

Sanrı ve Varsanı Tiplerinin Şizofreni ve Şizoaffektif Bozuklukta Tedavi Yanıtına Etkisi

Esin Evren Kılıçaslan¹, Güler Acar²,
Sevgin Ekşioğlu², Sermin Kesebir³,
Ertan Tezcan⁴

¹*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir - Türkiye*
²*İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi,
İstanbul - Türkiye*
³*Üsküdar Üniversitesi, İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi,
İstanbul - Türkiye*
⁴*İstanbul Beykent Üniversitesi, Psikoloji Bölümü,
İstanbul - Türkiye*

ÖZET

Sanrı ve varsanı tiplerinin şizofreni ve şizoaffektif bozuklukta tedavi yanıtına etkisi

Amaç: Sanrı tiplerinin sosyodemografik ve kültürel ne gibi değişkenlerden etkilendiği konusunda fazla sayıda çalışma olmasına rağmen sanrı tipinin tedaviye yanıtına etkisi konusunda fazla sayıda çalışma bulunmamaktadır. Biz bu çalışmada sanrı ve varsanı tiplerinin şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı ile yatarak tedavi gören hastalarda, tedavi yanıtına etkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı olarak ardışık olarak yatarak tedavi gören ve klinik görüşme sonucunda Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) tanı ölçütlerine göre şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı doğrulanmış 116 hasta alındı. Sanrı tiplerini belirlemek amacıyla Gross ve arkadaşlarının sanrı sınıflandırma sistemi kullanıldı. Varsanılar işitsel, görsel, işitsel-görsel olarak kaydedildi. Hastaların tedavi yanıtı ise yatış ve çıkıştaki Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) puanlarının farkı ve yatış süresi ile değerlendirildi.

Bulgular: Sanrı tiplerinin tedavi yanıtına etkisi araştırıldığında; dini ve büyüklük sanrıları olan hastaların, olmayan hastalara göre yatış sürelerinin istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha uzun olduğu saptandı. Ayrıca büyü yapılmış sanrıları olan hastalarda yatış ve çıkıştaki PANSS puanları arasındaki fark daha azdı. Varsanılı olan tipleri, PANSS puanları arasındaki farkı ve tedavi süresini değiştirmemekte idi.

Sonuç: Çalışmamız büyüklük sanrıları, dini sanrıları ve büyü yapılmış sanrıların olumsuz tedavi yanıtı ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Sanrı tiplerinin şizofreni spektrumunda hastanede yatış süresi ve tedavi yanıtı üzerine etkisi olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Sanrı, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, tedavi yanıtı, varsanı



ABSTRACT

The effect of delusion and hallucination types on treatment response in schizophrenia and schizoaffective disorder

Objective: While there are numerous studies investigating what kind of variables, including socio-demographic and cultural ones, affect the delusion types, not many studies can be found that investigate the impact of delusion types on treatment response. Our study aimed at researching the effect of delusion and hallucination types on treatment response in inpatients admitted with a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder.

Method: The patient group included 116 consecutive inpatients diagnosed with schizophrenia and schizoaffective disorder according to DSM-IV-TR in a clinical interview. Delusions types were determined using the classification system developed by Gross and colleagues. The hallucinations were recorded as auditory, visual and auditory-visual. Response to treatment was assessed according to the difference in the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) scores at admission and discharge and the duration of hospitalization.

Results: Studying the effect of delusion types on response to treatment, it has been found that for patients with religious and grandiose delusions, statistically the duration of hospitalization is significantly longer than for other patients. On the other hand, in patients with a delusion of being bewitched, the difference between their PANSS scores at admission and discharge was lower. The types of hallucination did not affect the difference in PANSS scores nor the duration of treatment. However, in case of visual hallucinations, PANSS scores for psychotic exacerbation were higher.

Conclusion: This study shows the association of negative treatment response with delusions of grandiosity and being bewitched and religious delusions. It can be said that delusion types in the schizophrenia spectrum may affect the duration of hospitalization and treatment response.

Keywords: Delusion, schizophrenia, schizoaffective disorder, treatment response, hallucination

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Esin Evren Kılıçaslan,
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim
ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği,
Karabağlar, İzmir, Türkiye

Telefon / Phone: +90-232-243-4343/2620

Elektronik posta adresi / E-mail address:
esiniyidogan@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
29 Ocak 2015 / January 29, 2015

İlk düzeltme öneri tarihi /
Date of the first revision letter:
24 Şubat 2015 / February 24, 2015

Kabul tarihi / Date of acceptance:
8 Temmuz 2015 / July 8, 2015

GİRİŞ

Sanrılar, kişinin kültürel yapısı ile açıklanamayan, görünür gerçekliğe uymayan, yanlışlığını gösteren kanıtlara karşın varlığını sürdüren sarsılmaz düşünceler olarak tanımlanabilir (1). İnanılmaz derecede imkansız olanlardan sık sık gerçekleşebileceği düşünülenlere kadar çeşitleri görülebilen bu düşünceler, başta şizofreni olmak üzere pek çok psikiyatrik veya genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkabilir (1). Hastalık tanılarıyla sanrı tipleri arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik bir çalışma olan Appelbaum ve arkadaşlarının (2) yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarında diğer tanısız kategorilere göre sanrıların daha yoğun olduğu saptanırken, büyüklük sanrıları ve dini sanrılar şizofreni hastalarının büyük bir bölümünde izlenmiştir. Bu sanrılara inanışlar çok kuvvetli iken, persekusyon sanrıları kuvvetli olumsuz duygulanım ve eyleme geçme gücü ile ilişkili bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda sanrı tiplerinin sosyodemografik ve kültürel olarak ne gibi değişkenlerden etkilendiği araştırılmıştır (3-8). Çalışma sonuçları hastalığın farklı kültürlerde benzer klinik görünümü olsa da belirtilerin içeriğinin yöresel, kültürel temalardan kaynaklanabileceği görüşünü desteklemektedir. Sanrıların içeriğinin, sosyokültürel değişikliklere paralel, sık karşılaşılan temalarla ilişkili olduğu söylenebilir. Sosyo-politik, teknik ve bilimsel değişiklikler de şizofreni hastalarında sanrı içeriğini etkileyebilmekte ve değiştirebilmektedir (7).

Sanrı tipinin tedaviye yanıt ve klinik gidiş üzerine etkisini inceleyen çalışma sayısı ise fazla değildir. İlk atak şizofreni tanılı hastaların klinik yanıtları değerlendirilmiş, düzleşmiş duyu duruma eşlik eden cinsel, dini ve büyüklük sanrılarının kötü yanıtın güçlü belirleyicileri olduğu bulunmuştur (9). Literatürde dini sanrıların tedavi yanıtına ve hastalığın gidişine etkisi üzerine yapılmış çalışmalar mevcuttur ve sonuçlar çelişkilidir (10-12).

Varsanılar da şizofreninin pozitif bulguları arasındadır. Yapılan çalışmalarda varsanılara sıklıkla şizofreninin diğer pozitif belirtilerinden sanrıların eşlik ettiği bulunmuştur (13-15). İşitsel varsanıların kalıcı nöroanatomik değişikliklerle beraber olması, varsanıların hastalık şiddeti ile ilişkili olabileceğini düşündürür (16-18). Mueser ve arkadaşlarının (19) çalışmasında görsel varsanıların hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Başka bir

çalışmada ise varsanılar ile hastalık şiddeti veya sanrı şiddeti arasında ilişki bulunmamıştır (20).

Biz çalışmamızda, şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı ile yatarak tedavi gören hastalarda, sanrı ve varsanı tipinin tedavi yanıtına etkisini araştırmayı amaçladık. Sanrı tipinin ve eşlik eden varsanı tipinin yatış süresi ve bu süre içerisindeki belirti farkı ve oranına etki edip etmediğini inceledik.

YÖNTEM

Çalışmaya, kapalı erkek servisinde şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılarıyla 1.1.2011 ve 1.6.2011 tarihleri arasında ardışık olarak yatarak tedavi gören ve tanısı DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ile doğrulanan 116 hasta alındı. Etik kurul onayı, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Hastalar yatışları anında çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

Hastalarla yapılan görüşme ve hastalara ait yatış dosyaları incelenerek sosyodemografik bilgi formu dolduruldu. Bütün hastaların yatışında ve taburcu olurkenki bütün Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) değerleri tek görüşmeciler tarafından kaydedildi. Bu görüşmeci, o anda klinikte çalışmayan ve hastaların tedavi sürecinden bağımsız olan bir psikiyatri çalışanıydı. Sanrı içerikleri Gross ve arkadaşlarının (21) sanrı sınıflandırma sistemine göre sınıflandırıldı. Varsanılar işitsel, görsel, işitsel ve görsel olarak kaydedildi. Tedavi yanıtı; yatış ve çıkıştaki PANSS puanlarının farkı ve yatış süresi ile değerlendirildi. Bu nedenle kendi isteğiyle taburcu edilen hastalar dışlandı, sadece iyilikleri nedeniyle taburcu edilen hastalar çalışmaya alındı.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Hastaların yaş, öğrenim durumu, medeni durum, iş durumu, hastalık süresi, yatış sayısı, hastalığın başlangıç yaşı, aile öyküsü ve alkol/madde kullanımı hasta bilgi formlarına kaydedildi.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I; Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders): Majör DSM-IV eksen I tanılarının

konması için First ve arkadaşları (22) tarafından geliştirilmiş ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanmış, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (23). Çalışmamızda tanıların doğrulanması amacı ile sadece psikoz modülü kullanılmıştır.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS):

PANSS, pozitif, negatif ve genel şizofreni belirtileri bağlamında psikopatolojik ölçümler yapan yarı yapılandırılmış 30 maddelik bir ölçektir. PANSS tarafından değerlendirilen 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine, yedisi negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan 16'sı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Her madde için, ağırlığa göre 1 ile 7 arasında değerlendirme yapılır. Pozitif, negatif ve genel psikopatoloji skorları ve bir de toplam PANSS skoru olmak üzere dört ölçüm yapılır (24). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (25).

Sanrı Sınıflandırılması: Bu sınıflandırma sistemine göre bir hastada birden fazla sanrı içeriği belirlendiğinde sanrı içerikleri bu sınıflandırma sistemi doğrultusunda ayrılarak sayıldı. Yine bu sınıflandırma sisteminin kullanımına uygun olarak hastalarda belirlenmeyen sanrı içerik tipleri tabloya dahil edilmedi. Perseküsyon sanrıları belirlenen hastalarda perseküsyon sanrılarının alt tipleri ve persekütuarlar yine Gross ve arkadaşlarının (21) sistemine göre sınıflandırıldı.

İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler SPSS for Windows istatistik paket programı ile değerlendirildi. Sanrı tiplerinin tedavi göstergeleri (tedavi süresi ve yatış- çıkıştaki PANSS puanları arasındaki fark) üzerine etkisini tespit etmek için Mann Whitney-U testi, varsanı tipinin tedavi göstergeleri üzerine etkisini ölçmek için ise Kruskal Wallis testi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların 100'ünün tanısı şizofreni, 16'sını şizoafektif bozukluk idi. Hepsini erkek olan hastaların ortalama yaşı 38.37 ± 11.46 idi. Ortalama hastalık süresi 14.59 ± 10.98 , ortalama hastalık başlangıç yaşı 23.77 ± 6.38 idi. İlk hastaneye yatış yaşı 26.41 ± 7.41 idi. Ortalama yatış süresi 22.85 ± 9.70 gün idi. Hastaların 82'si (%70.7) bekar, 16'sı (%13.8) evli idi, 18'i (%15.5) boşanmış veya ayrı yaşıyordu.

Çalışmaya alınan 116 hastanın 109'unda (%94.0) perseküsyon sanrısı mevcuttu (Tablo 1). Bunun dışındaki en sık sanrılar sıklık sırasına göre dini sanrılar 29 hastada (%25.0), büyüklük sanrıları 23 hastada (%19.8) ve zehirlenme sanrıları 18 hastada (%15.5) mevcut idi. Kıskançlık sanrıları 12 hastada (%10.8), hipokondriyak sanrılar ve erotomanik sanrılar 5'er hastada (%4.3), günahkarlık/ suçluluk sanrıları 3 hastada (%2.4), ölmüş olma sanrısı 2 hastada (%1.6), yakın ölümü ve homoseksüellik sanrıları 1'er hastada (%0.8) bulunuyordu. Perseküsyon sanrıları belirlenen

Tablo 1: Perseküsyon sanrıları olan hastalarda perseküsyon alt tipleri ve persekütuar kişiler

Perseküsyon sanrıları olan hastalarda perseküsyon alt tipleri	Toplam (n=109)	%	Perseküsyon sanrıları olan hastalarda persekütuar kişiler	Toplam (n=109)	%
Fiziksel- ruhsal zarar verilme	96	88.00	Kendi aile bireyleri	56	51.30
Takip edilme	32	29.30	Belirsiz	44	40.30
Öldürülme	21	19.20	Komşular - arkadaşlar	31	28.40
Büyü yapılması	21	19.20	Cin	10	9.17
Konuşmalarının dinlenmesi	5	4.58	Polis - asker	5	4.58
Biliniyor olmak	5	4.58	Politikacılar	3	2.75
Saldırıya uğramak	3	2.75	Şeytan	3	2.75
Şeytan tarafından ele geçirilme	3	2.75	Hacı - hoca	2	1.83
Engellenmek	1	0.92	Erkekler	1	0.92
Fotoğrafının çekilmesi	1	0.92	Kadınlar	1	0.92
İftira edilmesi	1	0.92			

Tablo 2: Sanrı tipinin tedavi göstergeleri üzerine etkisi

			Tedavi süresi			PANSS fark					
			Ortalama	Standart sapma	p	z	Ortalama	Standart sapma	p	z	
Perseküsyon varlığı	yok	7	27.00	10.08	0.153	-1.428	57.86	20.51	0.468	-0.725	
	var	109	22.59	9.66			52.53	23.82			
Perseküsyon tipi											
	Büyük yapılmı	yok	90	22.21	9.20	0.125	-1.535	54.13	24.30	0.046	-1.993
		var	19	25.76	11.49			47.10	19.54		
Takip edilme	yok	31	22.37	9.54	0.213	-1.244	50.67	23.10	0.343	-0.947	
	var	78	24.13	10.13			58.59	24.26			
Fiziksel veya ruhsal zarar verilme	yok	16	24.75	8.46	0.228	-1.204	57.80	20.33	0.690	-1.816	
	var	93	22.46	9.93			51.82	24.18			
Öldürülme	yok	88	22.69	9.94	0.344	-0.946	50.79	22.97	0.166	-1.384	
	var	21	23.57	8.69			62.19	24.68			
Persekütuar tipi											
	Belirsiz	yok	62	22.54	9.92	0.393	-0.855	49.10	22.55	0.050	-1.960
		var	47	23.29	9.46			57.98	24.24		
Kendi aile bireyleri	yok	54	24.57	10.98	0.225	-1.214	51.42	20.32	0.361	-0.963	
	var	55	21.02	7.79			54.39	26.76			
Arkadaş - komşu	yok	81	22.41	9.03	0.669	-0.669	52.51	23.29	0.561	-0.582	
	var	28	24.17	11.55			53.90	24.86			
Büyüklik sanrısı	yok	86	21.68	9.33	0.008	-2.645	53.70	24.08	0.128	-1.521	
	var	23	27.61	9.88			49.43	21.64			
Dini sanrılar	yok	80	21.93	10.07	0.013	-2.483	53.77	24.81	0.515	-0.650	
	var	29	25.62	8.01			50.10	19.61			
Zehirlenme sanrısı	yok	91	22.87	9.72	0.916	-0.118	51.07	23.15	0.125	-0.125	
	var	18	22.78	9.82			62.56	24.26			

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği. Sanrı tiplerinin tedavi süresi ve PANSS farkı üzerine etkisini tespit etmek için Mann Whitney-U testi kullanılmıştır.
PANSS fark: Yatışta ve çıkışta saptanan PANSS puanları arasındaki fark.

Tablo 3: Varsanların tedavi göstergeleri üzerine etkisi

			Tedavi süresi			PANSS fark		
			Ortalama	Standart sapma	p	Ortalama	Standart sapma	p
Varsanı	Yok	36	23.95	9.09	0.524	48.23	23.69	0.338
	İşitsel	38	21.37	8.17		53.32	19.33	
	Görsel	5	27.20	12.44		74.80	14.24	
	İşitsel ve görsel	30	22.43	11.76		55.23	27.73	

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği. Varsanı tiplerinin tedavi süresi ve PANSS farkı üzerine etkisini tespit etmek için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.
PANSS fark: Yatışta ve çıkışta saptanan PANSS puanları arasındaki fark.

hastalarda en sık (%85.3) fiziksel/ruhsal şiddete maruz kalma sanrılarının (toplam 93 olguda) olduğu, bunu takip edilme (%71.5), öldürülme (%19.2) ve kendisine büyü yapılmı (%17.4) şeklinde sanrılarının takip ettiği belirlenmiştir (Tablo 1). Perseküsyon sanrılarının olan hastalarda persekütuarlar sıklıkla (55 hastada) kendi aile bireyleriydi (%50.4). Kırk yedi hastada persekütuar tipi belirsizdi (%43.1), 31 hastada arkadaş veya komşulardı (%28.5) (Tablo 1).

Hastaların ortalama PANSS değeri yatışta 109.64±23.18, taburcu olurken 56.78±17.39 idi.

Sanrı tiplerinin tedavi yanıtına etkisi araştırıldığında sadece dini sanrılarını (p=0.013, z=-0.650) ve büyüklük sanrılarını (p=0.008, z=-2.645) olan hastaların, olmayan hastalara göre yatış sürelerinin istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha uzun olduğu saptandı. Perseküsyon alt tipleri ve persekütuarlar ile tedavi parametreleri arasındaki ilişki araştırıldığında ise büyü yapılmı sanrısı olan hastalarda (p=0.046, z=-1.993) ve persekütuar belirsiz olduğunda (p=0.050, z=-1.960) yatış ve çıkıştaki PANSS puanları arasındaki fark anlamlı olarak daha azdı (Tablo 2).

Varsanılarının tipi, yatış ve çıkıştaki PANSS puanları arasındaki farkı ve tedavi süresini değiştirmemekte idi (Tablo 3). Ancak görsel varsanı varlığında psikotik alevlenme şiddeti (PANSS 1) daha yüksek izlenmekteydi ($p=0.017$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada ise sıklık sırasına göre en sık dini ve zehirlenme sanrıları saptandı. Bu sonuç kültürel ve dini nedenlere bağlı olabilir. Perseküsyon tipi sanrıların şizofreni tanılı hastalarda en sık görülen sanrı tipi olduğuna işaret eden çok sayıda çalışma bulunmaktadır (3,7,26).

Çalışmamızda sanrı tiplerinin tedavi yanıtı ile ilişkisi araştırıldığında; dini ve büyüklük sanrıları olan hastaların, olmayan hastalara göre yatış sürelerinin istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha uzun olduğu saptanmıştır ($p=0.013$, $p=0.008$). İlk atak şizofreni hastalarının değerlendirildiği bir çalışmada, çalışmamızla uyumlu olarak cinsel, dini ve büyüklük sanrılarının kötü yanıtın güçlü belirleyicileri olduğu bulunmuştur (9).

Dini sanrıların tedaviye kötü yanıtla ilişkisi yanısıra, yapılan bir çalışmada dini sanrılarla ilk kez psikiyatrik başvurusu olan bireylerin diğer tip hezeyanlara oranla daha yüksek belirti skorlarının olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada bu hastaların hastaneye başvurularında daha fazla sayıda antipsikotik ilaç reçete edildiği ve sosyal işlevselliklerinin de daha düşük olduğu tespit edilmiştir (11).

Yapılan çalışmalar dini sanrılardan çok dini inancın tedaviye yanıtına etkisi üzerinde durmaktadır (12,27-29). Dinle ilgilenen kişilerin, dinle uğraşmayanlara göre daha sağlıklı oldukları düşünülmüşse de (27), şizofreni ile ilgili yapılan çalışmalarda sonuçlar değişmektedir. Bir çalışmada şizofreni hastaları dindar olup olamamalarına ve dini sanrıları olup olmasına göre ayrılmış ve dört haftalık rutin tedavi uygulaması sonrasında her iki sınıflandırmaya göre de hasta grupları arasında kısa dönem tedavi yanıtında herhangi bir farklılık saptanmamıştır (12). Avrupa'da yapılmış şizofrenide temel tedavi yaklaşımlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada, diğer başka faktörlerin yanı sıra güçlü yoğunlukta dini inanca sahip olmanın uzun

dönem kötü gidiş belirleyicilerinden olduğu bulunmuştur (28). Bir çalışmada dini sanrıları olan, dini sanrıları dışında sanrıları olan ve sanrıları bulunmayan hastalar, dini açıdan başa çıkma yetileri (spiritual coping) açısından karşılaştırılmış, dini sanrıları olan hastaların hastalık şiddetinin daha fazla olmadığı, ancak ilaç uyumunun iyi olmadığı sonucuna varılmıştır (29). Sanrıları olan hastaların yaklaşık yarısının dini açıdan başa çıkmayı kullandıkları, sanrıları olmayan hastalara göre daha dindar oldukları; dini sanrıları olan hastaların ise dini açıdan az destek aldıkları belirlenmiştir (29).

Bu çalışmalarda, şizofreni tanılı hastalarda dini sanrıların tedaviye kötü yanıtla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmasına karşın bu bulgunun ciddi tedaviye uyumsuzluktan damgalanmaya uzanan geniş bir yelpazede eşlik eden farklı değişkenlerle bir arada değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (29,30). Tekrarlanan önemli bir bulgu erkek cinsiyetin bu hastalarda tedaviye kötü yanıtta en önemli gösterge olduğudur (10,11).

Çalışmamızda, sanrı tiplerine ve persekütuar tiplerine göre yatış ve çıkıştaki PANSS puanları arasındaki fark incelendiğinde yalnızca büyü yapıma sanrısı olan hastalarda ve persekütuar belirsiz olduğunda iyileşme oranı belirgin olarak daha az bulunmuştur. Literatürde her iki parametrenin tedavi yanıtı üzerine etkisinin bildirildiği herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Büyü yapıma sanrısı olan hastaların tedavi sonrasındaki belirti puanlarındaki farklılığın az oluşu, bu tür olağandışı düşünce ve yaşantıların günlük yaşamda toplumun önemli bir kesimi tarafından kabul görmesinin, bu hastalarda daha dirençli düşünce bozukluklarına yol açması ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda varsanılarının varlığının ve varsanı tipinin tedaviye yanıtı etkilemediği, ancak görsel varsanı varlığında, ilk yatıştaki hastalık skorlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bulgu görsel varsanılarının hastalık şiddeti ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalarla uyumludur (19).

Çalışmamızın kısıtlılıkları sadece erkek hastaların çalışmaya dahil edilmesi, kesitsel olması ve daha önce belirtildiği gibi sanrı tipleri sınıflandırılırken bazı sanrı tiplerinin ayrımının tam yapılamamasıdır.

Sanrısız bozuklukta kötülük görme, somatik ve

erotomanik sanrıları olan hastaların büyüklük ve kısıncılık sanrıları olanlara göre daha iyi prognozu olduğu düşünülmektedir (32). Bu konuda şizofreni ve şizoaffektif bozuklukta yapılmış çalışma sayısı daha azdır ve çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Çalışmamız büyüklük sanrıları, dini sanrılar ve büyü yapılması sanrılarının olumsuz tedavi yanıtı ile ilişkili olduğunu göstermesi bakımından dikkat çekicidir.

Bundan sonraki çalışmalarda öznel dini inancın göz önünde bulundurulması, psikopatoloji gelişiminden sonraki döneme etkilerinin incelenmesi ve sanrı tiplerinin hastalığın uzun dönem gidişi üzerine etkisinin araştırılması amacıyla izlem çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Kırpınar İ. Psikiyatrik belirti ve bulgular. Psikiyatri Temel Kitabı 2. baskı. In Köroğlu E, Güleç C (editorler). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007.
- Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. Am J Psychiatry 1999; 156:1938-1943.
- Geçici O, Kuloğlu M, Güler O, 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. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2010; 20:204-212.
- Tezcan AE, Kuloğlu M, Atmaca M, Bayık Y. Elazığ bölgesinde şizofreni tanısı konan hastalarda sanrıların görüngüsel özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:13-19.
- Kim KI, Li D, Jiang Z, Cui X, Lin L, Kang JJ, Park KK. Schizophrenic delusions among Koreans, Korean-Chinese and Chinese: a transcultural study. Int J Soc Psychiatry 1993; 39:190-199. [CrossRef]
- Kala AK, Wig NN. Delusion across cultures. Int J Soc Psychiatry 1982; 28:185-193. [CrossRef]
- Skodlar B, Dernovsek MZ, Kocmur M. Psychopathology of schizophrenia in Ljubljana (Slovenia) from 1881 to 2000: changes in the content of delusions in schizophrenia patients related to various sociopolitical, technical and scientific changes. Int J Soc Psychiatry 2008; 54:101-111. [CrossRef]
- Turgut H, Yenilmez Ç. Akut dönemdeki şizofreni hastaları ve psikotik özellikli manik atak hastalarında sosyodemografik ve klinik özelliklerin sanrı türleriyle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2013; 14:291-301.
- Thara R, Eaton WW. Outcome of schizophrenia: The Madras longitudinal study. Aust N Z J Psychiatry 1996; 30:516-522. [CrossRef]
- Johnstone EC, Frith CD, Lang FH, Owens DG. Determinants of the extremes of outcome in schizophrenia. Br J Psychiatry 1995; 167:604-609. [CrossRef]
- Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002; 37:130-138. [CrossRef]
- Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB. Religious beliefs and religious delusions: response to treatment in schizophrenia. Mental Health, Religion & Culture 2004; 7:211-223. [CrossRef]
- Aker T, Özmen E, Erkoç Ş, Ataklı C, Arkonaç O. Şizofreninin pozitif ve negatif belirtileri üzerine çok faktörlü bir model denemesi. Nöropsikiyatri Arşivi 1994; 3:104-111.
- Brown KW, White T. Syndromes of chronic schizophrenia and some clinical correlates. Br J Psychiatry 1992; 161:317-322. [CrossRef]
- Mortimer AM, Lund CE, McKenna PJ. The positive: negative dichotomy in schizophrenia. Br J Psychiatry 1990; 157:41-49. [CrossRef]
- Cullberg J, Nyback H. Persistent auditory hallucinations correlate with the size of the third ventricle in schizophrenic patients. Acta Psychiatr Scand 1992; 86:469-472. [CrossRef]
- Barta PE, Pearlson GD, Bowers RE, Richards SS, Tune LE. Auditory hallucinations and small superior temporal gyral volume in schizophrenia. Am J Psychiatry 1990; 147:1457-1462. [CrossRef]

Katkı Kategorileri	Yazarın Adı
Çalışma fikrinin geliştirilmesi	E.T., E.E.K.
Çalışmanın metodolojik olarak tasarımı	E.E.K., S.K., E.T.
Veri toplama ve işleme	G.A., S.E., E.E.K.
Verinin analizi ve yorumlanması	E.E.K., S.K., G.A.
Literatür araştırması	E.E.K., S.E.
Makalenin yazımı	E.E.K., S.K., G.A., S.E.
Makalenin gözden geçirilerek revize edilmesi	S.K., E.T.

Çıkar çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal destek: Yazalar finansal destek beyan etmemişlerdir.

18. Conlon P, Trimble MR, Rogers D. A study of epileptic psychosis using magnetic resonance imaging. *Br J Psychiatry* 1990; 156:231-235. **[CrossRef]**
19. Mueser KT, Bellack AS, Brady EU. Hallucinations in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82:26-29. **[CrossRef]**
20. Tansel E, Aker AT, akıcı M, Özeren M, Erkoç Ş, Arkonaç O. Şizofrenide Görölen Varsanların Hastalık Şiddeti ve Sanrılar ile Olan ilişkileri. *Düşünen Adam* 1996; 9:21-24.
21. Gross G, Huber G, Schüttler R. Delusion, schizophrenia and paranoia (author's transl). *Nervenarzt* 1977; 48:69-71. (Almanca)
22. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington DC and London: American Psychiatric Press; 1997.
23. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı E, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 233-236.
24. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13:261-276. **[CrossRef]**
25. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüs A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeđinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliđi. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14:23-32.
26. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran ÜK, Baykız AF, Bayık Y. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:102-112.
27. Ellison CG. Religion, the Life Stres Paradigm, and the Study of Depression. In J.S. Levin (Editor). *Religion in Ageing and Health: Theoretical Foundations and Methodological Frontiers*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994,78-121. **[CrossRef]**
28. Doering S, Müller E, Kopcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, Müller P, Müller-Spahn F, Tegeler J, Schüssler G. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 1998; 24:87-98. **[CrossRef]**
29. Mohr S, Borrás L, Betrisey C, Pierre-Yves B, Gillieron B, Huguélet P. Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with spiritual coping. *Psychiatry* 2010; 73:158-172. **[CrossRef]**
30. Peters E, Day S, McKenna J, Orbach G. Delusional ideation in religious and psychotic populations. *Br J Clin Psychol* 1999; 38:83-96. **[CrossRef]**
31. Saddock BJ, Saddock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. H. Aydın, A. Bozkurt (eviri Editörleri.) Ankara: Güneş Kitabevi, 2005.