



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**PSİKOZUN ERKEN DÖNEMİNDEKİ HASTALARDA
FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUKLARI VE SOSYAL
İŞLEVSELLİĞİN İNTİHAR DÜŞÜNCESİ/DAVRANIŞI
ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Pınar ÇELİKKIRAN ERDEM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2020



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**PSİKOZUN ERKEN DÖNEMİNDEKİ HASTALARDA
FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUKLARI VE SOSYAL
İŞLEVSELLİĞİN İNTİHAR DÜŞÜNÇESİ/DAVRANIŞI
ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Pınar ÇELİKKIRAN ERDEM

**Tez Danışmanları: Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Dr. Öğretim Üyesi Şakir GICA**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2020

TEŞEKKÜR

Sağladığı çalışma ortamı, hastaneye ve çalışanlara katkılarından dolayı hastane Başhekimimiz Doç. Dr. Murat ERKİRAN'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübelerinden bolca yararlandığım, ilgi ve desteğini her zaman hissettiğim kıymetli klinik şefim ve tez danışmanım Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU'na,

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca desteğini esirgemeyen, hastanemizden ayrılmasına rağmen 16. Psikiyatri ailesinin değerli üyesi ve tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Şakir GICA'ya

Uzmanlık eğitimime olan katkıları ve desteğinin yanında gülüyüzü ile de her zaman yanımda olan sevgili Doç. Dr. Özlem Devrim BALABAN'a,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım eğitim sorumlularım; Doç. Dr. Ekrem Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Aysun SOYSAL, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Oya GÜÇLÜ ve Doç. Dr. Gül KARACETİN'e,

16. Psikiyatri kliniğinde birlikte çalışma şansı bulduğum, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Uz. Dr. Ayşegül ERMIŞ ve hastanemizden ayrılan Doç. Dr. Evrim ERTEN'e,

16. Psikiyatri kliniğinde birlikte keyifle çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve tüm servis hemşireleri, sağlık memurları, psikologları, tıbbi sekreterleri ve yardımcı personeline,

Hastanemizin asıl sahibi olan değerli hastalarımıza,

Beni özveriyle yetiştiren ve destekleyen sevgili annem ve babama,

Destek, neşe ve sevgisini hiçbir zaman esirgemeyen kardeşime ve teyzem Tülay UĞUR'a

Sevgisini ve desteğini her zaman hissettiren sevgili eşim Ümit ERDEM'e,

Çok teşekkür ederim...

Dr. Pınar ÇELİKKİRAN ERDEM

İstanbul, 2020

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ŞİZOFRENİ VE ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUKLARI	3
2.2. ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUKLARI VE SOSYAL İŞLEVSELLİK .	6
2.3. ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUKLARI VE İNTİHAR DÜŞÜNCESİ/DAVRANIŞI	10
2.4. ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUKLARI VE FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUKLARI.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. ÖRNEKLEM.....	19
3.2. TANI ARAÇLARI VE ÖLÇEKLER	20
3.2.1.Bilgilendirilmiş Hasta ve Hasta Yakını/Yasal Temsilcisi Onam Formu (EK-5)	20
3.2.2.Hastalara Yönelik Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu (EK-6)	20
3.2.3.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) (EK-7).....	20
3.2.4.Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) (EK-8).....	21
3.2.5.Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (BSPÖ) (EK-9).....	21

3.2.6.Columbia İntihar Önem Derecesi Ölçeği (CİDÖ) (EK-10)	22
3.2.7.Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ) (EK-11)	22
3.3. İSTATİKSEL ANALİZ.....	23
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	51
7. KAYNAKLAR	53
8. ÖZGEÇMİŞ	60
9. EKLER	61
EK 1 - BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA VE HASTA YAKINI/YASAL TEMSİLCİSİ ONAM FORMU.....	61
EK 2 - HASTALARA YÖNELİK SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER VERİ FORMU	62
EK 3 - POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS).....	64
EK 4 - CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ	65
EK 5 - BİREYSEL VE SOSYAL PERFORMANS ÖLÇEĞİ.....	66
EK 6 - COLUMBIA İNTİHAR ÖNEM DERESESİ ÖLÇEĞİ.....	68
EK 7 - DÜŞÜNCE VE DİL ÖLÇEĞİ.....	74

SİMGELER VE KISALTMALAR

FDB	: Formal Düşünce Bozukluğu
D2 reseptörü	: Dopamin-2 reseptörü
5-HT2 reseptörü	: 5-Hidroksitriptamin-2 reseptörü
5-HT2A reseptörü	: 5-Hidroksitriptamin-2A reseptörü
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
PANSS-P	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği
PANSS-N	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Negatif Belirtiler Alt Ölçeği
PANSS-G	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği
CŞDÖ	: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
BSPÖ	: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği
BSPÖ-A	: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Sosyal Açından Yararlı Etkinlikler Alt Ölçeği
BSPÖ-B	: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Kişisel ve Sosyal İlişkiler Alt Ölçeği
BSPÖ-C	: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Öz bakım Alt Ölçeği
BSPÖ-D	: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Rahatsız Edici ve Saldırgan Davranışlar Alt Ölçeği
CİDÖ	: Columbia İntihar Önem Derecesi Ölçeği
İDŞ	: İntihar Düşüncesi Şiddeti Alt Ölçeği
İDY	: İntihar Düşüncesi Yoğunluğu Alt Ölçeği
İD	: İntihar Davranışı Alt Ölçeği
DDÖ	: Düşünce ve Dil Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: İntihar girişimi olan ve olmayan psikoz hastaları arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması	26
Tablo 2: İntihar girişimi olan ve olmayan psikoz hastaları arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması	28
Tablo 3: İntihar girişimi olan ve olmayan psikoz hastaları arasında CİDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 4: İntihar girişimi olan ve olmayan psikoz hastaları arasında PANSS ve CŞDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	30
Tablo 5: Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz hastalarında (n=64) CİDÖ, PANNS ve CŞDÖ puanları arasındaki ilişki.....	31
Tablo 6: İntihar girişimi olan ve olmayan psikoz hastaları arasında BSPÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	32
Tablo 7: Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz hastalarının (n=64) CİDÖ ve BSPÖ puanları arasındaki ilişki	33
Tablo 8: İntihar girişimi olan ve olmayan psikoz hastaları arasında DDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	34
Tablo 9: Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz hastalarında (n=64) DDÖ ve CİDÖ puanları arasında Spearman Korelasyon Analizi sonuçları.....	35
Tablo 10: Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz hastalarının (n=64) DDÖ, PANSS ve CŞDÖ puanları arasında Spearman Korelasyon Analizi sonuçları.....	37
Tablo 11: Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz hastalarının (n=64) DDÖ ve BSPÖ puanları arasındaki Spearman Korelasyon Analizi sonuçları	38
Tablo 12: Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz hastalarının (n=64) BSPÖ, PANSS ve CŞDÖ puanları arasında Pearson Korelasyon Analizi sonuçları.....	39
Tablo 13: Tüm hastalar arasında CİDÖ İntihar Davranışı-Son Üç Ay puanlarını yordamada bazı değişkenlerin etkinliği.....	40
Tablo 14: Tüm hastalar arasında CİDÖ Toplam-Son Zamanlar puanlarını yordamada bazı değişkenlerin etkinliği	41

ÖZET

PSİKOZUN ERKEN DÖNEMİNDEKİ HASTALARDA FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUKLARI VE SOSYAL İŞLEVSELLİĞİN İNTİHAR DÜŞÜNÇESİ/DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Pınar ÇELİKKIRAN ERDEM

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, hastalığın erken döneminde bulunan şizofreni spektrum bozukluğu tanısı almış hastalarda, sosyal işlevsellikte bozulma ve formal düşünce bozukluklarının bilinen diğer etkenlerle birlikte intihar düşüncesi/davranışı üzerine etkilerinin araştırılması ve bu faktörlerin kendi aralarındaki ilişkilerin gösterilmesidir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Çalışma evreni, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı ayaktan tedavi üniteleri ve yataklı servislerde takip edilen, son 12 ay içerisinde şizofreni spektrum bozukluğu tanısı almış, son üç ay içinde intihar girişimi olan 30 hasta ve intihar girişimi olmayan 34 hastadan oluşmaktadır. Hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, Columbia İntihar Önem Derecesi Ölçeği ve Düşünce ve Dil Ölçeği uygulanmıştır.

BULGULAR: İntihar girişimi bulunan ve bulunmayan gruplar karşılaştırıldığında, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması, toplam hastalık süresi ve tedavisiz geçen hastalık süresi açısından anlamlı farklılıklar bulundu. Bununla beraber pozitif semptomlar ve depresif semptomların fazla olması, sosyal işlevselliğin düşük olması, negatif formal düşünce bozukluklarının az olması, pozitif formal düşünce bozukluklarının fazla olması ile intihar girimi ilişkili bulundu. Aynı zamanda pozitif formal düşünce bozuklukları ile pozitif semptomlar, depresif semptomlar ve sosyal işlevsellik arasında; negatif formal düşünce bozuklukları ile pozitif semptomlar, negatif semptomlar ve depresif semptomlar arasında; sosyal işlevsellik ile pozitif semptomlar arasında orta ileri düzeyde ilişki saptandı.

SONUÇ: Psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan kişilerde intihar girişimi riskinin yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda, intihar girişimi için risk faktörlerinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Çalışmamızdan elde edilen veriler ışığında, intihar girişimi açısından yüksek riskli olan hastaların muayene ve takip süreçleri esnasında daha dikkatli olunmalı ve uygun önlem ve müdahaleler sağlanmalıdır. Çalışmanın kısıtlılıkları arasında çalışmanın kesitsel dizaynı, küçük örneklem sayısı, stabil ve akut hasta birlikteliği, formal düşünce bozukluklarını ölçmek için kullanılan Düşünce ve Dil Ölçeği'nin subjektif formal düşünce bozukluklarını ölçememesi ve Düşünce ve Dil Ölçeği'ni uygulayan çalışmacının tanılara kör olmaması sayılabilir.

Anahtar Sözcükler: Erken Dönem Psikoz, Formal Düşünce Bozuklukları, Sosyal İşlevsellik, İntihar, Depresif Belirtiler, Hastalık Şiddeti

İletişim Adresi: pcelikkiran@gmail.com

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF FORMAL THOUGHT DISORDERS AND SOCIAL FUNCTIONALITY ON SUICIDE THOUGHT/BEHAVIOR IN EARLY PSYCHOSIS PATIENTS

Dr. Pınar ÇELİKKIRAN ERDEM

OBJECTIVE: The aim of this study is to investigate the effects of social dysfunction and formal thought disorders on suicidal ideation/behavior with other known factors in patients diagnosed with schizophrenia spectrum disorder who are in the early stages of the disease and to show the relationships between these factors.

METHOD: The population of the study consists of 30 patients who have been followed up in outpatient units and inpatient clinics of Bakirkoy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital, who have been diagnosed with schizophrenia spectrum disorder in the last 12 months and who have attempted suicide in the last three months and 34 patients who have not attempted suicide. Sociodemographic Data Form, Positive and Negative Syndrome Scale, Calgary Depression Scale for Schizophrenia, Personal and Social Performance Scale, Columbia Suicide Severity Rating Scale and Thought and Language Scale were administered to the participants.

RESULTS: When the groups with and without suicide attempt were compared, significant differences were found in terms of family history of psychiatric illness, total duration of illness and duration of untreated illness. On the other hand, suicide attempt was found to be associated with more positive symptoms and depressive symptoms, low social functioning, less negative formal thought disorders, and more positive formal thought disorders. At the same time, there was an intermediate to advanced relationships between positive formal thought disorders and positive symptoms, depressive symptoms and social functioning; between negative formal thought disorders and positive symptoms, negative symptoms and depressive symptoms; between social functionality and positive symptoms.

CONCLUSION: Considering the high risk of suicide attempt in individuals with early psychotic disorder, it is very important to determine the risk factors for suicide attempt. In the light of the data obtained from our study, more attention should be paid during the examination and follow-up processes of patients with high risk for suicide attempt and appropriate precautions and interventions should be provided. The limitations of the study include the cross-sectional design of the study, small sample size, inclusion of stable and acute patients together, inability of the Thought and Language Scale used to measure formal thought disorders to measure subjective formal thought disorders, and the fact that the researcher who applied the Thought and Language Scale was not blind to the diagnoses.

Key Words: Early Psychosis, Formal Thought Disorders, Social Functionality, Suicide, Depressive Symptoms, Disease Severity

Contact Address: pcelikkiran@gmail.com

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni özellikle hayatın erken dönemlerinde ortaya çıkan, çeşitli alanlarda işlev kaybına neden olan kronik bir hastalık ve önemli bir halk sağlığı problemidir (1,2). Bireyin yaşamının hemen her yönünü etkileyen şizofreni, antipsikotik tedavi ile psikotik semptomlar kontrol altına alındığında dahi sosyal, psikolojik ve mesleki bozulmalarla yakından ilişkilidir (3,4,5). İntihar, başta şizofreni olmak üzere psikotik bozukluklarda erken ölümün en önemli sebebidir (6,7). Danimarka’da yürütülmüş bir çalışmada, şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında intihar sıklığının genel popülasyona göre 20 kat fazla olduğu görülmüştür (8). Psikotik hastalarda intihar, yaşamı tehdit eden bir durum olmaya devam etmekle birlikte, ruh sağlığı hizmetlerinde tespit edilmesi zor bir tablodur ve tedavisi çoğunlukla yetersiz kalmaktadır. Şizofrenide intihar girişimlerine yönelik etkili müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanması söz konusu olduğunda, bu hasta grubunda intihar için risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu risk faktörlerine yönelik müdahalelerin geliştirilmesi önemlidir (9).

Sosyal işlevsellikte bozulma şizofreninin ayırt edici ve süreğen semptomlarından birisi olup çoğu şizofreni hastası için pozitif semptomlardan daha zorlayıcıdır (10). Birçok şizofreni hastasında hastalık başlangıcının öncesinde dahi sosyal ilişkilerin bozulduğu gözlenmektedir. İlk psikotik atak sonrasında olduğu gibi hastalığın oldukça erken dönemlerinde psikoz hastalarının sosyal ağları daralmaya başlamakta ve sosyal destek sağlayıcıları çoğunlukla aile üyelerine indirgenmektedir (11).

Formal Düşünce Bozukluğu (FDB), psikoz tanısı almış hastalarda çeşitli şekillerde gözlemlenen bir semptomdur ve çeşitli ölçüm araçları ile düzeyi ve niteliği saptanabilmektedir. Şizofrenide dağınık konuşma semptomu, diğerleri ile olan iletişimi engellediği için sosyal işlevsellikte bozulmaya sebep olmaktadır (12). FDB’nin dezorganizasyon boyutu kötü mesleki ve sosyal işlevsellik ile ilişkili

bulunmuştur (13). Şizofreninin erken dönemindeki hastalarda formal düşünce bozukluğu ile kendisini gösteren dil bozukluğunun, hastanın kendisini ifade etme yeteneğini kısıtladığından dolayı depresif bulgulara sebep olması muhtemeldir. Benzer şekilde hem formal düşünce bozukluğunun kendisi hem de sebep olduğu depresif bulgular, sosyal işlevsellikte bozulmaya ve hastanın depresif bulgularının şiddetlenmesine yol açarak intihar fikirlerinin oluşmasına yol açabilir.

Bu çalışmada, şizofreni hastalığının erken döneminde bulunan hastalarda sosyal işlevsellikte azalma ve formal düşünce bozukluklarının diğer bilinen etkenlerle birlikte intihar davranışını üzerine etkilerinin araştırılması ve kendi aralarındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın hipotezleri; intihar girişimi olan psikotik bozukluğun erken dönemindeki hastaların formal düşünce bozukluğu düzeylerinin intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksek olduğu, intihar girişimi olan psikotik bozukluğun erken dönemindeki hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin intihar girişimi olmayanlara göre daha düşük olduğu, intihar girişimi olan psikotik bozukluğun erken dönemindeki hastaların depresyon düzeylerinin intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve formal düşünce bozukluklarının sosyal işlevselliği kötü etkilediğidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ VE ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUKLARI

Şizofreni, klinik olarak çeşitli semptom kümelerinden oluşan, bireysel ve temporal çeşitlilikler gösteren kronik ve kısıtlayıcı bir hastalıktır. Bireyin yaşamının hemen her yönünü etkilemektedir ve antipsikotik tedavi ile psikotik semptomlar kontrol altına alındığında dahi sosyal, psikolojik ve mesleki bozulmalarla yakından ilişkilidir (3,4,5). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 raporuna göre şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, dünya çapında en çok yeti kaybına sebep olan üçüncü hastalık olarak bildirilmiştir. 2010 yılında yapılmış benzer bir çalışmada ise en fazla yeti kaybı sebebi olan ruhsal hastalıklar ve madde kullanım bozuklukları hastalık grubu içinde yeti kaybı yükü açısından ilk sıradadır (2,14). Özellikle genç kişileri etkileyen bu hastalık grubunun önemli bir halk sağlığı problemi olduğu, hem ekonomik olarak hem de hasta kişilerde üzüntüye sebep olarak önemli bir toplumsal yük oluşturduğu vurgulanmaktadır (15).

Tarih boyunca birçok araştırmacı şizofrenide çeşitli semptomların önemini vurgulamış ve bu semptomlara tanısal değerler yüklemiştir. Emil Kraepelin, "Dementia Praecox" tanımını ortaya atmış ve negatif semptomları hastalığın karakteristik bulgusu olarak vurgulamıştır. Böylelikle psikiyatrik nozolojinin temelleri atılmıştır. Eugen Bleuler şizofreniyi heterojen bir sendrom olarak ele almış ve düşünce bozukluklarını ayırt edici özellik olarak öne sürmüştür. Kurt Schneider, şizofreninin tanısal bir bütün olduğunu, belirli deneyim bozukluklarının (birinci derece semptom kümesi) ise tanımlayıcı özellikler olduğunu söylemiştir. Karl Leonhard, psikotik hastalıkların klinik özelliklerini sınıflandırarak hastalığın farklı psikopatoloji, gidişat, sonuç ve risk faktörlerine dayanan çeşitli alt gruplarını tanımlamıştır. Bu alt gruplar, fazik (affektif) psikoz, sikloid psikoz, sistematik olmayan şizofreni ve sistematik şizofrenidir. Feighner kriterlerinin 1972'de ortaya çıkmasından sonra istatistiksel veya tanısal temellere dayanan operasyonel tanı sistemleri ortaya çıkmaya başlamıştır. Üzerinde uzlaşılmış DSM ve ICD gibi tanı

sistemleri kabul edilmeye başlanmış ve kullanımları giderek yaygınlaşmıştır. Bu tanı sistemlerinin temel amacı tanısal güvenilirlik sağlamaktır. Bu tanı sistemlerinin klinik görünüşleri yeterince karşılayamaması, 3 ile 10 farklı boyutu tanımlanmış olan şizofreninin basitleştirilmiş, kesin ve net bir şekilde tanımlanıyor olmasına dair eleştiriler bulunsa dahi günümüzde hem klinikte hem de araştırmalarda yaygın olarak kullanımları devam etmektedir (4,16).

Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı, epidemiyolojik çalışmalarda ABD’de 100 kişide 1, Türkiye’de ise 1000 kişide 8.9 olarak bulunmuştur (17,18). Hastalık genellikle genç erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Başlangıç 15 yaştan önce nadirdir. Sonrasında insidans hızla artar ve erkeklerde sıklıkla 25-35 yaşlarında ortaya çıkar, kadınlarda yaklaşık 3 yıl kadar daha geç başlangıçlıdır, daha iyi gidişat gösterir ve 55-64 yaşlarında ikinci bir zirve görülür (16,19,20). Şizofreninin sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda, şehirlerde yaşayanlarda ve kış ve bahar aylarının erken döneminde doğanlarda daha yüksek oranda görüldüğü bilinmektedir (2).

Şizofreni etiyojisine dair çok sayıda teori bulunmaktadır. Bu teorilerden birisi olan viral enfeksiyon teorisine dair veriler oldukça çelişkilidir ve etiyojide viral bir patojenin rol aldığına dair net bir veri bulunmamaktadır. Aynı şekilde gebelik ve doğum komplikasyonlarının da etiyojik faktörler olabileceği iddia edilmiş, ancak kesin kanıtlar elde edilememiştir (16). Şizofreninin genetik geçişi olduğuna dair çok sayıda veri bulunmaktadır. Şizofreni tanısı alan kişilerin yakınlarında şizofreni görülme oranı toplum ortalamasından 10 kat daha yüksektir. Şizofreni hastalarının %8-10’unda birinci derece akrabada şizofreni tanısı olduğu görülmüştür. Anne babadan birisinde şizofreni varsa çocuklarda görülme oranı %12-14, hem anne hem babada şizofreni varsa çocuklarda görülme oranı %35-45’tir. Çocuklardan birisinde şizofreni varsa diğer çocukta görülme ihtimali ise %6-8’dir. İkiz çalışmalarında şizofreni hastası kişinin tek yumurta ikizi kardeşinde şizofreni görülme oranı %47, aynı cinsiyette çift yumurta ikizleri için %10, farklı cins çift yumurta ikizleri için %5’tir. Çeşitli psikoaktif maddeler ile şizofreni benzeri bulgular oluşturulabilmesi ve çeşitli nörotransmitter reseptörlerini hedef alan ilaçların şizofreni bulgularını iyileştirebildiğinin görülmesi nörotransmitter ile ilgili teorilerin

geliştirilmesine öncü olmuştur. En çok araştırılan nörotransmitterler Dopamin, Serotonin, GABA, Asetilkolin, Glutamat, Norepinefrin'dir (1,2,21,22).

Şizofreni semptomları farklı psikiyatrik hastalıklarda da görülebilir. Ayrıca kişiden kişiye ve zamana bağlı olarak farklılaşabilir. Bu nedenle ayırt edici bir semptom bulunmamaktadır. Şizofreni hastalarında görülen algı bozuklukları (varsanı), düşünce bozuklukları (sanrı), dezorganizasyon semptomları (düşünce ve davranışlarda) olarak tanımlanan pozitif belirtiler; duygusal tepkilerde azalma veya kısıtlılık, düşünce içeriğinde fakirleşme (alogia), istek azlığı (avolition) ve zevk almama (anhedonia) olarak tanımlanan negatif belirtiler görülmektedir. Ayrıca bilişsel işlevlerde azalma, işlevsellikte bozulma, agresif ve saldırgan davranışlar ile duygudurum semptomları saptanabilmektedir (1,2,23). DSM-5 şizofreni tanı kriterleri aşağıda sunulmuştur (24).

A. Karakteristik belirtiler: Bir aylık bir sürenin önemli bölümünde aşağıdakilerden 2 ya da daha çoğunun bulunması:

1. Sanrılar

2. Varsanılar

3. Dezorganize (dağınık-anlamsız) konuşma

4. Belirgin dezorganize ya da katatonik davranış

5. Negatif belirtiler: duygusal küntlük, düşünce içeriğinin yoksullaşması ya da istem yokluğu

B. Toplumsal/ mesleki işlev bozukluğu

İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından birinde ya da daha çoğunda, hastalık öncesine göre belirgin bozulma.

C. Süre

Belirtiler en az 6 aydır sürüyor olmalı.

Şizofreni gidişatı ile ilgili kaynaklar incelendiğinde hastalığın akut ataklar ve remisyonlar ile seyreden kronik bir hastalık olduğu görülmektedir. Hastalık öncesinde ie çekilme, ilgi ve istekte azalma, bilişsel zorlukların başlaması ve işlevsellikte bozulma ile seyreden prodromal dönem görülmektedir. Bu bulgular aylar ya da yıllar gibi çok uzun süreler boyunca devam edebilmektedir (1,2,22). Geçirilen akut ataklar kişilerde bilişsel ve işlevsel bozulmalara sebep olmakta, hastalık giderek kronik bir hal kazanmaktadır (1).

Şizofreni hastalarının tedavi sürecinde her bireyin ihtiyaçları ayrı ayrı değerlendirilmeli ve kişiye özgü tedavi planlanmalıdır. Tedavinin amacı akut ataklar esnasında görülen semptomların bastırılması, ortaya çıkabilecek atakların önlenmesi ve işlevselliğin mümkün olan en iyi düzeyde korunmasıdır. Ayrıca hastaların mevcut komorbid tanılarının belirlenmesi ve tedavisi de oldukça büyük önem taşımaktadır. Şizofreninin temel tedavi yöntemi antipsikotiklerdir. Etki mekanizması ve yan etki profillerine göre antipsikotik ilaçlar; tipik ve atipik antipsikotikler olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Tipik antipsikotikler Dopamin-2 (D2) reseptör antagonisti olarak etki ederler. Bu ilaçlar mezolimbik bölgeye seçici olmayıp diğer dopamin yolaklarında da D2 blokajına neden olurlar. Çeşitli yolaklardaki D2 blokajı nedeniyle yüksek oranda yan etkiler gözlenebilmektedir. Atipik antipsikotikler 5-Hidroksitriptamin-2 (5-HT2) reseptörlerine, D2 reseptörlerinden daha fazla etki ederler. D2 reseptörlerine tipik antipsikotikler kadar sıkı bağlanmazlar ve reseptörlerden daha çabuk ayrılırlar. Ayrıca postsinaptik 5-Hidroksitriptamin-2A (5HT2A) antagonist özellikleri dolayısıyla başta prefrontal kortekste olmak üzere çeşitli beyin alanlarında dopaminerjik etkinliği arttırırlar. Bu sebeple daha az sıklıkla yan etkiye sebep olur ve negatif semptomlara daha fazla etki ederler (1,2,22).

2.2. ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUKLARI VE SOSYAL İŞLEVSELLİK

Sosyal işlevsellik; kişinin temel ihtiyaçlarını sağlayabilmesi için gerekli eylemleri ve görevleri yerine getirebilmesi ve toplum tarafından kendisinden beklenen sosyal rollere uyum sağlayabilmesidir (25). Literatürde sosyal işlevsellik çok çeşitli terimlerle ifade edilmiş olup sosyal uyum, sosyal bozukluk, sosyal

adaptasyon, sosyal yeterlilik, sosyal performans bu terimlerden bazılarıdır (3). Sosyal işlevsellikte bozulma şizofreninin ayırt edici ve süreğen semptomlarından birisidir ve çoğu şizofreni hastası için pozitif semptomlardan daha zorlayıcıdır (10). Sosyal işlevsellikte bozulma, DSM-5'te şizofreninin B tanı kriteri olarak "Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir" şeklinde bulunmaktadır (24).

Sosyal iyileşme, mesleki ve kişiler arası alanlardaki aktivitelerde yer alabilmek olarak tanımlanabilir. Bu tanım; iş, eğitim, değer verilen sosyal aktiviteler, diğerleriyle ilişkiler gibi birçok farklı alanı kapsamaktadır. Psikoz hastaları için farmakolojik tedaviler sosyal iyileşme üzerinde çok etkili olamamaktadır (27). Uzun dönem takip çalışmaları psikoz hastalarının %50'sinden azında sosyal iyileşme sağlanabildiğini göstermiştir (28,29). Ayrıca çalışmak istediklerini belirtmelerine rağmen hastaların sadece %10-20'lik kısmı hastalık sonrasında yarışmacı iş hayatına dönebilmektedir (30). Gelişen tedavi seçeneklerine rağmen hastaların %14'ten az bir kısmında hem semptomatik alanda hem de işlevsellik alanında sürdürülebilir iyileşme sağlanabilmektedir (31).

Psikoz hastalarında görülen bozulmuş sosyal işlevselliğin hastalığın erken dönemlerinde başladığı ve süreğen bir durum olduğu gösterilmiştir (26). İlk psikotik atak sonrasında bir yıllık tedavi ile pozitif semptomlar %75-90 oranında kontrol altına alınabilmektedir (32,33). Ancak semptomlardaki düzelmeler işlevsellikteki düzelmelerle her zaman ilişkili olmadığından hastalığın sebep olduğu işlevsel (sosyal, mesleki, kişilerarası) bozulmalar, yaşamsal zorluklara sebep olabilmektedir (32,34). Sosyal ağların zayıflaması ve sosyal destek azlığı psikozun temel özelliklerinden birisidir. Bu kişilerde hastalık başlangıcının öncesinde dahi sosyal ağların küçüldüğü gözlenmektedir. İlk psikotik atak sonrasında olduğu gibi hastalığın oldukça erken dönemlerinde psikoz hastalarının sosyal ağları daralmaya başlar ve

sosyal destek sağlayıcıları çoğunlukla aile üyelerine indirgenir. Hastalar genel olarak verebildiklerinden daha fazla sosyal destek almakla birlikte aldıkları destek düzeyinden tatmin olma ihtimalleri daha düşüktür (11). Psikotik hastaların sosyal ağlarının değerlendirildiği Macdonald ve ark. tarafından yürütülen çalışmada, psikoz grubunda daha küçük bir sosyal ağ, daha az arkadaş, kriz anında ulaşılabilecek daha az kişi olduğu ve hizmet sağlayıcı sayısının daha fazla olduğu gösterilmiştir (36).

Şizofrenide görülen sosyal işlevsellik bozukluğu sıklıkla premorbid dönemde başlar ve hastalık gidişatının olumsuz yordayıcılarından birisidir (37). Addington ve ark.'nın çalışmasında, hastalığın prepsikotik dönemlerinde dahi bireylerin sosyal işlevsellikte ciddi bozulmalar gösterdikleri saptanmıştır (10). Akut psikoz başlangıcı öncesinde kötü sosyal ve kişilerarası işlevselliği olan hastalarda daha fazla negatif semptom ve sosyal işlevsellik bozukluğu gözlenmektedir. Kötü premorbid işlevselliğin bilişsel bozukluklara, okula kötü uyuma, kötü sosyal ve mesleki işlevselliğe, uzun tedavisiz kalmış psikoz süresine, negatif semptomlara ve pozitif semptomların remisyonunda gecikmeye sebep olduğu bilinmektedir (38). Premorbid sosyal işlevsellik bozulması sadece hastalık başlangıcında değil, uygun tedavi sürecinden 2 yıl sonra dahi kötü sosyal işlevsellik ve negatif bulguların en önemli yordayıcısıdır (39).

Şizofrenide sosyal işlevsellik; negatif semptomlar, pozitif semptomlar, duygudurum ile çevresel ve sosyal koşullardan etkilenmektedir. Özellikle negatif semptomların sosyal işlevsellik üzerindeki etkileri belirgindir (34). İlk atak psikoz sonrası kötü gidişatın, negatif semptomlar ile ilişkili olduğu saptanmıştır (34,37). Bazı izlem çalışmalarında ise pozitif belirtiler ile sosyal işlevsellik ilişkisini gösterilmiştir. Ancak rezidüel pozitif belirtilerin sosyal işlevsellik ile ilişkisi olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (34). Depresif bulguların da sosyal işlevsellik üzerinde etkili olabildiği belirtilmiştir (34). Ancak Rieckmann ve ark., depresif şizofreni hastalarında depresif olmayan hastalara göre daha yüksek sosyal işlevsellik düzeyi olduğunu saptamıştır (34). Sosyal algı, sosyal durumlarda ortam ve kişilerin duygusal yanıtı gibi ipuçlarının algılanabilmesidir. Şizofreni hastalarında sosyal ipuçlarını algılamada ve yüz ifadesinden duygu tanımada bozukluklar olduğu gösterilmiş ve yüz ifadesinden duygu tanımadaki bozuklukların sosyal işlevsellik ile

ilişkili olduğu belirlenmiştir (34). Ayrıca sosyal işlevselliğin eğitim, iş sahibi olma, sosyal destek gibi çeşitli faktörlerden de etkilendiği saptanmıştır. Çalışmalarda kadın şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğinin daha iyi olduğu gösterilmiştir. İş sahibi olmanın şizofreni hastalarında sosyal işlevselliği pozitif etkilediği belirlenmiştir. Bir kısım çalışmada evli olmanın sosyal işlevselliği pozitif etkilediği öne sürülmüşken, bir kısmında medeni durumun sosyal işlevselliğe etki etmediği gösterilmiştir. Eğitim düzeyi de sosyal işlevsellik ile ilişkilidir. Erol ve ark. tarafından yürütülmüş çalışmanın sonuçlarında şizofreni hastalarında negatif semptomlar başta olmak üzere eğitim düzeyi, yüz ifadesinden duygu tanıma sosyal işlevsellik ile anlamlı ilişki içinde bulunmuştur. Ayrıca evli ve çalışan kişilerde sosyal işlevselliğin daha iyi olduğu saptanmıştır (34). Aile dışındaki sosyal kaynaklar iyi prognoz ile ilişkili bulunmuşken aile bireylerinin dahil olması şizofreni hastalarında kötü gidişat ile ilişkili bulunmuştur. Bu durum “duygu dışavurumu” fenomeninin bilinen olumsuz etkisi ile de örtüşmektedir (40).

Psikoz hastalarında sosyal iyileşmeyi sağlamak amacıyla çeşitli tedavi yöntemleri önerilmiştir. Bu hastalarda duyguları ve sosyal ipuçlarını tanımlamaya, sonuçlara direkt ulaşmayı engellemeye ve hezeyanlı inanışların üzerine düşünüp gerçekliğini değerlendirmeye yönelik bilişsel davranışçı müdahalelerin önemi ortaya çıkmaktadır (41). Sosyal İyileşme Terapisi erken psikoz dönemindeki genç bireyleri hedef alan bir Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yöntemidir. Geleneksel Bilişsel Davranışçı Terapi’den esas olarak inanışları hedef alması ve izolasyon halinde negatif inanışlar ile mücadele etmek yerine kendilik ve diğerleri hakkında pozitif inanışlar geliştirmeye odaklanması ile ayrılmaktadır. Fowler ve ark.’nın Sosyal İyileşme Terapisi sonrası 2 yıllık takip çalışmalarının sonuçlarına göre affektif olmayan psikoz hastalarının %25’inin terapi bittikten sonraki yıl içinde maaşlı bir işe başladıkları gözlenmiştir (27). Fowler ve ark.’nın strese duyarlılık, sosyal kaygı ve psikotik semptomları yöneterek yapıcı sosyal davranışları geliştirmeyi hedef aldıkları Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamalarında, affektif olmayan psikoz hastalarında yapıcı ve yapılandırılmış aktivitelerin haftalık süresinde anlamlı gelişme görülmüştür (26). Şizofrenide dağınık konuşma semptomu, diğerleri ile olan iletişimi engellediği için sosyal işlevsellikte bozulmaya sebep olmaktadır. Bu bağlamda etkili olabilecek bir tedavi yöntemi, hastanın konuşmasında en sık meydana gelen bozuklukları hedef

alan bilişsel iyileştirme terapileri, sosyal bilişsel eğitimleri ve bireyselleştirilmiş davranışçı müdahalelerin bir kombinasyonu olabileceği öne sürülmüştür (12).

Aile müdahaleleri; psikoeğitim, stres azaltma, duygusal işleme, bilişsel yeniden değerlendirme ve yapısal problem çözme becerilerini içeren, hasta kişiye destek veren aile bireylerinin uyumunu, başa çıkma yeteneklerini arttıran, relaps ve yeniden başvuru riskini azaltmayı hedefleyen girişimlerdir. Bu girişimlerin relaps ve yeniden başvuru sıklığını azalttıkları, sosyal işlevsellikte düzelmelere sebep oldukları ve farmakolojik tedavilere uyumu arttırdıkları bilinmektedir (42).

Erken tanı ve müdahale programlarının amacı erken dönem psikoz hastalarının tanınması ve hastalık dönemine özgü uygun tedavilerin uygulanmasıdır. Bu amaçla, özellikle kötü prognoz ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi, etkili tedavi seçeneklerini değerlendirme açısından önem kazanmıştır. Bu veriler ışığında aile müdahaleleri, sosyal beceri eğitimleri, uzun dönem iş/eğitim rehabilitasyonları ve minimum efektif antipsikotik tedaviden oluşan entegre bir tedavinin hem negatif semptomlarda hem de sosyal işlevsellikte iyileşmeye sebep olabileceği öne sürülmüştür (43). Farmakoterapi, bilişsel davranışçı terapi, mesleki müdahaleler ve aile müdahalelerinden oluşan multidisipliner bir erken psikoz müdahale programı ile geleneksel psikiyatrik tedavi yöntemlerini karşılaştıran 18 aylık bir takip çalışması sonucuna göre erken müdahale programına alınan hastalarda sosyal ve mesleki işlevsellik, doyum, yaşam kalitesi ve ilaç uyumunda belirgin ilerleme gözlenmiştir (44).

2.3. ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUKLARI VE İNTİHAR DÜŞÜNCEİ/DAVRANIŞI

Üzgün, kederli ve umutsuz görünmenin şizofreninin erken görünüşleri arasında dokuzuncu sırada olduğu belirtilmiştir (45). Şizofreni hastalarında depresyon ek tanısının prodrom, akut ve postpsikotik dönemlerde sık görüldüğüne dair veriler mevcuttur (46). İlk atak psikoz hastalarının %80'inde hastalığın en az bir döneminde depresyon ortaya çıkmaktadır. Başka bir çalışmada ilk atak psikoz hastalarının %70'inde akut dönemde %50'sinde ise postpsikotik dönemde depresyon

gözlemlenmiştir (9). Psikoz hastalarında depresyon ve umutsuzluk, bilerek kendine zarar verme davranışı ve intiharın yordayıcılarıdır. McGinty ve ark.'nın çalışmasında ilk atak psikoz sırasında depresif semptomları olan hastalarda, semptom olmayanlara göre izlem sırasında intihar davranışı riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (46). Psikotik hastalarda intihar, yaşamı tehdit eden bir durum olmaya devam etmekle birlikte, ruh sağlığı hizmetlerinde yakalanması zor bir tablodur ve tedavisi çoğunlukla yetersiz kalmaktadır. Şizofrenide intihar girişimlerine yönelik etkili müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanması söz konusu olduğunda, bu hasta grubunda depresyonun tanınması ve anlaşılması önemlidir (9).

İlk atak psikoz hastaları arasında depresyon oranı kullanılan kriterlere bağlı olarak %22 ile %80 arasında değişmektedir (47). Depresyon, ilk atak psikoz hasta gruplarında uzun dönemde kötü prognoz ile ilişkilidir. Komorbid depresyonu olan şizofreni hastaları daha sık relaps geçirmekte, madde kötüye kullanımı ile ilgili problemleri daha sık yaşamakta; saldırgan ya da kurban pozisyonunda daha sık bulunmakta, daha kötü işlevsellik, aile ilişkisi ve tedavi uyumu göstermektedir. Ayrıca ilk atak psikoz hastalarında depresyon hastalığın prodrom, akut ve erken postpsikotik dönemlerinde intihar davranışı ile ilişkilidir (46).

İntihar, başta şizofreni olmak üzere şizofreni spektrum bozukluklarında erken ölümün en önemli sebebidir. (6,7). Nordentoft ve ark.'nın Danimarka'da gerçekleştirdiği çalışmada, şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında intihar sıklığının genel popülasyona göre 20 kat fazla olduğu görülmüştür (8). Saha ve ark. ise şizofreni hastalarında genel popülasyona göre 13 kat artmış intihar riski olduğunu bildirmişlerdir (48). Şizofreni hastalarının %20-40'ı hastalık boyunca intihar girişiminde bulunmakta, %5 kadar büyük bir kısmı ise intihar sebebiyle ölmektedir (49). Palmer ve ark.'nın gerçekleştirdiği metaanaliz çalışması sonucunda, şizofreni hastaları arasında ilk başvuru sonrası yaşam boyu intihar riski %5.6 olarak belirlenmiştir (50). Parasuisid riski daha fazla olup %25 ile %50 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (51). Ülkemizde yürütülen Ulaş ve ark.'nın araştırmasında şizofreni hastaları arasında intihar girişimi oranı %38.6 olarak gösterilmiştir (52). Erkek hastaların daha fazla intihar girişiminde bulunduğu ve kadınlara göre daha

şiddet içerikli yöntemler kullandıkları saptanmıştır (50). İntihar girişimleri genellikle ası veya yüksekten atlama gibi görece daha ölümcül şekillerde gerçekleşmektedir (7).

İntihar riskinin zamanla ve hastalığın dönemine göre değişkenlik gösterdiği bilinmektedir (50). Bu risk, ilk psikotik atağın öncesi ve sonrasını kapsayan hastalığın erken dönemlerinde en fazladır (9). Hastalığın başlangıcına yakın dönemlerdeki intihar oranları kronik döneme kıyasla 3 kat daha fazladır. Erken dönem psikoz hastalarında psikotik semptomlar için ilk tedavi başvurusundan önceki intihar oranları %10-30 arasındadır (6). İlk atak psikoz hastaları ile yürütülen bir araştırmada, çoğu ilk 1 yıl içinde olmak üzere ilk 2 yıl içinde hastaların %26.6'sının parasuisidal davranış, %11.3'ünün ise intihar davranışı gösterdikleri saptanmıştır (51). Dutta ve ark., ilk atak psikoz hastalarının ilk 12 ay içinde tamamlanmış intihar açısından en riskli dönemde olduklarını, ancak bu riskin 5 yıla kadar uzadığını göstermişlerdir (46). Power ve ark.'nın 20 aylık izlem çalışmasının sonucuna göre, erken dönem psikoz hastalarının tedavi sürecinde intihar riskinin en yüksek olduğu dönemler 1.ve 5. aylar ile 10. ve 16. aylar arası olarak belirtilmiştir. Fedyszyn ve ark.'nın çalışmasında ise en riskli dönem Tarrier ve ark.'nın çalışması ile benzer biçimde ilk 1 ay olarak saptanmıştır. Bu veriler, hastalığın başlangıç dönemlerinde intihar riskinin en yüksek olduğunu gösteren literatür verileri ile uyumludur (6,54,55,56).

İntihar riskinin en önemli yordayıcısının geçmiş intihar girişimi olduğu gösterilmiştir (57). Harvey ve ark.'nın çalışmasında kendine zarar verici davranış ile ilişkili faktörler; erkek cinsiyet, yüksek sosyoekonomik düzey, depresif semptom varlığı, uzun tedavisiz geçen psikoz süresi ve içgörünün fazla olması şeklinde belirlenmiştir (58). Literatürde psikotik semptomlar, genç yaş, erkek cinsiyet, yalnız yaşıyor olmak, depresyon, alkol ve madde kullanımı, yüksek eğitim düzeyi, yüksek/düşük premorbid işlevsellik (literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur), uzun/kısa tedavisiz geçen psikoz süresi (literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur), hastalığın erken dönemlerinde olmak, çoklu relaps geçirmiş olmak, önceki aylarda travmatik ya da stresör olayların yaşanması, yakın zamanda kayıp olması, umutsuzluk, zihinsel dağılma korkusu, sosyal desteğin zayıf olması, cinsel taciz öyküsü (hem genel popülasyonda hem şizofreni popülasyonunda intihar girişimi

riskini arttırmaktadır), geçmişte gerçekleşmiş intihar girişimi, intihar düşünceleri ve aile öyküsünde intihar olması risk faktörleri olarak belirlenmiştir (49,51,53,57,59,60). Halüsinasyonlar azalmış intihar riski ile ilişkili bulunmuştur. İçgörünün intihar riskini artırıyor olabileceği öne sürülmüş olsa da bu konuda yeterli kanıtlar elde edilememiş, depresyon ve umutsuzluk medyasyonu ile birlikte intihar girişimi riskini artırıyor olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (7). İntihar girişiminde bulunan kişilerin olaydan kısa süre önce psikiyatrik başvuruları olduğu çeşitli çalışmalarda sunulmuştur. Taburcu edilen hastalarda intihar riski ilk hafta/ay içerisinde en yüksektir (55,61). Yatarak tedavi öyküsünün olması riski 4 kat, en son tedavinin yatarak olması riski 3 kat arttırmaktadır. Yıl içinde her 30 günlük tedavi süresi için risk 1.6 kat artmaktadır (53). Clarke ve ark.'nın çalışmasında tedavisiz geçen psikoz süresinin intihar girişimi riskini arttırdığını gösterilmiştir (62). Ancak tedavisiz geçen psikoz süresi ile intihar davranışı arasında ilişki gösteremeyen çalışmalar da mevcuttur (60). Madde kötüye kullanımı olan hastalarda intihar riski 7 kat artmaktadır (51). Ayrıca şiddet içeren suçların şizofreni tanılı hastalar arasında intihar riskini arttırdığı gösterilmiştir (63). Cohen ve ark., intihar davranışı ve düşünce bozukluklarının az olması arasında bir ilişki tespit etmişlerdir (64).

İntihar riskinin, psikozun başlangıcından itibaren ilk 5 yıl içinde yüksek olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. İlk atak psikoz hastaları için tasarlanmış programların yüksek riskli grupta intihar ve kendine zarar verici davranışları azaltabileceği saptanmıştır (51). Dünya genelinde çeşitli merkezlerde erken psikoz programları oluşturulmuş, erken tedavi seçenekleri ile birlikte halkı psikotik semptomlar hakkında bilgilendiren eğitim programları düzenlenmiştir (62). Özel erken psikoz programı ile intihar riskinin ilk 3 yılda %50 azaltılabildiği gösterilmiştir (53). Melle ve ark., erken tanı programlarına katılan hastalardaki intihar davranışının katılmayanlara göre daha az olduğunu göstermişlerdir (49). McGorry ve ark., belirlenmiş bir merkezde 12 aylık yoğun tedavi süreci sonrasında %15.1 olan intihar girişimi oranının %2.9'a düştüğünü bildirmişlerdir (9). Entegre tedavinin psikotik ve negatif semptomlar, madde kötüye kullanımı, yatış günü sayısı ve hasta memnuniyeti açısından faydalı olduğu belirlenmiştir (65). Geçmiş intihar girişimi ve intihar fikirlerinin gelecek intihar girişimi ve tamamlanmış intiharın en önemli yordayıcısı olduğu göz önünde bulundurulduğunda, erken dönem psikoz hastalarında intihar

girişimlerini azaltmaya yönelik müdahaleler önem kazanmaktadır. Bu veriler ışığında psikotik semptomların erken tanınması, tedavinin erken başlanmasına sebep olarak intihar riskini azaltabileceği sonucuna ulaşılabilir. Ayrıca yüksek riskli dönemde hastalar klinik olarak düşük riskli olsa dahi intihar açısından yakın takibin yapılması, yüksek riskli hastalara ise sağlık sisteminde değerlendirme önceliği sağlanması hastalığın erken dönemlerindeki intihar oranlarını azaltabilir (6). Clarke ve ark.'nın çalışmasında tedavisiz geçen psikoz süresinin intihar girişimi riskini arttırdığı gösterilmiş ve erken psikoz programlarının önemi bir kez daha vurgulanmıştır (62). Bu nedenle intihar davranışı ile ilgili verilerin genişletilmesi ve detaylandırılması önemli bir halk sağlığı probleminin yönetilmesi açısından önemlidir (64).

İntihar fikirlerini ve davranışını azaltmada bilişsel müdahalelerin sonuçları ile ilgili umut verici girişimler bulunmaktadır (57). Bilişsel Davranışçı Terapi'nin psikoz hastalarında negatif ve pozitif belirtileri azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (46). Bu terapi yönteminin ayrıca depresyon tedavisinde de etkili olduğu belirtilmiştir. Odak noktası depresyon olmasa da bilişsel doğrultulu terapilerin ilk atak psikoz hastalarında hastalığa adaptasyonu arttırdığı saptanmıştır (47). Belirlenen risk faktörlerinde iyileşmeler sağlayacak müdahaleler ile ilgili de çalışmaların yapılması gereklidir. Ayrıca içgörü ile intihar girişiminin ilişkili olması, hastalığın pozitif semptomları iyileşse ve hasta içgörü kazanmaya başlasa dahi intihar düşüncesi ile ilgili takiplerin devam etmesinin gerekliliğini göstermektedir (57).

İlk atak psikoz hastaları için farmakolojik tedavi stratejisi düşük doz mümkünse atipik antipsikotik kullanımınıdır (66). Şizofreni hastalarında intihar riskini azaltmak için farmakoterapi açısından tedaviye antidepresan eklenmesi veya şizofreni hastalarında intihar riskini azalttığı bilinen klozapine geçilmesi düşünülebilir (7).

2.4. ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUKLARI VE FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUKLARI

Düşünce bozuklukları, şizofreninin karakteristik semptomlarından birisidir (67). Formal düşünce bozukluklarının akut psikoz hastalarının %80-90'ında gözlemlendiği bildirilmiştir (69). Formal düşünce bozukluğu, faktör analizi ile çeşitli

alanlara ayrıldığında psikotik tanıların %91'ini doğru olarak tanımlayabilmektedir (68). Süreğen formal düşünce bozukluğu olan hastalar ile yapılan bir takip çalışmasında ilk psikotik ataktan 7.5 yıl sonra hastaların %64'ü şizofreni tanısı alırken, %33'ü şizofreni olmayan psikoz tanısı almıştır (69).

Tarihsel olarak şizofrenide görülen düşünce bozuklukları ilk olarak Eugene Bleuler tarafından kavramlaştırılmıştır. Bleuler, çağrışımlarda gevşemeyi şizofreninin dört temel semptomundan birisi şeklinde tanımlamış ve patognomonik olduğunu öne sürülmüştür (52,70,71). Kraepelin de şizofrenideki düşünce bozukluklarına dikkat çekmiştir (71). Günümüzde de düşünce bozuklukları tanısallığını önemini korumaya devam etmektedir. Willis ve Banister'in İngiltere'de, Edwards'ın Amerika'daki deneyimli psikiyatristler arasında yaptıkları çalışmalarda, düşünce bozukluğunu şizofreni tanısında en önemli semptom olarak kabul eden psikiyatrist oranları sırasıyla %70 ve %80 olarak saptanmıştır (70). Günümüzde kullanılan uluslararası psikiyatrik tanı sistemlerinde de düşünce dağınıklığı şizofreninin temel bulgularından birisi olarak tanımlanmıştır. DSM-5 şizofreni tanı kriterleri arasında dezorganize konuşma, ICD-10 şizofreni tanı kriterleri arasında ise enkoherans olarak yer almaya devam etmektedir (52).

Düşünce bozuklukları, düşünce içeriğindeki bozukluklar ve düşünce sürecindeki bozukluklar olmak üzere iki ayrı grupta incelenmektedir (52,71). Formal düşünce bozukluğu kavramı ile düşünce içeriğindeki bozukluklardan çok düşünce sürecindeki bozulmalar düşünülmeyle birlikte düşünce içeriğini düşünce sürecinden tamamen ayırmak mümkün olmadığından içerikteki bozulmaların düşünce sürecini etkileyebileceği bilinmektedir. Formal düşünce bozuklukları hastadan hastaya değişkenlik ve çeşitlilik göstermektedir. Bu nedenle net tanımlamalar yapmak güçtür. Literatürde de düşünce bozukluğu, formal düşünce bozukluğu, dil bozukluğu, konuşma bozukluğu, iletişim bozukluğu gibi çeşitli şekillerde tanımlanmıştır (52). Ancak hepsinde ifade edilmek istenen dilin çeşitli alanlarındaki bozulmalardan kaynaklanan, dezorganize konuşma şeklinde görülen, düşünce içeriğinin garip, olağandışı olması, konuşmada mantıksızlık ve bozuklukların gözlemlenmesi, düşünceleri belirli bir amaca ulaşmak için mantıklı bir sıra içerisinde organize etmede bozulmalar olmasıdır (52,67).

Andreasen'in Düşünce Dil ve İletişim Ölçeği psikiyatrik görüşmelerde yaygın olarak gözlemlenen dil bozukluklarını tanımlaması açısından önemlidir (70). Andreasen'in Düşünce Dil İletişim Ölçeği 18 farklı semptomu kapsamaktadır. Bu semptomlar: konuşmanın fakirleşmesi, içeriğin fakirleşmesi, konuşmanın basınçlı olması, distraktibilite, teğetsellik, amacın kaybı, raydan çıkma, çevresellik, mantıkdışılık, enkoherans, neolojizm, istenilene yakın kelimelerin kullanımı, stilize konuşma, klang çağrışımlar, perseverasyon, ekolali, bloklar ve öz referanstır (72). Mutlu ve ark.'nın yürüttüğü çalışmada, şizofreni hastalarında konuşma içeriğinin fakirleşmesi en sık görülen formal düşünce bozukluğu olarak tespit edilmiştir. Çalışmada sırasıyla konuşmanın fakirleşmesi ve raydan çıkma en sık gözlemlenen diğer formal düşünce bozukluğu türleri olarak belirlenmiştir (73).

Günümüzde formal düşünce bozuklukları herhangi bir psikiyatrik hastalığa özgü olmayan, değişik şiddetlerdeki çeşitli psikiyatrik hastalıklarda bulunabilen çok boyutlu bir fenomen olarak algılanmaktadır (74,75,76,77,78). Düşünce bozukluğunun şizofreni tanısına spesifik olmadığı, özellikle mani ve depresyon olmak üzere başka psikiyatrik tanılarda da görülebildiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (70). Demjaha ve ark.'nın gösterdikleri gibi psikoz için klinik olarak ultra yüksek risk grubunda bulunan kişilerde formal düşünce bozukluğu bulunması psikoz gelişimini yordayabilmektedir (80). Düşünce bozuklukları şizofreni hastalarının sağlıklı yakınlarında da hafif düzeylerde gözlenebilmektedir (71,79). Sağlıklı kişilerde de bahsedilen anomalilerin saptanması önemli bir gelişme olarak kabul edilmiştir (72).

Şizofreninin akut dönemlerinde formal düşünce bozuklukları belirgin olmakla birlikte kronik dönemde de müphem, amaçsız konuşma görülebilmektedir. Akut atak sonrasında formal düşünce bozukluğunun devam etmesi kötü prognoz ile ilişkilidir (81). Formal düşünce bozukluklarının ilk atak akut geçici psikotik bozukluktan şizofreniye geçişin en güçlü yordayıcısı olduğu gösterilmiştir. Ayrıca formal düşünce bozukluğu relaps için öngördürücüdür, kötü yaşam kalitesi ile ilişkilidir ve genel olarak daha ağır bir psikotik hastalık tablosuna işaret eder (82). Wilcox'un çalışmasında formal düşünce bozukluğunun şizofreninin erken dönemlerindeki varlığı 24 aylık takip döneminde sık relaps ile ilişkili bulunmuştur (78). Özellikle

hastalığın başlangıcında formal düşünce bozukluğu varlığı şizofrenide relaps riskini arttırmaktadır (67,71). Formal düşünce bozukluklarının dezorganizasyon boyutu kötü mesleki ve sosyal işlevsellik ile ilişkili bulunmuştur (13). Süreğen formal düşünce bozukluklarının pozitif semptomlar ve düşük sosyal işlevsellik ile ilişkili olduğu bilinmektedir (82).

Andreasen ve Grove, formal düşünce bozukluklarının negatif ve pozitif formal düşünce bozuklukları olmak üzere ikiye ayrılabilceğini öne sürmüşlerdir (78). Pozitif FDB enkoherans, garip kelime kullanımı ve distraktibilite ile karakterize iken negatif FDB konuşma miktarı ve içeriğinde azalma ile karakterizedir (83). Pozitif formal düşünce bozukluklarının affektif psikozlarda daha sık, şizofreni hastalarında ise daha az sıklıkla gözlemlenirken negatif formal düşünce bozukluklarının şizofreni hastalarında daha sık görüldüğü gösterilmiştir (67,78,82,84,85,86). Çoğu hastada negatif formal düşünce bozukluklarının zamanla sabit kaldığı, pozitif formal düşünce bozukluklarının ise azaldığı görülmüştür (87). Negatif formal düşünce bozuklukları kronik hastalık gidişatı ve tedaviye kötü yanıt ile ilişkili olup, akut dönem sonrası şiddetli pozitif formal düşünce bozukluğu varlığı da kötü prognoz ile ilişkilidir (67). Negatif formal düşünce bozukluğu daha kronik ve kalıcı bir hastalık sürecini düşündürmektedir (82,86). Negatif formal düşünce bozukluğu olan hastaların psikotik semptomlarında iyileşmenin daha az görüldüğü ve 6 ay sonra remisyonda olma oranlarının daha az olduğu vurgulanmıştır (78). Prodorm dönemde düşünce fakirleşmesi, psikozla ilerleme ve gelecekteki bozulmalar için öngördürücüdür ve tedaviye kötü yanıt ile ilişkilidir (82). Wilcox ve ark.'nın çalışmasında genç yetişkinlerde psikoz sürecinin başlamasında düşünce fakirleşmesinin yüksek düzeyde yordayıcı bir faktör olduğu gösterilmiştir. Skalli ve ark.'nın çalışmasında yüksek riskli bireylerde psikoz gelişiminin düşünce içeriğindeki fakirleşme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (84). Antipsikotik tedavi akut ve pozitif formal düşünce bozukluklarına etki etse de negatif ve kronik formal düşünce bozuklukları genellikle tedaviye dirençlidir (73).

Formal düşünce bozuklukları yüksek oranda kalıtsal olup şizofreni hastalarının sağlıklı yakınlarında da görülebilmektedir. (82). Yüksek oranda genetik geçişli olduğu evlat edinme ve ikiz çalışmaları ile gösterilmiştir (79). Evlat edinme

çalışmalarında, şizofreni hastası evlatlıkların sağlıklı evlatlıklara göre, şizofreni evlatlıkların yakınlarının da sağlıklı evlatlıkların yakınlarına göre daha fazla formal düşünce bozukluğu gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca bozulmuş MEF2A aktivitesi ve 6q26-27 bölgesinde genetik varyasyonların biyolojik olarak formal düşünce bozukluğu ve şizofreni için yüksek risk faktörleri oldukları belirtilmiştir (79,82). Nörobiyolojik çalışmalarda superior temporal girus gibi beyin bölgelerinin, N-metil-D-aspartat gibi reseptörlerin etiyojide rol oynadığı gösterilmiş olmakla birlikte bozukluk hakkında halen keşfedilememiş ve belirsiz birçok konu bulunmaktadır (68). Nörobiyolojik çalışmalarda temporal ve frontal bölge anormallikleri öne çıkmaktadır (52). Formal düşünce bozuklukları ile sol superior temporal kortekste hacim azalmaları ve dil ile ilişkili kortikal bölgelerde yapısal beyin anomalilerinin ilişkisi gösterilmiştir (79). Düşünce bozukluğu olan şizofreni hastalarında olaya ilişkin potansiyellerin işitsel P300 amplitüdünün azaldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (71).

Sosyal işlevselliğin formal düşünce bozukluğu varlığından etkilenmesi öngörülebilir bir durumdur. Formal düşünce bozukluğu mesleki ve sosyal işlevsellik ve yaşamdan elde edilen doyum ile ilişkilidir. Süreğen pozitif formal düşünce bozuklukları kötü işlevsellik, yaşama uyumda bozulma ile ilişkilidir (88). Negatif formal düşünce bozukluklarının da sosyal işlevsellik ile ilişkili bir yapı olan yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir (68).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Çalışmaya Ekim 2019 ve Eylül 2020 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin psikiyatri polikliniğine başvuran veya yatarak tedavi gören, son 12 ay içerisinde DSM-5 kriterlerine göre şizofreni ve ilişkili bozukluklar (ICD-10'da F20-25 tanıları) tanısı konulan hastalar dahil edildi. Hastalar ile intihar girişimleri hakkında görüşüldü ve hastalar intihar girişimi olan ve olmayan şekilde 2 gruba ayrıldı. Her bir grupta en az 30 hasta olacak şekilde hasta verileri toplandı. Hastaların, psikotik bulgular nedeniyle ilk tedavi başvurusundan sonraki 1 yıllık süreçte psikotik bozukluğun erken döneminde olduğu kabul edildi ve çalışmaya dahil edildi. 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olan; psikiyatrik ek tanısı olan, genel durumu ve hasta ile görüşmeyi etkileyecek düzeyde ek fiziksel ya da nörolojik hastalık tanısı olan, şimdi veya geçmişte alkol ya da madde kullanım bozukluğu öyküsü olan, tedavi ile kontrol altında olmayan komorbid kronik tıbbi hastalığı olan, son 6 ay içinde EKT tedavisi görmüş olan (EKT belirgin bilişsel bozulmalara yol açabildiğinden dolayı), 12 aydan uzun süredir antipsikotik tedavi alıyor olan ve görüşme ile anlaşılır düzeyde ve belirgin bilişsel bozukluk saptanmış olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Ayrıca psikotik özellikli duygudurum bozukluğu tanısı olan hastalar çalışmadan dışlandı.

Çalışma sürecinde psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan toplam 77 hastaya ulaşıldı. Ancak 1 hasta, tanı daha sonra psikotik özellikli depresyon olarak değiştiğinden; 2 hasta, tanı daha sonra bipolar duygudurum bozukluğu olarak değiştiğinden, 1 hastanın daha önce psikotik atak sebebiyle tedavi gördüğü öğrenildiğinden, 2 hasta kafa travması öyküsü olduğundan, 1 hasta psikoaktif madde kullanmadığını beyan etmesine rağmen idrarda madde metabolitinin pozitif çıktığından, 1 hasta idrarda madde metaboliti negatif çıkmasına rağmen psikoaktif madde kullandığını beyan ettiğinden, 1 hasta Huntington hastalığı tanısı olduğundan, 1 hasta anadili Arapça olmasından dolayı ölçekleri net anlayamadığından ve akıcı

Türkçe konuşmadığından, 2 hasta son 6 ay içinde EKT tedavisi gördüğünden, 1 hasta ise WAIS sonucun göre hafif derecede zeka geriliği tespit edildiğinden ve bu sebeple yönergeleri algılamakta zorlandığından dolayı çalışmadan dışlandı. Çalışmaya 34 intihar girişimi olmayan, 30 intihar girişimi olan ve psikotik sürecin erken döneminde bulunan toplam 64 hasta dahil edildi.

Hastalardan çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözlü ve yazılı onam alındı. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Etik Kurulu'ndan 01.10.2019 tarih 364 protokol sayılı onay alındı.

3.2. TANI ARAÇLARI VE ÖLÇEKLER

3.2.1. Bilgilendirilmiş Hasta ve Hasta Yakını/Yasal Temsilcisi Onam Formu (EK-5)

Hastaları çalışma ve uygulanacak veri toplama araçları hakkında bilgilendirme amaçlı olarak hazırlanmış olan formdur. Çalışmaya katılımın gönüllülük esası ile olduğu formda açıkça belirtilmiştir ve onay verilen durumlarda form hem uygulayıcı hem de katılımcı tarafından imzalanır.

3.2.2. Hastalara Yönelik Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu (EK-6)

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile hastalıkları hakkında hastalık süresi, başlangıç yaşı, tedavisiz geçen hastalık süresi, tedavisiz geçen psikoz süresi, toplam atak sayısı, yatarak tedavi sayısı, aile öyküsü, alkol madde kullanım öyküsü gibi klinik verilerin toplanması amacı ile hazırlanmış formdur.

3.2.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) (EK-7)

PANSS, şizofreni semptomlarını değerlendirmek amacıyla yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Kay ve ark. tarafından geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (89). 30 maddeden 7 tanesi pozitif semptomlar, 7 tanesi negatif semptomlar ve 16 tanesi genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçek klinik görüşme ile uygulanır ve her semptom 1 (yok) ile 7 (çok şiddetli) arasında puanlanır. Şiddet puanları toplanarak total puan, pozitif, negatif ve genel psikopatoloji alt ölçek puanları elde

edilir. Yüksek puanlar yüksek semptom şiddetini gösterir. Ölçek, hastaların son 1 hafta içerisindeki bulgularını ve işlevselliğini değerlendirir. Uygulama süresi yaklaşık 30-40 dakikadır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (90).

3.2.4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) (EK-8)

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, hastanın pozitif, negatif ve ekstrapiramidal semptomlarından bağımsız olarak depresif bulgularını değerlendirmeyi amaçlayan yarı yapılandırılmış bir ölçektir (91). 8 adet yapılandırılmış, 1 adet görüşmeci gözlemine dayalı olmak üzere toplam 9 soru içerir ve son 2 haftayı değerlendiren bir ölçektir. 7 ve üzerindeki puanlar %82 özgüllük ve %85 duyarlılıkla orta veya ağır depresif dönemi yordamaktadır (9). Addington ve ark. tarafından 1990 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2000 yılında Oksay ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek maddeleri arasında depresif duygudurum, suçluluk hezeyanları, umutsuzluk, değersizlik, suçlulukla ilgili referans fikirleri, patolojik suçluluk, gözlemlenen depresyon, sabah depresyonu, iştah azlığına bağlı kilo kaybı, erken uyanma ve intihar bulunmaktadır (91,92).

3.2.5. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (BSPÖ) (EK-9)

Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, Morosini ve ark. tarafından geliştirilmiştir (93). Görüşmecinin değerlendirme yaptığı, toplam dört boyutta yok, hafif, görünür düzeyde, belirgin, şiddetli ve çok şiddetli semptom şiddet düzeyleri belirlenerek değerlendirme yapılan altılı Likert tipi sıralı değerlendirme aracıdır. Dört boyut; sosyal açıdan yararlı etkinlikler, kişisel ve sosyal ilişkiler, özbakım ve rahatsız edici ve saldırgan davranışlar olarak tanımlanmıştır. Ölçek sonucunda 1 ile 100 puan arasında değerlendirme yapılır. Ara puanlamalar klinik değerlendirme ile belirlenir ve yüksek puanlar iyi işlevselliği göstermektedir. 71 ile 100 arasındaki puanlar hafif zorlukları ya da sosyal işlevsellikte bozulma olmadığını gösterir. 51-70 arasındaki puanlar bir ya da daha fazla alanda görünür düzeyde zorluklar yaşandığını ya da bir alanda belirgin zorluk olduğunu gösterir. 1 ile 50 arasındaki puanlar ise 2 veya daha fazla alanda belirgin ile çok şiddetli arasında zorluklar yaşandığını gösterir (93,94). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında Aydemir ve

ark. tarafından gerçekleştirilmiştir (94). Sosyal işlevselliği ölçmek için kullanılacak ölçüm araçları arasında Sosyal İşlevsellik Ölçeği ayrıntılı bir ölçek olması ve uzun zaman gerektirmesi nedeniyle, Sosyal ve Mesleki İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sosyal ve mesleki işlevselliği değerlendirmekle birlikte özbakımı ölçmediği ve semptom şiddetinden fazla etkilendiği için tercih edilmemiştir.

3.2.6. Columbia İntihar Önem Derecesi Ölçeği (CİDÖ) (EK-10)

Columbia İntihar Önem Derecesi Ölçeği (CİDÖ); yarı yapılandırılmış, görüşme temelli; intihar düşüncesi şiddeti, intihar düşüncesi yoğunluğu ve intihar davranışı olmak üzere 3 faktörlü bir değerlendirme aracıdır (95). Türkçe versiyonunun adolesanlardaki intihar riskini değerlendirme açısından geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (96). Konvansiyonel olarak tek boyutlu bir olgu olarak algılanan intihar düşüncesi ve davranışı yerine; pasif düşünceler, aktif niyet ve davranışın bir spektrum olduğu düşünülmüştür. Bu nedenle CİDÖ intihar düşüncesi ve intihar davranışını ayırt edecek bölümlerden oluşacak şekilde tasarlanmıştır. “Şiddet Alt Ölçeği”, 5 puan üzerinden değerlendirilir. Ölmüş olma isteği (1), spesifik olmayan aktif intihar düşünceleri (2), yöntem ile birlikte olan intihar düşünceleri (3), intihar niyeti (4) ve planlı intihar niyeti (5) maddeleri puanlanır. “Yoğunluk Alt Ölçeği” sıklık, süre, kontrol edilebilirlik, caydırıcılar ve düşüncenin sebeplerini ayrıntılandırır ve her bir madde 5 puan üzerinden değerlendirilir. “Davranış Alt Ölçeği” gerçek, vazgeçilen, engellenen girişimleri, hazırlayıcı faktörleri ve intihar amaçlı olmayan kendine zarar verici davranışları sorgulayan nominal bir yapı olarak planlanmıştır. Aynı zamanda gerçek girişimleri değerlendirir. Gerçek ölümcüllük 6 puan üzerinden değerlendirilir. Potansiyel ölümcüllük ise 3 puan üzerinden değerlendirilir. Ölçek klinik koşullar veya çalışmanın ihtiyacına göre yaşam boyu ve şimdi (düşünce için son 1 ay, davranış için son 3 ay) zaman dilimlerini değerlendirir (95).

3.2.7. Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ) (EK-11)

Düşünce ve Dil Ölçeği, formal düşünce bozukluklarını standardize koşullar altında ölçmek için geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Türkçe formu düşünce fakirleşmesi ve düşünce dağınıklığı olmak üzere iki faktörlü

olan ölçek, Liddle ve ark. tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir (81). Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2007 yılında Ulaş ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir (71). Düşünce fakirleşmesi kategorisi; konuşmanın fakirliği, amacın zayıflaması ve düşüncenin tekrarı (perseverasyon) maddelerini içerirken düşünce dağınıklığı kategorisi ise çözülme, olağandışı kelime kullanımı, olağandışı cümle yapısı, olağandışı mantık ve çelinebilirlik (distraktibilite) maddelerinden oluşmaktadır. Test materyali sabit bir sırada bulunan, ters yüzleri numaralandırılmış, Tematik Algı Testi'nden seçilmiş 8 resimlik setten oluşmaktadır. Katılımcıya resimler sırasıyla gösterilerek her resim hakkında 1 dakika konuşması istenir. Katılımcı görüşme esnasında 1 dakikalık süre dolmadan konuşmayı bırakırsa yönlendirici olmayan sorular yardımı ile konuşmaya devam etmesine yardımcı olunur. Daha sonra kişinin verdiği olağandışı yanıtlar ayrıntılandırılır. Görüşme ses kaydına alınır, sonrasında yazıya geçirilir. Testin uygulanması ortalama olarak 15 dakika sürmektedir. Düşünce ve Dil Ölçeği protokolü kullanılarak konuşma örnekleri değerlendirilir ve her kart için formal düşünce bozukluklarının şiddetini göstermek üzere 0.25, 0.5, 0.75 ve 1 puanlarından birisi verilir. 0.25 puan anormalliğin net olmadığı anlamına gelirken (örn. daha yaygın kullanılan bir kelime yerine nadir kullanılan bir kelime kullanılması, bağlantılı olmayan ya da az bağlantılı konuya geçiş sonrası hemen konuya dönmek) 0.5 ve üzerindeki puanlamalar anormalliğin belirgin olduğunu gösterir. 8 Tematik Algı Testi kartı puanının toplamı her Düşünce ve Dil Bozukluğu maddesinin ortalama şiddetini gösterir (52,71,81). Düşünce ve Dil Ölçeği'nin hafif anomalileri tespit edebilmesi, zaman alıcı olmaması, hem negatif hem pozitif formal düşünce bozukluklarını değerlendirebilmesi ve görüşmeci tarafından uygulanması ölçeğin tarafımızca seçilmiş olma sebepleridir.

3.3. İSTATİKSEL ANALİZ

Verilerin analiz edilmesinde IBM SPSS 22.0 programı kullanıldı. Verilerin normal dağılım hipotezini karşılayıp karşılamadığı, basıklık ve çarpıklık değerlerinin $\pm 1,5$ aralığında olup olmamasına göre değerlendirildi. Psikotik bozukluk tanısı almış ve hastalığın erken döneminde bulunan hastalarda intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasındaki oransal verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Analizi ve Fisher

Kesin Ki-Kare Analizi (değişken oranının %5'in altına olduğu durumlarda) kullanıldı. İki grup arasında sayısal verilerin ortalamalarının ve psikometrik ölçümlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında, normal dağılım hipotezinin karşılandığı durumlarda Bağımsız Gruplar t testi, karşılanmadığı durumlarda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Tüm hastalar arasında PANSS, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Düşünce ve Dil Ölçeği, Columbia İntihar Önem Derecesi Ölçeği ve Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği puanları arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla normal dağılan verilerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılmayan verilerde Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Hastaların intihar eğilimlerinin (Columbia İntihar Önem Derecesi Ölçeği) diğer psikometrik özellikler tarafından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede yordanıp yordanmadığını değerlendirmek amacıyla Linear (Basit) Doğrusal Regresyon Analizi ve Çok Değişkenli Regresyon Analizi kullanıldı. Araştırmadaki tüm istatistiksel analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlendi.

4. BULGULAR

Araştırma verileri değerlendirildiğinde; psikotik bozukluk tanısı almış, hastalığın erken döneminde bulunan ve intihar girişimi olan hastaların yaş ortalamasının $32,67 \pm 11,07$, intihar girişimi olmayan hastaların ise yaş ortalamasının $30,65 \pm 9,22$ olduğu, iki grup arasında yaş ortalamalarının istatistiksel açıdan farklı olmadığı bulundu. İntihar girişimi olan hastaların 15'inin (%50) kadın, intihar girişimi olmayan kişilerin ise 15'inin (%44,1) kadın olduğu ve iki grup arasında cinsiyet oranlarının istatistiksel açıdan benzer olduğu ($p=0,638$) görüldü. İntihar girişimi olan ve olmayan kişiler arasında medeni durum ($p=0,290$), toplam eğitim süresi ($p=0,542$), eğitim düzeyi ($p=0,622$), çalışma durumu ($p=0,247$) ve birlikte yaşanılan kişi durumu ($p=0,810$) gibi özelliklerin istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olmadığı saptandı (**Tablo 1**).

Tablo 1: İntihar girişimi olan ve olmayan psikoz hastaları arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması

		İntihar Girişimi Olan (n=30)		İntihar Girişimi Olmayan (n=34)		p
		Ort.±SS/n	Minimum- Maksimum/%	Ort.±SS/n	Minimum- Maksimum/%	
Yaş		32,67±11,07	18,00-56,00	30,65±9,22	18,00-53,00	0,429 ^a
Cinsiyet	Kadın	15	50,0	15	44,1	0,638 ^b
	Erkek	15	50,0	19	55,9	
Medeni Durum	Bekar	18	60,0	24	70,6	0,290 ^c
	Evlü	8	26,7	9	26,5	
	Boşanmış/Dul/Ayrı Yaşüyor	4	13,3	1	2,9	
Toplam Eğitim Süresi		8,90±3,92	0-16,00	9,56±4,59	0-17,00	0,542 ^a
Eğitim Düzeyi	İlkokul	8	26,7	8	23,5	
	Ortaokul	7	23,3	8	23,5	
	Lise	9	30,0	6	17,6	
	Üniversite	6	20,0	11	32,4	
	Yüksek Lisans	0	0,0	0	0,0	
	Eğitim Yok	0	0,0	1	2,9	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	20	66,7	27	79,4	
	Düzensiz Çalışıyor	10	33,3	6	17,6	
	Çalışıyor	0	0,0	1	2,9	
	Engelli Maaşı	0	0,0	0	0,0	
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	3	10,0	2	5,9	0,810 ^c
	Eş ve Çocuklar	9	30,0	8	23,5	
	Anne-Baba-Kardeş	17	56,7	22	64,7	
	Diğer	1	3,3	2	5,9	

a=Bağımsız Gruplar t Testi, b=Ki-Kare Analizi, c=Fisher Kesin Ki-Kare Analizi, Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma

Ki-Kare Analizlerinin sonuçlarına göre; psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan, intihar girişimi olan ve olmayan kişiler arasında sigara kullanımı ($p=0,115$), alkol kullanımı ($p=0,748$), ek tıbbi hastalık ($p=0,917$), kullanılan ilaç türü ($p=0,083$) ve depo antipsikotik kullanımı ($p=0,999$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olmadığı saptandı.

İki grup arasında, ailede psikiyatrik hastalık tanısı bulunması oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olduğu ($p=0,011$) ve intihar girişimi olan kişilerin ailelerinde daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık olduğu bulundu. İki grup arasında ortalamaya dayalı klinik özellikler karşılaştırıldığında, Mann Whitney U testine göre intihar girişimi olmayan hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin hastalık süresi ortalamaları ($p=0,012$) ve tedavisiz geçen hastalık süresi ortalamalarının intihar girişimi olan kişilerin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (**Tablo 2**).

Tablo 2: İntihar girişimi olan ve olmayan psikoze hastaları arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması

		İntihar Girişimi Olan (n=30)		İntihar Girişimi Olmayan (n=34)		p
		Ort.±SS/n	Minimum- Maksimum/ %	Ort.±SS/n	Minimum- Maksimum/ %	
Sigara	Var	20	66,7	16	47,1	0,115
	Yok	10	33,3	18	52,9	
Alkol	Var	2	6,7	3	8,8	0,748
	Yok	28	93,3	31	91,2	
Psikoaktif Madde	Var	0	0,0	0	0,0	
	Yok	30	100,0	34	100,0	
Ek Tıbbi Hastalık	Var	5	16,7	6	17,6	0,917
	Yok	25	83,3	28	82,4	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	13	43,3	5	14,7	0,011
	Yok	17	56,7	29	85,3	
Hastalık Süresi (Hafta)		60,43±83,20	1,00-312,00	104,62±102,15	1,00-416,00	0,012^a
Hastalık Başlangıç Yaşı		31,70±11,43	13,00-56,00	29,44±10,22	15,00-52,00	0,407
Tedavisiz Geçen Hastalık Süresi (Hafta)		60,43±83,20	1,00-312,00	104,79±101,97	1,00-416,00	0,011^a
Tedavisiz Geçen Psikoze Süresi (Hafta)		12,07±15,17	1,00-52,00	31,15±60,20	1,00-310,00	0,131 ^a
Toplam Atak Sayısı		1,07±,25	1,00-2,00	1,06±,24	1,00-2,00	0,898 ^a
Toplam Atak Süresi (Gün)		58,73±39,55	14,00-165,00	95,35±82,78	10,00-405,00	0,064 ^a
Yatış Sayısı		,97±,18	0,00-1,00	0,85±,44	0,00-2,00	0,170 ^a
Ortalama Yatış Süresi (Gün)		18,17±9,71	0,00-47,00	17,59±13,91	0,00-64,00	0,721 ^a
Toplam Yatış Günü		18,17±9,71	0,00-47,00	18,50±15,72	0,00-64,00	0,741 ^a
Düzenli Tedavi Kullanma	Var	7	23,3	11	32,4	0,423
	Yok	23	76,7	23	67,6	
İlaç Türü	Tipik AP	0	0,0	0	0,0	
	Atipik AP	4	13,3	3	8,8	
	Tipik Atipik	2	6,7	0	0,0	
	Atipik Atipik	1	3,3	7	20,6	
	Klozapin	0	0,0	0	0,0	
	Diğer	0	0,0	1	2,9	
	Kullanmıyor	23	76,7	23	67,6	
Depo AP	Var	1	3,3	1	2,9	0,999 ^b
	Yok	29	96,7	33	97,1	
Homisid	Var	0	0,0	0	0,0	
	Yok	30	100,0	34	100,0	

a= Mann Whitney U Testi, b= Fisher Kesin Ki-Kare Analizi, Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma

Hastalığın erken döneminde bulunan, intihar girişimi olan psikoz tanılı kişilerin İDŞ Ömür Boyu ($Z=-6,74$, $p<0,001$), İDŞ Son 1 Ay ($Z=-6,30$, $p<0,001$), İDY Ömür Boyu ($Z=-6,46$, $p<0,001$), İDY Son 1Ay ($Z=-6,46$, $p<0,001$), İD Ömür Boyu ($Z=-6,50$, $p<0,001$), İD Son 3 Ay ($Z=-7,42$, $p<0,001$), CİDÖ Ömür Boyu ($t=14,57$, $p<0,001$) ve CİDÖ Son Zamanlar ($Z=-6,56$, $p<0,001$) ortalamalarının intihar girişimi olmayan kişilerin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (**Tablo 3**).

Tablo 3: İntihar girişimi olan ve olmayan psikoz hastaları arasında CİDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan (n=30)		İntihar Girişimi Olmayan (n=34)		Z/t	p
	Ort.	SS./Medyan	Ort.	SS./Medyan		
İDŞ Ömür Boyu	4,27	4,50	0,74	0,00	-6,74	<0,001 ^a
İDŞ Son 1Ay	3,83	4,00	0,47	0,00	-6,30	<0,001 ^a
İDY Ömür Boyu	20,00	20,00	4,32	0,00	-6,46	<0,001 ^a
İDY Son 1Ay	19,33	20,00	2,47	0,00	-6,46	<0,001 ^a
İD Ömür Boyu	3,77	4,00	0,03	0,00	-6,50	<0,001 ^a
İD Son 3 Ay	3,37	3,50	0,03	0,00	-7,42	<0,001 ^a
CİDÖ Ömür Boyu	28,33	6,46	5,12	6,28	14,57	<0,001 ^b
CİDÖ Son Zamanlar	26,53	29,50	3,00	0,00	-6,56	<0,001 ^a

a= Mann Whitney U Testi, b=Bağımsız Gruplar t Testi, Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, CİDÖ=Columbia İntihar Önem Derecesi Ölçeği, İDŞ=İntihar Düşüncesi Şiddeti Alt Ölçeği, İDY=İntihar Düşüncesi Yoğunluğu Alt Ölçeği, İD=İntihar Davranışı Alt Ölçeği

Hastalığın erken döneminde bulunan, intihar girişimi olan psikoz tanılı kişilerin PANSS-P ($t=3,13$, $p=0,003$), PANSS Toplam ($Z=-2,37$, $p=0,018$) ve CŞDÖ toplam puan ($Z=-6,50$, $p<0,001$) ortalamalarının intihar girişimi olmayan kişilerin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (**Tablo 4**).

Tablo 4: İntihar girişimi olan ve olmayan psikoz hastaları arasında PANSS ve CŞDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan (n=30)		İntihar Girişimi Olmayan (n=34)		Z/t	p
	Ort.	SS./Medyan	Ort.	SS./Medyan		
PANSS-P	24,67	5,06	20,15	6,33	3,13	0,003^a
PANSS-N	19,00	5,09	18,97	6,02	0,02	0,983 ^a
PANSS-G	38,23	38,50	35,50	36,00	-1,67	0,095 ^b
PANSS Toplam	83,10	81,00	71,79	75,50	-2,37	0,018^b
CŞDÖ Toplam	11,20	11,00	3,18	2,50	-6,50	<0,001^b

a=Bağımsız Gruplar t testi, b=Mann Whitney U testi, Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, PANSS= Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, PANSS-P=Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği, PANSS-N=Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Negatif Belirtiler Alt Ölçeği, PANSS-G=Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği, CŞDÖ=Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin (n=64) CŞDÖ puanları ve CİDÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları arasında $r=0,778$ - $r=0,845$ aralığında istatistiksel açıdan yüksek seviyede pozitif ilişki ($p<0,001$) olduğu bulundu. Hastaların (n=64) PANSS toplam puanları ve tüm CİDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında $r=0,313$ - $r=0,404$ aralığında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif ilişki olduğu ($p<0,05$) bulundu. Hastaların (n=64) PANSS-P puanları ve CİDÖ tüm toplam ve alt ölçek puanları arasında $r=0,321$ - $r=0,430$ aralığında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif ilişki olduğu ($p<0,05$) bulundu. Hastaların (n=64) PANSS-G puanları ile CİDÖ toplam ve İDŞ Ömür Boyu, İDŞ Son 1 ay ve İDY Ömür Boyu alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif ilişki olduğu ($p<0,05$) bulundu. Erken dönem psikoz tanılı hastaların (n=64) CŞDÖ, PANSS ve CİDÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler **Tablo 5'**de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 5: Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz hastalarında (n=64) CİDÖ, PANNS ve CŞDÖ puanları arasındaki ilişki

		PANSS-P Toplam	PANSS-N Toplam	PANSS-G Toplam	PANSS Toplam	CŞDÖ
İDŞ Ömür Boyu ^a	r	0,32*	0,08	0,35*	0,35*	0,81*
İDŞ Son 1Ay ^a	r	0,35*	0,14	0,37*	0,40*	0,81*
İDY Ömür Boyu ^b	r	0,39*	0,08	0,25*	0,33*	0,80*
İDY Son 1Ay ^b	r	0,41*	0,10	0,24	0,35*	0,83*
İD Ömür Boyu ^b	r	0,33*	0,05	0,16	0,31*	0,78*
İD Son 3 Ay ^b	r	0,34*	0,09	0,19	0,34*	0,78*
CİDÖ Ömür Boyu ^b	r	0,40*	0,07	0,25*	0,34*	0,85*
CİDÖ Son Zamanlar ^a	r	0,43*	0,10	0,34*	0,40*	0,82*

^a=Spearman Korelasyon Analizi, ^b=Pearson Korelasyon Analizi, *p<0,05, PANSS= Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, PANSS-P=Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği, PANSS-N=Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Negatif Belirtiler Alt Ölçeği, PANSS-G=Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği, CŞDÖ=Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, CİDÖ=Columbia İntihar Önem Derecesi Ölçeği, İDŞ=İntihar Düşüncesi Şiddeti Alt Ölçeği, İDY=İntihar Düşüncesi Yoğunluğu Alt Ölçeği, İD=İntihar Davranışı Alt Ölçeği

Bağımsız Gruplar t testine göre, hastalığın erken döneminde bulunan intihar girişimi olmayan psikoz tanılı kişilerin BSPÖ-A (t=-3,09, p=0,003), BSPÖ-B (t=-2,35, p=0,022), BSPÖ-C (t=-4,70, p<0,001), BSPÖ-D (t=-9,20, p<0,001) ve BSPÖ Toplam puan (t=-9,20, p<0,001) ortalamalarının hastalığın erken döneminde bulunan intihar girişimi olan psikoz tanılı kişilerin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (**Tablo 6**).

Tablo 6: İntihar girişimi olan ve olmayan psikoz hastaları arasında BSPÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan		İntihar Girişimi Olmayan		t	p
	(n=30)		(n=34)			
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
BSPÖ-A	8,00	4,28	11,91	5,64	-3,09	0,003^a
BSPÖ-B	7,83	4,29	10,88	5,83	-2,35	0,022^a
BSPÖ-C	12,83	4,29	18,09	4,61	-4,70	<0,001^a
BSPÖ-D	3,33	3,30	15,88	6,79	-9,20	<0,001^a
BSPÖ Toplam	32,00	12,15	56,76	18,13	-6,33	<0,001^a

^a=Bağımsız Gruplar t testi, Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, BSPÖ=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, BSPÖ-A=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Sosyal Açıdan Yararlı Etkinlikler Alt Ölçeği, BSPÖ-B=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Kişisel ve Sosyal İlişkiler Alt Ölçeği, BSPÖ-C=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Özbakım Alt Ölçeği, BSPÖ-D=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Rahatsız Edici ve Saldırgan Davranışlar Alt Ölçeği

Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin (n=64) tüm CİDÖ ve alt ölçek puanlarının BSPÖ toplam ve tüm alt boyut puanları ile $r=-0,287$ - $r=-0,731$ aralığında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif yönde ilişki gösterdiği bulundu (**Tablo 7**).

Tablo 7: Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz hastalarının (n=64) CİDÖ ve BSPÖ puanları arasındaki ilişki

		BSPÖ-A	BSPÖ-B	BSPÖ-C	BSPÖ-D	BSPÖ-Toplam
İDŞ Ömür Boyu ^a	r	-0,33*	-0,29*	-0,54*	-0,66*	-0,60*
İDŞ Son 1Ay ^a	r	-0,37*	-0,34*	-0,56*	-0,67*	-0,63*
İDY Ömür Boyu ^b	r	-0,46*	-0,31*	-0,61*	-0,68*	-0,65*
İDY Son 1Ay ^b	r	-0,46*	-0,34*	-0,58*	-0,70*	-0,66*
İD Ömür Boyu ^b	r	-0,32*	-0,30*	-0,47*	-0,70*	-0,58*
İD Son 3 Ay ^b	r	-0,34*	-0,30*	-0,47*	-0,69*	-0,58*
CİDÖ Ömür Boyu ^b	r	-0,45*	-0,32*	-0,59*	-0,72*	-0,66*
CİDÖ Son Zamanlar ^a	r	-0,45*	-0,32*	-0,58*	-0,73*	-0,68*

a=Spearman Korelasyon Analizi, b=Pearson Korelasyon Analizi, * p<0,05, BSPÖ=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, BSPÖ-A=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Sosyal Açından Yararlı Etkinlikler Alt Ölçeği, BSPÖ-B=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Kişisel ve Sosyal İlişkiler Alt Ölçeği, BSPÖ-C=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Özbakım Alt Ölçeği, BSPÖ-D=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Rahatsız Edici ve Saldırgan Davranışlar Alt Ölçeği, CİDÖ=Columbia İntihar Önem Derecesi Ölçeği, İDŞ=İntihar Düşüncesi Şiddeti Alt Ölçeği, İDY=İntihar Düşüncesi Yoğunluğu Alt Ölçeği, İD=İntihar Davranışı Alt Ölçeği

Mann Whitney U testine göre, hastalığın erken döneminde bulunan intihar girişimi olan psikoz tanılı kişilerin Düşünce Fakirleşmesi (Z=-3,46, p=0,001) alt ölçeği ve Konuşma Fakirleşmesi (Z=-2,44, p=0,015), Amacın Zayıflaması (Z=-3,10, p=0,002, Perseverasyon (Z=-2,77, p=0,006) maddelerinin puan ortalamalarının, hastalığın erken döneminde bulunan intihar girişimi olmayan psikoz tanılı kişilerin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşük olduğu bulundu. Buna ek olarak hastalığın erken döneminde bulunan intihar girişimi olan psikoz tanılı kişilerde Düşünce Dağınıklığı (Z=-2,10, p=0,036) alt ölçeği ve Çözülme (Z=-2,30, p=0,021), Olağandışı Mantık (Z=-3,01, p=0,003) maddelerinin puan ortalamalarının hastalığın erken döneminde bulunan intihar girişimi olmayan psikoz tanılı kişilerin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 8).

Tablo 8: İntihar girişimi olan ve olmayan psikoz hastaları arasında DDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan (n=30)		İntihar Girişimi Olmayan (n=34)		Z	p
	Ort.	Medyan	Ort.	Medyan		
Konuşma Fakirleşmesi	0,54	0,00	1,54	0,75	-2,44	0,015^b
Amacın Zayıflaması	0,29	0,00	0,82	0,38	-3,10	0,002^b
Perseverasyon	0,16	0,00	0,47	0,25	-2,77	0,006^b
Düşünce Fakirleşmesi Toplam	0,99	0,25	2,84	2,25	-3,46	0,001^b
Çözülme	1,52	1,00	0,97	0,63	-2,30	0,021^b
Olağandışı Kelime	0,66	0,25	0,50	0,25	-0,24	0,814 ^b
Olağandışı Cümle Yapısı	0,39	0,00	0,28	0,00	-0,26	0,792 ^b
Olağandışı Mantık	1,39	1,25	0,88	0,50	-3,01	0,003^b
Celinebilirlik	0,20	0,00	0,29	0,00	-0,57	0,568 ^b
Düşünce Dağınıklığı Toplam	4,12	2,50	2,93	1,75	-2,10	0,036^b
Düşünce ve Dil Ölçeği Toplam	5,11	4,00	5,76	4,13	-0,95	0,342 ^b

^b= Mann Whitney U testi, Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, DDÖ=Düşünce ve Dil Ölçeği

Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin (n=64) DDÖ toplam puanı ile tüm CİDÖ ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ilişki olmadığı ($p>0,05$) bulundu. Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin (n=64) Konuşma Fakirleşmesi, Amacın Zayıflaması, Perseverasyon maddeleri ve Düşünce Fakirleşmesi toplam alt ölçek puanları ile tüm CİDÖ ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkilerin pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı seviyede olduğu ($p<0,05$) bulundu. Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin (n=64) Düşünce Dağınıklığı alt ölçeği toplam puanları ile tüm

CİDÖ ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkilerin $r=0,254-r=0,416$ aralığında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı seviyede olduğu ($p<0,05$) bulundu. Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin ($n=64$) Çözülme ve Olağandışı Mantık maddelerinin puanları ile tüm CİDÖ ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkilerin pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı seviyede olduğu ($p<0,05$) bulundu. Tüm hastalar arasında DDÖ alt ölçek ve CİDÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler ayrıntılı olarak **Tablo 9**'de gösterilmiştir.

Tablo 9: Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz hastalarında ($n=64$) DDÖ ve CİDÖ puanları arasında Spearman Korelasyon Analizi sonuçları

		İDŞ Ömür Boyu	İDŞ Son 1 Ay	İDY Ömür Boyu	İDY Son 1 Ay	İD Ömür Boyu	İD Son 3 Ay	CİDÖ Ömür Boyu	CİDÖ Son Zamanlar
Konuşma Fakirleşmesi	r	-0,38*	-0,39*	-0,39*	-0,38*	-0,31*	-0,37*	-0,39*	-0,40*
Amacın Zayıflaması	r	-0,35*	-0,40*	-0,37*	-0,41*	-0,39*	-0,47*	-0,37*	-0,41*
Perseverasyon	r	-0,37*	-0,33*	-0,32*	-0,33*	-0,35*	-0,30*	-0,33*	-0,33*
Düşünce Fakirleşmesi	r	-0,46*	-0,50*	-0,48*	-0,51*	-0,44*	-0,49*	-0,47*	-0,51*
Toplam									
Çözülme	r	0,32*	0,38*	0,36*	0,41*	0,28*	0,31*	0,35*	0,41*
Olağandışı Kelime	r	0,00	-0,01	0,04	0,02	0,02	0,01	0,04	0,02
Olağandışı Cümle Yapısı	r	-0,03	-0,02	0,30	-0,01	-0,03	-0,00	0,01	-0,02
Olağandışı Mantık	r	0,40*	0,45*	0,45*	0,48*	0,38*	0,46*	0,44*	0,49*
Çelinebilirlik	r	0,06	0,12	0,10	0,14	0,13	0,16	0,11	0,14
Düşünce Dağımlığı	r	0,30*	0,37*	0,38*	0,42*	0,25*	0,31*	0,36*	0,41*
Toplam									
Düşünce ve Dil Ölçeği	r	-0,12	-0,07	-0,04	-0,03	-0,12	-0,13	-0,06	-0,05
Toplam									

* $p<0,05$, CİDÖ=Columbia İntihar Önem Derecesi Ölçeği, İDŞ=İntihar Düşüncesi Şiddeti Alt Ölçeği, İDY=İntihar Düşüncesi Yoğunluğu Alt Ölçeği, İD=İntihar Davranışı Alt Ölçeği, DDÖ=Düşünce ve Dil Ölçeği

Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin (n=64) DDÖ toplam puanları ile PANSS toplam ve alt ölçek puanları ve CŞDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ilişki olmadığı ($p>0,05$) bulundu. Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin (n=64) Düşünce Dağınıklığı toplam alt ölçek puanı ile PANSS-P ($r=0,298$, $p=0,017$) ve CŞDÖ ($r=0,302$, $p=0,015$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif seviyede ilişki olduğu bulundu. Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin (n=64) DDÖ Çözülme maddesi puanları ile PANSS- P ve CŞDÖ puanları arasında, Olağandışı Kelime maddesi puanları ile PANSS-P puanları arasında, Olağandışı Cümle Yapısı puanları ile PANSS-N puanları arasında, Olağandışı Mantık maddesi puanları ile PANSS-P ve CŞDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif yönde ilişki olduğu bulundu. Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin (n=64) Düşünce Fakirleşmesi toplam alt ölçek puanı ile PANSS-P, PANSS-N ve CŞDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif seviyede ilişki olduğu bulundu. Ayrıca Konuşma Fakirleşmesi, Amacın Zayıflaması ve Perseverasyon maddeleri puanları ile CŞDÖ puanları, Konuşma Fakirleşmesi maddesi puanları ile PANSS-N puanları arasında pozitif yönde ilişki gösterildi. Tüm vakalar arasında DDÖ alt ölçek ve PANSS alt ölçek puanları, CŞDÖ puanları arasındaki ilişkiler ayrıntılı olarak **Tablo 10**'da ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 10: Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz hastalarının (n=64) DDÖ, PANSS ve CŞDÖ puanları arasında Spearman Korelasyon Analizi sonuçları

		PANSS-P Toplam	PANSS-N Toplam	PANSS-G Toplam	PANSS Toplam	CŞDÖ
Konuşma Fakirleşmesi	r	-0,22	0,40*	0,03	0,10	-0,36*
Amacın Zayıflaması	r	-0,23	0,23	0,03	0,02	-0,49*
Perseverasyon	r	-0,19	-0,08	-0,21	-0,23	-0,34*
Düşünce Fakirleşmesi Toplam	r	-0,26*	0,30*	-0,04	0,00	-0,46*
Çözülme	r	0,27*	-0,16	0,11	0,14	0,39*
Olağandışı Kelime	r	0,31*	-0,11	0,12	0,10	-0,07
Olağandışı Cümle Yapısı	r	-0,07	-0,36*	-0,06	-0,21	-0,05
Olağandışı Mantık	r	0,39*	-0,05	0,23	0,23	0,41*
Celinebilirlik	r	0,07	-0,02	0,08	0,04	0,10
Düşünce Dağınıklığı Toplam	r	0,30*	-0,19	0,15	0,10	0,30*
Düşünce ve Dil Ölçeği Toplam	r	0,04	0,23	0,16	0,17	-0,19

* p<0,05, PANSS= Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, PANSS-P=Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği, PANSS-N=Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Negatif Belirtiler Alt Ölçeği, PANSS-G=Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği, CŞDÖ=Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, DDÖ=Düşünce ve Dil Ölçeği

Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin (n=64) DDÖ toplam puanları ile BSPÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ilişki olmadığı (r=-0,105, p=0,405) bulundu. Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin (n=64) Düşünce Dağınıklığı toplam puanları ile BSPÖ-D ve BSPÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu bulundu. Hastaların (n=64) Çözülme maddesi puanları ile BSPÖ-D puanları arasında, Olağandışı Kelime maddesi puanları ile BSPÖ-A

puanları arasında, Olağandışı Mantık maddesi puanları ile BSPÖ-B BSPÖ-C BPSÖ-D ve BSPÖ-Toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede negatif ilişki olduğu bulundu. Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin (n=64) Düşünce Fakirleşmesi toplam puanları ile BSPÖ-D puanları arasında, Amacın Zayıflaması maddesi puanları ile BSPÖ-D puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu bulundu. Tüm vakalar arasında DDÖ alt ölçek ve BSPÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler ayrıntılı olarak **Tablo 11**'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz hastalarının (n=64) DDÖ ve BSPÖ puanları arasındaki Spearman Korelasyon Analizi sonuçları

		BSPÖ-A	BSPÖ-B	BSPÖ-C	BSPÖ-D	BSPÖ Toplam
Konuşma Fakirleşmesi	r	0,12	0,18	0,06	0,24	0,19
Amacın Zayıflaması	r	0,14	0,10	0,11	0,26*	0,21
Perseverasyon	r	0,07	0,07	0,22	0,16	0,21
Düşünce Fakirleşmesi	r					
Toplam		0,16	0,14	0,12	0,31*	0,24
Çözülme	r	-0,01	-0,11	-0,22	-0,25*	-0,21
Olağandışı Kelime	r	-0,26*	-0,22	-0,22	-0,19	-0,27*
Olağandışı Cümle Yapısı	r	0,11	-0,01	0,16	0,08	0,11
Olağandışı Mantık	r	-0,20	-0,26*	-0,33*	-0,45*	-0,39*
Çelinebilirlik	r	0,03	-0,17	-0,11	-0,17	-0,12
Düşünce Dağınıklığı Toplam	r	-0,10	-0,21	-0,23	-0,29*	-0,26*
Düşünce ve Dil Ölçeği Toplam	r	-0,07	-0,12	-0,23	0,04	-0,11

*p<0,05, BSPÖ=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, BSPÖ-A=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Sosyal Açından Yararlı Etkinlikler Alt Ölçeği, BSPÖ-B=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Kişisel ve Sosyal İlişkiler Alt Ölçeği, BSPÖ-C=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Özbakım Alt Ölçeği, BSPÖ-D=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Rahatsız Edici ve Saldırgan Davranışlar Alt Ölçeği, DDÖ=Düşünce ve Dil Ölçeği

Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin (n=64) BSPÖ Toplam ve BSPÖ alt ölçek puanları ile PANSS Toplam puanları arasında $r=-0,44$ - $r=-0,626$ aralığında istatistiksel açıdan anlamlı derecede negatif ilişkili ($p<0,05$) olduğu; BSPÖ Toplam ve BSPÖ alt ölçek puanları ile CŞDÖ puanları arasında $r=-0,305$, $r=-0,676$ aralığında istatistiksel açıdan anlamlı derecede negatif ilişki olduğu bulundu. Ayrıca BSPÖ Toplam ve BSPÖ alt ölçek puanları ile PANSS-P puanları arasında, BSPÖ-C ve BSPÖ toplam puanları ile PANSS-N puanları arasında, BSPÖ-B, BSPÖ-C BSPÖ-D ve BSPÖ Toplam puanları ile PANSS-G puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede negatif ilişki olduğu bulundu. Tüm vakalar arasında PANSS alt ölçek ve BSPÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler ayrıntılı olarak **Tablo 12**'de gösterilmiştir.

Tablo 12: Hastalığın erken döneminde bulunan psikoz hastalarının (n=64) BSPÖ, PANSS ve CŞDÖ puanları arasında Pearson Korelasyon Analizi sonuçları

		BSPÖ-A	BSPÖ-B	BSPÖ-C	BSPÖ-D	BSPÖ Toplam
PANSS P Toplam	r	-0,60*	-0,60*	-0,57*	-0,66*	-0,75*
PANSS N Toplam	r	-0,19	-0,18	-0,43*	-0,10	-0,25*
PANSS G Toplam	r	-0,24	-0,48*	-0,42*	-0,32*	-0,43*
PANSS Toplam	r	-0,44*	-0,51*	-0,61*	-0,51*	-0,63*
CŞDÖ	r	-0,40*	-0,31*	-0,51*	-0,68*	-0,60*

*= $p<0,05$, BSPÖ=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, BSPÖ-A=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Sosyal Açından Yararlı Etkinlikler Alt Ölçeği, BSPÖ-B=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Kişisel ve Sosyal İlişkiler Alt Ölçeği, BSPÖ-C=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Özbakım Alt Ölçeği, BSPÖ-D=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Rahatsız Edici ve Saldırgan Davranışlar Alt Ölçeği, PANSS= Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, PANSS-P=Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği, PANSS-N=Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Negatif Belirtiler Alt Ölçeği, PANSS-G=Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği, CŞDÖ=Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Çok Değişkenli Regresyon Analizine göre, tüm hastalar arasında CİDÖ İntihar Davranışı-Son Üç Ay puanlarını yordamada PANSS-P toplam (p=0,068) ve DDÖ Düşünce Fakirleşmesi Toplam (p=0,068) puanlarının etkili birer faktör olmadığı, modelde CŞDÖ (p<0,001), BSPÖ-D (p=0,002), DDÖ Toplam (p=0,008) ve cinsiyetin (p=0,008) etkili birer faktör olduğu bulundu (**Tablo 13**).

Tablo 13: Tüm hastalar arasında CİDÖ İntihar Davranışı-Son Üç Ay puanlarını yordamada bazı değişkenlerin etkinliği

	Standartlanma mış Katsayılar		Standartlaştırıl mış Katsayılar	t	p	%95 CI B	
	B	SH	Beta			AL	ÜL
(Constant)	2,92	1,17		2,491	0,016	0,57	5,27
PANSS-P Toplam	-0,04	0,03	-0,11	-1,15	0,255	-0,10	0,03
CŞDÖ	0,22	0,04	0,53	5,06	0,000	0,13	0,31
BSPÖ-D	-0,10	0,03	-0,39	-3,20	0,002	-0,16	-0,04
DDÖ-Düşünce Fakirleşmesi	-0,11	0,06	-0,15	-1,86	0,068	-0,23	0,01
DDÖ Toplam	0,07	0,03	0,16	2,12	0,038	0,00	0,14
Cinsiyet	-0,81	0,29	-0,20	-2,74	0,008	-1,39	-0,22

R²=0,716, F=23,97, p<0,001, PANSS-P=Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği-Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği, CŞDÖ=Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, BSPÖ-D=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Rahatsız Edici ve Saldırgan Davranışlar Alt Ölçeği, DDÖ=Düşünce ve Dil Ölçeği

Çok Değişkenli Regresyon Analizine göre, tüm hastalar arasında CİDÖ Toplam-Son Zamanlar puanlarını yordamada PANSS toplam (p=0,676) puanlarının etkili bir faktör olmadığı, modelde medeni durum (p=0,029), CŞDÖ (p<0,001), BSPÖ-D (p=0,002) ve DDÖ-Düşünce Dağınıklığı Toplam puanlarının etkili birer faktör olduğu bulundu (**Tablo 14**).

Tablo 14: Tüm hastalar arasında CİDÖ Toplam-Son Zamanlar puanlarını yordamada bazı değişkenlerin etkinliği

	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	Sig.	95% CI for B	
	B	Std. Error	Beta			AL	ÜL
(Constant)	11,13	6,74		1,65	0,104	-2,37	24,62
Medeni Durum	-3,21	1,43	-0,14	-2,24	0,029	-6,08	-0,34
CŞDÖ	1,88	0,24	0,65	7,81	<0,001	1,40	2,36
BSPÖ-D	-0,51	0,16	-0,30	-3,16	0,002	-0,83	-0,19
DDÖ–Düşünce Dağımlıklığı	0,38	0,19	0,13	2,01	0,049	0,00	0,75
PANSS Toplam	-0,02	0,06	-0,03	-0,42	0,676	-0,13	0,09

R²=0,791, F=44,00, p<0,001, CŞDÖ=Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, BSPÖ-D=Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği-Rahatsız Edici ve Saldırgan Davranışlar Alt Ölçeği, DDÖ=Düşünce ve Dil Ölçeği

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan hastalarda intihar davranışını yordayabilmek için intihar davranışı olan ve olmayan hasta gruplarının sosyal işlevsellik düzeyleri, hastalık şiddetleri, dil ve düşünce ile ilgili patoloji boyutları ve depresif belirtileri karşılaştırılarak çeşitli farklılıklar tespit edilmiş ve bu farklılıkların intihar davranışı üzerine etkisi incelenmiştir.

Çalışmamıza psikotik bozukluğun erken döneminde (tanı konulduktan sonraki ilk 1 yıl) bulunan hastalar dahil edildi. Araştırmamıza katılan kişilerin sosyodemografik verileri incelendiğinde intihar girişimi olan ve olmayan hastaların yaş ortalamalarının benzer olduğu saptandı. İntihar girişimi olan hastaların yaş ortalaması $32,67 \pm 11,07$, intihar girişimi olmayan hastaların ise yaş ortalaması $30,65 \pm 9,22$ idi. Ülkemizde şizofreni hastaları ile yapılan çok merkezli bir epidemiyoloji çalışmasında hastalığın başlangıç yaşı ortalaması $23,5 \pm 7,4$ olarak bulunmuştur (103). 463 şizofreni tanılı hasta ile yapılan bir başka çalışmada hastalığın başlangıç yaşı ortalaması erkeklerde 23,77, kadınlarda ise 27.64 olarak bulunmuştur (104). Benzer şekilde ülkemizde 502 hasta ile yürütülen başka bir çalışma sonuçlarına göre hastalığın başlangıç yaşına bakıldığında erkek/kadın yaşları sırasıyla 23.2/25.1 olarak bulunmuştur (105). Çalışmamızda hastalık başlangıç yaşı ülkemizde yürütülen diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Araştırmamızda intihar girişimi olan ve olmayan psikozun erken döneminde bulunan hasta grupları arasında cinsiyet açısından farklılık gözlenmedi. İntihar girişimi olan hastaların 15'inin (%50) kadın, intihar girişimi olmayan kişilerin ise 15'inin (%44,1) kadın olduğu görüldü. Ülkemizde şizofreni hastaları ile yapılan çok merkezli bir epidemiyoloji çalışmasında hastaların %50.3'ünün erkek, %49.7'sinin kadın olduğu, cinsiyet dağılımlarının benzer olduğu bulunmuştur (103). Çalışmamızda cinsiyet dağılımının şizofreni hastalarında bildirilenler veriler ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda medeni durum, toplam eğitim süresi, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve birlikte yaşanan kişi durumu gibi özellikler intihar girişimi olan ve olmayan hastalar arasında farklı bulunmadı.

Çalışmamızda intihar girişimi olan ve olmayan hastalar arasında sosyodemografik özellikler açısından farklılık saptanmamasının; sosyal işlevsellik, formal düşünce bozukluğu, depresif semptomatoloji ve psikoz semptomatolojisi gibi intihar ile ilişkisi değerlendiren konuların dışındaki etkenlerin karıştırıcı etkilerinin azalmasına ve verilerin daha objektif değerlendirilmesine imkan sağlayacağı düşünülmüştür. Zira literatürde sosyodemografik faktörler ile intihar girişimini ilişkilendiren çalışmalar bulunmaktadır. Psikotik hastalığın erken dönemlerinde bulunan kişilerde intihar girişimi açısından sosyodemografik risk faktörlerini araştıran çalışmalara bakıldığında genç yaşın ve psikotik hastalığın erken yaşta başlamasının risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte (48,51,59,66) intihar riskinin yaşın ilerlemesi ile arttığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (47). Cinsiyet ile ilgili çalışmalar incelendiğinde çeşitli sonuçlar bulunmaktadır. Erkek cinsiyetin risk faktörü olduğunu gösteren çalışmaların çoğunlukta olduğu görülmektedir (7,47,48,50,51,53,57,58,63,66). Ancak kadın cinsiyeti risk faktörü olarak gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (59,60). Ayrıca çalışmamızla uyumlu biçimde erkek kadın oranının sağlıklı popülasyona göre daha eşit dağıldığını gösteren çalışmalar olduğu da görülmüştür (66). Yüksek premorbid işlevsellik, yüksek eğitim düzeyi ve yüksek sosyal sınıf intihar riski ile ilişkili bulunmuştur (51,57,66,63). Hawton ve ark. tarafından gerçekleştirilmiş bir metaanaliz çalışmasının sonuçlarına göre, yalnız yaşıyor olmak, aile ile yaşamıyor olmak şizofrenide intihar riskini arttıran faktörler olarak gösterilmiştir (7). Bununla birlikte çalışmamızın sonuçları ile benzer şekilde evli olmanın intihar riskini azaltmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (66).

Araştırmamızda, intihar girişimi olan ve olmayan psikozun erken dönemindeki hastalar arasında sigara kötüye kullanımı, alkol kötüye kullanımı, ek tıbbi hastalık, kullanılan ilaç türü, depo antipsikotik kullanımı oranlarının benzer olduğu saptandı. Bununla birlikte intihar girişimi olan kişilerin ailelerinde daha yüksek oranda ruhsal hastalık olduğu bulundu. Şizofreni tanısı alan kişilerin

yakınlarında şizofreni görülme oranı toplum ortalamasından 10 kat daha yüksektir (1,2,21,22). Bulgularımızın da şizofreninin genetik geçişi olduğunu gösteren verilerle uyumlu olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde çeşitli çalışmalarda ailede depresyon öyküsü olması (7), birinci derece akrabalarda şizofreni, bipolar duygudurum bozukluğu veya madde kullanım bozukluğu tanısı olması (63), ailede öyküsünde intihar olması (49) intihar açısından risk faktörleri olarak gösterilmiştir.

Çalışmamızda intihar girişimi olan hastaların toplam hastalık ve tedavisiz geçen hastalık sürelerinin daha kısa olduğu görüldü. Tedavisiz geçen psikoz süresi açısından ise farklılık saptanmadı. Verilerimizden farklı olarak Preti ve ark.'nın çalışmasında ilk atak psikoz hastaları arasında kısa tedavisiz geçen psikoz süresi ile intihar girişimi ilişkili bulunmuştur. Ancak tedavisiz geçen hastalık süresi ile intihar girişimi arasında böyle bir ilişki gösterilememiştir (49). Ancak çalışmamıza benzer şekilde tedavisiz geçen psikoz süresi ile intihar girişimi arasında ilişki gösterilmeyen araştırmalar da mevcuttur (60,66,98). İlk atak psikoz hastalarında tedavi başlanmadan önceki süreçte meydana gelen intihar girişimi sıklığını araştıran bir çalışmada, hastaların yaklaşık %26'sında tedavi başlanmadan önce intihar girişimi olduğu tespit edilmiştir. Tedavi başlanmadan önceki dönemde intihar girişimi riskinin yüksek olduğu ve araştırmamızda intihar girişimi olan hastalarda tedavisiz geçen hastalık süresinin kısa olduğunun gösterildiği göz önünde bulundurulduğunda, bu riskli dönemde intihar ile ilgili gerekli önlemlerin alınmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Araştırmamızda, intihar düşüncesi ve davranışını ölçen CİDÖ tüm alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının, intihar girişimi olan psikozun erken döneminde olan kişilerde yüksek olduğu bulunmuş olup, bu durum kullanılan ölçeğin geçerliliğinin yüksek olduğunu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, psikozun erken döneminde bulunan, intihar girişimi olan hastaların depresif semptom ve pozitif semptom düzeylerinin intihar girişimi olmayan hastalardan daha yüksek olduğu bulundu. Ayrıca hastaların intihar düşüncesi ve davranışının düzeyleri ile pozitif semptomlar ve depresif semptom düzeylerinin ilişkili olduğu gösterildi. Literatür incelendiğinde, araştırmamızın

sonuçlarına benzer biçimde depresyon varlığının psikozun erken dönemindeki kişilerde sık görüldüğü ve intihar girişiminin önemli yordayıcılarından birisi olduğuna dair birçok veri bulunmaktadır (7,46,47,49,51,57,58,60,63,66,71). Ayrıca çalışmamızın sonuçları ile benzer şekilde psikotik semptomların belirgin olması (49,63) ve özellikle bildirilen halüsinasyon varlığı (48,60,66) intihar girişimi ile ilişkili bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda şizofreni hastalarında psikotik semptomların bulunması ve depresyon intihar girişimi için en önemli iki risk faktörü olarak belirlenmiştir (100,101). Ancak bazı çalışmalarda düşük pozitif ve negatif semptom düzeyleri (51,64) intihar ile ilişkili bulunmuştur. Halüsinasyonların azalmış intihar riski ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (99). Araştırmamızın verileri değerlendirildiğinde, literatür ile benzer şekilde, psikotik bozukluğun erken dönemindeki hastalarda depresif semptomlar ve pozitif semptomların varlığının intihar girişimi riski ile ilişkili olduğu görülmektedir. Depresyonun şizofreni hastaları dışındaki gruplarda da artmış intihar riski ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Depresyon tanısı olan kişilerde intihar riskinin genel popülasyona göre 25 kat artmış olduğu gösterilmiştir (106). Bu semptomların şizofreninin sebep olduğu kayıplar ile birleşerek kişinin hayatında oluşturduğu olumsuz etkiler depresyon varlığında intihar girişimi riskinin artmasını açıklamaktadır. Pozitif semptomların intihar riski ile ilişkisi değerlendirildiğinde, özellikle emir veren işitsel varsanların önemli rol oynadığı düşünülebilir. Ayrıca ilk hastalık atağında psikotik bulgulara anlam verememe, buna bağlı olarak intihar riski ile ilişkili olduğu bilinen zihinsel olarak dağılma korkusunun da intihar riskini arttırması muhtemeldir (66).

Araştırmamızda, intihar girişimi olmayan psikozun erken döneminde bulunan hastaların sosyal işlevselliğinin, sosyal açıdan yararlı aktivite düzeylerinin, kişisel ve sosyal ilişkilerinin ve özbakımlarının intihar girişimi olan hastalardan daha iyi olduğu, rahatsız edici ve agresif davranışları ise daha az sergiledikleri bulundu. Ayrıca psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan hastaların intihar düşüncesi ve davranışı düzeyleri ile sosyal işlevselliğin ilişki gösterdiği bulundu. Elde ettiğimiz sonuçlara benzer biçimde Robinson ve ark.'nın ilk atak psikoz hastaları ile yürüttüğü çalışmanın sonuçlarına göre tedavi başlangıcında kötü işlevsellik intihar girişimi ile ilişkilidir (57). Ayrıca Westermeyer ve ark.'nın çalışmasında yüksek premorbid

işlevsellik ile intihar girişiminin ilişkili olduğu gösterilmiştir (102). Çalışmamızın verileri değerlendirildiğinde, düşük sosyal işlevselliğin intihar girişimi ile ilişkili olduğu görülmektedir. Ayrıca literatürde premorbid işlevselliğin yüksek olması, tedavi başlangıcında ise işlevselliğin kötü olması intihar girişimi ile ilişkili bulunmuştur. Bu veriler, işlevselliği hastalık öncesinde yüksek olan ancak hastalık ile birlikte işlevsellikte belirgin azalma gösteren hatalığın erken döneminde bulunan kişilerde intihar girişimi riskinin fazla olduğuna işaret etmektedir. Sosyal, mesleki ve kişilerarası kayıpların belirgin düzeyde yaşanmasının, kişiyi özellikle şizofreni gibi kronik ve kısıtlayıcı bir hastalığın erken dönemlerinde etkileyerek intihar düşüncelerinin gelişmesine sebep olması muhtemeldir.

Çalışmamızda, intihar girişimi olan hastalarda konuşma fakirleşmesi, amacın zayıflaması, perseverasyon ve toplam düşünce fakirleşmesi şeklinde ölçülen negatif formal düşünce bozuklukları, intihar girişimi olmayan hastalardan daha az idi. Ayrıca hastaların negatif formal düşünce bozuklukları ile intihar düşüncesi ve davranışının düzeyleri arasındaki ilişki olduğu bulundu. Pozitif formal düşünce bozukluğu ile ilgili veriler incelendiğinde, intihar girişimi olan hastalarda çözülme, olağandışı mantık ve toplam düşünce dağınıklığı şeklinde ölçülen pozitif formal düşünce bozukluklarının intihar girişimi olmayan hastalardan daha fazla olduğu görüldü. Çözülme, olağandışı mantık ve toplam düşünce dağınıklığı ile intihar düşüncesi ve davranışının düzeyleri arasındaki ilişki olduğu bulundu. Bu veriler negatif formal düşünce bozukluklarının düşük seviyede olması, pozitif formal düşünce bozukluğunun ise fazla olması ile intihar davranışının ilişkili olduğunu göstermektedir. Nordentoft ve ark.'nın çalışmasında düşünce bozuklukları ile intihar davranışı arasında ise negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Düşünce bozukluğu ile intihar riski arasındaki negatif ilişki açıklanırken düşünce bozukluğu mevcut olan hasta grubunun tedavisiz geçen psikoz süresinin uzun olduğu ve bu nedenle riskli dönemi atlattıkları öne sürülmüştür (8). Ancak çalışmada negatif ve pozitif formal düşünce bozuklukları birlikte değerlendirilmiştir. Negatif formal düşünce bozukluklarının psikotik bozukluklarda süregelen olduğu ve kronik hastalık sürecinde belirginleştiği bilinmektedir. Pozitif formal düşünce bozuklukları ise genellikle akut dönemlerde var olan bozukluklardır (82). Olağandışı mantık ve çözülme gibi pozitif formal düşünce bozukluklarının düşüncenin ve duygunun aktarılmasını bozarak

kişilerarası iletişimde aksamalara sebep olduğu bilinen bir durumdur. Pozitif formal düşünce bozukluklarının özellikle intihar riskinin yüksek olduğu hastalığın akut döneminde görülmesi ve sosyal ilişkilerde bozulmalara yol açması nedeniyle intihar girişimi ile ilişkili olması tahmin edilebilir bir tablodur. Negatif formal düşünce bozukluklarının fazla olmasının ise hastalığın kronik bir hal kazandığına ve intihar açısından oldukça riskli olan akut dönemin geçirildiğine işaret etmesi sebebiyle düşük intihar girişimi riski ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin düşünce dağınıklığı düzeyleri ile pozitif semptomların ve depresif bulguların ilişkili olduğu bulundu. Hastaların düşünce fakirleşmesi düzeyi ile pozitif semptomlar, negatif semptomlar ve depresif bulgular arasında ilişki olduğu bulundu. Süreğen formal düşünce bozukluklarının pozitif semptomlar ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (87). Literatürde psikotik bozukluklarda görülen düşünce bozuklukları, bazı çalışmalarda pozitif bulgu olarak değerlendirilmiş, bazı çalışmalarda ise pozitif ve negatif bulgulardan bağımsız olduğu, dezorganizasyon kümesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (52). Çalışmamızda ise pozitif formal düşünce bozukluklarının şizofreninin pozitif semptomları ile, negatif formal düşünce bozukluklarının şizofreninin negatif ve pozitif semptomları ile ilişkili olduğu gösterildi. Ulaş ve ark.'nın çalışmasında da şizofreni hastalarında, formal düşünce bozukluğu düzeylerinin pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptomları ile ilişkili olduğu görülmüştür (71). Psikoz semptomatolojisi ile formal düşünce bozukluğu arasında ilişki gösterilemeyen başka bir çalışmada ise bu durum örneklem büyüklüğünün az olmasına ya da çalışmanın böyle bir ilişki için ilk atak psikozun erken dönemlerindeki hastalar ile yürütülmesine bağlanmıştır. (82). Çalışmamızın verilerine bakıldığında, pozitif formal düşünce bozuklukları; çözülme, olağandışı kelime kullanımı, olağandışı cümle yapısı, olağandışı mantık ve çelinebilirlik maddeleri ile ölçülen düşünce dağınıklığını değerlendirmektedir. Pozitif formal düşünce bozukluklarının özellikle PANSS P2 (Düşünce Dağınıklığı) maddesi ile paralellik göstermesi öngörülebilir bir durumdur. Ayrıca halüsinasyon, delüzyon ve bu duruma bağlı grandiyöz ve savunmacı tutum, bu doğrultuda ortaya çıkabilecek olağandışı mantık, olağandışı kelime kullanımı ve cümle yapısını açıklamaktadır. Konuşma fakirleşmesi, amacın zayıflaması ve perseverasyon maddeleri ile ölçülen

negatif formal düşünce bozuklukları, sosyal ilişki kurma becerisinden bozulmaya sebep olmaktadır. Bu nedenle ilişki kurmada güçlük, stereotipik düşünme, konuşmanın akıcılığında kayıp, duygusal ve sosyal içe çekilme ile karakterize negatif bulguların ortaya çıkışını veya artması ile açıklanabilir. Aynı zamanda bazı durumlarda halüsinasyon, delüzyon ve bu pozitif bulgulara bağlı içe çekilme ve iletişimde azalma nedeniyle negatif formal düşünce bozuklukları ile pozitif bulguların ilişkili olması da muhtemeldir. Çalışmamızda depresif semptomlar ile düşünce dağınıklığı ve düşünce fakirleşmesi düzeyleri arasında ilişki bulunduğu gösterildi. Bu veri, formal düşünce bozukluklarının depresif semptomlar ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ulaş ve ark.'nın çalışmasında ise depresif bulgular ile formal düşünce bozuklukları arasında ilişki bulunmaması, şizofrenideki düşünce bozukluğunun, eşlik eden depresif bulgulardan bağımsız olduğu öne sürülerek açıklanmıştır (71). Çalışmamızda depresif semptomlar ile hem negatif hem pozitif formal düşünce bozukluklarının ilişkili olması ise formal düşünce bozuklukları ile tetiklenen sosyal içe çekilme, kişilerarası iletişimde bozulma ile depresif semptomların daha kolay ortaya çıkması veya mevcut depresif semptomların derinleşmesi ile açıklanabilir.

Araştırmamızda hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin düşünce dağınıklığı düzeyleri ile sosyal işlevsellik ve rahatsız edici ve agresif davranışlar arasında ilişki olduğu bulundu. Süreğen formal düşünce bozukluklarının düşük sosyal işlevsellik ile ilişkili olduğu bilinmektedir (87,88). Şizofrenide dağınık konuşma semptomu, diğerleri ile olan iletişimi engellediği için sosyal işlevsellikte bozulmaya sebep olmaktadır (12). Bu veriler düşünce dağınıklığı ile sosyal işlevsellik ilişkisini açıklamaktadır. Rahatsız edici ve agresif davranışlar ile düşünce dağınıklığı düzeyi ilişkisinin ise, düşünce dağınıklığının sebep olduğu dezorganize davranışların sosyal çevre tarafından agresif davranış olarak algılanmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda hastalığın erken döneminde bulunan psikoz tanılı kişilerin sosyal işlevsellik düzeyi ile pozitif ve depresif semptomlar arasında ilişkili olduğu bulundu. Şizofrenide sosyal işlevsellik; pozitif belirtiler, duygudurum, sosyal davranışlar ve çevresel koşullardan etkilenmektedir (37). Bazı izlem çalışmalarında

pozitif belirtiler ile sosyal işlevsellik ilişkisini gösterilmiştir. Ancak rezidüel pozitif belirtilerin sosyal işlevsellik ile ilişkisi olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur. Negatif belirtilerin de sosyal işlevsellik üzerindeki etkileri ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Erol ve ark.'nın çalışmasının sonuçlarında şizofreni hastalarında negatif belirtiler sosyal işlevsellik ile anlamlı ilişki içinde bulunmuştur. Depresif bulguların da sosyal işlevsellik üzerinde etkili olabildiği belirtilmiştir. Ancak Rieckmann ve ark., depresif şizofreni hastalarında depresif olmayan hastalara göre daha yüksek sosyal işlevsellik düzeyi olduğunu saptamıştır (37). Çalışmamızda elde edilen veriler sosyal işlevselliğin pozitif ve depresif semptomlar arttıkça bozulduğunu göstermektedir. Pozitif semptomların sosyal işlevsellikte bozulmalara yol açması; hezeyan ve delüzyonlar doğrultusunda meydana gelen şüphecilik, içe kapanma, düşmanca tutum ile açıklanabilir. Depresif semptomlar de mutsuzluk, umutsuzluk, isteksizlik, enerji kaybı ile içe çekilmeye; sosyal, kişilerarası ve mesleki alanlarda bozulmalara sebep olarak sosyal işlevsellikte bozulmaya sebep olabilmektedir.

Araştırmamızda intihar girişimi olan psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan kişilerde intihar düşüncesi ve davranışının düzeylerinin psikoz semptomatolojisi ve depresif semptomlar tarafından açıklandığı bulundu. İntihar girişimi olmayan hastalarda ise intihar düşüncesi ve davranışının düzeylerinin depresif semptomlar tarafından açıklandığı bulundu. Bu veriler psikotik bozukluğun erken dönemlerinde intihar girişimlerinin açıklanmasında depresif duygudurumun ve psikoz semptomatolojisinin önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca intihar girişimi olmayan kişilerde dahi depresif duygudurum varlığı intihar düşüncelerini arttırabilmektedir. Depresif semptomların psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan kişilerde sık görüldüğü ve intihar girişiminin önemli yordayıcılarından birisi olduğuna dair birçok veri bulunmaktadır (7,46,47,49,51,57,58,60,63,66,71). Çeşitli çalışmalarda şizofreni hastalarında psikotik semptomların bulunması ve depresyon en önemli iki risk faktörü olarak belirlenmiştir (100,101). Bu sebeple özellikle psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan kişilerin hastalık semptomlarının hızlıca teşhis edilerek uygun tedavinin başlanması, depresif semptomların sorgulanması ve uygun müdahalelerin seçilmesi bu hasta grubunda intihar girişimlerinin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Tüm hastalar arasında son üç ay içindeki intihar düşüncesi ve davranışı düzeylerinin depresif semptomlar, rahatsız edici ve agresif davranışlar, formal düşünce bozuklukları ve erkek cinsiyetin yordadığı bulundu. Pozitif semptomlar ve negatif formal düşünce bozukluklarının ise yordayıcı faktörler olmadığı saptandı. Literatür incelendiğinde, erkek cinsiyetin risk faktörü olduğunu gösteren çalışmaların çoğunlukta olduğu görülmektedir (7,47,48,50,51,53,57,58,63,66). Hastalık öncesinde ve tedavi başlangıcında kötü işlevsellik intihar girişimi ile ilişkilidir (57). Ayrıca depresyon varlığının psikozun erken dönemindeki kişilerde sık görüldüğü ve intihar girişiminin önemli yordayıcılarından birisi olduğuna dair birçok veri bulunmaktadır (7,46,47,49,51,57,58,60,63,66,71).

Tüm hastalar arasında son zamanlardaki intihar düşüncesi ve davranışı düzeylerinin depresif semptomlar, rahatsız edici ve agresif davranışlar ve pozitif formal düşünce bozukluğu ve medeni durum tarafında yordandığı, psikoz semptomatolojisinin ise yordayıcı olmadığı bulundu. Literatür incelendiğinde, yalnız yaşıyor olmak, aile ile yaşamıyor olmak, şizofrenide intihar riskini arttıran faktörler olarak gösterilmiştir (7). Kötü işlevselliğin intihar girişimi ile ilişkili olduğu bilinmektedir (57). Ayrıca depresyon varlığının intihar girişimini yordadığına dair birçok veri bulunmaktadır (7,46,47,49,51,57,58,60,63,66,71).

Çalışmanın kısıtlılıkları arasında çalışmanın kesitsel dizaynı, küçük örneklem sayısı, stabil ve akut hasta birlikteliği, formal düşünce bozukluklarını ölçmek için kullanılan Düşünce ve Dil Ölçeği'nin subjektif formal düşünce bozukluklarını ölçememesi ve Düşünce ve Dil Ölçeği'ni uygulayan çalışmacının tanırlara kör olmaması sayılabilir. Araştırmanın güçlü yönleri ulaşılması zor bir grup olan psikozun erken döneminde bulunan hastaların dahil edilmesidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

İntihar psikoz hastalarında erken ölümlerin en önemli sebeplerinden birisidir. Bu nedenle intihar davranışı ile ilgili verilerin genişletilmesi ve detaylandırılması önemli bir halk sağlığı probleminin yönetilmesi açısından önemlidir (64). Hastalığın başlangıç dönemlerinde intihar riskinin en yüksek olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Geçmiş intihar girişimi ve intihar fikirlerinin gelecek intihar girişimi ve tamamlanmış intiharın en önemli yordayıcısı olduğu göz önünde bulundurulduğunda psikozun erken döneminde bulunan hastalarda intihar girişimlerini azaltmaya yönelik müdahaleler önem kazanmaktadır. Bu sebeple psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan kişilerde intihar girişimi açısından risk faktörlerinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Yüksek riskli dönemde hastalar klinik olarak düşük riskli olsa dahi intihar açısından yakın takibinin yapılması, yüksek riskli hastalara ise sağlık sisteminde değerlendirme önceliği sağlanması hastalığın erken dönemlerindeki intihar oranlarını azaltabilir (6).

Çalışmamızın sonuçları:

- Psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan kişilerde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması intihar girişimi ile ilişkilidir.
- Psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan kişilerde toplam hastalık süresi ve tedavisiz geçen hastalık süresinin uzun olması intihar girişimi ile ilişkilidir.
- Psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan kişilerde PANSS-P ve PANSS toplam skorlarının yüksek olması intihar girişimi ile ilişkilidir.
- Psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan kişilerde depresif semptomların psikotik bozukluğa eşlik etmesi intihar girişimi ile ilişkilidir.
- Psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan kişilerde sosyal işlevselliğin kötü olması intihar girişimi ile ilişkilidir.

- Psikotik bozukluğun erken döneminde bulunan kişilerde negatif formal düşünce bozukluklarının fazla olması ve pozitif formal düşünce bozukluğu maddelerinden çözülme ve olağandışı mantığın fazla olması intihar girişimi ile ilişkilidir.

Çalışmanın kısıtlılıkları:

- Çalışmanın kesitsel dizaynı
- Küçük örneklem sayısı
- Stabil ve akut hasta birlikteliği
- Formal düşünce bozukluklarını ölçmek için kullanılan Düşünce ve Dil Ölçeği'nin subjektif formal düşünce bozukluklarını ölçememesi
- Düşünce ve Dil Ölçeği'ni uygulayan çalışmacının tanılara kör olmamasıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 11th edition. Wolters Cluver, 2015: 300–347.
2. Öztürk OM, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri Yayınevi, Ankara, 2015:189-261.
3. Nasrallah H, Morosini P, Gagnon D. Reliability, validity and ability to detect change of the Personal and Social Performance scale in patients with stable schizophrenia. *Psychiatry Research*, 2008;161:213-224.
4. Cuesta MJ, Peralta V. Going Beyond Classic Descriptions to Future Phenomenology of Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 2016;73(10):1010.
5. Liddle PF, Barnes TRE. Syndromes of Chronic Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1990;157:558-561.
6. Fedyszyn IE, Robinson J, Matyas T, Harris MG, Paxton SJ. Temporal pattern of suicide risk in young individuals with early psychosis. *Psychiatry Research*, 2010;175:98-103.
7. López-Morínigo JD, Ramos-Ríos R, David AS, Dutta R. Insight in schizophrenia and risk of suicide: a systematic update. *Comprehensive Psychiatry*, 2012;53:313-322.
8. Nordentoft M, Laursen TM, Agerbo E, Qin P, Høyer EH, Mortensen PB. Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark, 1981-97: nested case-control study. *BMJ*, 2004;329(7460), 261
9. Uptegrove R, Brichtwood M, Ross K, Brunett K, McCollum R, Jones L. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2010;122:211-218.
10. Addington J, Penn D, Woods SW, Addington D, Perkins DO. Social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 2008;99:119-124.
11. Sündermann O, Onwumere J, Bebbington p, Kuipers E. Social networks and support in early psychosis: potential mechanisms. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2013;22:147-150.
12. Docherty NM, McCleery A, Divilbiss M, Schumann EB, Moe A, Shakeel MK. Effects of Social Cognitive Impairment on Speech Disorder in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2012;39(3):608-616.
13. Roche E, Segurado R, Renwick L, McClenaghan A, Sexton S, Frawley T et al. Language disturbance and functioning in first episode psychosis. *Psychiatry Research*, 2016;235:29-37.
14. World Health Organisation. World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, 2002.
15. Bertolote J, McGorry P. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *The British Journal of Psychiatry*, 2005;187:116-119.
16. Crow TJ. The 'big bang' theory of the origin of psychosis and the faculty of language. *Schizophrenia Research*, 2008;102:31-52.

17. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Ed.). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2007.
18. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme. Turk Psikiyatri Dergisi 2011;22(1):40-52.
19. Saka MC AC. Şizofreni Epidemiyolojisi. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (editors) Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar 2007:13–28.
20. Crow TJ. Language and psychosis: common evolutionary origins. Endeavour, 1996;20(3):105-109.
21. Mete L. Şizofreni En Uzak Ülke, 5. Basım. Say yayınları, 2014,
22. Karamustafaloğlu O. Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitabevi, 2018:201-269.
23. Çelikel G. Şizofreni hastalarında akut psikotik dönemin kanda ölçülen fizyolojik değerler üzerine etkisi, Tıpta uzmanlık tezi. İstanbul, 2019.
24. American Psychiatric Association. DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition). American Journal of Psychiatry. 2013.
25. Sheafor BW, & Horejsi CR. Techniques and Guidelines for Social Work Practice. University of British Columbia Crane Library, 2015.
26. Fowler D, Hodgekins J, Painter M, Reilly T, Crane C, Macmillan I et al. Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: a report from the ISREP MRC Trial Platform study (Improving Social Recovery in Early Psychosis). Psychological Medicine, 2009;39:1627-1636.
27. Fowler D, Hodgekins J, French P. Social Recovery Therapy in improving activity and social outcomes in early psychosis: Current evidence and longer term outcomes. Schizophrenia Research, 2019;203:99-104.
28. Hafner H, an der Heiden W. The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: the ABC and WHO studies. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 1999;249:14-26
29. Harrison G, Croudace T, Mason P, Glazebrook C, Medley I. Predicting the long-term outcome of schizophrenia. Psychological Medicine, 1996;26:697-705.
30. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 2001;27:281-296.
31. Jaaskeelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 2013;39:1296-1306.
32. Addington J, Leriger E, Addington D. Symptom outcome one year after admission to early psychosis program. Canadian Journal of Psychiatry, 2003;48(3):204-207.
33. Lieberman JA, Jody P, Geisler S, Alvir J, Loebel A, Szymanski S et al. Time course and biologic correlates of treatment responses in first-episode schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 1993;71:1171-1177.

34. Voges M, Addington J. The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 2005;76:287-292.
35. Addington J, Young J, Addington D. Social outcome in early psychosis. *Psychological Medicine*, 2003;33:1119-1124.
36. Macdonald EM, Hayes RL, Baglioni Jr. AJ. The quantity and quality of the social networks of young people with early psychosis compared with closely matched controls. *Schizophrenia Research*, 2000;46:25-30.
37. Erol A, Keleş Ünal E, Tunç Aydın E, Mete L. Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009;20(4):313-321.
38. Addington J, van Mastrigt S, Addington D. Patterns of premorbid functioning in first-episode psychosis: initial presentation. *Schizophrenia Research*, 2003;62:23-30.
39. Addington J, Addington D. Patterns of premorbid functioning in first episode psychosis: relationship to 2-year outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005;112:40-46.
40. Erickson DH, Beiser M, Iacono WG, Fleming JAE, Lin T. The Role of Social Relationships in the Course of First-Episode Schizophrenia and Affective Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 1989;146(11):1456-1461.
41. Addington J, Saeedi H, Addington D. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 2006;189:373-378.
42. Onwumere J, Bebbington P, Kuipers E. Family interventions in early psychosis: specificity and effectiveness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2011;20(2):113-119.
43. Meng H, Schimmelmann BG, Mohler B, Lambert M, Branik E, Koch E et al. Pretreatment social functioning predicts 1-year outcome in early onset psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006;114:249-256.
44. Garety PA, Craig TKJ, Dunn G, Fornells-Ambrojo M, Colbert S, Rahaman N et al. Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction. *British Journal of Psychiatry*, 2006;188:37-45.
45. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures . A World Health Organization Ten Country Study. *Psychological Medicine*, 1992;20:1-95.
46. McGinty J, Haque MS, Uptegrove R. Depression during first episode psychosis and subsequent suicide risk: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, 2018;195:58-66.
47. Addington D, Addington J, Patten S. Depression in people with first episode Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1998;172:90-92.
48. Dutta R, Murray RM, Allardyce J, Jones PB, Boydell J. Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. *Schizophrenia Research*, 2011;126:11-19.
49. Preti A, Meneghelli A, Pisano A, Cocchi A. Risk of suicide and suicidal ideation in psychosis: Results from an Italian multi-modal pilot program on early intervention in psychosis. *Schizophrenia Research*, 2009;113:145-150.

50. Dutta R, Murray RM, Hotopf M, Allardyce J, Jones PB, Boydell J. Reassessing the Long-term Risk of Suicide After a First Episode Psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 2010;67(12):1230-1237.
51. Addington J, Williams J, Young J, Addington D. Suicidal behaviour in early psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004;109:116-120.
52. Ulaş H, Yalınçetin B, Binbay İT, Kıvrıkcık BB, Polat S, Özbay D ve ark. Şizofreni hastalarında düşünce ve dil bozukluğunun Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015;16:307-313.
53. Harris MG, Burgess PM, Chant DC, Pirkis JE, McGorry PD. Impact of a specialized early psychosis treatment programme on suicide. Retrospective cohort study. *Early Intervention in Psychiatry*, 2008;2:11-21.
54. Mortensen PB, Juel K. Mortality and the causes of death in first admitted schizophrenic patients. *British journal of Psychiatry*, 1993;163:183-189.
55. Rossau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 1997;171:355-359.
56. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a re-examination. *Archives of General Psychiatry*, 2005; 62:247-253.
57. Robinson J, Cotton S, Conus P, Schimmelmann BG, McGorry P, Lambert M. Prevalence and Predictors of Suicide Attempt in an Incidence Cohort of 661 Young People with First-Episode Psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2009;43:149-157.
58. Harvey SB, Dean K, Morgan C, Walsh E, Demjaha A, Dazzan P et al. Self-harm in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 2008;192:178-184.
59. Barrett EA, Sundet K, Faerden A, Nesvag R, Agaratz I, Fosse R et al. Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 2010;119:11-17.
60. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kasso P, Petersen L, Thorup A et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 2002;181(43):98-106.
61. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*, 1993;342:283-286.
62. Clarke M, Whitty P, Browne S, Mc Tighe O, Kinsella A, Waddington JL et al. Suicidality in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 2006;86:221-225.
63. Björkenstam C, Björkenstam E, Hjern A, Boden R, Reutfors J. Suicide in first episode psychosis: A nationwide cohort study. *Schizophrenia Research*, 2014;157(1-3):1-7.
64. 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 Psychiatrica Scandinavica*, 2001;103:347-354.
65. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel M, Øhlenschlaeger J, Østergaard Christensen G et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with first episode of psychotic illness. *British Journal of Psychiatry*, 2005;331(7517):602.

66. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschlaeger J, LeQuach P. Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *British Journal of Psychiatry*, 2007;191(51):140-146.
67. Bora E, Yalincetin B, Akdede BB, Alptekin K. Neurocognitive and linguistic correlates of positive and negative formal thought disorder: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 2019;209:2-11.
68. Roche E, Creed L, MacMahon D, Brennan D, Clarke M. The Epidemiology and Associated Phenomenology of Formal Thought Disorder: A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*, 2015;41(4):951-962.
69. Palaniyappan L, Mahmood J, Balain V, Mouglin O, Gowland PA, Liddle PF. Structural correlates of formal thought disorder in schizophrenia: An ultra-high field multivariate morphometry study. *Schizophrenia Research*, 2015;168:305-312.
70. Thomas P. Thought Disorder and Communication Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1995;166:287-290.
71. Ulaş H, Alptekin K, Özbay D, Akdede BB, Çakır E, Tümüklü M ve ark. Düşünce ve Dil Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 2007;10:77-85.
72. Covington MA, He C, Brown C, Naçi L, McClain JT, Fjordbak BS et al. Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view. *Schizophrenia Research*, 2005;77:85-98.
73. Mutlu E, Yazıcı MK, Barışkin E, Ertuğrul A, Gürel ŞC, Gürkan Ş. Examination of formal thought disorder and its clinical correlates with the Turkish Version of the Thought and Language Disorder Scale (TALD-TR) in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 2019;93:7-13.
74. Sass L, Parnas J. Thought Disorder, Subjectivity and the Self. *Schizophrenia Bulletin*, 2017;43(3):497-502.
75. Andreasen NJC, Tsuang MT, Canter A. The significance of thought disorder in diagnostic evaluations. *Comprehensive Psychiatry*, 1974;15:27-34.
76. Harrow M, Harkavy K, Bromet E, Tucker GJ. A longitudinal study of schizophrenic thinking. *Archives of General Psychiatry*, 1973;28:179-182.
77. Harrow M, Quinlan D. Is disordered thinking unique to schizophrenia? *Archives of General Psychiatry*, 1977;34:15-21.
78. Wilcox JA. Thought Disorder and Relapse in Schizophrenia. *Psychopathology*, 1990;23:153-156.
79. Thygesen JH, Zambach SK, Ingason A, Lundin P, Hansen T, Bertalan M et al. Linkage and whole genome sequencing identify a locus on 6q25-26 for formal thought disorder and implicate MEF2A regulation. *Schizophrenia Research*, 2015;169:441-446.
80. Demjaha A, Weinstein S, Stahl D, Day F, Valmaggia L, Rutigliano G et al. Formal thought disorder in people at ultra-high risk of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 2017;3:165-170.
81. Liddle PF, Ngan ETC, Caissie SL, Anderson CM, Bates AT, Quedsted DJ et al. Thought and Language Index: an instrument for assessing thought and language in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 2002;181:326-330.

82. Ayer A, Yalınçetin B, Aydınlı E, Sevilmiş Ş, Ulaş H, Binbay T et al. Formal thought disorder in first-episode psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 2016;70:209-215.
83. Kircher TTJ, Liddle PF, Brammer MJ, Williams SCR, Murray RM, McGuire PK. Neural Correlates of Formal Thought Disorder in Schizophrenia. *General Archives of Psychiatry*, 2001;58:769-774.
84. Wilcox J, Briones D, Quadri S, Tsuang M. Prognostic implications of paranoia and thought disorder in new onset psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 2014;55:813-817.
85. Andreasen NC. Thought, Language and Communication Disorders. *General Archives of Psychiatry*, 1979;36:1325-1330.
86. Wilcox J, Winokur G, Tsuang M. Predictive value of thought disorder in new-onset psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 2012;53:674-678.
87. Xu J, Hui CL, Longenecker J, Lee EH, Chang W, Chan SK et al. Executive function as predictors of persistent thought disorder in first episode schizophrenia: A one-year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 2014;159:465-470.
88. Yalincetin B, Bora E, Binbay T, Ulas H, Akdede BB, Alptekin K. Formal thought disorder in schizophrenia and bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 2017;185:2-8.
89. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. The positive and negative syndrome scale (PANSS): rationale and standardisation. *British Journal of Psychiatry*, 1989;7:59-67.
90. Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uygulamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1999;14(44):23-32.
91. Addington D, Addington J, Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 1990;3:247-251.
92. Oksay SO, Aksaray G, Kaptanoğlu C. Calgary Depresyon Ölçeği'nin şizofreni hastalarında geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11:278-284.
93. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000;101(4):323-329.
94. Aydemir Ö, Üçok A, Esen-Danacı A, Canpolat T, Karadayı G, Emiroğlu B ve ark. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Klinik Farmakoloji Bülteni*, 2009;19(2):93-100.
95. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *American Journal of Psychiatry*, 2011;168(12):1266-1277.
96. Kilinaslan A, Gunes A, Eskin M, Madan A. Linguistic adaptation and psychometric properties of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale among a heterogenous sample of adolescents in Turkey. *The Internal Journal of Psychiatry in Medicine*, 2018:1-18.
97. Altamura AC, Bassetti R, Bignotti S, Pioli R, Mundo E. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 2003;60:47-55.

98. Bakst S, Rabinowitz J, Bromet EJ. Antecedents and patterns of suicide behaviour in first-admitted psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 2009;36(4):880-889.
99. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 2005;187:9-20.
100. De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophrenia Research*, 2001;47:127-134.
101. Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1997;154:1235-1242.
102. Westermeyer J, Harrow M, Marengo J. Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and non-psychotic disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991;179:259-266.
103. Yildiz M, Yazici A, Böke Ö. Demographic and clinical characteristics in schizophrenia: A multi center cross-sectional case record study. *Turk Psikiyatri Dergisi* 2010;21:1-12.
104. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, BAğçe başı T, Kıran ÜK. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007;8(2):102-12.
105. Karşıdağ Ç, Alpay N, Kocabıyık A. Şizofreni ve Sigara Bağımlılığı. *Düşünen Adaö*, 2005;18(1):13-20.
106. American Association of Suicidology. Depression and suicide risk (WWW belgesi) <http://www.suicidology.org/portals/14/docs/resources/factsheets/2011/depressionsuicide2014.pdf> (04.12.2019'da ulaşıldı).

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Pınar ÇELİKKIRAN ERDEM

Doğum yeri ve tarihi: Şişli / 27.05.1991

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Evli

Yabancı Dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru);

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 2009-2015

Kabataş Erkek Lisesi 2005-2009

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

Pratisyen Hekim 2015- 2016

Asistan Hekim 2016-2020

IV- Mesleki Deneyimi:

Güroymak Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim, 2015-2016

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi,
Asistan Hekim, 2016-2020

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Türkiye Psikiyatri Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

VII- Diğer Bilgiler

9. EKLER

EK 1 - BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA VE HASTA YAKINI/YASAL TEMSİLCİSİ ONAM FORMU

Sayın Katılımcımız;

Bu çalışmada yer almanız isteğinize bağlıdır. Çalışmayı reddetme ve çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahiptir. Bu durum herhangi bir cezai duruma veya tedaviniz için herhangi bir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Çalışmada şizofreni tanılı hastaların klinik özelliklerine bakılması amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılmanız halinde hastalar için araştırmada “Hastalara Yönelik Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Calgary Depresyon Ölçeği, Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, Columbia İntihar Önem Derecesi Ölçeği, Düşünce ve Dil Ölçeği” uygulanacaktır.

Çalışmamız etik kuruldan izin alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu olur formunun bir örneği size verildikten sonra çalışmaya başlanacaktır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla yayınlanacaktır. İstemediğiniz takdirde verdiğiniz bilgiler çalışmada kullanılmayacaktır. Çalışma Dr. Pınar Çelikkıran, Prof Dr. Nesrin Karamustafalıoğlu, Uzm. Dr. Şakir Gıca tarafından yürütülecektir.

Bu formu okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Hastanın

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi ve Telefonu :

Hastanın yakını/yasal temsilcisinin;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi ve Telefonu :

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı Soyadı:

İmzası:

EK 2 - HASTALARA YÖNELİK SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER VERİ FORMU

Tarih:

1. Hastanın Adı Soyadı:
2. Doğum Tarihi:
3. Cinsiyet:
0. Kadın 1. Erkek
4. Medeni Durum:
0. Bekar
1. Evli
2. Boşanmış/Dul
5. Toplam Eğitim Süresi:
6. Eğitim düzeyi:
1. İlkokul
2. Ortaokul
3. Lise
4. Üniversite ve üstü
7. Çalışma Durumu:
0. Çalışmıyor/Düzensiz işlerde çalışıyor
1. Çalışıyor
2. Emekli/Engelli maaşı alıyor
1. Kiminle Yaşıyor:
0. Yalnız
1. Eş ve çocuklar
2. Anne, baba ve kardeş
2. Nerede Yaşıyor:
8. Sigara Kullanımı:
0. Yok 1. Var
9. Alkol Kullanımı:
0. Yok 1. Var
10. Madde Kullanımı (son 6 ayda):
0. Yok 1. Var

11. Geçmiş Madde Kullanımı:
0. Yok 1. Var (varsa belirtiniz.....)
12. Tıbbi Rahatsızlık:
0. Yok 1. Var
13. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü:
0. Yok 1. Var.....
14. Hastalık Süresi:
15. Başlangıç Yaşı:
16. Tedavisiz Geçen Hastalık Süresi:
17. Toplam Atak Sayısı:
18. Toplam Atak Süresi:
19. Yatış Sayısı (toplam):
20. Ortalama Yatış Süresi:
21. Toplam Yatış Günü:
22. Düzenli Tedavi Kullanma Durumu:
0. Hayır 1.Evet
23. İlaç Türü:
1. Tipik Antipsikotik
2. Atipik Antipsikotik
3. Klozapin
4. Kombinasyon
23. Halen depo antipsikotik tedavisi alıyor mu
0. Yok 1. Var
24. İntihar Öyküsü:
0. Yok 1. Var
25. Homisidal davranış öyküsü:
0. Yok 1. Var

EK 3 - POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS)

PANSS

Pozitif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)	
P1 Sanrılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P2 Düşünce dağınıklığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P3 Varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P4 Taşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P5 Büyüklük duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P6 Şüphencilik kötülük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P7 Düşmanca tutum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skor:							<input type="text"/>	
Negatif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)	
N1 Duygulanımda küntleşme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N2 Duygusal iççekilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N3 İlişki kurmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N4 Pasif biçimde kendini toplumdandan çekme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N5 Soyut düşünme güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N7 Steriotipik düşünme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skor:							<input type="text"/>	
Genel Psikopatoloji	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)	
G1 Bedensel kaygı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G2 Anksiyete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G3 Suçluluk duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G4 Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G5 Manyerizm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G6 Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G7 Motor yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G8 İşbirliği kuramama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G9 Olağandışı düşünce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G10 Yönetim bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G11 Dikkat azalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G12 Yargılama ve içgörü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G13 İrade bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G15 Zihinsel aşırı uğraş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G16 Aktif biçimde sosyal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toplam skor:	<input type="text"/>						Skor:	<input type="text"/>

EK 4 - CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Uygulayan:

Tarih:

1. Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?

0. Yok
 1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder
 2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısından fazlasında süren belirgin çökkün duygudurum: her gün var
 3. Şiddetli: Her gün zamanının yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

Hasta No:

2. Umutsuzluk: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

0. Yok
 1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazen umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor
 2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebilir
 3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

3. Değersizlik Duygusu: Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0. Yok
 1. Hafif: Kısmen aşgâlık duygusu var; değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor.
 2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor; ama zamanının yarısından fazlasında değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebilir
 3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendisini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebilir

4. Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanılarını dışlayın)

0. Yok
 1. Hafif: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez
 2. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular
 3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

5. Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

0. Yok
 1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden daha fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından fazlasında
 2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar
 3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

6. Sabah Depresyonu: Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0. Yok: Depresyon yok
 1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değışkenlik yok
 2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiğini kendiliğinden belirtir
 3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon aşamaları düzeyi

7. Erken Uyanma: Sabahları normalden daha erken mi uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0. Yok: Erken uyanma yok
 1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
 2. Orta: Çoğunlukla (haftada en fazla 3 kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
 3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8. Özkıym: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0. Yok
 1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıym düşünceleri
 2. Orta: Üzerinde uğraşmış özkıym tasarısı ama girişimde bulunulmamıştır
 3. Şiddetli: Açıkça ölümlü sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıym girişimi (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9. Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan "Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?" sorusu bu gözle için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0. Yok
 1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir.
 2. Orta: Kişi görüşme boyunca sakin, tek düze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur.
 3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar, ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun var olduğundan emindir.

Skor:

EK 5 - BİREYSEL VE SOSYAL PERFORMANS ÖLÇEĞİ

	Yok	Hafif düzeyde	Görünür	Belirgin	Şiddetli şiddetli	Çok		
a) sosyal açıdan yararlı aktiviteler; çalışma ve öğrenim görmek dahil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) kişisel ve sosyal ilişkiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) öz-bakım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) rahatsız edici ve agresif davranışlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>Zorlukların derecesine karar vermek için iki farklı operasyonel ölçüt seti bulunmaktadır: Bir tanesi a-c alanları için ve bir tanesi de d alanına özgüdür.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p>a-c alanlarının şiddet derecesi</p> <p>(I) yok</p> <p>(II) hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen</p> <p>(III) görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça fark edilebilen, ancak kişinin sosyo-kültürel koşulları, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler.</p> <p>(IV) belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini ciddi bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, her ne kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hâlâ bazı şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse, daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir.</p> <p>(V) şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştiremez hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur.</p> <p>(VI) çok şiddetli, kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p>d alanında şiddetin derecesi</p> <p>(I) yok</p> <p>(II) hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor</p> <p>(III) görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi</p> <p>(IV) belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)</p> <p>(V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak</p> <p>(VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan</p> </td> </tr> </table>							<p>a-c alanlarının şiddet derecesi</p> <p>(I) yok</p> <p>(II) hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen</p> <p>(III) görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça fark edilebilen, ancak kişinin sosyo-kültürel koşulları, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler.</p> <p>(IV) belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini ciddi bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, her ne kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hâlâ bazı şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse, daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir.</p> <p>(V) şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştiremez hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur.</p> <p>(VI) çok şiddetli, kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler</p>	<p>d alanında şiddetin derecesi</p> <p>(I) yok</p> <p>(II) hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor</p> <p>(III) görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi</p> <p>(IV) belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)</p> <p>(V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak</p> <p>(VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan</p>
<p>a-c alanlarının şiddet derecesi</p> <p>(I) yok</p> <p>(II) hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen</p> <p>(III) görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça fark edilebilen, ancak kişinin sosyo-kültürel koşulları, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler.</p> <p>(IV) belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini ciddi bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, her ne kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hâlâ bazı şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse, daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir.</p> <p>(V) şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştiremez hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur.</p> <p>(VI) çok şiddetli, kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler</p>	<p>d alanında şiddetin derecesi</p> <p>(I) yok</p> <p>(II) hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor</p> <p>(III) görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi</p> <p>(IV) belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)</p> <p>(V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak</p> <p>(VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan</p>							

BSPÖ toplam puanlaması için kılavuz

71-100: Bu dereceler yalnız hafif güçlükleri yansıtır.

31-70: Bu dereceler değişen düzeylerdeki yetersizliği yansıtır.

0-30: Bu dereceler kişinin yoğun destek veya gözetim gerektirdiği çok kötü işlevselliği yansıtır.

100-91: Dört alanın hepsinde mükemmel işlevsellik. İyi nitelikleri nedeniyle kendisine saygı gösterilir, yaşama ilişkin güçlüklerle yeterince başa çıkar, çok çeşitli ilgi alanları ve aktiviteler ile meşgul olur.

90-81: Dört alanın hepsinde iyi işlevsellik, yalnız sıradan problemler ve güçlüklerin bulunması

80-71: a-c alanlarından birinde veya daha fazlasında hafif güçlükler

70-61: a-c alanlarından birinde veya daha fazlasında, görünür düzeyde ancak belirgin olmayan güçlükler ya da d alanında hafif güçlükler

60-51: a-c alanlarından birinde belirgin güçlükler ya da d alanında görünür düzeyde güçlükler

50-41: a-c alanlarından ikisinde veya daha fazlasında belirgin güçlükler ya da bir alanında şiddetli güçlükler, d alanında görünür düzeyde güçlüklerle birlikte olabilir veya olmayabilir

40-31: a-c alanlarından birinde şiddetli ve en azından bir alanda da belirgin güçlükler, ya da d alanında belirgin güçlükler

30-21: a-c alanlarından ikisinde şiddetli güçlükler, ya da a-c alanlarında bozukluk olsun ya da olmasın d alanında şiddetli güçlükler

20-11: a-d alanlarının hepsinde şiddetli güçlükler veya a-c genel alanlarında bir bozukluk olsun veya olmasın d alanında çok şiddetli güçlükler. Eğer kişi dışsal yönlendirmelere tepki veriyorsa önerilen puanlar 20-16 arasındadır; eğer tepki vermiyorsa önerilen puanlar 15-11 arasındadır

10-1: Aşırı davranışlarla birlikte temel fonksiyonlarda otonomi yokluğu ancak yaşamsal risk olmaksızın (derece 6-10) veya beslenme bozukluğu, dehidratasyon, enfeksiyonlar, belirgin tehlike içeren durumları kavrayamamaya bağlı ölüm riski gibi yaşamsal risk ile birlikte (derece 5-1)

EK 6 - COLUMBIA İNTİHAR ÖNEM DERECESİ ÖLÇEĞİ

İNTİHAR DÜŞÜNCEŚİ		
<p><i>1 ve 2. soruları sorun. Eğer her ikisi de olumsuz ise, "İntihar Davranışı" bölümüne geçin. 2. soruya verilen yanıt "evet" ise, 3, 4 ve 5. soruları sorun. Eğer 1. ve/veya 2. soruya verilen yanıt "evet" ise, aşağıda yer alan "Düşüncelerin Yoğunluğu" bölümünü doldurun.</i></p>	<p>Ömür Boyu – İntihara Eğilimli Olduğunu En Fazla Hissettiği Zaman</p>	<p>Geçen Ay</p>
<p>1. Ölme İsteği</p> <p>Kişi ölmüş ya da artık yaşamıyor olmak veya uykuya dalıp bir daha uyanmamak biçiminde istekleri olduğunu bildiriyor.</p> <p><i>Hiç ölmüş olmayı ya da uykuya dalıp bir daha uyanmamayı istediniz mi?</i></p> <p>Eğer yanıt evetse, açıklayın:</p>	<p>Evet Hayır</p>	<p>Evet Hayır</p>
<p>2. Spesifik Olmayan Aktif İntihar Düşünceleri</p> <p>Belirli bir yöntem, niyet veya plan olmaksızın kişinin yaşamını sonlandırma/intihar etme (örneğin: "Kendimi öldürmeyi düşündüm") düşünceleri</p> <p><i>Gerçekten hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?</i></p> <p>Eğer yanıt evetse, tanımlayın:</p>	<p>Evet Hayır</p>	<p>Evet Hayır</p>
<p>3. Eyleme Dökme Niyeti Olmayan Herhangi Bir Yöntem İçeren (Plansız) Aktif İntihar Düşünceleri</p> <p>Kişi intihar düşüncelerini kabul eder ve değerlendirme süresinde en az bir yöntem düşünmüştür. Bu düşünce, zaman, yer ya da ayrıntıları düşünülmüş belirli bir plandan farklıdır (örneğin, hangi yöntemle kendini öldüreceğini düşünmüştür, ancak plan yapmamıştır). Kişi "<i>Yüksek dozda ilaç almayı düşündüm ancak bunu ne zaman, nerede ya da gerçekte nasıl yapacağıma ilişkin belirli bir plan yapmadım... ve bunu asla uygulamadım</i>" gibi ifadeler kullanabilir.</p> <p><i>Bunu nasıl yapabileceğiniz üzerinde düşünüyor muydunuz?</i></p> <p>Eğer yanıt evetse, açıklayın:</p>	<p>Evet Hayır</p>	<p>Evet Hayır</p>
<p>4. Belirli Plan Olmaksızın bir Miktar Eyleme Dökme Niyeti İçeren Aktif İntihar Düşünceleri</p> <p>Kişi "intihar düşüncelerim var fakat kesinlikle bunlarla ilgili hiçbir şey yapmayacağım" sözünün aksine biraz eyleme dökme</p>	<p>Evet Hayır</p>	<p>Evet Hayır</p>

<p>niyeti içeren kendini öldürme düşünceleri bildirir.</p> <p>Kendinizi öldürme düşünceleriniz oldu mu ve bu düşüncelerinizi gerçekleştirmeye hiç niyetlendiniz mi?</p> <p>Eğer yanıt evetse, açıklayın:</p>		
<p>5. Belirli Bir Plan ve Niyet İçeren İntihar Düşünceleri</p> <p>Kişinin tam olarak ya da kısmen ayrıntıları üzerinde düşünülmüş bir plan içeren kendini öldürme düşünceleri ve bu planı gerçekleştirmeye ilgili belli bir düzeyde niyeti vardır.</p> <p>Kendinizi nasıl öldüreceğinizle ilgili ayrıntılar üzerinde düşünmeye başladınız mı ya da bir plan yaptınız mı? Bu planınızı gerçekleştirme niyetiniz var mı?</p> <p>Eğer yanıt evetse, açıklayın:</p>	Evet Hayır	Evet Hayır
DÜŞÜNCELERİN YOĞUNLUĞU		
<p><i>Aşağıdaki özellikler en şiddetli düşünce biçimine göre değerlendirilmelidir (yani, yukarıdaki ifadeler için 1-5 arası, 1 en az şiddetli ve 5 en çok şiddetli olacak şekilde). Kendisini intihar etmeye en yakın hissettiği zamanı sorun.</i></p>		
<p><u>Ömür Boyu</u> - En Şiddetli Düşünce: _____</p> <p style="text-align: right;">Tip No (1-5) Düşü</p>	En Şiddetli	En Şiddetli
<p><u>Geçen Ay</u> - En Şiddetli Düşünce: _____</p> <p style="text-align: right;">Tip No (1-5) Düşü</p>		
<p>Sıklığı</p> <p>Bu düşünceler kaç defa aklınıza gelmişti?</p> <p>(1) Haftada bir defadan az (2) Haftada bir (3) Haftada 2-5 defa (4) Her gün ya da hemen gün birçok defa (5) Her hemen her gün</p>	_____	_____
<p>Süresi</p> <p>Bu tip düşünceler aklınıza geldiğinde, ne kadar süre aklınızda kalıyor?</p> <p>(1) Çok az – birkaç saniye ya da dakika (4) 4-8 saat / günün büyük bir kısmında</p> <p>(2) 1 saatten az / bazen (5) 8 saatten fazla / kalıcı bir</p>	_____	_____

(3) 1-4 saat / çoğu zaman	şekilde veya sürekli		
Kontrol Edilebilirlik <i>Kendinizi öldürmek ya da ölmeyi istemekle ilgili düşüncelerinizi istediğinizde durdurabilir misiniz / durdurabildiniz mi?</i>			
(1) Düşünceleri kolayca kontrol edebilir	(4) Düşünceleri çok zorlanarak kontrol edebilir	—	—
(2) Düşünceleri az zorlanarak kontrol edebilir	(5) Düşünceleri kontrol edemez		
(3) Düşünceleri biraz zorlanarak kontrol edebilir	(0) Düşünceleri kontrol etmeye kalkışmaz		
Caydırıcılar <i>Ölmeyi istemenizi durduran ya da intihar etme düşüncelerinizi gerçekleştirmenize engel olan şeyler – herhangi birisi ya da herhangi bir şey (örneğin aile, din, ölüm acısı) – var mı?</i>			
(1) Bunlar intihar girişiminizi kesinlikle engelledi	(4) Bunlar büyük bir olasılıkla sizi engellemedi	—	—
(2) Bunlar muhtemelen sizi engelledi	(5) Bunlar sizi kesinlikle engellemedi		
(3) Bunların sizi engelleyip engellemediği belli değil	(0) Geçerli değil		
Düşüncelerin Nedenleri <i>Ölmeyi istemeyi ya da kendinizi öldürmeyi düşünmeniz için ne gibi nedenleriniz vardı? Çektiğiniz acıyı bitirmek ya da bu şekilde hissetmeye bir son vermek (başka bir deyişle, bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğiniz) miydi yoksa başkalarının dikkatini çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için miydi? Ya da her ikisi miydi?</i>			
(1) Tamamen dikkat çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için	(4) Çoğunlukla acıya son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için)	—	—
(2) Çoğunlukla dikkat çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için	(5) Tamamen acıya son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için)		
(3) Dikkat çekmek/başkalarından intikam ya da tepki almak ve acıya son vermek/acıyı durdurmak eşit ölçüde etkili	(0) Geçerli değil		
İNTİHAR DAVRANIŞI <i>(Aşağıdakiler ayrı durumlar olduğu sürece tüm biçimleri sorarak uygun biçimde işaretleyin)</i>		Ömür Boyu	Son 3 ay

Gerçek Girişim:	Evet Hayır	EvetHayır
<p>Bir miktar ölme isteği olan ve sonucunda kendine zarar verme ihtimali bulunan davranışta bulunma. Davranış kısmen de olsa kendini öldürme yöntemi olarak düşünülmüştür. Niyet %100 olmak zorunda değildir. Eğer eylemle ilgili herhangi bir ölme niyeti /arzusuna varsa, bu gerçek bir intihar girişimi olduğu düşünülür. Burada herhangi bir yaralanma ya da zarar olması gerekmez, sadece yaralanma ya da zarar görme olasılığı bulunması yeterlidir. Eğer kişi tabanca şakağındayken tetiği çekerse fakat tabanca bozuk olduğundan yaralanma olmasa da bu bir intihar girişimi olarak değerlendirilir.</p> <p><i>Niyeti tahmin etme:</i> Kişi ölme niyetini/isteğini inkâr etse bile, davranışlarından ya da koşullardan intihar niyeti klinik olarak anlaşılabilir. Örneğin, kaza olmadığı açıkça belli olan, oldukça yüksek derecede ölümcül bir eylem söz konusu olduğunda intihar dışında bir niyetin olmadığı anlaşılabilir (kafaya ateş etmek, yüksek bir katın penceresinden atlamak gibi). Ayrıca, kişi ölme niyetini inkâr etse bile yaptığı şeyin öldürücü olabileceğini düşünüyorsa bu intihar/ölme niyeti olarak değerlendirilir.</p> <p>İntihar girişiminde buldunuz mu?</p> <p>Kendinize zarar verecek herhangi bir şey yaptınız mı?</p> <p>Sizi öldürebilecek kadar tehlikeli herhangi bir şey yaptınız mı?</p> <p>Ne yaptınız?</p> <p>_____ davranışımı hayatınızı sonlandırmanın bir yolu olarak mı yaptınız?</p> <p>_____ davranışımı gerçekleştirirken (az da olsa) ölmek istediniz mi?</p> <p>_____ davranışımı yaparken hayatınızı sonlandırmaya mı çalışıyordunuz?</p> <p>Veya _____ davranışı nedeniyle ölebileceğinizi düşündünüz mü?</p> <p>Ya da kendinizi öldürmekle ilgili HERHANGİ bir niyetiniz olmadan, tamamen başka nedenlerden (stresi hafifletmek, daha iyi hissetmek, diğerlerinin ilgisini çekmek ya da başka bir şeyin olmasını sağlamak için) mi yaptınız? (İntihar niyeti olmadan kendini yaralama eylemi.)</p> <p>Eğer yanıt evetse, açıklayın:</p> <p>Kişi İntihar Niyeti Olmadan Kendini Yaralama Eyleminde Bulunmuş mudur?</p>	<p>Girişimlerin toplam sayısı</p> <p>_____</p> <p>Evet Hayır</p>	<p>Girişimlerin toplam sayısı</p> <p>_____</p> <p>EvetHayır</p>
<p>Engellenen Girişim:</p> <p>Kişinin kendine zarar verme ihtimali bulunan bir eyleme başlamadan önce bir dış koşul tarafından engellenmesi (<i>o koşul olmasa, gerçek intihar girişimi meydana gelecekti</i>).</p> <p>Aşırı doz alımı: Kişinin elinde haplar vardır fakat yutmaktan alıkonulmuştur. Haplardan herhangi birini içtiğinde, bu yarıda kesilmiş bir eylemden ziyade gerçek bir eyleme dönüşür.</p> <p>Vurma (silahla): Kişinin kendine doğrulttuğu bir tabancası vardır, tabanca birisi tarafından elinden alınır ya da bir şekilde tetiği çekmesi önlenir. Bir kez tetiği çekerse, tabanca ateş almasa bile, bu bir intihar girişimidir.</p> <p>Atlama: Kişi yüksekten atlamak üzere hazırlanmıştır, fakat tutularak aşağı indirilir.</p> <p>Asma: Kişi ilmeği boynunun etrafına geçirir fakat henüz kendini asmaya başlamamıştır – eylemi yapması engellenir.</p> <p>Hayatımıza son vermek için bir şey yapmaya başladığımız ancak birisinin ya da bir şeyin siz bir şey yapmadan önce sizi durdurduğu bir zaman oldu mu?</p>	<p>Evet Hayır</p> <p>Yarıda kesilen girişimlerin toplam sayısı</p> <p>_____</p>	<p>EvetHayır</p> <p>Yarıda kesilen girişimlerin toplam sayısı</p> <p>_____</p>

Eğer yanıt evetse, açıklayın:			
<p>Durdurulan Girişim:</p> <p>Kişinin intihar etme girişimine yönelik adımlar atmaya başlayıp gerçekten kendine zarar verecek herhangi davranışta bulunmadan kendini durdurması. Örnekler engellenen girişimdekine benzer ancak eylem başka şey/kişiler tarafından değil kişinin kendisi tarafından durdurulur. <i>Hayatınıza son vermeyi denemek için bir şey yapmaya başladığınız ancak gerçekten herhangi bir şey yapmadan önce kendinizi durdurduğunuz bir zaman oldu mu?</i></p> <p>Eğer yanıt evetse, açıklayın:</p>		<p>Evet Hayır</p> <p>Durdurulan girişimlerin toplam sayısı</p> <p>_____</p>	<p>Evet Hayır</p> <p>Durdurulan girişimlerin toplam sayısı</p> <p>_____</p>
<p>Hazırlayıcı Eylemler veya Davranışlar:</p> <p>Bir intihar girişimini gerçekleştirmek için yapılan eylemler ya da hazırlık. Bu bir düşünce ya da söylemin ötesinde belirli bir yöntem için gerekenleri toplamak (örneğin haplar satın almak, bir tabanca satın almak) ya da intihar sonucu kendi ölümü için hazırlanmak (örneğin eşyalarını dağıtmak, bir intihar notu yazmak) gibi herhangi bir şeyi kapsayabilir.</p> <p><i>Bir intihar girişiminde bulunmak ya da kendinizi öldürmek için hazırlanmaya yönelik herhangi bir adım attınız mı (hap biriktirmek, tabanca edinmek, değerli eşyaları dağıtmak ya da bir intihar notu yazmak gibi)?</i></p> <p>Eğer yanıt evetse, açıklayın:</p>		<p>Evet Hayır</p>	<p>Evet Hayır</p>
<p>İntihar davranışı:</p> <p>Değerlendirme süresi boyunca intihar davranışı mevcut muydu?</p>		<p>Evet Hayır</p>	<p>Evet Hayır</p>
<p><i>Sadece Gerçek Girişimler İçin Yanıtlayın</i></p>		<p>En Son Girişim Tarihi:</p>	<p>En Ölümcül Girişim Tarihi:</p>
<p>Gerçek Ölümcüllük / Tıbbi Hasar</p> <p>0. Fiziksel hasar yok ya da çok küçük fiziksel hasar (örneğin, yüzeysel hafif çizikler).</p> <p>1. Küçük fiziksel hasar (örneğin, letarjik konuşma, birinci derece yanıklar, hafif kanama, burkulmalar).</p> <p>2. Tıbbi bakım gerektiren orta derecede fiziksel hasar (örneğin bilinç kaybı olmadan uykululuk hali, uyarana kısmen yanıt vardır; ikinci derece yanıklar; ana damarın kanaması).</p> <p>3. Orta derecede şiddetli fiziksel hasar; <i>tıbbi</i> nedenlerle hastaneye yatırılma ve muhtemelen yoğun bakım gerekli (örneğin reflekslerin korunduğu koma hali, vücudun %20'sinden azında üçüncü derece yanık, düzeltilebilen aşırı kan kaybı, büyük kırıklar).</p>		<p><i>Kod Girin</i></p> <p>_____</p>	<p><i>Kod Girin</i></p> <p>_____</p>

<p>4. Şiddetli fiziksel hasar; yoğun bakım gerektiren <i>tıbbi</i> hastaneye yatırılma gerekli (örneğin reflekslerin olmadığı koma hali, vücudun %20'sinden fazlasında üçüncü derece yanık, stabil olmayan yaşamsal bulgular ile birlikte aşırı kan kaybı, hayati bir bölgede büyük hasar).</p> <p>5. Ölüm</p>			
<p>Potansiyel Ölümcüllük: Yalnızca Gerçek Ölümcüllük = 0 ise Yanıtlayın</p> <p>Eğer tıbbi hasar yoksa gerçek girişimin ölümcül olma olasılığı (aşağıdaki örnekler gerçek tıbbi hasar yokken, çok şiddetli ölümcüllük potansiyeli içerir: tabancayı ağızına soktu ve tetiği çekti fakat tabanca ateş almadı ve tıbbi hasar oluşmadı; tren yaklaşırken tren raylarına uzandı fakat tren üzerinden geçmeden geri çekildi).</p> <p>0 = Davranışın yaralanma ile sonuçlanma olasılığı yoktur</p> <p>1 = Davranış yaralanmayla sonuçlanabilir ancak ölüme neden olma olasılığı yoktur</p> <p>2 = Davranışın mevcut tıbbi bakıma rağmen ölümlerle sonuçlanma olasılığı vardır</p>	<p><i>Kod Girin</i></p> <p>_____</p>	<p><i>Kod Girin</i></p> <p>_____</p>	<p><i>Kod Girin</i></p> <p>_____</p>

EK 7 - DÜŞÜNCE VE DİL ÖLÇEĞİ

Maddelerin Tanımlanması ve Derecelendirilmesi için Protokol

1- Düşünce Fakirleşmesi

a. Konuşmanın Fakirleşmesi

Bu madde konuşma miktarında azalmayı yansıtır. Resimlere verilen tepkiler, sorulara verilen yanıtlar kısadır ve ayrıntıdan yoksundur (Eğer sıfat, zarf veya niteliksel bilgi eksikliği varsa; konuşmanın fakirleşmesi puanına ek olarak amacın zayıflaması da 0.25 olarak puanlanabilir).

DDÖ'nün diğer maddelerinden farklı olarak bu madde, her bir soru ya da uyarıya verilen yanıtın uzunluğuna ilişkin anormalliği ortaya koymak yerine, niceliksel bir değerlendirme gerektirir.

Her bir resme verilen genel cevap için 0, 0.25, 0.5, 0.75 ya da 1 şeklinde puan verilir.

0 Birey uzun duraklamalar olmaksızın 1 dakika boyunca konuşur. Dakikada en az 50 sözcük hızını başarır. 1 uyarıya kadar izin verilir.

0.25 1 dakikada konuşulan kelime sayısı 40 ile 49 arasındadır. Bir uyarı kabul edilebilir.

0.5 Cümleler kısadır. Konuşma akışını sağlayabilmek için bir veya daha fazla uyarı gerekir.

0.75 Birkaç kısa cümle veya cümlecikten sonra ilk uyarı gerekir ve uyarıların çoğuna tek bir cümle ya da daha azı ile cevap alınır.

1.0 Tek bir kısa cümleden sonra ilk uyarı gerekli olur ve tüm uyarılara kısa bir cümleyle cevap alınır ya da hiç cevap alınmaz.

b. Amacın Zayıflaması

Amacın zayıflaması, düşünce dürtüsünün kaybını yansıtır. Düşünceler olması gereken ayrıntılardan yoksundur. Bilgi vermeyen genellemeler kullanılır ve çok az bilgi içeren boş konuşmalar olur. Çok sayıda birbiriyle yarışan hedeften birine odaklanamama sorunu olan amacın istikrarsızlığından (çağrışım çözüklüğü gibi olgularda kendini gösterir) farklı bir durumdur. Aksine, amacın zayıflaması düşünce miktarında azalmayla ilişkilidir. Böylece amacı zayıflamış kişinin konuşmasının

başlıca özelliği, gerekli detayların olmaması ve/veya az bilgi içeren boş cümleciklerin aşırı kullanılmasıdır.

Normal konuşmada çok az bilgi taşıyan kalıplar bir dizi bilgilendirici kalıplar arasına serpiştirilmiştir. Bu durum, düşünceler sıralanırken konuşan ile dinleyici arasındaki iletişimin sürekliliğini sağlar. Boş cümleciklerin kullanımı ancak tüm konuşmanın büyük bir kısmını oluşturduğunda anormal olarak kabul edilir. Amacın zayıflamasına konuşma fakirliği (konuşma miktarının azalması) de eşlik edebilir ama bu gerekli değildir. Asıl önemli olan, konuşulan kelime sayısına oranla çok az bilginin aktarılmasıdır.

0 Normal: Söylenenlerin çoğunluğu özgün bilgi taşır ve bazı niteliksel bilgi içerir.

0.25 Ayrıntılandırılmamış düşünceler: Düşünceler normal gelişimden yoksundur. Konuşmada az sayıda sıfat, zarf veya değiştirici cümlecik kullanılır. Örneğin, kişi resmi tanımlarken bir seri cümleyle resmin içeriğini listeler: “burada vardır.”, ancak nesnelere ait hiçbir niteliği tanımlamaz. (Düzeltilen yanlış başlangıçları değerlendirmeyiniz.)

0.5 Genelleme: Konuşma özgün değildir ve az bilgi içeren üstü kapalı genellemelerle karakterizedir. Örneğin kişi resmi tanımlarken, “bir şeyler oluyor” diyebilir; ancak ne olduğuna dair hiçbir fikir bildirmemektedir.

1.0 Boş konuşma: Neredeyse bütün konuşma bilgi içermeyen kalıplardan oluşur (“biliyorsunuz”, “durun/bir dakika” gibi). Denek açık bir amacı olmaksızın cümleyle başlayabilir ve sonra cümleyi tamamlamayı başaramaz. Ancak, deneğin yanlış başlayıp, ardından cümleyle yeniden başladığı ve açıklanacak düşünceyi açıkça ortaya koyduğu durumları dışlayınız.

c. Düşüncelerin Tekrarlanması (Perseverasyon)

Düşüncelerin veya temaların anlamsız biçimde tekrarı. Tekrarların gösterilen resme bağlı uyarıdan bağımsız olarak geliştiği anlara ağırlık veriniz.

Tekrarın bir dayanağı olup olmadığına karar vermek gereklidir. Örneğin, aşağıdaki koşullarda düşüncelerin ya da sözcüklerin tekrarı genellikle düşünce perseverasyonu olarak puanlanmaz:

1- hemen ardından düzeltilen yanlış başlamaların tekrarı (kekemeliği değerlendirmeyin)

- 2- vurgulamak amacı ile kasıtlı yapılan tekrar
- 3- yeni materyalin eklenmesi ile oluşan düşüncelerin tekrarı
- 4- bilinçli özetleme
- 5- görüşmecinin uyarısı düşünceye itiraz gibi yorumlanarak kişi tarafından aynı düşüncenin tekrar edilmesi.

0.25 Basit Tekrar: Resme cevap verirken daha önce açıklanan düşüncenin tekrarı. Daha önceden açıklanmış bir düşünce ayrıntılandırılıyorsa bunu saymayınız. Örneğin aşağıdaki durum tekrar sayılamaz. “Adam tarlayı sürüyor. Adam tarlayı düz arıklarla sürüyor.” Ayrıca, uyarı sonrası daha fazla bilgi vermek için bilinçli olarak fikrin tekrarlama durumlarını da dışlayınız. Örnek, “daha önce söylediğim gibi.”

0.5 Desteksiz Tekrar: Resmin (ya da önceki herhangi bir resmin) bir bölümüne ilişkin daha önceden dile getirilen özgün bir düşüncenin resmin başka bir bölümüne ya da parçasına yeterli bir gerekçe olmadan uygulanması. Ancak, bu yanlış uygulama resimdeki kanıtla çelişmez. Örneğin 1. resimde, "kitabı tutan kız hamile" denmesi; her ne kadar bu iddiayı destekleyecek ya da yadsıyacak kanıt olmasa da (mantıklı bir gözlemlerle “ağaca dayanan kadın hamile”).

1.0 Karşıt tekrar: Resmin bir bölümüyle (veya daha önceki resimle) bağlantılı olarak önceden açıklanmış bir düşünce, resimde görülene zıt olmasına veya resimle ilgili olmamasına rağmen tekrarlanır. Örneğin 3. resme karşılık verirken "kadın ata biniyor" denmesi açıkça görüldüğü gibi 1. resimden türetilmiş bir fikrin tekrarı ("adam ata biniyor").

2- Düşünce Dağınıklığı

a. Çözülme

Düşünceler arası bağlantı çok azdır veya yoktur ya da düşünce akışına konu dışı düşünceler girer. Çözülme, spontan konuşma akışı sırasında ortaya çıkabilir (Andreasen tarafından raydan çıkma olarak adlandırılmıştır) veya sorulara uygunsuz veya teğetsel cevaplar vermek şeklinde görülebilir (Andreasen tarafından teğetsellik/teğet geçme olarak adlandırılmıştır).

0.25 Rastgele Yorumlar: Bağlantıları çok az olan veya bağlantısız düşüncelerin doluşması; ancak denek hızla orijinal düşünce akışına döner. Saplantının dış bir uyaran tarafından oluşması durumundaki dikkat dağılmasını dahil etmeyiniz.

0.5 Sapma: Denek, yavaş biçimde konunun dışına sürüklenerek resimle ilgisi olmayan maddeleri konuşmaya başlar. Gerekirse, uygulamacı deneği resme dönmesi konusunda uyarmalıdır. Uyarıdan sonra sapmanın tekrarlanması ayrı bir sapma olarak derecelenmelidir.

0.75 Mantıksal Olmayan Bağlantılar: Denek, aralarında yeterli mantıksal bağlantı olmaksızın bir düşünceden diğerine atlar; ancak düşünceler arasında bazı bağlantılar fark edilebilir. Uyaklı (klang) çağrışımlar bu maddenin örneği olarak kabul edilir.

1.0 İlgisiz Yanıtlar: Resimle cevaplar arasında fark edilebilir bir bağlantı yoktur. Karşıt tekrarlar olarak değerlendirilmesi gereken bir önceki resme ait düşünce tekrarlarını dışlayın.

b. Olağandışı Kelime Kullanımı

Kelimelerin kullanımı alışlagelmedik biçimdedir veya uydurulmuştur. Tek bir resme cevap verirken bir kelime bir kereden daha çok sayıda kullanılmışsa sadece ilk kullanımı derecelendiriniz. Ancak uygunsuz kelime tekrar tekrar kullanıldığında, düşünce tekrarları olarak değerlendirmeyi göz önüne alınız.

0.25 Olağandışı Kelime Kullanımı: Sıradan kelimeler konu dışında kullanılır veya daha sık kullanılan ve anlamı daha net ortaya koyan kelime yerine daha ender kullanılan bir kelime seçilir.

0.5 Özel Terminoloji: Gerçek bir kelimenin geleneksel anlamı dışında kullanımı ya da kelimelerin geleneksel olmayan bir şekilde eklenip bir araya getirilmesi ve yeni bir sözcük oluşturulması.

Örneğin, “elayakkabı” (eldiven anlamında). Kabul gören argo veya konuşma diline ait ifadeleri dışlayınız.

1.0 Neolojizm: Deneğin yarattığı yanlış kelimeler. Yanlış söyleyişleri dışlayın.

c. Olağandışı Cümle Yapısı

Cümlelerin yapısı alışılmadıdır. Anlamı ayırt etmeyi zorlaştıran cümle yapılarının olağandışılığına daha büyük bir ağırlık verilmelidir. Düşük eğitime bağlanabilecek dilbilgisi yanlışlıkları ile oluşturulan cümleler olağandışı olarak derecelendirilmemelidir.

0.25 Çok resmi veya ukalaca ifadeler

0.50 Cümlelerin tuhaf yapısı

1.0 Anlaşılmaz Cümleler

Cümlelerin uygunsuz bir şekilde yan yana gelmiş parçalardan meydana gelmiş olması nedeniyle anlam taşımaması. Sözcük salatası.

d. Olağandışı Mantık (Mantıksal Olmayan Nedenselleştirme)

Yetersiz kanıtlara veya hatalı mantığa dayanarak sonuçlara ulaşmak. Bir ifadenin olağandışı bir mantığı yansıttığına, sorgulama evresinden sonra karar verilmelidir. Araştırmacı, serbest yanıt evresindeki tüm alışlagelmedik cevapları not etmeli ve bu düşüncelere dayanarak bir sorgulama yürütmelidir. Akla yatkın spekülasyonlara (tahminlere) izin veriniz. (Örneğin 3. resimde köprü üstündeki kadının depresif olduğu spekülasyonu akla uygundur.) Eğer uygun olmayan bir ifade sadece tekrara dayanıyorsa olağandışı mantık olarak derecelendirilmez. Bununla birlikte, eğer bir denek bir tekrar durumu için akla uygun olmayan bir açıklama veriyorsa tekrar ve olağandışı mantığın ikisi birden kaydedilmelidir.

0.25 Doğrulanmamış Sonuçlar: Denek çok az bir kanıtla dayanarak kesin bir iddiada bulunur. Örnek, 1. resimde “çiftçiye zarar veren şiddetli bir kuraklık mevcuttur”. Deneğin düşüncesinin bir spekülasyon olduğunu kabul ettiği durumları dışlayınız.

0.5 Mantığa Sığmayan Usa Vurma: Herhangi bir mantıksal temeli olmaksızın veya yanlış mantıksal çıkarımlara dayanarak denek bir sonuca ulaşır.

1.0 Karşıtlık: Sonuçlar kanıtlarla çelişir.

e. Çelinebilirlik

Dış bir uyarandan kaynaklanan konu dışı fikirlerin zihne doluşması. Çelinebilirliğin kesin olduğu tüm durumlar 1.0 puandır.

DDÖ uygulamasında kullanılan TAT resim seti

Uygulamada konuşmayı başlatmak için Tematik Algı Testi (TAT) 'nden alınan resimler kullanılacaktır. Kullanılan resimlerin standart TAT sıralaması şu şekildedir:

- 2 - çiftlik sahnesi
- 6GF - pipolu adam, küçük altıgen masanın yanındaki kadın
- 17GF - rıhtımın yanında köprüdeki kadın
- 13B - kulübe girişindeki genç çocuk
- 4 - uzaklara bakan bir adamın omzuna elini koymuş kadın
- 5 - salonun kapısını açan kadın
- 12BG - su ve kayığın bulunduğu ormanlık arazi
- 20 - sokak feneri direğine doğru eğilmiş insan figürü



Resim 1) TAT 2



Resim 2) TAT 6GF



Resim 3) TAT 17GF



Resim 4) TAT 13B



Resim 5) TAT 4



Resim 6) TAT 5



Resim 7) TAT 12BG



Resim 8) TAT 20