

# Şizofrenide Dayanıklılık ve İlişkili Etmenler



Güliz ŞENORMANCI<sup>1</sup>, Oya GÜÇLÜ<sup>2</sup>, Ömer ŞENORMANCI<sup>3</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Şizofrenide dayanıklılığın birçok klinik değişkenle ilişkisi gösterilmiştir, ancak bilindiği kadarıyla dayanıklılığın dürtüsellik ve saldırganlık ile ilişkisi henüz çalışılmamıştır. Kişilik ve içgörü de dayanıklılığı etkileyebilir, ancak bu kavramların dayanıklılıkla ilişkisi, şizofrenide az çalışılmış konulardandır. Çalışmamızda, depresyon, saldırganlık, dürtüsellik, kişilik ve içgörünün dayanıklılık ile ilişkilerinin araştırılması ve dayanıklılığı yordayan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Klinik olarak stabil olan 139 şizofreni hastası çalışmaya dâhil edildi. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ), Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) kullanıldı. Klinik ve demografik veriler, diğer ölçek puanları ile YPDÖ puanları arasındaki ilişkiler değerlendirildi. Dayanıklılığı yordayan faktörleri belirlemek için lineer regresyon analizi uygulandı.

**Bulgular:** Depresyon, dürtüsellik, saldırganlık, PANSS toplam ve genel psikopatoloji puanları, dayanıklılık puanları ile negatif ilişkiliydi. Dikkatte dürtüsellik, nörotisizm, ve depresyon düşük dayanıklılık düzeylerini açıklıyordu. İçgörü ve dayanıklılığın toplam veya alt ölçek puanları arasında yapısal stil dışında anlamlı bir ilişki yoktu.

**Sonuç:** Şizofrenide sadece klinik düzelmeye odaklanan tedaviler yetersiz kalmaktadır. Şizofreni hastalarında dayanıklılığı artırmaya yönelik müdahalelerde, depresif belirtiler, dikkatte dürtüsellik ve nörotisizm gibi kişilik özellikleri dikkate alınmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Şizofreni, dışa dönüklük, nörotisizm, yapısal stil, depresif belirtiler, saldırganlık

## SUMMARY

### Resilience and Associated Factors in Schizophrenia

**Objective:** Resilience in schizophrenia has been associated with multiple clinical variables that, to the best of our knowledge, do not include impulsiveness, aggression and also personality and insight with possible influences, which remain as poorly investigated topics. This study investigated the relationships of resilience with depression, aggression, impulsivity, personality and insight in order to assess the factors that explain resilience in schizophrenia.

**Method:** The study included 139 individuals with clinically stable schizophrenia. Data were acquired by means of the Resilience Scale for Adults (RSA), the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), the Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), the Schedule for Assessment of Insight (SAI), the Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated (EPQR-A), the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11) and the Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ). Correlations of the scores of the RSA with the scores of the other psychometric scales and the demographic and clinical data were evaluated. Linear regression analysis was used to determine the factors predicting resilience.

**Results:** The PANSS total and general psychopathology scores and scale scores on depression, impulsiveness and aggression were negatively correlated with resilience scores. Attentional impulsiveness, neuroticism and depression predicted low levels of resilience. There were no significant correlations between insight and the total or subdimension scores of resilience except for the subdimension structural style.

**Conclusion:** Treatments focusing only on clinical remission in schizophrenia are not sufficiently effective. Interventions for enhancing resilience in schizophrenia should consider depressive symptoms, attentional impulsivity and personality traits such as neuroticism.

**Keywords:** Schizophrenia, extraversion, neuroticism, structured style, depressive symptoms, aggression

## GİRİŞ

Psikiyatride dayanıklılık konusunda yapılmış araştırmalar, son yıllarda şizofreni gibi ağır ruhsal bozuklukları da kapsamaya başlamıştır. Şizofrenide risk etmenleri yerine koruyucu

etmenlere, psikopatolojik düzelmeye yerine öznel iyi oluş kavramına daha çok odaklanma ile birlikte dayanıklılık, öznel iyilik halinin anlaşılmasındaki anahtar kavramlardan biri haline gelmiştir (Bozıkaş ve ark. 2016, Palmer ve ark. 2014).

**Geliş Tarihi:** 21.05.2020, **Kabul Tarihi:** 19.10.2020, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 02.10.2021

<sup>1</sup>Uzm., <sup>3</sup>Doç., Sağlık Bilimleri Üniv. Bursa Yüksek İhtisas EAH, Psikiyatri Bl., Bursa, <sup>2</sup>Doç., Sağlık Bilimleri Üniv. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH, Psikiyatri Bl., İstanbul.

**GŞ:** <https://orcid.org/0000-0001-8000-0075>, **OG:** <https://orcid.org/0000-0001-6885-3155>, **ÖŞ:** <https://orcid.org/0000-0002-1407-4911>

**Dr. Ömer Şenormancı, e-posta:** [senorman\\_7@hotmail.com](mailto:senorman_7@hotmail.com)

Dayanıklılık, travmaya, ağır strese veya sıkıntıya rağmen iyi uyum sağlama yeteneğidir (Masten 2001). Ağır ruhsal bozukluklarda, kronik hastalık belirtileri ve bu belirtilerin günlük işlevselliğin birçok alanındaki olumsuz etkileri de önemli sıkıntı kaynağıdır (Betensky ve ark. 2008, Dutescu ve ark. 2018). Birçok çalışmada, şizofrenide dayanıklılığın azaldığı gösterilmiştir. Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, şizofreni hastalarında dayanıklılık düzeyleri daha düşük bulunmuştur (Deng ve ark. 2018, Edmonds ve ark. 2016, Mizuno ve ark. 2018, Palmer ve ark. 2014). Şizofrenideki dayanıklılık süreçleri ile ilgili çalışmalarda, dayanıklılığın birçok olumlu klinik ve psikososyal sonuçla ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Şizofrenide dayanıklılığın, benlik saygısı, umutsuzluk (Hofer ve ark. 2016), yaşam kalitesi (Hofer ve ark. 2017, Wartelsteiner ve ark. 2016, Yoshida ve ark. 2016) ve daha yüksek işlevsellik düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Rossi ve ark. 2017a, Torgalsboen 2012).

Depresyon belirtileri, şizofrenide nadir değildir ve hastalığın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir (Fanta ve ark. 2020, Hasan ve ark. 2015). Depresif belirtilerin, şizofrenideki intihar riski (Bertelsen ve ark. 2007, Cassidy ve ark. 2018, Coentre ve ark. 2017), saldırganlık (Hodgins ve Riaz 2011), düşük yaşam kalitesi (van Rooijen ve ark. 2019) gibi birçok olumsuz değişkenle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu bakımdan, şizofrenide dayanıklılığın, depresyonla ilişkisi önemlidir. Depresyon eş tanısı olan psikotik hastalarda dayanıklılığın daha düşük olduğu (Kim ve ark. 2020); şizofreni hastalarında depresif belirti düzeyinin dayanıklılıkla ilişki olduğu gösterilmiştir (Rossi ve ark. 2017b). Ancak bu ilişki henüz dayanıklılığın alt boyutları düzeyinde yeterince incelenmemiştir.

Dayanıklılığın birçok araştırmacı tarafından farklı alt boyutları tanımlanmıştır. Friberg ve arkadaşları (2003) dayanıklılığı, kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stilden oluşan içsel dayanıklılık boyutları ve sosyal yeterlilik, aile uyumu, sosyal kaynaklar olarak tanımladıkları kişiler arası boyutlar olarak incelemişlerdir. Ancak dayanıklılık ölçeklerinin çoğunda aile ve sosyal boyutlar ölçülememektedir. Dayanıklılığın boyutsal olarak ele alınması sayesinde, farklı kişilerde hangi boyutların diğerlerinden daha güçlü olduğu değerlendirilebilmektedir (Basım ve Çetin 2011). Dayanıklılığın görece sabit bir kişisel bir özellik olmaktan öte çevresel faktörlerin de etkisiyle zamanla değişebilen, dinamik bir kavram olduğu boyutsal değerlendirme ile daha iyi anlaşılabilmiştir.

Strese uyum sağlamadaki birçok bireysel farklılık, kişilik özellikleriyle de ilişkili olabilir (Southwick ve ark. 2014). Genel popülasyonda, dışa dönüklük ve duygusal tutarlılık gibi kişilik özelliklerinin daha yüksek dayanıklılık düzeyleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Amstadter ve ark. 2016, Campbell-Sills ve ark. 2006). Psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yakın zamanda yapılan bir çalışmada, kişilik boyutları ile dayanıklılık arasında anlamlı ilişkiler olduğu

gösterilmiştir (Sivri ve ark. 2019). Düşük nörotisizm ve yüksek dışadönüklüğün, psikotik bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmasının etkilerini azalttığı öne sürülmüştür (Boyette ve ark. 2014). Kişilik ve dayanıklılık arasındaki ilişki şizofrenide henüz üzerinde yeterince çalışılmış bir konu olmakla birlikte, kişilik, birçok dayanıklılık alt boyutu ile ilişkili olabilir.

Ağır ruhsal bozukluklarda, hastalığın ve sonuçlarının farkında olmak, zorlayıcı stres durumlarıyla karşılaştığında daha da önem kazanabilir. Japon hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, içgörünün şizofrenide dayanıklılık düzeyleri ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir (Mizuno ve ark. 2016). Bipolar bozukluk hastalarında ise içgörünün, dayanıklılığın gelecek algısı alt boyutu ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur (Şenormancı ve ark. 2020). Bununla birlikte, şizofrenide içgörü ve dayanıklılık arasındaki ilişki henüz alt boyut düzeyinde incelenmemiştir.

Depresif semptomlar gibi, dürtüsellik ve saldırganlık da şizofreni tedavisindeki başlıca klinik zorluklar arasındadır (Buckley ve ark. 2011, Ouzir 2013). Şizofreni hastalarının çoğu dürtüsel veya şiddete meyilli olmasa da, dürtüsellik oranları sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur (Zhornitsky ve ark. 2012). Saldırganlığın birçok nedeni vardır, ancak dürtüsellik etiolojide önemli bir role sahiptir (Volavka ve Citrome 2008, Hoptman 2015, Witt ve ark. 2013). Bipolar bozukluk hastalarında dayanıklılığın düşük dürtüsellik ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Choi ve ark. 2015, Şenormancı ve ark. 2020). Sağlıklı genç erişkin erkeklerden oluşan bir örnekleme, dayanıklılığın saldırganlıkla negatif ilişkili olduğu bulunmuştur (Kim ve ark. 2015). Şizofrenide dayanıklılığın dürtüsellik ve saldırganlıkla ilişkisi bildiğimiz kadarıyla henüz araştırılmamıştır.

Depresif belirtilerin, dürtüsellik ve saldırganlığın dayanıklılıkla olan ilişkilerinin incelenmesi, dayanıklılığın şizofrenide bir tedavi hedefi olarak rolünün daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir. Bu çalışmada, klinik olarak stabil olan şizofreni hastalarında, kişilik, içgörü, depresyon, dürtüsellik ve saldırganlığın dayanıklılık boyutları ile ilişkili olduğu hipotezlerinin test edilmesi ve dayanıklılığı yordayan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızın diğer birçok çalışmadan farklı olarak, dayanıklılığı çok boyutlu bir kavram olarak ele alması ve şizofrenideki dayanıklılığı yordayabileceği düşünülen klinik değişkenlere odaklanması açısından alanyazına katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

## YÖNTEM

### Örneklem

Katılımcılar, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim

ve Araştırma Hastanesi ayaktan psikiyatri polikliniklerine Mart 2018- Mayıs 2019 tarihleri arasında başvuran, DSM-5 ölçütlerine göre tanı konmuş olan 139 şizofreni hastasından oluşmaktaydı.

Bütün hastalar, 18-65 yaş arasında olma ve aydınlatılmış onam verebilme şeklindeki dahil edilme ölçütlerini karşılıyordu. Dışlama ölçütleri, okuryazar olmama, anlıksal yeti yitimi, ağır düzeydeki diğer tıbbi durumlar, son 6 ay içinde alkol veya madde kötüye kullanımı ve son 6 ay içinde şizofreni belirtilerindeki artış nedeniyle ilaç tedavisinde değişiklik ve/veya hastanede yatarak tedavi görmüş olmak olarak belirlendi. Bütün hastalardan yazılı aydınlatılmış onam alındı. Çalışma protokolü için etik kurul onayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alındı.

## Araçlar

**Demografik ve Klinik Bilgi Formu:** Yazarlar tarafından çalışmanın amaçları doğrultusunda hazırlanmış ve katılımcılardan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirilmiştir.

**Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ):** Friberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 33 maddeden oluşan, her maddesi 1-5 arasında puanlanan Likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Dayanıklılığın içsel ve kişilerarası yönlerini değerlendirir. YPDÖ kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar olarak altı alt ölçekten oluşur (Friberg ve ark. 2005). Kendilik algısı alt ölçeği, bireylerin kendi içsel güçleri, becerileri, özgüvenleri hakkındaki düşüncelerini değerlendiren 6 sorudan oluşur. 4 sorudan oluşan gelecek algısı alt ölçeği, gelecekteki planlar, hedefler için olası fırsatlar hakkındaki düşünceleri değerlendirir. Yapısal stil alt ölçeği, günlük rutini sürdürebilme, organize olabilme, zamanı kullanabilme, planlı olma gibi becerilerini değerlendirir, 4 sorudan oluşur. Sosyal yeterlilik ise, dışa dönüklük, sosyal olarak uyum sağlayabilme, aktiviteleri başlatabilme becerileri, iletişim becerileri, sosyal konularda esnekliği değerlendiren, 6 sorudan oluşan alt ölçektir. Sosyal kaynaklar 7 sorudan oluşmaktadır, arkadaş ve akrabalar tarafından verilen sosyal destek, kişinin aile dışındaki sosyal desteğe ulaşabilmesini ölçmektedir. Aile uyumu alt ölçeği ise, 6 sorudan oluşur, aile üyeleri arasındaki işbirliği, aile içi bağları, algılanan aile desteği, bağlılığı değerlendirmektedir (Friberg ve ark. 2003). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Basım ve Çetin tarafından yapılmıştır (Basım ve Çetin 2011). Çalışmamızda YPDÖ Cronbach alfa katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur.

**Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ):** Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilen 30 maddelik ve yedi puanlı yarı yapılandırılmış görüşme ölçeğidir. Her madde, belirtilerin ağırlığına göre 1 - 7 arasında puanlanır. Son bir hafta boyunca

psikotik bozuklukların belirti şiddetini değerlendirir (Kay ve ark. 1987). Ölçekteki maddelerden yedi tanesi pozitif sendrom alt ölçeğine, yedisi negatif sendrom alt ölçeğine, on altısı ise genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Kostakoğlu ve ark. 1999).

**Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ):** Addington ve arkadaşları tarafından şizofreni hastalarında depresyon düzeyini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından değerlendirilen bir ölçektir ve dördümlü Likert tipinde 9 maddeden oluşur (Addington ve ark. 1993). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Aydemir ve ark. 2000).

**İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ):** David tarafından geliştirilmiş olan, sekiz sorudan oluşan, görüşmeci tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Sekizinci soru ek olarak sunulmuştur, bu sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Tedavi uyumu, hastalığın farkında olma ve psikotik deneyimleri anormal olarak değerlendirebilme olarak üç alt ölçeği bulunmaktadır (David 1990). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Arslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Arslan ve ark. 2000).

**Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK):** Eysenck'in kişilik teorisi bağlamında 24 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Dışa dönüklük, nörotisizm, psikotisizm ve yalandan oluşan dört alt ölçekten oluşur. Yalan alt ölçeği kontrol amaçlıdır (Eysenck ve ark. 1985). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karancı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Karancı ve ark. 2007). Çalışmamızda EKA-GGK Cronbach alfa katsayısı 0,33 olarak bulunmuştur.

**Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11):** Dürtüsellik yapısının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş, 30 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapamamadan oluşan üç alt ölçeği vardır (Patton ve ark. 1995). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Güleç ve ark. 2008). Dikkatte dürtüsellik, dikkati sürdürmede güçlükler ve bu nedenle hızlı karar verme, bilişsel olarak karmaşık durumlara tahammül edememe; motor dürtüsellik düşünmeden harekete geçme, dış uyaranlara hızlı tepki verme; plan yapamama ise geleceği düşünmeden hareket etme, plansız programsız olma gibi özelliklere karşılık gelmektedir.

**Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ):** Yirmi dokuz maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, düşmanlık ve öfke olmak üzere saldırganlığın farklı boyutlarını ölçmektedir (Buss ve Perry 1992). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Demirtaş Madran tarafından yapılmıştır (Demirtaş Madran 2013).

## İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler Windows için SPSS 18 programı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro-Wilk Testi ile analiz edildi. Sayısal değişkenlerin birbirleriyle ilişkileri normal dağılım gösterenlerde Pearson korelasyon analizi ile; normal dağılım göstermeyenlerde Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Niceliksel verileri gruplar arasında karşılaştırmak için normal dağılım gösterenlerde Student's t testi ve tek yönlü ANOVA (varyans analizi), normal dağılım göstermeyenlerde Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygulandı. Hastalık süresinin karıştırıcı etkisi kontrol edildiğinde oluşan farklılıkların belirlenmesi için "çok faktörlü ko-varyans analizi (ANCOVA)" kullanıldı. YPDÖ ve EKA-GGK ölçeklerinin güvenilirlik analizlerinde, iç tutarlılıklar için Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. Sayısal değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma (Ort  $\pm$  SS) veya ortanca (minimum - maximum), kategorik değişkenler ise gözlem sayısı ve yüzde (n-%) notasyonu kullanılarak gösterildi. Anlamlılık  $p < 0,05$  ve  $p < 0,001$  düzeyinde değerlendirildi. Lineer regresyon analizi yapıldı.

## BULGULAR

### Örneklemin Demografik ve Klinik Özellikleri

Katılımcıların ortalama yaşı  $37,0 \pm 10,3$  idi. Katılımcıların 66'sı (%47,5) kadın, 73'ü (%52,5) erkekti. Hastalığın başlangıç yaşı  $25,8 \pm 7,3$  idi. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1'de, klinik özellikleri Tablo 2'de, değerlendirme araçlarından elde edilen puanlar Tablo 3'de verilmiştir.

### YPDÖ ile Demografik ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişkiler

YPDÖ aile uyumu ve eğitim süresi arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı ( $r: -0,17$ ,  $p: 0,035$ ).

YPDÖ toplam ile ekonomik durumun tek yönlü ANOVA testinde karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $p: 0,002$ ). Anlamlılığını saptamak için yapılan post hoc Tukey testi sonucunda orta ekonomik duruma sahip olanların puanları alt ekonomik durumdakilere göre anlamlı yüksek bulundu ( $p: 0,003$ ). Örnekleminde kronik hastalar ve erken dönem hastalarının bir arada bulunmasından dolayı YPDÖ toplamın hastalık süresinden etkilenebileceği düşünülerek ANCOVA testi yapıldı. Hastalık süresi eşdeğişken olarak alınıp karıştırıcı etkisi kontrol edildiğinde, YPDÖ toplam ile ekonomik durum arasındaki anlamlılık kayboldu ( $p: 0,180$ ).

YPDÖ sosyal kaynaklar ile ekonomik durumun Kruskal Wallis testinde karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $p: 0,004$ ). Anlamlılığını saptamak için yapılan Mann-Whitney U testi ve Bonferroni düzeltmesi sonucunda orta

**Tablo 1.** Katılımcıların Demografik Özellikleri (n (%)/Ortalama  $\pm$  SS) (n=139)

Yaş	37,0 $\pm$ 10,3
Cinsiyet	
Kadın	66 (47,5)
Erkek	73 (52,5)
Eğitim süresi (yıl)	9 (4 - 18)
Medeni durum	
Bekar	76 (54,7)
Evli	22 (15,8)
Boşanmış/dul	41 (29,5)
Ekonomik durum	
Alt	28 (20,1)
Orta	104 (74,8)
Üst	7 (5,0)
Çalışma durumu	
Çalışıyor	17 (12,2)
Düzensiz çalışıyor	21 (15,1)
Çalışmıyor	101 (72,7)

**Tablo 2.** Katılımcıların Klinik Özellikleri (n (%)/Ortalama  $\pm$  SS/Ortanca (Min - Max) (n=139)

Hastalık süresi (yıl)	10 (1 - 42)
Hastalığın başlangıç yaşı	25,8 $\pm$ 7,3
Geçirilen psikotik dönem sayısı	3 (1 - 22)
Hastaneye yatış sayısı	3 (0 - 22)
İntihar girişimi	
Yok	99 (71,2)
Bir kez	22 (15,8)
Birden fazla	18 (12,9)
Birinci derece akrabalarda intihar girişimi	
Var	9 (6,5)
Yok	130 (93,5)
Yaşam boyu alkol madde kullanımı	
Yok	104 (74,8)
Alkol	15 (10,8)
Madde*	20 (14,4)

\*Kannabinoid ve/veya sentetik kannabinoid

ekonomik duruma sahip olanların puanları alt ekonomik duruma sahip olanlara göre anlamlı yüksek bulundu ( $p: 0,001$ ).

Hastalık süresi 10 yıl ve altında olanların (n:86) YPDÖ gelecek algısı puanları 16,2 (6-20), 10 yıldan fazla olanların (n:53) puanlarıyla 14,3 (4-20) Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldığında 10 yıl ve altında olanların puanları anlamlı yüksekti ( $p: 0,043$ ).

**Tablo 3.** Değerlendirme Araçlarından Elde Edilen Puanlar (Ortalama  $\pm$  SS/Ortanca (Min - Max)) (n=139)

PNSÖ	
Pozitif semptomlar	11,3 $\pm$ 3,0
Negatif semptomlar	16,7 $\pm$ 4,4
Genel psikopatoloji	28,8 $\pm$ 6,1
Toplam	56,9 $\pm$ 11,0
YPDÖ	
Kendilik algısı	23 (6 - 30)
Gelecek algısı	16 (4 - 20)
Yapısal stil	13,5 $\pm$ 4,0
Sosyal yeterlilik	20,4 $\pm$ 5,7
Aile uyumu	23 (8 - 30)
Sosyal kaynaklar	27 (11 - 35)
Toplam	121,7 $\pm$ 21,6
İÜBDÖ	
Tedavi uyumu	3,5 (0 - 4)
Hastalığın farkında olma	5 (3 - 6)
Psikotik deneyimleri anormal olarak değerlendirebilme	3 (0 - 4)
Toplam	11 (6 - 14)
BDÖ-11	
Dikkatte dürtüsellik	28,9 $\pm$ 6,8
Motor dürtüsellik	12 (7 - 25)
Plan yapamama	21 (12 - 30)
Toplam	63 (40 - 97)
BPSÖ	
Sözel saldırganlık	6,0 $\pm$ 3,7
Fiziksel Saldırganlık	6 (0 - 32)
Öfke	7,5 $\pm$ 5,8
Düşmanlık	8 (0 - 30)
Toplam	27 (0 - 86)
EKA-GGK	
Dışa dönüklük	2,6 $\pm$ 1,8
Nörotisizm	2 (0 - 6)
Psikotisizm	1 (0 - 5)
Yalan	5 (0 - 6)
CDÖ	
	1 (0 - 17)

PNSÖ: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, İÜBDÖ: İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, BDÖ-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, BPSÖ: Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, EKA-GGK: Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu, CDÖ: Calgary Depresyon Ölçeği

Birinci derece akrabalarda intihar girişimi olanlarla olmayanların YPDÖ aile uyumu puanları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldığında, birinci derece akrabalarda intihar girişimi olmayanların puanları intihar girişimi olanlardan anlamlı yüksekti (p:0,045).

YPDÖ sosyal yeterlilik ile PNSÖ negatif semptomlar arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,23, p:0,006). YPDÖ sosyal kaynaklar ile PNSÖ negatif semptomlar arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı

bir ilişki saptandı (r:-0,27, p:0,001). YPDÖ toplam ile PNSÖ genel psikopatoloji arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,24, p:0,004). YPDÖ toplam ile PNSÖ toplam arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,23, p:0,006). YPDÖ yapısal stil ile İÜBDÖ toplam arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:0,20, p:0,043). YPDÖ kendilik algısı ile BDÖ-11 dikkatte dürtüsellik arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,47, p:<0,001). YPDÖ gelecek algısı ile BDÖ-11 dikkatte dürtüsellik arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,36, p:<0,001). YPDÖ yapısal stil ile BDÖ-11 dikkatte dürtüsellik arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,40, p:<0,001).

YPDÖ toplam ile BDÖ-11 dikkatte dürtüsellik arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,45, p:<0,001). YPDÖ kendilik algısı ile BDÖ-11 motor dürtüsellik arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,29, p:<0,001). YPDÖ yapısal stil ile BDÖ-11 motor dürtüsellik arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,23, p:0,005). YPDÖ toplam ile BDÖ-11 motor dürtüsellik arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,21, p:0,012). YPDÖ kendilik algısı ile BDÖ-11 plan yapamama arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,35, p:<0,001). YPDÖ gelecek algısı ile BDÖ-11 plan yapamama arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,21, p:0,010). YPDÖ yapısal stil ile BDÖ-11 plan yapamama arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,28, p:0,001). YPDÖ toplam ile BDÖ-11 plan yapamama arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,29, p:<0,001). YPDÖ kendilik algısı ile BDÖ-11 toplam arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,50, p:<0,001). YPDÖ gelecek algısı ile BDÖ-11 toplam arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,30, p:<0,001). YPDÖ yapısal stil ile BDÖ-11 toplam arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,37, p:<0,001). YPDÖ toplam ile BDÖ-11 toplam arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,43, p:<0,001). YPDÖ toplam ile BPSÖ toplam arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,20, p:0,015). YPDÖ kendilik algısı ile EKA-GGK dışa dönüklük arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:0,29, p:<0,001).

YPDÖ gelecek algısı ile EKA-GGK dışa dönüklük arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:0,34, p:<0,001). YPDÖ sosyal yeterlilik ile EKA-GGK dışa dönüklük arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:0,45, p:<0,001). YPDÖ kendilik algısı ile EKA-GGK nörotisizm arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,39, p:<0,001).

**Tablo 4.** YPDÖ, PNSÖ, İÜBDÖ, BDÖ-11, BPSÖ, EKA-GGK, CDÖ Puanlarının Birbirleri ile İlişkisi

	YPDÖ						
	Kendilik algısı	Gelecek algısı	Yapısal stil	Sosyal yeterlilik	Aile uyumu	Sosyal kaynaklar	Toplam
	r	r	r	r	r	r	r
<b>PNSÖ</b>							
Pozitif semptomlar	-0,10**	-0,13**	-0,07*	0,11*	-0,13**	-0,12**	-0,10*
Negatif semptomlar	-0,00**	-0,08**	-0,02*	-0,23**	-0,07**	-0,27***	-0,16*
Genel psikopatoloji	-0,19***	-0,25***	-0,22**	-0,17**	-0,05**	-0,13**	-0,24**
Toplam	-0,13**	-0,20***	-0,15*	-0,16*	-0,07**	-0,23***	-0,23**
<b>İÜBDÖ</b>							
Tedavi uyumu	0,00**	-0,08**	0,13*	-0,11*	0,11**	-0,00**	-0,00*
Hastalığın farkında olma	-0,04**	0,09**	0,14*	0,02*	0,12**	0,11**	0,10*
Psikotik deneyimleri anormal olarak değerlendirebilme	-0,11**	0,04**	0,11*	-0,00*	0,05**	0,04**	0,01*
Toplam	-0,03**	0,10**	0,20**	0,02*	0,12**	0,10**	0,12*
<b>BDÖ-11</b>							
Dikkatte dürtüsellik	-0,47***	-0,36***	-0,40***	-0,18**	-0,21***	-0,23***	-0,45***
Motor dürtüsellik	-0,29***	-0,01**	-0,23***	-0,12**	-0,07**	-0,12**	-0,21***
Plan yapamama	-0,35***	-0,21***	-0,28***	-0,12**	-0,10**	-0,09**	-0,29***
Toplam	-0,50***	-0,30***	-0,37***	-0,18***	-0,20***	-0,23***	-0,43***
<b>BPSÖ</b>							
Sözel saldırganlık	0,03**	0,07**	0,02*	0,01*	-0,04**	-0,05**	-0,02*
Fiziksel Saldırganlık	-0,22***	-0,08**	-0,12**	-0,07**	-0,18***	-0,20***	-0,20***
Öfke	-0,21***	-0,13**	-0,14*	-0,05*	-0,15**	-0,14**	-0,24**
Düşmanlık	-0,21***	-0,11**	-0,06**	-0,10**	-0,19***	-0,20***	-0,21***
Toplam	-0,19***	-0,08**	-0,11**	-0,07**	-0,19***	-0,20***	-0,20***
<b>EKA-GGK</b>							
Dışa dönüklük	0,29***	0,34***	0,17**	0,45***	-0,06**	0,13**	0,09*
Nörotisizm	-0,39***	-0,22***	-0,20***	-0,15**	-0,15**	-0,18***	-0,32***
Psikotisizm	-0,02**	0,01**	-0,04**	0,08**	-0,16**	-0,15**	-0,07**
Yalan	0,10**	-0,07**	0,01**	-0,00**	0,07**	0,09**	0,05**
CDÖ	-0,27***	-0,27***	-0,23***	-0,14**	0,00**	-0,08**	-0,21***

+Pearson, ++Spearman, \*p<0,05, \*\*p<0,001, PNSÖ: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, BDÖ-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, BPSÖ: Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, EKA-GGK: Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu, CDÖ: Calgary Depresyon Ölçeği

YPDÖ toplam ile EKA-GGK nörotisizm arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,32, p:<0,001). YPDÖ kendilik algısı ile CDÖ arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,27, p:0,001). YPDÖ gelecek algısı ile CDÖ arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,27, p:0,001). YPDÖ yapısal stil ile CDÖ arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,27, p:0,005). YPDÖ toplam ile CDÖ arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r:-0,21, p:0,010). YPDÖ, PNSÖ, İÜBDÖ, BDÖ-11, BPSÖ, EKA-GGK, CDÖ puanlarının birbirleri ile ilişkisi Tablo 4'te verilmiştir.

### YPDÖ Toplamı Yordayan Değişkenler

YPDÖ toplamı yordayan değişkenleri incelemek amacıyla PNSÖ genel psikopatoloji, BDÖ-11 dikkatte dürtüsellik, BDÖ-11 motor dürtüsellik, BDÖ-11 plan yapamama, BPSÖ fiziksel saldırganlık, BPSÖ öfke, BPSÖ düşmanlık, EKA-GGK nörotisizm ve CDÖ lineer regresyon analizine dahil edildi. Değişkenlerin analize yerleştirilmesinin ardından "backward stepwise" yöntemiyle eleme yapıldı. Sonuç olarak, regresyon modeli anlamlıydı (F:18,573, p:<0,001). BDÖ-11 dikkatte dürtüsellik, EKA-GGK nörotisizm ve CDÖ, YPDÖ toplamı 0,276 oranında açıklamaktadır (Tablo 5).

**Tablo 5.** YPDÖ Toplamı Yordayan Değişkenler

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	$\beta$	p	Model (p)
YPDÖ toplam	Sabit	163,542	<0,001	<0,001
	BDÖ-11 dikkatte dürtüsellik	-1,166	<0,001	
	EKA-GGK nörotisizm	-2,029	0,029	
	CDÖ	-1,519	0,014	

Lineer regresyon analizi,  $p < 0,001$ , Düzeltilmiş  $R^2$ : 0,276  
YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, BDÖ-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, EKA-GGK: Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu, CDÖ: Calgary Depresyon Ölçeği

## TARTIŞMA

Çalışmamızın sonuçlarına göre depresyon, dürtüsellik, saldırganlık, PANSS toplam ve genel psikopatoloji puanları, dayanıklılık toplam puanları ile negatif ilişkilidir. Dikkatte dürtüsellik, nörotisizm ve depresyon, düşük dayanıklılık puanlarını açıklıyordu. İçgörü ve dayanıklılığın toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Dürtüsellik ölçeğinin tüm alt ölçek ve toplam puanları, dayanıklılık toplam puanları ile anlamlı olarak negatif ilişkiydi; bu ilişki dikkatte dürtüsellikte daha belirgindi. Ayrıca, dayanıklılığın “kendilik algısı” boyutu, diğer dayanıklılık alt ölçeklerine kıyasla dürtüsellikle daha fazla ilişkilidir. Yüksek dürtüsellik düzeyleri, özellikle karmaşık durumlara tolerans azlığı, dikkati odaklayamama ile karakterize olan dikkatte dürtüsellik (Stanford ve ark. 2009), günlük yaşamda yineleyici şekilde uyumsuzluğa ve kendi kişisel kaynaklarının algılanmasında bozulmalara neden olabilir. “Kendilik algısı” boyutunun genel popülasyonda dürtüsel özelliklerle en çok ilişkili olan dayanıklılık boyutu olduğu bildirilmiştir (Friborg ve ark. 2005), ve çalışma bulgularımız da bu sonuçlarla uyumludur. Dürtüsellik kavramı, kaçınmaya ilişkin başa çıkma stratejilerinin kullanımı ile ilişkilidir (Kruegelbach ve ark. 1993). Dayanıklılık ise aktif başa çıkma stratejileri ile ilişkilendirilmiştir (Chen ve ark. 2019). Dolayısıyla daha düşük dayanıklılık düzeylerine sahip olan şizofreni hastalarının, stresli koşullarla karşılaştıklarında düşünmeden, ani, planlanmamış tepkiler vermeleri veya geleceği düşünmeden karar vermeleri beklenebilir.

Saldırganlık toplam puanları, dayanıklılık toplam puanları ile negatif ilişkilidir. Sözel saldırganlık hariç diğer alt boyutlarla dayanıklılık arasında da negatif ilişki vardı. Alanyazında, yaşamının erken dönemlerinde stres yükü olan sağlıklı genç erişkinlerde, dayanıklılığın saldırganlık için koruyucu bir faktör olduğu ileri sürülmüştür (Kim ve ark. 2015). Bipolar bozukluk hastalarında, dayanıklılık daha düşük saldırganlık düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur (Şenormancı ve ark. 2020). Çalışmamız neden sonuç ilişkisi kurulabilecek yönetime sahip olmamakla birlikte, bu sonuçlar, düşük dayanıklılık düzeyleri

olan hastalarda stresle daha az başa çıkma kapasitesini ve ilişkili uygunsuz saldırgan davranışları yansıtıyor olabilir.

Bu çalışmada, depresif belirtiler, diğer birkaç çalışmaların sonuçlarıyla tutarlı olarak, dayanıklılıkla negatif ilişkilidir (Bozikas ve ark. 2016, Liu ve ark. 2020, Rossi ve ark. 2017a). Çalışmamızda, depresif belirti puanları ile dayanıklılığın içsel alt boyutları ve dayanıklılık toplam puanları arasındaki ilişkiler anlamlı düzeydeydi, bu da şizofrenide depresif belirtilerin hafifletilmesinde içsel dayanıklılık kaynaklarının önemini vurgulamaktadır. Diğer taraftan, depresyon belirtileri de hastaların kendi kişisel kaynaklarına ilişkin algılarını olumsuz etkilemiş olabilir. Çalışma bulgularımızla uyumlu olarak, Rossi ve ark. (2017a) yaptıkları çalışmada, şizofreni hastalarının depresyon puanları, dayanıklılığın içsel alt boyutları ile daha fazla ilişkilidir. Tüm bu sonuçlar, şizofrenide hastalık belirtilerine veya önemli herhangi bir stresöre uyum göstermede, dolayısıyla depresyon belirtilerini engellemede, dayanıklılığın kişilerarası boyutlarına kıyasla, içsel boyutlarının rolünü göstermektedir.

Çalışmamızda toplam ölçek puanları açısından dayanıklılık ve içgörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Alt ölçekler arasında ise, içgörü toplam puanları ve dayanıklılığın yapısal stil alt ölçek puanları arasındaki zayıf pozitif ilişki dışında anlamlı ilişki yoktu. İçgörü düzeyi yüksek olan şizofreni hastalarının sıklıkla aktif başa çıkma tarzlarından olan planlamayı kullandıkları gösterilmiştir (Cooke ve ark. 2007). Yapısal stil de hedefe yönelik davranışlar, rutinleri planlama ile ilişkilidir (Friborg ve ark. 2003) ve başa çıkma tarzlarından olan planlama ile yakından ilgili olan davranışlarla benzerlik göstermektedir. Alanyazın araştırmasında, içgörü ve dayanıklılığın negatif ilişkili olduğu bir çalışma dışında veri bulunmamıştır (Mizuno ve ark. 2016). Farklı bir dayanıklılık ölçeğinin kullanılmış olması veya kültürel faktörler, bizim çalışma bulgularımızla olan bu farklılığın nedeni olabilir.

Bulgularımıza göre, nörotisizm puanları dayanıklılık toplam puanları ile negatif ilişkilidir. Nörotisizm, dayanıklılığın kendilik algısı boyutuyla, dışadönüklük ise sosyal yeterlilikle daha fazla ilişkilidir. Alt boyut düzeyindeki bu bulgular, Friborg ve ark. (2005) tarafından sağlıklı bireyler üzerine yapılan çalışma sonuçları ile uyumluydu. Bu durum tanı ve kültürden bağımsız olarak dayanıklılık ve kişilik arasındaki ilişkilerin geçerliliğini yansıtıyor olabilir. Şizofreni hastalarında, nörotisizm, kaçınmaya ilişkin başa çıkma becerilerinin daha fazla kullanımı ile ilişkili bulunmuştur (Lysaker ve ark. 2007); dayanıklılık ise aktif başa çıkma stratejileri ile ilişkilendirilmiştir (Chen ve ark. 2019). Ciddi bir psikiyatrik bozukluğa rağmen, duygusal olarak daha tutarlı olan şizofreni hastaları, yaşamdaki sıkıntı ve zorluklara daha iyi uyum sağlıyor olabilir. Genel popülasyonda yapılmış birçok çalışmada da duygusal denge ve dışa dönüklük, dayanıklılık seviyeleri ile ilişki bulunmuştur (Campbell-Sills ve ark. 2006, Friborg ve ark. 2005, Peng ve ark. 2012).

Dayanıklılık toplam puanları ile PANSS toplam puanları negatif ilişkiydi. Bu bulgu, şizofrenide dayanıklılık konusunda yapılmış bazı çalışmaların sonuçlarıyla benzerdi (Hofer ve ark. 2016, Izydorczyk ve ark. 2019); buna karşılık birkaç çalışmaların sonuçlarıyla tutarsızlık göstermekteydi (Mizuno ve ark. 2016, Rossi ve ark. 2017a, Rossi ve ark. 2017b). PANSS genel psikopatoloji puanları da bazı çalışma sonuçlarıyla benzer olarak dayanıklılık toplam puanları ile negatif ilişkiydi (Bozikas ve ark. 2016, Poloni ve ark. 2018). Negatif semptom puanları, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar ile negatif ilişkiydi; bu bulgu negatif semptomların sosyal yaşam üzerindeki etkisini yansıtıyor olabilir. Sonuçlardaki çeşitlilik, farklı dayanıklılık ölçeklerinin kullanılmasından veya örneklemelerin farklı klinik özelliklere sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışma sonuçlarımız, görece düşük PANSS puanlarına rağmen, şizofreni belirtilerinin dayanıklılık üzerinde önemli ölçüde olumsuz etki yaptığını göstermektedir.

Çalışmamızda dayanıklılık aile uyumu ve eğitim düzeyi arasında negatif ilişki vardı. Eğitim düzeyi, şizofrenide iş ve sosyal alandaki işlevselliğin belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (Rossi ve ark. 2017a), bu çalışmada işlevsellik düzeyi değerlendirilmemekle birlikte, bu bulgu daha eğitilmiş hastaların daha bağımsız yaşayabilmeleri ve daha düşük eğitim düzeyindeki hastalara göre ailenin koruyucu, destekleyici bağlarına daha az ihtiyaç duymaları ile ilgili olabilir.

Orta ekonomik duruma sahip olan hastaların dayanıklılık toplam puanları ve dayanıklılığın sosyal kaynaklar boyutu puanları, alt ekonomik durumu olan hastaların puanlarına göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Daha iyi ekonomik kaynağa sahip olmak, hastaların sosyal desteğe daha kolay ulaşmasını sağlamış olabilir. Aile gelirinin şizofreni tanısı konulmuş bir bireyin olduğu ailelerde bir dayanıklılık etmeni olarak işlev gördüğü öne sürülmüştür (Bishop ve Greeff 2015). Şizofreni hastalarında dayanıklılık düzeylerinin yaşam kalitesinin ekonomik alt boyutuyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. (Wartelsteiner ve ark. 2016). Ancak çalışmamızda hastalık süresinin karıştırıcı etkisi ortadan kaldırıldığında dayanıklılık ile ekonomik durum arasındaki anlamlılık ortadan kalkmaktadır.

Birinci derece akrabalarında intihar girişimi öyküsü olmayan hastaların aile uyumu puanları, ailesinde intihar girişimi öyküsü olanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Dayanıklılık, sadece bireyin kendi içsel özelliği değil, aynı zamanda bireyler etrafındaki sistemin de özelliklerinin birleşimi olarak kabul edilmektedir (Hanson ve Gotterman 2012). İntihar gibi aile için zorlayıcı yaşam olayları, aile içinde uzaklaşmaya neden olabilir ve aile üyelerinin destekleyici ilişki modellerine zarar verebilir (Delalibera ve ark. 2015). Dayanıklılığı ölçmek için çalışmamızda kullandığımız YPDÖ, diğer birçok dayanıklılık ölçeğinden farklı olarak, dayanıklılığın kişilerarası alt boyutlarını ölçme avantajına sahiptir; böylece aile ve sosyal çevredeki güçlü ve zayıf yanları değerlendirme imkânı vermektedir. Hastaların kendi intihar girişimleri ile dayanıklılık düzeyleri

arasında anlamlı ilişki bulunmadı, alanyazında da intihar düşünceleri ve davranışları olan hastaların bu deneyimleriyle başa çıkabilmek ve uyum sağlayabilmek için çeşitli yollarla dayanıklılık geliştirdikleri ileri sürülmektedir (Gooding ve ark. 2017).

Hastalık süresi 10 yıl ve altında olanların gelecek algısı puanları, 10 yıldan fazla olanların puanlarından anlamlı yüksekti. Şizofreni hastalarında hastalık süresi ve dayanıklılığın ilişkili olmadığını (Bozikas ve ark. 2016, Mizuno ve ark. 2016) ya da hastalık süresinin yüksek dayanıklılık düzeyleriyle ilişkili bulunduğunu öne süren (Yoshida ve ark. 2016) çalışmalar bulunmaktadır. Alanyazında, gelecek algısı ile hastalık süresini ilişkili bulan çalışma bildiğimiz kadarıyla yoktur. Zaman geçtikçe hastalık deneyimlerinin ve belirtilerin hastaların hayatındaki olası yıkıcı etkilerinin, hastalardaki geleceğe ilişkin amaçlar, hedefler ve yapılan planlara ilişkin inançlarını olumsuz etkilemiş olabileceği ileri sürülebilir.

Dikkatte dürtüsellik, nörotisizm ve depresif belirtiler, dayanıklılık düzeylerinin yordayıcılarıydı. Diğer bir deyişle, şizofrenide nörotisizmin, artmış depresif belirti düzeylerinin ve daha yüksek düzeyde dikkatte dürtüsellik, düşük dayanıklılık düzeyleri ile ilişkili olduğu bulundu.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Örneklemimizde kronik hastalar ve erken dönem hastalarının bir arada bulunması çalışmamızda kısıtlılık oluşturmaktadır. Çalışma grubunun, hastalık süresi ve hastalığın klinik özellikleri açısından heterojen olması, çalışmamızdaki korelasyonların beklenenden düşük olmasının sebeplerinden biri olabilir. Kendini değerlendirme niteliğindeki ölçekler, sonuçları hastaların yorumuna açık hale getirmektedir. Çalışmanın üçüncü basamak merkezlerde yürütülmüş olması bulguların genelleştirilebilirliğini sınırlamaktadır; çalışmanın kesitsel yapısı sebep sonuç ilişkisi kurmayı zorlaştırmaktadır.

Şizofrenide sadece klinik düzelmeye odaklanan tedaviler yetersiz kalmaktadır. Kısıtlılıklara rağmen çalışmamız, dayanıklılığı artırmaya yönelik müdahalelerde, şizofreni hastalarındaki depresif belirtilerin, dikkatte dürtüsellik ve nörotisizm gibi kişilik özelliklerinin dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Dayanıklılık dinamik bir kavram olduğundan, klinik izlemede dayanıklılıkla ilgili faktörleri tanımlamak için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E (1993) Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. Br J Psychiatry Suppl 163:39-44.
- Amstader AB, Moscati A, Oxon MA ve ark. (2016) Personality, cognitive/psychological traits and psychiatric resilience: A multivariate twin study. Pers Individ Dif 91:74-9.
- Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H (2001) İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: Güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türkiye'de Psikiyatri 3:17-24.



- Aydemir Ö, Esen Danacı A, Devenci A ve ark. (2000) Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Noropsikiyatri Ars* 37:82-6.
- Basım HN, Çetin F (2011) Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 22:104-14.
- Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L ve ark. (2007) Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *Br J Psychiatry Suppl* 51:140-6.
- Betensky JD, Robinson DG, Gunduz-Bruce H ve ark. (2008) Patterns of stress in schizophrenia. *Psychiatry Res* 160:38-46.
- Bozikas VP, Parlapani E, Holeva V ve ark. (2016) Resilience in patients with recent diagnosis of a schizophrenia spectrum disorder. *J Nerv Ment Dis* 204:578-84.
- Boyette LL, van Dam D, Meijer C ve ark. (2014) Personality compensates for impaired quality of life and social functioning in patients with psychotic disorders who experienced traumatic events. *Schizophr Bull* 40:1356-65.
- Buckley P, Citrome L, Nichita C ve ark. (2011) Psychopharmacology of aggression in schizophrenia. *Schizophr Bull* 37:930-6.
- Buss AH, Perry M (1992) The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 63:452-9.
- Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB (2006) Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav Res Ther* 44:585-99.
- Cassidy RM, Yang F, Kapczinski ve ark. (2018) Risk Factors for suicidality in patients with schizophrenia: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophr Bull* 44:787-97.
- Chen H, Xu J, Mao Y ve ark. (2019) Positive Coping and Resilience as Mediators Between Negative Symptoms and Disability Among Patients with Schizophrenia. *Front Psychiatry* 10:641.
- Choi JW, Cha B, Jang J ve ark. (2015) Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 170:172-77.
- Coentre R, Talina MC, Góis C ve ark. (2017) Depressive symptoms and suicidal behavior after first-episode psychosis: A comprehensive systematic review. *Psychiatry Res* 253:240-8.
- Cooke M, Peters E, Fannon D ve ark. (2007) Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophr Res* 94:12-22.
- David AS (1990) Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 156:798-808.
- Delalibera M, Presa J, Coelho A ve ark. (2015) Family dynamics during the grieving process: a systematic literature review. *Cien Saude Colet* 20:1119-34.
- Demirtaş Madran HA (2013) Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 24:124-9.
- Deng M, Pan Y, Zhou L ve ark. (2018) Resilience and cognitive function in patients with schizophrenia and bipolar disorder, and healthy controls. *Front Psychiatry* 29:279.
- Duşescu MM, Popescu RE, Balcu L ve ark. (2018) Social functioning in schizophrenia clinical correlations. *Curr Health Sci J* 44:151-6.
- Edmonds EC, Martin AS, Palmer BW ve ark. (2018) Positive mental health in schizophrenia and healthy comparison groups: relationships with overall health and biomarkers. *Aging Ment Health* 22:354-62.
- Eysenck SBG, Eysenck HJ, Barrett P (1985) A revised version of the psychoticism scale. *Pers Individ Dif* 6:21-9.
- Fanta T, Bekele D, Ayano G (2020) The prevalence and associated factors of depression among patients with schizophrenia in Addis Ababa, Ethiopia, cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 20:3.
- Friborg O, Barlaug D, Martinussen M ve ark. (2005) Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods Psychiatr Res* 14:29-42.
- Friborg O, Hjermadal O, Rosenvinge JH ve ark. (2003) A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res* 12:65-76.
- Gooding PA, Littlewood D, Owen R ve ark. (2019) Psychological resilience in people experiencing schizophrenia and suicidal thoughts and behaviours. *J Ment Health* 28:597-603.
- Güleç H, Tamam L, Güleç MY (2008) Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Bulletin of Clin Psychopharmacol* 18:251-8.
- Hanson DR, Gottesman II (2012) Biologically flavored perspectives on Garmeian resilience. *Dev Psychopathol* 24:363-9.
- Hasan A, Falkai P, Wobrock T ve ark. (2015) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World J Biol Psychiatry* 16:142-70.
- Hodgins S, Riaz M (2011) Violence and phases of illness: differential risk and predictors. *Eur Psychiatry* 26:518-24.
- Hofer A, Mizuno Y, Frajo-Apor B ve ark. (2016) Resilience, internalized stigma, self-esteem, and hopelessness among people with schizophrenia: Cultural comparison in Austria and Japan. *Schizophr Res* 171:86-91.
- Hofer A, Mizuno Y, Wartelsteiner F ve ark. (2017) Quality of life in schizophrenia and bipolar disorder: The impact of symptomatic remission and resilience. *Eur Psychiatry* 46:42-7.
- Hoptman MJ (2015) Impulsivity and aggression in schizophrenia: a neural circuitry perspective with implications for treatment. *CNS Spectr* 20:280-6.
- Izydorczyk B, Sitnik-Warchulska K, Kühn-Dymecka A ve ark. (2019) Resilience, sense of coherence, and coping with stress as predictors of psychological well-being in the course of schizophrenia. *The Study Design. Int J Environ Res Public Health* 16:E1266.
- Karancı AN, Dirik G, Yorulmaz O (2007) Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısa Formunun (EKA-GGK) Türkiye'de Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 18:254-61.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 13:261-76.
- Kim J, Seok JH, Choi K ve ark. (2015) The protective role of resilience in attenuating emotional distress and aggression associated with early-life stress in young enlisted military service candidates. *J Korean Med Sci* 30:1667-74.
- Kim SW, Kim JJ, Lee BJ ve ark. (2020) Clinical and psychosocial factors associated with depression in patients with psychosis according to stage of illness. *Early Interv Psychiatry* 14:44-52.
- Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A ve ark. (1999) Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikol Derg* 14:23-32.
- Kruedelbach NG, McCormick RA, Schultz SC ve ark. (1993) Impulsivity, coping styles and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 7:214-22.
- Liu D, Zhou Y, Li G ve ark. (2020) The factors associated with depression in schizophrenia patients: the role of self-efficacy, self-esteem, hope and resilience. *Psychol Health Med* 25:457-69.
- Lysaker PH, Taylor AC (2007) Personality dimensions in schizophrenia: associations with symptoms and coping concurrently and 12 months later. *Psychopathology* 40:338-44.
- Masten AS (2001) Ordinary magic. Resilience processes in development. *Am Psychol* 56:227-38.
- Mizuno Y, Hofer A, Frajo-Apor B ve ark. (2018) Religiosity and psychological resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: an international cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand* 137:316-27.
- Mizuno Y, Hofer A, Suzuki T ve ark. (2016) Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A cross-sectional study. *Schizophr Res* 175:148-53.
- Ouzir M (2013) Impulsivity in schizophrenia: a comprehensive update. *Aggr Violent Behav* 18:247-54.
- Palmer BW, Martin AS, Depp CA ve ark. (2014) Wellness within illness: happiness in schizophrenia. *Schizophr Res* 159:151-6.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1995) Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 51:768-74.
- Peng L, Zhang J, Li M ve ark. (2012) Negative life events and mental health of Chinese medical students: the effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry Res* 196:138-41.
- Poloni N, Zizolfi D, Ielmini M ve ark. (2018) A naturalistic study on the relationship among resilient factors, psychiatric symptoms, and psychosocial functioning in a sample of residential patients with psychosis. *Psychol Res Behav Manag* 11:123-31.

- Rossi A, Galderisi S, Rocca P ve ark. (2017a) Personal resources and depression in schizophrenia: The role of self-esteem, resilience and internalized stigma. *Psychiatry Res* 256:359-64.
- Rossi A, Galderisi S, Rocca P ve ark. (2017b) The relationships of personal resources with symptom severity and psychosocial functioning in persons with schizophrenia: results from the Italian Network for Research on Psychoses study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 267:285-94.
- Sivri GA, Ünal FE, Güleç H (2019) Resilience and personality in psychiatric inpatients. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 29:650-5.
- Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS ve ark. (2014) Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol* 1:5.
- Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM ve ark. (2009) Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: an update and review. *Personal Individ Differ* 47:385-95.
- Şenormancı G, Güçlü O, Özben İ ve ark. (2020) Resilience and insight in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 266:402-12.
- Torgalsbøen AK (2012) Sustaining full recovery in schizophrenia after 15 years: does resilience matter? *Clin Schizophr Relat Psychoses* 5:193-200.
- van Rooijen G, van Rooijen M, Maat A ve ark. (2019) Longitudinal evidence for a relation between depressive symptoms and quality of life in schizophrenia using structural equation modeling. *Schizophr Res* 208:82-9.
- Volavka J, Citrome L (2008) Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *Int J Clin Pract* 62:1237-45.
- Wartelsteiner F, Mizuno Y, Frajo-Apor B ve ark. (2016) Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatr Scand* 134:360-7.
- Witt K, van Dorn R, Fazel S (2013) Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One* 8:e55942.
- Yoshida K, Suzuki T, Imasaka Y ve ark. (2016) Resilience in schizophrenia: A comparative study between a remote island and an urban area in Japan. *Schizophr Res* 171:92-6.
- Zhornitsky S, Rizkallah E, Pampoulova T ve ark. (2012) Sensation-seeking, social anhedonia, and impulsivity in substance use disorder patients with and without schizophrenia and in non-abusing schizophrenia patients. *Psychiatry Res* 200:237-41.