

REVIEW

Open Access

DERLEME

Açık Erişim

Az Bilinen Bir Konu 'Şizotipal Kişilik bozukluğu': Bir Gözden Geçirme

A Lesser-Known Diagnosis 'Schizotypal Personality Disorder': A Review

Umutcan Altunkaya , Çiçek Hocaoğlu 

Yazar Bilgileri

Umutcan ALTUNKAYA

Lisans Öğrencisi
Kastamonu Üniversitesi İnsan ve
Toplum Bilimleri Fakültesi
Psikoloji Bölümü
Kastamonu/Türkiye
umutcan.altunkaya08@outlook.c
om

Çiçek HOCAOĞLU

Prof. Dr.
Recep Tayyip Erdoğan
Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Ana Bilim Dalı
Rize/Türkiye
cicekh@gmail.com

ÖZET

Şizofreni spektrum bozukluklarının bir alt tipi olan şizotipal kişilik bozukluğu, literatürde şizotipi olarak da bilinmektedir. Şüpheli düşünme, sosyal geri çekilme, kısıtlı duygulanım, eksantrik davranışlar ve konuşma ile tanımlanır. Bozukluğun nadir görüldüğü ve toplumun yaklaşık %3'ünü etkilediği düşünülmektedir. Çocukluk yaşantıları, genetik yatkınlık ve çevresel faktörler şizotipal kişilik bozukluğunun gelişiminde önemli belirleyicilerdir. Belirli ayırt edici kriterler şizotipal kişilik bozukluğunu otizm ve şizofreniden ayırmaya yardımcı olabilir. Tanı kriterlerinin örtüşmesi nedeniyle bu bozukluğa otizm ve şizofreni gibi diğer durumlardan ayırt etmek zor olabilir ve bu da olası yanlış tanımlara yol açabilir. Bu nedenle, ayırıcı tanıların uygulanması bu vakaların önlenmesinde çok önemli hale gelmektedir. Nörogörüntüleme bulguları ayırıcı tanıda önemli bir rol oynayabilir. Frontal ve temporal bölgelerdeki dopamin salınımı ve büzülme bu bozukluk hakkında fikir vermektedir. Şizotipal kişilik bozukluğunun tedavisi hem farmakoterapi hem de psikoterapiyi içerir. Farmakoterapi, ağırlıklı olarak bilişsel terapiye odaklanan psikoterapi sırasında ortaya çıkabilecek semptomları hafifletmek için uygulanır. Böylece amaç, bireyin işlevselliğini artırmak ve diğer şizotipal özellikleri en aza indirmektir. Bu derleme çalışmasının amacı şizotipal kişilik bozukluğu hakkında açıklayıcı bilgiler sunmaktır.

Makale Bilgileri

Anahtar Kelimeler

Şizotipal Kişilik Bozukluğu
(ŞTKB)
Şizotipi
Şizofreni Spektrum Bozukluğu

Keywords

Schizotypal Personality Disorder
(SPD)
Schizotypy
Schizophrenia Spectrum
Disorder

Article History

Geliş: 03/10/2023

Düzelme: 23/11/2023

Kabul: 15/12/2023

ABSTRACT

Schizotypal personality disorder, a subtype of schizophrenia spectrum disorders, is also known as schizotypy in the literature. It is defined by suspicious thinking, social withdrawal, restricted affect, eccentric behaviors, and speech. The disorder is considered rare, affecting approximately 3% of the population. Childhood experiences, genetic predisposition, and environmental factors are significant determinants in the development of schizotypal personality disorder. Certain distinguishing criteria can help differentiate schizotypal personality disorder from autism and schizophrenia. It can be challenging to differentiate this disorder from other conditions like autism and schizophrenia due to overlapping diagnostic criteria, leading to possible misdiagnosis. Therefore, applying differential diagnoses becomes crucial in preventing these cases. Neuroimaging findings may play an important role in differential diagnosis. Dopamine release and shrinkage in the frontal and temporal regions provide insight into this disorder. The treatment of schizotypal personality disorder includes both pharmacotherapy and psychotherapy. Pharmacotherapy is administered to alleviate any symptoms that may manifest during psychotherapy, which is predominantly focused on cognitive therapy. Thus, the objective is to enhance the individual's functionality and minimize other schizotypal traits. The aim of this review study is to provide descriptive information about schizotypal personality disorder.

Atf için: Altunkaya, U. ve Hocaoğlu, Ç. (2023). Az bilinen bir konu "şizotipal kişilik bozukluğu": Bir gözden geçirme. *Klinik ve Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*, 3(2), 14-35.

Etik Bildirim: Bu çalışma bir derleme araştırması olduğu için etik kurul izni gerekmemektedir.

GİRİŞ

Kişilik bozuklukları, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5) üç kümeye ayrılarak sınıflandırılmıştır (American Psychiatric Association [APA], 2013). A kümesinde paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları yer almaktadır. A kümesi ekzantrik ve tuhaf özellikleri içermektedir. B kümesinde narsisistik, antisosyal, histrionik ve borderline kişilik bozuklukları yer almaktadır. B kümesi dengesiz ve dramatik özellikleri içermektedir. C kümesinde obsesif-kompulsif, bağımlı ve çekingen kişilik bozuklukları yer almaktadır. C kümesi endişeli ve kaygılı olma özelliklerini içermektedir (Arıca ve Gençler, 2018; Faraji ve Çaresiz, 2022). Literatürde şizofreni hakkında bahsedilirken şizotipal, şizotipi, psikoz, psikoz yatkınlığı gibi benzer kavramlar birbirini yerine kullanılmaktadır (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizotipal kişilik bozukluğu (ŞTKB), DSM-5'te şizofreni spektrum bozukluğu olarak kategorize edilmiştir. Şizofreni ile genetik, biyolojik belirteç olarak benzerlik göstermektedir. ŞTKB olan bireylerin birinci derece yakınlarında şizofreni spektrum bozuklukları için yüksek risk faktörü bulunmaktadır (Apthorp ve diğerleri, 2019). ŞTKB olan bireyler şizofreniye göre daha az şiddetli psikotik semptomlar yaşarlar. Ancak çalışma belleği, bilgi işleme, dikkat gibi durumlara bakıldığında şizofreni ile benzer düzeydedir. Bu yüzden de ŞTKB tanısı alan bireyleri incelemek şizofreninin patofizyolojisine ilişkin bilgi sağlayabilmektedir (Hazlett ve diğerleri, 2015; Zhu ve diğerleri, 2017).

Şizotipal kişilik bozukluğunun incelenmesi klinik açıdan önem taşımaktadır. Çünkü ŞTKB üzerine yeterli çalışmalar yapılmamıştır. Bundan dolayı genel olarak az bilinmekte ve yanlış teşhis konulabilmektedir. ŞTKB, şizofreni spektrum bozukluğunun fenotipini temsil etmektedir. Bu yüzden de psikotik hastalıkların genetiği, patogenezi ve tedavisinin daha iyi anlaşılması sağlanabilir (Rosell ve diğerleri, 2014). ŞTKB'ye farmakolojik tedavi olarak bakıldığında ikinci nesil psikotiklerin düşük veya orta düzeyde etkili olduğu bulunmuştur. Çoğu çalışma risperidon üzerinde odaklanmıştır. Bilişsel ve aile psikoterapisi kullanılabilir terapiler arasında yer almaktadır (Cheli ve diğerleri, 2019).

Bu derleme çalışmasının amacı şizotipal kişilik bozukluğu hakkında açıklayıcı bilgiler ve literatürde yer alan bulguları sunmaktır. Bu bilgiler doğrultusunda mevcut yazına katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

TANIMI VE TARİHÇESİ

Kişilik kavramı davranışlarda, düşüncelerde ve duygularda devamlılığı olan bireydeki benzerlikleri ve farklılıkları içeren özellik olarak açıklanabilir (Çuvadar Baş, 2023). Kişilik bozuklukları bireyin bulunduğu kültür tarafından kabul gören davranışlarda meydana gelen değişimleri kapsar. Bireyde kültür normlarından sapma, uyumsuz davranış sergileme, düşünce ve algılama meydana gelen değişimi kapsayan ruhsal bir bozukluktur (Arıca ve Gençler, 2018). Popülasyona bakıldığında kişilik bozukluğunun görülme ihtimali %6 ile %10 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Faraji ve Çaresiz, 2022). Kişilik bozuklukları ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde başlangıç gösterir. Zaman içinde bireyin kişiliği şekillenir. Kişilik bozukluğuna sahip bireyler işlevselliğini kaybeder. Toplum normlarına uyum sağlayamaz ve bir süre sonra toplum tarafından dışlanır (Arıca ve Gençler, 2018).

Şizotipi kavramı sürekliliği olan bir örüntüyü ifade eder; klinik durumu göstermez. Şizotipi; bilişsel-algisal, deorganize ve kişilerarası belirtiler görülen veya şizofreni belirtilerine göre açıklanan heterojen bir bozukluktur (Kirchner ve diğerleri, 2018). Yaygın kullanılan yaklaşıma göre şizofreni

semptomlarını yansıtmak üzere olan pozitif şizotipi, negatif şizotipi ve deorganize şizotipi olmak üzere birbiri ile olan etkileşimi kapsayan üçlü model ile açıklanır (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizotipi kavramının diğer anlamları gelen kullanımlarını durdurmak için tarihinin incelenmesi gerekmektedir (Kirchner ve diğerleri, 2018; Mısır ve Alptekin, 2020).

Şizofreni spektrum bozukluğunda yer alan şizotipi şizofreniye göre daha az şiddetli bir bozukluktur (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizotipi kavramını ilk kez Sandor Rado (1953) tarafından eksantrik düşünce ve davranış, sosyal ilişkilerde zayıf olma, kuşkucu düşünceler gibi özellikleri içine alan “şizofreni benzeri fenotip” olarak kullanmıştır. Genetik yatkınlığın derecesine göre şizofreninin hafiften şiddetliye doğru süreklilik gösterdiğini belirtmektedir. Meehl (1962), şizotipi kavramının şizofreniye genetik olarak yatkınlık göstermesinden dolayı genetik kategorisine katmıştır.

Meehl’in (1962) teorik modeline göre şizotipinin premorbid bir durum olduğunu belirtmektedir. Şizotipi kavramı hem ŞTKB olan bireyleri hem de psikoza sahip bireyleri ifade etmektedir (Kirchner ve diğerleri, 2018). Meehl (1962) kendi modelinde psikoza sebep olan baskın şizogenin varlığında beyinde yer alan sinaptik kontrol mekanizmasının bozulduğunu belirtir. Bunun sonucunda nöronal birleşme bozukluğu olan hipokrazi oluşmakta ve bu durumda şizotaksi oluşmaktadır. Çevresel faktörler ve genetik faktörler şizotaksik bireylerde şizotipal kişilik bozukluğunu geliştirir. Şizotipinin temel klinik özellikleri dört tane olmakla beraber şunlardır: haz alamama, sosyal aksiyete, ambivalans, çağrışımında gevşeme. Daha sonra şizotaksi modelinde yapılan değişikliklerle negatif belirti ve nörolojik belirtilerin temelde yer aldığı fikri öne çıkmıştır (Mısır ve Alptekin, 2020).

Meehl (1962), nöronal bütünleşmede meydana gelen bir bozukluk sebebiyle şizotaksinın ortaya çıktığını belirtmiştir. Şizotaksi kavramı ile şizotipinin tanımlanmasına katkıda bulunmuştur (Baygın, 2020). Faraone ve diğerleri (2001) şizotaksinın ŞTKB veya şizofreni spektrum bozukluğuna ilerlemediğini öne sürmektedir. Lewandowski ve diğerleri (2006) şizotipik örüntü gösteren bireylerde formal düşünce bozukluğu ve kognitif bozukluk görüldüğünü öne sürmektedir. Şizofreni spektrum kavramı ilk kez Kety ve diğerleri (1968) tarafından tanımlanmış olup şizotipi kavramı şizofreni spektrum bozukluğu kategorisinde yer almaktadır. Şizofreni spektrum bozukluğunun prototipi olarak şizotipi kabul görmektedir. Şizotipal kişilik bozukluğu, şizotipi, şizotaksi, şizoid kişilik bozukluğu, şizoaffektif bozukluk ve paranoid kişilik bozukluğu şizofreni spektrum bozuklukları arasında yer almaktadır (Baygın, 2020). Şizotaksi kavramı şizotipal kişilik bozukluğunun DSM-III’te yer almasını sağlamıştır (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizotipi 1980 yılında DSM-III’te şizotipal kişilik bozukluğu olarak yer almıştır. DSM-III’te ŞTKB tanısı yer almaya başlamasından bu yana yeterli sayıda çalışma ve semptomlarının bilinirliğinin az olmasından sebep ŞTKB tanısı ve tedavisi zor olmaktadır (Kirchner ve diğerleri, 2018). ŞTKB asıl olarak şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarında görülen sınırdaki şizofreni kriterlerinden türetilmiştir. Şizotipal özellikler ve ŞTKB arasındaki ayrım klinik açıdan önem taşımaktadır (Baygın, 2020).

İlk defa Bleuler ve Kraepelin şizofreni hastalarının yakınlarında tam olarak şizofreni belirtilerinin görülmediğini fark etmiştir. Ancak yine de bu bireyler tuhaf davranışlar ve kişilikler sergiliyordu. Şizofreni yakınlarında ve popülasyonda tuhaf davranışlar, işlevsellik kaybı, düşünmede bozulma gibi şizofreniye benzeyen belirtilerin yaygın olarak görüldüğü bulunmuştur. Bunun üzerine yaptıkları araştırmalarda şizofreniye benzeyen belirtilerin daha yaygın düzeyde görüldüğü bulunmuştur.

Yaptıkları gözlemler sonucunda şizofreniye benzer belirtilerin şizofreniye dönüşmediğini ve sabit şekilde seyrettiği görülmüştür (Mısır ve Alptekin, 2020).

EPİDEMİYOLOJİSİ

Kişilik bozuklukları ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde başlar ve zaman içinde sabitleşir (Çuvadar Baş, 2023). Genel popülasyona bakıldığında kişilik bozukluğunun görülme ihtimali %6 ile %10 arasında olduğu tahmin edilmekte ve erkeklerde daha sık görülmektedir (Faraji ve Çaresiz, 2022; Arıca ve Genç, 2018). ŞTKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı %1.3 ve %3.9 olduğu bilinmektedir (Köse, 2023). Erkeklerde sanrılar, kadınlarda ise varsanılar daha sık görülmektedir (Mısır ve Alptekin, 2020). ŞTKB yüksek komorbidite gösterebilmektedir. Yaşam boyu komorbidite prevalansına bakıldığında şizoid kişilik bozukluğu (%20), paranoid kişilik bozukluğu (%20,2), borderline kişilik bozukluğu (%36,7), bipolar bozukluk tip 1 (%22,1), bipolar bozukluk tip 2 (%14,2), obsesif kompulsif bozukluk (%13,5) ve majör depresif bozukluk (%6,6) en sık görülen komorbid durumlardır (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizotipiye çoğunlukla depresyon ve anksiyetenin eşlik ettiği görülmektedir (Baygın, 2020). Lewandowski ve diğerleri (2006) yaptığı bir çalışmanın sonucuna göre pozitif şizotipi depresyon ve anksiyete ile ilişkili, negatif şizotipinin ise şizofreni spektrum bozukluğu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Walker ve diğerleri (2004) yaptığı bir çalışmada ergenlik döneminde şizotipi semptomları olan bireylerin şizofreniye dönme ihtimali %20 ile %40 arasında olduğu bulunmuştur. Erkeklerde negatif şizotipi, kadınlarda pozitif şizotipi daha çok görülmektedir (Zhang ve diğerleri, 2015).

ETİYOLOJİ

Yapılan evlat edinme, aile ve ikiz çalışmalarında ŞTKB ile şizofreni arasında genetik yönden ilişki olduğu bulunmuştur (Deniz, 2017). İkiz çalışmaları orta düzeyde kalıtımsallığı öne sürmektedir (Zhang ve diğerleri, 2015). Yapılan ikiz çalışmaları sonucunda ŞTKB'nin hem genetik hem de çevresel faktörlerle ilişki olduğu bulunmuştur (Rosell ve diğerleri, 2014). ŞTKB'nin etiyopatogenik yollarla ilişkili üç farklı fenotipik sınıf olarak ortaya çıkabileceği bulunmuştur. ŞTKB sahibi birey gözlemlenebilen genetik katkı, tuhaf davranış örüntüsü, kısıtlı duygulanım ve yakın ilişkilerde azalma özellikleri fenotipik sınıfı ile ilgilidir. Büyüsel düşünce ve algıda bozulma ikinci sınıf olan genetik ve çevresel etkilerle ilgilidir. Yüksek düzey referans fikirleri, sosyal anksiyete, şüphencilik ve düşük düzey eksantrik davranış, konuşma, kısıtlı duygulanım üçüncü sınıf olan çevresel etkilerle ilişkili olup kalıtsallık sergilememiştir (Rosell ve diğerleri, 2014).

ŞTKB'ye yönelik yapılan genetik çalışmaların amacı şizofreni ile ortak bir gene sahip olup olmadığını bulmaktır (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizotipal kişilik bozukluğu ve şizofreni arasında yapılan çalışmalara göre genetik olarak benzerlik bulunmaktadır (Ertan ve Cankorur, 2017). ŞTKB etiyopatogenezine yönelik yapılan çalışmalar şizofreni ile benzerlik göstermesinden sonra şizofreni ile ilişkisi incelenmiştir. Şizofreni ile gösterdiği ailesel benzerlik sonucunda yapılan epidemiyolojik genetik ve nörolojik çalışmalar ŞTKB'nin bir şizofreni spektrum bozukluğu olduğuna yönelik geliştirilen hipotezi desteklemektedir (Mısır ve Alptekin, 2020). Genetik benzerliğinden ötürü şizotipal kişilik özelliği, şizofreni hastası olan bireylerin birinci derece yakınlarında daha çok görülmekte ve genel popülasyona kıyasla daha yaygındır (Baygın, 2020).

ŞTKB, şizofreni ile genetik yakınlık gösterdiğinden dolayı ŞTKB olan bireylerin çok az bir bölümünde şizofreni ilerlemesi görülebilir. İncelenen iki çalışma sonucunda şizofreni olan annelerin çocuklarında %18 ile %48 oranında ŞTKB görülmektedir (Linscott ve Morton, 2018). ŞTKB yarı-boyutsal ve kategorik yaklaşım ile ele alındığında psikoz çerçevesinde yatkınlığının yanı sıra sınırı belli bir psikotik bozukluk olarak değerlendirilmekte ve yüksek kalıtlabilirliğe sahip kişilik bozukluğu olması bu duruma kanıt olarak gösterilebilmektedir. ŞTKB kalıtlabilirlik oranına bakıldığında %61 olarak bulunmuştur (Mısır ve Alptekin, 2020). Ülkemizde yapılan kohort çalışması sonucunda BDNF val-val polimorfizminin yüksek olduğu ve bu durumun şizotipinin psikozun altında yatan genetik bozukluğun belirteci olarak kullanılabilen ve şizotipinin pozitif ve negatif belirtileri ortak kromozomal bölgelerde anlamlı bağlantı göstermektedir (Mısır ve Alptekin, 2020).

Obstetrik komplikasyonlar ve hamilelik döneminde yaşanan viral enfeksiyonlar şizotipi riskini arttırmaktadır. Düşük doğum ağırlığı erişkinlik döneminde kadınlarda pozitif şizotipi için risk faktörüdür. Finlandiya'da yapılan kohort çalışmasında H3N2 influenza epidemisi sırasında hamileliğin 6. ayında yaşanan viral enfeksiyon sonucunda çocuklarda erişkin dönemde şizotipal ve şizofreni kişiliğinin görülme ihtimali yüksek olarak bulunmuştur (Machón ve diğerleri, 2002). Çocukluk döneminde yaşanan travmalar ve bakım ihmalinin sonucunda bireyde şizotipi oluşabilmektedir. ŞTKB'de kaçınan bağlanmanın hem pozitif şizotipi hem de negatif şizotipi ile anksiyöz bağlanmanın ise pozitif şizotipi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İstismar gibi etkenler mezolimbik dopaminerjik hiperaktivasyona sebep olarak pozitif şizotipiye tetikleyebilir (Mısır ve Alptekin, 2020). Psikodinamik kurama yönelik bakıldığında oral dönemde yaşanan fiksasyon ve cezalandırılma korkusu paranoid düşünceler oluşumunda rol oynamaktadır (Mısır ve Alptekin, 2020).

COMT Val158Met polimorfizmi en iyi incelenmiş şizotipi genidir. Met aleline göre Val aleli daha fazla enzimatik aktiviteyle ilişkisi olduğundan kendi kendine bildirilen şizotipi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Val alelinin pozitif, negatif ve deorganizasyon boyutları üzerindeki etkileri karışıktır. Kesin bir şey söylenememektedir. Birçok çalışmada Val158Met COMT polimorfizmi, ŞTKB ve şizofreni spektrumunda yer alan bozulmuş bilişsel işlevlere dahil edilmiştir (Rosell ve diğerleri, 2014).

CACNA1C geninin varyantları şizofreni ve bipolar bozukluk ile ilişkilendirilmiştir. rs10067373 CACNA1C'nin 'A' alelinin paranoid düşünce ile ilişki olduğu ve ŞTKB hastalarında yaygın olduğu bulunmuştur. Bu alel gen paranoya belirtileri ile ilişkilendirilmiştir. ZNF804A geninin pozitif şizotipal belirtiler ile ilişki olduğu, negatif belirtilerle ise ilişkili olmadığı bulunmuştur. Kişilerarası şizotipi faktörünün N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör işlevinde rol oynayan p250GAP geninin varyantlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Disrupted In Schizophrenia 1 (DISC1) geni sosyal anhedoni ile ilişkilidir (Rosell ve diğerleri, 2014).

ŞTKB nörolojik olarak incelendiğinde işlem belleğinde, dikkatte ve bilgiyi geri çağırma bozulması olduğu gözlemlenmiştir (Mısır ve Alptekin, 2020). Yüksek pozitif şizotipinin yaratıcılıkla ilişkili olduğu bulunmuştur (Nettle ve Clegg, 2006). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada pozitif şizotipi puanları yüksek olanların ironiyi anlama ve bilişsel empati puanları düşük olarak bulunmuştur (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizofrenide gözlenen çalışma belleğindeki meydana gelen

bozuklumunun ŞTKB ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Thompson ve diğerleri, 2014). ŞTKB ve şizofreni spektrumunda çalışma belleğinde meydana gelen bozukluğun temeli özellikle fronto-kortikal bölgelerde hipodopaminerjik bir durumu ve dorsolateral prefrontal kortekste dopamin D1 reseptörlerinin yetersiz uyarılmasıdır (Rosell ve diğerleri, 2014). Literatürün büyük bir bölümü D1 reseptörünü dorsolateral prefrontal kortekse bağlı olan çalışma belleği işlevinin kilit modülatörü olarak göstermektedir. Şizofreni bulgularına benzer olarak daha yüksek prefrontal D1 reseptör mevcudiyeti ŞTKB için düşük çalışma belleği ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Thompson ve diğerleri, 2014). D1 reseptörü yetersiz düzeyde uyarıldığında çalışma belleğinde bozulmanın gerçekleştiği gözlemlenmiştir (Rosell ve diğerleri, 2014). Nörogörüntüleme çalışmaları sonucunda, şizofreninin prefrontal kortekste dopamin D1 reseptöründe meydana gelen değişikliklerle ilişki olduğu bulunmuştur (Thompson ve diğerleri, 2014). Spesifik olarak bakıldığında ŞTKB olan bireylerde kaudat şekli anormalliklerindeki değişiklikler incelendiğinde kaudat hacimlerinin sağlıklı bireylere göre daha küçük olduğu ve hacimde meydana gelen azalmanın zayıf bilişsel performans ile ilişki olduğu bulunmuştur (Rosell ve diğerleri, 2014). ŞTKB’li hastalarda sağ kaudatın anormal morfolojisi bilişsel bozuk ile ilişkilidir. Yapılan bir çalışmada ŞTKB olan bireylerde sol ventral korteks, superior frontal girus, intraparietal korteks, posterior inferior girusta çalışma belleğine yönelik aktivasyonun zayıfladığı gözlemlenmiştir. Başka bir çalışmada ise ŞTKB olan bireylerde çalışma belleği aktivasyonu sırasında sol posterior singulat girusun aktivasyonu ve superior temporal girus, insula ve orta frontal girusun deaktivasyonunun zayıfladığı gözlemlenmiştir (Rosell ve diğerleri, 2014).

Bilişsel süreçlerde meydana gelen eksiklikler ŞTKB ve şizotipinin nörobiyolojik olarak önemli belirtisi olarak görülmektedir. Prefrontal bağımlı bilişsel süreçler (özellikle çalışma belleği) ŞTKB’ye yönelik bilişsel bozukluklar üzerine yapılan çalışmaların odak noktası olmaktadır. Klinik ortamda bulunan şizotipal hastaların en sık şikâyeti dikkat ve hafıza güçlükleridir. Bilişsel işlev bozukluğunun doğasını karakterize etmek ŞTKB hastalarının tedavisini kolaylaştırmaktadır (Rosell ve diğerleri, 2014).

Hazlet ve diğerlerinin (2008) yapmış olduğu çalışmada ŞTKB tanısı alan hastaların frontal lob hacmi belirtilerinin düzeyi korelasyon gösterecek şekilde değiştiği; orta temporal girus ve sol superior temporal girusta olmak üzere temporal lob volümünde azalma olduğu görülmüştür. Şizofreniden farklı olarak ise bu azalma zaman içinde artmamaktadır. ŞTKB hastalarında putamen hacminin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yüksek putamen hacmi şizofreni hastalarında antipsikotik tedaviye daha iyi yanıt verdiği için putamen hacmi koruyucu faktör olarak gösterilebilir (Ertan ve Cankorur, 2017).

Şizofreni spektrum bozuklukları üzerine yapılan nörogörüntüleme çalışmalarının sonucuna göre şizofreniye benzerliği ile amigdala ve hipokampusu kapsayan medial temporal lob striatum, pariyetal lob, frontal lob, kaudat nukleus ve talamus pulvinar nukleusunda hacimde küçülme görülmekle beraber limbik sistemde de değişikliklerin olduğu görülmüştür (Baygın, 2020). ŞTKB olan bireylerin nörogörüntüleme bulgularına bakıldığında sol hemisfer temporal lobda hacimde küçülme olduğu bulunmuş ve temporal lobda hacim küçülmesi şizofreni çalışmalarında gözlemlenen bulgularla benzer olup ancak sınırlı bir şekilde ortaya çıkmaktadır (Rosell ve diğerleri, 2014). Sol superior temporal girusta boyut azalması her zaman görülme de bu durum dikkat çekmekte; fusiform ve orta temporal giruslarda küçülme görüldüğü ancak inferior temporal girusta küçülme görülmediği

bulunmuştur (Baygın, 2020). ŞTKB’de temporal lob hacminde küçülme şizofreniye kıyasla daha kısıtlı bir şekilde meydana gelmektedir. Temporal lob hacminde küçülme şizofrenide zaman içinde ilerlerken ŞTKB’de ilerlemeyip sabit olduğu bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar küçük temporal lob hacmi ile mantıksal bellekte meydana gelen zayıflamanın ŞTKB tanı kriteri ve bilişsel algısal belirtiler arasında korelasyon olduğunu göstermektedir (Rosell ve diğerleri, 2014).

ŞTKB frontal lob bulguları, şizofreni spektrumunda yer alan bilişsel ve çalışma belleği bozukluğu açısından ilgi çektiği görülmektedir. ŞTKB, şizofreniye göre daha dar kapsamlı olmasına rağmen temporal lobdaki benzer farklılıkların aksine ŞTKB’de frontal lob bulguları daha değişkendir (Rosell ve diğerleri, 2014). Şizotipal bozukluk ile ilgili yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmaları sonucunda temporal lob bölgelerinde özellikle de medial temporal yapılarda hacimde küçülme olduğu ve frontal lob bölgelerinin korunmuş olduğu bulunmuş ve ŞTKB olan bireylerle sağlıklı bireyler karşılaştırıldığında frontal ve temporal bölgelerde gri maddede azalma olduğu bulunmuştur (Takayanagi ve diğerleri, 2020). Brodmann alanındaki (BA)10 hacimde meydana gelen değişiklikler ŞTKB olan bireylerde artmış ve şizofreni olan bireylerde ise azalmış olduğu bulunmuştur. ŞTKB nöroleptik kullanmayan erkeklere yönelik yapılan bir çalışmada frontal lob ve kortikal gri madde hacminde küçülme görülmüştür (Rosell ve diğerleri, 2014).

Kuperberg ve diğerlerinin (2003) yaptığı nörogörüntüleme çalışmaları sonucunda prefrontal ve temporal bölgelerde gerçekleşen kortikal incelmenin şizofreni semptomlarının ortaya çıkmasında etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Takayanagi ve diğerlerinin (2020) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarında frontal ve temporal bölgelerde yaygın kortikal incelme olduğunu bulmuştur. Şizotipal bozukluğu olan hastalarda ise sol fusiform ve parahipokampal giruslarda, sağ medial superior frontal girusta, sağ inferior frontal girusta ve sağ medial orbitofrontal kortekste kortikal kalınlığın önemli düzeyde azaldığını bulunmuştur. Şizotipal hastalarda görülen kortikal incelme şizofreni hastaları ile kıyaslandığında örtüşme göstermektedir. Şizofreni hastalarında sol precentral ve paracentral giruslarda şizotipal bozukluğu olan bireylere kıyasla daha ince korteks bulunduğu görülmüştür (Takayanagi ve diğerleri, 2020).

Takayanagi ve diğerlerinin (2020) yaptığı çalışmada şizotipal ve şizofreni hastalarında medial temporal ve frontal bölgelerde kortikal incelme bulmuştur. Buna benzer ortak kortikal değişiklikler psikoza karşı kırılganlık ile ilişkili olabilmektedir. Şizofreni hastalarında frontal ve temporal bölgelerde yaygın kortikal incelme görülmektedir. Sol precentral girusta kortikal kalınlığın azalması şizofreni hastalarını şizotipal bozukluğu olan hastalardan ayırmaktadır (Takayanagi ve diğerlerinin, 2020).

Nörogörüntüleme çalışmaları, psikososyal süreçlerin nöral katmanlarına derinlemesine bir bakış sunarak Şizotipal Kişilik Bozukluğu'nun (ŞTKB) nörobiyolojik temellerini anlamamıza katkı sağlamaktadır. Rosell ve diğerlerinin (2014) yaptığı çalışmada, ŞTKB'li bireylerin duygusal olarak sosyal uyaranlara maruz kaldıklarında amigdala tepki düzeyinin yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Amigdala, duygusal tepkilerin düzenlenmesinde kritik bir rol oynar ve bu bulgu, ŞTKB'li bireylerin sosyal etkileşimlere farklı bir nöral hassasiyetle yanıt verebileceğini göstermektedir. Bu nöral tepkilerin açıklanmasıyla, ŞTKB'li bireylerin sosyal ortamlardaki davranışlarının ve tepkilerinin, genel nüfusa kıyasla daha abartılı olma eğiliminde olduğu anlaşılabilir. Örneğin, sosyal durumlar karşısında aşırı duyarlılık veya alışılmadık düşünce desenleri, nöral aktivasyonun bu abartılı tepkilere

nasıl katkıda bulunduğunun anlaşılmasında yardımcı olabilir. Bu bağlamda, nörogörüntüleme çalışmaları, ŞTKB'li bireylerin sosyal etkileşimlerle başa çıkma süreçlerini ve duygusal düzenleme becerilerini anlamak için önemli bir araç sunmaktadır (Rosell ve diğerleri, 2014).

ŞTKB'nin gelişiminde biyolojik faktörlerin önemli bir rol oynadığı bilinmekle birlikte, bu bozukluğun incelenmesinde hem biyolojik hem de psikososyal açıdan bir bütünlük sağlanmalıdır (Paris, 1993). Psikososyal faktörler, biyolojik etkenlerle etkileşime girerek ŞTKB'nin ortaya çıkmasında belirleyici bir rol oynar. Olumsuz yaşantılar, özellikle çocukluk döneminde yaşanan ihmal, istismar ve travmatik deneyimler, bireyin duygusal düzenlemesini etkileyerek ŞTKB semptomlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlar (Walsh, 2017). Psikolojik risk faktörleri, bireyin ŞTKB'yi geliştirmesi üzerinde etkili olabilir. Ancak, bireyin kişilik yapısı ve direnç seviyesi, belirli psikososyal streslere karşı nasıl tepki vereceğini belirleyebilir. Bu durum, kişinin yaşadığı olumsuz çocukluk deneyimlerine rağmen, belirli psikolojik olaylara karşı direnç gösterebilme kapasitesini yansıtabilir (Paris, 1993). ŞTKB'ye yatkın bireyler genellikle sosyal etkileşimlerden kaçınma eğilimindedir. Sosyal beceri eksiklikleri ve normal davranış örüntülerinden uzak tepkiler gösterme eğilimleri, bu bireylerin sosyal ortamlara uyum sağlamasını zorlaştırır. Dolayısıyla, sosyal izolasyon ve geri çekilme, ŞTKB olan bireylerin tercih ettiği bir yaşam tarzı olabilmektedir (Walsh, 2017). Bu durum, bu bireylerin sosyal destek ağlarından yeterince faydalanamamalarına ve duygusal olarak izole olmalarına neden olabilir. Sosyal izolasyon, ŞTKB'li bireylerin yaşam kalitesini düşürebilir ve psikolojik iyilik hallerini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, ŞTKB ile başa çıkmada, hem biyolojik hem de psikososyal faktörleri dikkate alan bütüncül bir yaklaşımın önemli olduğu vurgulanmalıdır (Widiger, 2012). Boşanma ve düşük ekonomik durum risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Mısır ve Alptekin, 2020). ŞTKB, stres faktörleri ve travmalarla sıkça ilişkilendirilir ve bu etkileşimin şizotipal semptomlar üzerindeki etkisi, genetik geçmişin bir belirleyeni olarak ortaya çıkabilir. Örneğin, şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarındaki kendi kendine bildirilen travmaların, şizotipal semptomlarla bağlantılı olduğu gözlemlenmiştir (Rosell ve diğerleri, 2014). Bu bağlamda, stres ve travma gibi psikososyal etkenlerin, genetik yatkınlıkla birleşerek şizotipal semptomların ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Rosell ve diğerlerinin (2014) çalışması, şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarındaki yaşanan travmanın, şizotipal semptomlarla ilişkilendirilmesini vurgulayarak bu etkileşimi desteklemektedir. Bu bulgu, genetik faktörlerin, bireyin çevresel streslere karşı tepkisini modüle ederek şizotipal semptomların ortaya çıkışında rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, hem genetik hem de çevresel etkenlerin birlikte değerlendirilmesi, ŞTKB'nin anlaşılmasında önem taşımaktadır. Bireyin genetik yatkınlığı ve çevresel faktörlere maruziyeti, bu semptomların gelişiminde etkileşim içinde olabilir. Bu nedenle, bireyin yaşamındaki stres faktörleri ve travmaları değerlendirmek, hem tedavi planlaması hem de semptomların yönetimi açısından önemli bir yaklaşım olabilir (Rosell ve diğerleri, 2014).

ŞTKB'nin anlaşılmasında sadece biyolojik değil, aynı zamanda psikososyal faktörlerle etkileşim içindeki karmaşık yapısını çözümlenmeye yönelik önemli bir adımı temsil etmektedir. Hem nörogörüntüleme çalışmaları hem de genetik ve çevresel etkenlerin incelenmesi, bu kişilik bozukluğunun kökenlerini anlamada ve bireyin yaşam kalitesini iyileştirmede önemli ipuçları sunmaktadır (Baygın, 2020).

TANISAL YAKLAŞIMLAR VE TANI ÖLÇÜTLERİ

ŞTKB prototipik bir şizofreni spektrum bozukluğu olarak kabul edilir ve şizofreni ile ortak olarak genetik risk, nöropsikolojik ve nöroanatomik gibi özellikleri taşımaktadır (Thompson ve diğerleri, 2014). Şizofreni incelendiğinde psikozun diğer yanlarını yansıttığından ve hasta olmayan bireylerin davranışsal ve bilişsel örüntülerini anlamaya fırsat tanıdığından şizotipi kavramı önem taşımaktadır (Mısır ve Alptekin, 2020). ŞTKB’li bireyler, düşüncelerini ve duygularını ifade etmede ve anlamada güçlük çeker. Yaşanılan olaylara karşı gösterilen duygusal tepkileri duygusal kapasiteleri sınırlı olduğu için normalin dışında ve mantıksız olabilir. Bu bireyler dışarıdan gözlemlendiğinde oldukça mesafeli, kaygılı, içine dönük ve sosyal ilişkilerinin düşük olduğu görülmektedir. ŞTKB’li bireyler diğer insanların kendilerine zarar vereceği düşüncesine yüksek düzeyde inanır. Bu nedenle kanıt aramaz ve düşüncelerine inanmaya devam eder. Genel olarak ŞTKB’li bireyler için tanımadıkları insanlarla ve bilmedikleri yerlerde olmak onlara zor gelmektedir. Bildikleri yerlerde ve tanıdıkları kişilerle olmak onlara daha iyi gelmektedir. Bu nedenle yeniliklere çok açık değildirlere (Farajı ve Çaresiz, 2022).

Şizotipal kişilik bozukluğu alınma düşünceleri, eksantrik davranışlar, paranoid düşünceler, kısıtlı duygudurum hali ve sosyal ilişkilerinin zayıf olması ile karakterize olan bir ruhsal bozukluktur (APA, 2013). Şizotipal için literatüre bakıldığında iki (pozitif ve negatif), üç (pozitif, negatif ve deorganizasyon) ve dört (negatif, pozitif, kişilerarası duyarlılık ve sosyal izolasyon) faktörlü model kullanılmaktadır. Bu modeller arasında en çok kullanılanı üç faktörlü modeldir (Köse, 2023). Üç faktörlü modele bakıldığında bilişsel-algısal şizotipi, alınma düşünceleri ve şüpheliği; kişilerarası şizotipi, sosyal ilişkilerde zayıflık, kısıtlı duygudurum ve yüksek düzeyde anksiyeteyi; deorganize şizotipi, eksantrik davranış ve konuşmayı kapsadığı görülmektedir (Ünver ve diğerleri, 2015).

Mısır ve Alptekin’in (2020) yapmış olduğu çalışmada negatif şizotipi, pozitif şizotipi, kişilerarası duyarlılık ve sosyal izolasyon boyutlarının yer aldığı dört faktörlü modelin şizotipal yapıyı daha iyi açıkladığını bulmuşlardır. Yapılan başka çalışmalarda ise bilişsel-algısal ve deorganizasyon boyutlarının etkili olduğu bulunmuştur (Köse, 2023). Paranoid kişilik bozukluğunda yer alan kuşkucu düşünceler, şizoid kişilik bozukluğunda yer alan sosyal çevreden uzaklaşma ile örtüşmesi, sosyal kaygının özgül olmaması gibi durumlar diğer kişilik bozukluklarında da görülmesinden dolayı bu faktörleri içine alan kişiler arası boyutun etkili olmadığı düşünülmektedir. ŞTKB için en yüksek özgül boyutun deorganizasyon boyutu olduğu bulunmuştur (Köse, 2023; Mısır ve Alptekin, 2020).

Psikolojide hiyerarşik taksonomi (HiTOP, The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology) yaklaşımı yeni bir bakış açısı olduğundan boyutsal perspektif sunar. Bu yaklaşıma göre pozitif şizotipi boyutu normal kişilik yapısından ayrılmakta, negatif şizotipi boyutu ile normal kişilik yapısında yer alan düşük dışadönüklük ile aynı kategori içinde yer almaktadır. Böylece pozitif ve negatif semptomlar olarak iki ayrı boyutta inceleneceğini öne sürmektedir (Mısır ve Alptekin, 2020).

ŞTKB ve şizotipinin kavramsallaştırılmasında Beş Faktör Modeli ve Alternatif Kişilik Bozuklukları Modeli benimsenmiştir. Beş Faktör Modeli’ne göre bakıldığında ŞTKB olan bireylerin bireysel farklılıkları deneyime açıklık, düşük dışadönüklük, yüksek nevrotilik ve düşük uyumluluk ile anlaşılabilir. Alternatif Kişilik Bozuklukları Modeli’ne göre bakıldığında ise ŞTKB psikotizm açısından üç yön ve kopukluk açısından üç yönden oluşmaktadır (Cheli ve diğerleri, 2023).

ŞTKB, bireyin yaşamındaki psikososyal etmenlerin ve sosyal etkileşimlerin kompleks bir yansımasıdır. Bu bozukluk, genetik yatkınlığın yanı sıra çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler ve kişisel zorluklar gibi psikososyal faktörlerle şekillenebilmektedir. Özellikle aile içi ihmal, istismar ve travmatik olaylar, bireyin duygusal düzenlemesini etkileyerek ŞTKB'nin gelişimine katkıda bulunabilmektedir. Bu tür deneyimler, bireyin çevresiyle sağlıklı bir etkileşim kurma ve duygusal bağ kurma yeteneğini olumsuz etkilemektedir (Paris, 1993). Psikososyal risk faktörleri, ŞTKB gelişiminde etkili olabilmektedir ancak tek başına yeterli değildir. Sosyal izolasyon eğilimi gösteren bireyler, genellikle sosyal durumlarda alışılmadık davranışlar sergilerler. Bu durum, sosyal ilişkilerde zorlanmalarına ve toplum içinde uyumsuzluk yaşamalarına neden olabilir. Sosyal etkileşim becerilerindeki zayıflık, bireyin sosyal destek ağlarını etkin bir şekilde kullanmasını engelleyebilmekte ve bu durumda ŞTKB'li bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Walsh, 2017).

ŞTKB ve şizotipi değerlendirme için kullanılan bazı araçlar şunlardır:

1. Şizotipi için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Form (SIS-R), en kapsamlı araçtır.
2. Şizotipal Kişilik Ölçeği ve Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (UTBG), en çok kullanılan ölçeklerden bir tanesidir. 74 maddelik öz bildirim ölçeğidir. Bilişsel-algısal şizotipi (referans düşünceleri, grandiyöz düşünceler, şüpheli düşünceler), kişilerarası şizotipi (sosyal kaygı, kısıtlanmış duygulanım, yakın ilişkilerde azalma), deorganize şizotipi (eksantrik davranış ve konuşma) bu ölçeğin 3 faktörüdür.
3. Oxford-Liverpool Inventory of Feeling and Experiences (O-LIFE) ve Community Assesment pf Psychic Experiences (CAPE), şizotipi değerlendirme ve farklı kişilik boyutlarının olup olmadığını incelemeye kullanılmaktadır (Mısır ve Alptekin, 2020).

Şizotipal kişilik ölçeği, evet ya da hayır şeklinde cevaplanır. Toplam puan 0-74 arasında değişmektedir. Bilişsel-algısal şizotipi puanı şüphelilik, garip inanış-büyüsel düşünce, referans fikirleri, sıradışı algısal yaşantı alt boyutlarının puanları toplanarak hesaplanır. Kişilerarası şizotipi puanı yüksek sosyal anksiyete, kısıtlı duygulanım, şüphelilik ve yakın arkadaş yokluğu puanları ile hesaplanır. Deorganize şizotipi puanı eksantrik davranış ve konuşma puanlarının toplanması ile hesaplanmaktadır. Ölçeğin 22 sorudan oluşan kısa formu da bulunmaktadır. Türkçe güvenilirlik çalışması Ayçiçeği ve diğerleri (2005) tarafından yapılmıştır (Baygın, 2020).

Bildirilen çocukluk çağı travmaları doğrusal bir şekilde ŞTKB ile önemli bir biçimde ilişkilendirilmiştir. Şiddetli cinsel istismar, ŞTKB grubunda yüksek bilişsel-algısal yük ile güçlü ilişki göstermektedir. Şiddetli duygusal ihmal, kişilerarası ilişki ile ilişkilendirilmiştir. Şiddetli travma bildiren ŞTKB olan bireylerde normale göre daha kötü bir şekilde bilişsel işlevsellik görülmektedir (Velikonja ve diğerleri, 2019). Çocukluk çağı travmaları, ŞTKB'de yüksek bilişsel-algısal ve kişilerarası semptomlarla ve kötü bilişsel işlevsellikle ilişkilendirilmiştir. Çocukluk çağı travmaları arasında cinsel ve duygusal istismar ŞTKB ile güçlü ilişki göstermektedir. Cinsel istismar bilişsel-algısal özellikler ile ilişki gösterirken, duygusal istismar kişilerarası semptomlar ile ilişki göstermektedir (Velikonja ve diğerleri, 2019).

KLİNİK ÖZELLİKLER

ŞTKB A kümesi kişilik bozuklukları içinde olup şizofreni kategorisi içindedir. ŞTKB, grandiyöz düşünceler, referans düşünceleri, eksantrik davranışlar, garip algısal yaşantılar gibi bilişsel çarpıklıklar ve normalin dışında davranışlar ile yakın ilişkilerde zayıflık şeklinde kendisini gösteren bir bozukluktur (APA, 2013). Kişilik bozuklukları için DSM-5 Alternatif Modeli “Araştırılması Gereken Alanlar” kapsamında üçüncü bölümde yer alır. Bu bölümde kişilik bozukluklarına yönelik boyutsal tanımlama yapılmış olmakla birlikte beş faktörlü kişilik kuramı çerçevesinde değerlendirilir (Mısır ve Alptekin, 2020). Yapılan farklı aile çalışmalarına göre ŞTKB şizofreni ile güçlü bir genetik bağa sahip olduğu bulunmuştur. ŞTKB’nin psikotik öge ağırlıklı mı yoksa psikoz temelli psikotik bir tablo mu olduğu hakkında diğer kişilik bozukluklarına göre bir uzlaşma yoktur (Mısır ve Alptekin, 2020).

ŞTKB DSM-5 tanı kriterleri DSM-IV-TR’ye göre değişikliğe uğramamıştır. Yer alan dokuz semptomdan beş tanesinin bireyde görülmesi bireye tanı koymak için yeterli olmaktadır (Rosell ve diğerleri, 2014; APA, 2000). ŞTKB, DSM-IV-TR’ de Eksen II bozuklukları kategorisinde yer almıştır (APA, 2000). DSM-5’te ise ŞTKB “Şizofreni ve ilişkili diğer psikotik bozukluklar” başlığında yer almaktadır (APA, 2013).

Şizotipal kişilik bozukluğunun DSM-5’e (APA, 2013) göre kriterleri şu şekildedir:

- A. Erken erişkinlikte başlayan ve farklı ortamlarda ortaya çıkan, yakın ilişkilerde duyulan ani rahatsızlık, yakın ilişki kurma becerisinden yoksun olma, bunun yanı sıra bilişsel/algısal çarpıtmalara ve sıra dışı davranışlara sahip olma ile beraber aşağıdaki belirtilerden beş ya da daha fazlasının bulunması.
 1. Alınma düşünceleri
 2. Kültürel değerlerle uyumsuz olan ve bireyin davranışları etkileyen, alışagelmşin dışında inançlara sahip olma ya da büyüsel düşünme.
 3. Olağan dışı algısal yaşantılar yaşama.
 4. Tuhaf düşüncelere sahip olma ya da konuşmalar yapma.
 5. Kuşkuculuk.
 6. Uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım.
 7. Alışagelmşin dışında davranışlar sergileme veya tuhaf görünme.
 8. Birinci derece akrabalarının dışında yakın arkadaşlarının ya da sırdaşlarının olmaması.
 9. Yakınlaşmayla azalmayan aşırı sosyal kaygı, olumsuz değerlendirileceğine ilişkin yoğun paranoid korkular.
- B. Yalnızca şizofreni, bipolar (iki uçlu) bir bozukluk, psikoz özellikli depresyon bozukluğu ya da otizm esnasında ortaya çıkmaz ve bir sağlık durumunun fizyolojik etkisiyle açıklanamaz.

DSM-5’ e (APA, 2013) göre ŞTKB incelendiğinde yer alan dokuz kriterden en az beş tanesinin bireyde gözlemlenmesi gerekmektedir. Bu kriterler sağlandığında bireye ŞTKB tanısı konulabilir.

ŞTKB, Uluslararası Halk Sınıflandırması’nda (ICD) yıllardır farklılık göstermeden şizotipal bozukluk olarak yer almaktadır (Kirchner ve diğerleri, 2018). ŞTKB, ICD-10’da yer almadığından onun yerine şizotipal bozukluk olarak şizofreni spektrum bozukluğu kategorisinde değerlendirilmektedir. Şizotipal bozukluk zihinsel, algısal, davranış ve konuşma gruplarında yer alan

semptomların bireyde en az dördünün en az iki yıl süre ile gözükmesi gerekmektedir (Mısır ve Alptekin, 2020). ICD-9 ve ICD-10’da şizofreni spektrum bozuklukları altında listelenmektedir. ICD-11’de şizofreni spektrum bozukluğu bölümünde yer almaktadır (Kirchner ve diğerleri, 2018).

Şizotipal kişilik bozukluğunun ICD-11’e (World Health Organization [WHO], 2022) göre kriterleri şu şekildedir:

- A. Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk veya Sanrısız Bozukluğun tanı gerekliliklerini karşılamak için yeterli yoğunluk veya süreye sahip olmayan olağandışı konuşma, algı, inanç ve davranışların kalıcı bir örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki belirtilerden birkaçını içerir:
 1. Bireyin soğuk ve mesafeli görünmesine neden olacak şekilde daralmış duygulanım;
 2. Tuhaf, eksantrik, alışılmadık veya tuhaf olan ve kültürel veya alt kültürel normlarla tutarsız olan davranış veya görünüm;
 3. Başkalarıyla zayıf uyum ve sosyal geri çekilme eğilimi;
 4. Kişinin davranışlarını alt kültür normlarına uymayan şekillerde etkileyen, ancak bir sanrı için tanısız gerekliliklere ulaşmayan olağandışı inançlar veya büyüdü düşünce;
 5. Yoğun illüzyonlar, depersonalizasyon, derealizasyon veya işitsel ya da diğer halüsinasyonlar gibi olağandışı algısal çarpıtmalar;
 6. Şüphencilik veya paranoid fikirler;
 7. Belirsiz, dolaylı, mecazi, aşırı ayrıntılı veya kalıplaşmış düşünme, kaba tutarsızlık olmaksızın garip konuşmalarla kendini gösterir;
 8. Takıntının yabancı veya istenmeyen bir şey olduğu hissi olmaksızın, genellikle vücut dismorfik, cinsel veya agresif içerikli takıntılı geniş getirmeler.
- B. Kişi Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk veya Sanrısız Bozukluk için tanı gerekliliklerini hiçbir zaman karşılamamıştır. Yani, geçici sanrılar, halüsinasyonlar, resmi düşünce bozukluğu veya etki, pasiflik veya kontrol deneyimleri ortaya çıkabilir, ancak 1 aydan fazla sürmez.
- C. Belirtiler sürekli ya da dönemsel olarak en az 2 yıldır mevcut olmalıdır.
- D. Belirtiler kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında sıkıntıya veya bozulmaya neden olur.
- E. Belirtiler başka bir tıbbi durumun (örn. beyin tümörü) belirtisi değildir, bir maddenin veya ilacın merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerine (örn. kortikosteroidler) bağlı değildir, yoksunluk etkileri (örn. alkolden) dahil değildir ve başka bir Zihinsel, Davranışsal veya Nörogelişimsel Bozukluk tarafından daha iyi açıklanamaz.

ŞTKB, DSM-5 ve ICD-11’e göre bakıldığında semptomlar olarak benzerlik gösterdiği görülmektedir (Kirchner ve diğerleri, 2018; Mısır ve Alptekin, 2020). Sonuç olarak ŞTKB, referans düşünceleri, büyüdü düşünme ve şüphencilik gibi pozitif belirtiler; anhedoni ve sosyal ilgi eksikliği gibi negatif belirtiler ve düzensiz düşünme ve davranma gibi deorganize belirtileri kapsayan ruhsal bir bozukluktur (Cheli ve diğerleri, 2019; Baygın, 2020; Köse, 2023). ŞTKB’nin klinik ve işlevsel olarak kısıtlayıcı bir durum olduğu açık olmasına rağmen işlevsellikteki bozulma ve fenomenolojik olarak benzer diğer kişilik bozuklukları ile ilişkisi tam olarak açıklanmamıştır (Rosell ve diğerleri, 2014). ŞTKB, belirgin ve sürekli psikoz semptomları olmaksızın eksantrik davranışlar ve hafif şizofrenik özellikler ile karakterize edilmektedir (Takayanagi ve diğerleri, 2020). ŞTKB ve şizofreni arasında genetik, nörobiyolojik ve etiyolojik benzerliklerin olduğunu belirten kanıtlar bulunmaktadır. Şizotipal bozukluğun şizofreni spektrumu içinde yer alan prototip bir bozukluk olarak düşünülmesi ŞTKB’nin tam gelişmesini

engellemek, erken teşhisi ve tedavisi için önemli ipuçları sağlayabilir (Thompson ve diğerleri, 2014). ŞTKB'nin kalıtilabilirlik tahmini genel olarak %50 ile %80 arasında olduğu düşünülmektedir (Velikonja ve diğerleri, 2019).

AYIRICI TANI

Otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve ŞTKB arasında benzer ölçütler olduğundan dolayı tanı koymada zorluklar yaşanabilmektedir (WHO, 2023). ŞTKB'de yer alan kısıtlı duygudurum, sosyal ilişkilerde zayıf olma, iletişimde yetersizlik gibi durumlar OSB'de görüldüğünden bu iki bozukluk arasında karışıklıklar yaşanabilmekte ve diğer bozukluklarda olduğu gibi bu iki bozukluk arasında da ayırıcı tanı mevcuttur (Ünver ve diğerleri, 2015). OSB'de yer alan iletişim yetersizliği ŞTKB ölçütleri arasında bulunmamakta; aynı şekilde ŞTKB'de yer alan paranoid düşünceler, eksantrik davranışlar ve sosyal anksiyete OSB'de yer almamaktadır. ŞTKB olan bireyler OSB'de olduğu gibi kısıtlı, tekrarlayan ve kalıplaşmış davranış, ilgi alanı veya faaliyet kalıpları sergilemezler (WHO, 2023).

ŞTKB, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile komorbidite gösterdiğinde Eksen II bozuklukları arasında yer almakla beraber klinik açıdan önem taşımaktadır. OKB tanısı alan bireylerde şizotipal kişilik özelliklerinin görülme düzeyi daha yüksektir. Bu iki bozukluğun birlikte görülme sıklığı %5 ile %50 arasında olduğu bildirilmiştir (Perris ve diğerleri, 2019). Şizotipide yer alan büyüsel düşünce, OKB'de yer alan kaygıyı azaltmak için yapılan ritüellerle benzerlik göstermektedir. OKB hastalarında ŞTKB görülme sıklığı %1 olarak bulunmuştur (Köse, 2023). Yaygınlığı düşük olmakla beraber OKB hastalarının yarısında şizotipal özellikler gözlemlenmiştir. ŞTKB ve OKB tanı kriterlerinde bazı benzerlikler bulunmaktadır. Her iki bozuklukta büyüsel düşünce hakimdir (Perris ve diğerleri, 2014). Yapılan nöropsikolojik çalışmalarda OKB-ŞTKB komorbiditesinin ayrı bir alt tip olabileceğine yönelik kanıtlar bulunmaktadır. OKB'li bireylerde orbitofrontal lobda bozulma olduğu bulunmuş, OKB-ŞTKB komorbid hastalarda ise orbitofrontal ve dorsolanteral prefrontal kortekste patoloji olduğu bulunmuştur. ŞTKB, OKB ile güçlü bir ilişki sergilemektedir (Köse, 2023; Perris ve diğerleri, 2019; Rosell ve diğerleri, 2014).

ŞTKB şizofreni ile bazı semptomlar açısından benzerlik gösterebilmektedir (Deniz, 2017). ŞTKB, şizofreni ile karşılaştırıldığında ŞTKB için ayırt edici özellikler olarak bakıldığında ŞTKB olan bireyler daha az işlev bozukluğuna sahip olduğu, başka birinden yardım almadan yaşaması ve çalışması ve antipsikotik ilaçları kullanmadan semptomları yönetebildiği görülmüştür (Takayanagi ve diğerleri, 2020). ŞTKB ve şizofreniye genel olarak bakıldığında nörodavranışsal, nörofizyolojik ve nörogörüntüleme açısından benzer türde anormallikler gösterdiği bulunmuştur (Apthorp ve diğerleri, 2019). Şizofreni hastalarında görülen sol precentral ve paracentral giruslardaki kortikal incelleme şizotipal bozukluğu olan hastalara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Takanayagi ve diğerleri, 2020). Bozulmuş biliş, şizofreni ve ŞTKB gibi spektrum bozukluklarının ayırt edici özelliği olarak kabul edilir. Bozulmuş biliş hastaların %75 ile %85'inde görülmektedir. Diğer belirtilerden önce ortaya çıkmaya başlar ve kalıcıdır. Psikotik semptomlar tedavi edildikten sonra da bozulmuş biliş kalmaktadır. Şizotipal kişilik bozukluğu tanısı alan bireyler, şizofreni hastalarıyla benzer bilişsel eksiklikler sergilemektedir. Bu eksiklikler, sözel ve uzamsal epizodik bellek, uyanıklık, dikkat, soyut muhakeme, tanıma belleği, bilişsel engelleme, sözel akıcılık ve sözel ile uzamsal çalışma belleği gibi alanlarda gözlenmektedir. Daha da önemlisi, bilişsel çalışmalar, şizotipal kişilik bozukluğunun

antipsikotik ilaç tedavisi ile ilişkilendirilen bilişsel zorlukları giderme potansiyeline sahip olduğunu ve bu bozukluğun bilişsel eksikliklerinin daha yaygın olmadığını göstermektedir. Bu nedenle, şizotipal kişilik bozukluğu, şizofreni spektrumundaki bilişsel iyileştirmeyi araştırmak için yeni müdahalelerin test edilmesi için bir fırsat sunabilir (McClure ve diğerleri, 2019). ŞTKB ve diğer şizofreni spektrum bozuklukları arasındaki ayırıcı tanı sınıflandırmada yer alan ölçütlere göre yapılmaktadır. Şizofreni sınırında yer alan vakalarda psikotik belirtileri zayıf ise değerlendirilmede zorluk yaşanabilmektedir (Mısır ve Alptekin, 2020). ŞTKB’de uzun süren ve şiddetli psikotik semptomların olmaması, nörobilişsel yıkım ile karakterize olmaması şizofreni ile arasında ayırıcı özelliktir (McClure ve diğerleri, 2019). Paranoid kişilik bozukluğunda grandiyöz düşünceler ön safta olmamakla beraber ŞTKB’den algısal, bilişsel ve deorganizasyon boyutları ile ayrılmaktadır. Yapılan bir çalışmada ŞTKB olan bireylerin iki yıl içinde %40’ının psikotik bozukluk tanısı aldığı bulunmuştur (Mısır ve Alptekin, 2020).

TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

ŞTKB’ye yönelik kanıtlanmış kesin bir tedavi bulunmamaktadır. Tedavide, psikofarmakolojik tedaviler ve psikoterapi kullanılır (Tuna ve Öncül-Demir, 2022). Tedavi genellikle bireyde görülen belirtileri azaltmada ve sosyal işlevselliğini geri kazandırmaya yöneliktir. Psikoterapi olarak bireysel terapi, grup terapisi ve sosyal beceri eğitimleri kullanılmaktadır (Mısır ve Alptekin, 2020). Nordentoft ve diğerlerinin (2006) yaptığı çalışmaya göre sosyal beceri eğitiminin ŞTKB’nin başka bir psikotik bozukluğa dönüşmesini yavaşlattığı sonucu bulunmuştur. Psikofarmakolojik çalışmalarda ise risperidon ve olanzapin ilaçlarının etkili olduğu görülmüştür. ŞTKB’ye komorbidite olarak OKB ve depresif semptomlar görüldüğünden antidepresanların bu semptomlar üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Nordentoft ve diğerleri, 2006). ŞTKB ile sadece Dünya Biyolojik Psikiyatri Dernekleri Federasyonu’nun Kişilik Bozukluklarının Biyolojik Tedavisi kılavuzunda tavsiyeler bulunur. Antidepresanlar için yeterli kanıt bulunmadığı, antipsikotikler için ise klinik çalışmalardan ve uzman görüşlerinden temel kanıtlara yönelik tavsiyelerin yer aldığı bilinmektedir (Mısır ve Alptekin, 2020).

Üstbiliş, bireyin kendisi ve başkaları hakkında oluşturduğu bütün fikirleri kapsayan süreci ifade etmektedir. Bu fikirler bireyin normal yaşantısında yaşadığı psikososyal zorluklara verilen tepkileri yönlendirmede kullanılır. Üstbilişsel yansıtma ve içgörü terapisi, psikotik bozukluğu olan bireyler için geliştirilmekle beraber bireyin yaşadığı psikiyatrik zorluklara ilişkin bireyin algısını geliştirmesine ve doğru bir şekilde karar almasını sağlamaktadır (Cheli ve diğerleri, 2019). Üstbilişin hem kişilik bozukluklarında (Semenari ve diğerleri, 2014) hem de psikozda (Lysaker ve diğerleri, 2021) belirtiler ve kişilerarası sorunlarla ilişki olduğu ve kişilik bozukluklarının şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluk tanısı alan bireylerde psikososyal işlevselliği ve psikopatolojinin şiddetini öngördüğü bulunmuştur (Carcione ve diğerleri, 2019). Psikozda odaklanan Üstbilişsel Yansıtma ve İçgörü Terapisi ve kişilik bozuklukları için kullanılan Üstbilişsel Kişilerarası Terapi belirli yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Üstbilişsel Yansıtma ve İçgörü Terapisi danışanın tek bir seansta yapabildiği üstbilişe müdahaleyi hedefler. Danışan kişinin kendisini ve başkalarını anlamasını amaçlayan bütünleştirici bir iyileşme odaklı terapidir (Cheli ve diğerleri, 2023). Üstbilişsel kişilerarası terapi ise uyumsuz kişilerarası şemanın farkına varmayı, değiştirmeyi ve sağlıklı bakış açısı kazandırmayı amaçlayan bir terapidir. Yapılan çalışmalar sonucunda bu iki yaklaşımın üstbilişi artırma üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Carcione ve diğerleri, 2019). Üstbiliş odaklı

müdahalenin ve Şefkat Odaklı Terapi'nin ŞTKB olan bireyler üzerinde faydalı olabileceği düşünülmektedir. Şefkat Odaklı Terapi, biyo-psiko-sosyal psikoterapötik bir yaklaşımdır. Bu terapi kişinin kendi sorunu ile baş edebilmeyi, kendisine ve başkalarına yönelik şefkatli olmayı teşvik etmektedir (Cheli ve diğerleri, 2023).

Psikotik bozukluklar için Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT_p), kapsamlı bir ampirik temele sahiptir ve pozitif ve negatif belirti, psikoz, şizotipi gibi birçok psikiyatrik bozukluklarda başarılı bir şekilde kullanılmaktadır (Nowak ve diğerleri, 2016). Birleşik Krallık'taki araştırmacılar bu terapi yöntemini şizofreni hastalarına uygulamış ve pozitif ve negatif semptomlarda azalma olduğunu gözlemlemişlerdir (Zimmermann ve diğerleri, 2005). Tedavide ilk olarak antipsikotik ilaçlar tercih edilmektedir. Antipsikotik kullanan hastaların yaklaşık %30'unun tedaviden memnun olduğu görülmüştür (Lieberman ve diğerleri, 2005). 1980'li yıllardan önce tedavide sadece antipsikotik ilaçlar kullanılarak hastalıklar tıbbi olarak ele alınmaktadır. 1980'li yıllardan sonra BDT_p yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Yaygınlık kazanmasındaki önemli bir faktör ise antipsikotik ilaçların sadece biyolojik olarak ele alması ve psikolojik etmenleri göz ardı etmesidir. BDT_p yaygınlaştıktan sonra tedavilerde sadece antipsikotikler değil psikoterapi ve farmakoterapi beraber kullanılmaktadır. (Kart ve diğerleri, 2021).

ŞTKB olan bireyler için BDT_p, terapistin kullanacağı ifadelerin büyük bir önem taşıdığı bir terapi yöntemidir. Terapistin, hastanın psikotik semptomlarını doğru bir şekilde anlaması ve değerlendirmesi, terapötik ilişkinin niteliğine bağlıdır. Yanlış bir ifade veya anlam hataları, hastanın psikotik semptomlarını belirlemeyi daha da zorlaştırabilir. Bu nedenle, terapistin terapötik ilişkiyi güçlendirmek adına empati ve samimiyet gibi duyguları etkili bir şekilde kullanması kritik bir öneme sahiptir. Terapistin bu duygusal bağlamı oluşturması, hastanın psikotik yaşantılarını paylaşma konusunda daha rahat hissetmesine olanak tanır (Kart ve diğerleri, 2021).

BDT_p sürecinde, terapistin dikkat etmesi gereken bir diğer önemli husus, hastanın psikotik yaşantılarını değersizleştirmemek ve herhangi bir yanlış ifadenin terapötik ilişkiyi olumsuz etkileyebileceğidir. Seçilen sözcüklerin dikkatlice seçilmesi, hastanın direnç göstermesini engelleyebilir ve sanrısız inanışlarına daha da bağlanmasını önleyebilir. Bu nedenle, terapistin dil kullanımına özel bir hassasiyet göstermesi gerekmektedir (Kart ve diğerleri, 2021).

BDT_p'nin asıl amacı, ŞTKB'li hastayı tamamen iyileştirmek değil, yaşadığı semptomları ortadan kaldırmak veya en aza indirmektir. Bu bağlamda, antipsikotik ilaçlara direnç gösteren hastalarda, BDT_p'nin etkili bir alternatif olabileceği unutulmamalıdır. İlaç kullanılmayan veya kullanılmayan durumlarda, psikoterapinin etkili bir seçenek olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yaklaşım, bireyin yaşadığı psikotik semptomların yönetilmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir rol oynayabilir (Kart ve diğerleri, 2021).

Tedavi ve destek süreçlerinde, bireyin sosyal becerilerini geliştirmeye yönelik psikososyal müdahaleler ve terapiler önemli bir rol oynayabilir. Sosyal beceri eğitimi, duygusal düzenleme becerilerini güçlendirme ve bireyin toplumsal entegrasyonunu artırma amacı taşıyan terapötik yaklaşımlar, ŞTKB'li bireyin yaşamında olumlu değişikliklere katkıda bulunabilir. Psikososyal bakış açısıyla, bireyin çevresiyle etkileşimini güçlendirmek ve sosyal destek ağlarını oluşturmak, ŞTKB ile başa çıkma sürecinde kilit öneme sahiptir (Walsh, 2017).

SONUÇ

ŞTKB olan bireyler kuşkucu düşüncelere ve olağandışı anlamlar barındıran referans fikirlerine sahiptirler. Altıncı his, telepati gibi batıl inançlara inanabilirler. ŞTKB olan bireyler tanımadıkları insanlarla yakın ilişki kurmada zorlanır. Bunun yerine birinci derece tanıdık akrabalarıyla ilişki kurmak onlara daha kolay gelir (Arıca ve Gençler, 2018). Bu nedenle ŞTKB olan bireyler genel olarak insanlardan uzak yaşamaya çalışırlar. Çünkü diğer bireylerin kendilerine zarar vereceği benzeri düşünceleri vardır. Yukarıdaki başlıklarda değinildiği üzere bireyde şizotipal özelliklerin görülmesinin sebebi öncelikle genlerle alakalı olabilmektedir. Birinci derece akrabalarında şizofreni spektrum bozukluğu varsa bireyde tam şizofreni olmasa da benzer özellikler görülebilmektedir. Beyin üzerindeki dopamin yolunun incelenmesi önemli rol oynamaktadır. Dopamin salınımının az olmasından kaynaklı bireyde şizotipal özellikler görülebilmektedir. Bunların yanı sıra nörolojik olarak beyinde bazı bölgelerin hacimlerinin küçülmesi gereken durumlarda ayırıcı tanı olabilmektedir. ŞTKB ele alınırken biyopsikososyal yaklaşım ile incelenmesi de faydalı olabilir. Sadece biyolojik olarak düşünmek yerine psikososyal faktörlerin de incelenmesi ŞTKB'yi anlamada etkili olabilir. Biyopsikososyal yaklaşım ile ele alınırken risk faktörü ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi tedavi aşamasında fayda sağlayacaktır. ŞTKB'nin prevalansına bakıldığında yaklaşık %0.7 ile %5 arasında olduğu bilinmektedir. Az görülmesinin sebebi bozukluğun nadir olması ve diğer bozukluklar ile karıştırılmasından kaynaklanabilmektedir. OSB, OKB, şizofreni ve diğer kişilik bozuklukları ile karıştırılabilir. Bu yüzden de yanlış tanı konulabilmektedir. Bu durumun önüne geçilebilmesi için ayırıcı tanıların iyi bilinmesi ve daha çok araştırmaların yapılması gerekmektedir. DSM-5 ve ICD-11 kriterlerine göre bakıldığında ŞTKB benzerlik görülmekte, farklılık görülmemektedir. Bireyde ŞTKB olup olmadığını anlamak için SIS-R gibi ölçme araçları kullanılmaktadır. ŞTKB'nin tedavisi için psikoterapiler önem taşımaktadır. Terapide komorbid bir durum olmaması için veya diğer bazı belirtileri azaltmak için farmakoterapide uygulanmaktadır. Terapist bu bozukluğa sahip birey ile kurduğu terapötik ilişkiye dikkat etmelidir. Yapılabilecek en küçük bir hata (örneğin yanlış kelime seçimi) terapötik ilişkiyi olumsuz etkilemekte ve birey tedaviye karşı direnç gösterebilmektedir. Bu yüzden terapist ŞTKB olan bireye dikkatlice yaklaşmalıdır. Çünkü bireyin paranoid düşünceleri olduğundan birey çekingen davranabilmektedir. Bu bağlamda terapistin dürüst yaklaşması önem taşımaktadır. Terapist bu bozukluğa sahip hastaların her şeyi anlatmasına izin vermeli ve anlatım esnasında sözünü bölmemelidir.

Sonuç olarak ŞTKB detaylı bir şekilde incelenmelidir. Popülasyonun düşük bir kısmında görüldüğü için çalışılması zor bir bozukluktur. Bireyde gösterdiği semptomların incelenmesi önem taşır. Semptomlar bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Günümüzde birçok araştırmacının şizofreni spektrum bozukluğuna ilgisi olduğu söylenebilir. Bu çerçevede benzer bozukluklarında incelenmesi şizotipal kişilik bozukluğunun da anlaşılmasında fayda sağlayacaktır. Yeni çalışmalar yapılarak literatürün genişletilmesi bu bozukluğun anlaşılması açısından önem taşıyabilir.

Yazarlar Hakkında

Umutcan ALTUNKAYA

Kastamonu Üniversitesi

İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Bölümü Lisans Öğrencisi

Çiçek HOCAOĞLU

Prof. Dr.

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi

Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı

Yazar Katkıları

Yazarlar bu makaleye eşit oranda katkı sağlamıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar tarafından çıkar çatışması olmadığı beyan edilmiştir.

Destek

Finansal destek alınmamıştır.

Etik Bildirim

Bu çalışma literatür çalışması ile gerçekleştirilmiş olup insan katılımcılardan ya da hayvanlardan veri toplanmamıştır. Etik onay alınması gerekmemektedir.

KAYNAKÇA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. Baskı). American psychiatric association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4. Baskı). American psychiatric association.
- Arıca, S. ve Gençer, Z., M. (2018). Kişilik Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 9(3), 213-219.
- Apthorp, D., Bolbecker, A. R., Bartolomeo, L. A., O'Donnell, B. F., ve Hetrick, W. P. (2019). Postural sway abnormalities in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 45(3), 512-521. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby141>
- Ayçiçeği, A., Dinn, W. M., ve Harris, C. L. (2005). Validation of Turkish and English versions of the schizotypal personality questionnaire-B. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(1), 34-43. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.1.34>
- Baygın, C. (2020), *Agorafobisi olan ve olmayan panik bozukluk hastalarının çocukluk çağı travması ile şizotipal kişilik özellikleri yönünden karşılaştırılması* [Yayımlanmamış uzmanlık tezi]. Adnan Menderes Üniversitesi.
- Carcione, A., Riccardi, I., Bilotta, E., Leone, L., Pedone, R., Conti, L., ... ve Semerari, A. (2019). Metacognition as a predictor of improvements in personality disorders. *Frontiers in psychology*, 10, 170. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00170>
- Cheli, S., Cavalletti, V., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Petrocchi, N., Chiarello, F., ... ve Goldzweig, G. (2023). A pilot randomized controlled trial comparing a novel compassion and metacognition approach for schizotypal personality disorder with a combination of cognitive therapy and psychopharmacological treatment. *BMC psychiatry*, 23(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04610-5>
- Cheli, S., Lysaker, P. H., ve Dimaggio, G. (2019). Metacognitively oriented psychotherapy for schizotypal personality disorder: A two-case series. *Personality and mental health*, 13(3), 155-167. <https://doi.org/10.1002/pmh.1447>
- Çaresiz, D., ve Farajı, H. (2022). Covid-19 Pandemi Döneminin Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerdeki Olası Etkilerine Dair Bir Değerlendirme. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 264-284. <https://doi.org/10.47525/ulasbid.1053922>
- Çuvadar Baş, Y. (2023). Hastane Öncesi Psikiyatrik Aciller . *Hastane Öncesi Dergisi* , 8(1), 129-136. <https://doi.org/10.54409/hod.1228744>
- Deniz, D. (2017). Kişilik bozukluklarında tanı güvenilirliği ve cezai sorumluluk. *Adli Tıp Bülteni*, 22(2), 124-129. <https://doi.org/10.17986/blm.2017228029>
- Ertan, E. A., ve Cankorur, V. Ş. (2017). Kişilik bozukluklarının tanısı: yeni bulgular ile tanıda kullanılan anket ve ölçekler. *Kriz Dergisi*, 25(1). https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000354

- Faraone, S. V., Green, A. I., Seidman, L. J., ve Tsuang, M. T. (2001). "Schizotaxia": clinical implications and new directions for research. *Schizophrenia bulletin*, 27(1), 1-18. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006849>
- Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Stolar, N. M., ve Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 69(2), 121-127. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.129>
- Hazlett, E. A., Buchsbaum, M. S., Haznedar, M. M., Newmark, R., Goldstein, K. E., Zelmanova, Y., ... ve Siever, L. J. (2008). Cortical gray and white matter volume in unmedicated schizotypal and schizophrenia patients. *Schizophrenia research*, 101(1-3), 111-123. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.12.472>
- Hazlett, E. A., Rothstein, E. G., Ferreira, R., Silverman, J. M., Siever, L. J., ve Olincy, A. (2015). Sensory gating disturbances in the spectrum: Similarities and differences in schizotypal personality disorder and schizophrenia. *Schizophrenia research*, 161(2-3), 283-290. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.020>
- Kart, A., Özdel, K., ve Türkçapar, M. H. (2021). Şizofreni tedavisinde bilişsel davranışçı terapi. *Nöropsikiatri Arşivi*, 58, 61-65. <https://doi.org/10.29399/npa.27418>
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., ve Schulsinger, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Journal of Psychiatric Research*, 6, 345-362. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(68\)90026-5](https://doi.org/10.1016/0022-3956(68)90026-5)
- Kirchner, S. K., Roeh, A., Nolden, J., ve Hasan, A. (2018). Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review. *NPJ schizophrenia*, 4(1), 20. <https://doi.org/10.1038/s41537-018-0062-8>
- Köse, H. (2023). *Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalarda hastalık şiddetinin psikotik semptomlar, şizotipal kişilik özellikleri, dissosiyasyon, ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi* [Yayımlanmamış uzmanlık tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Kuperberg, G. R., Broome, M. R., McGuire, P. K., David, A. S., Eddy, M., Ozawa, F., ... ve Fischl, B. (2003). Regionally localized thinning of the cerebral cortex in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 60(9), 878-888. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.878>
- Lewandowski, K. E., Barrantes-Vidal, N., Nelson-Gray, R. O., Clancy, C., Kepley, H. O., ve Kwapil, T. R. (2006). Anxiety and depression symptoms in psychometrically identified schizotypy. *Schizophrenia research*, 83(2-3), 225-235. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.11.024>
- Linscott, R. J., ve Morton, S. E. (2018). The latent taxonicity of schizotypy in biological siblings of probands with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(4), 922-932. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx143>
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., ... ve Hsiao, J. K. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England journal of medicine*, 353(12), 1209-1223. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa051688>

- Lysaker, P. H., Cheli, S., Dimaggio, G., Buck, B., Bonfils, K. A., Huling, K., ... ve Lysaker, J. T. (2021). Metacognition, social cognition, and mentalizing in psychosis: are these distinct constructs when it comes to subjective experience or are we just splitting hairs?. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03338-4>
- Meehl P. E. (1962) Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia, *American Psychologist*, 17,827-838.
- McClure, M. M., Graff, F., Triebwasser, J., Perez-Rodriguez, M., Rosell, D. R., Koenigsberg, H., ... ve New, A. S. (2019). Guanfacine augmentation of a combined intervention of computerized cognitive remediation therapy and social skills training for schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 176(4), 307-314. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18030349>
- Machón, R. A., Huttunen, M. O., Mednick, S. A., Sinivuo, J., Tanskanen, A., Watson, J. B., ... ve Pyhälä, R. (2002). Adult schizotypal personality characteristics and prenatal influenza in a Finnish birth cohort. *Schizophrenia research*, 54(1-2), 7-16. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00346-2](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00346-2)
- Mısır, E., ve Alptekin, K. (2020). Şizotipi kavramı ve şizotipal kişilik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 364-374. <https://doi.org/10.5505/kpd.2020.27576>
- Nettle, D., ve Clegg, H. (2006). Schizotypy, creativity and mating success in humans. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 273(1586), 611-615. <https://doi.org/10.1098/rspb.2005.3349>
- Nordentoft, M., Thorup, A., Petersen, L., Øhlenschläger, J., Melau, M., Christensen, T. Ø., ... ve Jeppesen, P. (2006). Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. *Schizophrenia Research*, 83(1), 29-40. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.01.002>
- Nowak, I., Sabariego, C., Świtaj, P., ve Anczewska, M. (2016). Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0912-8>
- Paris, J. (1993). Personality disorders: A biopsychosocial model. *Journal of personality disorders*, 7(3), 255-264. <https://doi.org/10.1521/pedi.1993.7.3.255>
- Perris, F., Fabrazzo, M., De Santis, V., Luciano, M., Sampogna, G., Fiorillo, A., ve Catapano, F. (2019). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder: clinical response and treatment resistance to pharmacotherapy in a 3-year follow-up naturalistic study. *Frontiers in psychiatry*, 10, 386. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00386>
- Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry*, 110(6), 406-416. <https://doi.org/10.1176/ajp.110.6.406>
- Rosell, D. R., Futterman, S. E., McMaster, A., ve Siever, L. J. (2014). Schizotypal personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, 16, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0452-1>

- Semerari, A., Colle, L., Pellecchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., ... ve Pedone, R. (2014). Metacognitive dysfunctions in personality disorders: Correlations with disorder severity and personality styles. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 751-766. <https://doi.org/10.1521/pepi.2014.28.137>
- Takayanagi, Y., Sasabayashi, D., Takahashi, T., Furuichi, A., Kido, M., Nishikawa, Y., ... ve Suzuki, M. (2020). Reduced cortical thickness in schizophrenia and schizotypal disorder. *Schizophrenia bulletin*, 46(2), 387-394. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz051>
- Thompson, J. L., Rosell, D. R., Slifstein, M., Girgis, R. R., Xu, X., Ehrlich, Y., ... ve Siever, L. J. (2014). Prefrontal dopamine D1 receptors and working memory in schizotypal personality disorder: a PET study with [11 C] NNC112. *Psychopharmacology*, 231, 4231-4240. <https://doi.org/10.1007/s00213-014-3566-6>
- Tuna, E. ve Öncül-Demir, Ö. (Ed.). (2022). *DSM-5'e göre anormal psikoloji*. (2. Baskı). Nobel Yayın.
- Ünver, B., Öner, Ö., ve Yurtbaşı, P. (2015). Şizotipal kişilik bozukluğu ile otizm spektrum bozukluklarının ayırıcı tanısı: Bir olgu sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(1), 65-70.
- Velikonja, T., Velthorst, E., McClure, M. M., Rutter, S., Calabrese, W. R., Rosell, D., ... ve Perez-Rodriguez, M. M. (2019). Severe childhood trauma and clinical and neurocognitive features in schizotypal personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(1), 50-64. <https://doi.org/10.1111/acps.13032>
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., ve Hochman, K. M. (2004). Schizophrenia: etiology and course. *Annu. Rev. Psychol.*, 55, 401-430. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141950>
- Walsh, J. (2017). Schizotypal personality disorder: A clinical social work perspective. *Journal of Social Work Practice*, 31(1), 67-78. <https://doi.org/10.1080/02650533.2015.1132686>
- Widiger, T. A. (Ed.). (2012). *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford University Press, USA.
- World Health Organization. (2022). International classification of diseases: eleventh revision (ICD-11).
- World Health Organization. (2023). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f18178000> adresinden 28 Eylül 2023 tarihinde alınmıştır.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H., ve Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 77(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.02.018>
- Zhang, T., Li, H., Tang, Y., Li, H., Zheng, L., Guo, Q., ... ve Xiao, Z. (2015). Screening schizotypal personality disorder for detection of clinical high risk of psychosis in Chinese mental health services. *Psychiatry research*, 228(3), 664-670. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.049>

Zhu, Y., Tang, Y., Zhang, T., Li, H., Tang, Y., Li, C., ... ve Wang, J. (2017). Reduced functional connectivity between bilateral precuneus and contralateral parahippocampus in schizotypal personality disorder. *BMC psychiatry*, 17, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1146-5>