

Araştırma / Original article**Akut dönemdeki şizofreni hastaları ve psikotik özellikli manik atak hastalarında sosyodemografik ve klinik özelliklerin sanrı türleriyle ilişkisi**Hülya TURGUT,¹ Çınar YENİLMEZ²**ÖZET**

Amaç: Bu çalışmada sıklıkla karıştırılan akut dönemdeki şizofreni (şizofreni) ve psikotik özellikli manik atak (İUDDB) hastalarında sosyodemografik özellikler ve klinik özelliklerle sanrı türlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne 01 Şubat 2011-01 Şubat 2012 tarihleri arasında başvuran 105 şizofreni ve 72 İUDDB hastasıyla yürütülmüştür. Hastalarla yüz yüze görüşülerek DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Standardize Mini Mental Test ve Psikososyal ve Çevresel Sorunlar Anketi uygulanmıştır. Hastalar Sosyodemografik ve Klinik Veri Formunu doldurmuştur. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 18.0 paket programı kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmamızda şizofreni ve İUDDB hastalarında toplam olarak en sık görülen sanrı kötülük görme sanrısıydı (s=136, %76.8). Kötülük görme sanrısı şizofreni hastalarının %85.7'sinde (s=90), İUDDB hastalarının %63.9'unda (s=46) vardı ve iki grup arasındaki fark anlamlıydı. İkinci sıklıkta toplam hastaların %48.6'sında (s=86) alınma sanrısı vardı. Alınma sanrısı şizofreni hastalarının %55.2'sinde (s=58), İUDDB hastalarının %38.9'unda (s=28) vardı ve iki grup arasındaki fark anlamlıydı. Üçüncü sıklıkta tüm hastaların 50'sinde (%28.2) saptanan büyüklük sanrısı şizofreni grubunda 22 (%21.0) hastada, İUDDB grubunda ise 28 (%38.9) hastada vardı; aralarındaki fark anlamlıydı. Şizofreni hastalarında cinsiyetle büyüklük ve kıskançlık, son ataktan sonraki başvuru süresiyle kıskançlık, annenin yaşıyla dinsel-mistik sanrılar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. İUDDB hastalarında yaşla büyüklük, son ataktan sonraki başvuru süresiyle kıskançlık, annenin eğitim süresiyle büyüklük ve kıskançlık sanrıları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. **Tartışma:** Şizofreninin varsanı, sanrı ve dezorganize davranışın egemen olduğu klinik tablosu ile İUDDB'nin psikotik özellikli manik atağı arasında klinik olarak benzerlik vardır. Sanrı türü ve içeriği sosyodemografik, sosyokültürel ve klinik özelliklerden etkilenir. Bu konuda geliştirilmiş bir ölçek olmadan yapılacak çalışmalar arasında büyük farklılıklar çıkacağı açıktır. Sanrı içerikleri konusunda az sayıda çalışma olması, sanrı içeriğinin kültürel farklılıklarının saptanmasını zorlaştırmaktadır. (Anadolu Psikiyatri Derg 2013; 14:291-301)

Anahtar sözcükler: Sanrı, şizofreni, psikotik özellikli mani, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

Relationship among the types of delusions and sociodemographic and clinical characteristics of patients with schizophrenia and acute manic with psychotic features

ABSTRACT

Objective: In this study, it has been aimed to investigate the relationship among the types of delusions and socio-demographic and clinical characteristics of patients with manic attack with psychotic features (bipolar affective

¹ Uzm.Dr., Bilecik Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Bilecik

² Doç.Dr., Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Eskişehir

Yazışma adresi / Address for correspondence:

Uzm.Dr. Hülya TURGUT, Bilecik Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Bilecik, Türkiye

E-mail: fotopsi123@hotmail.com

Geliş tarihi: 03.01.2013, **Kabul tarihi:** 25.08.2013 **doi:** 10.5455/apd.43671

disorder-BAD). **Methods:** This study was conducted with 105 patients with schizophrenia and 72 patients with BAD manic attack with psychotic features between in February 1st 2011 and February 1st 2012, in Osmangazi University, Medical School in Eskişehir, in Turkey. The first researcher has been interviewed with all patients face-to-face and has been applied to patients the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Standardized Mini Mental Test, and Psychosocial and Environmental Problems Questionnaire. Every patient has been filled up the Sociodemographic and Clinical Information Form. SPSS 18.0 package program was used in the analysis of data. SPSS 18.0 package program was used in the analysis of data. **Results:** Persecution delusion was the most prevalent seen (n=136, 76.8%). The ratio of persecution delusion in patients with schizophrenia was 85.7% (n=90), and 63.9% (n=46) in patients with BAD. Reference delusion was in the second frequency (n=86, 48.6%). The ratio of reference delusion in patients with schizophrenia was 55.2% (n=58), and 38.9% (n=28) in patients with BAD, and the difference between two groups was found to be significant statistically. Grandiose delusion was in the third frequency (n=50, 28.2%); the ratio of grandiose delusion in patients with schizophrenia was 21.0% (n=22), and 38.9% (n=28) in patients with BAD, and the difference between two groups was found to be significant statistically. It was found to be significant relation between gender and grandiose and jealousy delusions, and between mother's age and religious/mystical delusions in patients with schizophrenia. It was found to be significant relation between age and grandiose delusion, and between mother's education duration and grandiose and jealousy delusions in patients with BAD. **Conclusions:** Schizophrenia has hallucination, delusion, disorganized behavior; and it is similar to manic attack with psychotic feature as clinically. The sociocultural factors have influence on the type and content of delusions. It is not avoided that the differences among studies that investigated the types of delusions are seen in BAD manic attack with psychotic features without use favorable scale. There is a few study in this issue therefore it is difficult that to identify the cultural differences of delusions. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2013; 14:291-301)

Key words: delusion, schizophrenia, manic attack with psychotic features, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

GİRİŞ

Ruhsal bozukluklar, insanlık tarihinin başından günümüze kadar insanların ilgisini çekmiştir.¹ Günümüzde, geçmiş yıllara göre ruh sağlığından ve bozukluklarından daha çok söz edilmekte, bunlara daha çok önem verilmektedir. Bunun en önemli nedenleri sağlığa getirilen bütüncül bakış açısı, ekonomik, sosyal, teknolojik gelişmelerin insanların ruhsal yaşamları ve yaşam kaliteleri üzerindeki olumsuz etkileridir.² Psikiyatrik bozukluklar sık görülmelerinin yanı sıra, sık yinelenmeleri ve yol açtıkları yeti yitimi nedeniyle topluma önemli bir yük oluşturmaktadır.³ Yeti yitimine uyarlanmış yaşam yılı hesaplaması ile gerçekleştirilen 'küresel hastalık yükü' çalışmasında, tüm hastalıklar ve yaralanmalar göz önüne alındığında psikiyatrik bozuklukların toplam hastalık yükünün %9.7'sini oluşturduğu saptanmıştır.^{4,5} Dünyada yeti yitimi ve erken ölüme en sık yol açan 10 hastalıktan beşinin depresyon, şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu (IÜDDB), alkol bağımlılığı ve obsesif kompulsif bozukluk olmak üzere psikiyatrik bozukluklar olduğu saptanmıştır.^{6,7}

Şizofreni, yüzyıllardır psikiyatrinin yakından ilgilendiği, bireyi gerçeklikten uzaklaştırarak olağan dışı düşünme, algılama ve yorumlama biçimlerine götüren varsanılar, sanrılar, dezorganize davranışlar ve duygulanım bozukluğuyla karakterize olup kronik ve yıkıcı bir hastalık olarak kendini gösterir.⁸ IÜDDB de şizofreni gibi tam

aydınlatılamamış patofizyolojisi ve etiyolojisi ile kişide ve içinde yaşadığı toplumda sosyal ve mesleki işlevselliğin bozulabildiği, hastanın duygudurumuna eşlik eden bilişsel işlevselliğindeki değişimlerle karakterize bir psikiyatrik bozukluktur.⁹ İki hastalık grubunda da, etiyolojinin henüz tam olarak belirlenememiş olması, kesin tanı koydurucu görüntüleme yöntemi ve laboratuvar tekniklerinin olmaması nedeniyle, tanı diğer bozuklukların dışlanmasına dayanmaktadır.⁸ Halen bütün dünyada en yaygın ve geçerli olarak kullanılan tanı ölçütleri ICD-10 ve DSM-IV'te yer alan ölçütlerdir.^{10,11}

En renkli psikiyatrik belirtilerden biri olan sanrı, kişinin yaşadığı çağa ve topluma uymayan ve mantıklı açıklamalarla değiştirilemeyen gerçek dışı düşüncelerdir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber, farklı kültürel yaşantı, koşullar, deneyim, özdeşim ve kabullenmeler sanrı içeriğini etkileyebilir.^{12,13} 1987 yılında yayımlanan DSM-III-R'de tanı ölçütlerinde yerini alan sanrı, psikiyatrik inceleme için her zaman etiyoloji, patogenezi, tanı, tedavi ve adli olaylar açısından önemli bir konu olmuştur.¹⁴

Şizofreninin varsanı, sanrı ve dezorganize davranışın egemen olduğu klinik tablosu ile IÜDDB'nin manik atağı arasında klinik olarak benzerlik vardır. Bir başka anlatımla, iki bozukluk grubunun akut atak döneminde düşünce, duygulanım ve davranış özellikleri benzerdir ve bu durum klinisyenin bu bozuklukları ayırt etme-

sini güçleştirebilmektedir.¹⁵ Kessler ve arkadaşlarına göre, Krapelin, şizofreni ile İUDDB'yi klinik tablo ve izlemeye dayanarak farklı bozukluklar şeklinde ayırmıştır.¹⁶ Günümüzde Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu/ 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 (DSM-IV ve ICD-10). Çünkü iki tanıda da psikotik belirtiler görülebilmekte ve bu benzerlik ayırıcı tanıyı, özellikle hastalığın ilk aşamalarında zorlaştırmakta, karşılıklı yanlış tanı konmasına neden olabilmektedir.^{17,18}

Amaç

Bu çalışmada, sıklıkla karıştırılabilen akut dönemdeki şizofreni (şizofreni) ve psikotik özellikli manik atak (İUDDB) hastalarının sosyodemografik özellikleri ve klinik özelliklerin sanrı türleriyle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Evren ve örneklem

Bu çalışmanın evrenini ve örneklemi Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Tıp Fakültesi Acil Servisi, Psikiyatri Servisi ve Poliklinikleri'ne 01 Şubat 2011-01 Şubat 2012 tarihleri arasında ardı sıra başvuran, tanı ölçütlerine uyan, ayakta ve yatarak tedavi gören 190 hasta oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 11 hasta ve öyküsü alınmakta güçlük çekilen iki hasta çalışma dışı bırakılmış, değerlendirmeye 177 hastanın verileri alınmıştır.

Çalışmaya SCID-I ile tanısı doğrulanan, iletişim kurmasını önleyecek bilişsel veya herhangi bir başka engeli olmayan, zeka geriliği ve kronik bir başka hastalığı olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar alındı.

Araçlar

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu: Hastaların klinik ve psikososyal özelliklerinin belirlenmesi amacıyla klinik görüşmeyi yapan hekim tarafından hazırlanmıştır.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders/ SCID-I): First ve arkadaşları tarafından geliştirilen SCID-I, DSM-IV Eksen I tanılarını belirlemek için kullanılır.¹⁹ SCID-I'in Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.²⁰

Eğitilmiş ve Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test (SMMT/E-SMMT): Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek, kolay uygulanabilen ve bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi verici özelliktedir. Bu test, yönelim, kayıt, dikkat-hesaplama, anımsama, dil testleri ve yapılandırmayı değerlendiren alt bölümlerinden oluşmaktadır.²¹ SMMT ve E-SMMT'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Güngen ve arkadaşları ile Ertan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.^{22,23} Çalışmamızda hastaların bilişsel işlevlerini değerlendirmek için kullanılmıştır.

Psikososyal ve Çevresel Sorunlar Anketi: DSM-IV Eksen-IV'te ruhsal bozuklukların tanı, tedavi ve sonuçlarının etkileyebilen psikososyal ve çevresel sorunları belirlemek için kullanılır.²⁴

Uygulama

Anket sorularının ve yönlendirmelerin okunabilirlik ve anlaşılabilirlik özelliklerini belirlemek ve anketleri uygulayacak araştırmacının standardizasyonunu sağlamak üzere, ESOĞÜ Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Acil Servisi'ne başvurmuş, tanı ölçütleri uyan 15 hasta ile deneme uygulaması yapıldı ve gerekli düzeltmelerden sonra ankete son biçimi verildi. Çalışma ile ilgili bilgilendirme ve katılım onayı alınmasının ardından araştırmacı tarafından yapılan klinik görüşmede alınan yanıtlar kaydedildi. Görüşmeler ortalama 45-60 dakika arasında sürdü ve veri toplama aşaması 01 Şubat 2011-01 Şubat 2012 arasında gerçekleştirildi.

İstatistiksel analiz

Verilerin istatistiksel değerlendirmeleri SPSS 18.0 paket programı ile yapılmıştır. Sürekli nicel veriler sayı, ortalama ve standart sapma olarak; nitel veriler ise sayı, ortalama değer, %25 ve %75'lik değerler olarak belirtilmiştir. 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 düzeylerini belirlemek amacı ile Logistic regresyon analizi (Binary Logistic regresyon) uygulanmıştır. Kategorik yapıdaki veri setlerine Pearson ki-kare, Yates düzeltmeli ki-kare, Fisher's kesin ki-kare testleri uygulanmıştır. p<0.05 olasılık değerleri önemli olarak kabul edilmiştir.

Etik izin

Çalışmanın yürütülmesi için ESOĞÜ Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu onayı alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmanın sonunda 177 hastanın verileri analiz edildi. Çalışmaya alınan hastaların nicel ve

nitel sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir. Şizofreni grubunun yaş ortalaması 41.85±10.31 (aralık: 20-65), İUDB grubunun 34.45±9.23 (aralık: 18-62) yılı

Tablo 1. Şizofreni ve İUDB hastalarının nicel sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Sayı	Şizofreni grubu		Sayı	İUDB grubu		Sayı	Toplam		p
		Ort.±SS	Ortanca(ara.)		Ort.±SS	Ortanca(ara.)		Ort.±SS	Ortanca (aralık)	
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)	0.001
Eğitim süresi (yıl)*	105	10.20±3.54	11 (8-12)	72	11.23±4.40	13 (11-14.4)	177	11.43±2.18	12 (9-13)	0.084
Annenin 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 sür. (y)*	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
Babanın yaşı (y)**	54	65.20±9.00	70 (58-73)	47	61.23±9.00	59 (49-65)	101	63.35±9.17	67 (57-72)	0.029
Baba-eğitim sür. (y)*	105	4.74±3.59	5	72	6.45±5.02	11 (5-14)	177	5.44±4.30	9 (5-11)	0.022
Hast. başlama yaşı*	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
Hastalığın süresi (y)*	105	13.6±9.22	11 (15-18.7)	72	9.33±7.42	6.3 (8.3-11)	177	11.00±10.5	7 (11.2-14)	0.004
Son atağın başlangı- cından tedavi için 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 (45-73.2)	0.001

* Mann-Whitney U testi, ** Student's t testi

Tablo 2. Şizofreni ve İUDB hastalarının nitel sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Şizofreni grubu		İUDB grubu		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							0.001
Kadın	34	32.4	46	63.9	80	45.2	
Erkek	71	67.6	26	36.1	97	54.8	
Medeni durum*							0.366
Bekar	44	41.9	32	44.4	76	42.9	
Evli	36	34.3	29	40.3	65	36.7	
Dul+ayrı	25	23.8	11	15.3	36	20.3	
Şimdiki çalışma durumu*							0.001
Çalışıyor	20	19.0	22	30.6	42	23.7	
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 kadını	11	10.5	10	13.9	21	11.9	
Diğer	18	17.1	13	18.1	31	17.5	
Ataktan önce tedavi**							0.062
Var	99	94.3	62	86.1	161	91.0	
Yok	6	5.7	10	13.9	16	9.0	
Ataktan önceki tedavi şekli***							0.182
İlaç	97	92.4	62	86.1	159	89.8	
EKT	2	1.9	0	0	2	1.1	
Tıp dışı uygulama	1	1.0	1	1.4	2	1.1	
Yok	5	4.8	9	12.5	14	7.9	
Hastaneye başvuru şekli**							0.124
Kendi isteğiyle	44	41.9	25	34.7	69	39.0	
Ailesinin isteğiyle	50	47.6	44	61.1	94	53.1	
Aile dışından kişiler	11	10.5	3	4.2	14	7.9	

* Pearson ki-kare, ** Yates ki-kare, *** Fisher's kesin ki-kare

Tablo 3. Şizofreni ve İUDDB hastalarının duygulanım özellikleri

Özellikler	Şizofreni grubu Sayı	%	İUDDB grubu Sayı	%	Toplam Sayı	%	p
Duygulanımın niceliği*							0.001
Ötimik	7	6.7	6	8.3	13	7.3	
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	
Duygulanımın niteliği*							<0.001
Uygun	30	28.6	58	80.6	88	49.7	
Uygun değil	75	71.4	14	19.4	89	50.3	
Duygulanımın genişliği*							0.001
Doğal	5	4.8	61	84.7	66	37.3	
Kısıtlı	24	22.9	9	12.5	33	18.6	
Künt	76	72.4	2	2.8	78	44.1	
Duygulanımın değişkenliği*							0.001
Labil	10	9.5	69	95.8	79	44.6	
Stabil	95	90.5	3	4.2	98	55.4	
Sanrının duygulanımla ilişkisi*							0.001
Var	24	22.9	63	87.5	87	49.2	
Yok	81	77.1	9	12.5	90	50.8	
Sanrının sistematize olup olmadığı**							0.690
Sistematize	14	13.3	12	16.7	26	14.7	
Sistematize değil	91	86.7	60	83.3	151	85.3	

* Pearson ki-kare, ** Yates ki-kare

($p < 0.001$). Şizofreni grubunun ortalama eğitim süresi 10.20 ± 3.54 , İUDDB grubunun 11.23 ± 4.40 yıl olarak saptandı ($p > 0.05$). Şizofreni grubunda hastalığın başlama yaşı 26.73 ± 9.34 , İUDDB grubunda 23.16 ± 7.05 yıl idi ($p = 0.011$). Şizofreni grubunda hastalık süresi 13.6 ± 9.22 , İUDDB grubunda ise 9.33 ± 7.42 yıldır ($p = 0.004$). Şizofreni grubunda son ataktan sonra başvuruya kadar geçen süre ortalama 63.47 ± 31.89 gün, İUDDB grubunda 24.56 ± 13.01 gündü ($p < 0.001$). Şizofreni grubunda hastaların 34'ü (%32.4) kadın, 71'i (%67.6) erkek; İUDDB grubunda ise hastaların 46'sı (%63.9) kadın, 26'sı (%36.1) erkekti ($p < 0.001$).

Şizofreni ve İUDDB hastalarının duygulanım özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir. Buna göre, iki grubun duygulanımın niceliği, niteliği, genişliği, değişkenliği, sanrı türlerinin duygulanımla uyumu yönlerinden aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (tümü için $p < 0.001$). İki grubun sanrılarının sistematik olup olmadığı yönünden aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0.690$).

Şizofreni ve İUDDB gruplarındaki hastaların sanrı türlerinin dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Buna göre en çok görülen sanrı türü, 136 hasta-da (%76.8) saptanan kötülük görme sanrısıydı; şizofreni grubunda 90 (%85.7) hastada, İUDDB grubunda 46 (%63.9) hastada vardı ($p < 0.001$). İkinci sırada, tüm hastaların 86'sında (%48.6) saptanan alınma sanrısı şizofreni grubunda 58 (%55.2) hastada, İUDDB grubunda 28 (%38.9) hastada vardı ($p = 0.033$). Üçüncü sırada tüm hastaların 50'sinde (%28.2) saptanan büyüklük sanrısı şizofreni grubunda 22 (%21) hastada, İUDDB grubunda ise 28 (%38.9) hastada vardı ($p = 0.011$). İki grubun bedensel sanrı, düşünce okunması sanrısı, etkilenme sanrısı, erotomanik sanrı görülme oranları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p = 0.011$, $p = 0.019$, $p = 0.011$, $p = 0.002$). Tablo 4'te görüldüğü gibi, İUDDB hastalarının hiçbirinde suçluluk, küçüklük, nihilistik, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması ve düşünce çalışması sanrıları saptanmadı.

Şizofreni ve İUDDB hastalarının bazı sosyodemografik ve klinik özellikleriyle sanrı türlerinin karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir (Tabloda yalnız anlamlı bulunan özellikler verilmiştir).

Tabloda görüldüğü gibi, şizofreni hastalarında
Anadolu Psikiyatri Derg 2013; 14:291-301

Tablo 4. Şizofreni ve İUDDB hastalarının sanrı türlerinin karşılaştırılması

Sanrı türleri		Şizofreni grubu		İUDDB grubu		Toplam		p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kötülük görme**	Var	90	85.7	46	63.9	136	76.6	0.001
	Yok	15	14.3	26	36.1	41	23.2	
Alınma*	Var	58	55.2	28	38.9	86	48.6	0.033
	Yok	47	44.8	44	61.1	91	51.4	
Büyüklik**	Var	22	21.0	28	38.9	50	28.2	0.011
	Yok	83	79.0	44	61.1	127	71.8	
Dinsel-mistik**	Var	18	17.1	11	15.3	29	16.4	0.742
	Yok	87	82.9	61	84.7	148	83.6	
Bedensel**	Var	23	21.9	5	6.9	28	15.8	0.011
	Yok	82	78.1	67	93.1	149	84.2	
Kıskançlık**	Var	16	15.2	7	9.7	23	13.0	0.284
	Yok	89	84.8	65	90.3	154	87.0	
Düşünce okuması**	Var	16	15.2	3	4.2	19	10.7	0.019
	Yok	89	84.8	69	95.8	158	89.3	
Etkilenme**	Var	14	13.3	1	1.4	15	8.5	0.011
	Yok	91	86.7	71	98.6	162	91.5	
Erotomanik***	Var	2	1.9	10	13.9	12	6.8	0.002
	Yok	103	98.1	62	86.1	165	93.2	
Suçluluk***	Var	5	4.8	0	0	5	2.8	0.081
	Yok	100	95.2	72	100	172	97.2	
Küçüklük***	Var	3	2.9	0	0	3	1.7	0.272
	Yok	102	97.1	72	100	174	98.3	
Nihilistik***	Var	3	2.9	0	0	3	1.7	0.272
	Yok	102	97.1	72	100	174	98.3	
Düşünce sokulması***	Var	2	1.9	0	0	2	1.1	0.515
	Yok	103	98.1	72	100	175	98.9	
Düşünce yayınlanması***	Var	2	1.9	0	0	2	1.1	0.515
	Yok	103	98.1	72	100	175	98.9	
Düşünce çalınması***	Var	1	1.9	0	0	1	0.6	1.00
	Yok	104	99.1	72	100	176	99.4	

* Pearson ki-kare, ** Yates ki-kare, *** Fisher's kesin ki-kare

cinsiyetle büyüklük ve kıskançlık, son ataktan sonraki başvuru süresiyle kıskançlık, annenin yaşıyla dinsel-mistik sanrılar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. İUDDB hastalarında yaşla büyüklük, son ataktan sonraki başvuru süresiyle kıskançlık, annenin eğitim süresiyle büyüklük ve kıskançlık sanrıları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Erkek şizofreni hastalarında büyüklük sanrısı görülme olasılığı kadın hastalardan 3.78 kat daha fazlaydı. Erkek şizofreni hastalarında kıskançlık sanrısı görülme olasılığı kadın hastalardan 8.84 kat fazlaydı. Şizofreni hastalarında

hastalık süresinin artması, bedensel sanrı görülme olasılığını 2.06 kat artırmaktaydı. Son ataktan sonraki başvuru süresinin artması kıskançlık sanrısının görülme olasılığını 1.02 kat artırmaktaydı. Şizofreni hastalarında annenin yaşı arttıkça dinsel-mistik sanrı görülme olasılığı 0.86 kat artmaktaydı.

İUDDB hastalarında yaş arttıkça büyüklük sanrısı görülme olasılığı 0.92 kat, annenin eğitim süresi arttıkça 1.03 kat artmaktaydı. Son ataktan sonraki başvuru süresinin artması kıskançlık sanrısının görülme olasılığını 1.05 kat artırmaktaydı. Annenin eğitim süresinin azalması

Tablo 5. Şizofreni ve İUDDB hastalarının bazı sosyodemografik ve klinik özellikleriyle sanrı türlerinin karşılaştırılması

Özellik	Hastalık		Kötülük görme	Alınma	Büyük- lük	Dinsel- mistik	Bedensel	Kıskançlık	Düşünce okunması	Etki- lenme	Eroto- manik
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	0.832	0.920	0.009	0.287	0.751	0.993	0.422	0.781	0.309
		OR	1.006	0.997	0.919	0.959	0.984	1.000	1.049	1.029	0.960
Cinsiyet	Şizofreni	p	0.208	0.456	0.045	0.647	0.202	0.039	0.678	0.210	0.599
		OR	0.490	1.367	3.776	1.300	0.538	8.839	0.992	0.210	0.471
	İUDDB	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
Hastalık süresi	Şizofreni	p	0.095	0.095	0.095	0.095	0.045	0.095	0.095	0.095	0.095
		OR	1.062	1.062	1.062	1.062	2.062	1.062	1.062	1.062	1.062
	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
Son ataktan sonraki başvuru süresi	Şizofreni	p	0.711	0.918	0.378	0.822	0.197	0.019	0.868	0.998	0.420
		OR	1.003	0.999	1.292	0.998	0.990	1.021	1.001	0.000	0.978
	İUDDB	p	0.675	0.460	0.989	0.644	0.162	0.047	0.865	0.350	0.447
		OR	0.992	0.985	0.990	0.987	1.037	1.054	0.992	0.888	1.018
Annenin yaşı	Şizofreni	p	0.692	0.824	0.468	0.002	0.564	0.847	0.486	0.821	0.386
		OR	1.015	1.006	1.023	0.862	1.018	1.008	0.986	0.992	0.901
	İUDDB	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
Annenin 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	0.456	0.399	0.046	0.931	0.996	0.019	0.888	0.920	0.482
		OR	0.964	1.043	1.029	0.994	1.001	0.665	0.982	0.997	1.046

kıskançlık sanrısının görülme olasılığını 0.66 kat artırmaktaydı.

İki gruptaki hastalarda DSM-IV Eksen IV'te yer alan psikososyal ve çevresel sorunlar da araştırılmıştır. İUDDB hastalarında yalnız yaşama oranı %6.9, şizofreni hastalarında %0.9 olarak ve aralarındaki fark anlamlı ($p=0.041$) bulunmuştur. Diğer özellikler açısından iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada akut dönemdeki şizofreni ve İUDDB psikotik özellikli manik atak hastalarında en çok görülen sanrıların neler olduğu, bunların hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile aralarındaki ilişki araştırılmıştır.

Araştırmaya alınan hastalar hastaneye ardışık olarak başvuran hastalar olduğu için sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması doğru bilgi vermeyebilir. Yine de verilerimizde anlamlı bulunan bazı değerler fikir vericidir. Örneklemimizdeki şizofreni hastalarında hastalığın başlama yaşı İUDDB hastalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu literatür bilgileriyle uyumludur.²⁵ Hastalık süresinin şizof-

reni grubunda İUDDB grubundan daha uzun bulunması örneklemle ilgili olabilir ve bir genelleme yapmak uygun olmaz. Son ataktan şimdi tedaviye başvuruya kadar geçen süre şizofreni grubunda İUDDB grubuna göre 2.58 kat daha uzundur. Bu bulgu, İUDDB hastalarının daha çok ailelerinin isteğiyle geldikleri bilgisiyle birleştirilince, akut manik atağın belirtilerinin aile üyelerini ve çevreyi rahatsız etme olasılığının yüksekliğiyle açıklanabilir. İUDDB grubunda çalışan hastaların, şizofreni grubunda emeklilerin daha yüksek oranda bulunması, hastalıkların gidişi ve sonlanmasıyla ilgili bilgi verebilir.

Şizofreni grubunda künt, İUDDB grubunda disforik duygulanımın anlamlı düzeyde daha yüksek oranda görülmesi, bu bozuklukların klinik özellikleriyle ilgilidir ve beklenen/bilinen bir durumdur.

Şizofreni ve İUDDB hastaları sanrı türleri bakımından karşılaştırıldığında, şizofreni hastalarında daha yüksek oranda olmakla birlikte, iki grupta da kötülük görme sanrısı en yüksek oranda görülen sanrıydı. Bu bulgu literatür ile uyumluydu.^{14,26-31} Şimdiye kadar psikotik bozukluklarla ilgili tüm transkültürel çalışmalarda en sık gözlenen sanrı türü genellikle kötülük görme

sanrısı olmuştur. Avusturya, Pakistan, Japonya, Almanya, Kore, Çin ve Pakistan gibi farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda da yüksek oranlarda kötülük görme sanrısı bildirilmiştir.³² Karadağ, kötülük görme sanrısının en sık görülen sanrı tipi olmakla birlikte, İUDB hastalarında şizofreni hastalarından daha fazla görüldüğünü bildirmiştir.²⁶ Çalışmamızda kötülük görme sanrısının akut dönem şizofreni hastalarında daha yüksek oranda görülmesi, özellikle en sık görülen şizofreni tipinin paranoid şizofreni olmasıyla da ilişkili olabilir. Freud'a göre, paronayada başlıca savunma düzeneği yansıtmadır. Bilinç-dışı eşcinsel eğilimlere karşı yadsıma ve yansıma düzenekleri geliştirilmekte ve işlemektedir.

İki grupta da ikinci sıklıkta alınma sanrısı görülmekteydi (şizofreni hastalarının %55.2'sinde, İUDB hastalarının %38.9'unda) ve iki grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0.05$). Bu sonuç bazı çalışmalarla uyumlu iken,^{26,27,33-35} bazıları ile uyumlu değildi.^{35,36} Geçici ve arkadaşları şizofreni hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada, hastaların %68'inde alınma sanrısı olduğunu bulmuştur.²⁷ Karadağ, İUDB'de alınma sanrısının şizofreniden daha sık görüldüğünü saptamış ve alınma sanrısının en fazla televizyon kaynaklı olması nedeniyle günlük yaşamda en çok kullanılan nesnelerin sanrı içeriğine etkisinden söz etmiştir.²⁶ Ceylan, 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 yadsıma ve yansıma savunma düzeneklerinin şizofrenin temel savunma düzenekleri olmasıyla ilişkilendirmiştir. Bu nedenle alınma sanrısının şizofrenide çok sık görüldüğünü, hatta şizofreni tanısı koyarken önemli bulguların biri olduğunu belirtmiştir.³⁴ Bizim hastalarımızda, televizyon ve radyodan kendisine mesaj gönderildiğini düşünen hastaların yanı sıra; son yıllarda çok sık söylenen cep telefonlarının dinlendiği, telefon ve internetten kendisine mesajlar gönderildiğini, uzaylılar tarafından mesajlar alındığını düşünen hastalar da oldukça fazlaydı. Bu durum da yine günlük olayların ve gelişen teknolojinin sanrı içeriklerini etkilemesiyle veya yeni gelişen teknolojik araçlara uyum sağlayamamanın beraberinde getirdiği bir takım zorlanmalar ve yüklerle de ilişkili olabilir.

Şizofreni hastalarının %21.'inde, İUDB hastalarının ise %38.9'unda büyüklük sanrısı görülmekteydi ve iki grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p=0.033$).

Anatolian Journal of Psychiatry 2013; 14:291-301

Büyüklük sanrılarını çalışmamızda üçüncü sıklıkta bulduk. Bu sonuç bazı çalışmalarla uyumlu iken,^{26,35,37} bazıları ile uyumlu değildi.^{14,27,36,38-41} Stompe ve arkadaşları 1000 şizofreni hastasıyla yaptıkları bir çalışmada, hastalarda kötülük görme sanrısından sonra en sık görülen sanrının büyüklük sanrısı olduğu bildirmiştir.³¹ Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda büyüklük sanrısının farklı sıklıkta görüldüğü olması bu sanrının sosyokültürel yapıdan etkilendiğini düşündürmektedir. Karadağ, büyüklük sanrısının İUDB hastalarında şizofreni hastalarından daha sık görüldüğünü, büyüklük sanrısı alt gruplarında ise İUDB hastalarında daha çok, zenginlik, keşif/buluş, statü görülürken; şizofreni hastalarında daha çok büyüsel düşüncenin egemen olduğunu söylemiş, bunun da psikososyal farklılıktan kaynaklandığını belirtmiştir.²⁶ Çalışmamızda İUDB hastalarında büyüklük sanrısının 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.⁴²

Şizofreni hastalarının %21.9'unda, İUDB hastalarının ise %6.9'unda bedensel sanrı görülmekteydi ve iki grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p=0.011$). Bu sonuç literatürle uyumluydu.^{14,27,35,38} Karin-Gutierrez, sosyodemografik özelliklerin sanrı türlerini ve içeriklerini etkilediğini, buna bağlı olarak da erken erişkinlik döneminde sıklıkla görülen bedensel sanrının yerini ileri yaşlarda kıskançlık sanrısının aldığını belirlemiş, bunun bilişsel olgunlaşma ile düşüncelerin dış nesnelere aktarılması nedeniyle olabileceğini belirtmiştir.¹⁴

Çalışmamızda bedensel sanrının şizofreni hastalarında daha fazla görülmesi, bedenimizin başkaları tarafından nasıl algılandığımızı belirleyen etkenlerden biri olması ve aynı zamanda kişinin kendilik algısı ve özgüvenin oluşumunda ve sürmesinde önemli rol oynaması nedeniyle olabilir. Çünkü beden görünümü neredeyse tüm insanların ilgi odağıdır. İUDB hastaları ise zaten var olan aşırı güvenleri ve kendilerini aşırı beğenmeleri, dış dünyaya ilgilerinin artması nedeniyle bedenleri ile daha az uğraşıp bedensel sanrıları daha az geliştiriyor olabilirler.

Şizofreni hastalarının %16.4'ünde, İUDB hastalarının ise %17.1'inde dinsel-mistik sanrılar görülmekteydi ve iki grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0.05$). Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar bazı çalışmalarla uyumlu iken,^{27,38,43,44} bazı çalışmalarla uyumlu değildi.^{32-34,45} Geçici ve

arkadaşları, dinsel inanca önem verilen toplumlarda dinsel-mistik sanrı görülme oranının yüksek olduğunu, dinsel-mistik sanrıların Müslüman toplumlarda en sık, sonra da sırasıyla Hristiyan ve Musevi toplumlarında görüldüğünü bildirmiştir.²⁷ Bu da sanrı içeriklerinin yaşanılan sosyokültürel çevreden etkilendiğini öne süren kuramcıları^{32,44,46} desteklemektedir. Ceylan, şizofreni hastalarında büyüsel düşüncenin daha sık görüldüğünü bildirmiştir.³⁴ Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar ülkemizde dinsel değerlerin ön planda tutulması ile ilişkili olabilir.

Şizofreni hastalarının %15.2'sinde, İUDDB hastalarının %9.7'sinde kıskançlık sanrısı görülmekteydi ve iki grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0.05$). Bu sonuç bazı çalışmalarla uyumlu iken,^{27,38} bazıları ile uyumlu değildi.^{14,35} Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da, kıskançlık sanrısının şizofreni hastalarında daha fazla görülmesi, hastaların çoğunun paranoid olması ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda iki grup arasında kıskançlık sanrısı görülme sıklığı açısından fark çıkmamış olması, sevmeye ve sevilme isteğinin insanın doğasıyla ilişkili olmasına bağlanabilir. 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 ve güvenlik duygusu arayışı yaşam boyu sürer. Kişi kendi yetersizliğine inandığından, rakibini kendisiyle karşılaştırır. Bu noktada aldatılma düşüncesi mantıksız ve nedensiz olarak ortaya çıkabilir.

Şizofreni hastalarının %15.2'sinde, İUDDB hastalarının %4.2'sinde düşünce okunması sanrısı görülmekteydi ve iki grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p=0.019$). Düşünce okunması Schneider'ın birinci derece belirtilerindendir ve iki bozukluğun ayrırcı tanısında güçlük yaratabilir.

Şizofreni hastalarının %13.3'ünde, İUDDB hastalarının ise %1.4'ünde etkilenme sanrısı görülmekteydi ve iki grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p=0.011$). Bu sonuçlar bazı çalışmalarla uyumlu iken,^{27,33} bazıları ile uyumlu değildi.^{14,26,35} Geçici ve arkadaşları düşünce okunması, düşünce sokulması, düşünce çalınması, düşünce yayınlanması ve etkilenme (bedensel edilgenlik) gibi tuhaf Schneiderian belirtilerin daha çok şizofreniye özgü olduğunu belirtmiştir.²⁷ Federn, şizofreniye

bir benlik hastalığı olarak tanımlamıştır. Libido enerjisinin benlik sınırlarına yapılan yatırımının kaybı veya azalması ile benliğin içsel ve dışsal sınırlarında ortaya çıkan zayıflamalar ilkel benlik durumlarının ortaya çıkmasına veya zihinsel dünya ile dış gerçek dünya arasındaki sınırın kaybolmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda da düşüncelerinin başkaları tarafından okunduğu, çalındığı ve yayınlandığıyla ilgili sanrılar ortaya çıkmaktadır.³³ Teixeira ise, Schneiderian belirtilerin şizofreniye özgü olmadığını, diğer psikiyatrik ve organik bozukluklarda da görülebileceğini bildirmiştir.³⁵ Çalışmamızda şizofreni hastalarında Schneiderian belirtilerin daha fazla görülmesinin nedeni, şizofreninin ilerleyici ve ciddi benlik zayıflamasına neden olan bir bozukluk olmasıyla ilişkili olabilir. Psikotik özellikli manide de bu belirtilerin görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Şizofreni hastalarının %1.9'unda, İUDDB hastalarının ise %13.9'unda erotomanik sanrı görülmekteydi ve iki grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı düzeyde fark vardı ($p=0.002$). Bu sonuç literatürle uyumlu idi.^{14,38,47} Tezcan ve arkadaşları ile Kala ve Wigg, bekar, yalnız yaşayan İUDDB hastalarında içten içe sevilme duygu ve düşüncesi nedeniyle erotomanik sanrı görülme sıklığının arttığını bildirmişlerdir.^{38,47} Çalışmamızda erotomanik sanrının İUDDB hastalarında şizofreni hastalarından daha fazla görülmesinin nedeni, kabarmış bir benlik ve İUDDB hastalarının çoğunun kadın olmasıyla ilişkili olabilir. Türk toplumu dinsel 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 üst benliğin ortadan kalkması nedeniyle bu duygu ve düşüncesini dışa yansıtır olabilir.

Şizofreni hastalarının çoğunun duygulanımı künt, stabil ve duygudurumla uyumsuz, sanrı içerikleri de sistematize ve duygudurumla uyumlu değildi. İUDDB hastalarının duygulanımı ise, disforik, labil (oynak) ve duygudurumla uyumlu iken, sanrı içerikleri sistematize değildi. Manik hastaların duygulanımında coşku, öfori (aşırı neşe), sıklıkla da öfke (disfori) egemendir. Ancak yalnız öforinin egemen olduğu tablolar nadirdir, genellikle disforik veya oynak duygulanım görülür. İUDDB'nin aksine şizofrenide bir duygu azalmasından ve küntlüğünden söz edilir. Hastanın olaylara tepkisi azdır veya hiç yoktur. Sıklıkla hastaların soğuk, ilişki kurulmasının güç olduğu görülse de, birçok hastada hastalı-

ğin başlangıç döneminde yoğun anksiyete bulguları vardır. Zamanla duygularda küntleşme, sıklık ve yüzeyselleşme belirginleşir.⁴⁸

Şizofrenide görülen en temel düşünce içeriği bozukluğu olan sanrılar, genellikle duygudurumla uyumlu olmayan, düzensiz, dağınık, tutarsız ve tuhaftır. İUDDB'de ise sanrılar, %50'den fazla hastada görülür ve bular duygudurumla uyumlu olabileceği gibi, duygulanımla uyumlu olmayan tuhaf sanrılar ve Schneieder'in birinci sıra belirtileri biçiminde de görülebilir.^{14,32}

Yalnız yaşama, düşük sosyoekonomik düzey, işsiz olma duygudurum bozuklukları için önemli risk etkenleridir.⁴⁹ Olumsuz yaşam olaylarının birikimi en kuvvetli yatıklaştırıcı etken olarak kabul edilir.^{50,51} Şizofrenide ise stres verici yaşam olaylarının görülme sıklığı İUDDB'den az olmasına rağmen toplumdan daha fazladır.

Büyük olasılıkla bu tür sorunlar yalnız yatkınlığı olan kişilerde şizofreniye yol açmaktadır.³³ Çalışmamızda şizofreni hastalarından yalnız yaşayan hasta oranının %0.9 olması ve bunun İUDDB grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olması, şizofreni hastalarında yeti yitiminin daha çok olmasıyla ilgili olabilir.

Çalışmamızda akut dönemdeki şizofreni ve psikotik özellikli manik atak hastalarında görülen sanrılar gözden geçirilmiş, hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleriyle ilişkisi araştırılmıştır. Sanrı türünün ve içeriğinin sosyokültürel özelliklerden etkilendiği göz önüne alındığında, psikotik özellikli mani ile şizofreninin ayırıcı tanısında sanrılarının tanınmasının önemli olduğu söylenebilir. Bu açıdan, tüm Türkiye'yi temsil eden örnekleme konunun araştırılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Oryal T. *Stigma: Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. İzmir, 2007.
2. 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.
3. Ulaş H, Tunca Z. Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastaların maliyet analizi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi* 2010; 47:144-149.
4. Markowitz JC, Milrod B. *Duygudurum bozuklukları: İntrapsişik ve kişilerarası yönü*. BJ Sadock, VA Sadock, (Eds.), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, eighth ed., H Aydın, A Bozkurt (Çev. Ed.), New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2007, s.1603-1611.
5. Üstün TB. The global burden of mental disorders. *Am J Public Health* 1999; 89:1315-1318.
6. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15:357-376.
7. 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.
8. Çetin M, Ceylan ME. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri*. Üçüncü baskı, İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, 2005, s.83-124.
9. 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; 4:243-248.
10. Grunze H. At the edge of the bipolar spectrum: primacy of affective over psychotic symptoms or vice versa. *World Psychiatry* 2011; 10:181-186.
11. Strakowski SM, Keck FE, Arnold LM, Collins J, Wilson RM, Fleck DE, et al. Bipolar and Psychotic Disorders Research Program, Department of Psychiatry, University of Cincinnati College of Medicine, Cincinnati, Ohio, USA. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:747-754.
12. 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.
13. Kiev A. *Trans Cultural Psychiatry*. London: Free Press, 1972.
14. Karin-Gutiérrez L, Schmid-Siegel B, Bankier B, Walter H. Delusions in first-admitted patients: Gender, themes and diagnoses. *Psychopathology* 2001; 34:1-7.
15. Güneri E. *Şizofreni ve Bipolar Affektif Bozukluk-Manik Epizod Tanısı Almış Hastaların Rorschach Protokolü Açısından Karşılaştırılması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008.
16. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes H, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
17. 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; 32:303-308.
18. Weiser M, Reichenberg A, Rabinowitz J. Association between nonpsychotic psychiatric diagnoses in adolescent males and subsequent onset of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:959-964.
19. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Clinical version: Washington DC and London: American Psychiatric Press; 1997.*

20. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.
21. 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.
22. 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; p.22-24.
23. 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.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed., (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
25. Doğan O. Psikiyatrik Epidemiyoloji. Sivas: Esform Ofset, 2011.
26. Karadağ F. Şizofren ve Manik Hastalarda Hezeyan İçeriklerinin Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1991.
27. Geçici Ö, Kuloğlu M, Güler Ö, Özbulut Ö, Kurt E, Önen S, et al. Phenomenology of delusions and hallucinations in patients with schizophrenia. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2010; 20:204-212.
28. Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1938-1943.
29. Ndeti DM, Vadher A. Content of grandiose phenomenology across. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 72:38-39.
30. Tateyama M, Asai M, Hashimoto M, Bartels M, Kasper S. Transcultural study of schizophrenic delusions. *Psychopathology* 1988; 31:59-68.
31. 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.
32. Akiskal HS. Mood disorders: Historical introduction and conceptual overview. BJ Sadock, VA Sadock, (Eds.), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, eighth ed., New York: Lippincott Williams and Wilkins, 2007, p.1559-1575.
33. Köroğlu E. Temel Psikiyatri. Psikozoloji: Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara: Bilkent Akademi Kliniği, 2004.
34. Ceylan ME, Çetin M. Şizofreni: Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. Dördüncü baskı, cilt 1, İstanbul, 2009.
35. Teixeira HE, Dalgalarondo P. Violent crime and dimensions of delusion: a comparative study of criminal and noncriminal delusional patients. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009; 37:225-231.
36. Jorgensen F. Manic-depressive patients with delusions: Clinical and diagnostic course. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 72:364-368.
37. Ahmed SH. Culture influences on delusion: Psychopathology. *Psychiatry Clin* 1978; 11:1-5.
38. Tezcan AE, Kuloğlu M, Atmaca M, Bayık Y. Elazığ bölgesinde şizofreni tanısı konan hastalarda sanrıların görüngüsel özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2003; 4:13-19.
39. Green C, Garety PA, Freeman D, Fowler D, Bebbington P, Dunn G, et al. Content and affect in persecutory delusions. *Br J Clin Psychol* 2006; 45:561-577.
40. Cannon TD, Mednick SA, Parnas J. Genetic and perinatal determinants of structural brain deficits in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(10):883-889.
41. Robinson ADT. A century of delusions in South West Scotland. *Br J Psychiatry* 1988; 153:163-167.
42. Klein M. Mourning and its relation to manic-depressive states. *Int J Psycho Anal* 1940; 21:125-153.
43. Rudalevičienė P, Adomaitienė V, Stompe T, Narbekovas A, Meilius K, Raškauskienė N, et al. Delusions of persecution and poisoning in patients with schizophrenia: sociocultural and religious background. *Medicina (Kaunas)* 2010; 46:185-192.
44. 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. *Schizophr Res* 2011; 126:150-163.
45. Soyğür H, Alptekin K, Atbaşıoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi 6, 2007.
46. Cancro R, Lehman H. Schizophrenia; clinical features. BJ Sadock, VA Sadock, (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000.
47. Kala AK, Wig NN. Delusions across cultures. *J Soc Psychiatry* 1982; 28:185-193.
48. Doğan O. Şizofrenik Bozukluklar El Kitabı. İkinci baskı, Sivas: Esform Ofset, 2007.
49. Köroğlu E, Güleç C (Ed.). Psikiyatri Temel Kitabı. İkinci baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007.
50. Coryell W, Schaffner W, Keller MB, Endicott J, Maser J, et al. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150:720-727.
51. Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorder. *Psychiatry Med* 1997; 27:1091-1100.