



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

NON AFEKTİF PSİKOZ OLGULARINDA İNTİHAR
DüşüNCESİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE
KLİNİK DEğİşKENLER İLE İLİşKİSİ: ALTI AYLIK İZLEM
ALIşMASI

Dr. Burcu GÜLTEKİN ALTINOK

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. zcan UZUN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

TEŞEKKÜR

Bu tezi oluşturmamda büyük emeği geçen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, tez danışmanım saygıdeğer Prof. Dr. Özcan UZUN'a,

Uzmanlık eğitimim sürecinde beni yetiştiren, destekleyen, bana yol gösteren, örnek olan klinik şefim saygıdeğer Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER başta olmak üzere Prof. Dr. Sinan YETKİN ve Doç. Dr. Bülent Devrim AKÇAY'a,

Bu dört yıllık süreçte desteklerini esirgemeyen, bana ablalık/abilik yapan tüm uzmanlarıma,

Benim için anlamları çalışma arkadaşından çok daha öte, her zaman yanımda olan ve olacağını düşündüğüm sevgili Uzm. Dr. Çiğdem ÇİFCİ KAYGUSUZ ve Doç. Dr. Seçil ÖZEN'e,

Birlikte güzel anılar biriktirdiğim, her zaman bana kapılarını açan sevgili Emel CÖNGÖLOĞLU, Özlem Güler ve Seda KERTLEZ GÜNDÜZALP'e

Çalışma ortamını benim için keyifli hale getiren, dostluklarını her zaman hissettiğim asistan arkadaşlarıma,

Kliniğimizin değerli psikologları, hemşireleri, sekreterleri ve personellerine,

Hayatımın her anında yanımda olan, beni seven, yetiştiren, destekleyen, bugünlere gelmemi sağlayan kıymetli annem ve babama,

Yeri bende çok ayrı olan, ona olan sevgimi kelimelere sığdıramadığım, benim için her zaman çocuk kalacak canım kardeşim Beste'ye,

Ve son olarak; hayatı, mutluluğu, hüznü birlikte paylaştığım, birlikte gülüp ağladığım, can yoldaşım, yol arkadaşım eşim Tufan'a

Teşekkürlerimle...

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. ŞİZOFRENİ SPEKTRUM VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR.....	2
2.1.1. Genel Bilgiler, Tanımlar ve Dsm-5 Tanı Kriterleri	2
2.1.2. Etiyoloji.....	5
2.1.3. Epidemiyoloji	7
2.1.4. Patofizyoloji	7
2.1.5. Prognoz	8
2.2. İNTİHAR.....	10
2.3. İLK ATAK PSİKOZDA İNTİHAR	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. ÖRNEKLEM	15
3.1.1. Olgu Grubu.....	15
3.1.2. Olgu Grubunun Dahil Edilme Kriterleri	15
3.1.3. Olgu Grubu için Dışlanma Kriterleri	15
3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI.....	16
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	16
3.3.1. Sosyodemografik Özellikler ve Klinik değişkenler Veri Toplama Formu	16
3.3.2. DSM-V için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV).....	17
3.3.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası (PANSS)	17
3.3.4. İntihar Olasılığı Ölçeği.....	17
3.3.5. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)	18

3.4. UYGULAMA	18
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	19
4. BULGULAR.....	20
4.1. OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE KLİNİK DEĞİŞKEN BİLGİLERİ	20
4.2. OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KLİNİK DEĞİŞKENLERİNİN İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	23
4.3. OLGULARIN TIBBİ ÖZGEÇMİŞ VE SOYGEÇMİŞ ÖZELLİKLERİNİN İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	24
4.4. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM SKALASI VE KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ PUANLARI İLE İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ PUANLARININ İLİŞKİSİ.....	26
5. TARTIŞMA	29
5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
6.1. SONUÇLAR.....	35
6.2. ÖNERİLER	36
7. KAYNAKLAR	37
8. ÖZGEÇMİŞ	46
9. EKLER.....	47
EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ.....	47
EK-2: ARAŞTIRMA TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU ONAYI	48
EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	49
EK-4: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KLİNİK DEĞİŞKENLER VERİ TOPLAMA FORMU	52
EK-5: POZİTİF VE NEGATİF SENDROM SKALASI.....	53
EK-6: İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ.....	54
EK-7: KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ	56

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	: American Psychiatry Association/ Amerikan Psikiyatri Birliği
ALS	: Amyotrofik Lateral Skleroz
CGI	: Clinical Global Impression/ Klinik Global İzlenim Ölçeği
D2	: Dopamin 2
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GABA	: Gama Aminobütirik Asit
İÖÖ	: İntihar Olasılığı Ölçeği
LSD	: Lysergic Acid Diethylamide
NMDA	: N-Metil-D-Aspartat
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PANSS	: Positive And Negative Syndrome Scale/ Pozitif Ve Negatif Sendrom Skalası
SCID-5/CV	: Structured Clinical Interview For DSM-5 Disorders/ DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences/ Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri.....	3
Tablo 2.	DSÖ'ye Göre İntihar Risk Faktörleri	12
Tablo 3.	Olguların Sosyodemografik Özellikleri	20
Tablo 4.	Olguların Tıbbi Özgeçmiş ve Soygeçmiş Bilgileri	21
Tablo 5.	Olguların Geçmiş İntihar Öyküleri Bilgiler	22
Tablo 6.	Olguların Sosyodemografik Özellikleri ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanları Korelasyonu	24
Tablo 7.	Olguların Tıbbi Özgeçmiş Ve Soygeçmiş Özellikleri ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanları Korelasyonu	25
Tablo 8.	Olguların Geçmiş İntihar Öyküleri İle İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Korelasyonu	26
Tablo 9.	Olguların Aylık Takiplerde Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası ve İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Korelasyonu (n=26).....	27
Tablo 10.	Olguların Aylık Takiplerde Klinik Global İzlenim Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Korelasyonu (n=26).....	28
Tablo 11.	Olguların 6 Aylık Takip Sonucunda Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası Alt Ölçekleri ve Klinik Global İzlenim Ölçeği Alt Başlıkları ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puan Değişimlerinin Korelasyonu (n=26).....	28

ÖZET

Burcu Gültekin Altınok, Non Afektif Psikoz Olgularında İntihar Düşüncesinin Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Değişkenler İle İlişkisi: Altı Aylık İzlem Çalışması, Ankara, 2023

Amaç: Bu çalışmada non afektif ilk atak psikoz olgularında sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenlerin tespit edilmesi, 6 aylık izlemde olguların klinik değişkenleri ile intihar düşüncesi değişimleri arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde ayaktan ya da yatarak tedavi gören ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan 26 non afektif ilk atak psikoz olgusu dahil edildi. Tüm katılımcılara ilk görüşmede tanı amacıyla DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV), yarı yapılandırılmış sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenler veri formu, psikotik belirtiler ve belirti şiddetlerinin belirlenmesi amacıyla Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası (PANSS) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI), intihar düşüncesinin belirlenmesi amacıyla İntihar Olasılığı Ölçeği uygulanarak ilk görüşme sonlandırıldı.

Devam eden aylık görüşmelerde olgular Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası (PANSS), Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) ile takip edildiler. Elde edilen veriler, veri setine kaydedilerek uygun istatistiki analizler uygulandı.

Bulgular: Olguların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında; erkek, boşanmış, herhangi bir işte çalışmayan, sigara ve madde kullanımı olan, geçmişte psikiyatrik tanı almış, ailesinde psikiyatrik hastalık bulunan ve geçmişte intihar girişiminde bulunan olguların 6 aylık ortalama İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Olguların aylık görüşmelerdeki Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası'nın (PANSS) pozitif sendrom alt ölçeği puanları ile İÖÖ puanları başlangıçta ilişkili değil iken 2.ayda orta derecede ve 4.aydan itibaren de güçlü derecede pozitif yönde ilişkili bulundu. PANSS negatif sendrom alt ölçeğinin İÖÖ ile ilişkisine bakıldığında aralarında başlangıçta ilişki bulunmazken, 3.aydan 6.aya kadar pozitif yönde ve orta derecede bir ilişki saptandı. PANSS genel

psikopatoloji alt ölçeği ile İÖÖ puanları karşılaştırıldığında aralarında ilk karşılaşmadan son muayeneye kadar pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ve bu ilişkinin 4.aya kadar orta derecede, 4.aydan itibaren güçlü derecede olduğu görüldü. Olgularda aylık görüşmelerdeki Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) -Hastalık Şiddeti alt başlığı ile İÖÖ başlangıçta ilişkili değil iken 2.ayda orta derecede ve 3.aydan itibaren de güçlü derecede pozitif yönde ilişkili bulundu. CGI-Düzelme alt başlığının İÖÖ ile ilişkisine bakıldığında ise aralarında başlangıçta ilişki bulunmazken, 3.aydan 6.aya kadar pozitif yönde orta derecede ilişkili bulundu.

Sonuç: Non afektif ilk atak psikoz olgularında erkek cinsiyet, boşanmış olmak, herhangi bir işte çalışmamak, sigara ve madde kullanmak, geçmişte psikiyatrik tanı almak, aile bireylerinde psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip olmak ve geçmişte intihar girişiminde bulunmak ile intihar olasılığı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Ayrıca bu olgularda pozitif psikotik semptomlar, negatif psikotik semptomlar, genel psikopatoloji ve hastalık şiddeti ile intihar olasılığı arasında da anlamlı pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: ilk atak psikoz, intihar, non afektif psikoz

ABSTRACT

Burcu Gültekin Altınok, The Relationship Between Suicidal Ideation and Sociodemographic Characteristics and Clinical Variables in Non-Affective Psychosis Cases: A Six-Month Follow-up Study, Ankara, 2023

Objective: The aim of this study was to determine the sociodemographic characteristics and clinical variables in non-affective first episode psychosis cases, and to identify the relationship between changes in clinical characteristics over a 6-month follow-up period and suicidal ideation.

Materials and Methods: The study included 26 non-affective first episode psychosis cases who were receiving outpatient or inpatient treatment at the Gulhane Education and Research Hospital Department of Psychiatry, and who met the inclusion criteria of the study. All participants underwent the Structured Clinical Interview for DSM-5/Clinician Version (SCID-5/CV) for diagnostic purposes during the initial interview, along with a semi-structured sociodemographic characteristics and clinical variables data form, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for assessing psychotic symptoms and symptom severity, the Clinical Global Impression Scale (CGI), and the Suicide Probability Scale for determining suicidal ideation.

During the subsequent monthly follow-up visits, the cases were assessed using the PANSS, CGI, and Suicide Probability Scale. The obtained data were recorded in the dataset and appropriate statistical analyses were applied.

Results: Regarding the sociodemographic characteristics of the cases, it was found that male individuals, divorced individuals, unemployed individuals, individuals who smoked or used substances, individuals with a past psychiatric diagnosis, individuals with a family history of psychiatric illness, and individuals with a history of suicide attempts had significantly higher average Suicide Probability Scale scores over a 6-month period. While there was no initial relationship between the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) positive symptom subscale scores and Suicide Probability Scale scores during the monthly visits, a moderate and strong positive correlation was found starting from the second month. When examining the relationship between the PANSS negative symptom subscale and Suicide Probability

Scale, no relationship was found initially, but a moderate positive correlation was observed from the third to the sixth month. When comparing the PANSS general psychopathology subscale with Suicide Probability Scale scores, a significant positive correlation was found from the initial encounter to the final examination, with a moderate correlation up to the fourth month and a strong correlation thereafter. Regarding the Clinical Global Impression Scale (CGI)-Severity of Illness subscale with Suicide Probability Scale, there was no initial relationship, but a moderate positive correlation was observed from the second month, and a strong positive correlation was observed from the third month.

Conclusion: In non-affective first episode psychosis cases, positive correlations were found between male gender, divorced status, unemployment, smoking and substance use, past psychiatric diagnosis, family history of psychiatric illness, history of suicide attempts, and suicide probability. Furthermore, significant positive correlations were found between positive psychotic symptoms, negative psychotic symptoms, general psychopathology, disease severity, and suicide probability in these cases.

Keywords: first episode psychosis, suicide, non-affective psychosis

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikoz; net tanımı yapılmakta zorlanılsa da kişinin gerçeği değerlendirme yetisinin kaybı olarak tanımlanabilir. Yapılan çalışmalar psikotik bozuklukların genel popülasyonun yaklaşık %3.5 kadarını etkilediğini göstermektedir (1).

Şizofreni hastalarda genel popülasyona göre artmış bir intihar oranı olduğu bilinmektedir ancak çalışmalar göstermektedir ki hastalığın özellikle ilk atak sürecinde bu oran %2-5 ile en yüksek değerlerdedir (2). Bu sebeple psikotik hastaların hastaneye ilk başvuruları intihar girişimi ile olabilmektedir (3). Dutta ve ark.'nın gerçekleştirdiği ve ilk atak psikoz hastalarda yapılan bir kohort çalışmasında, bu hastaların genel popülasyona nazaran intihara bağlı ölüm oranının 12 kat yüksek olduğu saptanmıştır (4). Tüm bu veriler psikotik hastalarda hastalığın erken evrelerinde intiharın göz ardı edilemeyecek önemini gözler önüne sermektedir.

Psikotik hastalarda intihar riskini belirlemek amacıyla pek çok çalışma yapılmıştır. Özellikle genç yaş, erkek cinsiyet, yüksek eğitim düzeyi, hastanın geçmişinde alkol madde kullanımının olması, yalnız yaşama, ailede intihar öyküsü varlığı, hastanın geçmişte kendine zarar verme ve intihar girişimi öykülerinin bulunması, tedavisiz geçen sürenin uzun olması, psikotik semptomların şiddeti gibi etmenlerin ilk atak psikoz hastalarda intihar riskini arttırdığını gösterir çalışmalar vardır (5). Ancak literatür ayrıntılı incelendiğinde pek çok çelişkili sonuç olduğu ve bazı risk faktörleri açısından fikir birliğine varılamadığı da görülmektedir.

Tüm bu veriler ışığında bu çalışmada non afektif ilk atak psikoz olgularında sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenlerin tespit edilmesi, 6 aylık izlemde olguların klinik değişkenleri ile intihar düşüncesi değişimleri arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır. Bu sayede non afektif ilk atak psikoz hastalarda intihar ile ilişkili olabilecek sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenler belirlenerek riskli hastaların öngörülmesi sağlanabilir ve klinik işleyişte yol gösterici olabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ SPEKTRUM VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

2.1.1. Genel Bilgiler, Tanımlar ve Dsm-5 Tanı Kriterleri

Psikoz; net tanımı yapılmakta zorlanılsa da kişinin gerçeklikle temasının kesilmesiyle sonuçlanan bir tablo olarak adlandırılabilir. Yaygın görüş; toplumun %1.5 ila 3.5 kadarının psikoz ile seyreden bir hastalığa sahip olduğudur. Fakat çok daha yüksek oranda insanın yaşamı boyunca en az bir kere psikoz tablosunu yaşadığı gösterilmiştir (6). Psikoz genel bir tanım olup pek çok hastalığı kapsayabilen bir şemsiye olarak değerlendirilebilir (7).

2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan DSM-5'e göre Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar başlığı altında; Sanrılı Bozukluk, Kısa Psikoz Bozukluğu, Şizofrenimsi (Şizofreniform) Bozukluk, Şizofreni, Şizoduygulanımsal (Şizoaffectif) Bozukluk, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Psikoz Bozukluğu, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Psikoz Bozukluğu, Katatoni, Tanımlanmış Diğer Bir Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk, Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk şeklinde 10 alt başlık bulunmaktadır (8).

Şizofreni; davranışsal ve bilişsel alanlarda bozulmalar ile giden, hastalarda yeti yitimine neden olabilen ciddi, karmaşık ve heterojen bir tablodur (9). Şizofreni kelimesi ilk kez 1908 yılında Eugen Bleuler tarafından tanımlanmış olup, 'schizo' yani bölünme, ayrışma ve 'phren' yani zihin kelimelerinin birleşimi ile ortaya çıkmıştır (10). Şizofreni tek bir tablo gibi tanımlansa da etiyoloji, klinik görünüm, tedavi yanıtı ve hastalık seyri açısından son derece heterojendir (11). Şizofreni; Dünya Sağlık Örgütü tarafından küresel hastalık yüküne katkıda bulunan ilk 10 başlıktan biri olarak gösterilen, ciddi yeti yitimine neden olabilen tıbbi bir bozukluktur (12). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2010 yılında yapılan ve ruhsal hastalığa sahip ve/veya madde kullanım bozukluğu bulunan vakalarda yeti yitimini gösteren küresel hastalık yükü çalışmasında şizofreni, yeti yitimi ağırlığı açısından ilk sırada gelmektedir (13).

Şizofreni tanısı koyma sürecinde 2013 yılında yayımlanan DSM-5 tanı rehberi kullanılabilmektedir. DSM-5'e göre psikoz tanımı net olarak yapılamasa da şizofreni tanımı yapılabilmektedir. (8).

Tablo 1. DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri

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

1. Sanrılar.
2. Varsanılar.
3. Darmadağın 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. 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. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikuçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğın (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğı sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

Tablo 1. (devam) DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

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

Varsa belirtiniz:

Aşağıdaki gidiş belirleyicileri, bu bozukluk ancak bir yıl sürdükten sonra ve tanısız gidiş ölçütüyle çelişmemeleri durumunda kullanılmak üzere tasarlanmıştır.

İlk dönem, o sırada akut dönemde: Bu bozukluğun tanımlayıcı tanısız belirti ve zaman ölçütünü karşılayan ilk ortaya çıkışıdır. Akut dönem, belirti tanı ölçütlerinin tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

İlk dönem, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren: Tam olmayan bir yatışma, önceki dönemden sonra görülen iyileşmenin sürdürüldüğü ve bu bozukluğun tanı ölçütlerinin yalnızca bir bölümünün tanı olarak karşılandığı zaman dilimidir.

İlk dönem, o sırada tam bir yatışma gösteren: Tam bir yatışma, önceki dönemden sonra, bu bozukluğa özgü hiçbir belirtinin kalmadığı zaman dilimidir.

Çoğul dönemler, o sırada akut dönemde: En az iki dönem olmasından sonra çoğul dönemlerden söz edilebilir (İlk dönemden sonra bir yatışma ve en az bir kez depresme)

Çoğul dönemler, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren

Çoğul dönemler, o sırada tam bir yatışma gösteren.

Sürekli: Bu bozukluğun tanı koydurucu belirti ölçütlerini tam olarak karşılayan belirtiler, hastalık sürecinin büyük bir kesiminde bulunur ve bu süreçte eşikaltı belirti evrelerinin süresi, genel hastalık sürecine göre çok kısadır.

Tablo 1. (devam) DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri

Belirlenmemiş

Varsa belirtiniz:

Katatoni ile giden: (başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni için tanı ölçütlerine başvurun)

Kodlama notu: Katatoni eş tanısının varlığını belirtmek için 293.89 (F06.1) şizofreniye eşlik eden katatoni ek kodunu kullanın.

O sırada ağırlığını belirtiniz:

Bu bozukluğun ağırlığı, sanrılar, varsanılar, darmadağın konuşma, olağandışı psikodevinsel davranışlar ve silik (negatif) belirtileri kapsayan birincil psikoz belirtilerinin nicel değerlendirilmesi ile ölçülür. Bu belirtilerden her biri, o sıradaki ağırlığına göre (son yedi gün içinde en ağır olmak üzere), 0'dan (belirti yok), 4'e (belirti var ve ağır) dek değişen, 5 değerli bir ölçek üzerinden ölçülebilir.

NOT: Şizofreni tanısı ağırlık belirleyicisi olmadan da kullanılabilir (8).

2.1.2. Etiyoloji

Şizofreni ve psikoz etiyolojisinde yaygın olarak bilinen; yaş, cinsiyet, doğumsal etkenler, tıbbi hastalıklar, enfeksiyon ve doğum tarihi, madde kötüye kullanımı, nüfus yoğunluğu, sosyoekonomik ve kültürel nedenler, genetik etkenler gibi maddeler sayılabilir de günümüzde bunlara ek pek çok farklı etken gösterilmektedir (11).

Ortalama baba yaşının artması özellikle erkek çocukları için şizofreni gelişiminde bir risk faktörü olarak görülmektedir (14).

Gelişimsel D vitamini eksikliğinin şizofreni gelişiminde risk faktörü olabileceğini gösterir çalışmalar dikkat çekmektedir (15).

Çocukluk çağı zorlukları ve travma (cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal/psikolojik istismar, ihmal, ebeveyn ölümü ve zorbalık) ve psikoz gelişimi arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan bir meta analizde kanıtlar, çocukluktaki olumsuz deneyimlerin psikoz ile ilişkili olduğunu göstermektedir (16).

Yapılan bir çalışmada ebeveynlerde ciddi zihinsel bozukluğun bulunmasının hemen hemen tüm psikiyatrik tablolarla pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle her iki ebeveynde de ciddi zihinsel bozukluk varlığında çocukta şizofreni riskinin 13 kat arttığı gösterilmiştir (17).

Şizofreni gibi psikotik bozuklukların nöroanatomik anormallikler ile ilişkili olduğunu gösterir çalışmalar mevcuttur ancak bu anormalliklerin semptomların başlangıcından önce mi yoksa bozukluğun seyri boyunca ilerleyici olarak mı geliştiği belirsizdir (18).

Yapılan bir kesitsel karşılaştırmada, psikotik hastalarda sağlıklı insanlara göre medial temporal, lateral temporal ve inferior frontal kortekste ve iki taraflı singulat kortekste daha az gri madde varlığı gösterilmiştir (18). Uzunlamasına yapılan karşılaştırmada ise psikotik hastalarda sol parahipokampal, fusiform, orbitofrontal ve serebellar kortekslerde ve singulat girusta gri maddede azalma olduğu görülmüştür (18).

Psikotik bozuklukların ortaya çıkışında yaygın olarak bilinen çevresel faktörlerin (madde kötüye kullanımı, stres, göç, enfeksiyon, doğum sonrası dönem veya diğer tıbbi nedenler) etkisi göz önüne alınırken epigenetik faktörler gözden kaçırılmamalıdır. Çünkü psikotik bozuklukların patogeneğinde genetik risk faktörlerine ilişkin önemli kanıtlar olduğunu gösterir çalışmalar artmaktadır (19).

Psikozu önleme ve tedavi başarısı psikozun nedensel mekanizmaları hakkındaki bilgilere bağlıdır. Moleküler genetik çalışmalar, binlerce yaygın ve nadir gen varyantının psikoz gelişimi için genetik risk taşıdığını göstermektedir. Epidemiyolojik çalışmalar, artan psikoz riski ile ilişkili birçok çevresel faktör tanımlamıştır ancak tek başına psikoza neden olmak için tek bir genetik veya çevresel faktör yeterli değildir. Psikoz riski, birçok genetik risk varyantının birikmesi ve birden fazla olumsuz çevresel faktöre maruz kalma ile artar (20).

Psikoz riskinde artışa yol açan sadece birkaç spesifik gen-çevre kombinasyonu tanımlanabilmiş olup tekrarlanabilir gen-çevre etkileşimine örnek olarak AKT1 genindeki polimorfizm verilebilir. Bu gende düzenli esrar kullanımı ile psikoza duyarlı hale getiren yaygın bir polimorfizm saptanmıştır (21).

Son dönemde yapılan çalışmalar poligenik risk skorlarının, şizofrenide genetik varyantların genom çapındaki etkilerini tahmin etmede önemli bir başarıya sahip olduğunu göstermiştir. İlk atak psikoz hastalardan oluşan örnekleme yapılan bir çalışmada şizofreni geliştiren vakalarda geliştirmeyen vakalara nazaran poligenik risk skorlarının önemli ölçüde farklı olduğu tespit edilmiştir (22).

Psikotik hastalarda önleyici stratejiler hakkında bilgi verebilecek sonuçlara ulaşmak için gelecekteki araştırmalar yaşamın erken dönemlerinde başlayan, geniş genotipli, çoklu çevresel maruziyetlerin boylamsal değerlendirmelerine odaklanır şekilde olmalıdır (20).

2.1.3. Epidemiyoloji

İlk atak psikozun insidansı 100.000 kişide yaklaşık 50 iken, şizofreni insidansı 100.000 kişide yaklaşık 15'tir (23). Psikoz tablosunun başlangıç yaşı erkeklerde 20'li yaşların başları iken kadınlarda 20'li yaşların sonlarıdır (24). Türkiye'de psikozun epidemiyolojik değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir sistematik gözden geçirme çalışmasında ülkemizde psikoz görülme oranının 1000 kişide 8.9 olduğu gösterilmiş olup bu oranın dünya çapındaki değerlere nazaran yüksek olduğu vurgulanmıştır (25).

Şizofrenide hastalığın modal başlangıç yaşı erkeklerde 18 ila 25 yaşları arası iken kadınlarda bu yaş 25-35 olup menapozal dönemde bir hastalık zirvesi daha görülmektedir (26). Şizofreni prevalansı (herhangi bir zaman noktasında bir popülasyondaki vaka sayısı) uluslararası olarak yüzde 1'e yaklaşmakta olup insidans değeri (yıllık yeni vaka sayısı) 10.000 kişide 1.5 civarındadır (27).

2.1.4. Patofizyoloji

Dopamin reseptör bölgelerindeki (özellikle D2) anormal aktivitenin şizofreni semptomlarının çoğuyla ilişkili olduğu düşünülmektedir ve temelde dört dopaminerjik yolak (Mezolimik, mezokortikal, nigrostriatal ve tuberoinfundibular) suçlanmıştır (7).

Şizofrenide serotonin hipotezi, liserjik asit dietilamid (LSD) kullanımının serotoninin beyindeki etkilerini arttırdığının keşfinin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Sonraki araştırmalar yalnızca dopamin reseptörlerini etkileyen eski ilaçların aksine hem dopamin hem de serotonin reseptörlerini bloke eden ilaç bileşiklerinin

geliştirilmesini sağlayarak bu bileşiklerin şizofreninin hem pozitif hem de negatif semptomlarını hafifletmede etkili olduğunu göstermiştir (28).

Birden fazla çalışma, psikotik hastalarda N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörünün azalmış fonksiyonunu göstermiştir (29,30). Yapılan bir çalışmada nonkompetitif NMDA/glutamat antagonisti olan fenilsiklidin ve ketaminin şizofreni benzeri semptomları indükledikleri ortaya çıkmıştır (31).

Çalışmalar önemli bir inhibitör nörotransmitter olan gama-amino-bütirik asidin (GABA) psikotik hastalarda önemli bir rol oynadığına işaret etmiştir (32).

Yapılan bazı çalışmalarda şizofreni hastalarda beyinde asetilkolin dengesizliği olduğu gösterilmiştir (33). Psikotik hastalardaki yaygın sigara içme davranışından yola çıkılarak nikotinin asetilkolin reseptörlerini uyarması ve bu sayede sigara içimi ile hastalarda çeşitli semptomların ve bilişsel bozulmaların gerilediğini gösteren veriler bulunmaktadır (34).

2.1.5. Prognoz

Şizofreni seyri kişiden kişiye değişen ve gerek sosyal gerekse ekonomik olarak son derece maliyetli bir bozukluktur (35). Obezite, egzersiz azlığı, sigara ve artan intihar oranları gibi nedenlerle şizofreni hastalarda beklenen yaşam süresi sağlıklı popülasyona nazara 12-15 yıl azdır (35).

İlk atak psikozda tablonun uzun vadeli sonuçları incelendiğinde vakaların %42'sinin iyi, %35'inin orta ve %27'sinin kötü bir seyir gösterdiği ortaya çıkmıştır (36).

Şizofreni hastaların yaklaşık %75'inde hastalığın nükslerle seyrettiğini gözlemleyen çalışmalar mevcuttur (37). Özellikle ilk yıllarda nüksün önlenmesi, şizofrenide yaşam boyu süren sonuçlar üzerinde kritik bir etkiye sahiptir (38).

Şizofreni kronik bir bozukluktur ve yapılan beyin görüntüleme çalışmaları bu hastalarda gri cevher hacminin azaldığını ve ventriküllerde genişleme olduğunu göstermektedir (39). Hastalarda ilk psikotik atağı takiben 1 yıllık süreçte toplam beyin hacmi (%-1.2) ve serebrumun gri madde hacminin (%-2.9) önemli ölçüde azaldığı ve lateral ventrikül hacminin önemli ölçüde arttığı (%7.7) tespit edilmiştir (39).

İlk atak psikoz; geçmişte herhangi bir psikotik semptomun olmadığı, bu semptomların ilk kez ortaya çıktığı bir tablodur (40). Psikozun doğası, ilişkili psikososyal faktörler hakkında pek çok bilgi vermesi ve hastalığın seyri ve genel sonucu üzerindeki etkisi düşünüldüğünde ilk atak psikoz kavramı büyük öneme sahiptir (41).

Özellikle son 20 yılda yapılan çalışmalar göstermiştir ki; özel yarı yapılandırılmış görüşmeler ile semptomlar tam olarak ortaya çıkmadan önce klinik olarak psikoz gelişimi açısından yüksek risk taşıyan bireylerin belirlenmesi mümkündür (42). Yüksek risk taşıyan bu bireylerin, başlangıçta eşleştirilmiş kontrollerle karşılaştırıldığında işlevselliklerinin henüz semptomlar ortaya çıkmadan bozulduğu ve takip eden 2 yılda psikoz geliştirme risklerinin %20'ye kadar çıktığı gösterilmiştir (43) (44).

Son yıllarda yapılan çalışmalar ilk atak psikozda semptomların ortaya çıkışını takiben erken klinik aşamalarda hastalara müdahale etmenin de önemini ortaya koymaktadır (45).

Bir meta-analiz psikotik hastalarda antipsikotik tedaviye başlandıktan sonraki ilk 1 haftada semptom puanlarında % 13.8 azalma olduğunu göstermiş ve antipsikotiklerin etkilerinin erken dönemde güçlü bir başlangıç yaptığını göstererek bu ilaçların etki başlangıcının geç olduğu inancına meydan okumuştur (46).

İlk atak psikoz hastalarda antipsikotik tedaviye yanıtın incelendiği bir çalışmada, çalışmaya dahil edilen 522 hastada tedavi başlangıcından sonraki 1, 2, 3 ve 4. haftalarda sırasıyla %23.3, %23.3, %18.5 ve %12.5 oranında klinik yanıt elde edildiği gösterilmiştir (47).

125 ilk atak psikoz hastanın antipsikotik tedavi altında 2 yıllık takip döneminin son 9 ayındaki semptomatik remisyon, fonksiyonel remisyon ve iyileşmesinin incelendiği bir çalışmada hastaların yaklaşık yarısının (%52.0) semptomatik remisyon halinde, dörtte birinin (%26.4) fonksiyonel remisyon halinde ve beşte birinin (%19.2) her iki kriteri de karşılayarak iyileşmiş olarak kabul edildiği görülmüştür (48).

Psikoz seyrinde birkaç faktör daha iyi prognozla ilişkilendirilmiştir; kadın olmak, semptomların hızlı başlangıcı, ilk epizodun ileri yaşta meydana gelmesi, ağırlıklı olarak pozitif semptomların varlığı, eşlik eden duygudurum bozukluğu varlığı

ve hastalık öncesinde iyi bir işlevselliğe sahip olmak bilinen iyi prognostik kriterlerdendir (49)(50). Kişinin psikolojik dayanıklılığının yüksek olması da iyi prognoz göstergesi olarak kabul edilmektedir (51).

Bireyin çevresindeki insanların tutumları ve destek düzeyleri de ilk atak psikoz hastalarda prognozda önemli bir etkiye sahiptir; örneğin ifade edilen duygunun yüksek olması olarak adlandırılan eleştirel yorumların düzeyi, düşmanlık, müdahaleci veya kontrol edici tutumların fazlalığı artan nüks oranları ile ilişkili bulunmuştur (52).

Şizofreni hastalarının çok sayıda fizyolojik ve psikolojik ek tablo geliştirmeye daha yatkın oldukları bilinmektedir (53). Şizofreni hastalarında normal popülasyona göre daha yüksek oranda madde kötüye kullanımı ve intihar eğilimi olduğu bilinmektedir. Şizofreni hastalarının yarısından fazlasının intihar düşüncesi veya girişimi bildirdiği, neredeyse yarısının madde kötüye kullanımı olduğu gösterilmiştir (53).

2.2. İNTİHAR

İntihar; ölme niyetiyle yapılan bir davranış sonucu meydana gelen ölüm olarak tanımlanmaktadır. İntihar girişimi; ölme niyetiyle yapılan ancak ölümle sonuçlanmayan davranıştır.

DSM-5'e bakıldığında intihar tanımına ek olarak intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme terminolojisinden de bahsedildiği görülmektedir (8).

Birçok ülkenin, intiharı önleme için ulusal stratejiler geliştirmesiyle birlikte intihar; dünya çapında giderek artan öneme sahip bir konu haline gelmektedir (54)

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre 2012 yılında dünya çapında yaklaşık 804.000 insan intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir ki bu yaklaşık her 40 saniyede bir kişinin kasten kendini öldürerek yaşamına son verdiği anlamına gelmektedir (55). Bu 100.000 nüfus başına 11.4'lük (erkekler için 15.0 ve kadınlar için 8.0) yıllık küresel yaşa standardize edilmiş intihar oranına karşılık gelmektedir (55).

Küresel çapta intiharlar 15 ila 29 yaş arasındaki bireylerde erken ölüm nedenleri arasında ikinci (birinci sırada trafik kazaları gelmektedir), 15-44 yaş grubunda ise üçüncü sırada gelmektedir (56).

Yapılan çalışmalarda küresel intihar ölüm oranı %1.4 olarak tespit edilmiştir; bu oran Afrika bölgelerinde %0,5 civarında başlamakta ve Güneydoğu Asya bölgesinde %1.9'a dek artmaktadır (57).

Yüksek sosyoekonomik düzeye sahip ülkelerde intihar nedeniyle ölen erkeklerin kadınlardan 3 kat fazla olduğu ancak düşük ve orta gelirli ülkelerde bu oranın 1.5 kata kadar gerilediği bilinmektedir (55).

İntihar yöntemleri genellikle popülasyonlar arası farklılıklar göstermekle birlikte küresel çapta pestisitler ile zehirlenme, ası ve ateşli silahlar ile intihar en yaygın kullanılan üç yöntemdir (55).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun açıklamış olduğu verilere göre ülkemizde intihar eden kişi sayısı 2017 yılında 3 bin 168 iken 2018 yılında 3 bin 161 olmuştur ve bu kişilerin %75.6'sını erkekler, %24.4'ünü ise kadınlar oluşturmuştur (58).

Yüz bin nüfus başına düşen intihar sayısını ifade eden kaba intihar hızı ülkemizde 2017 yılında yüz binde 3.94 iken 2018 yılında yüz binde 3.88'e düşmüştür; diğer bir ifade ile 2018 yılında her yüz bin kişiden yaklaşık dördü intihar ile hayatını kaybetmiştir (58).

Yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin %16.3'ünün takip eden 1 yıl içinde intihar girişimini tekrarladığı, bu bireylerin 1 yıl içinde %1.6'sının 5 yıl içinde ise %3.9'unun intihar nedeniyle hayatlarını kaybettikleri bildirilmiştir (59). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); intihar için risk faktörlerini 5 ana başlıkta toplamıştır (55).

Tablo 2. DSÖ'ye Göre İntihar Risk Faktörleri

1.Bireysel Etmenler: Genetik ve biyolojik yatkınlık, ruhsal hastalıklar, intihar girişimi öyküsü, ailede intihar öyküsü, umutsuzluk, iş kaybı ya da ekonomik kayıplar, alkol/madde kötüye kullanımı, kronik ağrı.

2.İlişkisel Etmenler: İlişki sorunları, anlaşmazlık ya da ayrılık, sosyal yalıtılmışlık, sosyal desteğin olmaması.

3.Yaşanan Çevre İle İlgili Etmenler: Travma, istismar, ayrımcılık, kültürel yabancılaşma ya da yer değiştirmeye bağlı stres, felaketler, savaş ve çatışmalar

4.Toplumsal Etmenler: Yardım arama davranışının toplum tarafından olumsuz etiketlenmesi, medyada intiharın uygunsuz bir şekilde yer alması, intihar araçlarına ulaşımın kolay olması.

5.Sağlık Sistemi İle İlgili Etmenler: Sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk

İntihar risk faktörlerini belirlemek için 6891 hasta ile yapılan 20 yıllık prospektif bir çalışmada bu hastaların 49'unun (%1) intihar yolu ile hayatını kaybettiği, depresyon varlığı ve şiddeti, umutsuzluk, intihar düşüncesi varlığı, eşlik eden bipolar afektif bozukluk tanısı varlığı ve işsizliğin intihar için risk faktörleri arasında olduğu gösterilmiştir (60).

Postmortem ve invivo teknikler kullanan bir dizi çalışma serotonin nörotransmitter sisteminde ve hipotalamik-hipofiz-adrenal ekseninde stres-tepki mekanizmasında bozuklukların varlığında intihara yatkınlığın oluştuğunu göstermektedir (61).

Yapılan görüntülemelerde ve invivo çalışmalarda anterior singulat korteks ve ventromedial prefrontal korteksin serotonin deşarjında eksiklik varlığı, intihar niyeti/kararı/davranışı ve ölümcül olmayan intihar davranışıyla bağlantılı bulunmuştur (62).

Kortizol seviyeleri ile ölçülen stres varlığı ve düzensiz hipotalamik-hipofiz-adrenal eksen aktivitesinin intihar için önemli ek risk faktörleri olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcut olup çocukluk çağı travması, bozulmuş yürütücü işlevler, dürtüsellik ve uyku bölünmesi dahil olmak üzere stresle ilişkili diğer varsayılan intihar risk faktörlerine dair kanıtlar da gösterilmiştir (63).

2.3. İLK ATAK PSİKOZDA İNTİHAR

Ruhsal bozukluklar artan intihar riski ile ilişkilidir. İntihar sebebiyle hayatını kaybeden kişilerin postmortem otopsi çalışmalarında %87.3'ünde ölüm öncesi bir psikiyatrik hastalık varlığı tespit edilmiştir ve bu vakaların %43,2'sinde afektif bir bozukluk (depresif ve bipolar bozukluklar), %25.7'sinde madde kullanım bozukluğu, %16.2'sinde kişilik bozukluğu ve %9.2'sinde psikotik bozukluk tanısı olduğu belirlenmiştir (64).

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda yaşam boyu intihara bağlı ölüm riskinin %5.6 olduğu tahmin edilmektedir(65).

Farklı çalışmalardan elde edilen veriler şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda tedavinin ilk yılında intihar girişimi riskinin %10'a kadar çıktığını göstermektedir (65).

Psikoz tanısı konulan ve tedavi başlangıcından sonraki 4 yıllık süreçte izlenen 166 hastanın dahil edildiği bir çalışmada 4 yılın sonunda hastaların %18'inin intihar girişiminde bulunduğu ve %3'ünün intihar girişimini tamamladığı gösterilmiştir (66).

İlk atak psikoz hastalarda; intihar düşüncesi ve planı, geçmiş intihar girişimi öyküsü, depresif ve psikotik semptomların şiddeti ve genç yaş ile intihar girişimi arasında güçlü ilişkiler saptanmıştır (67).

14 ila 18 yaşları arasında ilk psikotik atağını geçiren hastalarda intihar oranının %13.1 olduğu ve bu oranın daha ileri yaştaki hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (68).

İntihar davranışının temel belirleyicilerini araştıran bir çalışmada; ilk başvurudan önce yaşam boyu kendine zarar verici eylem öyküsü ve ilk başvurudan önceki tedavisiz sürecin uzun olması intihar için belirteç olarak bulunmuştur (69).

Atağın %50'sinden fazlasında depresyonda olma, umutsuzluk ve alkol/madde kötüye kullanımı ilk atak psikoz hastalarda intiharın yordayıcılarından (70).

Madde kötüye kullanımı olan ilk atak psikoz hastalarda intihar girişimi olasılığının 7 kat fazla olduğu gösterilmiştir (69).

Motor retardasyon, patolojik suçluluk duyguları ve kendini değersiz görme ilk atak psikoz hastalarda intihar riskini arttırmaktadır (71).

İlk atak psikoz hastalarda; dürtü kontrolünde bozukluk, hastalık öncesi yüksek IQ değeri, ailede intihar öyküsü, tedaviye uyumsuzluk, sık nüks ve takipte uzun süre psikotik belirtilerin devamı intihar için önemli risk faktörleri olarak bulunmuştur (72).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

3.1.1. Olgu Grubu

Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde ayaktan ya da yatarak tedavi gören ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan 36 non afektif ilk atak psikoz olgusu ile başlanmıştır. 36 olgunun 6'sı ilk görüşme sonrasında afektif semptomları olması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. 4 olgu takiplerine devam edilememesi sebebiyle çalışma dışı kalmış olup 26 olgu ile çalışma tamamlanmıştır.

3.1.2. Olgu Grubunun Dahil Edilme Kriterleri

DSM-5'e göre 'Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar' başlığı altında yer alan ve duygudurum bozukluğu bulunmayan (İkiuçlu ve İlişkili Bozukluklar tanı kriterlerini karşılamayan), non afektif ilk psikotik atak nedeniyle Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde ayaktan ya da yatarak tedavi görmek.

Çalışmaya katılmak için yazılı ve sözlü onay vermek.

18-65 yaş grubu arasında olmak.

Okuma ve yazma bilmek.

Testlere ve yapılandırılmış görüşme formuna uyum sağlayabilecek eğitim düzeyinde olmak.

3.1.3. Olgu Grubu için Dışlanma Kriterleri

Geçirilmiş veya halen duygudurum bozukluğu varlığı.

Daha önceden geçirilmiş psikotik atak öyküsü olması.

Alkol veya diğer psikoaktif madde kullanımına bağlı intoksikasyon, çekilme ya da yoksunluk bulgularının varlığı.

Nörolojik bir hastalık tanısının bulunması (Demans hastalığı, ALS, Parkinson hastalığı, Multiple Skleroz vs).

Psikotik epizodu tetikleyebilecek ek tıbbi bir hastalık varlığı.

Mental retardasyon varlığı.

Kafa travması öyküsü bulunması.

3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI

Bu araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 17.10.2022 tarih ve 2022-195 proje/karar numaralı kararıyla onay alınmıştır. Araştırma projesi değerlendirme raporu EK 1'de bulunmaktadır. Ayrıca araştırma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu'nun 28.07.2022 tarih ve 14 numaralı toplantısında görüşülerek onaylanmıştır. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu onay belgesi EK-2'de bulunmaktadır. 01.11.2022 – 01.05.2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilen araştırmanın etik kurul, veri toplama ve yazım aşamaları İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Helsinki Bildirgesi prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Sosyodemografik Özellikler ve Klinik değişkenler Veri Toplama Formu

Sosyodemografik özellikler yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu ve çalışma durumu bilgilerini içerirken; klinik değişkenler alkol-madde ve sigara kullanımı, geçmiş psikiyatrik tanı ve ilaç kullanımı, eşlik eden kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar girişimi sayısı ve bu sebeple hastane yatış ihtiyacından oluşmaktadır.

3.3.2. DSM-V için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV)

Ölçek DSM-5 kriterleri baz alınarak, klinisyene psikiyatrik hastalık tanısı koymada yardımcı olması amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış formda olup, First ve arkadaşları tarafından 2015'te geliştirilmiştir(73). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (74).

3.3.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası (PANSS)

Ölçek; Kay ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (75). Yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olup pozitif sendrom boyutu, negatif sendrom boyutu ve genel psikopatoloji olmak üzere 3 alt bölümden oluşan toplam 30 madde içermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (76).

3.3.4. İntihar Olasılığı Ölçeği

Cull ve Gill tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (77). Ölçeğin Türkçeye çevirisi ve üzerindeki ilk çalışma Eskin tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır ve ölçeğin faktör yapısının özgün ölçek ile bire bir uyduğu, geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir (78). Takip eden süreçte ölçek, Şahin ve Batıgün tarafından yürütülen başka bir çalışma ile ölçeğin özgün formunda yer alan bazı maddelerin doğrudan intiharı düşündürücü türden maddeler olması nedeniyle rahatsızlık uyandırabileceği düşünülmüş ve kişileri olumsuz etkileyebileceği yönünde duyulan etik kaygılar nedeniyle bazı maddelerin ifadelerinde bir miktar değişiklik yapılarak bunların kişileri tanımlama derecesi sorulmuştur. Ölçeğin özgün formunda maddelere verilen yanıtlar “hiçbir zaman veya nadiren” (1), “bazen” (2), “sık sık” (3) ve “çoğu zaman veya her zaman” (4) şeklindedir. Puan aralığı 36-144'tür ve ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğine işaret etmektedir. Şahin ve Batıgün tarafından yukarıda aktarılan bazı gerekçeler nedeniyle yapılan değişiklikler neticesinde yanıtlar, sizi tanımlama derecesi “%0”, “%30”, “%70” ve “%100” şekline dönüştürülmüş ve bazı maddeler ters çevrilmiştir. Böylece ölçekte 2., 6., 7., 10., 11., 18., 20., 21., 22., 24., 25., 26., 27., 30., 32., 35. ve 36. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Yapılan değişiklikler neticesinde ölçek; umutsuzluk, intihar

düşüncesi, düşmanlık ve olumsuz benlik değerlendirmesi olmak üzere intiharın bilişsel ve duygusal bileşenlerini ölçen dört alt ana başlığı içeren toplam 36 sorudan oluşmaktadır ve her bir madde 1 ile 4 arasında değişen 4'lü Likert tipi bir ölçek üzerinden puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ayşegül Durak Batıgün ve Nesrin Hisli Şahin tarafından yapılmıştır. İÖÖ'ün Cronbach alfa güvenirlik katsayıları; toplam puanı için .87, “Sosyal Destek/Benlik Algısı” alt boyutu için .81, “Öfke/Düşmanlık” alt boyutu için .71, “Umutsuzluk/Yalnızlık” alt boyutu için .73 ve “İntihar Düşüncesi” alt boyutu için .74 olarak belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları, model uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde bulunduğunu göstermektedir. (79).

3.3.5. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)

Psikiyatrik bozuklukların klinik seyrini değerlendirme amaçlı olarak Guy ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (80). Bu ölçek; klinisyenin klinik pratiği esnasında, kısa bir sürede hastanın klinik tablosunu değerlendirmesini sağlamaktadır. Ölçek; hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddeti şeklindeki 3 alt başlığı içermektedir. Ölçeğin ilk bölümü (Klinik Global İzlenim-Hastalık Şiddeti) ölçek doldurulduğu sıradaki hastalık şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1. Normal, hasta değil 2. Hastalık sınırında 3. Hafif düzeyde hasta 4. Orta düzeyde hasta 5. Belirgin düzeyde hasta 6. Ağır hasta 7. Çok ağır hasta şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin ikinci bölümü (Klinik Global İzlenim-Düzelme) hastanın tablonun başından itibaren ne kadar iyileştiğini 1 ile 7 puan arasında değerlendirmeye yaramaktadır; 1. Çok düzeldi 2. Oldukça düzeldi 3. Biraz düzeldi 4. Hiç değişiklik yok 5. Biraz kötüleşti 6. Oldukça kötüleşti 7. Çok kötüleşti şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin üçüncü ve son kısmı ise hastanın ilaç yan etki düzeyini değerlendirmek amaçlıdır; 1. Hiç yok 2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor 3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor 4. Terapötik etkinin yararlarını göz ardı ettirecek düzeyde etkiliyor şeklinde puanlanmaktadır.

3.4. UYGULAMA

Çalışmamız prospektif bir izlem çalışmasıdır. Katılımcılarla yapılan ilk görüşmede tanı amacıyla her katılımcıya DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik

Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV) uygulanmıştır. Sonrasında yarı yapılandırılmış sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenler veri formu doldurulmuştur. Olgulara psikotik belirtiler ve belirti şiddetlerinin belirlenmesi amacıyla Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası (PANSS) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI), intihar düşüncesinin belirlenmesi amacıyla İntihar Olasılığı Ölçeği uygulanarak ilk görüşme sonlandırılmıştır.

Devam eden aylık görüşmelerde olgular Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası (PANSS), Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) ile takip edilmişlerdir.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin analizinde ilk olarak tanımlayıcı analiz yöntemleri uygulanmıştır. İki grup arasındaki sayısal verilerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyduğundan Student T Testi kullanılmıştır. İki den fazla sayısal değişkenin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyduğundan ANOVA testi uygulanmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişki incelemek için korelasyon analizi yapılmış, istatistiksel olarak anlamlı bulunan sonuçlar tekrardan regresyon analizine alınmıştır. Değerlendirmelerde IBM SPSS Statistics v.24 programı kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir. G*power programı ile literatür verilerine dayanılarak etki büyüklüğü belirlenmiş olup, power analizi yapılmış ve tezimiz için α hata:0.05, power:0.8 olarak hesaplandığında gerekli örneklem sayısı 26 bulunmuştur.

4. BULGULAR

4.1. OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE KLİNİK DEĞİŞKEN BİLGİLERİ

Çalışmaya, dahil edilme kriterlerini karşılayan, 26 non afektif ilk atak psikoz olgusu dahil edildi. Olguların yarısı erkek (n=13) yarısı kadın (n=13) idi ve yaş ortalaması 25.8 ± 7.4 olarak hesaplandı, eğitim durumuna bakıldığında ortalama eğitim yılı 12.61 ± 3.27 olarak saptandı. Çalışmaya dahil edilenlerin %57.7'si (n=15) bekar ve %76.9'u (n=20) çalışmazken, %30.8'i (n=8) öğrenciydi. Olguların %53.8'i (n=14) sigara kullanırken %96.2'si (n=25) alkol kullanmıyordu ve %19.2'si (n=5) madde kullanırken, madde kullanan 5 kişinin 4'ü metamfetamin kullanıyordu. Çalışmaya katılan olguların sosyodemografik özellikler ve klinik değişken bilgileri tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 3. Olguların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	Örneklem (n=26)
Katılımcı Yaşı (yıl), ort $\pm$ SD (min-maks)	25.84 $\pm$ 7.46 (18-43)
Eğitim Durumu (yıl), ort $\pm$ SD (min-maks)	12.61 $\pm$ 3.27 (5-16)
Cinsiyet, n (%)	
Erkek	13 (50)
Kadın	13 (50)
Medeni Durum, n (%)	
Bekar	15 (57.7)
Evli	7 (26.9)
Boşanmış	4 (15.4)
Çalışma Durumu, n (%)	
Çalışmıyor	20 (76.9)
Çalışıyor	6 (23.1)
Sigara, n (%)	
Kullanmıyor	12 (46.2)
Kullanıyor	14 (53.8)
Sigara Miktarı, ort $\pm$ SD (min-maks), (n=63)	27.8 $\pm$ 11.21 (10-50)
Alkol, n (%)	
Kullanmıyor	25 (96.2)
Kullanıyor	1 (3.8)
Madde Kullanımı, n (%)	
Kullanmıyor	21 (80.8)
Kullanıyor	5 (19.2)

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde, Ort: Ortalama, SD: Standart Sapma, Min-Maks: Minimum-Maksimum

Olguların %42.3'ü (n=11) önceden bir psikiyatrik tanı almıştı. En fazla konulan psikiyatrik tanı %36.3 (n=4) ile depresyon iken bunu %27.2 (n=3) ile madde kullanım bozukluğu izledi. Çalışmaya dahil edilenlerin %11.5'inin (n=3) eşlik eden en az bir tane kronik hastalığı mevcut iken bu 3 olgunun 2'si hastalığına yönelik düzenli ilaç kullanıyordu. Çalışmaya katılan olguların %50'sinin (n=13) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu ve psikiyatrik hastalığı olan aile bireyleri arasında oran %38.4 (n=5) ile en yüksek annedeydi. Ailede bulunan hastalıkların %46.1'i (n=6) şizofreniydi. Olguların tıbbi özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 4. Olguların Tıbbi Özgeçmiş ve Soygeçmiş Bilgileri

Değişken	Örneklem (n=26)
Önceden konulmuş psikiyatrik tanı, n (%)	
Var	11 (42.3)
Yok	15 (57.7)
Psikiyatrik tanı, n (%)	(n=11)
Anksiyete bozukluğu	1 (9.1)
Depresyon	4 (36.3)
Madde Kullanım Bozukluğu	3 (27.2)
OKB	2 (18.1)
Bilinmiyor	1 (9.1)
Kronik Hastalık Durumu, n (%)	
Var	3 (11.5)
Yok	23 (88.5)
Düzenli ilaç kullanımı, n (%)	
Kullanıyor	2 (7.7)
Kullanmıyor	24 (92.3)
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, n (%)	
Var	13 (50)
Yok	13 (50)
Ailede hastalık olan kişi, n (%)	(n=13)
Anne	5 (38.4)
Baba	2 (15.3)
Kardeş	1 (7.7)
Amca	3 (23.1)
Dayı	2 (15.3)
Ailede bulunan hastalık, n (%)	(n=13)
Anksiyete Bozukluğu	2 (15.3)
Bipolar Bozukluk	2 (15.3)
Madde Kullanım Bozukluğu	1 (7.7)
OKB	1 (7.7)
Şizofreni	6 (46.1)
Depresyon	1 (7.7)

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

Çalışmaya dahil edilen 26 olgunun %30.8'i önceden intihar girişiminde bulunmuştu. İntihar girişiminde bulunan olguların %25'i birden fazla sefer girişimde bulunmuşken, yarısı intihar sebebiyle hastanede yatmıştı. İntihar için sırasıyla en fazla ilaç içimi, bilek kesisi ve ilaç içimi ve ası yöntemleri tercih edilmiştir. Olguların geçmiş intihar girişimlerine dair bazı bilgileri tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 5. Olguların Geçmiş İntihar Öyküleri Bilgiler

Değişken	Örneklem (n=26)
Geçmiş İntihar Girişimi, n (%)	
Var	8 (30.8)
Yok	18 (69.2)
İntihar sayısı, n (%)	
1	6 (75)
2	2 (25)
İntihar Sebebiyle Hastanede Yatış, n (%)	
Var	4 (50)
Yok	4 (50)
Yöntem, n (%)	
İlaç içimi	5 (62.5)
Bilek kesisi ve ilaç içimi	2 (25)
Ası	1 (12.5)

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde.

4.2. OLGULARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER VE KLİNİK DEĞİŞKENLERİNİN İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Olguların sosyodemografik ve klinik değişkenlerinin İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) puanları ile karşılaştırılması yapılmış ve Tablo 4'te özetlenmiştir.

Olguların yaş ve eğitim yılı ile İÖÖ puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Olguların cinsiyete göre İÖÖ puanları arasında anlamlı fark görülmüştür, erkeklerin (101.9 ± 20.5) kadınlara (69.3 ± 16.2) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde İÖÖ puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Medeni durum değişkeni açısından İÖÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan posthoc tukey testinde boşanmış olanların (114.75 ± 14.7) İÖÖ'den aldıkları puanların evli olanlardan (67.2 ± 18.1) anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Herhangi bir işte çalışmayan olgular (92.5 ± 22.8) istatistiksel anlamlı olarak çalışanlara göre (62.6 ± 14.8) İÖÖ'den daha yüksek puanlar almıştır ($p<0.05$).

Sigara kullanan olguların (100.8 ± 20.5) kullanmayan olgulara (67.9 ± 15.5) göre İÖÖ puanları anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Madde kullanım değişkeni açısından hastaların İÖÖ puanları anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Madde kullanan olguların (114.6 ± 12.7) kullanmayan olgulara (78.7 ± 21.5) göre İÖÖ'den aldıkları puanlar istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Alkol kullanımı ile İÖÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. Olguların Sosyodemografik Özellikleri ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanları Korelasyonu

Değişken	N	İÖÖ Puanı (ort±SD)	p
Cinsiyet			
Erkek	13	101.9± 20.5	<0.001 ^a
Kadın	13	69.3± 16.2	
Medeni Durum			
Bekar	15	86.4±21.9	0.004 ^b
Evli	7	67.2±18.1	
Ayrılmış	4	114.75±14.7	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	6	62.6±14.8	0.006 ^a
Çalışmıyor	20	92.5±22.8	
Sigara			
Kullanmıyor	12	67.9±15.5	<0.001 ^a
Kullanıyor	14	100.8±20.5	
Alkol			
Kullanmıyor	25	84.5±24.4	0.248 ^a
Kullanıyor	1	114	
Madde			
Kullanmıyor	21	78.7±21.5	0.002 ^a
Kullanıyor	5	114.6±12.7	

n: Katılımcı Sayısı, İÖÖ: İntihar olasılığı ölçeği, Ort: Ortalama, SD: Standart sapma, ^a Bağımsız değişkenler t testi, ^b One Way ANOVA

4.3. OLGULARIN TIBBİ ÖZGEÇMİŞ VE SOYGEÇMİŞ ÖZELLİKLERİNİN İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Önceden konulmuş psikiyatrik bir tanısı olan olguların olmayanlara göre (sırasıyla 98.7±20.9, 76.0±23.0) İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) puanları istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan olguların (96.9±20.3) olmayan olgulara göre (74.3±23.9) anlamlı olarak İÖÖ'den daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür (p<0.05).

Kronik hastalık durumu, kronik hastalığa bağlı düzenli ilaç kullanımı, ailede bulunan psikiyatrik hastalığın türü ve kimde olduğu İÖÖ puanlarında anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7. Olguların Tıbbi Özgeçmiş Ve Soygeçmiş Özellikleri ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanları Korelasyonu

Değişken	n	İÖÖ Puanı (ort±SD)	p
Önceden konulmuş psikiyatrik tanısı			
Yok	15	76.0±23.0	0.017^a
Var	11	98.7±20.9	
Kronik Hastalık Durumu			
Yok	23	83.6±23.2	0.260 ^a
Var	3	100.9±34.6	
Düzenli ilaç kullanımı			
Yok	24	85.2±24.0	0.753 ^a
Var	2	91.0±42.5	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü			
Yok	13	74.3±23.9	0.016^a
Var	13	96.9±20.3	
Ailede psikiyatrik hastalığı olan kişi			
Anne	5	99.5±22.2	0.732 ^b
Baba	2	113.9±12.2	
Kardeş	1	92.8	
Dayı	2	89.1±11.7	
Amca	3	87.6±29.1	
Ailede bulunan psikiyatrik hastalık tanısı			
Şizofreni	6	95.0±24.3	0.736 ^b
Bipolar Afektif Boz.	2	87.7±13.7	
Madde kötüye kullanım	1	92.8	
OKB	1	82.4	
Anksiyete	2	106.8±20.2	
Depresyon	1	125	

n: Katılımcı Sayısı, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, Ort: Ortalama; SD: Standart Sapma, ^a Bağımsız Değişkenler T Testi, ^b One Way ANOVA

Daha önce intihar girişimi öyküsü olan olguların (103.3 ± 23.6) olmayanlara (77.7 ± 21.1) göre istatistiksel anlamlı olarak İntihar Olasılığı Ölçeği'nden daha yüksek puanlar aldıkları ($p<0.05$) ancak intihar girişimi sayısının ve yönteminin alınan puanlar açısından fark oluşturmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 8. Olguların Geçmiş İntihar Öyküleri İle İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Korelasyonu

Değişken	n	İÖÖ Puanı (ort±SD)	p
Geçmiş İntihar Girişimi			
Yok	18	77.7±21.1	0.011 ^a
Var	8	103.3±23.6	
İntihar Girişimi Sayısı			
1	6	96.9±24.1	0.202 ^a
2	2	122.7±3.2	
Yöntem			
İlaç içimi	5	100.7±24.9	0.322 ^b
Bilek kesisi ve ilaç içimi	2	122.7±3.2	
Ası	1	78	

n: Katılımcı Sayısı, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, Ort: Ortalama, SD: Standart Sapma, ^a Bağımsız Değişkenler T Testi, ^b One Way ANOVA

4.4. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM SKALASI VE KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ PUANLARI İLE İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ PUANLARININ İLİşKİSİ

Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası'ndan (PANSS) alınan puanlara bakıldığında, çalışmaya dahil edilen olguların ilk görüşmeler ile 6.aydaki görüşmelerde aldıkları puan ortalamaları arasında pozitif sendrom alt ölçeğinde 9.46 ± 5.0 puanlık, negatif sendrom alt ölçeğinde 3.84 ± 6.16 puanlık, ölçekten aldıkları toplam puanlarda ise 25.42 ± 16.37 puanlık istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş görölmüştür ($p<0.001$).

Aylık görüşmelerdeki PANSS alt ölçek puanları ile İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) puanlarının ilişkisini incelemek için yapılan korelasyon analizinde, pozitif

sendrom alt ölçeği ile İÖÖ başlangıçta ilişkili değil iken 2.ayda orta derecede ve 4.aydan itibaren de güçlü derecede pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ($p<0.005$). Negatif sendrom alt ölçeğinin İÖÖ ile ilişkisine bakıldığında ise başlangıçta ilişki bulunmazken, 3.aydan 6.aya kadar pozitif yönde orta derecede ilişkili bulunmuştur($p<0.005$). Genel psikopatoloji alt ölçeğinde ise ilk karşılaşmadan son muayeneye kadar İÖÖ ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkinin 4.aya kadar orta derecede, 4.aydan itibaren güçlü derecede olduğu görülmüştür ($p<0.005$).

Tablo 9. Olguların Aylık Takiplerde Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası ve İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Korelasyonu (n=26)

PANSS Ortalama Puan	PANSS Alt Ölçekleri						İÖÖ Ortalama Puan
	Pozitif Sendrom Alt Ölçeği Ort Puan	Pearson r	Negatif Sendrom Alt Ölçeği Ort Puan	Pearson r	Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği Ort Puan	Pearson r	
İlk Görüşme	20.8±5.8	0,335	18.5±8.5	0,379	43.0±10.3	0,547*	94.6±24.5
1.AY	14.8±5.8	0,464*	16.2±8.7	0,282	34.2±9.9	0,568*	82.8±25.9
2.AY	13.2±5.0	0,551*	15.7±7.8	0,351	32.1±9.2	0,619*	84.3±25.6
3.AY	12.8±6.0	0,637*	15.2±6.6	0,573*	32.7±11.5	0,699*	83.9±27.0
4.AY	12.2±4.7	0,704*	15.4±5.7	0,593*	32.2±9.2	0,784*	86.0±27.2
5.AY	11.8±4.4	0,743*	15.0±5.2	0,637*	31.5±8.7	0,796*	83.6±26.7
6.AY	11.3±4.1	0,723*	14.6 ±4.9	0,610*	30.9±8.4	0,807*	84.2±27.1

n: Katılımcı Sayısı, Ort: Ortalama, PANNS: Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, * $p<0.005$

Aylık görüşmelerdeki Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) alt başlık puanları ile İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) puanlarının ilişkisini incelemek için yapılan korelasyon analizinde, CGI-Hastalık Şiddeti alt başlığı ile İÖÖ başlangıçta ilişkili değil iken 1. ve 2. aylarda orta derecede ve 3.aydan itibaren de güçlü derecede pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ($p<0.005$). CGI-Düzelme alt başlığının İÖÖ ile ilişkisine bakıldığında ise başlangıçta ilişki bulunmazken, 3.aydan 6.aya kadar pozitif yönde orta derecede ilişkili bulunmuştur($p<0.005$).

Tablo 10. Olguların Aylık Takiplerde Klinik Global İzlenim Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Korelasyonu (n=26)

	CGI Alt Ölçekleri				İÖÖ Ortalama Puan
	CGI-Hastalık Şiddeti Alt Başlığı Ort Puan	Pearson r	CGİ-İyileşme Alt Başlığı Ort Puan	Pearson r	
İlk Görüşme	4.7±0.8	0,323			94.6±24.5
1.AY	3.8±1.2	0,500*	3.0±0.8	0,350	82.8±25.9
2.AY	3.3±1.0	0,602*	3.1±0.9	0,463*	84.3±25.6
3.AY	3.2±1.3	0,717*	3.2±1.2	0,551*	83.9±27.0
4.AY	3.1±1.2	0,750*	3.1±1.2	0,638*	86.0±27.2
5.AY	3.1±1.1	0,709*	3.1±1.1	0,488*	83.6±26.7
6.AY	3.2±1.2	0,775*	3.2±1.2	0,518*	84.2±27.1

n: Katılımcı Sayısı, Ort: Ortalama, CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, *p<0.005

6 aylık takip sonucunda Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası alt ölçekleri ve Klinik Global İzlenim Ölçeği alt başlıklarındaki puan değişimleri ile İntihar Olasılığı Ölçeği'ndeki puan değişimleri arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Analizde; pozitif sendrom, negatif sendrom ve genel psikopatoloji alt ölçekleri ve CGI-Hastalık Şiddeti alt başlığı puanlarındaki değişim ile İÖÖ puanlarının değişimi arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.005). Olgulardaki belirtileri gösteren ölçeklerden alınan puanlar düşerken İÖÖ'den alınan puanların da düştüğü görülmüştür. Klinik Global İzlenim Ölçeği- İyileşme puanlarındaki değişim ile İÖÖ'den alınan puanların değişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 11. Olguların 6 Aylık Takip Sonucunda Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası Alt Ölçekleri ve Klinik Global İzlenim Ölçeği Alt Başlıkları ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puan Değişimlerinin Korelasyonu (n=26)

		Pozitif Sendrom Alt Ölçeği Puan Değişimi	Negatif Sendrom Alt Ölçeği Puan Değişimi	Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği Puan Değişimi	CGI-Hastalık Şiddeti Puan Değişimi	CGİ-İyileşme Puan Değişimi
		Pearson r	Pearson r	Pearson r	Pearson r	Pearson r
İÖÖ Puan Değişimi		0,870*	0,867*	0,917*	0,821*	0,207
	p	0,005	0,005	0,001	0,013	0,656

n: Katılımcı Sayısı, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası, CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, * p<0.005

5. TARTIŞMA

Psikotik hastalarda intihar oranının özellikle ilk atak sonrasında pik yaptığı bilinmektedir (81). İlk atak psikoz hastalarda intihar oranları başvurudan sonraki ilk yıl en yüksek değerlerde olmasına rağmen görece riskin düştüğü sonraki on yılda bile genel popülasyona göre neredeyse 4 kat yüksek kalmaktadır (81).

İntihar eğilimi (planlar veya teşebbüsler) oranı, psikoz tanılı hastalarda, erken teşhis programı olmayan ülkelere erken teşhis programı olan ülkelere nazaran önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur ve bu da hastalığın erken döneminin önemini gözler önüne sermektedir (82).

Çalışmamızda bu verilerden yola çıkarak çalışmada non afektif ilk atak psikoz olgularında sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenlerin tespit edilmesi, 6 aylık izlemde olguların klinik özelliklerinin değişimi ile intihar düşüncesi arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır.

Çalışmamıza dahil edilen non afektif ilk atak psikoz olguların ortalama yaşları 25.84 ± 7.46 (18-43) olarak tespit edilmiştir ancak olguların yaşları ile İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu konuda literatür tarandığında farklı sonuçlar içeren çeşitli çalışmalar olduğu görülebilir. İlk atak psikoz hastalarda yapılan ve 132 hastanın dahil edildiği bir çalışmada özellikle genç yaşın intihar riskini arttıran önemli bir etken olduğu gösterilmiştir (83). Bertelsen ve ark.'nın gerçekleştirdiği, 547 ilk atak psikoz hastanın 1 ve 2 yıllık izlemi ile yapılan çalışma neticesinde genç hastalarda intihar düşüncesi, planı ve girişiminin anlamlı ölçüde yüksek olduğu tespit edilmiştir (84). Şizofrenide genç yaşın intihar için yüksek risk taşıdığını gösteren yayınların yanı sıra hastalık başlangıcında ileri yaşta olmanın intihar riskini arttırdığına dair sonuçlar içeren çalışmalar da bulunmaktadır (85). Asyalı insanların dahil edildiği ve 687 kadın ve 710 erkek olmak üzere toplam 1397 ilk atak psikoz hastayı içeren Mitter ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, hastaların ortalama yaşlarının 28.2 olduğu, hastaların yüzde 56,5'inin takibin ilk yılında intihar ettiği ve ileri yaşın intihar açısından yüksek riskli olduğu gözlenmiştir (86). Literatürdeki yayınlarda çelişkili sonuçların bulunması psikotik hastaların ilk ataklarının genellikle genç yaşta ortaya çıkmasına bağlı verilerin

çoğunluğunun genç popülasyondan elde edilmesine ve homojen olmamasına bağlı olabilir. Çalışmamızda olguların yaşları ile İÖÖ puanları arasında herhangi bir ilişkinin saptanmaması çalışmaya katılan olgu sayısının az olması nedeniyle genel popülasyonun özelliklerini yansıtamaması nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda erkek cinsiyetteki olguların İÖÖ puanlarının kadın cinsiyete nazaran yüksek olduğu bulunmuştur. Dutta ve ark.'nın İngiltere'de gerçekleştirdiği 2132 ilk atak psikoz hastanın ortalama 13 yıl izlendiği bir çalışmada 51 hastanın intihar nedeniyle hayatını kaybettiği ve özellikle erkek cinsiyetin intiharda önemli bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (87). Breier ve ark.'nın yapmış olduğu intihar etmiş 20 şizofren hasta ile intihar niyeti olmayan şizofren hastaların ve şizofren olmayan intihar etmiş hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada erkek şizofren hastaların intihara daha meyilli oldukları saptanmıştır (88). Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar geçmiş çalışmalar ile uyumludur.

Non afektif ilk atak psikoz olgularda boşanmış hastaların evli hastalara nazaran daha yüksek İÖÖ puanları aldıkları gözlenmiştir. Bu durum evli olgulardaki daha yüksek sosyal destek ile ilişkili olabilir. Bu bulgu literatür ile tutarlı görünmektedir (89).

Çalışmamızda non afektif ilk atak psikoz olgularında ortalama eğitim yılının 12.61 ± 3.27 (5-16) olduğu ancak olguların eğitim yılları ile İÖÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür. Harris ve ark.'nın 15-29 yaşları arasında ve hastalığın erken evrelerinde olan 7760 psikotik hasta ile yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan ve hastalık öncesi işlevselliği görece yüksek olan hastaların intihar açısından daha riskli oldukları saptanmıştır (90). Çalışmamızda olguların eğitim yılları ile İÖÖ puanları arasında herhangi bir ilişkinin saptanmaması çalışmaya katılan olgu sayısının az olması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmaması nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda non afektif ilk atak psikoz olgularda herhangi bir işte çalışmayan olguların çalışanlara nazaran daha yüksek İÖÖ puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. Bu sonuç herhangi bir işte çalışmayan olguların daha kısıtlı sosyal etkileşim halinde olmasından ve dolayısı ile daha düşük sosyal destek varlığından

olabileceği gibi daha düşük sosyoekonomik durumdan da kaynaklanabilir. Bulgular Sher ve ark.'larının çalışma sonuçları ile uyumludur (53).

Non afektif ilk atak psikoz olguların sigara içenlerinin içmeyenlere oranla daha yüksek İÖÖ puanları aldığı görülmüştür. Sankaranarayanan ve ark.'nın 1975-2014 yılları arasında psikotik bozukluk tanısı alan 6813 hastayı taradıkları bir meta analizde sigara içmenin 2.12 olasılık oranı ile intihar riski ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (91). Çalışmamızdan elde edilen veriler literatür sonuçları ile tutarlıdır. Bu sonuç sigaranın serotonin ve monoamin oksidaz gibi nörotransmitterler üzerinde olduğu varsayılan etkisi nedeniyle olabilir (92,93). Ayrıca sigara içme ve intiharın benzer risk faktörlerine sahip olmaları da bu sonucu açıklayabilir.

Çalışmamızda madde kullanan olguların kullanmayan olgulara göre İÖÖ puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Melle ve ark.'nın yapmış olduğu ve ilk atak psikoz hastaların tedavi sonrası ilk 2 yıllık süreçte izlendiği bir çalışmada hastaların madde kullanım bozukluğu varlığında intihar riskinin anlamlı ölçüde arttığı gözlenmiştir (94). Yine benzer şekilde Verdoux ve ark. 64 ilk başvuru psikotik hastanın dahil edildiği bir çalışmada hastaların yüzde 25'inden daha fazlasının başvuru öncesinde intihar girişiminde bulunduğunu ve yüzde 10'undan fazlasının bu girişim sonrasında psikiyatri kliniğine sevkini gerektirdiğini, bu hastalarda özellikle çoklu madde kullanımının yüksek olduğunu izlemişlerdir (95). Bu literatür verileri çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir. Madde kullanımı psikotik tabloyu alevlendirerek intihar riskini artırıyor olabilir. (96).

Çalışmamızda non afektif ilk atak psikoz olgularda alkol kullanımının İÖÖ puanları açısından herhangi bir istatistiksel anlamı olmadığı saptanmıştır. Barrett ve ark.'nın yapmış olduğu ve 170 ilk atak psikoz hastasının dahil edildiği bir çalışmada alkol kullanımının hastalarda intihar riskini arttırdığı gösterilmiştir (97). Sonuçlarımız; çalışmamıza katılan non afektif ilk atak psikoz olguların hiçbirinde alkol kullanımı olmamasına bağlı olarak, örneklemimizin genel popülasyonu yansıtamaması nedeniyle, literatür ile uyumsuz çıkmış olabilir.

Geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan olguların herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan olgulara nazaran İÖÖ puanlarının istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Cohen ve ark. tarafından yapılan, 184 ilk

başvuru psikotik hastanın intihar riski açısından değişkenlerinin araştırıldığı bir çalışmada hastaların geçmiş psikiyatrik öyküsü incelenmiş ve geçmişte özellikle unipolar depresyon tanısı olan hastaların intihar açısından yüksek riskli oldukları belirlenmiştir (98). Hawton ve ark.'nın yayınladığı bir gözden geçirme yazısında şizofreni hastalarda geçmişte depresyon öyküsü varlığında intihar riskininin anlamlı derecede arttığı tespit edilmiştir (99). Çalışmamızda da literatür ile paralel olarak geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan olgularda İÖÖ puanları yüksek saptanmıştır.

Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan non afektif ilk atak psikoz olguların bulunmayanlara nazaran İÖÖ'den daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Björkenstam ve ark.'nın yaşları 15-30 arasında değişen 2819 ilk atak psikoz hasta ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada hastaları intihar riski açısından incelenmişlerdir. Çalışmaya katılan hastaların birinci derece akrabalarında şizofreni, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu veya herhangi bir psikiyatrik hastalık nedeniyle hastaneye yatış öyküsü bulunanlarının intihar açısından daha riskli oldukları tespit edilmiştir (100). İlk atak psikoz hastalarda özellikle aile bireylerinde psikotik bir hastalık tablosu varlığında intihar riskinin yükseldiği gösterilmiştir (101). Çalışmamızda da literatüre uygun olarak ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan non afektif ilk atak psikoz olgular İÖÖ'den daha yüksek puanlar almışlardır.

Çalışmamızda geçmiş intihar öyküsü bulunan non afektif ilk atak psikoz olgularda bulunmayan olgulara göre artmış İÖÖ puanları saptanmıştır. Nordentoft ve ark.'nın gerçekleştirdiği 180 kişinin dahil edildiği ilk atak psikoz hastalarda gerçekleştirilen bir vaka kontrol çalışmasında hastalarda intiharla ilişkili davranışlar arasında en yüksek risk faktörlerinden birinin geçmişteki intihar girişimi olduğu tespit edilmiştir (102). Shah ve ark. tarafından yapılan Avustralya'nın Melbourne kentindeki bir psikiyatri hastanesinde 21 yıllık bir süre içinde şizofreni hastalarda meydana gelen 62 intihar vakasının incelendiği bir çalışmada intihar eden hastaların çoğunun geçmişte de intihar girişiminde bulunduğu ve bunun intihar riskini öngörmede önemli bir belirteç olduğu saptanmıştır (103). Çalışmamızda elde edilen bulguların literatür ile tutarlı olduğu görülmektedir.

Non afektif ilk atak psikoz olgularda aylık görüşmelerdeki Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası'nın (PANSS) pozitif sendrom alt ölçeği puanları ile İÖÖ puanları başlangıçta ilişkili değil iken 2.ayda orta derecede ve 4.aydan itibaren de güçlü derecede pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bornheimer ve ark.'nın 404 ilk atak psikoz hastayı inceledikleri bir çalışmada pozitif belirtileri yüksek olan hastaların intihar açısından daha yüksek riske sahip oldukları görülmüştür (104). Ayrıca yine Bornheimer ve ark.'nın CATİE çalışmasından elde edilen 1460 şizofren hasta verisi ile gerçekleştirdikleri bir başka çalışmada özellikle halüsinasyon ve sanrılar başta olmak üzere pozitif psikotik belirtilerin artmış intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (105). Çalışmamızda da literatür ile tutarlı olarak pozitif psikotik belirtiler ile İÖÖ puanlarının ilişkili oldukları görülmüştür.

Çalışmamızda PANSS negatif sendrom alt ölçeğinin İÖÖ ile ilişkisine bakıldığında aralarında başlangıçta ilişki bulunmazken, 3.aydan 6.aya kadar pozitif yönde ve orta derecede bir ilişki saptanmıştır. Cohen ve ark.'nın 184 psikotik hasta ile yaptıkları bir çalışmada hastalarda yüksek negatif belirtilerin varlığının istatistiksel anlamlı olarak intihar riski ile ilişkili oldukları gösterilmiştir (106). Pelizza ve ark.'nın gerçekleştirdiği ve 134 ilk atak psikoz hastanın 2 yıllık izlemi sonucu elde edilen verilerin değerlendirildiği bir çalışmada hastalarda negatif psikotik belirtiler ile intihar düşüncesinin pozitif ve anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (107). Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler literatür ile uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda PANSS pozitif sendrom alt ölçeğinin negatif sendrom alt ölçeğine göre İÖÖ ile daha erken dönemde ve daha kuvvetli bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. Birçok çalışmada şizofrenide pozitif belirtiler ile depresif belirtiler arasında kuvvetli pozitif bir korelasyon olduğu gösterilmiş ancak negatif semptomlar için benzer bir durum saptanamamıştır (108). Depresif belirtilerin intihar riskini arttırabildiği düşünülürse çalışmamızda olduğu gibi İÖÖ puanları ile PANSS pozitif sendrom alt ölçek puanlarının erken dönemde ortaya çıkan ve kuvvetli korelasyonları açıklanabilir.

Çalışmamızda PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği ile İÖÖ puanları karşılaştırıldığında aralarında ilk karşılaşmadan son muayeneye kadar pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve bu ilişkinin 4.aya kadar orta derecede, 4.aydan

itibaren güçlü derecede olduğu görülmüştür. PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği bünyesinde 16 bağımsız alt başlık bulundurmaktadır. Literatürde bu alt başlıkların ayrıca incelendiği daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Non afektif ilk atak psikoz olgularda aylık görüşmelerdeki Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) -Hastalık Şiddeti alt başlığı ile İÖÖ başlangıçta ilişkili değil iken 1. ve 2.ayda orta derecede ve 3.aydan itibaren de güçlü derecede pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda CGI-Düzelme alt başlığının İÖÖ ile ilişkisine bakıldığında ise aralarında başlangıçta ilişki bulunmazken, 3.aydan 6.aya kadar pozitif yönde orta derecede ilişkili bulunmuştur. Özellikle iyileşmeyle birlikte artan intihar olasılığı dikkat çekici bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Paradoksal olarak iyileşme olasılığı en yüksek olan şizofren hastaların aynı zamanda yüksek intihar riski taşıyan hastalar olduğunu gösterir çalışmalar bulunmaktadır (109). Bu durumun olası nedenleri arasında hastalık tablosunun gerilemesi sonucu ortaya çıkan hastalığa dair içgörü olabilir. İçgörü ve intihar davranışı arasındaki ilişkiyle ilgili olarak 2008 yılında 107 ilk atak psikoz hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %47'sinin intihar düşüncesi bildirdiği ve intihar girişiminde bulunanların (%9) bir akıl hastalığına sahip olma içgörüsünün, girişimi olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (110). 397 ilk atak psikoz hasta ile yapılan ve içgörü ile intihar riski arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada 270 hasta tedavinin başlangıç, 1 ve 3. yıllarında değerlendirilmiş ve hastalarda daha düşük içgörü varlığının daha yüksek intihar riski ile ilişki olduğu saptanmıştır (111). Literatür sonuçlarının çalışmamızda elde ettiğimiz verileri desteklediği görülmektedir.

5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın sonuçları bazı kısıtlamalar dahilinde değerlendirilmelidir. Çalışmamızdaki bir kısıtlılık olarak örneklem sayısının düşük olması düşünülebilir. Bu kısıtlılık istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmasını engellemiş olabilir. Çalışmaya hastanemize başvuran, ayaktan veya yatarak takip edilen olgular dahil edilmiştir, bu durum olguların genel popülasyonu yansıtamamasına neden olmuş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

- 1) Çalışmamızda non afektif ilk atak psikoz olgularında; erkek, boşanmış, herhangi bir işte çalışmayan, sigara/madde kullanımı olan, geçmişte psikiyatrik tanısı olan, ailesinde psikiyatrik hastalık bulunan ve geçmişte intihar öyküsü olan olguların İÖÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- 2) Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası'ndan (PANSS) alınan puanlara bakıldığında, çalışmaya dahil edilen olguların ilk görüşmeler ile 6.aydaki görüşmelerde aldıkları puan ortalamaları arasında pozitif sendrom alt ölçeğinde, negatif sendrom alt ölçeğinde ve ölçekten aldıkları toplam puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş görülmüştür.
- 3) Non afektif ilk atak psikoz olgularda aylık görüşmelerdeki Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası'nın (PANSS) pozitif sendrom alt ölçeği puanları ile İÖÖ puanları başlangıçta ilişkili değil iken 2.ayda orta derecede ve 4.aydan itibaren de güçlü derecede pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
- 4) Çalışmamızda PANSS negatif sendrom alt ölçeğinin İÖÖ ile ilişkisine bakıldığında aralarında başlangıçta ilişki bulunmazken, 3.aydan 6.aya kadar pozitif yönde ve orta derecede bir ilişki saptanmıştır.
- 5) Non afektif ilk atak psikoz olgularda aylık görüşmelerdeki Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) -Hastalık Şiddeti alt başlığı ile İÖÖ başlangıçta ilişkili değil iken 1.ve 2.ayda orta derecede ve 3.aydan itibaren de güçlü derecede pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
- 6) CGI-Düzelme alt başlığının İÖÖ ile ilişkisine bakıldığında aralarında başlangıçta ilişki bulunmazken, 3.aydan 6.aya kadar pozitif yönde orta derecede ilişkili bulunmuştur.
- 7) Çalışmamızda PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği ile İÖÖ puanları karşılaştırıldığında aralarında ilk karşılaşmadan son muayeneye kadar

pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve bu ilişkinin 4.aya kadar orta derecede, 4.aydan itibaren güçlü derecede olduğu görülmüştür.

- 8) Olguların PANSS pozitif sendrom, negatif sendrom, genel psikopatoloji alt ölçekleri ve CGI-Hastalık Şiddeti alt ölçeği başlıklarındaki 0-6. aylardaki puan değişimleri ile İÖÖ puan değişimleri arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

6.2. ÖNERİLER

- 1) Non afektif ilk atak psikoz olgularında intihar riskini arttırabilecek sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenler olduğu düşünülmektedir. Bu özellikler ve değişkenlerin tespit edilmesi ile non afektif ilk atak psikoz olgularında riskli hastalar öngörülebilir ve bu durum klinisyenler için yol gösterici olabilir.
- 2) Non afektif ilk atak psikoz olgularında intihar ile ilişkili olabilecek sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenlerin belirlenmesi amacıyla bu konuda geniş örneklemli ve uzunlamasına izlem çalışmaları yapılması önerilir.
- 3) Olguların takipleri sürecinde ortaya çıkabilecek depresif belirtiler açısından da incelenmesi intihar riski açısından daha geniş çaplı sonuçlara ulaşılmasına katkı sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Jan 1;64(1):19.
2. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Lester D, Shrivastava A, Girardi P, et al. Suicide risk in first episode psychosis: A selective review of the current literature. *Schizophr Res*. 2011 Jun;129(1):1–11.
3. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Mar 1;62(3):247.
4. Dutta R, Murray RM, Hotopf M, Allardyce J, Jones PB, Boydell J. Reassessing the Long-term Risk of Suicide After a First Episode of Psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Dec 6;67(12):1230.
5. Robinson J, Harris MG, Harrigan SM, Henry LP, Farrelly S, Prosser A, et al. Suicide attempt in first-episode psychosis: A 7.4 year follow-up study. *Schizophr Res*. 2010 Jan;116(1):1–8.
6. van Os J, Hanssen M, Bijl R v., Vollebergh W. Prevalence of Psychotic Disorder and Community Level of Psychotic Symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jul 1;58(7):663.
7. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 4th Edition. Cambridge: Cambridge University Press; 2013. 79–128 p.
8. Köroğlu E, editor. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. 5. Baskı (DSM-5). Hekimler Yayın Birliği; 2013.
9. Owen M, Sawa A, Mortensen P. Schizophrenia. *Lancet*. 2016;388:86–97.
10. Hany M, Rehman B, Azhar Y, Chapman J. Schizophrenia. 2023 Jan 30. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 30969686.
11. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, New york. Lippincott Williams & Wilkins press. Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. 300–346 p.
12. Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease. In Cambridge: Harvard University Press; 1996. p. 21.
13. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden

of Disease Study 2010. *Lancet* [Internet]. 2013 Nov 9 [cited 2022 May 14];382(9904):1575–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23993280>

14. Miller B, Messias E, Miettunen J, Alaräisänen A, Järvelin MR, Koponen H, et al. Meta-analysis of Paternal Age and Schizophrenia Risk in Male Versus Female Offspring. *Schizophr Bull.* 2011 Sep;37(5):1039–47.
15. McGrath JJ, Burne TH, Feron F, Mackay-Sim A, Eyles DW. Developmental Vitamin D Deficiency and Risk of Schizophrenia: A 10-Year Update. *Schizophr Bull.* 2010 Nov 1;36(6):1073–8.
16. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophr Bull.* 2012 Jul;38(4):661–71.
17. Dean K, Stevens H, Mortensen PB, Murray RM, Walsh E, Pedersen CB. Full Spectrum of Psychiatric Outcomes Among Offspring With Parental History of Mental Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2010 Aug 1;67(8):822.
18. Pantelis C, Velakoulis D, McGorry PD, Wood SJ, Suckling J, Phillips LJ, et al. Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: a cross-sectional and longitudinal MRI comparison. *The Lancet.* 2003 Jan;361(9354):281–8.
19. Cardno AG, Marshall EJ, Coid B, Macdonald AM, Ribchester TR, Davies NJ, et al. Heritability Estimates for Psychotic Disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1999 Feb 1;56(2):162.
20. Zwickler A, Denovan-Wright EM, Uher R. Gene–environment interplay in the etiology of psychosis. *Psychol Med.* 2018 Sep 15;48(12):1925–36.
21. di Forti M, Iyegbe C, Sallis H, Kolliakou A, Falcone MA, Paparelli A, et al. Confirmation that the AKT1 (rs2494732) Genotype Influences the Risk of Psychosis in Cannabis Users. *Biol Psychiatry.* 2012 Nov;72(10):811–6.
22. Vassos E, di Forti M, Coleman J, Iyegbe C, Prata D, Euesden J, et al. An Examination of Polygenic Score Risk Prediction in Individuals With First-Episode Psychosis. *Biol Psychiatry.* 2017 Mar;81(6):470–7.
23. McGrath J, Saha S, Welham J, el Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med.* 2004 Dec 28;2(1):13.

24. Calabrese J, Al Khalili Y. Psychosis. 2022 Jul 21. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 31536188.
25. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. The psychosis epidemiology in Turkey: a systematic review on prevalence estimates and admission rates. *Turk Psikiyatri Derg.* 2011;22(1):40–52.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual In: DSM-IV TR. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2000.
27. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev.* 2008;30:67–76.
28. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: overview and treatment options. *P T.* 2014 Sep;39(9):638–45.
29. Geddes AE, Huang XF, Newell KA. Reciprocal signalling between NR2 subunits of the NMDA receptor and neuregulin1 and their role in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2011 Jun;35(4):896–904.
30. Kehrer C. Altered excitatory-inhibitory balance in the NMDA-hypofunction model of schizophrenia. *Front Mol Neurosci.* 2008;1.
31. Jentsch J. The Neuropsychopharmacology of Phencyclidine From NMDA Receptor Hypofunction to the Dopamine Hypothesis of Schizophrenia. *Neuropsychopharmacology.* 1999 Mar;20(3):201–25.
32. Kinon BJ, Zhang L, Millen BA, Osuntokun OO, Williams JE, Kollack-Walker S, et al. A Multicenter, Inpatient, Phase 2, Double-Blind, Placebo-Controlled Dose-Ranging Study of LY2140023 Monohydrate in Patients With DSM-IV Schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol.* 2011 Jun;31(3):349–55.
33. Olincy A, Harris JG, Johnson LL, Pender V, Kongs S, Allensworth D, et al. Proof-of-Concept Trial of an $\alpha 7$ Nicotinic Agonist in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 Jun 1;63(6):630.
34. Potasiewicz A, Nikiforuk A, Hołuj M, Popik P. Stimulation of nicotinic acetylcholine $\alpha 7$ receptors rescue schizophrenia-like cognitive impairments in rats. *Journal of Psychopharmacology.* 2017 Feb 15;31(2):260–71.
35. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *The Lancet.* 2009 Aug;374(9690):635–45.
36. Menezes NM, Arenovich T, Zipursky RB. A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychol Med.* 2006 Oct;36(10):1349–62.

37. Smith T, Weston C, Lieberman J. Schizophrenia (maintenance treatment). *Am Fam Physician*. 2010 Aug 15;82(4):338–9.
38. Caseiro O, Pérez-Iglesias R, Mata I, Martínez-García O, Pelayo-Terán JM, Tabares-Seisdedos R, et al. Predicting relapse after a first episode of non-affective psychosis: A three-year follow-up study. *J Psychiatr Res*. 2012 Aug;46(8):1099–105.
39. Cahn W, Pol HEH, Lems EBTE, van Haren NEM, Schnack HG, van der Linden JA, et al. Brain Volume Changes in First-Episode Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Nov 1;59(11):1002.
40. Bromley, S., Choi, M. A., & Faruqi, S. First episode psychosis: An information guide. CAMH. 2015
41. Keshavan MS, Clementz BA, Pearlson GD, Sweeney JA, Tamminga CA. Reimagining psychoses: An agnostic approach to diagnosis. *Schizophr Res*. 2013 May;146(1–3):10–6.
42. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, et al. The Psychosis High-Risk State. *JAMA Psychiatry*. 2013 Jan 1;70(1):107.
43. Fusar-Poli P, Rocchetti M, Sardella A, Avila A, Brandizzi M, Caverzasi E, et al. Disorder, not just state of risk: Meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 2015 Sep 2;207(3):198–206.
44. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S, Woods SW, Addington J, Nelson B, et al. Heterogeneity of Psychosis Risk Within Individuals at Clinical High Risk. *JAMA Psychiatry*. 2016 Feb 1;73(2):113.
45. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*. 2017 Oct;16(3):251–65.
46. Agid O, Kapur S, Arenovich T, Zipursky RB. Delayed-Onset Hypothesis of Antipsychotic Action. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Dec 1;60(12):1228.
47. Emsley R, Rabinowitz J, Medori R. Time Course for Antipsychotic Treatment Response in First-Episode Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2006 Apr;163(4):743–5.
48. Wunderink L, Sytema S, Nienhuis FJ, Wiersma D. Clinical Recovery in First-Episode Psychosis. *Schizophr Bull*. 2009 Mar 1;35(2):362–9.
49. Davidson L, McGlashan TH. The varied outcomes of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 1997 Feb;42(1):34–43.

50. Lieberman JA, Koreen AR, Chakos M, Sheitman B, Woerner M, Alvir JM, et al. Factors influencing treatment response and outcome of first-episode schizophrenia: implications for understanding the pathophysiology of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1996;57 Suppl 9:5–9.
51. Jobe TH, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Can J Psychiatry*. 2005 Dec;50(14):892–900.
52. Bebbington P, Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychol Med*. 1994 Aug;24(3):707–18.
53. Sher L, Kahn RS. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina (Kaunas)*. 2019 Jul 10;55(7).
54. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. 2009 Apr;373(9672):1372–81.
55. WHO., Saxena S, Saxena S, Krug EG, Krug EG, Chestnov O, et al. Preventing Suicide : a Global Imperative. World Health Organization; 2014. 92 p.
56. Bertolote /José Manoel, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 2015 Jun 11;7(2).
57. Värnik P. Suicide in the World. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Mar 2;9(3):760–71.
58. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm İstatistikleri, 2018. 2019.
59. Pirkis J, Nordentoft M. Media Influences on Suicide and Attempted Suicide. In: *International Handbook of Suicide Prevention*. Wiley; 2011. p. 531–44.
60. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):371–7.
61. van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry*. 2014 Jun;1(1):63–72.
62. Mann JJ. The serotonergic system in mood disorders and suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2013 Apr 5;368(1615):20120537.
63. O'Connor DB, Gartland N, O'Connor RC. Stress, cortisol and suicide risk. In 2020. p. 101–30.
64. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004 Dec 4;4(1):37.

65. Nordentoft M, Madsen T, Fedyszyn I. Suicidal Behavior and Mortality in First-Episode Psychosis. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2015 May;203(5):387–92.
66. Clarke M, Whitty P, Browne S, Mc Tighe O, Kinsella A, Waddington JL, et al. Suicidality in first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2006 Sep;86(1–3):221–5.
67. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschläger J, Quach P le, et al. Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *British Journal of Psychiatry*. 2007 Dec 2;191(S51):s140–6.
68. Krausz M, Müller-Thomsen T, Haasen C. Suicide among Schizophrenic Adolescents in the Long-Term Course of Illness. *Psychopathology*. 1995;28(2):95–103.
69. Verdoux H, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, van Os J. Predictors and outcome characteristics associated with suicidal behaviour in early psychosis: a two-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand*. 2001 May;103(5):347–54.
70. Robinson J, Harris MG, Harrigan SM, Henry LP, Farrelly S, Prosser A, et al. Suicide attempt in first-episode psychosis: A 7.4year follow-up study. *Schizophr Res*. 2010 Jan;116(1):1–8.
71. Kontaxakis V, Havaki-Kontaxaki B, Margariti M, Stamouli S, Kollias C, Christodoulou G. Suicidal Ideation in Inpatients with Acute Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004 Jul 1;49(7):476–9.
72. de Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res*. 2001 Mar;47(2–3):127–34.
73. First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). User’s guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version. American Psychiatric Publishing, Inc..
74. Elbir M, Alp Topbas O, Bayad S, Kocabas T, Topak OZ, Cetin S, et al. Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2019.
75. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987 Jan 1;13(2):261–76.
76. Kostakoğlu, A. E., Batur, S., Tiryaki, A. ve Göğüş, A. (1999). Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(44), 23-32.

77. Cull JG, Gill WS (1988) Suicide Probability Scale Manual Western Psychological Services, Los Angeles, California.
78. Eskin M. Reliability of the turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale. J Clin Psychol. 1993 Jul;49(4):515–22.
79. Durak Batıgün, A. ve Hisli Şahin, N. (2018). İntihar Olasılığı Ölçeği: Gözden geçirme, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Klinik Psikoloji Dergisi, 2(2), 52-64.
80. Guy W (1976) ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised US Dept Health, Education and Welfare publication (ADM), Rockville, Md; National Institute of Mental Health, 76-338.
81. Dutta R, Murray RM, Hotopf M, Allardyce J, Jones PB, Boydell J. Reassessing the Long-term Risk of Suicide After a First Episode of Psychosis. Arch Gen Psychiatry. 2010 Dec 6;67(12):1230.
82. Melle I, Johannesen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, et al. Early Detection of the First Episode of Schizophrenia and Suicidal Behavior. American Journal of Psychiatry. 2006 May;163(5):800–4.
83. Vila-Badia R, Kaplan M, Butjosa A, Del Cacho N, Serra-Arumí C, Colomer-Salvans A, et al. Suicidal behaviour in first-episode psychosis: The relevance of age, perceived stress and depressive symptoms. Clin Psychol Psychother. 2022 Jul 5;29(4):1364–73.
84. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschläger J, Quach P Le, et al. Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. British Journal of Psychiatry. 2007 Dec 2;191(S51):s140–6.
85. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. Acta Psychiatr Scand. 2014 Dec;130(6):418–26.
86. Mitter N, Subramaniam M, Abidin E, Poon LY, Verma S. Predictors of suicide in Asian patients with first episode psychosis. Schizophr Res. 2013 Dec;151(1–3):274–8.
87. Dutta R, Murray RM, Allardyce J, Jones PB, Boydell J. Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. Schizophr Res. 2011 Mar;126(1–3):11–9.
88. Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. American Journal of Psychiatry. 1984 Feb;141(2):206–9.

89. Siris SG. Suicide and schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*. 2001 Mar 2;15(2):127–35.
90. Harris MG, Burgess PM, Chant DC, Pirkis JE, McGorry PD. Impact of a specialized early psychosis treatment programme on suicide. Retrospective cohort study. *Early Interv Psychiatry*. 2008 Feb;2(1):11–21.
91. Sankaranarayanan A, Mancuso S, Wilding H, Ghuloum S, Castle D. Smoking, Suicidality and Psychosis: A Systematic Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(9):e0138147.
92. Malone KM, Waternaux C, Haas GL, Cooper TB, Li S, Mann JJ. Cigarette Smoking, Suicidal Behavior, and Serotonin Function in Major Psychiatric Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2003 Apr;160(4):773–9.
93. Whitfield JB, Pang D, Bucholz KK, Madden PAF, Heath AC, Statham DJ, et al. Monoamine oxidase: associations with alcohol dependence, smoking and other measures of psychopathology. *Psychol Med*. 2000 Mar 1;30(2):443–54.
94. Melle I, Johannessen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, et al. Course and Predictors of Suicidality Over the First Two Years of Treatment in First-Episode Schizophrenia Spectrum Psychosis. *Archives of Suicide Research*. 2010 Apr 30;14(2):158–70.
95. Verdoux H, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, Os J. Suicidality and substance misuse in first-admitted subjects with psychotic disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2007 Nov 13;100(5):389–95.
96. Mauri M, Volonteri L, De Gaspari I, Colasanti A, Brambilla M, Cerruti L. Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2006;2(1):4.
97. Barrett EA, Sundet K, Faerden A, Nesvåg R, Agartz I, Fosse R, et al. Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2010 Jun;119(1–3):11–7.
98. Cohen S, Lavelle J, Rich CL, Bromet E. Rates and correlates of suicide attempts in first-admission psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1994 Sep;90(3):167–71.
99. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*. 2005 Jul 2;187(1):9–20.
100. Björkenstam C, Björkenstam E, Hjern A, Bodén R, Reutfors J. Suicide in first episode psychosis: A nationwide cohort study. *Schizophr Res*. 2014 Aug;157(1–3):1–7.

101. Berger G, Fraser R, Carbone S, McGorry P. Emerging psychosis in young people - Part 1 - key issues for detection and assessment. *Aust Fam Physician*. 2006 May;35(5):315–21.
102. Nordentoft M, Madsen T, Fedyszyn I. Suicidal Behavior and Mortality in First-Episode Psychosis. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2015 May;203(5):387–92.
103. Shah A, Ganesvaran T. Suicide among Psychiatric In-Patients with Schizophrenia in an Australian Mental Hospital. *Med Sci Law*. 1999 Jul 25;39(3):251–9.
104. Bornheimer LA, Wojtalik JA, Li J, Cobia D, Smith MJ. Suicidal ideation in first-episode psychosis: Considerations for depression, positive symptoms, clinical insight, and cognition. *Schizophr Res*. 2021 Feb;228:298–304.
105. Bornheimer LA, Jaccard J. Symptoms of Depression, Positive Symptoms of Psychosis, and Suicidal Ideation Among Adults Diagnosed With Schizophrenia Within the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness. *Archives of Suicide Research*. 2017 Oct 2;21(4):633–45.
106. Cohen S, Lavelle J, Rich CL, Bromet E. Rates and correlates of suicide attempts in first-admission psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1994 Sep;90(3):167–71.
107. Pelizza L, Pellegrini C, Quattrone E, Azzali S, Landi G, Pellegrini P, et al. Suicidal Ideation in Patients Experiencing a First-episode Psychosis: Findings From the 2-Year Follow-up of the “Parma Early Psychosis” Program. *Suicide Life Threat Behav*. 2020 Aug 12;50(4):838–55.
108. Uzun Ö, Zincir N, Cansever A, Özşahin A (2002). İlk atak şizofrenide depresif belirtiler: Altı aylık izleme çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12(2), 64 - 68.
109. Fenton WS. Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life Threat Behav*. 2000;30(1):34–49.
110. Foley S, Jackson D, McWilliams S, Renwick L, Sutton M, Turner N, et al. Suicidality prior to presentation in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2008 Oct 23;2(4):242–6.
111. Ayesa-Arriola R, Terán JMP, Moríñigo JDL, Rivero MC, Setién-Suero E, Al-Halabi S, et al. The dynamic relationship between insight and suicidal behavior in first episode psychosis patients over 3-year follow-up. *European Neuropsychopharmacology*. 2018 Oct;28(10):1161–72.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- KİŞİSEL BİLGİLER

Adı soyadı:

Unvanı:

Uzmanlık Alanı:

Görev yeri:

İletişim bilgileri

Yabancı dilleri:

II- EĞİTİM BİLGİLERİ

- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi(2011-2017)
- Ankara Mehmet Emin Resulzade Anadolu Lisesi (2007-2011)
- Ankara Eryaman Bahar İlköğretim Okulu (1999-2007)

III- İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

1. Ankara Kahramankazan Hamdi Eriş Devlet Hastanesi, Acil Servis, Pratisyen hekim (2017-2018)
2. Ankara Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Asistan hekim (2018)
3. S.B.Ü Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Asistan hekim (01/07/2019-halen)

IV- ÜYE OLDUĞU BİLİMSEL KURULUŞLAR

Türkiye Psikiyatri Derneği

V- AKADEMİK ÇALIŞMALAR İLE İLGİLİ BİLGİLER

1. Psikoterapi eğitimleri

- 1) Bilişsel Davranışçı Terapi Temel Teori Eğitimi, Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği
- 2) Dinamik Psikoterapi Temel Eğitimi, Prof. Dr. Doğan Şahin
- 3) Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları Temel Eğitimi, Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma derneği

9. EKLER

EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

17.10.2022

Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 17.10.2022

TOPLANTI SAATİ : 13:00 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)

TOPLANTI NO : 2022/09

PROJE/ KARAR NO : 2022-195 (Değerlendirilme Tarihi:27.06.2022-17.10.2022)

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Özcan UZUN'un sorumlu araştırmacı, Arş. Gör. Dr. Burcu GÜLTEKİN'in yardımcı araştırmacı olduğu, 2022/195 kayıt numaralı, **"Non-Afektif Psikoz Olgularında İntihar Düşüncesi: Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Değişkenler İle İlişkisi"** başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Adı Soyadı ve Görev Yeri	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Gülhane Anestezi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Gülhane Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Gülhane Üroloji. Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (Enstitü Tıbbi Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer Savunma Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Gülhane Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Gülhane Genel Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
7	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI (Gülhane Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
8	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM (Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi)	Üye	
9	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
10	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Gülhane Tıp Fakültesi, Histoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Sekreter	
11	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
12	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
13	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Gülhane Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
14	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL (Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-2: ARASTIRMA TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU ONAYI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÜLHANE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - GÜLHANE İLAMI TIPTA
UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TURG)
28/07/2022 T.T.İL. İL SAĞLIK - 799 / 001



0017009019

Sayı : E-50687469-799
Konu : Araştırma İzni (Dr. Bureu
GÜLTEKİN)

Sayın : Dr. Bureu GÜLTEKİN
(Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Birimi)

“Non-Afektif Psikoz Olgularında İntihar Düşüncesi: Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Değişkenler İle İlişkisi” başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun 28.07.2022 tarih ve 14 no’lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.

Prof. Dr. Cevdet Serkan GÖKKAYA
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge Detayları: Kodu: 50687469-799-0012-0000-00-000000000000
General Dr.Tevfik Sağlam Cd. Etik ARGE/TÜDE Birimi

Belge Doğrulama Adresi: <http://www.saglik.gov.tr/etk-ar-ge-tu-de>

Telefon: Faks No:

e-Posta: etiket.menay@sağlik.gov.tr İnternet Adresi:
<http://www.gulhaneetk.saglik.gov.tr/>

Bilgi için: Etik MENAY

Veri Hazırlama ve Kontrol İşi:

Telefon No: (0 312) 304 61 05



EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Non Afektif Psikoz Olgularında İntihar Düşüncesinin
Sosyodemografik Özellikler Ve Klinik Değişkenler İle İlişkisi: Altı Aylık İzlem Çalışması

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Özcan Uzun

Diğer Araştırmacıların Adı: Araştırma Görevlisi Dr. Burcu GÜLTEKİN

Destekleyici (varsa):

“Non Afektif Psikoz Olgularında İntihar Düşüncesinin Sosyodemografik Özellikler Ve Klinik Değişkenler İle İlişkisi: Altı Aylık İzlem Çalışması” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, Prof. Dr. Özcan Uzun sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- Araştırmanın amacı: Bu çalışmada non afektif ilk atak psikoz olgularında sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenlerin tespit edilmesi, 6 aylık izlemde olguların klinik değişkenleri ile intihar düşüncesi değişimleri arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır.*
- Çalışmaya kaç kişinin alınmasının planlandığı; Çalışmaya DSM-5'e göre 'Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar' başlığı altında yer alan ve duygudurum bozukluğu bulunmayan (İkiuçlu ve İlişkili Bozukluklar tanı kriterlerini karşılamayan), non afektif ilk psikotik atak nedeniyle Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde ayaktan ya da yatarak tedavi gören 26 hasta dahil edilecektir.*

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Çalışmaya dahil olmayı kabul etmeniz durumunda bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV), Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası (PANSS), İntihar Olasılığı Ölçeği ve Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) testleri yapılacaktır.

Araştırmanın süresi; etik kurul alınmasından itibaren 6 ayda bitirilmesi planlanmıştır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmaya dahil olmanız durumunda sizi herhangi bir risk veya rahatsızlık beklememektedir.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Bu çalışmanın sonucunda elde edilecek bulgularla non afektif ilk atak psikoz hastaların 6 aylık izlemi ile bu hastalarda sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenler ile intihar düşüncesi arasındaki ilişkinin belirlenmesine katkı sağlanması ve bu verilerin klinik kullanıma aktarılması amaçlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Dr. Burcu GÜLTEKİN

GÖREVİ : Araştırma Görevlisi

TELEFON : 0312 304 4520

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında, Prof. Dr. Özcan Uzun tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte Dr. Burcu GÜLTEKİN, Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, 0312 304 45 20 ‘den arayabileceğimi biliyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı	Katılımcı yakını/vasisi	Katılımcı ile görüşen hekim
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:	Adı soyadı, unvanı:
Adres:	Adres:	Adres:
Tel:	Tel:	Tel:
İmza:	İmza:	İmza:
Tarih:	Tarih:	Tarih:

**EK-4: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KLİNİK
DEĞİŞKENLER VERİ TOPLAMA FORMU**

Tarih:

Örneklem No:

Görüşmecisi:

1.Hastanın adı soyadı :.....

2.Yaş :.....

3.Cinsiyet : ☐ Kadın ☐ Erkek

4.Medeni Durum : ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Ayrılmış/Dul

5.Mesleği :.....

6.Çalışma Durumu : ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor

7.Eğitim Durumu :yıl

8. Ekonomik Durum : ☐ Düşük (<3000 TL)

☐ Orta (3000-5000 TL)

☐ İyi (5000-10000 TL)

☐ Çok İyi (>10000 TL)

9. Sigara : ☐ Yok ☐ Varsa Miktarı:

.....PAKET/GÜN

10. Alkol : ☐ Yok ☐ Varsa Sıklığı:

11. Madde : ☐ Yok ☐ Varsa türü ve

sıklığı.....

12. Önceden konulmuş psikiyatrik tanı : ☐ Yok ☐ Var:.....

13. Psikiyatrik ilaç kullanım : ☐ Yok ☐ Varsa isimleri:.....

14. Eşlik eden kronik hastalık: ☐ Yok ☐ Var:.....

15. Düzenli kullandığı ilaç : ☐ Yok ☐ Var :.....

16. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü : ☐ Yok ☐ Varsa kimde olduğu ve
hastalık tanısı:

17. Daha Önce Hiç İntihar Girişiminde Bulundunuz Mu ? ☐ Hayır ☐

Evet ise kaç kere ve hangi yöntemler ile :.....

EK-5: POZİTİF VE NEGATİF SENDROM SKALASI

Ad, Soyad:

Tarih:

Uygulayan doktor:

PANSS

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

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

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

EK-6: İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

İÖÖ

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların sizi ne kadar tanımladığına karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade sizi %70 tanımlıyorsa %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç tanımlamıyorsa %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

Sizi Tanımlama Derecesi				
	% 0	% 30	%70	%100
1. . Kızınca birşeyler fırlatırım.	()	()	()	()
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var.	()	()	()	()
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.	()	()	()	()
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.	()	()	()	()
5. Çok fazla sorumluluğum var.	()	()	()	()
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.	()	()	()	()
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.	()	()	()	()
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.	()	()	()	()
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	()	()	()	()
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.	()	()	()	()
11. Ölürssem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.	()	()	()	()
12. Kendimi dayanılmaz kadar yalnız hissediyorum.	()	()	()	()
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.	()	()	()	()
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.	()	()	()	()
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.	()	()	()	()
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.	()	()	()	()
17. Ölürssem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.	()	()	()	()

Sizi Tanımlama Derecesi

	% 0	% 30	%70	%100
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.	()	()	()	()
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.	()	()	()	()
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.	()	()	()	()
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.	()	()	()	()
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.	()	()	()	()
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.	()	()	()	()
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.	()	()	()	()
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	()	()	()	()
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.	()	()	()	()
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.	()	()	()	()
31. Para konusu beni endişelendiriyor.	()	()	()	()
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.	()	()	()	()
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
34. Kızınca birşeyler kırarım.	()	()	()	()
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.	()	()	()	()
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.	()	()	()	()

EK-7: KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak sizce bu hasta ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil.....
2. Hastalık sınırında.....
3. Hafif düzeyde hasta.....
4. Orta düzeyde hasta.....
5. Belirgin düzeyde hasta.....
6. Ağır hasta.....
7. Çok ağır hasta.....

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi.....
2. Oldukça düzeldi.....
3. Biraz düzeldi.....
4. Hiç değişiklik yok.....
5. Biraz kötüleşti.....
6. Oldukça kötüleşti.....
7. Çok kötüleşti.....

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini göz önüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz

1. Hiç yok.....
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor.....
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor.....
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor.....