97. **De Haan L, Sterk B, Wouters L, Linszen DH.** The 5-year course of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in first-episode schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull.* **2013**; 39(1):151-160.
98. **Karslioğlu EH, Kaymak SU, Soygür H, et al.** Personality disorders accompanying schizophrenia: Analysis of a series consisting of 75 patients. *Klin Psikofarmakol Bul.* **2012**; 22(1):59-70.
99. **Hogg B, Jackson HJ, Rudd RP, Edwards J.** Diagnosing personality disorders in recent-onset schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* **1990**; 178(3):194-199.
100. **Rodríguez Solano JJ, González De Chávez M.** Premorbid personality disorders in schizophrenia. *Schizophr Res.* **2000**; 44(2):137-144.
101. **Oulis P, Lykouras L, Hatzimanolis J, Tomaras V.** Comorbidity of DSM-III-R personality disorders in schizophrenic and unipolar mood disorders: A comparative study. *Eur Psychiatry.* **1997**; 12(6):316-318.
102. **Wickett A, Essman W, Beck-Jennings J, Davis L, McIlvried J, Lysaker PH.** Cluster B and C personality traits, symptom correlates, and treatment utilization in postacute schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* **2006**; 194(9):650-653.
103. **De Portugal E, Martínez C, González N, Del Amo V, Haro JM, Cervilla JA.** Clinical and cognitive correlates of psychiatric comorbidity in delusional disorder outpatients. *Aust N Z J Psychiatry.* **2011**; 45(5):416-425.
104. **Maina G, Albert U, Badà A, Bogetto F.** Occurrence and clinical correlates of psychiatric co-morbidity in delusional disorder. *Eur Psychiatry.* **2001**; 16(4):222-228.
105. **Marino C, Nobile M, Bellodi L, Smeraldi E.** Delusional disorder and mood disorder: Can they coexist? *Psychopathology.* **1993**; 26(2):53-61.
106. **Hsiao MC, Liu CY, Yang YY, Yeh EK.** Delusional disorder: Retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. *Psychiatry Clin Neurosci.* **1999**; 53(6):673-676.

107. **Öztürk MO, Uluşahin A.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 14.Baskı. Ankara: Bayt Ltd. Şti., **2016**: 364-379.
108. **Ozdemir O.** Dimensional Approach in Psychiatry. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry*. **2012**; 4(3):315.
109. **Leboyer M, Schurhoff F.** Searching across diagnostic boundaries. *Schizophr Bull*. **2014**; 40(5):946-948.
110. **Kelly JR, Clarke G, Cryan JF, Dinan TG.** Dimensional thinking in psychiatry in the era of the Research Domain Criteria (RDoC). *Ir J Psychol Med*. **2018**; 35(2):89-94.
111. **Swets M, Dekker J, van Emmerik-van Oortmerssen K, et al.** The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. *Schizophr Res*. **2014**; 152(2-3):458-468.
112. **Gelegen V, Tamam L.** Schizo-obsessive Disorder. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry*. **2013**; 5(2):204.
113. **Poyurovsky M, Koran LM.** Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: Diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *J Psychiatr Res*. **2005**; 39(4):399-408.
114. **Fazel S, Bakiyeva L, Cnattingius S, et al.** Perinatal risk factors in offenders with severe personality disorder: a population-based investigation. *J Pers Disord*. **2012**; 26(5):737-750.
115. **Fontenelle LF, Mendlowicz M V., Versiani M.** The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. **2006**; 30(3):327-337.
116. **Poyurovsky M, Zohar J, Glick I, et al.** Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: Implications for future psychiatric classifications. *Compr Psychiatry*. **2012**; 53(5):480-483.
117. **Yung AR, Yung AR, Pan Yuen H, et al.** Mapping the Onset of Psychosis: The

- Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust New Zeal J Psychiatry*. **2005**; 39(11-12):964-971.
118. **Poyurovsky M, Faragian S, Shabeta A, Kosov A.** Comparison of clinical characteristics, co-morbidity and pharmacotherapy in adolescent schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. **2008**; 159(1-2):133-139.
 119. **Bottas A.** Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Times*. **2009**; 26(4):25-31.
 120. **American Psychiatric Association.** DSM-5 Diagnostic Classification. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, **2013**; ; 2013.
 121. **Baytunca B, Kalyoncu T, Ozel I, Erermiş S, Kayahan B, Öngür D.** Early Onset Schizophrenia Associated with Obsessive-Compulsive Disorder: Clinical Features and Correlates. *Clin Neuropharmacol*. **2017**; 40(6):243-245.
 122. **Cherian A V., Narayanaswamy JC, Srinivasaraju R, et al.** Does insight have specific correlation with symptom dimensions in OCD? *J Affect Disord*. **2012**; 138(3):352-359.
 123. **Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, et al.** Obsessive-compulsive disorder with poor insight: A three-year prospective study. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. **2010**; 34(2):323-330.
 124. **Melca IA, Yücel M, Mendlowicz M V., de Oliveira-Souza R, Fontenelle LF.** The correlates of obsessive-compulsive, Schizotypal, And borderline personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. **2015**; 33:15-24.
 125. **LaPorta LD, Baker RW, Chengappa KNR, Steingard S, Schooler NR, Baird JW.** More on obsessive-compulsive symptoms and clozapine [1]. *J Clin Psychiatry*. **1994**; 55(7):312.
 126. **Grillault Laroche D, Gaillard A.** Induced Obsessive Compulsive Symptoms (OCS) in schizophrenia patients under Atypical 2 Antipsychotics (AAPs): review

- and hypotheses. *Psychiatry Res.* **2016**; 246:119-128.
127. **Fonseka TM, Richter MA, Müller DJ.** Second generation antipsychotic-induced obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: A review of the experimental literature topical collection on genetic disorders. *Curr Psychiatry Rep.* **2014**; 16(11).
 128. **Schirmbeck F, Zink M.** Clozapine-Induced Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: A Critical Review. *Curr Neuropsychopharmacol.* **2012**; 10(1):88-95.
 129. **Lin SK, Su SF, Pan CH.** Higher plasma drug concentration in clozapine-treated schizophrenic patients with side effects of obsessive/compulsive symptoms. *Ther Drug Monit.* **2006**; 28(3):303-307.
 130. **Meltzer HY.** Clinical studies on the mechanism of action of clozapine: the dopamine-serotonin hypothesis of schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl).* **1989**; 99 Suppl(1 Supplement):S18-27.
 131. **Schirmbeck F, Esslinger C, Rausch F, Englisch S, Meyer-Lindenberg A, Zink M.** Antiserotonergic antipsychotics are associated with obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Psychol Med.* **2011**; 41(11):2361-2373.
 132. **Fernandez-Egea E, Worbe Y, Bernardo M, Robbins TW.** Distinct risk factors for obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Psychol Med.* **2018**; 48(16):2668-2675.
 133. **Schirmbeck F, Zink M.** Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. *Front Pharmacol.* **2013**; 4.
 134. **Stryjer R, Dambinsky Y, Timinsky I, et al.** Escitalopram in the treatment of patients with schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: An open-label, prospective study. *Int Clin Psychopharmacol.* **2013**; 28(2):96-98.
 135. **Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J.** Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res.* **1992**; 6(3):201-208.

136. **Tonna M, Ottoni R, Paglia F, et al.** Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia and in obsessive-compulsive disorder: Differences and similarities. *J Psychiatr Pract.* **2016**; 22(2):111-116.
137. **Bulzacka E, Boyer L, Schürhoff F, et al.** Chronic peripheral inflammation is associated with cognitive impairment in schizophrenia: Results from the multicentric FACE-SZ dataset. *Schizophr Bull.* **2016**; 42(5):1290-1302.
138. **Michalopoulou PG, Konstantakopoulos G, Typaldou M, et al.** Can cognitive deficits differentiate between schizophrenia with and without obsessive-compulsive symptoms? *Compr Psychiatry.* **2014**; 55(4):1015-1021.
139. **Cunill R, Huerta-Ramos E, Castells X.** The effect of obsessive-compulsive symptomatology on executive functions in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* **2013**; 210(1):21-28.
140. **Schirmbeck F, Swets M, Meijer CJ, Zink M, Lieuwe De Haan .** Obsessive-compulsive symptoms and overall psychopathology in psychotic disorders: longitudinal assessment of patients and siblings. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* **2018**; 268:279-289.
141. **Sugarman MA, Kirsch I, Huppert JD.** Obsessive-compulsive disorder has a reduced placebo (and antidepressant) response compared to other anxiety disorders: A meta-analysis. *J Affect Disord.* **2017**; 218:217-226.
142. **Denys D, Zohar J, Westenberg HGM.** The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry.* **2004**; 65 Suppl 1:11-17.
143. **Pignon B, Tezenas du Montcel C, Carton L, Pelissolo A.** The Place of Antipsychotics in the Therapy of Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* **2017**; 19(12):103.
144. **van Nimwegen L, de Haan L, van Beveren N, Laan W, van den Brink W, Linszen D.** Obsessive-Compulsive Symptoms in a Randomized, Double-Blind Study With Olanzapine or Risperidone in Young Patients With Early Psychosis.

- J Clin Psychopharmacol.* **2008**; 28(2):214-218.
145. **Temmingh H, Stein DJ.** Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS Drugs.* **2015**; 29(10):819-832.
146. **McDougle CJ, Goodman WK, Price LH.** Dopamine antagonists in tic-related and psychotic spectrum obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* **1994**; 55 Suppl(3 SUPPL.):24-31.
147. **Matsunaga H, Nagata T, Hayashida K, Ohya K, Kiriike N, Stein DJ.** A Long-Term Trial of the Effectiveness and Safety of Atypical Antipsychotic Agents in Augmenting SSRI-Refractory Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry.* **2009**; 70(6):863-868.
148. **Kapur S, Zipursky RB, Remington G.** Clinical and theoretical implications of 5-HT₂ and D₂ receptor occupancy of clozapine, risperidone, and olanzapine in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* **1999**; 156(2):286-293.
149. **Ramasubbu R, Ravindran A, Lapierre Y.** Serotonin and dopamine antagonism in obsessive-compulsive disorder: Effect of atypical antipsychotic drugs. *Pharmacopsychiatry.* **2000**; 33(6):236-238.
150. **Schirmbeck F, Konijn M, Hoetjes V, Zink M, de Haan L.** Obsessive-compulsive symptoms in psychotic disorders: longitudinal associations of symptom clusters on between- and within-subject levels. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* **2019**; 269(2):245-255.
151. **Villari V, Frieri T, Fagiolini A.** Aripiprazole augmentation in clozapine-associated obsessive-compulsive symptoms. *J Clin Psychopharmacol.* **2011**; 31(3):375-376.
152. **Schirmbeck F, Zink M.** Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. *Front Pharmacol.* **2013**; 4:99.
153. **Eryılmaz G, Hızlı Sayar G, Ozten E, Göğceğöz Gül I, Karamustafaloğlu O.** Aripiprazole augmentation in clozapine-associated obsessive-compulsive

- symptoms in schizophrenia. *Ann Gen Psychiatry*. **2013**; 12(1):40.
154. **Jacobsen FM**. Risperidone in the treatment of affective illness and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. **1995**; 56(9):423-429.
155. **Englisch S, Zink M**. Combined antipsychotic treatment involving clozapine and aripiprazole. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. **2008**; 32(6):1386-1392.
156. **Hanisch F, Friedemann J, Piro J, Gutmann P**. Maintenance electroconvulsive therapy for comorbid pharmacotherapy-refractory obsessive-compulsive and schizoaffective disorder. *Eur J Med Res*. **2009**; 14(8):367-368.
157. **Gharabawi GM, Lasser RA, Bossie CA, Zhu Y, Amador X**. Insight and its relationship to clinical outcomes in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder receiving long-acting risperidone. *Int Clin Psychopharmacol*. **2006**; 21(4):233-240.
158. **Kay SR, Fiszbein A, Opler LA**. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. **1987**; 13(2):261-276.
159. **Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A**. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikol Derg*. **1999**; 14:23-32.
160. **Bernstein U**. Study of behaviour in wear and wear life of shirts-an example from practical textile testing. **1972**; 41(10).
161. **Eser E, Fidnner H, Eser SY, Elbi H**. Psychometric properties of the WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF ' in psikometrik özellikleri. *3P Derg*. **1999**; 7((Ek 2)):23-40.
162. **Ulusoy M**. Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu'nun (BFBFÖ-K) Türkçe Uyarlaması. *Klin Psikol Derg*. **2018**; 2(3):117-127.
163. **Yakar T, Baran A, Güngör S, et al**. The factors affecting Beck depression scale in asthmatic patients. *Tuberk Toraks*. **2007**; 55(1):11-17.

164. **Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA.** An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* **1988**; 56(6):893-897.
165. **Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T.** İntihar Davranışı ile Depresyon Ümitsizlik İntihar Düşünce İlişkisi İntihar Davranış Ölçeği geçerlilik Güvenirlik Çalışması. *Kriz Derg.* Published online 1995:223-225.
166. **Tabachnick BG, Fidell LS.** Using Multivariate Statistics. *J Appl Psychol.* **2007**; 87(4):611-628.
167. **Piper M, Beneyto M, Burne TH, et al.** The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia-convergent clues from epidemiology and neuropathology. *Psychiatr Clin North Am.* 35(3):571-584.
168. **Lin J, Zeng Y.** Quality of Life and Disability in Chinese People Living with Severe Mental Illness. *J Psychosoc Rehabil Ment Heal.* **2015**; 2(2):125-129.
169. **Guilera G, Gómez-Benito J, Pino O, et al.** Utility of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in schizophrenia. *Schizophr Res.* **2012**; 138(2-3):240-247.
170. **Lu S-J, Liou T-H, Yen C-F, et al.** Determinants of Employment Outcome for the People with Schizophrenia Using the WHODAS 2.0. *J Occup Rehabil.* **2019**; 29(2):375-383.
171. **Ong HL, Isvoranu A-M, Schirmbeck F, et al.** Obsessive-Compulsive Symptoms and Other Symptoms of the At-risk Mental State for Psychosis: A Network Perspective. *Schizophr Bull.* **2021**; 47(4):1018-1028.
172. **Tiryaki A, Ozkorumak E.** Do the obsessive-compulsive symptoms have an effect in schizophrenia? *Compr Psychiatry.* **2010**; 51(4):357-362.
173. **Galletly CA, Clark CR, McFarlane AC, Weber DL.** Relationships between changes in symptom ratings, neuropsychological test performance and quality of life in schizophrenic patients treated with clozapine. *Psychiatry Res.* **1997**; 72(3):161-166.

174. **Frías Á, Palma C, Farriols N, Salvador A, Bonet J, Bernáldez I.** Psychopathology and quality of life among patients with comorbidity between schizophrenia spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder: No evidence for a “schizo-obsessive” subtype. *Compr Psychiatry*. **2014**; 55(5):1165-1173.
175. **Wahl K, Ertle A, Bohne A, Zurowski B, Kordon A.** Relations between a ruminative thinking style and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical samples. *Anxiety Stress Coping*. **2011**; 24(2):217-225.
176. **Üçok A, Tihan AK, Karadayi G, Tükel R.** Obsessive compulsive symptoms are related to lower quality of life in patients with Schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract*. **2014**; 18(4):243-247.
177. **Szmulewicz AG, Smith JM, Valerio MP.** Suicidality in clozapine-treated patients with schizophrenia: Role of obsessive-compulsive symptoms. *Psychiatry Res*. **2015**; 230(1):50-55.
178. **Soyata AZ, Akışık S, İnhanlı D, Noyan H, Üçok A.** Relationship of obsessive-compulsive symptoms to clinical variables and cognitive functions in individuals at ultra high risk for psychosis. *Psychiatry Res*. **2018**; 261:332-337.

EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

HASTANIN ADI-SOYADI:

1.YAŞ	
2.CİNSİYET	1.Kadın 2.Erkek
3. EĞİTİM YILI:	
4. MEDENİ DURUMU:	1.Bekar 2.Evli
5. MESLEK:	1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor
6. YAŞADIĞI YER:	1.İl merkezi 2.İl merkezinden küçük
7. ÖZGEÇMİŞ TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ	1.Var 2.Yok
8.	
9. AİLEDE RUHSAL BOZUKLUK	1.Var 2.Yok
ALİŞKANLIKLAR:	
10.SİGARA	1.Var 2.Yok
11.ALKOL	1.Var 2.Yok
12.MADDE	1.Var 2.Yok
13. HASTALIK YILI	
14.İÇGÖRÜ	1.Var 2.Yok
15. HASTANEDE YATIŞ SAYISI	
16. ÖZKİYIM GİRİŞİMİ:	1.Var 2.Yok
17. DAHA ÖNCE EKT UYGULAMASI:	1.Var 2.Yok
18. İLAÇ UYUMU:	1.Var 2.yok
19. KULLANILAN İLAÇ TÜRÜ	1.Antidepresan 2.Duygudurum düzenleyici 3.Antipsikotik (oral) 4.Antipsikotik (depo) 5.Kombine tedavi (belirtiniz.....)
20.SOSYAL DESTEK	1.Var 2.Yok

EK-2 POZİTİF VE NEGATİF BELİRTİ ÖLÇEĞİ (PANSS)

(PANSS) POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ																															
		1=Yok		2=Çok		3= Hafif		4=Orta		5=Orta/ Ağır		6=Ağır		7=Çok Ağır																	
Hasta adı:						Tarih:								Vizit:								Değerlendiren:									
POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P)																GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G)															
P1. SANRILAR		1	2	3	4	5	6	7	G1. BEDENSEL KAYGI		1	2	3	4	5	6	7														
P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI		1	2	3	4	5	6	7	G2. ANKSİYETE		1	2	3	4	5	6	7														
P3. VARSANILAR		1	2	3	4	5	6	7	G3. SUÇLULUK DUYGULARI		1	2	3	4	5	6	7														
P4. TAŞKINLIK		1	2	3	4	5	6	7	G4. GERGİNLİK		1	2	3	4	5	6	7														
P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI		1	2	3	4	5	6	7	G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU		1	2	3	4	5	6	7														
P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME		1	2	3	4	5	6	7	G6. DEPRESYON		1	2	3	4	5	6	7														
P7. DÜŞMANCA TUTUM		1	2	3	4	5	6	7	G7. MOTOR YAVAŞLAMA		1	2	3	4	5	6	7														
NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N)																															
N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME		1	2	3	4	5	6	7	G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ		1	2	3	4	5	6	7														
N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME		1	2	3	4	5	6	7	G10. YÖNELİM BOZUKLUĞU		1	2	3	4	5	6	7														
N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK		1	2	3	4	5	6	7	G11. DİKKAT AZALMASI		1	2	3	4	5	6	7														
N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME		1	2	3	4	5	6	7	G12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ		1	2	3	4	5	6	7														
N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ		1	2	3	4	5	6	7	G13. İRADE BOZUKLUĞU		1	2	3	4	5	6	7														
N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI		1	2	3	4	5	6	7	G14. DÜRTÜ KONTROLSUZLUĞU		1	2	3	4	5	6	7														
N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME		1	2	3	4	5	6	7	G15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI		1	2	3	4	5	6	7														
									G16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA		1	2	3	4	5	6	7														
PUANLAMA: Pozitif belirtiler:										Negatif belirtiler:								Genel Psikopatoloji:						Toplam:							

EK-3 PADUA ENVANTERİ (PE)

PADUA ENVANTERİ

Aşağıdaki ifadeler hemen herkesin günlük yaşamında karşılaştığı düşünce ve davranışları tanımlamaktadır. Lütfen her bir ifade için size en uygun görünen ve bu tür davranış ya da düşüncelerin oluşturabileceği rahatsızlık derecesine en uygun olan tek bir seçeneği işaretleyiniz.

		<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Çok</i>	<i>Epeyce Çok</i>	<i>Aşırı</i>
1	Paraya dokunduğumda ellerimi kirlenmiş hissedirim	0	1	2	3	4
2	Vücut salgıları ile (ter, tükürük, idrar , v.b. gibi) Hafif bir temasla bile giysilerim kirlenebileceğini veya bir şekilde zarar görebileceğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
3	Yabancıların veya belirli insanların dokunduğunu biliyorsam, bir nesneye dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
4	Çöpe veya kirli şeylere dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
5	Mikrop kapmaktan ve hastalıklardan korktuğum için umumi tuvaletleri kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
6	Bulaşıcı hastalıktan korktuğum için halka açık telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
7	Ellerimi gereğinden daha sık ve daha uzun süre yıkarım.	0	1	2	3	4
8	Bazen sadece kirlendiğim ya da mikrop kapтымını düşünerek derhal yıkanır veya temizlenirim	0	1	2	3	4
9	Bir şeye dokunduğumda “mikrop kapтымını” düşünerek, derhal yıkanır veya temizlenirim.	0	1	2	3	4
10	Bir hayvanın bana dokunması halinde, kendimi kirli hissedir ve derhal yıkanmam veya üstümdeki giysileri değiştirmem gerekir.	0	1	2	3	4
11	Kaygılar ve üzüntüler aklıma geldiğinde, onlar hakkında güvenebildiğim birisiyle konuşmadan rahat edemem.	0	1	2	3	4
12	Konuşurken aynı şeyleri veya aynı cümleleri birkaç kez tekrarlama ihtiyacı duyarım.	0	1	2	3	4
13	İnsanların söyledikleri ilk seferinde anladığım halde birkaç kez tekrar ettirme ihtiyacı duyarım.	0	1	2	3	4
14	Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken, özel bir sırayı takip etme zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
15	Yatmadan önce belirli şeyleri belirli bir sırayla yapmak zorundayım.	0	1	2	3	4
16	Yatmadan önce giysilerimi özel bir şekilde asmak veya katlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
17	Belirli sayıları nedensiz yere tekrarlama zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
18	Bir şeyleri doğru olarak yapıldığından emin olana kadar, birkaç kez tekrarlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
19	Bir şeyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim.	0	1	2	3	4
20	Ocağı, muslukları ve elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
21	Tam olarak kapalı olduğundan emin olmak için, kapıları, pencereleri, çekmeceleri kontrol etmek uğruna eve geri dönerim.	0	1	2	3	4

		<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Çok</i>	<i>Epeyce Çok</i>	<i>Aşırı</i>
22	Doğru bir şekilde doldurduğumdan emin olmak için formların, evrakların veya çeklerin ayrıntılarını sürekli kontrol ederim.	0	1	2	3	4
23	Sigara, kibrit gibi yanan cisimlerin tam olarak söndüğünden emin olana kadar geri dönüp bakarım.	0	1	2	3	4
24	Elime para aldığım zaman, üst üste birkaç kez sayarım.	0	1	2	3	4
25	Mektupları postalamadan önce pek çok kez dikkatle kontrol ederim.	0	1	2	3	4
26	Önemsiz meselelerde bile, karar vermeyi zor bulurum.	0	1	2	3	4
27	Gerçekte bir şeyi yaptığımı bildiğim halde, bazen bundan emin olamam.	0	1	2	3	4
28	Özellikle benimle ilgili önemli konular konuşulurken, bir şeyleri hiçbir zaman tam olarak ifade edemeyeceğim izlenimine kapılırım.	0	1	2	3	4
29	Bir şeyleri özenli bir şekilde yapsam bile, hala yaptığım işi kötü yaptığım veya eksik bıraktığım izlenimini içinde taşıyorum.	0	1	2	3	4
30	Belirli şeyleri gerektiğinden daha fazla yapmaya devam ettiğim için, bazen geç kalırım.	0	1	2	3	4
31	Yaptığım şeylerin pek çoğuna ilişkin kaygılar ve problemler üretirim.	0	1	2	3	4
32	Belirli şeyler üzerinde düşünmeye başladığımda, onlara takılıp kalırım.	0	1	2	3	4
33	Kendi isteğim dışında, hoş gitmeyen düşünceler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam.	0	1	2	3	4
34	Müstehcen veya kötü kelimeler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam.	0	1	2	3	4
35	Beynim sürekli olarak kendi bildiğini yapıyor ve ben çevremde olup bitene ayak uydurmakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
36	Dalgınlığının veya yaptığım küçük hataların felaket sonuçlar doğuracağını düşünürüm.	0	1	2	3	4
37	Birilerine bilmeden zarar verebileceğime ilişkin uzun süre düşünür veya kaygılanırım.	0	1	2	3	4
38	Ne zaman bir felaket haberi duysam, bir şekilde benim hatam olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
39	Bazen kendime zarar verdiğim veya bazı hastalıklarımın olduğuna ilişkin uzun süre sebepsiz yere kaygılanırım.	0	1	2	3	4
40	Bazen hiç nedeni yokken nesneleri saymaya başlarım.	0	1	2	3	4
41	Önemsiz sayıları tamamıyla hatırlamam gerektiği hissine kapılırım.	0	1	2	3	4
42	Bir şey okuduğum sırada, en azından iki veya üç defa, önemli bir şeyleri kaçırdığım kaygısıyla geri dönmek ve pasajı yeniden okumak zorunda olduğum izlenimine kapılırım.	0	1	2	3	4
43	Önemsiz şeyleri bütünüyle hatırlayabilmek uğruna kaygılanır ve onları unutmamak için çabalarım.	0	1	2	3	4
44	Bir düşünce veya şüphe aklıma takıldığı zaman, onu bütün yönleriyle gözden geçirmem gerekir ve bu şekilde yapana kadar rahat edemem.	0	1	2	3	4
45	Belirli durumlarda, kontrolümü kaybetmekten ve utanç verici şeyler yapmaktan korkarım.	0	1	2	3	4

		<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Çok</i>	<i>Epeyce Çok</i>	<i>Aşırı</i>
46	Bir köprüden veya yüksek bir pencereden aşağıya baktığım zaman, kendimi boşluğa bırakacakmış gibi hissederim.	0	1	2	3	4
47	Yaklaşan bir tren gördüğüm zaman, bazen kendimi onun altına atabileceğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
48	Bazı zamanlar içimden kalabalığın içinde soyunmak gelir.	0	1	2	3	4
49	Araba sürerken bazen içimden bir his arabayı birilerinin üstüne veya bir şeylere doğru sürmeye zorlar.	0	1	2	3	4
50	Silahlara bakmak beni heyecanlandırır ve şiddet içeren düşüncelere sürükler.	0	1	2	3	4
51	Bıçakların, kamaların ve diğer kesici aletlerin keskin tarafından rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
52	Bazen içimde gerçekten aptalca ve yapmak istemediğim şeyleri bana yaptıran bir şey olduğunu hissediyorum.	0	1	2	3	4
53	Bazen sebepsiz yere bir şeyleri kırmak veya hasar vermek ihtiyacı hissederim.	0	1	2	3	4
54	Bazen içimden bir his hiçbir işime yaramadığı halde, başka insanların eşyalarını çalmaya zorlar.	0	1	2	3	4
55	Bazen neredeyse karşı konulmaz bir biçimde süper marketten bir şeyler çalmak içimden geçer.	0	1	2	3	4
56	Bazen savunmasız çocuklara veya hayvanlara aniden zarar verecekmişim gibi gelir.	0	1	2	3	4
57	Belirli hareketleri yapmam veya özel bir şekilde yürümem gerektiği hissine kapılırım.	0	1	2	3	4
58	Belirli durumlarda, sonrasında rahatsız olacağımı bildiğim halde aşırı yeme isteği duyarım.	0	1	2	3	4
59	Bir intihar veya bir cinayet haberi duyduğumda, uzun bir süre boyunca üzülürüm ve bu olay üzerinde düşünmekten bir türlü kendimi alamam.	0	1	2	3	4
60	Mikroplar ve hastalıklara ilişkin gereksiz kaygılar üretirim	0	1	2	3	4

EK-4 DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİ YİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHODAS 2.0)

Tablo 1: Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0

1. ALAN: Anlama ve iletişim kurma

Son 30 gün içinde aşağıdaki durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/Hiç yapamıyorum
D1.1 On dakika süreyle bir işe dikkatini verebilme	1	2	3	4	5
D1.2 Yapılması gereken önemli şeyleri akılda tutma	1	2	3	4	5
D1.3 Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların nedenlerini anlama ve çözümler bulma	1	2	3	4	5
D1.4 Yeni işler öğrenme (yeni bir yol vb.)	1	2	3	4	5
D1.5 İnsanların söylediklerini genel olarak anlama	1	2	3	4	5
D1.6 Bir sohbeti başlatabilme veya sürdürebilme	1	2	3	4	5

2. ALAN: Hareket etme, bir yerden bir yere gitme

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/Hiç yapamıyorum
D2.1 30 dakika gibi uzun süre ayakta durma	1	2	3	4	5
D2.2 Otururken ayağa kalkma	1	2	3	4	5
D2.3 Evin içinde dolaşma	1	2	3	4	5
D2.4 Evden dışarı çıkma	1	2	3	4	5
D2.5 Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme	1	2	3	4	5

3. ALAN: Kendine bakım

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/Hiç yapamıyorum
D3.1 Banyo yapma	1	2	3	4	5
D3.2 Giyinme	1	2	3	4	5
D3.3 Beslenme	1	2	3	4	5
D3.4 Bir kaç gün yalnız kalma	1	2	3	4	5

4. ALAN: İnsan ilişkileri

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/Hiç yapamıyorum
D4.1 Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5
D4.2 Bir arkadaşlığı sürdürme	1	2	3	4	5
D4.3 Yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5
D4.4 Yeni arkadaşlar edinme	1	2	3	4	5
D4.5 Cinsel yaşam	1	2	3	4	5

5. ALAN: Yaşam faaliyetleri

• Ev işleri

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/Hiç yapamıyorum
D5.2 Evle ilgili sorumlulukları yerine getirme	1	2	3	4	5
D5.3 Evdeki önemli görevlerinizi iyi bir şekilde yapma	1	2	3	4	5
D5.4 Yapılması gereken tüm ev işlerini bitirme	1	2	3	4	5
D5.5 Ev işlerini yeterince hızlı yapma	1	2	3	4	5

Eğer kutu işaretlenmişse (Denek Çalışıyorsa veya Öğrenciyse) devam edin, yoksa bir sonraki sayfadaki 6. Bölüme geçin.

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/Hiç yapamıyorum
D5.8 Her gün yapmak zorunda olduğunuz işleri yürütme	1	2	3	4	5
D5.9 İşteki önemli görevlerinizi iyi bir şekilde yerine getirme	1	2	3	4	5
D5.10 Yapılması gereken tüm işleri bitirme	1	2	3	4	5
D5.11 İşleri zamanında bitirme	1	2	3	4	5

6. ALAN: Toplumsal yaşama katılım

Son 30 gün içinde

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/Hiç yapamıyorum
D6.1 Sosyal faaliyetlere herkes kadar katılabilmekte (şenlikler, eğlenceler, dini faaliyetler vb.) ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
D6.2 Çevrenizden kaynaklanan engeller yüzünden ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
D6.4 Sağlık durumunuza ve yol açtığı sonuçlara ne kadar zaman harcadınız?	1	2	3	4	5
D6.5 Sağlık durumunuz yüzünden duygusal olarak ne kadar etkilendiniz?	1	2	3	4	5
D6.6 Sağlığınız için yaptığınız harcamalar sizin ve ailenizin ekonomik durumunu ne kadar etkiledi?	1	2	3	4	5

Son 30 gün içinde

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/Hiç yapamıyorum
D6.7 Sağlık durumunuz yüzünden aileniz ne kadar sorunla karşılaştı?	1	2	3	4	5
D6.8 Dinlenmek veya eğlenmek amacıyla kendi başınıza birşeyler yapmak ne kadar güçlük çekiyorsunuz?	1	2	3	4	5



Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığını ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

	Çok Kötü (1)	Biraz Kötü (2)	Ne iyi ne kötü (3)	Oldukça iyi (4)	Çok iyi (5)
1.Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?					

	Hiç hoşnut değil (1)	Çok az hoşnut (2)	Ne hoşnut ne de değil (3)	Epeyce Hoşnut (4)	Çok Hoşnut (5)
2. Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?					

	Hiç(5)	Çok az (4)	Orta derece (3)	Çokça(2)	Aşırı derecede (1)
3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?*					
4. Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?*					
	Hiç(1)	Çok az (2)	Orta derece (3)	Çokça(4)	Aşırı derecede (5)
5.Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?					
6.Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?					

	Hiç (1)	Çok az (2)	Orta derece (3)	Çokça (4)	Son derecede (5)
7.Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?					
8.Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?					
9.Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?					

	Hiç (1)	Çok az (2)	Orta derece (3)	Çokça (4)	Tamamen (5)
10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?					
11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?					
12. İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?					
13. Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?					
14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?					

	Çok Kötü (1)	Biraz Kötü (2)	Ne iyi ne kötü (3)	Oldukça iyi (4)	Çok iyi (5)
15.Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?					

	Hiç hoşnut değil (1)	Çok az hoşnut (2)	Ne hoşnut ne de değil (3)	Epeyce hoşnut (4)	Çok hoşnut (5)
16.Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?					
17. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?					
19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
20. Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?					
23.Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?					
24.Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
25.Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					

	Hiçbir zaman (1)	Nadiren (2)	Ara sıra (3)	Çoğunlukla (4)	Her zaman (5)
26. Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?					

	Hiç (1)	Çok az (2)	Orta derece (3)	Çokça (4)	Aşırı derecede (5)
27.Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?					

EK-6 BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 1 | (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. | 11 | (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum. |
| 2 | (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. | 12 | (0) Karar verirken eskiden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum. |
| 3 | (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. | 13 | (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum. |
| 4 | (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum. | 14 | (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 5 | (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 15 | (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. |
| 6 | (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | 16 | (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. |
| 7 | (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum. | 17 | (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 8 | (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. | 18 | (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. |
| 9 | (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. | 19 | (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 10 | (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum. | 20 | (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| | | 21 | (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor. |

Toplam BECK-D skoru:.....

EK-7 BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK-8 BECK İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ (BİDÖ)

BECK İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

I. Yaşam / Ölüme Dair Tutumun Özellikleri

- Yaşama arzusu
0.Orta veya şiddetli
1.Zayıf
2.yok
- Ölme arzusu
0.Yok
1.Zayıf
2.Orta veya şiddetli
- Yaşam / Ölüm için Nedenler
0.Yaşam ölümden ağır basmakta
1.Yaşam ve ölüm için nedenler eşit
2.Ölmek yaşamaktan ağır basıyor
- Aktif intihar girişiminde bulunma arzusu
0.Yok
1.Zayıf
2.Orta veya şiddetli
- Pasif İntihar girişimi
0.Yaşamı korumak için intihar girişimi
1.Yaşamayı ölmeyi şansa bırakabilir
2.Hayatını korumak ve sürdürmek için önlemlerden kaçınma

II. İntihar Düşüncesi / Arzusu Karakteristiği

- Zaman boyutu, Süresi
0.Kısa ve geçici dönemler
1.Uzun dönemler
2.Kronik veya hemen daima sürekli
- Zaman boyutu :Sıklık
0.Nadiren
1.Aralıklı
2.Sebat eden veya süreğen
- Düşünce ve Arzuya karşı tutum
0.Kabul etmeyen
1.Ambivalan, tepkisiz
2.Kabul eden
- İntihar davranışını / Acting outu kontrol etme arzusu
0.Kontrol etme duygusu mevcut
1.Kontrol edeceğinden emin değil
2.Kontrol etme duygusu yok
- Aktif girişimden caydırıcı etmenler (din, aile, başarılı olmayan) ciddi hasar. Geri dönüş yok
0.Caydırıcılar sebebi ile intihar etmeme
1.Caydırıcılar hakkında biraz ilgi gösterme
2.Caydırıcılar hakkında hiç yada minimal ilgi taşıma

11. Düşünülen girişim için sebep()

- Çevreyi etkilemek, dikkat çekmek, intikam
- 0 ve 2 nin kombinasyonu
- Problemden kaçma, çözmek, tamamen sona erdirmek

III. Tasarlanan Girişimin Özellikleri ()

- Yöntem: Özgüllük ve Planlama ()
0.Dikkate alınmama
1.Dikkate alınmış fakat detaylar çalışılmamış
2.Detaylar çalışılmış ve çok iyi planlanmış ()
- Yöntem: Erişilebilirlik ()
0.Yönteme ulaşamıyor, fırsat yok
1.Yöntem zaman ve çaba istiyor, fırsat gerçekten y
2a.Yöntem ve fırsata erişilebilir
2b.Gelecekte yöntem ile ilgili fırsat (veya erişilebilirlik önceden tahmin edilebilir.
- Girişimi gerçekleştirme yeteneğine ilişkin duyuları olması
0.Cesaret yok, korkmuş, çok zayıf,(yeteneksiz
1.Cesaret konusunda emin değil, yeteneği var.
2.Yeteneği ve cesareti var
- Gerçek girişimin beklentisi / öngörüşü
0.Yok
1.Belirsiz, emin değil
2.Evet

IV- Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi

- Gerçek Hazırlık
0.Yok ()
1.Kısmen
2.Tam
- İntihar Notu
0.Yok ()
1.Başlamış fakat tamamlamamış yada bırakmamış, sadece düşünce
2.Tamamlamış, bırakmış
- Ölüm beklentisi içinde yapılan sor() hareketler
0.Yok
1.Düşünmüş ve bazı düzenlemeler yapmış
2.Kesin planlar yapmış yada düzenlemeleri tamamlamış
- Tasarlanan girişimin gizlenmesi ya da aldatıcı bir tavır sergilenmesi ()
0.Tasarıları açıkça belli etmek
1.Açıklmaktan çekinmek
2.Yalan söyleme,aldatma, gizli tutma girişimlerinde bulunur.

V- Arka Plan Faktörleri

- Önceki intihar girişimi
0. Yok
1. 1
2. Birden fazla
- Son girişimle ilgili ölme eğilimi
0.Düşük
1.Orta derecede, ikilemli, emin değil
2.Yüksek

EK-9 HASTA GRUBU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU Hasta Grubu

Psikotik Hastalarda Obsesif Kompulsif Semptomların Yaşam Kalitesi ve Yeti Yitimi ile İlişkisinin Araştırılması

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz sosyodemografik veri formuna ek olarak Padua Envanteri, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyon (WHOQOL-BREF), Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0), Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck İntihar ölçeklerini doldurmanız istenecektir. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği(PANNS) ise tarafımızca doldurulacaktır. Anlamadığınız noktalar araştırmacılar tarafından açıklanacaktır. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR
ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA
KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel.
İmza:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel.
İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim
Adı soyadı, unvanı:
Adres:
Tel.
İmza

EK-10 KONTROL GRUBU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU Kontrol Grubu

Psikotik Hastalarda Obsesif Kompulsif Semptomların Yaşam Kalitesi ve Yeti Yitimi ile İlişkisinin Araştırılması

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz sosyodemografik veri formuna ek olarak Padua Envanteri, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyon (WHOQOL-BREF), Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0), Beck Anksiyete, Beck Depresyon Envanteri, Beck İntihar düşüncesi ölçeklerini doldurmanız istenecektir. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği(PANNS) ise tarafımızca doldurulacaktır. Anlamadığınız noktalar araştırmacılar tarafından açıklanacaktır. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel.
İmza:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel.
İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim
Adı soyadı, unvanı:
Adres:
Tel.
İmza