

TC.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AKUT DÖNEMDEKİ İKİ UÇLU DUYGUDURUM
BOZUKLUĞU VE ŞİZOFRENİ HASTALARINDA
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE HEZEYAN
İÇERİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Hülya TURGUT

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR

2012

TC.

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AKUT DÖNEMDEKİ İKİ UÇLU DUYGUDURUM
BOZUKLUĞU VE ŞİZOFRENİ HASTALARINDA
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE HEZEYAN
İÇERİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Hülya TURGUT

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI

Doç.Dr.ÇINAR YENİLMEZ

ESKİŞEHİR

2012

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

TC.

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Hülya TURGUT' a ait "Akut dönemdeki İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Şizofreni Hastalarında Sosyodemografik Özellikler ile Hezeyan İçeriklerinin Karşılaştırılması" adlı tez çalışması jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 11.06.2012

Jüri Başkanı Prof. Dr. Gökay AKSARAY
Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU
Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. Çınar YENİLMEZ
Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun.....Tarih veSayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr.Bekir YAŞAR

Dekan

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum uzmanlık eğitimim süresince büyük emeği geçen ve eğitimimin her aşamasında ilgi ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarıma; başta tez danışmanın Doç. Dr. Çınar YENİLMEZ'e, Prof. Dr. Gökay AKSARAY'a, Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU'na, Yrd. Doç. Dr. Altan EŞSİZÖĞLU'na, Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜLEÇ'e ve tezimi tamamlamamda büyük katkıları olan Doç. Dr. Ünal AYRANCI' ya teşekkür ederim.

ÖZET

Turgut, H. Akut dönemdeki İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Şizofreni Hastalarında Sosyodemografik Özellikler ile Hezeyan İçeriklerinin Karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2012.

Şizofreni ve İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu (İUDDB) en sık görülen psikotik bozukluklardandır. Bu iki bozukluğun akut atak döneminde düşünce, davranış ve duygulanım özellikleri çok benzerdir. Günümüzde kullanılan tanı kriterlerinden dolayı her iki bozuklukta sıklıkla yanlış tanı alabilmektedirler. Bu çalışmada; akut dönemdeki şizofreni ve psikotik özellikli İUDDB hastalarında sosyodemografik özelliklerin, klinik özelliklerin ve hezeyan içeriklerinin karşılaştırılması, ayrıca sosyodemografik ve klinik özelliklerin hezeyan içerikleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmaya; ESOGÜ Tıp Fakültesine başvuran 105 akut dönem şizofreni, 72 psikotik özellikli İUDDB hastaları alınmıştır. Hastalara sosyodemografik özellikler, klinik özellikler ve hezeyan içerikleri kapsayan sosyodemografik veri formu ile psikososyal ve çevresel sorunlar anketi uygulanmıştır. İki grup arasında cinsiyet, anne-baba eğitim süreleri ve yaşları, hastalık başlama yaşı, hastalık süresi, ilk başvuru yaşı, intihar girişimleri, kötülük görme, somatik, alınma, büyüklük, erotomanik ve düşüncenin sahiplenilmesi ile ilgili hezeyanlar açısından farklılıklar saptanmıştır. Ayrıca akut dönem şizofreni hastalarında anne yaşı ile dini-mistik, cinsiyet ile kıskançlık, hastalık süresi ile somatik hezeyan ve psikotik özellikli İUDDB hastalarında anne eğitim süresi ve cinsiyet ile büyüklük hezeyanı arasında ilişki bulunmuştur. Sonuçlarımız kategorik yaklaşımdan ziyade çok boyutlu yaklaşımın önemli olduğunu düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu, hezeyan

içerikleri

ABSTRACT

Turgut, H. The Comparison of Sociodemographic Properties and Contents of Delusions of Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder in their Acute Phase. Eskişehir Osmangazi University, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Thesis of Specialization in Medicine, Eskişehir, 2012. Schizophrenia and bipolar affective disorder (BAD) are among psychotic disorders most frequently encountered. Cognition, behaviors and affective features in two disorders are very similar in their acute phase. For diagnosis criterias used currently, each of these disorders can be misdiagnosed. The aim of this study is to compare sociodemographic properties, clinical properties and delusion contents in patients with schizophrenia and bipolar affective disorder with psychotic features and to investigate the relationship between sociodemographic properties and clinical properties. 105 patients with schizophrenia in their acute phase and 72 BAD patients with psychotic features who consulted to ESOGU Faculty of Medicine are recruited to this study. Sociodemographic data forms consisting of sociodemographic properties, clinical properties and contents of delusions and questionnaire of psychosocial and environmental problems are applied to the patients. Two groups were different in terms of gender, duration of education and ages of their parents, age at disease onset, duration of disease, age at first consult, suicide attempts, delusions of persecution, somatisation, offensive delusions, grandiosity delusions, erotomanic delusions, and delusions related to thought broadcasting. There was a correlation between mother age and religious-mystic delusions, gender and envy, duration of disease and somatic delusion in patients with schizophrenia while there was a relationship between mother education duration and gender and delusion of grandiosity in BAD patients. It was thought that multidimensional approach is important rather than categorical approach.

Key words: Schizophrenia, bipolar affective disorder, contents of delusions

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	III
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
İÇİNDEKİLER	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1.Psikiyatrik Hastalıkların Yaygınlığı ve Topluma Maliyeti	6
2.2. Hezeyan	7
2.3.Şizofreni	22
2.4.İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu (İUDDB)	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	82
KAYNAKLAR	84
EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR

İUDDB	İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu
ICD	International Classification of Diseases
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
RHTİK	Ruhsal Hastalıklar Tanı ve İstatistik Klavuzu
HUS	Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması
PMS	Premenstrual Sendrom
SMMT	Standardize Mini Mental Test
E-SMMT	Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
ORS	Olfaktor Referans Sendromu
LSD	Lizerjik Asit Dietilamidi
NMDA	N-metil-D-aspartik asit

TABLOLAR

	Sayfa
1. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarının Nicel Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	40
2 Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarının Nitel Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	40
3. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarının Nicel Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	40
4. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarının Nitel Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	40
5. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarının Afekt özellikleri	40
6. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarının Hezeyan İçeriklerinin Karşılaştırılması	40
7. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Büyüklük Hezeyanı Alt Gruplarının Karşılaştırılması	40
8.A. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Birincil Destek Grubuyla Olan Sorunlar	50
8.B. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Toplumsal Çevre İle İlgili Sorunlar	50
8.C. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Eğitimle İlgili Sorunlar	50
8.D. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Mesleki Sorunlar	50
8.E. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Barınma Sorunları	50
8.F. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Ekonomik Sorunlar	50
8.G. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Sağlık Kuruluşuna Ulaşma Sorunlar	50
8.H. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Yasal Sistemle Etkileşim Sonucu Doğan Sorunlar	50

Sayfa

- | | |
|--|----|
| 8.1. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Diğer Psikososyal ve Çevresel Sorunlar | 50 |
| 9. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Sosyodemografik Özellikler İle Hezeyan İçeriklerinin Karşılaştırılması | 50 |
| 10. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Klinik Özellikler İle Hezeyan İçeriklerinin Karşılaştırılması | 50 |

1.GİRİŞ

Psikiyatrik bozukluğun yaşam boyu görülme yaygınlığı %25-50 arasındadır (1,2). Son 1 yıl içerisinde herhangi bir psikiyatrik bozukluğun görülme oranı ise %10-29 arasında değişmektedir (1,3). Psikiyatrik bozukluklar sık görülmeleri yanında, sık tekrarlamaları ve oluşturdukları yeti yitimi nedeniyle topluma önemli bir yük oluşturmaktadır (4). Yeti yitimine uyarlanmış yaşam yılı hesaplaması ile gerçekleştirilen "Küresel Hastalık Yüğü" çalışmasında, tüm hastalık ve yaralanmalar göz önüne alındığında psikiyatrik bozuklukların toplam hastalık yükünün %9.7'sini oluşturduğu saptanmıştır (5,6). Ülkemizde gerçekleştirilmiş olan ulusal hastalık yükü çalışmasında tüm hastalık ve yaralanmalar göz önüne alındığında nöropsikiyatrik hastalıkların toplam hastalık yükünün %13.3' ünü oluşturduğu ve temel hastalık grupları arasında en fazla yükü oluşturan kardiyovasküler hastalıklardan sonra 2. sırada yer aldığı saptanmıştır (7). Ayrıca dünyada en çok sakatlığa neden olan 10 hastalıktan beşinin ruhsal kaynaklı olduğu saptanmıştır (8). "Avrupa Beyin Hastalıklarının Maliyeti Çalışma Grubu" nun yaptığı 28 ülkeyi kapsayan bir çalışmaya göre, Avrupa'da psikiyatrik bozuklukların toplam maliyeti yıllık 240 milyar dolar olarak saptanmıştır (9). Avrupa'da psikiyatrik bozuklukların ortalama toplam maliyetinin yaklaşık %50'sini dolaylı maliyet oluşturmaktadır (10). Toplam psikiyatrik bozukluk maliyeti içerisinde doğrudan sağlık bakım harcamaları, dolaylı maliyetten sonra 2. sırada yer almaktadır (11,12).

Şizofreni; yüzyıllardır psikiyatri bilimini yakından ilgilendiren, bireyi gerçeklikten uzaklaştırarak olağan dışı algılama ve yorumlama biçimine götüren halüsinasyonlar, hezeyanlar, dezorganize davranışlar ve duygulanımla karakterize olup, kronik ve yıkıcı bir hastalık olarak kendini gösterir (13). Şizofreni hastası, giderek uzaklaştığı toplumda kimi zaman korku uyandırırken, sosyal uyumunun bozulmasıyla da daha fazla içine kapanmakta ve kendi gerçekliğinde yaşayarak, ayrı bir dünyada varoluşunu sürdürmektedir (14). Şizofreni etiolojisinin henüz belirlenememiş olması, patogonomik görüntüleme yöntemi ve laboratuvar bulgularının olmaması

nedeniyle, şizofreni tanısı, belirtilerin karakteristik olarak kümelenmesi ve diğer bozuklukların dışlanması dayanmaktadır (13).

Türkiye'de yaşam yılına uyarlanmış yeti kaybına yol açan hastalıklar arasında 9. sırada yer alan şizofreni; sosyoekonomik ve kültürel düzeyine bakılmaksızın her toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır (7,15).

İki uçlu duygudurum bozukluğu (İUDDB); şizofreni gibi tam aydınlatılmamış patofizyolojisi ve etyolojisi ile kişide ve içinde yaşadığı toplumda sosyal ve mesleki işlevselliğin bozulabildiği, hastanın duygudurumuna eşlik eden bilişsel işlevselliğindeki değişimlerle karakterize olup, kronik seyirli bir psikiyatrik bozukluktur (16). İUDDB, ilaç kullanımına rağmen yinelenme oranı yüksek bir hastalıktır. Uzun süreli izlem verilerine göre, tam iyileşme gösteren hastaların oranı %24, hatta iyi ilaç uyumunda bile beş yıl içinde yinelenme oranı %73'tür (17).

En renkli psikiyatrik belirtilerden biri olan hezeyan; kişinin yaşadığı çağa ve topluma uymayan ve hiçbir şekilde değiştirilemeyen gerçek dışı düşüncelerdir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber farklı kültürel yaşantı, koşullar, deneyim, özdeşim ve kabullenmeler hezeyan içeriğini etkileyebilir (18,19).

Şizofreni hastalığının; halüsinasyon, hezeyan ve dezorganize davranışın hakim olduğu klinik tablosu ile İUDDB'nin psikotik özellikli manik epizodu arasında klinik olarak benzerlik bulunmaktadır. Bir başka ifadeyle iki hastalık grubunun atak döneminde düşünce, duygulanım ve davranış özellikleri benzerdir ve bu durum klinisyenin bu bozuklukları ayırt etmesini güçleştirmektedir (20). Kessler ve ark.(1994)'a göre; Krapelin, yaklaşık 120 yıl önce şizofreni ve İUDDB'yi klinik tablo ve izleme dayanarak farklı hastalıklar şeklinde ayırmıştır (1). Günümüzde Ruhsal Hastalıklar Tanı ve İstatistik Klavuzu/RHTİK (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM) ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması/HUS (International Classification of Diseases/ICD) sistemlerinin de temel aldığı hastalıkların tanımlanması ile ilgili kategorik yaklaşımın geçerliliği tartışılmaktadır. Çünkü her iki tanıda psikotik belirtiler görülebilmekte ve bu

benzerlik ayırıcı tanıyı özellikle hastalığın ilk aşamalarında zorlaştırmakta, karşılıklı yanlış tanı konmasına neden olabilmektedir (21,22).

Sıklıkla karıştırılan bu iki hastalık grubunun etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber genetik faktörler, yapısal beyin değişiklikleri, nörokimyasal faktörler, ikincil haberciler, hormonlar, yaşam olayları ve çevresel zorlanmalar ve psikodinamik faktörler üzerinde durulmuştur (23,24). Ayrıca, organik yönden yapılan araştırmaların yanı sıra psikolojik ve çevresel etkenlerin araştırılması da bu bozuklukların anlaşılmasında önemli ilerlemeler sağlamıştır (25).

Bu çalışmada; sıklıkla karıştırılan akut dönemdeki şizofreni ve psikotik özellikli manik atak hastalarında sosyodemografik özelliklerin, klinik özelliklerin ve hezeyan içeriklerinin karşılaştırılması, ayrıca sosyodemografik ve klinik özelliklerin hezeyan içerikleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

1.1.Hipotezler

1. Akut dönem şizofreni hastaları erkeklerde daha fazla görülürken, İUDDB psikotik özellikli manik atakta cinsiyetler arasında fark yoktur.
2. İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının eğitim süresi akut dönem şizofreni hastalarının eğitim süresinden fazladır.
3. Akut dönem şizofreni hastalarının kardeş sayıları İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından fazladır.
4. Akut dönem şizofreni hastalarında çalışanların oranı İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından fazladır.
5. Akut dönem şizofreni hastalarında, hastalık başlama yaşı, hastalık süresi ve ilk kez hastaneye başvuru yaşı İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından büyük, hastalık süreleri de İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından daha uzundur.
6. Akut dönem şizofreni hastalarında, ilk psikotik semptom başlama yaşı ve ilk kez hastaneye yatış yaşı İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından büyük, son ataktan sonraki başvuru süreleri de İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından daha uzundur.

7. Akut dönem şizofreni hastalarını akrabalarında şizofreni, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının akrabalarında ise İUDDB öyküsü daha fazladır.
8. Akut dönem şizofreni hastalarının eğitim süresi, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının eğitim süresinden daha azdır.
9. Akut dönem şizofreni hastalarının anne eğitim süresi, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının anne eğitim süresinden daha azdır.
10. Akut dönem şizofreni hastalarının anne yaşı, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının anne yaşından daha büyüktür.
11. Kötülük görme hezeyanı, somatik hezeyan, alınma hezeyanı, düşünce okunması hezeyanı, düşünce sokulması hezeyanı, düşünce çalınması hezeyanı, düşünce yayınlaması hezeyanı ve etkilenme hezeyanı akut dönem şizofreni hastalarında daha sık görülürken, büyüklük hezeyanı ve erotomanik hezeyan ise İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında daha sık görülmektedir.
12. İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında birincil destek grubuyla yaşanan sorunlar, toplumsal çevre ile ilgili sorunlar, eğitimle ilgili sorunlar, mesleki sorunlar, barınma sorunları, ekonomik sorunlar, sağlık kuruluşlarına ulaşma sorunları, yasal sistemle etkileşim sonucu doğan sorunlar ve diğer psikososyal ve çevresel sorunlar akut dönem şizofreni hastalarından daha sık görülmektedir.
13. Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında hastalık süresi arttıkça bütün hezeyan tiplerinin görülme sıklığı artar.
14. Akut dönem şizofreni hastalarında somatik hezeyan görülme sıklığı anne yaşı ve anne eğitim süresi ile ilişkilidir. Annenin yaşının artması/eğitim süresinin azalması somatik hezeyan görülme olasılığını artırır.
15. İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında büyüklük hezeyanı görülme sıklığı cinsiyetle ilişkilidir. Erkek hastalarda büyüklük hezeyanı görülme olasılığı kadın hastalardan yüksektir.
16. Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında kıskançlık hezeyanı görülme sıklığı cinsiyetle ilişkilidir. Her iki grupta da erkek hastalarda kıskançlık hezeyanı görülme olasılığı kadın hastalardan yüksektir.

17. İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında erotomanik hezeyan görülme sıklığı cinsiyetle ilişkilidir. Erkek hastalarda erotomanik hezeyanı görülme olasılığı kadın hastalardan yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikiyatrik Hastalıkların Yaygınlığı ve Topluma Maliyeti

Ruhsal bozukluklar, insanlık tarihinin başından beri sürekli dikkat çeken konulardan olmuşlardır (26). Günümüzde ruh sağlığı ve bozukluklarından geçmişe oranla daha çok söz edilmekte ve bunlara giderek daha çok önem verilmektedir. Bunun en önemli nedenleri sağlığa getirilen bütüncül bakış açısı, ekonomik, sosyal ve teknolojik gelişmelerin kişilerin ruhsal yaşamları üzerindeki olumsuz etkileri ve bu durumun kişilerin yaşam kalitesini azaltmasıdır (27).

Ruh sağlığı sorunları; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, her sosyoekonomik katmanda, her ırkta ve her kültürel grupta görülebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, yılda her dört kişiden biri ruhsal ya da nörolojik hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır (28,2). Tüm ülkelerde ruh sağlığı sorunları, bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmekte (28,29,30) ve 2001 yılı verilerine göre dünyada ruhsal ve davranışsal bozukluğu olan yaklaşık 450 milyon kişinin olduğu düşünülmektedir (28). Üstelik dünyada yeti yitimi ve erken ölüme en sık yol açan 10 hastalıktan 5'inin depresyon, şizofreni, İUDDB, alkolizm ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) olmak üzere psikiyatrik hastalıklar olduğu saptanmıştır (31,3).

Psikiyatrik bozukluklar sık görülmeleri ve kronik gidişleri nedeniyle yeti yitimine yol açarlar. Bu nedenlerle topluma maliyetleri yüksektir (1,2). Yeti yitimine uyarlanmış yaşam yılı hesaplaması ile gerçekleştirilen "Küresel Hastalık Yükü" çalışmasında, tüm hastalık ve yaralanmalar göz önüne alındığında psikiyatrik bozuklukların toplam hastalık yükünün %9.7'sini oluşturduğu saptanmıştır. Ayrıca 2020 yılında bu oranın %15'e ulaşacağı öngörülmektedir (5,6) Aynı yöntem kullanılarak ülkemizde gerçekleştirilmiş olan "Ulusal Hastalık Yükü" çalışmasında tüm hastalık ve yaralanmalar göz önüne alındığında nöropsikiyatrik hastalıkların toplam hastalık yükünün %13.3'ünü oluşturduğu ve temel hastalık grupları arasında en fazla yükü oluşturan kardiyovasküler hastalıklardan sonra 2. sırada yer aldığı saptanmıştır (7).

Hastalık yükü açısından psikiyatrik bozuklukların tedavi ve rehabilitasyonu önemli toplumsal maddi kayıplara neden olmaktadır (32). Psikiyatrik bozuklukların maliyet boyutunun büyüklüğü kadar, harcamaların hangi alanlarda yapıldığı da önem taşımaktadır. Psikiyatrik bozukluklardaki maliyetin en önemli bölümünü işe gidememe, erken emeklilik ve erken ölüm gibi dolaylı harcamalar oluşturmaktadır (11,33). Toplam psikiyatrik bozukluk maliyeti içerisinde doğrudan sağlık bakım harcamaları, dolaylı maliyetten sonra 2. sırada yer almaktadır (11,34,35).

Genel olarak ruhsal bozuklukların ekonomik maliyeti çok büyük olup, kolayca ölçülememektedir. Bu bozukluklar, sağlık ve sosyal hizmet alımındaki maliyetlere ek olarak iş kaybı, üretim azlığı, ailelere ve bakım vericilere etkisi, toplumun güvenliği ve suç seviyesine etkisi, erken ölümlere yol açması, damgalanma/ayrımcılık vb. gibi ölçümü zor ekonomik zorluklara yol açmaktadır (28).

2.2. Hezeyan

2.2.1. Tanım ve Etyoloji

Akıl hastalığının temel karakteristiği olarak tanımlanan hezeyanın nasıl oluştuğu açık değildir ve bu konuda pek çok spekülasyon yapılmaktadır (36) Ancak bununla beraber hezeyanın tanımı ve nasıl oluştuğu ile ilgili geçmişten günümüze pek çok görüş bildirilmiştir; DSM-IV'de hezeyan; "başka hemen herkesin neye inandığına bakılmaksızın sürdürülen ve tersinin geçerli olduğuna ilişkin açık ve tartışmasız kanıtlar olmasına karşın değiştirilemeyen, dış gerçeklikten doğru olmayan anlamlar çıkartmaya dayalı, kişinin yaşadığı kültür ya da alt kültürün üyeleri tarafından alışılmış olarak kabul edilmeyen, "yanlış inanç" olarak tanımlanmaktadır (37).

Yapılan bazı çalışmalarda dopamin artışının beyin fonksiyonlarını etkilemesiyle oluşan hezeyanların devamı için yüksek düzeyde dopamine ihtiyaç olduğu, erotomanik ve kötülük görme hezeyanı olan hastalarda dopaminin metaboliti olan homovalinik asit düzeylerinin normal popülasyondan yüksek bulunduğu belirtilmiştir (38-41). Avusturya'da yapılan benzer bir çalışmada; L-dopa ile tedavi edilen Parkinson hastalarında suçluluk ve kötülük görme hezeyanlarının ortaya çıktığı belirtilmiştir (42).

Bununla beraber hezeyan içeriğinin sosyodemografik ve sosyo-kültürel özelliklerden etkilendiği düşünülmektedir (43,44). Nitekim hezeyan tanımındaki topluma uymayan ifadeler, hezeyanın kültürel özelliğini yansıtmaktadır (45).

Hezeyanlar, topluma uymayan, güçlü kanıtlara rağmen değiştirilemeyen, kişinin kültürel yapısı, dini inanışları veya zekâ düzeyi ile açıklanamayan yanlış inanışlardır. Bir hezeyanın ana özelliği, kişinin inancının doğru olduğuna kuvvetle inanması şeklinde açıklanmaktadır (43).

Karadağ (1991); Krapelin'in Jawa'da yaptığı çalışmalar sonucu Batı standartlarıyla hastalık tanısı koymanın sakıncaları üzerine bir takım sorgulamalarda bulunduğunu belirtmiştir (45). Yaşam deneyimleri psikolojik çatışmaların doğasını etkileyebilir. Psikiyatrik bozuklukların klinik görüntüleri büyük olasılıkla bireyin yapısal yatkınlığının bir ürünüdür. Bireyin temel biyolojik özelliklerine göre çeşitli streslere dayanma yeteneğini arttıran ya da azaltan karakteristik kişilik faktörleri vardır. Burada kültür önemli bir rol oynar. Çünkü kültür hem stresin doğasını, hem de birey tarafından algılanma biçimini etkiler (46). Farklı kültürlerdeki hastaların hezeyanları arasındaki belirgin farklılıklar da kültürel etkileri vurgulamaktadır (47).

Psikiyatrik inceleme için hezeyan her zaman etyoloji, patogenezi, tanısı, tedavisi ve adli olaylar açısından önemli bir konu olmuştur (43).

2.2.2. Tarihçe

İlk kez 1987 yılında yayınlanan DSM III 'de tanı kitaplarında yerini alan hezeyan; "değiştirilemeyen, yanlış inanışlar olarak kabul edilir ve kişinin kültürü ya da alt kültürünün diğer üyelerince genellikle kabul edilmez, bununla beraber hezeyanlı inanışlar sıklıkla mutlak inançlar olarak korunur ve uzlaşılamaz" şeklinde tanımlanmıştır (48).

DSM-IV'de hezeyanı; kişinin yaşadığı kültür ya da alt-kültürün üyeleri tarafından alışılmış olarak kabul edilmeyen, "yanlış inanç" olarak tanımlanmaktadır (37)

Berrios ve Luque(1991); hezeyanlara ilişkin olarak günümüzde geçerliliğini koruyan bakış açısını "kabul edilmiş görüş" olarak adlandırmakta ve bunun tarihsel ve eleştirel bir incelemesini yapmaktadır. Buna göre 17.

yüzyıl boyunca akıl hastalığı kavramı, hezeyan kavramına dayanmaktaydı (49). Karaçam ve Tokçuoğlu(2003)' a göre; Locke tek bilgi kaynağının duyusal veriler olduğunu ve bunlardan da duyusal fikirler oluştuğunu söylemiştir. 18. yüzyılda Locke'un tezlerine spekülatif nitelikte birtakım nörobiyolojik temeller getirilmeye çalışılmıştır. Bu modelin 19. yüzyıla bıraktığı miras, "düşünselci akıl hastalığı" görüşü olmuştur: Akıl hastası olmak demek, hezeyanlı olmak demektir (50). Steinberg ve ark.(2004)'a göre hezeyanlar fiziksel nedenlerden, yani beyin lezyonlarından kaynaklanan yanlışlıkların bir sonucudur; birtakım fiziksel nedenler, duyulardan kaynaklanan deneyimleri biçimlendiren dizgeye etki etmektedir (51).

19. yüzyılda hezeyanın içeriği önem kazanmış ve hezeyan içeriğine göre farklı hastalıklar olarak görülen psikoz alt tipleri belirlenmeye çalışılmıştır. Bu dönemde ampirik gelenek zayıflamış ve "yanlış inanç" kavramı ön plana geçmiştir. Bu dönemde inançlar, istemli bir bileşeni olan zihinsel durumlar olarak tanımlanmış ve yeti psikolojisi gelişmiş, bilgi ve inanç birbirinden ayrılmıştır. Bilgiye bilimsel bir mutlaklık atfedilmiş ve yeni yasalara göre yeniden tanımlanması gerekmiştir; öte yandan inanç öznelendirilmiş ve olasılıklı bilgiye ve zihinsel tutumlara göre yeniden tanımlanmıştır. Bu bakış açısına göre hezeyan, bir inanç alt-tipidir ve dış dünyaya ilişkin bir bilgi içeriği yoktur. 19. yüzyılın sonunda hastalıklı bir inanç olarak hezeyan kavramının kuruluşu tamamlanmış, bu aşamada oluşumu, düzeneği ve tipleriyle ilgili sorular ortaya atılmaya başlanmıştır (50)

Leeser ve ark.(1999)'a göre; Karl Jaspers 1913 yılında yayımlanan bilimsel psikopatolojinin başlangıcı olarak kabul edilen, "Genel Psikopatoloji" adlı yapıtında, bir hezeyanı 3 bileşene sahip, bozulmuş bir gerçeklik görüşü olarak tanımlamıştır:

1. Alışılmamış inanışla kabul edilirler.
2. Mantığa uygun değildirler.
3. İçeriklerinin saçmalık ve yanlışlığı diğer insanlar için açıktır.

Çok eski zamandan beri, hezeyan "akıl hastalığının" ana karakteri olarak alınmıştır (52).

Hamilton(1978) hezeyanı; "içsel hastalıklı süreçlerden kaynaklanan sarsılmaz bir yanlış inanış, kişinin eğitimsel ve kültürel zemini ile uyuşmamasıyla kolayca fark edilebilir" sözleriyle tanımlamıştır (53).

Gutiérrez-Lobos ve ark.(2001); Sims'in hezeyanı; hastanın eğitimsel, kültürel ve sosyal zemini ile uyuşmayan sarsılmaz bir yanlış inanış veya fikir olarak tanımladığını belirtmiştir (43)

Kendler (1983), hezeyan şiddeti ile zayıf ilişkili olabileceğini düşündükleri çok sayıda parametre öne sürmüşlerdir:

1. İnanış: Hastanın hezeyanlara inanma derecesi.
2. Uzantı: Hezeyanların hastanın yaşam alanlarını kapsama derecesi.
3. Gariplik: Hezeyan içeriğinin kültürel olarak doğru kabul edilen düşüncelerden farklılık düzeyi
4. Karışıklık: Hezeyanın sistematize olma derecesi.
5. Baskı: Hastanın ifade edilen hezeyanlı inançlarla zihninin meşgul olma derecesi.
6. Afektif yanıt: Hezeyanlı düşünce nedeniyle hastanın duygularının değişme derecesi.
7. Hezeyanlardan oluşan sapkın davranış: Her zaman olmasa da hastanın hezeyanlarına göre hareket etme derecesi (54).

Walker(1991), Hezeyan öncesi yaşantıların yaşandığı ruhsal durumu, "hezeyansal atmosfer" olarak adlandırmıştır. Hezeyansal atmosfer içinde garip ve kuşkulu bir şeylerin döndüğü yolunda bir güvensizlik duygusu yaşanmakta ve hastalar bunu son derece acı verici ve katlanılamaz bir yaşantı olarak algılamaktadırlar. Çevredeki tanıdık nesnelere tehdit altındadır, fakat bunlara yeni birtakım anlamlar verilemez. Sonra bu tehdit edici dünyada ansızın bir algı göze çarpar ya da bir bilgi yakalanır. Bu yeni öge, hezeyansal atmosferin yatışmasına ve yeni anlam ilişkilerinin kurulmasına yol açar. Bu algının ya da enformasyonun hangi ruhsal yetilerle ilişkili olduğu ve rastlantısal mı, yoksa önceki yaşantılarla ilişki içinde mi olduğu sorusu, geniş tartışmalara yol açmıştır ve halen de tartışılmaktadır. (55)

Roberts (1992) hezeyansal inancın oluşumunu; normal bir inançta olduğu gibi zamansal ardışıklık, inançların karmaşıklığı ve ısrarlılığına göre

belli aşamalardan geçerek ilerlemesini açıklamaya çalışmış, hezeyan oluşum evrelerini psikoz öncesi, akut ve kronik evreler olmak üzere üçe ayırmıştır (36)

Hezeyanlarla ilgili nörolojik bozukluklar sırasında oluşan psikotik durumların tartışılmasından kaynaklanan çeşitli ampirik, kavramsal ve spekülatif deliller öne sürülmüş olduğu halde, oluşumu veya idamesi için etraflı bir nörobiyolojik teori yoktur (56).

Gutiérrez-Lobos ve ark.(2001)' a göre Freud; psikopatolojik semptomların çoğu gibi hezeyanların da psikolojik öğeler olan id, ego ve süpereo arasındaki bir çatışmanın sonucu olduğunu söylemiştir. Freud; hezeyanın dışarıya döndürülen ve dış dünyaya mal edilen kişisel bir bilinçsiz, içsel durum veya çatışma olarak görüldüğünü ve latent homoseksüel eğilimlerin özellikle paranoid hezeyanların temelini oluşturduğunu kabul etmiştir. Daha sonra psikoanalitik yazarlar bu dar hipotezi bıraktılar ve hezeyanların seksüellikle ilişkili olması gerekmeyen, örneğin özgüven eksikliği, kronik anksiyete veya kimlik bozuklukları gibi herhangi bir ruhsal zayıflık için bir telafi olabileceğini öne sürdüler. Bu kavram Gutiérrez-Lobos'a göre Alfred Adler'in bireysel psikoloji teorisine benzer (43). Gutiérrez-Lobos ve ark.(2001)'a göre Kraepelin hezeyanı; "kanıtlarla değiştirilmesi mümkün olmayan yanlış düşünceler" olarak tanımlamışken, Stoddart hezeyanı "onu tecrübe eden kişiyle aynı sınıf, eğitim, ırk ve yaşam dönemindeki insanlar tarafından kabul edilemez olan bir hüküm" olarak tanımlamıştır (43).

Spitzer (1998); çağdaş sınıflandırma dizgelerindeki hezeyan, halüsinasyon ve duygudurumla uyumlu olup olmama gibi kavramların Jaspers'in formülasyonlarına epeyce bağlı kaldığını savunmakta, Berrios (1991) ise, "kabul edilmiş görüş" olarak adlandırdığı, hezeyanların patolojik inançlar olduğu görüşünün biçimlenmesinde Jaspers'in rolünü vurgulamaktadır (57,58).

20. yüzyıl başlarında sonradan psikotik bozukluk tanısı alan kişilerin kişilik özellikleri ve biyografileri arasındaki ilişki odak alınmıştır (43).

Schneider (1980), hezeyanların biçimleriyle ilgilenmiştir. O da "uygun hezeyan" ile "hezeyan benzeri düşünce" arasında güvenilir bir ayırım

sağlayacak bir kriter arayışında olmuştur ve ona göre böyle bir kriter 2 basamaklı bir süreç olarak tanımlanan "hezeyansal deneyim" kavramının ileri biçimidir. O'na göre; duygusal girdi doğruyken, yorumu hezeyanlardır (59).

Bugün hala, hezeyan tanımı bir sorunsal olarak karşımızda durmaktadır. Çok sayıda araştırmacı, DSM-IV'deki pek çok unsur ve benzer şekilde klinikte gözleendiği gibi yanlış tanımlanan hezeyan fenomeni üzerine eleştiriler yapmaktadır. Bu yüzden yanlışlık, değişmezlik ve alt kültürle ilişki ölçütleri oldukça sık sorgulanmaktadır. DSM-IV'e göre hezeyanlı kişilerin akıl yürütmelerinde yanlışlık olduğunu ileri süren "yanlış çıkarsama" tanımı ile ilgili olarak, son zamanlara kadar yapılan çok az çalışma vardır. Çok sayıda araştırmacı, bu tanımın aksine hezeyanlı kişilerde akıl yürütmenin kusurlu olmadığını, hezeyan oluşumunda esas olarak dürtüsel faktörlerin, algısal ya da bilişsel anormalliklerin merkezi bir rol aldığını öne sürmektedir (60).

2.2.3.Kuramlar

Hezeyan kuramları, şartlanma ya da yanlış algılama kavramları temel alınarak iki grupta toplanabilir. Şartlanma kuramına göre hastalar, içinde buldukları ruhsal durumdan dolayı hezeyan oluşturmaya yatkınlığı ve bu konuda eğilimleri olan kişilerdir. Kişiler yaşantılarına bir anlam atfetmeye, sıkıntılı konularından kurtulmaya çalışmaktadırlar. Freud tarafından geliştirilen kuramsal yaklaşım, bu gruba girmektedirler (61,62).

Yanlış algılama üzerine odaklanan yaklaşımlara göre ise hezeyanlar, normal dışı yaşantıların açıklanması gereksiniminden kaynaklanan inançlardır. Buna göre, hezeyanlı hastanın temel çıkarsama süreci bozulmamış, ancak duygusal yetilerdeki bozukluk hastanın gözlemlerini çarpıtmıştır. Klasik pozisyonun tersine bir hezeyan özellikle doğru algılanan duygusal girdiden yanlış sonuçlara yol açan bilişsel bir bozukluk değildir, fakat beklenmeyen, garip ruhsal olaylara, özellikle algılara karşı normal bir bilişsel reaksiyondur (63)

Hezeyan oluşumu ile ilgili kuramlara bakıldığında;

1. Dürtüsel Kuram

Freud'dan başlayarak, psikoanalitik kuramcılar hezeyanların, doyurulmayan istekler ve çözümlenmemiş çatışmaların dışsal kaynaklara

yansıtılması olduğunu öne sürmektedir. Daha yakın zamandaki psikoanalitik kuramcılar, "hezeyanların kişinin fantezi, duygulanım ve anılarını yansıttığı", bakış açısını korumaktadır (64). Winters ve Neale (1983), büyüklük hezeyanlarının, dışsal olaylar veya sıkıntı verici olumsuz bilişlerden korunmak için strese yanıt amacıyla oluştuğunu ve bu yüzden koruyucu bir işlevi olduğunu söylemektedir. Böylece, bu hezeyanlar kırılan egoyu sıkıntıdan koruyarak, bilinçdışı olarak yalancı bir kendiliği ortaya çıkarmaktadır (65).

2. Algısal Kuramlar

Algısal açıklamalar, hezeyanların algı veya bedenin değişen duyularından mantıksal çıkarımlar olarak ortaya çıktığı şeklindedir (36). Melges ve Freeman (1975), patolojik aşırı uyarılmışlığın yol açtığı kusurlu algısal filtre kavramını, sibernetik modeli kurmak üzere kullanmıştır. Başlangıç döneminde kontrol ile aşırı zihinsel uğraşın yatkinlaştırıcı bir durum yarattığını ve bunun da kontrolü kaybetme tehdidi ile kötülük görme hezeyanlarının oluşumuna zemin hazırladığını varsaymışlardır. Bu yazarlara göre; anksiyete ve uyarılmışlığın artması ile bu bireyler kontrolü kaybetmeye başlamakta ve başkalarının kendilerini kontrol etmeye çalıştığı inancını geliştirmektedir (66). Algısal kuramın çağdaş öncülerinden olan Maher (1974), hezeyanların anormal algısal yaşantıları açıklamaya yönelik yapılan normal akıl yürütme sonucu ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Maher(1974), hezeyanların anormal deneyimlerin, fakat normal akıl yürütmenin ürünü olduğunu öne sürmektedir (63).

3. Bilişsel Kuramlar

Hezeyanlar sıklıkla yanlış inanışlar olarak tanımlansalar da, tüm modeller normal inanç diye bir tanımlamayı desteklemez. Anormal tahminlerin, hezeyansal inançları pekiştirmesini teşvik ettikleri için, sadece hezeyan oluşumunda değil aynı zamanda hezeyan idamesinde de önemli olabileceği kabul edilmiştir. Davranış otomatizmini devam etmesinde pekiştirmenin önemi düşünüldüğünde, anormal tahmin sisteminin devam etmesiyle hezeyansal inançların hızla kararlı alışkanlıklar haline geldiği kabul edilir (67).

Şizofreninin bilişsel açıklamasını yapan Friston ve Frith modeli (1994)'ne göre, şizofreni hastalarının temel kendini izleme süreçlerinde bir bozulma vardır. Buna göre, şizofreni hastalarının kendi eylemlerinden kaynaklanan olaylarla dışsal kaynaklı olanları ayırt edemediği, kendi eylemlerinden kaynaklananları dışsal olaylara atfettiği ileri sürülmektedir (68).

4. Zihin Yetersizliği Kuramı

Friston ve Frith (1994)'in, "zihin yetersizliği kuramı"na göre; alınma hezeyanı, yanlış kimliklendirme (misidentification) ve kötülük görme hezeyanının doğasında diğer insanların davranış ve niyetlerini yanlış yorumlama vardır. Bu belirtiler, zihinde diğer insanlarla ilgili doğru çıkarsamalar yapmamızı sağlayan bir sistemin yetersizliği sonucu ortaya çıkmaktadır(68).

5. Akıl Yürütme

a. Kıyaslama Yoluyla Akıl Yürütme

Kemp ve ark.(1997)'a göre Von Domarus; psikoz hastalarında kıyaslama yoluyla yürüyen tümünden gelişimsel akıl yürütmede bir bozukluk olduğunu öne sürmüştür. Burada iki özne arasında yükleme bağlı özdeşim kurularak yanlış bir varsayım yapılması söz konusudur (69). Maher (1988), bu gibi hataların normal kontrollerde de sık olarak yapıldığını belirtmektedir (63).

b. Olasılık Yargısı

Garety ve Freeman(1999); bazı hezeyanların oluşumunda geçmiş deneyim, duygulanım, kendilik saygısı ve dürtülerin rol oynadığı, bazılarında ise algı ve yargı ile ilgili eksikliklerin rol aldığı çok faktörlü bir model ortaya koymuştur. İnanç oluşumu ve sürdürülmesinin normal süreçlerinde seçici dikkat ve önyargılı doğrulamalar (confirmation bias) gibi durumların önemli olduğunu belirtmektedirler. Aynı zamanda bazı vakalarda çok sayıda etkenin karşılıklı etkileşim içinde birlikte olabileceklerini ifade etmektedirler (70). Çok faktörlü açıklamaların onaylanması ile birlikte, "olasılığı kesin sonuç sayan bir akıl yürütme" (probabilistic reasoning) de hezeyan oluşumunda önerilen bir başka kuramdır (36)

c. Anlam Yükleme Biçimi

Hezeyanların gelişiminde sosyal çıkarımların önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Sosyal çıkarımsal süreçlerin iki tipinden bahsedilmektedir. Bunlar; sosyal etkileşimlerin neden olduğu çıkarsamalar ve diğer insanların niyetlerini anlamayı kapsamaktadır. İnsanlar olaylardan kolay bir şekilde sonuçlar çıkarır ve bunların nedeni onlara göre son derece açıktır. Pek çok çalışma bu varsayımı büyük ölçüde desteklemektedir. Aynı zamanda ötimik bireylerde anormal anlam yükleme biçiminin daha sonra depresyon gelişimine yatkınlık yarattığı ile ilgili kanıtlar elde edilmiştir (71)

d. Kendilik Farklılıkları (self-discrepancies) ve Kendilik Saygısı

Paranoid hastaların depresif hastalar gibi kendilikleri hakkında örtük olumsuz inançları olduğu ve bu durumun olumsuz yaşam olayları ile aktive olarak tehdit algısına açıklık yarattığı düşünülmektedir. Ancak depresif hastaların aksine, kötülük görme hezeyanı olan hastaların tehdit algısı yaratan olayları başkalarının eylemlerine atfederek kendilik hakkında olumsuz inançların aktive edilmesinden kaçındıkları düşünülmektedir. Bu varsayım normal kontrollerde kendiliğin tehdit algıladığı durumlar altında ortaya çıkan kendiliğe hizmet eden önyargılı eğilimlerle tutarlıdır (69).

2.2.3. Hezeyanın Alt Tipleri

Hezeyanlar genel olarak 4 gruba ayrılırlar (52). Bunlar;

1. Bizar hezeyanlar: Hezeyanlar; "eğer açıkça mantıksız (akla uymayan, anlaşılmaz) ve yaşanması mümkün olmayan olaylarla ilgili ise bizar sayılır. Bizar hezeyanlara örnek genel olarak DSM-III ve DSM-IV'te Schneider'in birinci sıra belirtilerinden alınsa da diğer hezeyanlar da temalarına göre bizar olabilirler (72).
2. Bizar olmayan hezeyanlar: Gerçekte olmayan ancak olması mümkün olabilen inanışlardır (72).
3. Duygudurumla uyumlu hezeyanlar: İçinde bulunulan ruh hali ile uyumlu türden hezeyansal inanışlardır.
4. Duygudurumla uyumlu olmayan hezeyanlar: İçinde bulunulan ruh hali ile uyumlu olmayan hezeyansal inanışlardır.

A. Hezeyan Temaları

Hezeyanlar içerdikleri temalar bakımından çok çeşitlidir, fakat belirli genel özellikler ortak şekilde görülür ve bu da hastanın duygusal, sosyal ve kültürel zemini tarafından belirlenir.

1. Paranoid Hezeyan (Şüphencilik)

Paranoid terimi pek çok semptom, sendrom ve kişilik bozukluğu terimi ile birlikte kullanılır (73). Anlaşılabilirliği kolaylaştırmak yönünden paranoid semptomların görüldüğü hastalıklar 2 grup altında toplanabilir (73).

1. Şizofreni, duygudurum bozuklukları, organik mental bozukluklar gibi primer ruhsal bozukluklarla birlikte görülen paranoid semptomlar.
2. Diğer primer bozukluklarla ilişkisi olmayan DSM-IV ve ICD-10'da ayrı bir bölüm olarak incelenen hezeyanlı bozukluklar.

Paranoid tip hezeyanlar; kötülük görme, alınma ve kıskançlık hezeyanlarını içerir. (74).

1.a. Kötülük Görme Hezeyanı (Persekütif)

En sık görülen hezeyan tipidir (75). Buradaki başlıca tema, kişinin kendisine karşı elbirliği ile çalışıldığı, aldatıldığı, gözetlendiği, zehirlendiği, bile bile iftira edildiği, taciz edildiği ya da uzun süreli amaçlarının peşinde koşarken engellendiği üzerinedir. Bu hezeyanı olan kişiler çoğu zaman kızgın ve kırgındırlar. Kendilerine zarar verdiğini düşündükleri kişilere yönelik şiddete başvurabilirler (73).

1.b. Alınma Hezeyanı (Referans)

Bunlar çeşitli obje, olaylar veya insanların hasta için bireysel ve özel bir önemi olması ile ilgili düşünceleridir. Gazetede okunan bir makale veya TV'de izlenen bir olay veya bir söz doğrudan hastaya yönelmektedir. Yine kişi komşularının yada yakınlarının herhangi bir eylem ya da jestini, kendisine yönelik özel birşey anlatmaya çalıştığı biçimde algılayabilir (73).

1c. Kıskançlık Hezeyanı

Kişinin ortada hiçbir kanıt olmamasına rağmen eşinin ya da partnerinin kendisini aldattığına inanmasıdır. Kişinin hezeyanlarının başlıca temasının kıskançlık olması durumu "Othello Sendromu" olarak tanımlanır (76,77).

Şizofreni, hezeyanlı bozukluk, İUDDB, alkolizm, cinsel işlev bozukluğu ve nörolojik rahatsızlıklarda görülebilir. Kafa travması ve travma sonrası meydana gelen psikotik bozukluklarda, beyin tümörlerinde ve alkol-madde kullanımında daha çok kıskançlık hezeyanı görülür (74).

2. Düşüncenin Sahiplenilmesi İle İlgili Hezeyanlar

2.a. Düşünce Okunması Hezeyanı

Bu hastalar diğer insanların onların aklından geçenleri yani düşüncelerini anlayabildiğine ya da onların düşüncelerini okuyabildiklerine inanırlar (74).

2.b. Düşünce Sokulması Hezeyanı

Bu hastalara göre; diğer insanlar tarafından bazı düşünceler zihinlerine zorla sokulmaya çalışılmaktadır (74).

2.c. Düşünce Yayınlanması Hezeyanı

Bu hastalar, kendilerinin düşüncelerinin başka kişiler tarafından çevreye yayıldığına inanmaktadırlar (74).

2.d. Düşünce Çalınması Hezeyanı

Bu hastalar kendi düşüncelerinin başkaları tarafından çalındığına inanmaktadırlar (74).

2.e. Etkilenme Hezeyanı (Kontrol)

Bazı hastalara göre diğer insanlar onların düşüncelerini, duygularını ya da davranışlarını etkileyip kontrol etmektedir. Bunun hipnoz, telepati gibi yollarla ya da radyo, televizyon, bilgisayar ya da bu iş için yapılmış bazı özel aygıtlar aracılığıyla yapıldığına inanırlar (52,74).

3. Depresyonla İlgili Hezeyanlar

3.a. Değersizlik Hezeyanı

Kişinin kendisinin hiçbir işe yaramadığı ve kimse tarafından sevilmediği, istenmediği ile ilgili hezeyanlardır. Psikotik depresyonlu hastaların %48'inde görülür (78).

3.b. Suçluluk Hezeyanı

Affedilmeyecek bir suç işlemiş olduklarını ve bu nedenle tanrı tarafından cezalandırılacaklarını ve cehennemde çürüyecekleri konusunda

ısrar ederler. Hastalar çok kötü veya uğursuz insanlar olduklarına ve ailelerini mahvettiklerine inanırlar (79).

3.c. Nihilistik Hezeyanı (Hiçlik)

Kişinin kendisinin ya da bir parçasının varolmadığını ya da öldüğünü düşünmesidir (49). Hastanın kendisinin, diğerlerinin ve dünyanın yok olduğu ya da yok olmak üzere olduğu şeklinde düşüncelerinin olmasıdır (74). Nihilistik hezeyanlara, psikotik özellikli depresyonu olan hastalarda sık rastlanmaktadır (74).

3.d. Yoksulluk Hezeyanı

Kişinin maddi durumunun iyi olmasına rağmen maddi sıkıntısı olduğuna inanmasıdır (80).

4. Büyüklük Hezeyanı (Grandiyöz)

Burada hasta kendisinin ünlü bir şöhret olduğuna veya doğüstü güçlere sahip olduğuna inanabilir. Büyüklükle ilgili hezeyansal inanışlar nesnelere genişleyerek yaratıcılık hezeyanına yol açarlar. (43). Bu hezeyanlar temelde benlik saygısının eksikliğine dayanır, bilinçdışı yetersizlik duyguları için bir kompensasyon sağladığı düşünülmektedir (73). Büyüklük hezeyanları hezeyanlı bozukluğun bir alt tipi, şizofreni veya İUDDB'nin manik epizodunda görülebilir (37) Hezeyanlar genellikle doğa üstü güçler, bilim kurgu, fiziksel üstünlük, keşif ve buluşlarla ilgilidir (81).

5. Dini-mistik Hezeyan

Dini ya da manevi içerikle ilgili konulardaki yanlış inanışlardır. Hastaların dini konularla fazla uğraştıkları, zamanlarının çoğunu buna ayırabildikleri, bunu bahane göstererek sokağa çıkmadıkları ya da tüm zamanı aşırı biçimde ibadet ederek geçirmeye başladıkları izlenebilir. Bazı hastalar kendilerinin peygamber olduğuna inanmaya başlayabilirler. Bu nedenle dış görünüşlerini değiştirebilirler. Ya da bazı hastalar başına gelenlerin büyü nedeniyle olduğuna inanırlar ve bunun işaretlerini aramaya başlarlar (74).

6. Somatik Hezeyan (Dokunsal)

Hezeyanlı sistemin ana temaları hipokondriak veya somatik özellikler taşıdığı zaman bu tanımlama akla gelir. Munro üç farklı tip önermiştir. En sık

görülen tipi kişinin derisinin üzerinde ya da içinde böcekler olduğunu, içinde parazit bulunduğu gibi konularla ilgili olduğunu ileri sürmüştür. Diğer alt tip ise, Olfaktor Referans Sendromu (ORS) olarak adlandırılan; kişinin vücudundan veya ağzından kötü kokular yayıldığına dair hezeyanların bulunduğu tiptir. ORS hastaları beden kokularıyla aşırı meşguldürler. Diğer bir alt tip ise; kişinin vücudunun bazı bölümlerinin şeklinin bozuk olduğu ya da işlev görmediğine ilişkin hezeyanların olduğu tiptir (82).

7. Erotomanik Hezeyan (Aşk)

Kişinin düşüncelerine, sosyal ilişkilerine ve ruhsal yaşamına bütünüyle cinsel fantezilerin egemen olması şeklinde görülen erotomanik hezeyanda; çoğu zaman gerçek bir cinselliğe yönelmek yerine hayal dünyasında yarattığı platonik bir aşkı yaşatması söz konusudur (72). De Clerambault sendromu veya Passionelle psikozu olarak da adlandırılmış olan erotomani de genellikle daha yüksek statüde başka bir kişinin kendisine aşık olduğuna inanır (83). Bu kişiler evli oldukları için veya başka sebeplerden dolayı hasta için ulaşılmazdır. Hasta diğer kişinin bu aşkın ilk dile getiren taraf olduğuna inanır ve bu düşüncesi için; bakışlardan, gazetelerden, yoldan geçenlerin jestlerinden kendine yönelik kanıtlar bulur. Bu kişiden gelen herşey olumsuz bile olsa aşkın göstergesi olarak kabul edilir (84).

2.2.4. Hezeyanın Görüldüğü Tıbbi Durumlar

Hezeyanlar; psikiyatrik hastalıklar yanında, tıbbi, nörolojik ve ilaç/madde kullanımı sonrası görülebilirler (37,72,85)

A.Tıbbi Hastalıklar:

Paraneoplastik sendromlar, viral ensefalit, Lyme hastalığı, sifiliz, malaria gibi İnfektif durumlarda, hipotiroidizm, hipertiroidizm, adrenal yetmezliği, Cushing sendromu, hipoparatiroidizm ve hiperparatiroidizm gibi endokrin/metabolik bozukluklarda, Porfiriya ve metakromatik lökodistrofi gibi metabolik hastalıklarda, B12 eksikliği gibi vitamin eksikliğinde, ağır metal zehirlenmesi, mantar zehirlenmesi gibi toksik hastalıklarda, hipo-hiperkalemi, hipo/hipernatremi, hipo/hipermagnezemi hipopotasemi, hipoglisemi gibi elektrolit dengesizliklerinde ve kafa travması sonrası hezeyan görülebilir (86-92).

B. Nörolojik Hastalıklar:

Sarkoidoz, Hashimoto ensefaliti, anti NMDA reseptör ensefaliti gibi otoimmün hastalıklarda, velokardiyofasiyal sendrom gibi kromozom anomalilerinde, Alzheimer hastalığı, Lewy cisimcikli demans ve Parkinson hastalığı gibi nörodejeneratif bozukluklarda, inme, beyin tümörleri, multiple skleroz ve epilepsi gibi fokal nörolojik hastalıklarda hezeyan görülebilir (93-96).

C. İlaç/ Madde Kullanımı

Amfetamin ve kafein gibi uyarıcılar, fensiklidin ve lizerjik asit dietilamidi (LSD) gibi hallusinojenler, antikolinerjikler, alkol kesilmesi, barbitürat kesilmesi, ketamin gibi anestezi ajanları, anabolik steroidler, esrar, eroin, kannabis, kokain, semptomimetik ilaçlar, dopamin agonistleri, vigabatrin gibi antikonvülzanlar hezeyan görülmesine neden olabilirler(97).

D. Psikiyatrik Hastalıklar

Şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa psikotik atak, hezeyanlı bozukluk, paylaşılmış psikotik bozukluk, şizoafektif bozukluk, psikotik bulgulu İUDDB, psikotik bulgulu depresif bozukluk, depersonalizasyon bozukluğu ve vücut dismorfik bozukluğunda hezeyanlar görülebilir(37,97).

2.3. Şizofreni

2.3.1. Tanım

DSM IV şizofreniyi; altı aydan uzun süren, en az bir ay hezeyan, halüsinasyon, dezorganize konuşma, dezorganize veya katatonik davranış ve negatif belirtilerden iki veya daha fazlasının olduğu bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır(37). Şizofreni; düşünce, davranış, algı, konuşma, iletişim, sosyal ilişkiler, dikkat, dürtü denetimi, çevre ile olan etkileşim ve duygusal ifadeler alanlarında belirtiler gösteren ve gerçeği değerlendirmenin bozulmuş olduğu bir hastalık kümesidir (13).

2.3.2. Tarihçe

Şizofrenik bozukluğun ilk olarak tanımlanması 1800'lü yılların ikinci yarısına rastlamaktadır. Morel 1860 yılında, ergenlik döneminde başlayan yıkımla süregelen bu bozukluğa erken bunama (dementia precox) adını vermiştir (13). 1863 yılında Kahlbaum "paraphrenia hebetica" terimini

kullanmıştır (98). Hecker 1871'de "hebefreni" olarak tanımladığı bozuklukta hastaların garip davranışlarını kaydetmiştir. (13,99).

Şizofreniye bakış açımızda büyük çığır açan Emil Krapelin; bozukluğun katatonik ve hebefrenik tiplerine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek tüm bu tipleri 'dementia precox' tanımı kapsamına almıştır (98). Ayrıca, bu bozuklukta hezeyan ve halüsinasyonların en belirgin belirtiler olduğunu ve hastalığın süregelen yıkımla seyrettiğini belirtmiştir (98). Eugen Bleuler, 1911 yılında "dementia precox" yerine literatüre günümüze kadar gelen şizofreni terimini kazandırmıştır (13,98). Bleuler, bu terim ile düşünce, duygu ve davranışlar arasındaki bölünmeyi belirtmeye çalışmış, "dementia precox" tanımının kapsamını da eleştirerek, bu durumunun tek bir hastalıktan ziyade birçok hastalığı içeren bir bozukluk olduğunu belirtmiştir (13). Bleuler, erken başlangıç ve şiddetli yıkımın sadece ağır vakalarda görüldüğünü ve şizofreninin mutlaka yıkımlı bir gidişe sahip olmasının gerekmediğini vurgulamış; bu bozukluğa kesitsel bir yaklaşım getirmiştir (100). Bleuler, temel olarak patolojinin çağrışım bozukluğundan kaynaklandığını; bunun yanında ambivalans, otizm ve duygulanım bozukluğunun şizofreni hastalarındaki zihinsel bölünme teorisi için primer belirtiler olduğunu belirtmiş ve bu temel belirtileri şizofreninin 4A'sı olarak isimlendirmiştir. Hezeyan ve halüsinasyonların ise ikincil belirtiler olduğunu belirtmiştir (13,98,99,100).

20 yüzyıl ortalarında Schneider, şizofreni tanısı için, kendilik ve dış dünya arasındaki engeli bozan birincil ve ikincil belirtiler olduğunu belirtmiştir (100).

2.3.3.Epidemiyoloji

Dünya üzerinde yaklaşık 24 milyon kişinin bu hastalıktan etkilendiği düşünülmektedir (101). Coğrafi dağılım olarak tüm dünyada, sıklık ve yaygınlık değerleri benzerlik göstermektedir (98). Yapılan değişik çalışmalarda şizofreni sıklığı yıllık 0.1-0.7/1000 yaygınlığı ise 0.6-7.1/1000 olarak rapor edilmiştir (13). Warner, 1995 yılında yayınlanan derlemesinde yaşla düzeltilmiş sıklığı 100.000 kişide 10-40 yeni olgu olarak vermiştir (101). Ülkemizde şizofreni epidemiyolojisi ile ilgili yeterli miktarda çalışma olmamakla birlikte, Sivas ilinde yapılan bir çalışmada yaşam boyu

yaygınlığının %0.5 oranında olduğu ve şizofreni sıklığının ülkemiz dışındaki sonuçlar ile uyumlu olduğu belirtilmiştir (102).

2.3.4.Etiyoloji

Şizofreni, heterojen özellik gösteren bir hastalık grubudur (72). Psikiyatrik bozuklukların günümüz değerlendirmeleri en az dört ögenin bileşimini içermelidir: Genetik yatkınlık, yaşam stresörleri, bireyin stresle başa çıkma becerileri ve virüs, toksin ve çeşitli hastalıklar gibi çevresel etkiler (103).

Şizofreniyle ilgili bilgilerimiz gün geçtikçe artmasına rağmen, bu bozukluk için spesifik etiyolojik faktörler veya bozukluğun ortaya çıkışı süreçleri kesin olarak tanımlanamamıştır (104). Etiyoloji üzerindeki görüşler eskiden beri organik ve psikososyal olmak üzere iki ana kümede tartışılmış olsa da, 20-30 yıldan beri şizofreni, giderek artan bir yaygınlıkla, beynin bir gelişim bozukluğu olarak kabul edilmektedir. Şizofreninin asıl nedeninin henüz kanıtlanamamış bir beyin bozukluğu olduğu görüşü kesinlik kazansa bile, ortaya çıkışında ve zaman zaman görülen alevlenmelerde çevresel/ruhsal etkenlerin varlığı da önemsenmektedir. Böyle bir bozuklukta çok değişik oluş nedenlerinin bulunması doğaldır. Organik yönden yapılan araştırmaların yanı sıra psikolojik ve çevresel etkenlerin araştırılması da şizofrenik bozukluğun anlaşılmasında önemli ilerlemeler sağlamıştır (15).

2.3.5.Klinik Özellikler

Şizofreni semptomları; hezeyan, halüsinasyon, sürekli ağlama ya da gülme, evham, kendini tanıyamama, heyecan, sıkıntı, kuşku, güvensizlik, düşmanca düşünceler, her şeyi üstüne alınma, sese ve renklere aşırı duyarlılık, aşırı derecede konuşma, kafiyeli konuşma ve anlatma isteği, anlatımda kopukluk gibi normalin üstünde aşırı (pozitif) semptomlar ve güçsüzlük, insanlardan kaçma, konuşmada bozukluk, duygulanımda eksiklik, yaşamdan zevk alamama, uğraştığı işe kayıtsızlık, dış görünüşü önemsememe, bakımsızlık, kendini bulunduğu ortamdan ya da insanlardan yalıtılmışlık hissi gibi normal işlevlerde azalma ile giden (negatif) semptomlar şeklinde ayrılabilir (105).

Şizofrenide; içgörü, düşüncelerin içeriği ve oluşturulması, duyguların deneyimlenmesi ve ifade edilmesi, algılama, davranışlar ve bilişsel işlevler gibi birçok alanda belirtiler ortaya çıkabilir. Şizofreni, heterojen görümlü bir hastalık olduğu için tipik bir genel görünüme sahip değildir; her hastada farklı belirtiler görülebilir (98).

Şizofreni, kadın ve erkeklerde eşit oranlarda görülmekle birlikte, hastalığın başlangıç yaşı erkeklerde kadınlara oranla daha erkendir. Genel olarak başlangıç yaşı erkeklerde 15-25 yaşları arasında iken, kadınlarda 25-35 yaşları arasındadır. Hastalığın 10 yaşından önce ve 60 yaşından sonra başlaması nadir görülmektedir (98,106).

Bazı şizofren hastalarda görülebilen kendine bakımda azalma, sağlıksız ortamlarda bulunma ve alkol-madde kullanımları nedeniyle enfeksiyon hastalıkları daha çok gözlenmekte ve hasta yaşamı olumsuz yönde etkilenmektedir. Şizofreni hastaları bu nedenlerle, diğer insanlarla karşılaştırıldığında, 10 yıl daha az yaşam süresine sahip olabilmektedir (107).

2.3.6. Tanı

Şizofreni tanısı, tümüyle klinik görünümüne dayanır. Tanı testlerinin kullanımı, klinik şüphe olduğunda diğer hastalıklardan ayırt etmek için yapılmaktadır. Çünkü tanı klinik bulgulara dayanmaktadır. Halen bütün dünyada en yaygın ve geçerli olarak kullanılan tanı kriterleri ICD-10 ve DSM-IV'tür. (108)

2.3.7.Şizofreni ve Hezeyan

Şizofrenide düşünce bozukluğu ile ilişkili olarak ortaya çıkan belirtilerin en önemlisi hezeyanlardır. Gutiérrez-Lobos (2001)'a göre Kraepelin, hezeyanlı bozukluk veya İUDDB hastalarının tipik hezeyanlarına kıyasla şizofrenik hastalardaki hezeyanların "olağan dışı, bazen tamamen saçma" olduğunu belirtmiştir. Karl Jaspers ise hezeyanları "gerçek hezeyanlar" ve "hezeyan benzeri düşünceler" şeklinde iki gruba ayırmıştır (43).

Bertelsen ve ark.(2002)'a göre Kurt Schneider, şizofreniye tanı koymak için patognomonik olduğuna inandığı hezeyan ve halüsinasyonlardan oluşan bir liste yapmış ve onları birinci sıra belirtiler olarak sınıflamıştır. Bu belirtiler; dış güçler tarafından beden etkilenmesi duygusu, düşünce çalınması, düşünce

sokulması, düşünce yayınlanması, düşüncelerin başkalarınınca okunması, duygusu, düşünce ve dürtülerin dış güçlerce etkilenip denetlendiği duygusu, kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme, kendisine emir veren, yönlendiren seslerin işitilmesi, kendisiyle kavga eden, tartışan seslerin işitilmesi şeklinde tanımlanmıştır (15,108).

Şizofrenide en sık kötülük görme hezeyanları görülür. Etkilenme hezeyanları da hemen hemen şizofreni için patognomoniktir (15,72).

Şizofreni hastası hezeyanlarını çoğu zaman gerçek olarak kabul eder. Hezeyanlar hastanın davranışlarını ve tutumlarını etkileyebilir. Bu nedenle şizofrenik hezeyanların her zaman olmasa bile sıklıkla benlikle uyumlu (egosintonik) olduğu söylenebilir (109).

2.3.8.Şizofrenide Görülen Hezeyanlarla İlgili Türkiye’de Yapılan Çalışmalar

Karadağ (1991), 47 şizofrenik ve 31 İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarıyla yaptığı uzmanlık tezinde; şizofreni hastalarının %68’inde kötülük görme, %59.6’sında büyüklük, %51.1’inde alınma, %27.7’sinde düşünce okunması, %8.5’ inde düşünce sokulması, % 6.4’ ünde nihilistik ve %4.3” ünde de suçluluk hezeyanlarının görüldüğünü bildirmiştir (45).

Oskanyan (1991)’in uzmanlık tezinde, 50 kadın ve 50 erkek hastanın hezeyanları karşılaştırılmış; en sık kötülük görme hezeyanı görüldüğü (%89), onu alınma (%56) hezeyanının izlediği ve erkeklerde düşünce okunması ve kötülük görme hezeyanının kadınlara göre anlamlı ölçüde daha fazla olduğu belirtilmiştir (110)

Tezcan ve ark. (2003), 43’ü kadın, 47’si erkek toplam 90 şizofreni hastasıyla yaptıkları bir çalışmada; erkek hastaların 33’ünde, kadın hastaların 29’unda olmak üzere toplam 90 hastanın 62’sinde (%68.8) mevcut olan kötülük görme hezeyanının birinci sıklıkta olduğu; dini-mistik ve büyüklük hezeyanlarının erkeklerde, kıskançlık hezeyanlarının ise kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Homoseksüalite ile ilgili hezeyanlar ise sadece erkek hastalarda belirlenmiştir (111).

Geçici ve ark. (2010), Türkiye’nin 3 ayrı ilindeki psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi edilen 373 şizofreni hastası ile yaptıkları çalışmada; her iki

cinsiyet ve grupta en sık olarak kötülük görme (%78.8) ve alınma (%63.8) hezeyanlarını saptanmış olup, zehirlenme ve erotomanik hezeyanların ise kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğünü tespit etmişlerdir (112)

Özen ve ark. (2010), yaptıkları bir çalışmada; herhangi bir hezeyanı olan 112 şizofreni hastasının %92'sinde kötülük görme ve %79'unda alınma hezeyanı olduğunu belirtmişlerdir. Korku içeriği olarak hakkında olumsuz şeyler düşünülmesi ve konuşulması, zehirlenme, öldürülme, izlenme temalarının daha sık olduğu (sırasıyla, %66, %49, %47, %41), aile-akrabalardan, komşu-arkadaşlardan, medyadan, polis-askerden, sağlık personelinden, teröristlerden korkmanın daha sık olduğu (sırasıyla, %75, %62, %24, %20, %14, %13) tespit edilmiş ve kadınlarda aile-akrabaları suçlama, erkeklerde polisi-askeri ve teröristleri suçlamanın daha sık olduğu belirtilmiştir (113).

2.3.9.Şizofrenide Görülen Hezeyanlarla İlgili Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar

Cape Town'da şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada 56 şizofrenik (beyaz ve siyah) hastaların semptomları karşılaştırılmış, hezeyan ve halüsinasyonların siyahlarda anlamlı ölçüde fazla olduğu bulunmuştur. Yazarlar bunun ya kullanılan skalaya bağlı ya da değerlendirmecinin kendi kültürü dışındaki bir kültürde araştırma yapmasına bağlı olabileceğini söylemişlerdir. Bu çalışmada düşünce çekilmesi %37, düşünce sokulması %36, etkilenme hezeyanı %34, düşünce yayınlanması %31 olarak bulunmuştur (114).

Tandon ve Greden (1987)'in Michigan'da 50 şizofreni hastası ile yaptıkları bir çalışmada; düşünce sokulması %32, düşünce çekilmesi %28, düşünce yayınlanması %26 ve kötülük görme hezeyanı %10 olarak bulunmuştur (115).

Suzuki ve ark. (1990), 56 erkek, 41 kadın şizofrenik hastanın hezeyan içeriklerini karşılaştırmışlar ve erkeklerde daha fazla hezeyan görüldüğünü, kadınlarda erkeklerden daha fazla tanıdıklar hakkında hezeyanlar geliştiğini ve erotomanik hezeyanların kadınlarda daha fazla görüldüğünü belirtmişlerdir (116).

Hindistan'da yapılan bir çalışmada 44 şizofreni hastasının %34.1' inde kötülük görme, %20.1'inde alınma, %18.2'sinde Schneiderian hezeyanlar ve %9.1'inde de büyüklük hezeyanları görüldüğü bulunmuştur (117).

Makota ve ark. (2002), 137 şizofreni hastasıyla yaptıkları bir çalışmada; hastaların %67'sinde bizar hezeyanların görüldüğünü, bu sonucun da yapılan başka çalışmalarla uyumlu olduğunu belirtmişlerdir (118). Ptaff ve ark. (2008)'in Berlin'de yaşayan 132 paranoid şizofreni ve Regensburg'da yaşayan 151 paranoid şizofreni hastaları arasındaki dini-mistik hezeyanlarla ilgili bir çalışmada; Regensburg'da dini-mistik hezeyanların görülme sıklığının %28.6, Berlin'de ise %11.6 olduğunu bildirmişler ve bu farklılığı kültürel faktörlerle ilişkilendirmişlerdir (117).

Amerika'da 20 yıl boyunca takipleri yapılan şizofreni hastalarında; düşünce çalınması, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması ve düşüncelerin başkalarınca okunması gibi Schneiderian hezeyanlarının şizofreni hastalarında, İUDDB hastalarına göre daha sık oranda görüldüğü saptanmıştır (120).

2.4. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu (İUDDB)

2.4.1.Tanım

DSM-IV sınıflandırmasında "Duygudurum Bozuklukları" başlığı altında yer alan İUDDB, belli bir düzene bağlı olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da karma dönemler ve dönem aralarında kişinin bazen eşik altı belirtiler sergilediği bazen de hiçbir belirtisinin bulunmadığı "sağlıklı" dönemler ile giden kronik bir bozukluk şeklinde tanımlanmıştır (16, 121-124).

Son yıllarda İUDDB'nin heterojen bir yapıda olduğu ve alt tipleri ile ilgili belirteçlerin tanımlanması gerektiği konusunda ortak görüşler bulunmaktadır (125).

2.4.2.Tarihçe

Mani ve depresyonun varlığına dair bilgiler, antik çağlara kadar dayanmaktadır. Homeros, İlyada destanında Yunanca'da öfke ve gazap anlamına gelen "mani" sözcüğünü kullanmıştır. Hipokrat, M.Ö. 400'de keder, sinirlilik ve iştahsızlık şeklindeki klinik görünüm için "melankoli" terimini kullanmıştır. Eski Yunan kaynaklarında yükselmiş duygudurumla giden

durumlardan bahsedilmektedir. M.S. birinci yüzyılda Soranus, yükselmiş duygudurumla giden durumların melankoliyle bağlantısına dikkat çekmiştir (72). Daha sonra Kapadokyalı Areatus (M.S. yaklaşık 150) melankoli ve mani arasında bir bağlantı olduğunu gözlemlemiş ve aynı hastaların farklı zamanlarda bu iki durumu yaşadıklarını söylemiştir (126). İlk defa dönemsel hastalık kavramını kullanan kişinin W. Griesinger olduğu bilinmektedir (127). Jules Falret 1854'te bazı psikotik hastaların kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini, hastalığın periyodik olarak tekrarladığını gözlemlemiş ve bu hastalıkları "Folie Circulaire" olarak isimlendirmiştir. Aynı yıllarda başka bir Fransız Jules Baillarger, hastaların ileri düzeyde çökkün olduğu ve sonunda atlattıkları "folie a double forme" durumunu tanımlamıştır. Alman psikiyatrist Kahlbaum 1882'de siklotimi terimini kullanarak depresyon ve maniyi aynı hastalığın aşamaları olarak tanımlamıştır (72). Emil Kraepelin 1889'da manik depresif hastalığı ilk tanımlayan kişidir ve karma durumları ilk tanımlayan kişi de yine O'dur (127). Bleuler 1930'da, depresif ve manik dönemlerle giden bu hastalığı "Affektif bozukluklar" olarak adlandırmıştır ve sadece depresif dönemle seyreden tabloya "unipolar hastalık", manik depresif dönemlerle ya da sadece manik dönemlerle seyreden tabloya da bipolar hastalık demiştir. 1938 yılında elektrokonvulzif sağaltımın bulunması, daha sonraki yıllarda nöroleptiklerin, antidepresan ilaçların ve lityumun kullanıma girmesi, bu hastalıklarda birçok biyokimyasal kuramın öne sürülmesini beraberinde getirmiştir.

1970'li yıllarda İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Depresif Bozukluk şeklinde ayrı olarak ele alınmaya başlanmıştır (128) ve DSM-III (1987) ile birlikte "affektif bozukluklar" tanımı yerine halen tanı sınıflamalarında kullanılan "duygudurum bozuklukları" tanımı gündeme gelmiştir (48).

2.4.3. Epidemiyoloji

İUDDB'nin yaşam boyu yaygınlığı %0.4-1.6 (ortalama 1. 2) arasındadır. Spektrum olarak ele alındığında, oran %5'i geçmektedir (16,98). İUDDB'de sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7.4-30/100.000'dir (1,121).

2.4.4. Etiyoloji

İUDDB'nin etiyojisi tam olarak bilinmemekle beraber; genetik faktörler, yapısal beyin değişiklikleri, nörokimyasal faktörler, ikincil haberciler, hormonlar, yaşam olayları ve çevresel zorlanmalar ve psikodinamik faktörler üzerinde durulmuştur (129,130).

2.4.5. Klinik Özellikler

İUDDB, genellikle hayat boyu süren yineleyici bir hastalıktır. Tipik olarak ergenlik veya 20-30'lu yaşlarda başlamaktadır. Cinsiyet oranı aşağı yukarı eşit olduğu halde, erkekler daha fazla manik dönemler, kadınlar ise daha fazla depresif ve karma dönemler geçirmektedir (124,131,132).

İUDDB'nin klinik seyri; erken başlangıç, ailede İUDB öyküsü, tedaviye geç yanıt, geçirilen dönem sayılarının fazlalığı, eşik altı belirtilerin dönemler arasında sürmesi, eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar, stresli yaşam olayları, hastalıktan önceki işlevselliğin düşük olması, tedavi uyumsuzluğu, hızlı döngülülük ve kronik gidişten olumsuz etkilenmektedir (126). Yüksek özkıyım girişimi, kötü akademik başarı, insanlarla sorunlu iletişim, yüksek madde kötüye kullanım oranları, yasal güçlükler ve çok sayıda hastaneye yatış gibi çocuk, ergen ve yetişkinlerin hayatlarına ciddi biçimde zarar verebilen kronik bir süreçtir (133). Sonlanımının her zaman iyi olmadığı, ekonomik ve sosyal maliyetinin çok yüksek olduğu bildirilmiştir. Yanlış tanı konulma oranının sık olduğu ve doğru tanı konulana kadar yaklaşık 10 yıl geçtiği bildirilmektedir (133-135). Tanı koymadaki ve sağaltıma başlamadaki gecikmeler hastalara çok büyük yükler getirmektedir. Son araştırmalar İUDDB hastalarının %69'unun sağaltım için ilk psikiyatrist başvurularında tam olarak tanınmadıklarını ortaya koymaktadır (134,135). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından toplumda yeti yitimi oluşturan hastalıklar arasında altıncı sırada yer alan İUDDB'nin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu belirtilmektedir (136-138).

2.4.6. Tanı

İUDDB tanısı klinik görünümüne göre konulur. Halen bütün dünyada en yaygın ve geçerli olarak kullanılan tanı kriterleri ICD-10 ve DSM-IV'tür (134,135).

2.4.7. İUDDB ve Hezeyan

İUDDB tanılı hastaların yaklaşık %50-75'inde psikotik semptomlar görülür (139). Yapılan bir çalışmada bir grup İUDDB tanılı hastada yaşam boyu psikotik belirti sıklığı %90 olarak saptanmıştır (140). Hezeyanlar, %50'den fazla hastada görülür. Bu hezeyanlar duygudurumla uyumlu olabileceği gibi duygu durumla ilgili olmayan bizar hezeyanlar ve Schneieder'in birincil sıra belirtileri şeklinde de görülebilir. Psikotik özellik gösterenlerde hastalığın gidişi, psikotik özellik göstermeyenlere göre kötü değildir ve psikotik özellik İUDDB'un daha ağır veya ilerlemiş formu olarak görülmemelidir. Fakat duygudurum ile uyumsuz psikotik belirtiler kötü prognoz göstergesidir (141).

Psikotik mani erken başlangıçlı olgularda ve nörogelişimsel bozukluğu olan bireylerde daha sık görülür. Manik hastada; fiziksel güç, statü, keşif-buluş ve zenginlikle ilgili büyüklük hezeyanları görülür. Hastalar kendi büyülenmeci kimlikleri ile düşmanlarının düşüncelerinden kaçır, onların kendisinin özel yeteneklerine karşı durduklarını ve kıskandıklarını düşünebilir ve arkasından karşısındaki insanlara karşı yoğun kötülük görme hezeyanları geliştirebilirler.

Manik dönemdeki hastaların yarısından fazlasında görülen psikotik belirtilerin %67'sinde bu belirtiler duygu durumla uyumlu iken, kalan üçte birinde duygu durumla uyumlu değildir. Manide görülen duygu durumla uyumlu olmayan hezeyanlara özellikle paranoid türden kuşku, izlenme, kötülük görme düşünceleri ve hezeyanlarının varlığına ilk olarak 1959'da Aksel dikkat çekmiş ve İUDDB'nin hezeyanlı belirtilerin baskın olduğu bir alt türünün tanımlanması gerektiğini ileri sürmüştür (15).

2.4.8. İUDDB'de Görülen Hezeyanlarla İlgili Türkiye'de Yapılan Çalışmalar

Bozer (1983)'in uzmanlık tezinde 50 büyüklük hezeyanı olan hasta incelenmiş ve en sık dini-mistik hezeyanların (%44), ardından da fiziksel veya statü ile ilgili hezeyanların (%23) görüldüğü bildirilmiştir (142).

Karadağ (1991), 47 şizofrenik ve 31 İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarıyla yaptığı uzmanlık tezinde, İUDDB hastalarının %74.1'inde kötülük

görme, %93.5'inde büyüklük, %38.7'sinde alınma, %35.5'inde düşünce okunması, %6.5'inde düşünce sokulması ve %3.2'sinde de nihilistik hezeyanlarının görüldüğünü bildirmiştir (45).

2.4.9 İUDDB'de Görülen Hezeyanlarla İlgili Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar

Jorgensen (1986)'in Danimarka'da 28 manik hasta ile yaptığı bir çalışmada, en sık alınma hezeyanının görüldüğü (%68), bunu büyüklük (%57), kötülük görme (%50) ve etkilenme (%18) hezeyanlarının görüldüğü belirtilmiştir (143).

Peter Braunig ve ark. (2009)'nın 137 kadın ve 109 erkek İUDDB psikotik özellikli manik atak tanılı hastalarda yaptıkları bir çalışmada her iki cinsiyette de en sık kötülük görme ve alınma hezeyanının görüldüğü, kadınların atakları daha şiddetli geçirdikleri, hezeyan ve halüsinasyon içeriklerinin erkeklerden daha karışık olduğu belirtilmiştir (144).

De Portugala ve ark (2010), İUDDB hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada büyüklük hezeyanını araştırmışlar ve erken başlangıçlı (<21 yaş) İUDDB hastalarının %74'ünde, ilk manik atağı 30 yaşından sonra geçirenlerin ise %30'unda büyüklük hezeyanı görüldüğünü bildirmişlerdir. Ayrıca büyüklük hezeyanı görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı düzeyde fark olmadığını belirtmişlerdir (145)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Evren

Bu çalışmada evren Eskişehir il merkezinde bir üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniğine ve acil servisine başvuran, DSM-IV'e göre akut atak dönemindeki şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak tanısı konulan 18-65 yaş aralığındaki bireylerden oluşmuştur.

3.2.Çalışma Alanının Tanıtılması

Bu çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisi, Psikiyatri Anabilim Dalı servisi ve polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

3.3.Örneklem

Bu çalışmaya; ESOĞÜ Tıp Fakültesi acil servisine, psikiyatri servisine ve psikiyatri polikliniklerine 01/02/2011-01/02/2012 tarihleri arasında ardı sıra

başvuran, tanı kriterlerine uyan, ayaktan ve yatarak tedavi gören 177 hasta alınmıştır. Bu vakaların 105'ini akut dönemdeki şizofreni, 72'sini de İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları oluşturmuştur.

3.4.Yöntem

DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders/SCID-I) ölçeği kullanılarak şizofreni ve İUDDB manik atak tanısı konulan hastalara; klinik ve psikososyal açıdan değerlendirme amacıyla klinik görüşmeyi yapan hekim tarafından hazırlanan Sosyodemografik veri formu, eğitilmiş ve eğitimsizler için hazırlanan standardize mini mental test (SMMT/E-SMMT) ve DSM-IV Eksen-IV'te yer alan "psikososyal ve çevresel sorunlar anketi" formları uygulanmıştır (EK1-3)

Bu çalışma için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Komitesi'nin 28/02/2011 tarih ve 2011/70 sayılı kararı ile etik kurul onayı ve çalışmaya dahil edilen tüm kişilerden veya yakınlarından yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 12 hasta ve öyküsü alınmakta güçlük çekilen 2 hasta çalışma dışı bırakılmıştır.

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri

1. 18 –65 yaş arasında olmak
2. Hasta ve/veya hasta yakınından çalışmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onay vermek.
3. DSM-IV tanı ölçütlerine göre İUDDB psikotik özellikli manik atak veya şizofreni tanısı almış olmak.

Hastaların çalışmadan dışlanma kriterleri

1. Hasta ve/veya hasta yakınının çalışmayı kabul etmemesi
2. Eşlik eden mental retardasyonu olan hastalar
3. Bir yıldan az bir süre öncesine kadar alkol/madde kullanımı olan ve halen komorbid alkol/madde bağımlısı hastalar
4. Organik mental bozukluğu olan hastalar (Epilepsi, Deliryum, Huntington Hastalığı, Migren, Multiple Skleroz, Alzheimer, Parkinson hastalığı)
5. Ötirik dönemde olan İUDDB ve stabil durumda olan şizofreni hastaları

6. SMMT/E-SMMT toplam puanı 23 ve 23'ten az olan hastalar

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. DSM-IV Eksen-I Hastalıkları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

SCID-I First ve ark. tarafından 1997'de DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik bir görüşmedir (146). SCID-I, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanılarının geçerliliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I'in Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçioğlu ve ark. tarafından 1999'da yapılmıştır (147).

3.5.2. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmacı tarafından geliştirilen formda; hastanın yaşı, çocuk sayısı, eğitim süresi, kardeş sayısı, evin kaçınıcı çocuğu olduğu, evdeki kişi sayısı, sünnet yaşı, ilk menstruasyon yaşı, anne yaşı, anne eğitim süresi, baba yaşı, baba eğitim süresi, çalışmaya başlama yaşı, çalışmama süresi, cinsiyet, medeni durum, şuan birlikte yaşadığı kişiler, doğum yeri, son beş yıldır yaşadığı yer, alkol kullanımı olup olmadığı, sigara kullanımı olup olmadığı, sünnet töreni, anne□, ve babanın yaşayıp yaşamadığı, askerlik durumu, askerlik yapmadıysa nedeni, şu anki çalışma durumu, en uzun çalışma süresi gibi sosyodemografik özelliklerle ilgili sorular, hastalık başlama yaşı, ilk kez psikiyatriste gitme yaşı, EKT uygulanan atak sayısı, toplam uygulanan EKT sayısı, intihar girişimi sayısı, yaralama ya da öldürmeye yönelik girişim sayısı, son atağın başlangıcından tedaviye başvuruya kadar geçen süre, ilk psikotik semptom başlama yaşı, hastalık süresi, ilk hastane yatış yaşı, hastalık süresince toplam hastaneye yatış sayısı, akrabada İUDDB öyküsü, akrabada şizofreni öyküsü, menstruasyon öncesi gerginlik/MÖG (Premenstrual sendrom/PMS) öyküsü, doğum sonrası İUDDB öyküsü, doğum sonu psikoz öyküsü, sünnete tepki□ gösterip göstermediği, menstruasyona tepki□ gösterip göstermediği, intihar hezeyan ilişkisi, yaralama ya da öldürmeye yönelik girişim sayısı hezeyan ilişkisi, annede İUDDB öyküsü, annede şizofreni öyküsü, babada İUDDB öyküsü, babada şizofreni öyküsü, atak

öncesi tedavi alıp almadığı, atak öncesi tedavi şekli, hastaneye başvuru nedeni ve tamamen iyileşme olup olmadığı gibi klinik özelliklerle ilgili sorular, afekti, afekt niteliği, afekt genişliği, afekt değişkenliği, hezeyanın duygudurumla ilişkili olup olmadığı, hezeyan sistematığı, hezeyan içerikleri ve büyüklük hezeyan alt tiplerinin neler olduğu gibi klinik muayenesi ile ilgili sorular bulunmaktadır (Bkz.EK 1).

3.5.3. Psikososyal ve Çevresel Sorunlar Anketi

DSM-IV Eksen-IV'te; ruhsal hastalıkların tanı, tedavi ve prognozlarını etkileyebilen psikososyal ve çevresel sorunları belirtmek için kullanılır (37). Bu anket; birincil destek grubuyla yaşanan sorunlar, toplumsal çevre ile ilgili sorunlar, eğitimle ilgili sorunlar, mesleki sorunlar, barınma sorunları, ekonomik sorunlar, sağlık kuruluşlarına ulaşma sorunları, yasal sistemle etkileşim sonucu doğan sorunlar ve diğer psikososyal ve çevresel sorunlara yönelik sorulardan hazırlanmıştır (Bkz.EK2)

3.5.4. Eğitilmişler ve Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test (SMMT/E-SMMT)

Folstein ve ark. (1975) tarafından geliştirilen bu ölçek, kolay uygulanabilen ve bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi verici özelliktedir. Bu test; yönelim, kayıt, dikkat-hesaplama, hatırlama, dil testleri ve yapılandırmayı değerlendiren alt bölümlerinden oluşmaktadır (148). SMMT ve E-SMMT'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sırasıyla Güngen ve ark. (2002) ve Ertan ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır (149,150). (Bkz.EK 3,4)

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

Tüm veri analizleri SPSS 18.0 paket programları ile yapılmıştır. Sürekli nicel veriler; n, ortalama ve standart sapma olarak, nitel veriler ise n, ortanca değer, 25'inci ve 75'inci yüzdelerik değerler olarak ifade edilmiştir. Bağımsız ölçümlerden oluşan ve normal dağılım gösteren sürekli veriler, t testi ile analiz edilmiş olup, normal dağılım göstermeyen verilere ise Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki gruplarda risk seviyelerini belirlemek amacı ile Logistic regresyon analizi (Binary Logistic regresyon) uygulanmıştır. Kategorik yapıdaki veri setlerine ise Pearson Ki-Kare, Yates Ki-

Kare, Fisher's Kesin testleri uygulanmıştır. $P < 0.05$ olasılık değerleri önemli olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Akut dönem şizofreni tanılı 105 ve İUDDB psikotik özellikli manik atak tanılı 72 hasta çalışmaya katıldı.

Akut dönemde şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları nicel sosyodemografik özellikleri bakımından birbirleriyle karşılaştırıldıklarında; akut dönem şizofreni grubunda yaş ortalaması $41,85 \pm 10,31$ (min-max:20-65), İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise yaş ortalaması $34,45 \pm 9,23$ (min-max:18-62) yıl idi. Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları birbirleri ile karşılaştırıldıklarında ise aralarında anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptandı ($p < 0,001$).

Akut dönem şizofreni grubunda çocuk sahibi olan hastalar arasında ortalama çocuk sayısı $1,72 \pm 0,72$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $1,75 \pm 0,79$ olarak bulundu. Akut dönem şizofreni grubunda ortalama kardeş sayısı $3,80 \pm 1,56$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $3,25 \pm 1,58$ idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p < 0,05$). Akut dönem şizofreni hastaları evin ortalama $2,57 \pm 1,44$ çocuğu, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları ise $2,05 \pm 1,12$ çocuğu idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p < 0,01$). Akut dönem şizofreni grubunda ortalama eğitim süresi, $10,20 \pm 3,54$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $11,23 \pm 4,40$ yıl olarak saptandı. Akut dönem şizofreni grubunda ortalama evdeki kişi sayısı $3,09 \pm 1,36$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $3,09 \pm 1,18$ olarak tespit edildi. Akut dönem erkek şizofreni grubunda ortalama sünnet yaşı(yıl) $6,84 \pm 2,34$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda $7,34 \pm 2,54$, Akut dönem kadın şizofreni grubunda ortalama ilk menstruasyon yaş, $11,44 \pm 1,94$ yıl, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $11,43 \pm 2,37$ olarak saptandı. Akut dönem şizofreni grubunda yaşayan annelerin yaş ortalaması $62,68 \pm 8,73$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda $58,15 \pm 10,78$ yıl

idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p < 0,01$). Akut dönem şizofreni grubunda ortalama anne eğitim süresi $3,56 \pm 3,31$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $5,38 \pm 4,89$ yıl olarak saptandı ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p < 0,05$). Akut dönem şizofreni grubunda yaşayan babaların yaş ortalaması $65,20 \pm 9$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda $61,23 \pm 9$ yıl idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p < 0,05$). Akut dönem şizofreni grubunda ortalama baba eğitim süresi $4,74 \pm 3,59$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $6,45 \pm 5,02$ yıl idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p < 0,05$). Akut dönem şizofreni grubunda işe başlama yaşı ortalama $22,68 \pm 5,82$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda $22,71 \pm 5,31$ yıl, akut dönem şizofreni grubunda ortalama çalışmama süresi $7,45 \pm 6,58$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda $7,09 \pm 4,98$ yıl ve şizofreni grubunda ortalama en uzun iş süresi $11,98 \pm 8,68$ iken İUDDB grubunda $10,73 \pm 7,59$ yıl olarak saptandı.

Çalışmamızda akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları nicel sosyodemografik özellikleri bakımından birbirleriyle karşılaştırıldıklarında yaş ($p < 0,001$), kardeş sayısı ($p < 0,05$), evin kaçınıcı çocuğu olduğu ($p < 0,01$), yaşayan annelerin yaş ortalaması ($p < 0,01$), anne eğitim süresi ($p < 0,05$), yaşayan babaların yaş ortalaması ($p < 0,05$) ve baba eğitim süresi ($p < 0,05$) gibi nicel sosyodemografik özellikleri açısından aralarında anlamlı düzeyde fark vardı. Çocuk sahibi olan hastaların ortalama çocuk sayıları, eğitim süresi, evdeki kişi sayısı, erkek hastaların sünnet yaşı, kadın hastaların ilk menstruasyon yaşı, işe başlama yaşı, çalışmama süresi ve en uzun iş süresi gibi nicel sosyodemografik özellikleri açısından ise anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$) Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunun nicel sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırması tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarının Nicel Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Şizofreni(Akut Dönem)		İUDDB(Psikotik Mani)		Toplam		n
	n	Ortalama ± ss Ortanca	n	Ortalama ± ss Ortanca	n	Ortalama ± ss Ortanca	
Yaş(yıl)‡	105	41,85±10,3 42(34-50)	72	34,45±9,23 34(28-40)	177	38,84±10,51 38(31-46)	0.000 ***
Çocuk sayısı‡	50	1,72 ± 0,72 11(8-12)	24	1,75 ± 0,79 11(8-15)	74	1,72 ± 0,74 11(8-13)	0.945 ⁿ s
Eğitim süresi(yıl) ‡	105	10,20±3,54 11(8-12)	72	11,23±4,40 13(11-14,35)	177	10,62 ±3,93 11(8-12)	0.084 ns
Kardeş sayısı‡	105	3,80 ±1,56 4(3-5)	72	3,25 ±1,58 3(2-4)	177	3,58 ± 1,59 4(3-5)	0.011 .
Evin kaçınıcı çocuğu olduğu‡	105	2,57 ±1,44 2(1-3)	72	2,05 ±1,12 2(1-2.25)	177	2,36 ± 1,34 2(1-3,5)	0.018 .
Evdeki kişi sayısı‡	105	3,09 ± 1,36 3(2-4)	72	3,09 ± 1,18 3,5(3-4)	177	3,09 ± 1,29 3(2-4)	0.821 ns
Sünnet yaşı(yıl) ‡	71	6,84 ± 2,34 7(5-9)	26	7,34 ± 2,54 7(5.75-9)	97	6,97 ± 2,24 7(5-9)	0.367 ns
İlk menstruasyon yaşı(yıl) ‡	34	11,44±1,94 11,5(11-13)	46	11,43±2,37 12(9-13)	80	11,43 ±2,18 12(9-13)	0.961 ns
Anne yaşı(yıl) •	77	62,68±8,73 65(55-67.5)	57	58,15±10,78 55(43-57)	134	60,76 ±9,87 63(55-66)	0.008 ..
Anne eğitim süresi(yıl) ‡	105	3,56 ± 3,31 5(0-5)	72	5,38 ± 4,89 9(5-15)	177	4,30 ± 4,12 5(0-5)	0.012 .
Baba yaşı(yıl)•	54	65,20 ± 9 70(58-73)	47	61,23 ± 9 59(49-65)	101	63,35 ±9,17 67(57-72)	0.029 .
Baba eğitim süresi(yıl) ‡	105	4,74 ± 3,5	72	6,45 ± 5,02 11(5-14)	177	5,44 ± 4,30 9(5-11)	0.022 .
Çalışmaya başlama yaşı(yıl) ‡	75	22,68±5,82 23(20-25)	42	22,71 ± 5,31 20(17-23)	117	22,69 ±5,62 22(19-25)	0.945 ns
Çalışmama süresi(yıl) ‡	61	7,45± 6,58 6(2-10)	22	7,09 ± 4,98 6(1-10)	83	7,36 ± 6,17 6(2-10)	0.878 ns
En uzun çalışma süresi(yıl) ‡	77	11,98±8,68 11(3-20)	42	10,73 ± 7,59 10(4-19)	119	11,54 ±8,30 10(4,5-20)	0.425 ns

‡ Mann-Whitney Testi, • T Test

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları nitel sosyodemografik özellikleri bakımından karşılaştırıldıklarında; cinsiyet ($p<0.001$) ve çalışma durumu ($p<0.001$) açısından aralarında anlamlı düzeyde farklılık saptandı. Medeni durum, şu an kimlerle yaşadığı, doğum yeri, son beş yıldır yaşadığı yer, son bir yıldan önceki bir dönemde alkol/madde kullanımı olup olmadığı, sigara kullanımı olup olmadığı, erkek hastaların sünnet töreninin yapılış şekli, anne ve babalarının yaşayıp yaşamadıkları ve erkek hastaların askerlik yapıp yapmadıkları gibi sosyodemografik özellikleri açısından ise her iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunun nitel sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırması tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarının Nitel Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Şizofreni		İUDDB(psikotik mani)		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet ^o	Kadın	105	34(%32,4)	72	46(%63,9)	177	80(%45,2)	0.000* **
	Erkek		71(%67,6)		26(%36,1)		97(%54,8)	
Medeni durum ^o	Bekar	105	44(%41,9)	72	32(%44,4)	177	76 (%42,9)	0.366
	Evli		36(%34,3)		29(%40,3)		65 (%36,7)	
	Dul / Ayrı		25 (%23,8)		11(%15,3)		36 (%20,3)	
Şuan birlikte yaşadığı kişiler ^o	Yalnız	105	10 (% 9,5)	72	7 (% 9,7)	177	17 (% 9,6)	0.992
	Eş / Çocuk		39(%37,1)		26(%36,1)		65 (%36,7)	
	Anne / Baba		54(%51,4)		38(%52,8)		92 (%52,0)	
	Kurum		2 (% 1,9)		1 (% 1,4)		3 (% 1,7)	
Doğum yeri ^o	Köy / Kasaba	105	11(%10,5)	72	9 (% 12,5)	177	20 (%11,3)	0.717
	İlçe		18(%17,1)		15(%20,8)		33 (%18,6)	
	Şehir / Büyük Şehir		76(%72,4)		48(%66,7)		124(%70)	
Son beş yıldır yaşadığı yer ^o	Köy / Kasaba	105	8 (% 7,6)	72	4 (% 5,6)	177	12 (% 6,8)	0.284
	İlçe		14(%13,3)		16(%22,2)		30 (%16,9)	
	Şehir / Büyük Şehir		83(%79,0)		52(%72,2)		135(%76)	
Alkol kullanımı ^o	Evet	105	3 (% 2,9)	72	2 (% 2,8)	177	5 (% 2,8)	0.975
	Hayır		102(%77)		70(%97,2)		172(%97,2)	
Sigara kullanımı ^o	Evet	105	50(%47,6)	72	33(%45,8)	177	83 (% 46,9)	0.815
	Hayır		55(%52,4)		39(%54,2)		94 (% 53,1)	
Sünnet töreninin yapılış şekli ^o	Tören Yok	71	33(%46,5)	72	7 (% 26,9)	177	40 (% 41,2)	0.216
	Mevlüt		7 (% 9,9)		4 (% 15,4)		11 (% 11,3)	
	Düğün		31(%43,7)		15(%57,7)		46 (% 47,4)	
Anne ^o	Yaşıyor	105	76(%72,4)	72	57(%79,2)	177	113 (% 75,1)	0.305
	Yaşamıyor		29(%27,6)		15(%20,8)		44 (% 24,9)	
Baba ^o	Yaşıyor	105	54(%51,4)	72	47(%65,3)	177	101 (% 57,1)	0.067
	Yaşamıyor		51(%48,6)		25(%34,7)		76 (% 42,9)	
Askerlik durumu ^o	Yapmadım	71	15(%21,1)	25	6 (% 23,1)	96	21 (% 21,6)	0.488
	Yarım Kaldı		5 (% 7,0)		1 (% 3,8)		6 (% 6,2)	
	Geç Bitirdim		1 (% 1,4)		2 (% 7,7)		3 (% 3,1)	
	Zamanında ve Normal Sürede Bitti		47(%66,2)		15(%57,7)		62 (% 63,9)	
	Ertelendi / Muafiyet		3 (% 4,2)		2 (% 7,7)		5 (% 5,2)	
Askerlik yapmadıysa nedeni ^o	Fiziksel Hastalık	71	4 (% 16,7)	25	0 (% 0)	96	4 (% 11,4)	0.066
	Ruhsal Hastalık		18(%75,0)		7 (% 63,6)		25 (% 71,4)	
	Ceza		2 (% 8,3)		4 (% 36,4)		6 (% 17,1)	
Şuan ki çalışma durumu ^o	Çalışıyor	105	20(%19,0)	72	22(%30,6)	177	42 (% 23,7)	0.000* **
	Emekli		33(%31,4)		8 (% 11,1)		41 (% 23,2)	
	İşsiz / Ara sıra çalışıyor		21(%20,0)		5 (% 6,9)		26 (% 14,7)	
	Öğrenci		2 (% 1,9)		14(%19,4)		16 (% 9,0)	
	Ev Hanımı		11(%10,5)		10(%13,9)		21 (% 11,9)	
	Diğer		18(%17,1)		13(%18,1)		31 (% 17,5)	

‡ Mann-Whitney Testi, • T Test

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları nicel klinik özellikleri bakımından birbirleriyle karşılaştırıldıklarında akut dönem şizofreni grubunda hastalık başlama yaşı $26,73 \pm 9,34$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $23,16 \pm 7,05$ yıl idi ve iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p<0,05$). Akut dönem şizofreni grubunda hastalık süresi $13,6 \pm 9,22$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $9,33 \pm 7,42$ yıl idi ve iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p<0,01$). Akut dönem şizofreni grubunda ilk kez psikiyatriste gitme yaşı $28,98 \pm 9,3$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $23,55 \pm 6,94$ yıl olarak saptandı ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p<0,001$). Akut dönem şizofreni grubunda EKT tedavisi almış hastalarda EKT tedavisi alınan ortalama atak sayısı $1,72 \pm 1,10$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $2,00 \pm 1,63$, akut dönem şizofreni grubunda EKT tedavisi almış hastalarda hastalık süresince uygulanan toplam EKT sayısı ortalama $11,45 \pm 8,05$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $3,09 \pm 1,18$ olarak bulundu. Akut dönem şizofreni grubunda intihar girişimi öyküsü olan hastalarda ortalama intihar girişimi sayısı $2,38 \pm 1,46$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda $2,03 \pm 1,09$, akut dönem şizofreni grubunda başkasına zarar verme ya da öldürmeye yönelik girişim öyküsü olan hastalarda ortalama başkasına zarar verme ya da öldürmeye yönelik girişim sayısı $3,06 \pm 1,83$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda $2,28 \pm 1,06$ olarak bulundu. Akut dönem şizofreni grubunda son ataktan sonra başvuruya kadar geçen süre ortalama $63,47 \pm 31,89$ iken İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda $24,56 \pm 13,01$ gün idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p<0,001$). Akut dönem şizofreni grubunda ilk psikotik semptom başlama yaşı $27,68 \pm 8,65$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda $24,65 \pm 6,44$ yıl olarak saptandı ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p<0,05$). Akut dönem şizofreni grubunda ilk hastane yatış yaşı $29,17 \pm 10,21$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda $24,82 \pm 7,31$ yıl olarak tespit edildi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p<0,01$). Akut

dönem şizofreni grubunda toplam hastane yatış sayısı $4,44 \pm 5,52$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $3,80 \pm 3,14$ olarak bulundu.

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları nitel klinik özellikleri bakımından birbirleri ile karşılaştırıldıklarında; hastalık başlama yaşı ($p<0,05$), ilk psikiyatriste gitme yaş ($p<0,001$), son atağın başlangıcından tedaviye başvuruya kadar geçen süre ($p<0,001$), ilk psikotik semptom başlama yaşı ($p<0,05$), ilk hastane yatış yaşı ($p<0,01$) gibi nitel klinik özellikleri açısından aralarında anlamlı düzeyde fark vardı. Hastalık süresince EKT tedavisi alan hastalarda EKT uygulanan ortalama atak sayısı ve uygulanan toplam EKT sayısı ortalaması, önceden intihar girişimi olan hastalarda ortalama intihar girişimi sayısı, önceden başkasına zarar verme ya da öldürmeye yönelik girişimi olan hastalarda ortalama başkasına zarar verme ya da öldürmeye yönelik girişim sayısı gibi klinik özellikleri açısından ise aralarında anlamlı düzeyde fark yoktu ($p>0,05$). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak grubu hastalarının nicel klinik özelliklerinin karşılaştırması tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarının Nicel Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Şizofreni(Akut Dönem)		İUDDB(Psikotik Mani)		Toplam		p
	n	Ortalama ± ss Ortanca	n	Ortalama ± ss Ortanca	n	Ortalama ± ss Ortanca	
Hastalık başlama yaşı(yıl)‡	105	26,73±9,34 24(20-30)	72	23,16±7,05 22(18-27)	177	25,28 ± 8,64 23(20-30)	0.011*
Hastalık süresi(yıl) ‡	105	13.6±9.22 11.2(15±18)	72	9.33±7.42 6.26(8.3-11.2)	177	11±10.5 7(11.2-14)	0.004**
İlk kez psikiyatriste gitme yaşı(yıl)‡	105	28,98 ± 93 26(21-35)	72	23,55±6,94 22(18-27)	177	26,77 ± 9,21 24(20-32)	0.000***
EKT uygulanan atak sayısı‡	11	1,72 ±1,10 1(1-3)	10	2,00 ± 1,63 1(1-2,7)	21	1,85 ± 1,35 1(1-2.5)	0.808 ^{ns}
Uygulanan toplam EKT sayısı‡	11	11,45±8,05 6(6-21)	10	11,80±10,99 6,5(5.7-21)	21	11,61 ± 9,31 6(6-19.5)	0.941 ^{ns}
İntihar girişimi sayısı‡	44	2,38 ±1,46 2(1-3.2)	27	2,03 ±1,09 2(1-3)	71	2,25 ± 1,33 2(1-3)	0.391 ^{ns}
Yaralama ya da öldürmeye yönelik girişim sayısı‡	32	3,06 ±1,83 3(1-4)	14	2,28 ±1,06 2.5(1-3.25)	46	2,82 ± 1,66 3(1-4)	0.148 ^{ns}
Son atağın başlangıcından tedaviye başvuruya kadar geçen süre (gün)‡	105	63,47±31,89 55(50-75)	72	24,56±13,01 30(20-40)	177	47,64±32,20 60(45-73.25)	0.000***
İlk psikotik semptom başlama yaşı(yıl)‡	105	27,68 ± 8,65 25(21-35)	72	24,65 ± 6,44 23(20-29)	177	26,45 ± 7,95 24(20-30)	0.024*
İlk kez hastaneye yatış yaşı(yıl)‡	93	29,17±10,21 26(22-35)	69	24,82 ± 7,31 26(22-35)	162	27,32 ± 9,32 25(20-32)	0.03**
Toplam hastaneye yatış sayısı‡	105	4,44 ± 5,52 3(1-6)	71	3,80 ± 3,14 3(1-5)	176	4,18 ± 4,70 3(1-6)	0.434 ^{ns}

‡ Mann-Whitney Testi, • T Test

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları nitel klinik özellikleri bakımından birbirleri ile karşılaştırıldıklarında; akrabada İUDDB öyküsü ($p<0.001$), akrabada şizofreni öyküsü ($p<0.05$), önceden intihar girişimi olan hastalarda intihar girişimlerinin o dönemde mevcut olan hezeyanları ile ilişki durumu ($p<0.001$) ve hastalığın tamamen düzelmesi ($p<0.001$) bakımından aralarında anlamlı düzeyde farklılık saptandı. Akut dönem kadın şizofreni hastalarının 12(%35.3)'si ilk kez menstruasyon olduklarında bu duruma tepki göstermişken 22(%64.7)'si bu durumu olağan karşılamış, İUDDB psikotik özellikli manik ataktaki kadın hastaların ise 20(%43.5)'si bu duruma tepki göstermişken 26(%56.5)'si da bu durumu olağan karşılamıştır. Akut dönem erkek şizofreni hastalarının 29(%40.8)'u sünnet olduklarında bu duruma tepki göstermişken 42(%59.2)'si bu durumu olağan karşılamış, İUDDB psikotik özellikli manik ataktaki erkek hastaların ise 8(%30.8)'i bu duruma tepki göstermişken 18(%69.2)'i da bu durumu olağan karşılamıştır. Çalışmamızda menstruasyon ve sünnete tepki bakımından her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Ayrıca kadın hastalarda PMS öyküsü doğum sonrası İUDDB öyküsü ve doğum sonu psikoz öyküsü, erkek hastalarda sünnete tepki durumu, önceden yaralama ya da öldürmeye yönelik girişimi olan hastalarda yaralama ya da öldürmeye yönelik girişimlerinin o dönemde mevcut olan hezeyanları ile ilişkisi, annede İUDDB ve/veya şizofreni öyküsü, babada İUDDB ve/veya şizofreni öyküsü, askerlik durumu, atak öncesi tedavi alıp almadığı, atak öncesi tedavi şekli ve hastaneye başvuru nedeni gibi klinik özellikleri bakımından ise her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Akut dönemde şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunun nitel klinik özelliklerinin karşılaştırması tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarının Nitel Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Şizofreni		İUDDB(Psikotik Mani)		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Akrabada İUDDB öyküsü ^o	Yok 1.Derece akraba Uzak akraba	105	99 (% 94,3) 3 (% 2,9) 3 (% 2,9)	72	53 (% 73,6) 13 (% 18,1) 6 (% 8,3)	177	152 (% 85,9) 16 (% 9,0) 9 (% 5,1)	0.000***
Akrabada şizofreni öyküsü ^o	Yok 1.Derece akraba Uzak akraba	105	79 (% 75,2) 20 (% 19,0) 6 (% 5,7)	72	63 (% 87,5) 4 (% 5,6) 5 (% 6,9)	177	142 (% 80,2) 24 (% 13,6) 11 (% 6,2)	0.036*
PMS öyküsü ^{oo}	Var Yok	16	13 (% 38,2) 21 (% 61,8)	46	25 (% 54,3) 21 (% 45,7)	62	38 (% 47,5) 42 (% 52,5)	0.154
Doğum sonrası İUDDB öyküsü ^o	Evet Hayır	14	0 (% 0) 14 (% 100)	17	2 (% 11,8) 15 (% 88,2)	51	2 (% 6,5) 29 (% 93,5)	0.488
Doğum sonu psikoz öyküsü ^o	Evet Hayır	14	3 (% 21,4) 11 (% 78,6)	17	1 (% 5,9) 16 (% 94,1)	51	4 (% 12,9) 27 (% 87,1)	0.304
İntihar hezeyan ilişkisi ^o	Var Yok	44	42 (% 95,5) 2 (% 4,5)	26	17 (% 65,4) 9 (% 34,6)	70	59 (% 84,3) 11 (% 15,7)	0.001***
Yaralama ya da öldürmeye yönelik girişim hezeyan ilişkisi ^o	Var Yok	31	30 (% 96,8) 1 (% 3,2)	13	11 (% 84,6) 2 (% 15,4)	44	41 (% 93,2) 3 (% 6,8)	0.204
Annede İUDDB öyküsü ^o	Var Yok	105	2 (% 1,9) 103 (% 98,1)	72	5 (% 6,9) 67 (% 93,1)	177	7 (% 4,0) 170 (% 96,0)	0.122
Annede şizofreni öyküsü ^o	Var Yok	105	3 (% 2,9) 102 (% 97,1)	72	1 (% 1,4) 71 (% 98,6)	177	4 (% 2,3) 173 (% 97,7)	0.647
Babada İUDDB öyküsü ^o	Var Yok	105	1 (% 1,0) 104 (% 99,0)	72	1 (% 1,4) 71 (% 98,6)	177	2 (% 1,1) 175 (% 98,9)	1.000
Babada şizofreni öyküsü ^o	Var Yok	105	4 (% 3,8) 101 (% 96,2)	72	2 (% 2,8) 70 (% 97,2)	177	6 (% 3,4) 171 (% 96,6)	1.000
Atak öncesi tedavi durumu ^{oo}	Var Yok	105	99 (% 94,3) 6 (% 5,7)	72	62 (% 86,1) 10 (% 13,9)	177	161 (% 91,0) 16 (% 9,0)	0.062
Atak öncesi tedavi şekli ^o	İlaç EKT Tıp dışı uygulama Yok	100	97 (% 92,4) 2 (% 1,9) 1 (% 1,0) 5 (% 4,8)	72	62 (% 86,1) 0 (% 0) 1 (% 1,4) 9 (% 12,5)	172	159 (% 89,8) 2 (% 1,1) 2 (% 1,1) 14 (% 7,9)	0.182
Hastane başvuru nedeni ^{oo}	Kendi isteğim Ailemin isteği Aile dışı kişiler	105	44 (% 41,9) 50 (% 47,6) 11 (% 10,5)	72	25 (% 34,7) 44 (% 61,1) 3 (% 4,2)	177	69 (% 39,0) 94 (% 53,1) 14 (% 7,9)	0.124
Tamamen iyileşme durumu ^o	Var Yok Bilinmiyor	105	0 (% 0) 105 (% 100) 0 (% 0)	72	60 (% 83,4) 0 (% 0) 12 (% 16,6)	177	60 (% 34,0) 105 (% 59,3) 12 (% 6,7)	0.000***

‡ Mann-Whitney Testi, • T Test

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

Akut dönemdeki şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları klinik muayeneleri açısından karşılaştırıldıklarında; afekt niceliği ($p<0.001$), afekt niteliği ($p<0.001$), afekt genişliği ($p<0.001$), afekt değişkenliği ($p<0.001$), hezeyan içeriklerinin duygudurumla uyumu ($p<0.001$) ve hezeyanlarının sistematize olup olmadığı ($p<0.001$) açısından her iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık saptandı. Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının klinik muayeneleri açısından karşılaştırmaları tablo 5’de yer almaktadır.

Tablo 5. Akut dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarının Afekt Özellikleri

		Şizofreni n:105	İUDDB(psikotik mani) n:72	Toplam n:177	p
Afekt niceliği ^o	Ötimik	7 (% 6,7)	6 (% 8,3)	13 (% 7,3)	0.000***
	Depresif	6 (% 5,7)	0 (% 0)	6 (% 3,4)	
	Disforik	11 (% 10,5)	46 (% 63,9)	57 (% 32,2)	
	Künt	81 (% 77,1)	7 (% 9,7)	88 (% 49,7)	
	Öforik	0 (% 0)	13 (% 18,1)	13 (% 7,3)	
Afekt niteliği ^o	Uygun	30 (% 28,6)	58 (% 80,6)	88 (% 49,7)	0.000***
	Uygun değil	75 (% 71,4)	14 (% 19,4)	89 (% 50,3)	
Afekt genişliği ^o	Doğal	5 (% 4,8)	61 (% 84,7)	66 (% 37,3)	0.000***
	Kısıtlı	24 (% 22,9)	9 (% 12,5)	33 (% 18,6)	
	Künt	76 (% 72,4)	2 (% 2,8)	78 (% 44,1)	
Afekt değişkenlik ^o	Labil	10 (% 9,5)	69 (% 95,8)	79 (% 44,6)	0.000***
	Stabil	95 (% 90,5)	3 (% 4,2)	98 (% 55,4)	
Hezeyanın duygudurumla ilişkisi ^o	Var	24 (% 22,9)	63 (% 87,5)	87 (% 49,2)	0,000***
	Yok	81 (% 77,1)	9 (% 12,5)	90 (% 50,8)	
Hezeyan sistematliği ^{oo}	Sistematize	14 (% 13,3)	12 (% 16,7)	26 (% 14,7)	0.690
	Sistematize değil	91 (% 86,7)	60 (% 83,3)	151 (% 85,3)	

‡ Mann-Whitney Testi, • T Test

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları hezeyan içerikleri bakımından karşılaştırıldıklarında; çalışmaya katılan

hastaların 136 (%76,8)' sında kötülük görme hezeyanı, şizofreni grubunda 90 (%85,7) hastada, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise 46 (%63,9) hastada görülmekte idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0,01$). Hastaların 86 (%48,6)' sında alınma hezeyanı, akut dönemdeki şizofreni grubunda 58 (%55,2) hastada, İUDDB grubunda ise 28 (%38,9) hastada tespit edildi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0,05$). Hastaların 50 (%28,2)' inde büyüklük hezeyanı, akut dönem şizofreni grubunda 22 (%21) hastada, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise 28 (%38,9) hastada mevcut idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0,05$). Hastaların 29 (%16,4)' unda dini-mistik hezeyan görülmekte, akut dönem şizofreni grubunda 18 (%17,1) hastada, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda 11 (%15,3) hastada görüldü. Hastaların 28 (%15,8)' inde somatik hezeyan, akut dönem şizofreni grubunda 23 (%21,9) hastada, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise 5 (%6,9) tespit edildi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0,05$). Hastaların 23 (%13)'ünde kıskançlık hezeyanı, akut dönem şizofreni grubunda 16 (%15,2) hastada, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise 7 (%9,7) hastada görülmekte idi. Hastaların 19 (%10,7)'ünde düşünce okunması hezeyanı, akut dönem şizofreni grubunda 16 (%15,2) hastada, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise 3 (%4,2) hastada görülmekte idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0,05$). Hastaların 15 (% 8,5)'inde etkilenme hezeyanı, akut dönem şizofreni grubunda 14 (%13,3) hastada, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise 1 (%1,4) hastada görülmekte idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0,05$). Hastaların 12 (%6,8)'sinde erotomanik hezeyan, akut dönem şizofreni grubunda 2 (%1,9) hastada, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise 10 (%13,9) hastada görülmekte idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0,01$). Hastaların 5 (%2,8)'inde görülen suçluluk hezeyanı, akut dönem

şizofreni grubunda 5 (%4,8) hastada görülmekte iken İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise hiçbir hastada görülmemekte idi. Hastaların 3 (%1,7)'ünde görülen küçüklük hezeyanı, akut dönem şizofreni grubunda 3 (%2,9) hastada görülürken İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise hiçbir hastada görülmemekte idi. İUDDB psikotik özellikli manik atak ve akut dönemdeki şizofreni hastalarında görülen diğer hezeyanlar tablo 6'da yer almaktadır.

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları hezeyan içerikleri bakımından karşılaştırıldıklarında; kötülük görme hezeyan ($p<0,01$), alınma hezeyanı ($p<0,05$), büyüklük hezeyan ($p<0,05$), somatik hezeyan ($p<0,05$), düşünce okunması hezeyanı ($p<0,05$), etkilenme hezeyanı ($p<0,05$), ve erotomanik hezeyan ($p<0,01$) arasında görülme sıklıkları açısından anlamlı düzeyde fark vardı. Dini-mistik hezeyan, kıskançlık hezeyanı, suçluluk hezeyanı, küçüklük hezeyanı, nihilistik hezeyanı, düşünce sokulması hezeyanı, düşünce yayınlanması hezeyanı ve düşünce çalınması hezeyanı arasında ise her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark yoktu ($p>0.05$). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının hezeyan içeriklerinin karşılaştırması tablo 6 'da yer almaktadı.

Tablo 6. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarının Hezeyan İçeriklerinin Karşılaştırılması

		Şizofreni n:105	İUDDB(psikotik mani) n:72	Toplam n:177	p
Kötülük görme hezeyanı [∞]	Var	90 (% 85,7)	46 (% 63,9)	136 (% 76,8)	0.001***
	Yok	15 (% 14,3)	26 (% 36,1)	41 (% 23,2)	
Alınma hezeyanı ^o	Var	58 (% 55,2)	28 (% 38,9)	86 (% 48,6)	0.033*
	Yok	47 (% 44,8)	44 (% 61,1)	91 (% 51,4)	
Büyüklik hezeyanı [∞]	Var	22 (% 21,0)	28 (% 38,9)	50 (% 28,2)	0.011*
	Yok	83 (% 79,0)	44 (% 61,1)	127 (% 71,8)	
Dini-mistik hezeyanı [∞]	Var	18 (% 17,1)	11 (% 15,3)	29 (% 16,4)	0.742
	Yok	87 (% 82,9)	61 (% 84,7)	148 (% 83,6)	
Somatik hezeyanı [∞]	Var	23 (% 21,9)	5 (% 6,9)	28 (% 15,8)	0.011*
	Yok	82 (% 78,1)	67 (% 93,1)	149 (% 84,2)	
Kıskançlık hezeyanı [∞]	Var	16 (% 15,2)	7 (% 9,7)	23 (% 13,0)	0.284
	Yok	89 (% 84,8)	65 (% 90,3)	154 (% 87,0)	
Düşünce okuması hezeyanı [∞]	Var	16 (% 15,2)	3 (% 4,2)	19 (% 10,7)	0.019*
	Yok	89 (% 84,8)	69 (% 95,8)	158 (% 89,3)	
Etkilenme hezeyanı [∞]	Var	14 (% 13,3)	1 (% 1,4)	15 (% 8,5)	0.011*
	Yok	91 (% 86,7)	71 (% 98,6)	162 (% 91,5)	
Erotomanik hezeyanı ^o	Var	2 (% 1,9)	10 (% 13,9)	12 (% 6,8)	0.002**
	Yok	103 (% 98,1)	62 (% 86,1)	165 (% 93,2)	
Suçluluk hezeyanı ^o	Var	5 (% 4,8)	0 (% 0)	5 (% 2,8)	0.081
	Yok	100 (% 95,2)	72 (% 100)	172 (% 97,2)	
Küçüklük hezeyanı ^o	Var	3 (% 2,9)	0 (% 0)	3 (% 1,7)	0.272
	Yok	102 (% 97,1)	72 (% 100)	174 (% 98,3)	
Nihilistik hezeyanı ^o	Var	3 (% 2,9)	0 (% 0)	3 (% 1,7)	0.272
	Yok	102 (% 97,1)	72 (% 100)	174 (% 98,3)	
Düşünce sokulması hezeyanı ^o	Var	2 (% 1,9)	0 (% 0)	2 (% 1,1)	0.515
	Yok	103 (% 98,1)	72 (% 100)	175 (% 98,9)	
Düşünce yayınlanması hezeyanı ^o	Var	2 (% 1,9)	0 (% 0)	2 (% 1,1)	0.515
	Yok	103 (% 98,1)	72 (% 100)	175 (% 98,9)	
Düşünce çalınması hezeyanı ^o	Var	1 (% 0,9)	0 (% 0)	1 (% 0,6)	1.00
	Yok	104 (% 99,1)	72 (% 100)	176 (% 99,4)	

‡ Mann-Whitney Testi, • T Test

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

Büyüklik hezeyanı görülen hastalarda büyüklik hezeyan alt grupları bakımından akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları birbirleri ile karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının büyüklik hezeyan içeriklerinin karşılaştırması tablo 7 'da yer almaktadır.

Tablo 7. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak

Hastalarında Büyüklik Hezeyanı Alt Gruplarının Karşılaştırılması

		Şizofreni n:105	İUDDB(psikotik mani) n:72	Toplam n:177	p
Statü [∞]	Var	11 (% 10.5)	14 (% 19.4)	25 (% 14.1)	0.124
	Yok	11 (% 10.5)	14 (% 19.4)	25 (% 14.1)	
Fiziksel [∞]	Var	11 (% 10.5)	14 (% 19.4)	25 (% 14.1)	0.124
	Yok	11 (% 10.5)	14 (% 19.4)	25 (% 14.1)	
Zenginlik	Var	0 (% 0)	0 (% 0)	0 (% 0)	-
	Yok	22 (% 21)	28 (% 38.8)	50 (% 28.2)	
Keşif buluş [⊕]	Var	1 (% 0.95)	1 (% 1.4)	2 (% 1.1)	1.000
	Yok	21 (% 99,05)	27 (% 98.6)	48 (% 98.9)	
Diğer [⊕]	Var	1 (% 0.95)	1 (% 1.4)	2 (% 1.1)	1.000
	Yok	21 (% 99,05)	27 (% 98.6)	48 (% 98.9)	

[∞]Yates Ki-Kare, [⊕]Fisher's Kesin Ki-Kare

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları DSM-IV Eksen IV' te yer alan psikososyal ve çevresel sorunlar anketindeki birincil destek grubuyla olan sorunlar bakımından karşılaştırıldıklarında her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark yoktu ($p>0.05$). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının birincil destek grubuyla olan sorunlar bakımından karşılaştırılması tablo 8.A.'da yer almaktadır.

Tablo 8.A. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Birincil Destek Grubuyla Olan Sorunlar

		Şizofreni n:105	İUDDB(psikotik mani)n:72	Toplam n:177	p
Aileden birinin ölümü [∞]	Var Yok	23(%21.9) 82(%79.1)	9(%12.5) 63(%87.5)	32(%18.1) 145(%81.9)	0.162
Aileden birinde sağlık sorunlarının olması [∞]	Var Yok	7(%6.7) 98(%93.3)	6(%8.3) 66(%91.7)	13(%7.3) 164(%92.7)	0.901
Ayrılma, boşanma ya da bozuşma nedeniyle ailenin parçalanması [⊕]	Var Yok	6(%5.7) 99(%94.3)	3(%4.2) 69(%95.8)	9(%5.1) 168(%94.9)	0.740
Evden uzaklaştırılma [⊕]	Var Yok	6(%5.7) 99(%94.3)	4(%5.6) 68(%94.4)	4(%2.3) 173(%97.7)	1.000
Ebeveynlerden birinin yeniden evlenmesi	Var Yok	0(%0) 105(%100)	0(%0) 72(%100)	0(%0) 177(%100)	-
Cinsel kötüye kullanım	Var Yok	0(%0) 105(%100)	0(%0) 72(%100)	0(%0) 177(%100)	-
Fiziksel kötüye kullanım [⊕]	Var Yok	3(%2.9) 102(%97.1)	1(%1.4) 71(%98.6)	4(%2.3) 173(%97.7)	0.647
Aşırı koruyucu ebeveynlerin olması [⊕]	Var Yok	2(%1.9) 103(%98.1)	5(%6.9) 67(%93.1)	7(%4) 170(%96)	0.122
Kardeşlerle uyumsuzluk [⊕]	Var Yok	8(%7.6) 97(%92.4)	4(%5.6) 68(%94.4)	12(%6.8) 165(%93.2)	0.764
Bir kardeşin doğumu [⊕]	Var Yok	1(%1) 104(%99)	3(%4.2) 69(%95.8)	4(%2.3) 173(%97.7)	0.305

∞ Pearson Ki-Kare, ∞ Yates Ki-Kare, ⊕ Fisher's Kesin Ki-Kare

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları DSM-IV Eksen IV' te yer alan psikososyal ve çevresel sorunlar anketindeki toplumsal çevre ile ilgili sorunlar bakımından karşılaştırıldıklarında yalnızca İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından 5 (%6.9)'i tek başına yaşarken akut dönem şizofreni hastalarından 1 (%0.9)'i tek başına yaşıyor idi ve her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark vardı (p<0.05). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının toplumsal çevre ile ilgili sorunlar bakımından karşılaştırılması tablo 8.B.'de yer almaktadır.

Tablo 8.B. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Toplumsal Çevre İle İlgili Sorunlar

		Şizofreni n:105	İUDDB(psikotik mani)n:72	Toplam n:177	p
Bir arkadaşın ölümü ya da kaybı⊕	Var	1(%1)	4(%5.6)	5(%2.8)	0.160
	Yok	104(%99)	68(%94.4)	172(%97.2)	
Toplumsal desteğin yetersiz olması⊕	Var	3(%2.9)	2(%2.8)	5(%2.8)	1.000
	Yok	102(%97.1)	70(%97.2)	172(%97.2)	
Tek başına yaşama⊕	Var	1(%0.9)	5(%6.9)	6(%3.4)	0.041*
	Yok	104(%99.1)	67(%93.1)	171(%96.6)	
Yeni bir kültürde yaşama⊕	Var	5(%4.8)	5(%6.9)	10(%5.6)	0.531
	Yok	100(%95.2)	67(%93.1)	167(%94.4)	
Yaşam döngüsü değişikliği(emekli olma gibi) ⊕	Var	4(%3.8)	2(%2.8)	6(%3.4)	1.000
	Yok	101(%96.2)	70(%97.2)	171(%96.6)	

◇ Pearson Ki-Kare, ∞Yates Ki-Kare, ⊕ Fisher's Kesin Ki-Kare

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları DSM-IV Eksen IV' te yer alan psikososyal ve çevresel sorunlar anketindeki eğitimle ilgili sorunlar bakımından karşılaştırıldıklarında her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark yoktu (p>0.05). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının eğitimle ilgili sorunlar bakımından karşılaştırılması tablo 8.C.' de yer almaktadır.

Tablo 8.C. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Eğitimle İlgili Sorunlar

		Şizofreni n:105	İUDDB(psikotik mani)n:72	Toplam n:177	p
Okur-yazar olmama	Var	0(%0)	0(%0)	0(%0)	-
	Yok	105(%100)	72(%100)	177(%100)	
Okulla ilgili sorunlar⊕	Var	1(%1)	3(%4.2)	4(%2.3)	0.305
	Yok	104(%99)	69(%95.8)	173(%97.7)	
Öğretmen ya da sınıf arkadaşlarıyla geçimsizlik⊕	Var	0(%0)	1(%1.4)	1(%0.6)	0.407
	Yok	105(%100)	71(%98.6)	176(%99.4)	

◇ Pearson Ki-Kare, ∞Yates Ki-Kare, ⊕ Fisher's Kesin Ki-Kare

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları DSM-IV Eksen IV' te yer alan psikososyal ve çevresel sorunlar anketindeki mesleki sorunlar bakımından karşılaştırıldıklarında her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark yoktu ($p>0.05$). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının mesleki sorunlar bakımından karşılaştırılması tablo 8.D.' de yer almaktadır.

Tablo 8.D. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Mesleki Sorunlar

		Şizofreni n:105	İUDDB(psikotik mani)n:72	Toplam n:177	p
İşsizlik⊕	Var	6(%5.7)	4(%5.6)	10(%5.6)	1.000
	Yok	99(%94.3)	68(%94.4)	167(%94.4)	
İşini kaybetme korkusu⊕	Var	1(%1)	0(%0)	1(%0.6)	1.000
	Yok	104(%99)	72(%100)	176(%99.4)	
Stresli çalışma düzeni⊕	Var	2(%1.9)	3(%4.2)	5(%2.8)	0.398
	Yok	103(%98.1)	69(%95.8)	172(%97.2)	
Çalışma koşullarının ağır olması⊕	Var	2(%1.9)	0(%0)	2(%1.1)	0.515
	Yok	103(%98.1)	72(%100)	175(%98.9)	
İşinden doyum bulamama	Var	0(%0)	0(%0)	0(%0)	-
	Yok	105(%100)	72(%100)	177(%100)	
İş değişikliği	Var	0(%0)	0(%0)	0(%0)	-
	Yok	105(%100)	72(%100)	177(%100)	
İşvereni ya da arkadaşlarıyla geçimsizlik	Var	0(%0)	0(%0)	0(%0)	-
	Yok	105(%100)	72(%100)	177(%100)	

◇ Pearson Ki-Kare, ∞Yates Ki-Kare, ⊕ Fisher's Kesin Ki-Kare

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları DSM-IV Eksen IV' te yer alan psikososyal ve çevresel sorunlar anketindeki barınma sorunları bakımından karşılaştırıldıklarında her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark yoktu ($p>0.05$). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının barınma sorunları bakımından karşılaştırılması tablo 8.E.' de yer almaktadır.

Tablo 8.E. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Barınma Sorunları

		Şizofreni n:105	İUDDB(psikotik mani)n:72	Toplam n:177	p
Evinin olmaması	Var Yok	0(%0) 105(%100)	0(%0) 72(%100)	0(%0) 177(%100)	-
Barınma olanaklarının yetersiz olması⊕	Var Yok	3(%2.9) 102(%97.1)	3(%4.2) 69(%95.8)	6(%3.4) 177(%96.6)	0.688
Oturulan evin güvensiz olması⊕	Var Yok	1(%1) 104(%99)	0(%0) 72(%100)	1(%0.6) 176(%99.4)	1.000
Ev sahibi ya da komşularla geçimsizlik⊕	Var Yok	0(%0) 105(%100)	1(%1.4) 71(%98.6)	1(%0.6) 176(%99.4)	0.407

◇ Pearson Ki-Kare, ∞Yates Ki-Kare, ⊕ Fisher's Kesin Ki-Kare

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları DSM-IV Eksen IV' te yer alan psikososyal ve çevresel sorunlar anketindeki ekonomik sorunlar bakımından karşılaştırıldıklarında her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark yoktu (p>0.05). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ekonomik sorunlar bakımından karşılaştırılması tablo 8.F.' de yer almaktadır.

Tablo 8.F. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Ekonomik Sorunlar

		Şizofreni n:105	İUDDB(psikotik mani)n:72	Toplam n:177	p
İleri derecede yoksulluk⊕	Var Yok	2(%1.9) 103(%98.1)	0(%0) 72(%100)	2(%1.1) 175(%98.9)	0.515
Gelirinin yetersiz olması∞	Var Yok	13(%12.4) 92(%87.6)	7(%9.7) 65(%90.3)	20(%11.3) 157(%88.7)	0.759
Resmi kuruluşlardan alınan yardımın yetersiz olması⊕	Var Yok	1(%1) 104(%99)	0(%0) 72(%100)	1(%0.6) 176(%99.4)	1.000

◇ Pearson Ki-Kare, ∞Yates Ki-Kare, ⊕ Fisher's Kesin Ki-Kare

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları DSM-IV Eksen IV' te yer alan psikososyal ve çevresel sorunlar anketindeki sağlık kuruluşlarına ulaşma sorunları bakımından karşılaştırıldıklarında her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark yoktu ($p>0.05$). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının sağlık kuruluşlarına ulaşma sorunları bakımından karşılaştırılması tablo 8.G.' de yer almaktadır.

Tablo 8.G. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Sağlık Kuruluşuna Ulaşma Sorunları

		Şizofreni n:105	İUDDB(psikotik mani)n:72	Toplam n:177	P
Sağlık kuruluşlarının yetersiz olması⊕	Var	0(%0)	1(%1.4)	1(%0.6)	0.407
	Yok	105(%100)	71(%98.6)	176(%99.4)	
Sağlık kuruluşlarına ulaşımın olmaması⊕	Var	1(%1)	0(%0)	1(%0.6)	1.000
	Yok	104(%99)	72(%100)	176(%99.4)	
Sağlık güvencesinin olmaması⊕	Var	2(%1.9)	1(%1.4)	3(%1.7)	1.000
	Yok	103(%98.1)	71(%98.6)	174(%98.3)	

◇ Pearson Ki-Kare, ∞Yates Ki-Kare, ⊕ Fisher's Kesin Ki-Kare

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları DSM-IV Eksen IV' te yer alan psikososyal ve çevresel sorunlar anketindeki hastalarında yasal sistemle etkileşim sonucu doğan sorunlar bakımından karşılaştırıldıklarında her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark yoktu ($p>0.05$). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının hastalarında yasal sistemle etkileşim sonucu doğan sorunlar bakımından karşılaştırılması tablo 8.H.' de yer almaktadır.

Tablo 8.H. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Yasal Sistemle Etkileşim Sonucu Doğan Sorunlar

		Şizofreni n:105	İUDDB(psikotik mani) n:72	Toplam n:177	p
Tutuklanma/Hapsedilme⊕	Var	0(%0)	1(%1.4)	1(%0.6)	0.407
	Yok	105(%100)	71(%98.6)	176(%99.4)	
Dava edilme⊕	Var	1(%1)	0(%0)	1(%0.6)	1.000
	Yok	104(%99)	72(%100)	176(%99.4)	
İşlenen bir suçtan etkilenme	Var	0(%0)	0(%0)	0(%0)	-
	Yok	105(%100)	72(%100)	177(%100)	

◇ Pearson Ki-Kare, ∞Yates Ki-Kare, ⊕ Fisher's Kesin Ki-Kare

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları DSM-IV Eksen IV' te yer alan psikososyal ve çevresel sorunlar anketindeki diğer psikososyal ve çevresel sorunlar bakımından karşılaştırıldıklarında her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark yoktu ($p>0.05$). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının diğer psikososyal ve çevresel sorunlar bakımından karşılaştırılması tablo 8.I.' de yer almaktadır.

Tablo 8.I. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Diğer Psikososyal ve Çevresel Sorunlar

		Şizofreni n:105	İUDDB(psikotik mani)n:72	Toplam n:177	p
Felaketlerle karşılaşma⊕	Var	4(%3.8)	2(%2.8)	6(%3.4)	1.000
	Yok	101(%96.2)	70(%97.2)	171(%96.6)	
Savaş ya da başka bir tür çatışmaya katılma⊕	Var	1(%1)	0(%0)	1(%0.6)	1.000
	Yok	104(%99)	72(%100)	176(%99.4)	
Sosyal hizmet uzmanı ya da hekim gibi aileden olmayan kişilerle geçimsizlik⊕	Var	1(%1)	0(%0)	1(%0.6)	1.000
	Yok	104(%99)	72(%100)	176(%99.4)	
Sosyal hizmet kurumlarının olmaması	Var	0(%0)	0(%0)	0(%0)	-
	Yok	105(%100)	72(%100)	177(%100)	

◇ Pearson Ki-Kare, ∞Yates Ki-Kare, ⊕ Fisher's Kesin Ki-Kare

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının; yaş, kardeş sayısı, evin kaçınıcı çocuğu olduğu, yaşayan annelerin yaşı, anne eğitim süresi, yaşayan babaların yaşı, baba eğitim süresi, cinsiyet ve şuan ki çalışma durumu gibi sosyodemografik ile kötülük görme, alınma, büyüklük, dini-mistik, somatik, kıskançlık, düşünce okunması, etkilenme ve erotomanik hezeyanların görülme sıklıkları bakımından karşılaştırıldıklarında; akut dönem şizofreni grubunda; büyüklük hezeyanı görülme oranı cinsiyet ile ilişkili idi (p<0.05, OR:3.776). Erkek hastalarda büyüklük hezeyanı görülme olasılığı kadın hastalardan 3.77 kat fazla idi. İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise; büyüklük hezeyanı görülme oranı yaş (p<0.01, OR:0.919) ve anne eğitim süresi ile ilişkili idi (p<0.05, OR:1.029). Yaş arttıkça 0.9kat, anne eğitim süresi arttıkça ise büyüklük hezeyanı görülme olasılığı 1 kat artmakta idi. Akut dönem şizofreni grubunda; dini-mistik hezeyan görülme oranı anne yaşı ile ilişkili idi (p<0.01, OR:0.862). Anne yaşı arttıkça dini-mistik hezeyan görülme olasılığı 0.86 kat artmakta idi. Akut dönem şizofreni grubunda; kıskançlık hezeyanı görülme oranı cinsiyetle ilişkili idi (p<0.05, OR:8.839). Akut dönem şizofreni hastalarında erkek cinsiyette olmak kıskançlık hezeyanı görülme olasılığını kadın cinsiyette

olmaya göre 8.8 kat arttırmakta idi. İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise; kıskançlık hezeyanı görülme oranı anne eğitim süresi ile ilişkili idi ($p<0.05$, OR:0.665). Anne eğitim süresi azaldıkça kıskançlık hezeyanı görülme olasılığı 0.66 kat artmakta idi. Diğer karşılaştırmalar bakımından ise aralarında ilişki yoktu ($p>0.05$). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında sosyodemografik özellikler ile hezeyan içeriklerinin karşılaştırılması tablo 9'de yer almaktadır.

Tablo 9. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Sosyodemografik Özellikler İle Hezeyan İçeriklerinin Karşılaştırılması

		Kötülük görme	Alınma	Büyüklük	Dini-mistik	Somatik	Kıskançlık	Düşünce okunması	Etkilenme	Erotomanik
Yaş	Şizofreni P	0.294	0.678	0.836	0.073	0.062	0.128	0.737	0.696	0.387
	OR	0.345	0.992	0.995	0.953	0.955	1.042	0.991	0.899	0.936
İUDDB P	Şizofreni P	0.832	0.920	<u>0.009</u>	0.287	0.751	0.993	0.422	0.781	0.309
	OR	1.006	0.997	<u>0.919</u>	0.959	0.984	1.000	1.049	1.029	0.960
Kardeş sayısı	Şizofreni P	0.838	0.527	0.559	0.117	0.693	0.297	0.608	0.635	0.462
	OR	1.038	1.084	0.912	0.744	0.941	1.191	0.912	1.297	0.665
Evin kaçınıcı çocuğu olduğu	Şizofreni P	0.217	0.799	0.677	0.342	0.058	0.871	0.978	0.997	0.943
	OR	0.800	1.036	0.989	0.828	1.354	1.031	0.995	0.000	0.964
İUDDB P	Şizofreni P	0.158	0.340	0.345	0.909	0.598	0.622	0.661	0.920	0.865
	OR	0.731	1.229	3.205	1.034	0.779	0.824	1.232	0.997	0.948
Anne yaşı	Şizofreni P	0.692	0.824	0.468	<u>0.002</u>	0.564	0.847	0.486	0.821	0.386
	OR	1.015	1.006	1.023	<u>0.862</u>	1.018	1.008	0.986	0.992	0.901
İUDDB P	Şizofreni P	0.348	0.568	0.999	0.275	0.847	0.909	0.116	0.560	0.355
	OR	0.975	1.015	0.000	0.961	0.989	1.006	1.091	0.943	0.967
Anne eğitim süresi	Şizofreni P	0.125	0.652	0.244	0.440	0.717	0.072	0.057	0.936	0.535
	OR	0.886	0.974	0.993	1.060	1.026	0.834	1.159	0.983	1.120
İUDDB P	Şizofreni P	0.456	0.399	<u>0.046</u>	0.931	0.996	<u>0.019</u>	0.888	0.920	0.482
	OR	0.964	1.043	<u>1.029</u>	0.994	1.001	<u>0.665</u>	0.982	0.997	1.046
Baba yaşı	Şizofreni P	0.536	0.659	0.342	0.174	0.780	0.554	0.482	0.815	0.425
	OR	0.974	1.014	0.082	0.944	0.989	1.036	1.034	1.009	0.915
İUDDB P	Şizofreni P	0.151	0.524	0.989	0.914	0.678	0.255	0.920	0.841	0.479
	OR	0.928	1.022	0.997	1.005	1.022	1.058	0.997	1.023	0.970
Baba eğitim süresi	Şizofreni P	0.169	0.618	0.399	0.738	0.649	0.061	0.111	0.757	0.918
	OR	0.904	0.973	0.993	1.024	1.030	0.842	1.205	1.057	1.020
İUDDB P	Şizofreni P	0.841	0.288	0.888	0.599	0.802	0.176	0.871	0.920	0.057
	OR	0.990	1.053	1.312	0.964	1.023	0.867	0.980	0.997	1.130
Cinsiyet	Şizofreni P	0.208	0.456	<u>0.045</u>	0.647	0.202	<u>0.039</u>	0.678	0.210	0.599
	OR	0.490	1.367	<u>3.776</u>	1.300	0.538	<u>8.839</u>	0.992	0.210	0.471
İUDDB P	Şizofreni P	0.088	0.290	0.053	0.486	0.449	0.697	0.920	0.920	0.666
	OR	2.564	0.578	2.667	1.587	0.420	1.370	0.997	0.997	0.727
Şuan ki çalışma durumu	Şizofreni P	0.149	0.162	0.932	0.866	0.823	0.110	0.093	0.635	0.707
	OR	0.375	0.560	1.043	0.914	0.897	2.943	0.395	0.759	0.585
İUDDB P	Şizofreni P	0.164	0.577	0.986	0.099	0.790	0.500	0.735	0.999	0.695
	OR	0.416	1.375	0.993	0.325	1.360	2.125	0.754	0.000	1.391

Binary Logistic regresyon

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının; hastalık başlama yaşı, ilk kez psikiyatriste gitme yaşı, son ataktan sonraki başvuru süresi, ilk psikotik semptom başlama yaşı, ilk kez hastaneye yatış yaşı, akrabada İUDDB öyküsü, akrabada şizofreni öyküsü, önceden intihar girişimi öyküsü olan hastalarda intihar hezeyan ilişkisi, tamamen iyileşme durumu gibi klinik özellikleri ile kötülük görme, alınma, büyüklük, dini-mistik, somatik, kıskançlık, düşünce okunması, etkilenme ve erotomanik hezeyanların görülme sıklıkları bakımından karşılaştırıldıklarında; akut dönem şizofreni hastalarında somatik hezeyan görülme sıklığı hastalık süresi ile ilişkili idi ($p<0.05$, OR:2.062). Hastalık süresinin artması somatik hezeyan görülme olasılığını 2 kat arttırmakta idi.

Akut dönem şizofreni ($p<0.05$, OR:1.021) ve İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ($p<0.05$, OR:1.054) son ataktan sonra başvuruya kadar geçen süre kıskançlık hezeyanı ile ilişkili idi. Son atağın başlangıcından tedaviye başvuruya kadar geçen sürenin artması her iki grupta da kıskançlık hezeyanı görülme olasılığını 1 kat arttırmakta idi. Diğer karşılaştırmalar bakımından ise aralarında ilişki yoktu ($p>0.05$). Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında sosyodemografik özellikler ile hezeyan içeriklerinin karşılaştırılması tablo 10'da yer almaktadır.

Tablo 10. Akut Dönem Şizofreni ve İUDDB Psikotik Özellikli Manik Atak Hastalarında Klinik Özellikler İle Hezeyan İçeriklerinin Karşılaştırılması

		Kötülük görme	Alınma	Büyüklik	Dini-mistik	Somatik	Kıskançlık	Düşünce okunması	Etkilenme	Erotomanik
Hastalık başlama yaşı	Şizofreni P	0.106	0.508	0.678	0.344	0.162	0.364	0.678	0.168	0.190
	OR	1.063	1.014	0.992	0.971	0.960	1.025	0.992	0.950	0.881
İlk kez psikiyatrist e gitme yaşı	İUDDB P	0.592	0.295	0.341	0.969	0.193	0.168	0.966	0.131	0.604
	OR	1.019	0.963	0.919	0.998	1.079	1.073	0.996	1.212	0.974
İlk kez psikiyatrist e gitme yaşı	Şizofreni P	0.095	0.650	0.644	0.367	0.161	0.200	0.163	0.142	0.157
	OR	1.062	0.991	0.333	0.975	0.963	1.034	0.955	1.212	0.776
Hastalık süresi	İUDDB P	0.491	0.273	0.813	0.666	0.233	0.194	0.887	0.920	0.271
	OR	1.026	0.960	0.894	0.979	1.073	1.069	0.987	0.997	0.936
Hastalık süresi	Şizofreni P	0.095	0.095	0.095	0.095	<u>0.045</u>	0.095	0.095	0.095	0.095
	OR	1.062	1.062	1.062	1.062	<u>2.062</u>	1.062	1.062	1.062	1.062
Son ataktan sonraki başvuru süresi	İUDDB P	0.491	0.491	0.491	0.491	0.491	0.491	0.491	0.491	0.491
	OR	1.026	1.026	1.026	1.026	1.026	1.026	1.026	1.026	1.026
İlk psikotik semptom başlama yaşı	Şizofreni P	0.711	0.918	0.378	0.822	0.197	<u>0.019</u>	0.868	0.998	0.420
	OR	1.003	0.999	1.292	0.998	0.990	<u>1.021</u>	1.001	0.000	0.978
İlk psikotik semptom başlama yaşı	İUDDB P	0.675	0.460	0.989	0.644	0.162	<u>0.047</u>	0.865	0.350	0.447
	OR	0.992	0.985	0.990	0.987	1.037	<u>1.054</u>	0.992	0.888	1.018
İlk psikotik semptom başlama yaşı	Şizofreni P	0.088	0.905	0.675	0.231	0.070	0.302	0.416	0.195	0.163
	OR	1.076	1.003	0.392	0.959	0.941	1.031	0.972	0.949	0.665
İlk kez hastaneye yatış yaşı	İUDDB P	0.647	0.229	0.218	0.265	0.530	0.444	0.780	0.150	0.769
	OR	1.018	0.952	0.889	0.931	1.042	1.044	1.024	1.209	0.984
İlk kez hastaneye yatış yaşı	Şizofreni P	0.173	0.755	0.666	0.965	0.720	0.121	0.678	0.242	0.234
	OR	1.045	1.006	1.009	0.999	0.991	1.041	0.992	0.926	0.902
Akrabada İUDDB öyküsü	İUDDB P	0.559	0.268	0.989	0.617	0.317	0.438	0.657	0.179	0.789
	OR	1.021	0.962	2.066	0.977	1.062	1.042	0.962	1.205	0.987
Akrabada şizofreni öyküsü	Şizofreni P	0.999	0.566	0.450	0.975	0.751	0.920	0.224	0.999	0.999
	OR	0.000	1.667	1.975	0.965	0.700	1.120	3.036	0.000	0.000
Akrabada şizofreni öyküsü	İUDDB P	0.938	0.314	0.887	0.942	0.738	0.890	0.998	0.999	0.780
	OR	0.958	3.964	0.342	1.055	0.681	1.129	0.000	0.000	1.232
Akrabada şizofreni öyküsü	Şizofreni P	0.409	0.869	0.480	0.358	0.868	0.063	0.673	0.339	0.427
	OR	0.609	0.928	0.973	1.675	1.094	2.865	0.987	0.465	3.120
Akrabada şizofreni öyküsü	İUDDB P	0.054	0.715	0.915	0.999	0.604	0.881	0.999	0.999	0.797
	OR	0.233	1.303	0.997	0.000	1.844	1.187	0.000	0.000	0.750

Binary Logistic regresyon

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns: non-standardize

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları nicel sosyodemografik özellikleri bakımından birbirleriyle karşılaştırdıklarında; akut dönem şizofreni grubunda yaş ortalaması $41,85 \pm 10,31$ (min-max:20- 65), İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $34,45 \pm 9,23$ (min-max:18- 62) yıl idi ve her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0.001$). Çalışmamızdaki akut dönem şizofreni hastalarının yaş ortalamasının İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından daha yüksek olması birçok çalışmada desteklenirken (151-154) bazı çalışmalarda desteklenmemiş (45,155), bazı çalışmalarda ise iki grup arasında fark bulunmadığı bildirilmiştir (156,157). Akkaya ve ark.(2012), İUDDB hastalarının polikliniğe başvuru yaşının erken olmasını; bu hastalığın genelde genç/erişkin yaş grubu hastalığı olması ve işlevselliği önemli ölçüde bozması ile ilişkilendirmiştir (152). Bizim çalışmamızda akut dönem şizofreni hastalarının yaş ortalamalarının İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından yüksek olması; şizofreninin işlevselliği daha fazla bozan kronik seyirli bir hastalık olması nedeniyle hasta ve yakınlarında tükenmişliğe yol açabilmesi ve bu nedenle çare arama davranışının azalmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca; şizofreninin çok değişik gidiş ve sonlanış özellikleri gösteren süregelen bir bozukluk olması nedeniyle tedavinin düzenli alınmasıyla bile hastaların ancak %30-40'ında orta/iyi derecede düzelebildikleri (158,159) ve bu nedenle de çare arama davranışının tıp dışı alanlara kaymasıyla ilişkili olabilir.

Akut dönem şizofreni grubunda kardeş sayısı $3,80 \pm 1,56$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $3,25 \pm 1,58$ olarak bulundu ve her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0.05$). Çalışmamızdaki akut dönem şizofreni hastalarının kardeş sayısının İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının kardeş sayısından fazla olması literatürle uyumlu idi (155). Belli ve ark.(2007), şizofreni hastalarının kardeş sayılarının fazla olmasını, sosyoekonomik durum ile ilişkilendirmiş ve kardeş sayısı arttıkça hastalığın seyrinin kötüleştiğini ve hastaneye yatış sayısının da arttığını belirtmiştir (155). Bizim çalışmamızda da akut dönem şizofreni hastalarının kardeş sayısının İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından fazla olması

hastaların doğup büyüdüğü aile ortamları hakkında bilgi vermesi bakımından önemlidir. Çünkü bazı çalışmalar bir bireyin doğup büyüdüğü çevrenin şizofreninin ortaya çıkması ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Buna ek olarak; olumlu aile ortamının yüksek genetik riski olan evlat edinilen çocuklarda bile koruyucu etkisi olduğu gösterilmiştir (160).

Akut dönem şizofreni hastaları evin ortalama $2,57. \pm 1,44.$ çocuğu, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları ise $2,05 \pm 1,12$ çocuğu idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p<0,01$). İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının kardeş sıralamasında akut dönem şizofreni hastalarına göre evin büyüğü olma durumu Karadağ (1991)'in sonuçlarıyla uyumlu idi (45). Bu durum evin büyüğü olmanın getirdiği sorumluluk artışı ve psikolojik zorlanmanın İUDDB'nin ortaya çıkmasını tetiklemesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamıza katılan akut dönem şizofreni hastalarında yaşayan anne ve yaşayan babalarının yaş ortalamaları, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarınınkinden fazla, eğitim sürelerinin ise İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarınınkinden az olması ve her iki hastalık grubu arasında anlamlı düzeyde fark olması ($p<0.05$) sonucu literatür ile uyumlu idi (45,161).

Karadağ (1991); şizofreninin sosyoekonomik düzeyin düşük, bakım verenlerin yeterince bilgi sahibi olmadığı ortamlarda görülme sıklığının arttığını belirtmiştir (45). Işık (2003) ve Köroğlu (2007); İUDDB'nin eğitim ve sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerde daha sıklıkla görüldüğünü bildirmişlerdir (162,163). Çalışmamızda; akut dönem şizofreni hastalarının özellikle anne ve babalarının eğitim düzeylerinin düşük, yaşlarının ise yüksek olması düşük sosyoekonomik durum ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızdaki akut dönem şizofreni hastalarının eğitim sürelerinin İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının eğitim sürelerine yaklaşık olarak eşit olması ve aralarında anlamlı düzeyde fark olmaması ($p>0.05$); özellikle şizofreni hastalığının düşük sosyoekonomik durum ile yakından ilişkili olduğunu söyleyen literatürlerle uyumlu değildi (154,156,157,164-166). İsrail'de uzunlamasına yapılan bir epidemiyolojik çalışmada ergenlik döneminde zekâ düzeyinin beklenenden düşük olması ile daha sonra

şizofreni gelişimi arasında anlamlı ilişki bulunmuş ve zekâ düzeyindeki düşüklüğün şizofreni için bağımsız bir risk etmeni olduğu gösterilmiştir (167).

Zekâ gelişimi ile şizofreni arasında saptanan ilişki şizofreni etyolojisi için ileri sürülen sinir gelişimsel modeli desteklemektedir (168). Çocuklukta görülen hafif bilişsel kusurlar nörogelişimsel anormalliğin ilk görünümleri olabilir; bu bilişsel kusurlar daha sonra ergenlik boyunca kötüleşerek okul başarısında düşme, işlevsellik kaybı, içe kapanma gibi negatif belirtilerin hafif düzeyde görünümüne ve daha sonra da pozitif belirtilerin hafif şiddette belirmelerine yol açabilir, arkasından da psikoz ortaya çıkar (169). Yaygın olarak kabul gören nörogelişim modeli, nörogelişimsel bir kusurun morfolojide ve hücre mimarisinde değişikliğe yol açarak nöronların düzenleme kapasitelerinde bir noksanlık meydana getirdiğini öne sürmektedir (170). Bununla birlikte ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde bu nörogelişimsel kusurun stres gibi çevresel tetikçilerle birlikte belirgin semptomlara yol açtığı düşünülmektedir (72,171). Çalışmamızda çalışmaya başlama yaşı, çalışmama süresi ve en uzun çalışma süresi bakımından akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları arasında anlamlı bir fark çıkmamış olması ($p>0.05$); literatür ile uyumlu değildi (45,155).

Karadağ(1991) yaptığı uzmanlık tezinde, çalışmama süresinin akut dönemdeki şizofreni hastalarında daha fazla, en uzun çalışma süresinin ise İUDDB grubunda daha fazla olduğunu ve bu bakımdan her iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunduğunu ($p<0.05$) belirtmiştir. Karadağ bu durumun hastalık süreçlerinin farklı olmasından kaynaklandığını, şizofreni hastalığının daha kötü seyretmesi nedeniyle çalışma durumunu olumsuz etkilediğini belirtmiştir (45). Belli ve ark.(2007), şizofreni hastalarının çalışmama süresinin uzun olduğunu, bunun da şizofreninin işlevselliği ileri derecede bozan bir hastalık olması nedeniyle meydana geldiğini belirtmiştir (155) Bizim çalışmamızda sonuçların birbirlerine yakın olması; polikliniğimizde şizofreni ve İUDDB hastaları için hizmet veren takip poliklinikleri olması, hastaların psikiyatriste ulaşımının kolay olması ve hastaların uzun süredir aynı poliklinikte düzenli olarak tedavi görüyor olmaları nedeniyle özellikle şizofreni hastalarında işlevsellik kaybının azalmasıyla

ilişkili olabilir. Ayrıca hastanemizin üçüncü basamak sağlık kuruluşu olması ve gelen hastaların daha bilinçli ve yardım arayışı içinde olan sosyoekonomik ve eğitim düzeyleri yüksek olan hastalar olması ile de ilişkili olabilir.

Çalışmamızda akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları nitel sosyodemografik özellikleri bakımından birbirleriyle karşılaştırıldıklarında; cinsiyet bakımından her iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık saptandı ($p < 0,001$). Çalışmamızda akut dönem şizofreni hastalarının çoğunun erkeklerden, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ise çoğunun kadınlardan oluşmasını bazı çalışmalar desteklerken (154,156,172-179), bazı çalışmalar desteklememiş (151,157,180), bazı çalışmalarda cinsiyetler arasında fark olmadığını bildirmişlerdir (124,131,132,152,181). Awad ve Voruganti (2008), erkek şizofreni hastalarının kendilerinden beklenen çalışma, aileye ekonomik yönden katkı sağlama gibi toplumsal rolleri üstlenememeleri aile üyelerinin daha fazla yük hissetmelerine ve daha fazla çare arama davranışı göstermelerine neden olduğunu bildirmişlerdir (179). Perry ve ark.(1995), şizofreni hastalarında erkeklerin oranının fazla olmasını şizofreninin kadınlarda daha iyi prognoza sahip olması ile açıklamıştır (177). Akkaya ve ark.(2012), yaptığı bir çalışmada İUDDB'nin genç/erişkin hastalığı olduğunu ve cinsiyetler arasında görülme sıklığı açısından fark olmadığını bildirmiştir (152). Karamustafalıoğlu ve ark.(2004)'a göre bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar çıkmış olmasının sebebi; İUDDB'nin her iki cinsten eşit görülmesinin rolü olabileceği ve hastalığın her iki cinsten eşit görülmesine karşın klinik özellikleri ve gidişinde çeşitli cinsiyet farklılıkları bulunmasıdır. İUDDB'de cinsiyet farklılıkları üzerine yapılmış çalışmaların hem az sayıda olması hem de çoğunun retrospektif yöntem içermesi ve temsil gücünün zayıf örneklem seçimi gibi çeşitli yöntemsel sorunlar içermesi nedeniyle cinsiyetler arası farklılık saptanmış olabilir (181).

Çalışmamızda her iki grupta hastaların çoğunun bekar olarak bulunması ve her iki grup arasında medeni durum açısından anlamlı düzeyde farklılık çıkmamış olması sonucu bazı çalışmalarca desteklenirken (112,182,183), bazı çalışmalarda desteklenemekteydi

(152,153,156,172,184). Güleç ve Köroğlu(2007), evli olmayan kişilerde İUDDB'nin daha sık görüldüğünü bildirmiştir (183). Ancak bu fark, erken başlangıcı ve hastalığın evlilikte uyumsuzluk özellikleriyle sonuçlanmasını yansıtır olabilir. Çalışmamızda bulunan İUDDB hastalarının % 40.3'lük evli olma oranı ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda evli olma oranı ile benzer bulunmuştur (185,186). Ayrıca İtalya'da yapılan EMBLEM çalışmasında (187) da İUDDB'li hastalardaki evli olma oranı bizim çalışmamızdaki oran ile benzerdi. Ancak Amerika, Avustralya ve Finlandiya gibi ülkelerden bildirilen çalışmalarda evli olma oranları çok daha düşüktür (188-190). Çalışmamızda her iki grup arasında medeni durum özellikleri bakımından farklılık bulunmaması ve boşanmış olan kişilerin sayısının düşük saptanmasının, ülkemizde geniş aile yapısının büyük ölçüde korunmasından, aile içi bağların ve yaptırımların hala sağlam olmasından, evlilik kurumunun sürekliliğini sağlayan değer yargılarının diğer batılı ülkeler ile farklılık göstermesinden, kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda, yine her iki grup arasında çalışma durumu bakımından anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p < 0.001$). İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının çoğunu çalışan ve öğrenciliğine devam etmekte olan grup oluştururken, akut dönem şizofreni hastalarının çoğunu ise emekli ve çalışmayan grup oluşturuyordu. Bu sonuç literatürle uyumlu idi (152, 155, 157,175,181,185). Belli ve ark.(2007), şizofreni hastalarının çoğunun çalışmadığını, bunun da şizofreninin işlevselliği ileri derecede bozan bir hastalık olması nedeniyle meydana geldiğini belirtmiştir (155). Ünal ve ark. (2004), şizofrenili üyesi olan ailelerin süregiden hastalığın yarattığı sorunlarla başa çıkmada ve iletişim kurmada güçlük yaşadıklarını ve buna bağlı olarak hastalarda işlev kaybının arttığını bildirmiştir (157). Batılı endüstriyel toplumlarda şizofreni hastalarının iş olanakları ve anlamlı sosyal iletişimi oldukça azalmış ve hastalar yalnız yaşama eğilimindedirler. Amerika'da şizofreni hastalarının %80'den fazlasının işsiz olması, bu katılım eksikliğinin bir göstergesidir (72,191). Bizim çalışmamızda akut dönem şizofreni hastalarının %20' si çalışmakta idi. Bunun önemli bir nedeni; gelişmekte olan ülkelerin sosyal merkezli yapısının bireylere daha az sorumluluk yüklemesi

ve gelişmiş ülkelere göre daha fazla sosyal destek sunmasıdır. Gelişmiş ülkeler ise bireysel başarı ve üretime daha fazla önem verdiklerinden bireylerden daha fazla performans beklenmektedir. Bu durum da birey üzerinde stresi arttırmakta ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. Çalışmamızda akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının çoğunun şehir/büyükşehirde doğmuş olup ve son beş yıldır da şehir/büyükşehirde yaşadıkları sonucu literatürle uyumlu değildi (154). Binbay ve ark.(2012), şizofreni hastalığının sosyoekonomik durum ile yakından ilgili olduğunu bu nedenle de şizofreni hastalarının çoğunun küçük yerleşim yerlerinde doğduklarını ve yaşadıklarını belirtmiştir (154). Çalışmamızın üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yapılmış olması sonucumuzu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları nicel klinik özellikleri bakımından birbirleriyle karşılaştırdıklarında; akut dönem şizofreni grubunda hastalık başlama yaşı $26,73 \pm 9,34$, İUDDB psikotik özellikli manik atak grubunda ise $23,16 \pm 7,05$ yıl idi ve iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p < 0,05$). İki grup arasında hastalık başlama yaşları bakımından fark olması literatürlerle uyumlu idi. Çünkü şizofreni erkeklerde en sık 15-25, kadınlarda da 25-35 yaş arası ortaya çıkarken, İUDDB daha çok 20'li yaşlarda ortaya çıkmaktadır (111,124,131,132,155,156,192-195). Craney ve Geller(2003), hastalık başlama yaşının hastalığın sürecini etkileyen önemli faktörlerden biri olduğunu belirtmiştir. Erken başlangıcın daha ağır hastalık ve daha kötü uzun dönem sonuçları ile ilişkili olduğunu, duygudurum dengeleyicilere direnci ve yüksek ektanı düzeyi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Yüksek sıklıkta intihar girişimi, akademik başarısızlık, madde bağımlılığı, kişiler arası iletişim bozukluğu ve sık hastaneye yatış ile ilişkili olduğunu, daha fazla psikotik belirti, daha sık manik dönem, daha fazla karma durum yaşadıklarını belirtmiştir (194).

Çalışmamızda son ataktan sonra başvuruya kadar geçen sürenin akut dönem şizofreni hastalarında İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından daha yüksek ve aralarında anlamlı düzeyde fark vardı

($p < 0,001$). Çalışmamızda bulduğumuz sonuç literatür ile uyumlu idi (157,196,197). İUDDB yinelemelerle giden, ancak ara dönemlerde hastanın genel işlevselliğinin normale yakın bir duruma dönmesine izin veren bir hastalıktır. Şizofreni ise yinelemelerde şiddeti artan bir seyir gösterebilir ve işlevsellikte giderek artan bir yıkım oluşturur. İUDDB'de ara dönemlerdeki iyilik hallerinin, ailenin hastalığa uyumunu olumlu yönde etkileyebileceği düşünülebilir ya da şizofrenideki kesintisiz gidişin ailenin beklentilerini azaltarak duruma uyum sağlamayı kolaylaştıracağı ileri sürülebilir.

Çalışmamızda İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında atak başlangıcı ile psikiyatriste başvuru arasında geçen sürenin şizofreni hastalarından daha kısa olmasının sebebi; şizofrenide gürültülü seyreden ilk psikotik atak sonrası, hastada negatif belirtiler ve depresif sürecin tabloya hakim olması nedeniyle ailelerin bu duruma alışması, İUDDB'de ise normal giden dönemleri takiben aniden başlayan; çok para harcama, adli olaylara karışma, yanlış arkadaşlıklar edinme vs. durumlar nedeniyle hastanın ve çevresindekilerin hayat akışını önemli ölçüde bozulması olabilir.

Çalışmamızda ilk psikotik semptom başlama yaşının, ilk kez psikiyatriste gitme yaşının ve ilk kez hastaneye yatış yaşının akut dönemi şizofreni hastalarında İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından daha yüksek olması ve aralarında anlamlı düzeyde fark olması ($p < 0,05$) literatür ile uyumlu idi. Öztürk (2008)'e göre, şizofreni de çoğu zaman hastalığın başlangıç döneminde henüz açık psikotik belirtiler ortaya çıkmadan hastanın işlev düzeyinde bir gerileme olur. Ve bu 2-2,5 yıl devam eder ardından pozitif belirtilerin baskın olduğu psikoz tablosu ortaya çıkar. Hastalık ilk psikotik belirtilerin ortaya çıkmasından sonraki 5-10 yıl içinde çoğu hastada zaman zaman açık, pozitif psikotik belirtilerin görüldüğü alevlenmeler ve arada yatışmalarla gider. İUDDB'de de hastalık başlangıcı ile doktora başvuru ve hastaneye yatış arasında ortalama 5 yıl gibi bir süre geçmektedir (15,37). Sadoc (2007), şizofreni hastalarının %10-25 'inin ancak bir intihar/yaralama ya da öldürmeye yönelik girişim sayısı sonrası yakınları tarafından hastaneye getirildiğini ve ilk yatışlarının bu şekilde olduğunu belirtmiştir (72). Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar; hastalıkların seyriyle ilgili olabilir.

Ayrıca, aile bağlarının güçlü olduğu ülkemizde suçluluk duygusu nedeniyle ailelerin hastalığı gizlemeye çalışması ve hatta toplumdan tecrit etmeleri nedeniyle ancak hastalık baş edilmez duruma gelinceye kadar hastaneye yatırmaktan çekinmesi ile ilişkili olabilir. İUDDB hastalarında ise bu ara dönem psikotik belirtisiz ataklar veya depresif ataklar nedeniyle gözden kaçıyor olabilir.

Çalışmamızda akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları nitel klinik özellikleri bakımından birbirleriyle karşılaştırıldıklarında; İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının akrabalarında İUDDB öyküsünün, akut dönem şizofreni hastalarının akrabalarında da şizofreni öyküsünün daha yüksek olması ($p < 0,001$) literatürle uyumlu idi (72,155,185,198-200). Çalışmamızda ayrıca her iki grup; annede İUDDB ve şizofreni öyküsü ile babada İUDDB ve şizofreni öyküsü bakımından birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde farklılık yoktu ($p > 0,05$) ve bu sonuç literatürle çelişmekte idi (155,198). Sadoc (2007), şizofreni hastalarının biyolojik yakınlarının şizofreni açısından artmış risk taşıdıklarını, benzer şekilde İUDDB hastalarının biyolojik yakınlarının da İUDDB açısından artmış risk taşıdıklarını belirtmiştir. Sourney(2000); İUDDB'nin kalıtsal yatkınlık gösteren bir hastalık olduğunu ve bu nedenle birinci derece akrabalarda İUDDB görülme sıklığının normal popülasyona göre 8-18 kat daha fazla olduğunu bildirilmektedir (72). Belli ve ark.(2007), şizofreni hastalarının akrabalarında şizofreni öyküsünün yüksek oranda bulunmasını şizofreninin kültürlerden bağımsız genetik geçişinin olduğu bilgisi ile açıklamaktadır (155). Çalışmamızdaki akrabalarla ilgili bulgularımız; her iki hastalık grubunda genetik geçişin önemini yansıması bakımından önemli olabilir. Hasta grupları arasında anne ve babalarında İUDDB ve şizofreni öyküsü açısından fark çıkmamıştır. Farkın daha çok kardeşlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

İntihar girişimi öyküsü olan akut dönem şizofreni hastalarının % 95,5'inde, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ise % 65,4'ünde intihar girişimlerinin hastalarda o dönem mevcut olan hezeyanlarla ilişkili olduğu ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı

düzeyde farklılık olduğu saptandı ($p<0,001$). Çalışmamızdaki akut dönem şizofreni hastalarındaki intihar girişimlerinin İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarındaki intihar girişimlerinden daha yüksek oranda hezeyanlardan etkilendiğinin tespit edilmesi sonucu birçok çalışmada desteklenirken (109,201,202). bazı çalışmalarda desteklenmemiştir (203-205). Limosin ve ark.(2007), intiharların yaklaşık dörtte üçünün hastalığın akut döneminde meydana geldiğini, hastaların onda birinde de hezeyan ve intihar emri veren işitsel halüsinasyonların bulunduğunu bildirmiştir (201). Kelly ve ark.(2004), intihar girişiminde bulunan şizofreni hastalarının büyük çoğunluğunda düşünce kontrolünde zayıflık veya düşünce sokulması, çağrışım dağınıklığı ve fikir uçuşması saptamıştır (202). Fenichel (1945), şizofrenik hezeyanların benlikle uyumlu oldukları için hastanın davranışlarını ve tutumlarını etkileyebileceğini söylemiştir (109). Tekin(2007), yaptığı bir çalışmada pozitif belirtiler açısından intihar düşüncesi olan ve olmayan gruplar arasında fark olmadığını, intihar düşüncesi olan grupta depresif belirtileri anlamlı düzeyde yüksek olduğunu söylemiştir (204). Benzer şekilde Özcüler(2004), intihar düşüncesi olan şizofreni hastalarında negatif belirtilerin daha fazla bulunduğunu bildirmiştir (205). Uzun ve ark.(2009), psikotik belirtilerin yatıştığı ve depresif belirtilerin ortaya çıktığı, hastane yatışından hemen sonraki dönemlerde intihar riskinin en yüksek olduğunu belirtmiştir (203). Bizim çalışmamızda akut dönemdeki şizofreni hastalarında intihar girişimlerinin o dönemdeki hezeyanlarla daha fazla ilişkili olmasının sebebi, şizofreninin kronik ve yıkımla seyreden bir hastalık olması ve hastalarda daha yüksek oranda işlevsellik kaybı meydana getirmesi ile ilişkili olabilir.

Akut dönem şizofreni hastalarının hiçbirinde hastalık süresince tamamen iyileşme görülmezken, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ise %83.4'ünde hastalık süresince tamamen iyileşilen dönemler vardı ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p<0,001$). Birçok alttipi bulunan şizofreni çok değişik gidiş ve sonlanış gösteren süregelen bir bozukluktur. Şizofrenide hastalığın gidişi her birey için farklı biçimde gelişebilir. Düzenli tedavi alınmasıyla bile hastaların ancak %30-40'ında orta/iyi derecede düzelebildikleri ve hastaların yaklaşık

%25-30'u ne tür sağaltım yapılırsa yapılısın belirgin bir iyileşme gösteremediği ve ciddi yeti yitimleri olabildiği bildirilmiştir (206,207). Ayrıca, İUDDB'de iyilik dönemlerinin olması hastalığın doğası ile ilişkilendirilmiştir (208,209).

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları afekt özellikleri açısından karşılaştırıldıklarında; afekt niceliği ($p<0.001$), afekt niteliği ($p<0.001$), afekt genişliği ($p<0.001$), afekt değişkenliği ($p<0.001$), hezeyan içeriklerinin duygudurumla uyumu ($p<0.001$) ve hezeyanlarının sistematik olup olmadığı ($p<0.001$) açısından her iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık saptandı. Çalışmamızda akut dönem şizofreni hastalarının çoğunun afekti; künt, stabil ve duygudurumla uyumsuz, hezeyan içerikleri de sistematize ve duygudurumla uyumlu değildi. İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ise afekti; disforik, labil ve duygudurumla uyumlu iken, hezeyan içerikleri sistematize değildi. Manik hastaların duygulanımında coşku, öfori (aşırı neşe), sıklıkla da öfke (disfori) egemendir. Ancak yalnızca öforinin hakim olduğu tablolar nadirdir, genellikle disfori ya da labil (değişken) duygudurum tabloya hakimdir. İUDDB'nin aksine şizofrenide ise bir duygu azalması, küntlüğünden söz edilir. Hastanın olaylara tepkisi az ya da hiç yoktur. Hastaların soğuk, ilişkisi kurulmasının güç olduğu sıklıkla görülse de birçok hastada hastalığın başlangıç döneminde yoğun anksiyete bulguları gösterirler. Zamanla duygularda küntleşme, sığlık ve yüzeyelleşme belirginleşir (15). Şizofrenide görülen en temel düşünce içeriği bozukluğu olan hezeyanlar; genellikle duygudurumla uyumlu olmayan, düzensiz, dağınık, tutarsız ve acayıptir. İUDDB'de ise; hezeyanlar, %50'den fazla hastada görülür. Bu hezeyanlar duygudurumla uyumlu olabileceği gibi duygu durumla ilgili olmayan bizar hezeyanlar ve Schneieder'in birincil sıra belirtileri şeklinde de görülebilir (15,43,72).

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları hezeyan içerikleri bakımından karşılaştırıldıklarında; akut dönem şizofreni hastalarının %85,7'sinde, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ise %63,9'unda kötülük görme hezeyanı görülmekte idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0,01$). Çalışmamızda kötülük görme hezeyanı sıklığı akut dönem şizofreni

hastalarında daha fazla olsa da her iki hastalık grubunda da en sık görülen hezeyan içeriği kötülük görme hezeyanı idi. Bu bulgu literatür ile uyumlu idi (43,45,112,210-213). Şimdiye kadar yapılan tüm transkültürel çalışmalarda en sık gözlenen hezeyan içeriği genellikle kötülük görme hezeyanı olmuştur. Avusturya, Pakistan, Japonya, Almanya, Kore, Çin ve Pakistan gibi farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda da yüksek oranlarda kötülük görme hezeyanı bildirilmiştir (72). Karadağ(1991); kötülük görme hezeyanının en sık görülen hezeyan tipi olmakla beraber İUDDB hastalarında şizofreni hastalarından daha fazla görüldüğünü bildirmiştir (45). Çalışmamızda kötülük görme hezeyanının akut dönem şizofreni hastalarında daha yüksek oranda görülmesi, özellikle en sık görülen şizofreni tipinin paranoid şizofreni olmasıyla da ilişkili olabilir. Bilindiği gibi şizofreninin en sık görülen alt tipi paranoid tiptir ve Freud'a göre paronayada başlıca savunma mekanizması yansıtmadır. Bilinçdışı homoseksüel eğilimlere karşı inkar ve yansıtma mekanizmaları geliştirilmektedir.

Akut dönem şizofreni hastalarının % 55.2'sinde, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ise % 38.9'unda alınma hezeyanı görülmekte idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0,05$). Bu sonuç bazı çalışmalarla uyumlu iken (45, 112, 214, 215,217), bazıları ile uyumlu değildi (143,217). Geçici ve ark.(2010), şizofreni hastalarıyla yaptığı bir çalışmada; hastaların %68'inde alınma hezeyanı görüldüğünü tespit etmiştir (112). Karadağ(1991), yaptığı uzmanlık tezinde İUDDB'de alınma hezeyanının şizofreniden daha sık görüldüğünü tespit etmiş ve alınma hezeyanının en fazla televizyon kaynaklı olması nedeniyle günlük yaşamda en çok kullanılan nesnelere hezeyan içeriğine etkisinden bahsetmiştir (45). Ceylan (2010), şizofreni hastalarında olay ve durumlara olduğundan farklı anlamlar yüklemenin çok sık görüldüğünü ve bu nedenle çevrede normalde çok dikkat çekmeyen durum ve işaretlerin şizofreni hastalarınca hemen algılandığını ve abartılı anlamlar yüklendiğini bildirmiştir. Bunu da inkar ve yansıtma savunma mekanizmalarının şizofrenin temel savunma mekanizmaları olmalarıyla ilişkilendirmiştir. Bu nedenle de alınma hezeyanının şizofrenide çok sık görüldüğünü, hatta şizofreni tanısı koyarken

önemli bulgulardan biri olduğunu belirtmiştir. (215). Bizim hastalarımızda; televizyon ve radyodan kendisine mesaj gönderildiğini düşünen hastaların yanı sıra; son dönemlerde çok sık söylenen cep telefonların dinlendiği, telefon ve internetten kendisine mesajlar gönderildiğini, uzaylılar tarafından mesajlar aldığını düşünen hastalar da oldukça fazlaydı. Bu durum da yine gündelik olayların ve gelişen teknolojinin hezeyan içeriklerini etkilemesiyle ve ya yeni gelişen teknolojik enstrümanlara uyum sağlayamamanın beraberinde getirdiği bir takım zorlanmalar ve yüklerle de ilişkili olabilir.

Akut dönem şizofreni hastalarının % 21.'inde, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ise % 38.9'unda büyüklük hezeyanı görülmekte idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p < 0,05$). Büyüklük sanrılarını çalışmamızda üçüncü sıklıkta bulduk. Bu sonuç bazı çalışmalarla uyumlu iken (45,217-219). bazıları ile uyumlu değildi (43,111,112,143,221,222,223). Stompe ve ark.(2006), 1000 şizofreni hastalarıyla yaptığı bir çalışmada; hastalarda kötülük görme hezeyanından sonra en sık görülen hezeyanın büyüklük hezeyanı olduğu bildirilmiştir (213). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda büyüklük hezeyanının farklı sıklıkta görülüyor olması bu hezeyanın sosyokültürel yapıdan etkilendiğini düşündürmektedir. Büyüklük hezeyan alt grupları bakımından ise; akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları birbirleri ile karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$). Zenginlik alt grubu ise her iki grupta da görülmemekteydi. Çalışmamızda bulduğumuz bu sonuçlar literatürle uyumlu değildi (45). Karadağ(1991), büyüklük hezeyanının İUDDB hastalarında şizofreni hastalarından daha sık görüldüğünü, büyüklük hezeyanı alt gruplarında ise İUDDB hastalarında daha çok, zenginlik, keşif/buluş, statü görülürken, şizofreni hastalarında ise daha çok majik düşüncenin hakim olduğunu söylemiş, bununda psikososyal farklılıktan kaynaklandığını belirtmiştir (45). Çalışmamızda İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında büyüklük hezeyanının daha fazla görülmüş olması; manik atağın doğası ile ilişkili olabilir. Bilindiği gibi mani; kişinin büyülenmeci kimliği ile kendini üstün ve güçlü biri olarak gördüğü bir durumdur (224). Çalışmamızda büyüklük hezeyanı alt gruplarında farklılık

olmaması ise, çalışmaya katılan hasta popülasyonunun azlığıyla ilişkili olabilir.

Akut dönem şizofreni hastalarının % 21.9'unda, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ise % 6.9'unda somatik hezeyan görülmekte idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0,05$). Bu sonuç literatür ile uyumlu idi (43,111,112,217). Karin-Gutierrez(2001), sosyodemografik özelliklerin hezeyan içeriklerini etkilediğini, buna bağlı olarak da erken erişkinlik döneminde sıklıkla görülen somatik hezeyanın yerini ileri yaşlarda kıskançlık hezeyanının aldığını tespit etmiş, bunun da bilişsel olgunlaşma ile düşüncelerin dış nesnelere aktarılması nedeniyle olabileceğini belirtmiştir (43). Çalışmamızda somatik hezeyanın akut dönem şizofreni hastalarında daha fazla görülmesi; bedenimizin başkaları tarafından nasıl algılandığımızı belirleyen etmenlerden biri olması ve aynı zamanda kişinin kendilik algısı ve özgüvenin oluşumunda ve devamında önemli rol oynaması nedeniyle olabilir. Çünkü beden görüntüsü neredeyse tüm insanların evrensel ilgi ve meşguliyet odağıdır. İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları ise zaten var olan aşırı güvenleri ve kendilerini aşırı beğenmeleri nedeniyle bedenleri ile daha az uğraşıp, somatik hezeyanları daha az geliştiriyor olabilirler.

Akut dönem şizofreni hastalarının % 15.2' sinde, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ise % 4.2'sinde düşünce okunması hezeyanı görülmekte idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0,05$). Akut dönem şizofreni hastalarının % 13.3'ünde, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ise % 1.4'ünde etkilenme hezeyanı görülmekte idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0,05$). Bu sonuçlar bazı çalışmalarla uyumlu iken (112,214), bazıları ile uyumlu değildi (43,45,217). Geçici ve ark.(2010), düşünce okunması, düşünce sokulması, düşünce çalınması, düşünce yayınlanması ve etkilenme (somatik pasivite) gibi bizar Schneiderian belirtilerin şizofreniye daha spesifik olduğunu belirtmiştir (112). Federn (1953), şizofreniyi bir ego hastalığı olarak tanımlamıştır. Libido enerjisinin ego sınırlarına yapılan yatırımının kaybı ya da azalması ile egonun

içsel ve dışsal sınırlarında ortaya çıkan zayıflamalar ilkel ego durumlarının ortaya çıkmasına ya da zihinsel dünya ile dış gerçek dünya arasındaki sınırın kaybolmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda da düşüncelerinin başkaları tarafından okunduğunu, çalındığını ve yayınlandığıyla ilgili hezeyanlar ortaya çıkmaktadır (214). Teixeira(2009), ise Schneiderian belirtilerin şizofreniye spesifik olmadığını, diğer psikiyatrik ve organik bozukluklarda da görülebileceğini bildirmiştir (217). Bizim çalışmamızda akut dönem şizofreni hastalarında Schneiderian belirtilerin daha fazla görülmesinin nedeni, şizofreni hastalığının ilerleyici ve ciddi ego zayıflamasına neden olan bir hastalık olmasıyla ilişkili olabilir.

Akut dönem şizofreni hastalarının % 1.9'unda, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ise % 13.9'unda erotomanik hezeyan görülmekte idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0,01$). Bu sonuç literatürle uyumlu idi (43,111,225). Tezcan ve ark.(2003), Kala ve Wigg(1982), bekar, yalnız yaşayan İUDDB hastalarında; içten içe sevilme duygu ve düşüncesi nedeniyle erotomanik hezeyan görülme sıklığının arttığını bildirmişlerdir (111,225). Çalışmamızda İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında erotomanik hezeyanın şizofreni hastalarından daha fazla görülmesinin sebebi; İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının çoğunun kadın olmasıyla ilişkili olabilir. Ülkemiz dini inançların egemen olduğu kapalı bir toplum olduğu için; çoğu zaman erkeklerin eşlerine sevgilerini göstermeleri ayıp olarak karşılanır. Bu nedenle yeterli sevgiyi göremeyen kadın psikotik atak döneminde süperegounun ortadan kalkması nedeniyle bu duygu ve düşüncesini dışa yansıtıyor olabilir. Akut dönem şizofreni hastalarının % 16.4'ünde, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ise % 17.1'inde dini-mistik hezeyanı görülmekte idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark yoktu ($p>0,05$). Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar bazı literatürle uyumlu iken (111,112,151,226). bazı literatürlerle uyumlu değildi (72,214-216). Geçici ve ark.(2010), dini inanca önem verilen toplumlarda dini-mistik hezeyan görülme sıklığının yüksek olduğunu, dini-mistik hezeyanların müslüman toplumlarda en sık, sonrasında da sırasıyla hristiyan ve musevi toplumlarda

görüldüğünü söylemiştir (112). Bu da hezeyan içeriklerinin yaşanılan sosyokültürel çevreden etkilendiğini söyleyen kuramcılarını (72,159,226) desteklemektedir. Sadoc (2007) ve Ceylan (2010); şizofreni hastalarında majik düşüncenin daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir. Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar ülkemizde dini değerlerin ön planda tutulması ile ilişkili olabilir.

Akut dönem şizofreni hastalarının % 15.2'sinde, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının ise % 9.7'sinde kıskançlık hezeyanı görülmekte idi ve iki grup birbirleri ile karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı düzeyde fark yoktu ($p>0,05$). Bu sonuç bazı çalışmalarla uyumlu iken (111,112), bazıları ile uyumlu değildi (43,217). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlılık olmasa da kıskançlık hezeyanının akut dönem şizofreni hastalarında daha fazla görülmesi; hastaların çoğunun paranoid olması ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda her iki grup arasında kıskançlık hezeyanı görülme sıklığı açısından fark çıkmamış olması; sevme ve sevilme arzusunun insanın doğasıyla ilişkili olması nedeniyle olmuş olabilir. Aşk; iç güvensizliği, duygusuzluğu aşmaya yönelik bilinçdışı bir dürtü olarak ortaya çıkar. Kişi aşk aracılığıyla kendi benliğini güçlendirir. Ama ilk aşk nesnesini kaybetmiş olmanın verdiği acı ile güvensizlik her zaman vardır ve terk edilme korkusu kıskançlık biçiminde ortaya çıkar. Bebeklikte giderilemeyen anneye yakınlık, güvenlik, emniyet hissi arayışı hayat boyu sürer. Kişi kendi yetersizliğine inandığından, rakibini kendisiyle karşılaştırır. Bu noktada aldatılma düşüncesi mantıksız ve nedensiz olarak ortaya çıkabilir.

Akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları DSM-IV Eksen IV' te yer alan psikososyal ve çevresel sorunlar bakımından karşılaştırıldıklarında; yalnızca İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından %6.9'u tek başına yaşarken akut dönemdeki şizofreni hastalarından %0.9'u tek başına yaşıyor idi ve her iki arasında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0.05$). Diğer karşılaştırmalar açısından ise her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark yoktu ($p>0.05$). Bu sonuç bizim hipotezimizle uyumlu değildi.

Duygudurum bozukluklarında, ilk dönemlerin genellikle bir çevresel stres sonrası ortaya çıktığı, ancak daha sonraki dönemlere stresli yaşam olaylarının eşlik etmesinin daha az olduğu gözlemi 'Duyarlılaşma modeli'nin (Kindling model) geliştirilmesine neden olmuştur. Bununla birlikte olumsuz yaşam olaylarının birikimi en kuvvetli yatkınlaştırıcı faktördür. (207,227). Özellikle de tek başına yaşama, düşük sosyoekonomik düzeyde bulunma ve işsiz olma duygudurum bozukluğu için önemli risk faktörüdür (163). İlk atağı genellikle önemli bir yaşam olayı kamçılar, fakat bu yaşam olaylarının çoğu özgül değildir. Sosyal, davranışsal ve travmatik deneyimlerin genlerde değişikliğe (gene expression) neden olduğu bilinmektedir. Manik ve depresif dönemlerin yinelemesi, beyin biyokimyasını değiştirebilir, çevresel stresörlere ve tetikleyicilere hassas hale getirebilir, böylece takip eden dönemlerin oluşmasını kolaylaştırabilir. Sonuçta ataklar, psikososyal bir kolaylaştırıcı olmaksızın kendiliğinden yineleyebilir (228-233). Diğer yönden genetik özellikler kişinin nerede yaşayacağını seçmesine, ya da yaşadığı ortamda çeşitli değişiklikler yapmasına neden olarak belirli çevresel etmenlere daha fazla maruz kalmasına neden oluyor olabilir (234).

Şizofreni de ise stres verici yaşam olaylarının görülme sıklığı İUDDB'den az olmasına rağmen toplumdan daha fazladır. Ancak bu durum söz konusu olumsuz yaşantıların sağlıklı kişilerde şizofreniye yol açtığı anlamına gelmez. Büyük olasılıkla bu tür sorunlar yalnızca yatkınlığı olan kişilerde şizofreniye yol açmaktadır. Şizofreninin, duyarlı bir kişide yaşanan çevresel/psikososyal stres etkenleri nedeniyle ortaya çıktığını varsayan "stres-yatkınlık modelin"e göre, gerek kişiyi şizofreniye yatkın kılan nedenler ve gerekse bardağı taşıran son damla etkisi yapan stres etkeni şizofreninin ortaya çıkmasında önemli yer tutar (161.Köroğlu 2007).

Çalışmamızda akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları sosyodemografik ve klinik özellikleri ile hezeyan içerikleri bakımından birbirleriyle karşılaştırıldıklarında; akut dönem şizofreni hastalarında cinsiyet ile büyüklük hezeyanı arasında ilişki vardı. Erkek şizofreni hastalarında kadın hastalara göre büyüklük hezeyanı görülme olasılığı 3.77 kat artmakta idi. İUDDB psikotik özellikli manik atak

hastalarında ise, yaş ve anne eğitim süresi büyüklük hezeyanı ile ilişkili idi. Yaşın artması 0.91, anne eğitim süresinin artması ise büyüklük hezeyanı görülme olasılığını 1 kat arttırmakta idi. Büyüklük hezeyanı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; Kendler(1982); sık hormonal değişim nedeniyle büyüklük hezeyanının kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğünü söylemiştir (235). Karadağ(1991) yaptığı uzmanlık tezinde, İUDDB hastalarında en sık görülen hezeyan tipinin büyüklük hezeyanı olduğunu ve sünnet yaşı arttıkça büyüklük hezeyanı görülme sıklığının arttığını bildirmiştir (45). Karin Gutierrez (2001); yaptığı bir çalışmada büyüklük hezeyanı görülme sıklığının cinsiyetle ilişkili olmadığını söylemiştir (43). Tezcan ve ark.(2003), büyüklük ve dini-mistik hezeyanların erkeklerde kadınlardan daha fazla oranda görüldüğünü tespit etmiştir (111). Suhail (2002), yaptığı bir çalışmada; genç erkek hastalarda büyüklük hezeyanının, ileri yaştaki hastalarda da kötülük görme ve alınma hezeyanının daha sık görüldüğünü tespit etmiştir. Bunu da; gençlerin daha enerjik ve aktif olmaları nedeniyle bunu daha da abartılı algılamalarına ve yaşın ilerlemesiyle artan güvensizlik duygularıyla ilişkilendirmiştir (236). De Portugal ve ark.(2010), yaptığı bir çalışmada; büyüklük hezeyanı görülme sıklığının yaşla ve cinsiyetle ilişkili olduğunu söylemiştir. Erkeklerde kadınlardan daha sık görüldüğünü ve erken başlangıçlı (<21 yaş) İUDDB hastalarının %40'ında büyüklük hezeyanı görüldüğünü bildirmiştir (237). Çalışmamızda akut dönem erkek şizofreni hastalarında büyüklük hezeyanının görülme sıklığının artmış olması ülkemizdeki gibi erkek egemen toplumlarda erkeğin kendine olan özgüvenin artışıyla ilişkili olabilir. İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında ise, yaş ve anne eğitim süresinin artmasıyla büyüklük hezeyanı görülme sıklığının artmasının sebebi; anneden alınan eğitimin artması ve artan yaşla birlikte deneyim ve tecrübenin artmış olmasının verdiği avantaj ile artan bilgi birikiminin ve artan sosyal ilişkinin kişinin kendine olan güveni arttırmasıyla ilişkili olabilir.

Akut dönem şizofreni grubunda; dini-mistik hezeyan görülme oranı anne yaşı ile ilişkili idi($p<0.01$, OR:0.862). Anne yaşı arttıkça dini-mistik hezeyan görülme olasılığı 0.86 kat artmakta idi. Dini-mistik hezeyan ile ilgili

yapılan çalışmalara bakıldığında; Kendler(1982), sık hormonal değişim nedeniyle dini-mistik hezeyanınin kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğünü söylemiştir (235). Ndetei ve Vadher(1984), dini-mistik hezeyan içeriğinin zaman ve kültürden etkilendiğini söylemişlerdir (238). Karin Gutierrez (2001), yaptığı bir çalışmada dini-mistik hezeyanın görülme sıklığının cinsiyetle ilişkili olmadığını ancak yaşla ilişkili olduğunu söylemiştir. İleri yaşta görülme sıklığının arttığını bildirmiş bunu da yaşın ilerlemesi ile ölüm korkusunun artması ve bu nedenle dini değerlerin ön plana çıkması ile ilişkilendirmiştir (43). Ratzinger ve Pera(2006), dini-mistik hezeyan içeriğini sosyoekonomik durumla ilişkilendirmiştir. Sosyoekonomik durumu düşük olanlarda daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir (239). Rudaleviciene ve ark.(2008), yaptığı bir çalışmada dini-mistik hezeyan görülme sıklığı ve içeriğinin yaş ve cinsiyetten etkilenmediğini, eğitim, medeni durum ve doğum yerinden etkilendiğini belirtmiştir. Köy/kasaba gibi küçük yerleşim yerlerinde yaşayan hastalarda dini-mistik hezeyan görülme sıklığının arttığını bildirmiştir. Ayrı/dul ve eğitim düzeyi düşük olanlarda dini-mistik hezeyan görülme sıklığının arttığını belirtmiştir (151).

Çalışmamızda akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları sosyodemografik ve klinik özellikleri ile hezeyan içerikleri bakımından birbirleriyle karşılaştırıldıklarında; akut dönem şizofreni hastalarında somatik hezeyan görülme sıklığı hastalık süresi ile ilişkili idi ($p<0.05$, OR:2.062). Hastalık süresinin artması somatik hezeyan görülme olasılığını 2 kat arttırmakta idi. Somatik hezeyan ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; Karin-Gutierrez (2001), yaptığı bir çalışmada somatik hezeyanın görülme sıklığının cinsiyetle ilişkili olmadığını ancak yaşla ilişkili olduğunu ve somatik hezeyanın daha genç yaşta görüldüğünü söylemiş bunu da gençlerin bedenleri ile daha fazla ilgileniyor olmaları ile ilişkilendirmiştir. (43). Çalışmamızda, hastalık süresi uzun olan şizofreni hastalarında somatik hezeyanın daha fazla görülmesinin sebebi, kronik ve kötü seyirli bu bozuklukta gittikçe dış dünyadan ve toplumdan kendini soyutlayan hastanın tüm enerjisini dış nesnelere çekip kendi bedenine yönlendirmesi ve bu nedenle de bedeniyle aşırı uğraşmaya başlaması nedeniyle olabilir.

İUDDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının son ataktan sonra başvuruya kadar geçen süre ($p < 0.05$, OR: 3.964), akut dönem şizofreni hastalarının ise; cinsiyet ($p < 0.05$, OR:8.839) ve son ataktan sonraki başvuru süresi ($p < 0.05$, OR:1.021) ile kıskançlık hezeyanı arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı. Akut dönem erkek şizofreni hastalarında kıskançlık hezeyanı görülme sıklığı (%93.8) kadın hastalardan (% 6.3) daha fazla idi. Kıskançlık hezeyan ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; Karin-Gutierrez(2001), yaptığı bir çalışmada kıskançlık hezeyanın görülme sıklığının cinsiyetle ilişkili olmadığını ancak yaşla ilişkili olduğunu söylemiştir. Orta yaşta görülme sıklığının arttığını bildirmiştir (40.karin 2001). Tezcan ve ark.(2003), yaptığı bir çalışmada; kıskançlık hezeyanının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğunu tespit etmiş. Bunu da eşi evlilik dışı bir ilişkiyle suçlamanın, eşin ilgisizliğinden yakınmanın sıradan bir yolu olarak yorumlamıştır. Ayrıca İngiltere’de kıskançlık hezeyanının erkek hastalarda, Hindistan’da ise kadın hastalarda daha yüksek oranda olduğunu bildirilmiştir (111). Bizim çalışmamızda akut dönemdeki şizofreni hastalarında ataktan sonra başvuruya kadar geçen süresinin uzaması ile kıskançlık hezeyanı görülme sıklığının artması, atak süresinin uzamasıyla ego bütünlüğünün daha fazla bozulması ile ilişkili olabilir. Akut dönem erkek şizofreni hastalarında kıskançlık hezeyanının kadınlardan daha fazla görülmüş olması ise erken çocukluk döneminde bakım vereni tarafından yeterince ilgi görememiş olan hastanın yine ihmal edileceği/terk edileceği düşüncesinin yeniden canlanması ile ilişkili olabilir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmamızda, bilgilerin çoğunlukla hasta yakınlarından alınmış olması, öykülerin geriye dönük sorgulanmış olması, afektli değerlendiren yapılandırılmış bir ölçeğin olmaması, psikososyal ve çevresel sorun anamnezinin çoğunlukla hasta yakınlarından alınmış olması önemli bir kısıtlılıktı. Ayrıca, hezeyan içeriklerini değerlendiren yapılandırılmış bir ölçeğin çalışmamızda kullanılmamış olması da önemli bir kısıtlılıktı. Hezeyanların içeriklerini inceleme konusunda metodolojik sorunlar ortadadır. Bu konuda geliştirilmiş bir ölçek olmadan yapılacak çalışmalar arasında

büyük farklılıklar çıkacağı açıktır. Ayrıca literatürde hezeyan içerikleri ile çalışmalar az sayıda olması hezeyan içeriğinin kültürel farklılıklarının saptanmasını zorlaştırmaktadır. Örneklemin hastaneye başvuran psikotik özellikli mani ve akut dönem şizofreni hastalarını içermesi nedeniyle sonuçların tüm mani ve şizofreni hastalarına genellenememesi de önemli bir kısıtlılıktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışma grubumuzdaki akut dönem şizofreni hastaları erkeklerde daha fazla görülürken, İUDDB psikotik özellikli manik atak kadınlarda daha fazla görülmektedir.
2. Çalışma grubumuzdaki akut dönem şizofreni hastaları ile İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaları arasında eğitim süreleri bakımından fark yoktur.
3. Çalışma grubumuzdaki akut dönem şizofreni hastalarının anne ve baba eğitim süreleri İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaların anne ve baba eğitim sürelerinden azdır.
4. Çalışma grubumuzdaki akut dönem şizofreni hastalarının anne ve baba yaşları İUDDB psikotik özellikli manik atak hastaların anne ve baba yaşlarından fazladır.
5. Çalışma grubumuzdaki akut dönem şizofreni hastalarında çalışmama oranı İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından fazladır.
6. Çalışma grubumuzdaki akut dönem şizofreni hastalarında, hastalık başlama yaşı, hastalık süresi ve ilk kez hastaneye başvuru yaşı İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından büyük, hastalık süreleri de İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından daha uzundur.
7. Çalışma grubumuzdaki akut dönem şizofreni hastalarında, ilk psikotik semptom başlama yaşı ve ilk kez hastaneye yatış yaşı İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından büyük, son ataktan sonra başvuruya kadar

geçen süreleri de İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarından daha uzundur.

8. Çalışma grubumuzdaki akut dönem şizofreni hastalarını akrabalarında şizofreni, İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının akrabalarında ise İUDDB öyküsü daha fazladır.

9. Çalışma grubumuzdaki akut dönem şizofreni hastalarında intihar girişimleri İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarının intihar girişimlerine göre hezeyanlardan daha fazla etkilenir.

10. Çalışmamızda kötülük görme hezeyanı, somatik hezeyan, alınma hezeyanı, düşünce okunması hezeyanı ve etkilenme hezeyanı akut dönem şizofreni hastalarında daha sık görülürken, büyüklük hezeyanı ve erotomanik hezeyan ise İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında daha sık görülmektedir.

11. Çalışma grubumuzdaki İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında yalnız yaşama oranı akut dönem şizofreni hastalarından yüksektir.

12. Çalışma grubumuzdaki akut dönem şizofreni hastalarında dini-mistik hezeyan görülme sıklığı anne yaşı ile ilişkilidir. Annenin yaşının artması dini-mistik hezeyan görülme olasılığını artırır.

13. Çalışma grubumuzdaki İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında büyüklük hezeyanı görülme sıklığı anne eğitimi ile ilişkilidir. Anne eğitiminin artması büyüklük hezeyanı görülme olasılığını 1 kat arttırmaktadır.

14. Çalışma grubumuzdaki İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında büyüklük hezeyanı görülme sıklığı cinsiyetle ilişkilidir. Erkek hastalarda büyüklük hezeyanı kadın hastalardan 3 kat daha fazla görülmektedir.

15. Çalışma grubumuzdaki akut dönem şizofreni hastalarında kıskançlık hezeyanı görülme sıklığı cinsiyetle ilişkilidir. Erkek hastalarda kıskançlık hezeyanı görülme olasılığı kadın hastalardan yüksektir.

16. Çalışma grubumuzdaki akut dönem şizofreni hastalarında hastalık süresinin artması somatik hezeyan görülme olasılığını 2 kat arttırmaktadır.

Biz çalışmamızda psikotik sürecin olmazsa olmazlarından olan hezeyanların akut dönem şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manideki özelliklerini araştırmayı amaçladık. Ancak son yıllardaki çalışmaların genellikle biyolojik psikiyatriye yönelmiş olmaları nedeniyle bu konuda yapılan çok az literatüre rastladık. Bu konuyu farklı boyutlarıyla ele alacak daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes H, Eshleman S, Wittchen H-U, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psych.*1994; 51: 8-19.
2. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T. S, Bryson H, Girolamo G.D, Graaf R.D, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler SJ, Kovess V, Lépine JP, Ormel, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WAM. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 109: 21-7.
3. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005; 15: 357-76.
4. Ulaş H, Tunca Z: Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastaların maliyet analizi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi.* 2010; 47(2): 144-149.
5. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet.* 1997; 349: 1498-504.
6. Üstün TB: The global burden of mental disorders. *Am J Public Health*

1999. 89: 1315-8.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı (RSHMB). Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü: Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Ankara: RSHMB Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2006.
 8. T.C.Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü: 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek. Aralık 2007.
 9. Ösby U, Tiainen A, Backlund L et al. Psychiatric admissions and hospitalization costs in bipolar disorder in Sweden. J Affect Disord 2009; 115: 315-22.
 10. Costello EJ, Copeland W, Cowell A. Service costs of caring for adolescents with mental illness in a rural community 1993-2000. Am J Psychiatry 2007; 164: 36-42.
 11. Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen HU. Cost of disorders of the brain in Europe. Eur J Neurol 2005; 1: 1-27.
 12. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000. J Clin Psychiatry 2003; 64: 1465-75.
 13. Çetin M, Ceylan ME. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, 3. baskı. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri; 2005; 83-124.
 14. Kültür S, Mete L, Erol A. Psikiyatri temel kitabı 2. baskı. Ankara: HYM Basın Yayım; 2007; 184-204.
 15. Öztürk O. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları 1.cilt,11.baskı; Ankara 2008 .
 16. Abood Z, Sharkey A, Webb M, Kelly A, Gill M. Are patients with bipolar

- affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *Bipolar Disord.* 2002; 4(4): 243 – 248.
17. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller T. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 1995. 152; 1635–1640.
18. Kim K, Li D, Jiang Z, Cui X, Lin L, Kang JJ: Schizophrenic delusions among Koreans, Korean-Chinese and Chinese: a transcultural study. *Int J Soc Psychiatry.* 1993; 39: 190-199.
19. Kiev A. *Trans Culturel Psychiatry*; London Free Press, 1972.
20. Güneri E. T.C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Şizofreni ve bipolar affektif bozukluk–manik epizod tanısı almış hastaların roschach protokolü açısından karşılaştırılması: yüksek lisans tezi, İstanbul, Mayıs 2008.
21. Isohanni M, Mäkiyö T, Moring J. A comparison of clinical and research DSM-III-R diagnoses of schizophrenia in a Finnish national birth cohort: Clinical and research diagnoses of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997; 32: 303-8.
22. Weiser M, Reichenberg A, Rabinowitz J. Association between nonpsychotic psychiatric diagnoses in adolescent males and subsequent onset of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 959-64.
23. Backlund L, Nikamo P, Sudic HD, Traskman-Bendz L, Lande'n M, Edman G, Schalling M, Frise'n L, Osby U. Cognitive manic symptoms associated with the P2RX7 gene in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2011; 13: 500–508.
24. Kilbourne AM, Horvitz-Lennon M, Post EP et al. Oral health in Veterans Affairs patients diagnosed with serious mental illness. *J Public Health*

- Dent 2007; 67: 42-8.
25. Öztürk OM, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11.baskı. Ankara 2008.
26. Oryal T. Stigma: Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar Ve Damgalama. İzmir 2007.
27. Özgür G, Karaaslan A, Çam O, Gürkan A, Dülgerler Ş, Uysal O. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı toplumda ruhsal belirtilerin değerlendirilmesi. E.Ü. Rektörlüğü Araştırma Fonu, Proje No:1995 HYO-06, İzmir, 1998.
28. World Health Organization (WHO). The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization /mental_health/en/. 2001.
29. Güleç C. Toplum ruh sağlığı açısından psikiyatrik epidemiyoloji: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, Güneş Kitabevi, 1995, 442-453.
30. Çelikkol A. Ruhsal bozukluklar önlenebilir mi?
<http://www.celikkol.org/popularpsikiyatri.htm.e.t>: 2005.
31. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020. Geneva, World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health, 1996.
32. Olesen J, Sobscki P, Truelsen T. Cost of disorders of the brain in Denmark. Nord J Psychiatry 2008; 62: 114-20.
33. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000. J Clin Psychiatry 2003; 64: 1465-75.
34. Pugliatti M, Sobocki P, Beghi E. Cost of Disorders of the Brain in Europe

- Study Group: Cost of disorders of the brain in Italy. *Neurol Sci* 2008; 29: 99-107.
35. Sillanpää M, Andlin-Sobocki P, Lönnqvist J. Costs of brain disorders in Finland. *Acta Neurol Scand* 2008; 117: 167-72.
36. Roberts G. The origins of delusions. *British Journal of Psychiatry*. 1992; 161: 298-308.
37. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition, (DSM-IV) Washington: DC. American Psychiatric Association Türkçe çevirisi. Hekimler Yayın Birliği, 2000.
38. Morimoto K, Miyatake R, Nakamura M, Watanabe T, Hirao T, Suwaki H. Delusional disorder: molecular genetic evidence for dopamine psychosis. *Neuropsychopharmacology* 2002; 26 (6): 794–801.
39. Mazure CM, Bowers MB. Pretreatment plasma HVA predicts neuroleptic response in manic psychosis. *Journal of Affective Disorders* 1998; 48 (1): 83–6.
40. Yamada N, Nakajima S, Noguchi T. Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 97 (2): 122–4.
41. Tamplin A, Goodyer IM, Herbert J. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 1998; 48 (1): 1–13.
42. Birkmayer W, Danielczyk W, Neumayer E, Riederer P. The balance of biogenic amines as condition for normal behaviour (PDF). *J. Neural Transm.* 1972; 33 (2): 163–78.
43. Karin-Gutiérrez L, Schmid-Siegel B, Bankier B, Walter H. Delusions in

First-Admitted Patients: Gender, Themes and Diagnoses

Psychopathology 2001; 34: 1-7.

44. Draguns JG, Tanaka-Matsumi J. Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. Behav Res Ther. 2003; 41 (7): 755-76.
45. Karadağ F. Şizofren ve manik hastalarda hezeyan içeriklerinin karşılaştırılması. uzmanlık tezi , İstanbul, 1991.
46. Littlewood R. From categories to contexts: A decade of the New Cross-cultural psychiatry. Br. J.Psy, 1990; 156, 308-327.
47. Babaoğlu AN. Transkültürel psikiyatri. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 1988; 2(1): 33-36.
48. Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders 3 rd edn. American Psychiatric Association, Washington DC, APA 1987.
49. Berrios GE, Luque R. Cotard Syndrome: clinical analysis of 100 cases. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1995; 91: 185-188.
50. Karaçam Ö, Tokuçoğlu L. Düşünce Bozuklukları. Nöropsikiyatri arşivi 2003; 40(3-4):64-71.
51. Steinberg JM, Tschanz JT, Corcoran C. The persistence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. Int. J Geriatr Psych. 19: 19-26
52. Leeser, Jaimie, and William O'Donohue. What is a Delusion? Epistemological Dimensions. Journal of Abnormal Psychology. 1999; 108: 687-694.
53. Hamilton M, Gregory N, Catherine A, David L, Ronald W. Social Networks and Negative Versus Positive Symptoms of Schizophrenia.

- Schizophrenia Bulletin. 1989; 15(4): 625-633.
54. Kendler SK. Dimensions of Delusional Experience. Am J Psychiatry. 1989; 140: 4, 466-469.
55. Walker C. Delusions: What did Jaspers really say? British Journal of Psychiatry 1991; 159 (14): 94-103.
56. Munro, A. Delusional disorders are a naturally occurring "experimental psychosis". Psychopathology. 1994; 27: 247-250.
57. Spitzer M. Niçin Felsefe? Karaçam Ö, çev. İstanbul: Gendaş Yayıncılık; 1998; 21-49.
58. Berrios E, German E. Delusions as "wrong beliefs": A conceptual history. British Journal of Psychiatry. 1991; 159(14): 6-13.
59. Schneider K. Klinische Psychopathologie. 12. unveränderte Auflage. Stuttgart: Thieme, 1980.
60. Xavier FA, Antony SD. Insight and psychosis. Oxford University Press. 1998; 66.
61. Arieti S. On Schizophrenia: Phobias, Depression and the Farther Shores of Psychiatry. New York: Brunner/Mazel, 1978.
62. Butler RW, Braff DL. Delusions: A review and integration. Schizophrenia Bull. 1991; 4: 633-47.
63. Maher BA. Delusional thinking and perceptual disorder. Journal of Individual Psychology. 1974; 30: 98-113.
64. Xavier FA, Antony SD. Insight and psychosis. Oxford University Press. 1998; 67-68.
65. Winters K, Neale JM. Delusions and delusional thinking in psychotics: A review of the literature State University of New York at Stony Brook. USA

Available online, 2002.

66. Melges FT, Freeman AM. Persecutory delusions: a cybernetic model. *Am J Psychiatry*. 1975; 132(10): 1038-44.
67. Kanas N. Group therapy for schizophrenic patients. American Psychiatric Association. Washington, 1996.
68. Friston KJ, Frith CD. Schizophrenia: A Disconnection Syndrome? *Clinical neuroscience*. 1995; 3: 89-97.
69. Kemp R, Chua S, Mc Kenna P. Reasoning and delusions. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170; 84: 398-405.
70. Garety P, Freeman D. Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*. 1999; 38: 113-154.
71. Bentall RP, Howard R. Persecutory delusions: a review of theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 2001; 21: 1143-1192.
72. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. In: Akiskal HS. Mood Disorders: Historical Introduction And Conceptual Overview. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2007; 1559-1575.
73. Hocaoğlu Ç. Paranoid Semptomlar ve Sendromlar; *Psikiyatri Dünyası*. 2001; 5(2): 97-104.
74. Işık E, Taner E, Işık U. *Güncek klinik psikiyatri*, 2. Baskı. Ankara, 2008.
75. Yamada N, Nakajima S, Noguchi T. Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. *Acta Psychiatr Scand*. 1998; 97: 122-124.
76. Rudden M, Sweeney J, Frances A. Diagnosis and clinical course of

- erotomaniac and other delusional patients. *Am J Psychiatry*. 1990; 147: 1625-1632.
77. Soyka M. Othello syndrome: jealousy and jealous delusions as symptoms of psychiatric disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 1995; 63(12): 487-494.
78. Beck T, Brad A, Alford D. *Depression causes and treatment*; 2th ed. Philadelphia Pennsylvania. 2009; 19104-4112
79. Aydemir Ö, Köroğlu E, *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. 3. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2009.
80. Parker G, Roussos J, Mitchell P, Wilhelm K, Austin MP, Hadzi-Pavlovic D. Distinguishing psychotic depression from melancholia. *Journal of Affective Disorders*. 1997; 155-167.
81. Knowles R, McCarthy-Jones S, Rowse G. Grandiose delusions: A review and theoretical integration of cognitive and affective perspectives. *Clinical Psychology Review*. 2011; 31 (4): 684-696.
82. Munro, A. Delusional disorders are a naturally occurring "experimental psychosis". *Psychopathology*. 1994; 27: 247-250.
83. Enoch D, Ball H. Az rastlanır psikiyatrik sendromlar. *Am J Psychiatry*. 2002 (1); 39-72.
84. Giannini AJ, Slaby AE, Robb TO. De Clerambault's syndrome in sexually experienced women. *J Clin Psychiatry*. 1991; 52(2): 84-86.
85. Lesser JM, Hughes S. Psychosis-related disturbances, Psychosis, agitation, and disinhibition in Alzheimer's disease: definitions and treatment options. *Geriatrics*. 2006; 61 (12): 14-20.
86. Evans, Dwight L, Mason KI, Leserman J, Bauer R, Petitto J, Davis KL,

- Charney D, Coyle JT, Charles Nemeroff. *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp. 1281–1301.
87. Tilluckdharry C, Chaddee D, Doon R, Nehall J. A case of vivax malaria presenting with psychosis. *West Indian Medical Journal*. 1996; 45 (1): 39–40.
88. van den Bergen HA, Smith JP, van der Zwan A. Lyme psychosis in Dutch; Flemish. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2003; 137 (41): 2098–100.
89. Black DN, Taber KH, Hurley RA. Metachromatic leukodystrophy: a model for the study of psychosis. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences* 2003; 15 (3): 289–93.
90. Kumperscak HG, Paschke E, Gradisnik P, Vidmar J, Bradac SU. Adult metachromatic leukodystrophy: disorganized schizophrenia-like symptoms and postpartum depression in 2 sisters. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*. 2007; 30 (1): 33–6.
91. Hert MD, Christoph UC, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, Detraux J, Gautam S, Möller HJ, Ndeti DM, Newcomer JM, Uwakwe R, Leucht S. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011; 10: 52-77.
92. Tanver P, Kamil J, Jack G. A 56-Year-Old Male Presenting with Acute Psychosis and Acute Change in Mental Status: Clinical Case Discussion. *Journal of Psychiatric Practice*. 2006; 12(6): 411-414.
93. Robert, M, Sunitha R, Thulaseedharan NK. Neuropsychiatric manifestations systemic lupus erythematosus: A study from South India.

- Neurology India. 2006; 54 (1): 75–7.
94. Wilcox RA, To T, Koukourou A, Frasca J. Hashimoto's encephalopathy masquerading as acute psychosis. *J Clin Neurosci*. 2008; 15 (11): 1301–4.
95. Gómez-Bernal GJ, Reboreda A, Romero F, Bernal MM, Gómez F. A Case of Hashimoto's Encephalopathy Manifesting as Psychosis. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007; 9 (4): 318–9.
96. Nasky KM, Knittel DR, Manos GH. Psychosis associated with anti-N-methyl-D-aspartate receptor antibodies. *CNS Spectr*. 2008; 13 (8): 699–703.
97. Cardinal R.N. & Bullmore E.T. *The Diagnosis of Psychosis*, Cambridge University Press, 2011.
98. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 2th ed. Güneş Kitabevi Ltd Şti, Ankara, 2005.
99. Öztürk O. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, Ankara, 2004.
100. Nasrallah HA, Smeltzer DJ. *Şizofreni güncel tanı ve tedavi kitabı*. 1. Baskı. AstraZeneca 2005.
101. Warner R, Girolamo G. *Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems: schizophrenia*. Geneva, WHO, 1995.
102. Doğan O. *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Sivas Dilek Matbaası 1995.
103. Stahl MS. *psikofarmakolojinin temelleri*. Çeviri editörleri: Taneli B, Taneli Ş. Yelkovan. İstanbul, 2003.
104. Miyamoto S, Lamantia AS, Duncan GE, Sullivan P, Gilmore JH, Lieberman JA. *Recent Advances in the Neurobiology of Schizophrenia*.

- Mol Interv. 2003 Feb; 3(1): 27-39.
105. Lauriello J, Lenroot R, Bustillo JR. Maximizing the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am.* 2003; 26, 191-211.
106. Jablensky A. The 100 year epidemiology of Schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 1997; 28: 111-125.
107. Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012.
108. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschlaeger J, Christensen TØ, Krarup G, Jørgensen P, le Quach P, Nordentoft M. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness the OPUS trial. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2008; 65, 762–771.
109. Fenichel O: *The Psychoanalytic Theory of Neuroses.* New York: W.W.Norton; 1945.
110. Oskanyan K, Şizofrenlerde kadın erkek semptomatoloji farkı. Uzmanlık tezi. 1991.
111. Tezcan AE, Kuloğlu M, Atmaca M, Bayık Y. Elazığ bölgesinde şizofreni tanısı konan hastalarda sanrılarının görüngüsel özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4: 13-19.
112. Geçici Ö, Kuloğlu M, Güler Ö, Özbulut Ö, Kurt E, Önen S, Ekinci O, Yeşilbaş D, Çayköylü A, Emül M, Alataş G, Albayrak Y. Phenomenology of Delusions and Hallucinations in Patients with Schizophrenia. *Bulletin*

- of Clinical Psychopharmacology. 2010; 20: 204-212.
113. Özen Ş, Özmen S. Bir grup şizofreni hastasında sanrı türleri, korku içerikleri ve olumsuz yaşam olayları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11(2): 133-138.
114. Teggin AF. A comparasion of Catego Class "S" Schizophrenia in a Three Ethnic groups: Psychiatric Manifestations. Br. J. Psy. 1985; 147: 683-687.
115. Tandon R, Greden JF. Schneiderien First Rank Symptoms: Reconfirmation of high specifity for schizophrenia. Acta. Psy. Scand. 1987; 75: 392-396.
116. Suzuki K, Sex differences in schizophrenic delusions. Jpn. J. Psy. Neurol. 1990; Sept. 44(3): 511-520.
117. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozar M, Noorbala AA, Davidian HH, Afzali HM, Naghavi HR, Yazdi SAB, Saberi SM, Mesgarpour B, Akhondzadeh S, Alaghebandrad J, Tehranidoost M: Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Iran. BMC Psychiatry. 2004; 4: 2.
118. Makota ND, Kusumoto K, Okada D, Ohmori K. Bizarre delusions and DSM-IV schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2002; 56, 391–395 .
119. Pfaff M, Quednow BB, Brüne M, Juckel G. Schizophrenia and religiousness a comparative study at the time of the two German states. Psychiatr Prax. 2008 Jul; 35(5): 240-6.
120. Ross CA, Millera SD, Reagora P, jornsona B, Frasera GA, Andersona G. Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. Comprehensive Psychiatry. 1990; 31(2): 111–118

121. Bebbington PE, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder, a review. *Soc Psychiat Epidemiol.* 1995; 30(6): 279-292.
122. Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: Results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Public Health.* 2000a; 90(4): 602-607.
123. Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med.* 2000b; 30(3): 657-668.
124. Marneros A, Brieger P. Prognosis of bipolar disorder: a review. *Bipolar Disord.* 2002; 5: 97-148.
125. Leboyer M, Henry C, Paillere-Martinot ML, Bellivier F. Age at onset in bipolar affective disorders: a review. *Bipolar Disord.* 2005; 7(2): 111-118.
126. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord.* 2001; 67: 3-19.
127. Oral T. İki Uçlu Bozukluk. İstanbul: WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı; 2002.
128. Işık E. Duygudurum Bozuklukları. Depresyon ve Mani. İstanbul: Boğaziçi Matbaası; 1991.
129. Backlund L, Nikamo P, Sudic Hukic D, Römer EK I, Trskman-Bendz L, Landén M, Edman G, Schalling M, Frisé L, Ösby U. Cognitive manic symptoms associated with the P2RX7 gene in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2011; 13: 500-508.

130. Kilbourne AM, Rofey DL, McCarthy JF, Post EP, Welsh D, Blow FC. Nutrition and exercise behavior among patients with bipolar disorder. . *Bipolar Disord* 2007; 9(5): 443–442.
131. Suppes T, Leverich GS, Keck PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altshuler LL, Mcelroy SL, Rush AJ, Kupka R, Frye MA, Bickel M, Post RM. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord*. 2001; 67(1-3): 45-59.
132. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord*. 1994; 31(4): 281-285.
133. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010; 2(2): 206-236.
134. Grunze H. At the edge of the bipolar spectrum: primacy of affective over psychotic symptoms or vice versa. *World Psychiatry*. 2011 Oct;10(3):181-6.
135. Strakowski SM, Keck FE, Arnold LM, Collins J, Wilson RM, Fleck DE, Corey KB, Amicone J, Adebimpe VR. Bipolar and Psychotic Disorders, Research Program, Department of Psychiatry, University of Cincinnati College of Medicine, Cincinnati, Ohio, USA. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2003; 64(7): 747-54.
136. McKenna MT, Michaud CM, Murray CJL, Marks JS. Assessing the Burden of Disease in the United States Using Disability-Adjusted Life Years. *Am J Prev Med*. 2005; 28(5): 415-423.
137. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL.

- Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004; 184(5): 386-392.
138. Sachs GS, Thase ME, Otto MW, Bauer M, Miklowitz D, Wisniewski SR, Lavori P, Lebowitz B, Rudorfer M, Frank E, Nierenberg AA, Fava M, Bowden C, Ketter T, Kupfer D, Rosenbaum JF. Rationale, design and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*. 2003; 53(11): 1028–1042.
139. Goodwin FK, Jamison K. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University; 1990.
140. Dunayevich E, Keck PE. Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Curr Psychiatry Rep*. 2000; 2: 286- 290.
141. Tohen M, Hennen J, Baldessarini R, Strakowski S. Two year and functional recovery in 219 cases of first episode affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(2): 220-228.
142. Bozer N. Toplum değerlerinin büyüklük hezeyanına yansması. Uzmanlık tezi 1983.
143. Jorgensen F, Manic-depressive patients with delusions: Clinical and diagnostic course. *Acta Psy.Scand*. 1985; 72: 364-368.
144. Bräunig P, Sarkar R, Effenberger S, Schoofs N, Krüger S. Source Klinik für. Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik: Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin, Germany. *Gend Med*. 2009; 6(2): 356-361.
145. de Portugala E, Gonzálezb N, Josep M. Harob C, Usallb J, Jorge A. Gender differences in delusional disorder: Evidence from an outpatient sample. *Psychiatry Research* Volume 177, Issues 1–2, 15 May 2010, Pages 235–239.

146. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBV. Structured Clinical interview for DSM IV Axis Disorders (SCID-1) Clinical version: Washington D.C. and London: American Psychiatric Press; 1997.
147. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM IV Eksen I bozuklukları (SCID-1) için yapılandırılmış klinik görüşme, Klinik versiyon. Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 1999.
148. Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR: "Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975; 12:189-198.
149. Ertan T, Eker E, Güngen C: The Standardised Mini Mental State Examination for Illiterate Turkish Elderly Population: SMMSE-E. 2nd International Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders. Bursa, Turkey, October. 1999; 22-24.
150. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F: Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Derg 2002; 13: 273-281.
151. Rudalevičienė P, Adomaitienė V, Stompe T, Narbekovas A, Meilius K, Raškauskienė N, Rudalevičius J, Bunevičius R. Delusions of persecution and poisoning in patients with schizophrenia: sociocultural and religious background; Medicina (Kaunas). 2010; 46(3):185-92.
152. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, Kurt E. Klinik Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. Psikofarmakoloji Bülteni. 2012; 22(1): 31-42.

153. Toprak E, Yavuz B. İki uçlu mizaç bozukluğu hastalarında anksiyete bozukluğu ekhastalığı ve yaşam kalitesi. *Journal of Mood Disorders*. 2011; 1(2): 55-62 .
154. Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanık FA, Özkınay F, Onay H, Vanos J. İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012;23.
155. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran KÜ, Baykız FA, Bayık Y. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 102-112.
156. Bowie CR, Depp C, McGrath JA, Wolyniec P, Mausbach BT, Thornquist MH, Luke J, Patterson TL, Harvey PD, Pulver AE. Prediction of Real-World Functional Disability in Chronic Mental Disorders: A Comparison of Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1116-1124.
157. Ünal S, Kaya B, Çekem B, Özışık HI, Çakıl G, Kaya M. Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004; 15(4): 291-299.
158. Cancro R, Lehman H. Schizophrenia; Clinical Features. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de. Editörler: Sadock BJ, Sadock VA. Philadelphia: Lippincot/Williams&Wilkins, 2000.
159. Lieberman JA, Stroup ST, Perkins OD. *Textbook of Schizophrenia* . The American Psychiatric Publishing, 2006.
160. Cannon M, Clarke MC. Risk for schizophrenia; broadening the concepts pushing back the boundaries. *Schizophr Bull*. 2005; 79: 5-13.

161. Kisa C, Yildirim SG, Göka E. Impulsivity and mental disorders. Turk Psikiyatri Derg. 2005 Spring;16(1): 46-54.
162. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Basımevi, 2003; 467-540.
163. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri temel kitabı; Hekimler Yayın Birliği, 2.baskı. Ankara, 2007.
164. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Severity of bipolar disorder is associated with impairment of response inhibition. Journal of Affective Disorders. 2009; 116(1): 30-36.
165. Simonsen C, Sundet K, Vaskinn A, Birkenaes AB, Engh JA, Færden A, Jónsdóttir H, Ringen PA, Opjordsmoen SA, Melle I, Friis S, Andreassen OA. Neurocognitive Dysfunction in Bipolar and Schizophrenia Spectrum Disorders Depends on History of Psychosis Rather Than Diagnostic Group. Schizophr Bull. 2011; 37 (1): 73-83.
166. Yıldız M, Kutlu H, Tural Ü. Şizofrenide Bilişsel İşlevler Nüfus ve Klinik Özelliklerden Etkilenir mi? Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2011; 21(2): 131-8.
167. Reichenberg A, Caspi A, Harrington HL, Houts R, Kefe RSE, Murray RM. Static and dynamic cognitive deficits in childhood preceding adult schizophrenia: a 30-year study. Am J Psychiatry, 2010; 167(2):160-9.
168. Keshavan MS, Gilbert AR, Diwadkar VA. Neurodevelopmental theories. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, eds. The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc. 2006: 69–84.
169. Cornblatt BA, Lencz T, Correll CU, Smith CW, Ather A. The

- schizophrenia prodrome revisited: A neurodevelopmental perspective. Schizophr Bull. 2003; 29(4): 633–651.
170. Duncan GE, Sheitman BB, Lieberman JA. An integrated view of pathophysiological models of schizophrenia. Brain Res Brain Res Rev. 1999; 29(2-3): 250-64.
171. Cannon DT, Kaprio J, Lonqvist J. The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish twin cohort. Arch Gen Psychiatry. 1998; 55: 67-74.
172. Binbay T, Ulaş H, Alptekin K, Elbi H. Batı Avrupa Ülkelerinde Yaşayan Türkiye Kökenli Göçmenlerde Psikotik Bozukluklar: Sıklık, Yaygınlık ve Başvuru Oranları Üzerine Bir Derleme. Türk Psikiyatri Dergisi 2012; 23(1): 53-62.
173. Dankı D, Dilbaz N, Okay Tİ, Telci Ş. Şizofreni Tanısı Olan Hastalarda İlgörünün Aile Öyküsü, Pozitif ve Negatif Belirtilerle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(2):129-36.
174. Lincoln TM, Lange J, Bura J, Exner C, Moritz S. The Effect of State Anxiety on Paranoid Ideation and Jumping to Conclusions. An Experimental Investigation. Schizophr Bull. 2010; 36 (6): 1140-1148.
175. Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM. Comparison of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder based on prospective mood ratings in 539 outpatients. Am J Psychiatry, 2005; 162(7): 1273-80.
176. Öyekçin DG. Bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine bir yıl içinde başvuran olguların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı dağılımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008; 9: 39-43.
177. Perry BD, Pollard AR, Blakley TL, Baker WL, Vıgilante D. Childhood

- trauma, the neurobiology of adaptadion, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant mental health journal*. 1995; 16-4.
178. Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermayer MC, Azorin JM, Brugha TS, Killian R, Johnson S, Toumi M, Kornfeld A. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain: The EuroSC Research Group. *The British Journal of Psychiatry*. 2007; 190: 333-338.
179. Awad AG, Voruganti L. The Burden of Schizophrenia on Caregivers: A Review. *Pharmacoeconomics*. 2008; 26(2): 149-162.
180. Carla MC , Cynthia AB , Young Z , Eriene Y , David DL. Psychotic symptoms in patients with bipolar mania. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 111(2): 164-169.
181. Karamustafalıoğlu N, Atalay H, Atalay F, Alpay N. Şizofrenide Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Açısından Cinsiyet Farklılıkları *Düşünen Adam*. 2000; 13 (1): 4-11.
182. Nakaya M, Kusumoto K, Okada T, Ohmori K. Bizarre delusions and DSM-IV schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2002; 56(4): 391–395.
183. Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.
184. Amuk T, Varma G, Oğuzhanoğlu KN, Ateşçi F. Şizofrenide cinsiyet ve başlangıç yaşının sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5: 101-106.

185. Turhan N. Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, 2007.
186. Özerdem A, Tunca Z, Kaya N. The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic. *J Affect Disord.* 2001; 64: 27-34.
187. Bellantuono C, Barraco A, Rossi A, Goetz İ. The management of bipolar mania: a national survey of baseline data from the EMBLEM study in Italy. *BMC Psychiatry* 2007, 7: 33.
188. Levin EV, McClernon JF, Rezvani AH. Nicotinic effects on cognitive function: behavioral characterization, pharmacological specification, and anatomic localization. A Review. *Psychopharmacology.* 2004; 184(3-4): 523-539.
189. Mantere O, Suominen K, Leppä M, Valtonen H, Arvilommi P, Isometsä E. The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS). *Bipolar Disorders.* 2004; 6(5): 395-400.
190. Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky AV. The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disorders.* 2005. 7(4): 326-337.
191. Hirsch SR, Weinberger DR. *Schizophrenia.* Blackwell Science Ltd, registered at the United Kingdom, 1997.
192. Reiser RP, Thompson LW. *Bipolar Disorder.* Hogrefe & Huber Publishers, Washington, Göttingen, 2005.
193. Biederman J, Mick E, Faraone SV et al. Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? *Biol Psychiatry,* 2000; 48:

458- 466.

194. Craney JL, Geller B. A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. *Bipolar Disord*, 2003; 5:243- 256.
195. Carlson GA, Bromet EJ, Driessens J. Age at onset childhood psychopathology and 2 year outcome in psychotic bipolar. *Am J Psychiatry*. 2002; 159; 307-309.
196. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren Ş, Mete L. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler; *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21(3): 203-12
197. Cooke RG, Young LT, Mohri L. Family-oforigin characteristics in bipolar disorder: a controlled study. *Can J Psychiatry*. 1999; 44: 379-381.
198. Sourney D, Mussat I ve Mendlewicz J. Genetics of BPD, *J Affect Disord*. 2000; 18: 278- 286.
199. Maj M, Magliano L, Pirozzi R et al. Validity of rapid cycling as a course specifier for bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 1994; 151: 1015- 1019.
200. Manning JS, Cannor PD, Sahai A. The bipolar spectrum of depression in primary care. *Arch Fam Med*, 1998; 7: 63- 71.
201. Limosin F, Loze JY, Philippe A, Casadebaig F, Rouillon F. Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients: *Schizophrenia Research*. 2007; 94(1): 23-28.
202. Kelly DL, Shim JC, Feldman SM, Yu Y, Conley RR. Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. *J Psychiatr Res* 2004; 38: 531-536.
203. Uzun Ö, Tamam L, Özcüler T, Doruk A, Ünal M. Specific characteristics

- of suicide attempts in patients with schizophrenia in Turkey. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2009; 46: 189-194.
204. Tekin Z. Bir psikiyatri hastanesinde tedavi gören şizofrenili hastalarda intihar düşüncesi: pozitif, negatif belirtiler ve depresyon ile ilişkisi (Yüksek lisans tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi. Trabzon, 2007.
205. Özcüler T. Şizofrenik bozukluğu olan hastalarda özkıyım girişimi ve düşüncelerinin değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi). Çukurova Üniversitesi. Adana, 2004.
206. Öztürk MO (2001). Şizofreni, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, yenilenmiş 8. basım, Ankara, bölüm 16, 217-286.
207. Coryell W, Schaffner W, Keller MB, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150(5): 720-7.
208. Segal ZV, Pearson JL, Thase ME. Challenges in preventing relapse of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *J Affect Disord.* 2003; 77: 97-108.
209. Scott J, Colom F, Vieta E. A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2007; 10: 123-129.
210. Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH. Dimensional Approach to Delusions: Comparison Across Types and Diagnoses. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1938-1943.
211. Ndeti DM, Vadher A. Content of grandiose phenomenology across.

- Article first published online: 23 AUG 2007 . Acta Psychiatrica Scandinavica. 2007; 72 (1): 38–39, July 1985
212. Tateyama M, Asai M, Hashimoto M, Bartels M, Kasper S. Transcultural Study of Schizophrenic Delusions. *Psychopathology*. 1988; 31 (2): 59-68.
213. Stompe T, Friedman A, Ortwein G, Strobl R, Chaudhry HR, Najam N. Comparison of Delusions Among Schizophrenics in Austria and in Pakistan. *Psychopathology*. 1999;32: 225-234.
214. Koroğlu E. Temel Psikiyatri. Psikozoloji: Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Bilkent Akademi Kliniği PsyClinic Psikiyatri Enstitüsü. Ankara, 2004.
215. Ceylan ME, Çetin M. Şizofreni: Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, 1. Cilt 4.baskı. İstanbul, 2009.
216. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği yayınları, bilimsel çalışma birimleri dizisi, 6. Ankara, 2007.
217. Teixeira HE, Dalgarrondo P. Violent Crime and Dimensions of Delusion: A Comparative study of criminal and Noncriminal Delusional Patients. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2009; 37: 225-31.
218. Ahmed SH. Cultural Influences on Delusion: *Psychopathology*. *Psychiatria clin*. 1978; 11: 1-5
219. Canuso CM, Bossie CA, Zhu Y, Youssef E, Dunner DL. Psychotic symptoms in patients with bipolar mania. *Journal of Affective Disorder*. 2008; 164-169.
220. Junginger J, Barker S, Coe D. Mood theme and bizarreness of delusions in schizophrenia and psychosis. *J Abnorm Psychology*. 1992; 101: 287-

892.

221. Green C, Garety PA, Freeman D, Fowler D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E. Content and affect in persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*. 2006; 45: 561-577.
222. Cannon TD, Mednick SA, Parnas J. Genetic and perinatal determinants of structural brain deficits in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46 (10): 883-9
223. Robinson ADT. A Century of Delusions in South West Scotland. *Br J Psy*. 1988; 153: 163-167.
224. Klein M. Mourning and its relation to manic-depressive ve states. *Int J Psycho Anal*. 1940; 21: 125-53.
225. Kala AK, Wig NN. Delusions across cultures. *J Soc Psych* 1982; 28: 185-193.
226. Gearing RE, Alonzo D, Smolak A, McHugh K, Harmon S, Baldwin S. Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence. *Schizophrenia Research*. 2011; 126 (1): 150-163.
227. Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorder. *Psychiatry Med*, 1997; 27: 1091-1100.
228. Post RM. Transduction of psychosocial stress in to the neurobiology of recurrent affective illness: therapeutic and pathogenic. *Biol Psychiatry*, 1992; 32: 469- 484.
229. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression: *Schizophrenia*

- Research. 2001; 51 (2): 171-180.
230. Caspi A, Moffitt T. Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience* 2006; 7: 583-90.
231. K ro glu E. Duygudurum Bozuklukları: Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1996 :1: 429-448.
232. Mac Q, Glenda M, Young L, Trevor, Joffe, RussellT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2001;103(3): 163- 170.
233. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J. Clinic Psychopharmacology*, 1996; 16: 4-14. *Psychiatry*, 1993; 6: 27- 34.
234. Başkak B, Atbaşoğlu C, Saka MC; Şizofreni Etiyolojisinde Psiko-Sosyal Etmenlerin Rol : Antipsikiyatriden Gen  evre Etkileşimine. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46  zel Sayı: 1-9
235. Kendler KS: Demography of paranoid psychosis (delusional disorders). *Arch Gen Psychiatry* 1982;3 9: 890-902
236. Suhail K, Cochrane R. Effect of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations. *International of Journal of Social Psychiatry.* 2002; 32: 225-234.
237. De Portugal E. Gonzalez, M, Haro, JM, Usall J& Cervilla JA. Gender differences in delusional disorder: Evidence from and outpatient sample. *Psychiatry Research.* 2010; 177: 235-239
238. Ndetei DM, Vadher A. Frequency and clinical significance of delusions across cultures. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1984; 70 (1): 73-76.

239. Ratzinger J, Pera M, *Without roots. The West, relativism, Christianity, Islam*. I ed. New York, NY: Basic Books; 2006