

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**ŞİZOFRENİLİ HASTALARDA DEPRESİF
BELİRTİLERİN PSİKOLOJİK
DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet Murat KIRPINAR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ömer Faruk DEMİREL

İSTANBUL-2019



Bu tez çalışması Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca onaylanmıştır. (03.10.2019-150735-83045809-604.01.02- sayılı yazı ile)

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecimde başta çalışma disiplini ve hastalarına ilgisi olmak üzere kendisinden çok şey öğrendiğim değerli hocam Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Alaattin Duran'a,

Tecrübeleri ve bilgilerinden her zaman yararlandığım değerli Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu'na, Prof. Dr. Mert Savrun'a, Prof. Dr. Reha Bayar'a ve tüm emekli olmuş hocalarıma,

Tezimi oluşturma sürecinde yardımlarını esirgemeyen ve asistanlık eğitimimin her aşamasında desteğini her zaman gördüğüm danışmanım Doç. Dr. Ömer Faruk Demirel'e,

Asistanlık süresince her zaman danışabildiğim, bilgi ve tecrübesinden yararlandığım Doç. Dr. Cana Aksoy Poyraz'a,

Her zaman desteğini hissettiğim, çalışma düzeni ve titizliği ile bizlere örnek olan Doç. Dr. Şenol Turan'a,

Hastalarına olan ilgisi ve bilgi düzeyi yanında her zaman merak etmenin ve araştırmanın önemini vurgulayan Doç. Dr. Burç Çağrı Poyraz'a,

Berber çalışırken desteklerini ve güler yüzlerini esirgemeyen başta Mustafa Kaya olmak üzere, tüm hemşirelerimize, sekreterlerimize, emekçilerimize, güvenlik personelimize,

Asistan olarak beraber çalıştığım kıdemlilerime ve arkadaşlarıma, bu süreçte beraber olmaktan her zaman mutlu olduğum Dr. Elshad Gulmammadov'a, Dr. Kübra Fadiloğlu'na, Dr. Tarık Sağlam'a,

Hayatım boyunca desteklerini gördüğüm ve haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim fedakar canım anneme, bir adım önümde bana hep güzel yolu gösteren ablama ve çalışma disiplinini örnek aldığım, ilk ve aynı zamanda her daim hocam olan canım babam İsmet Kırpınar'a,

Her zaman desteğini hissettiğim, her aşamada bana yardımcı olan çok sevgili eşime ve hayatımıza yeni katılan, yüzümüzün hep gülmesini sağlayan biricik kızımız İpek'e sonsuz teşekkür ederim.

(İstanbul, 2019)

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Şizofreni	3
2.1.1. Şizofreni Tarihçesi	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	5
2.1.3. Risk Oluşturan Faktörler	5
2.1.4. Etiyoloji	6
2.1.5. Belirtiler ve Bulgular	9
2.1.6. Klinik Gidiş Özellikleri ve Evreleri.....	10
2.1.7. Tanı Ölçütleri	13
2.1.8. Ayırıcı Tanı.....	15
2.1.9. Tedavi	17
2.2. Depresyon	18
2.2.1. Epidemiyoloji.....	19
2.2.2. Etiyoloji	20
2.2.3. Belirtiler ve Bulgular	22
2.2.4. Klinik Gidiş Özellikleri	23
2.2.5. Major Depresif Atak DSM-5 Tanı Ölçütleri.....	24

2.2.6.	Ayırıcı Tanı.....	27
2.2.7.	Tedavi	29
2.3.	Şizofrenide Depresyon	30
2.3.1.	Epidemiyoloji.....	31
2.3.2.	Şizofrenide depresyonun önemi.....	31
2.3.3.	Depresyon ve negatif belirtiler	32
2.3.4.	Depresyonun şizofreni dönemleriyle ilişkisi	33
2.3.5.	Patogenez	33
2.3.6.	Psikolojik faktörlerin rolü.....	34
3.	YÖNTEM VE GEREÇLER	36
3.1.	Araştırma Örnekleme, Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri.....	36
3.1.1.	Araştırma Örnekleme	36
3.1.2.	Çalışmaya dahil edilme ölçütleri:	36
3.1.3.	Çalışmadan dışlanma ölçütleri:.....	36
3.2.	Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	37
3.2.1.	Sosyodemografik Veri Formu	37
3.2.2.	Positive and Negative Syndrome Scale: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS).....	37
3.2.3.	Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	37
3.2.4.	Beck Anksiyete Ölçeği	38
3.2.5.	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	38
3.2.6.	Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği	38
3.2.7.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	39
3.3.	Yöntem.....	39
3.4.	İstatistiksel Analiz.....	40
4.	BULGULAR.....	41
4.1.	Örneklem.....	41

4.2.	Sosyodemografik veriler	41
4.3.	PANSS Ölçeği Değerlendirilmesi.....	46
4.4.	Beck Anksiyete Ölçeği.....	47
4.5.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	47
4.6.	Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)	48
4.7.	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ).....	48
4.8.	Korelasyon Çalışmaları	49
5.	TARTIŞMA	51
6.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER	60
7.	KAYNAKLAR	62
8.	EKLER	78
	Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu.....	78
	Ek-2: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	79
	Ek-3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	81
	Ek-4: Beck Anksiyete Ölçeği	82
	Ek-5: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	83
	Ek-6: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	85
	Ek-7: Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği	87

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Sosyodemografik veriler	42
Tablo 2: Sigara, alkol ve madde kullanımına ilişkin veriler	44
Tablo 3: Hastaların klinik özellikleri	45
Tablo 4: Tedavi şekilleri verileri	46
Tablo 5: PANSS alt ölçekleri ve toplam puanlarını karşılaştıran veriler	46
Tablo 6: Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırma verileri	47
Tablo 7: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) verileri	47
Tablo 8: Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ) verileri	48
Tablo 9: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) verileri	48
Tablo 10: Yatış sayısı ve tanı alındığından beri geçen zamanı ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) ve PANSS ilişkisi	49
Tablo 11: Depresyon puanları ile PANSS ve Beck Anksiyete Ölçeği İlişkisi	49
Tablo 12: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ) arasındaki korelasyon analizi	50
Tablo 13: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) analizi	50

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Grupların medeni durumuna ilişkin grafik	43
Şekil 2: Hastaların eğitim düzeyine ilişkin grafik	43
Şekil 3: Hastaların çalışma durumuna ilişkin grafik.....	44
Şekil 4: Aile öyküsü varlığına ilişkin grafik.....	45



KISALTMALAR

DISC 1	: Disrupted in Schizophrenia 1
COMT	: Catechol-O-Methyltransferase
GRM	: Glutamate Receptor Metabotropic
EPS	: Ekstrapiramidal Sistem
NRG	: Neuregulin
RGS	: Regulator of G-protein Signaling
DTNBP	: Dystrobrevin Binding Protein
DSM-5	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
GABA	: Gama Aminobutirik Asit
NMDA	: N-Metil D-Aspartik Asit
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
SPECT	: Single Photon Emission Computerized Tomography
TPD	: Tedavisiz Psikotik Dönem
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi
SAPS	: Scale for Assesment of Positive Symptoms
SANS	: Scale for the Assesment of Negative Symptoms
PANSS	: Positive and Negative Syndrome Scale
CŞDÖ	: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
MSPSS	: Multidimensional Scale of Perceived Social Support
SPSS	: Statistical Program for Social Sciences
HT	: Hidroksitriptamin
PANSS	: Positive and Negative Sendrom Scale
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
RİDKOÖ	: Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği
SBCTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

ÖZET

Giriş: Şizofreni, psikotik ruhsal bozuklukların en yaygın ve en tipik örneğidir. Hastanın tüm yaşamını etkileyen klinik belirtileri, işlevselliği ileri derecede bozar ve yüksek oranlarda yeti yitimine yol açar. Şizofrenide depresif belirtiler oldukça yaygındır ve hastalığın her evresinde görülebilir. Bu belirtilerin, daha çok ilaç kullanımı, tedavi uyumsuzluğu, hastanede daha fazla yatış, işlevsellikte daha fazla bozulma ve yaşam kalitesinde kötüleşme ile ilişkili olduğuna dair giderek artan kanıtlar bulunmaktadır. Ayrıca, yüksek intihar oranları nedeniyle artmış mortalite oranlarına da neden olmaktadır. Şizofrenide depresyon gelişimini açıklamak üzere çeşitli modeller üzerinde durulmakla birlikte, ilişkili psikolojik faktörleri araştıran çalışmaların sayısı azdır ve bu çalışmalarda genellikle az sayıda faktör üzerinde durulmuştur.

Amaç: Bu çalışmada, şizofrenili hastalarda bazı psikolojik faktörlerin depresyon açısından öngördürücülüğünü araştırmak amaçlanmıştır. Bu amaçla depresyon puanları yüksek ve düşük hastalar; pozitif ve negatif belirtiler, anksiyete, stresle başa çıkma tarzları, sosyal destek ve kontrol odağı türü açısından karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Şizofreni hastalarına Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ile belirlenen depresyonu olan (n=29) ve olmayan (n=31) iki grup Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom, Beck Anksiyete, Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçekleri uygulanarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Depresyonu olan ve olmayan iki grup arasında sosyodemografik ve klinik özelliklerle sosyal destek puanları ve stresle başa çıkma tarzları açısından farklılık saptanmamıştır. Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji alt ölçekleri ve PANSS toplam puanları ile anksiyete puanları ve kontrol odağı inancı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışma, şizofrenili hastalarda negatif, pozitif ve genel psikopatolojik belirti düzeylerinin yüksekliği, dış kontrol odağı ve yüksek anksiyete puanlarının depresyon için öngördürücü olabileceğini göstermiştir. Benzer ya da farklı psikolojik faktörleri daha geniş hasta gruplarında inceleyecek çalışmalar, etkili olabilecek

faktörleri erken dönemde saptamak ve müdahale etmek yoluyla morbiditeyi ve hatta neden olduğu yüksek intihar riski nedeniyle mortaliteyi azaltmak imkanı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, depresyon, anksiyete, kontrol odağı, stresle başa çıkma, algılanan sosyal destek



ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is the most common and typical example of psychotic mental disorders. Clinical symptoms that affect the patient's whole life severely impair functionality and lead to high disabilities. Depressive symptoms are very common in schizophrenia and can be seen at any stage of the disease. There are increasing evidences that these symptoms are associated with more drug use, treatment incompliance, more hospitalization, greater impairment of functionality, and deterioration in quality of life. It also leads to increased mortality rates due to high suicide rates. Although various models have been discussed to explain the development of depression in schizophrenia, the number of studies investigating related psychological factors is scarce and these studies usually focus on a small number of factors.

Objective: In this study, we aimed to investigate the predictability of some psychological factors on depression in patients with schizophrenia. For this purpose, patients with high and low depression scores were compared to positive and negative symptoms, anxiety, stress coping styles, social support and locus of control.

Method: The two groups, with (n=29) and without (n=31) depression, determined by the Calgary Depression Scale in Schizophrenia were compared by applying Sociodemographic Data Form, Positive and Negative Sendrom Scale, Beck Anxiety Inventory, Rotter Internal-External Locus of Control Scale, Multidimensional Scale of Perceieved Social Support and Coping Stress Styles Scale.

Results: There were no differences between the two groups, with and without depression, in terms of sociodemographic and clinical characteristics, social support scores, and coping styles. Statistically significant differences were found between the groups, with and without depression, in terms of PANSS positive, negative, general psychopathology subscales, PANSS total scores, anxiety scores and locus of control.

Conclusion: This study showed that high levels of negative, positive and general psychopathological symptoms, external locus of control, and high anxiety scores may be predictive of depression in patients with schizophrenia. Studies that examine similar or different psychological factors in larger patient groups may provide

the opportunity to reduce morbidity and mortality due to the high risk of suicide caused by early detecting and interfering with the factors that may be effective.

Key words: Schizophrenia, depression, anxiety, locus of control, coping with stress, perceived social support



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, psikoz grubu ruhsal bozuklukların en yaygını ve önemlisi olup hezeyan, halüsinasyon, konuşma ve davranışlarda düzensizlikler gibi belirtilerle seyreden bir ruhsal bozukluktur. Ancak oluş nedenleri, başlangıç, belirtiler, seyir, tedavi ve sonlanış bakımından heterojen bir bozukluktur. Bu yüzden tek bir hastalık değil, bir hastalıklar grubu olarak değerlendirilebilir.¹

Genellikle işlevselliği çok bozmakta ve yüksek oranlarda yeti yitimine yol açmaktadır.² Düşünce, duygular ve davranışlarla ilgili geniş bir belirtiler kümesi vardır.³ Ancak hiçbir belirti tek başına tanı koydurucu değildir. Bu yüzden tanı sadece muayene bulgularına dayandırılmamaktadır. Hastanın tam öyküsünün alınması gerekmektedir. Belirtiler zamanla değişebilmektedir.⁴

Depresif bozukluk çok çeşitli belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Temel belirtileri; çökkün duygu durumu, her zamanki olağan etkinliklerden zevk alamama, enerjide azalma, isteksizlik, motor ve ruhsal yavaşlık hali, karamsar düşünce biçimi ve içeriği olarak sayılabilir. Bunlara uyku ve iştah düzeninde değişiklikler ve çeşitli bedensel belirtiler eşlik edebilmektedir. Depresyonlar oldukça sık görülen bozukluklardır ve epidemiyolojik çalışmalar yaşam boyu görülme sıklığının %1,5- %19 arasında olduğunu bildirmektedir. Depresyon sırasında günlük yaşam ve işlevselliği bozacak kadar güçlü duygular ortaya çıkmakta ve süreklilik göstermektedir. Uygun tedavi edilmez ise, işlevsellikte önemli bozulmalara, yüksek tedavi maliyetlerine ve toplumsal sorunlara neden olabilmektedir. Sebep olduğu olumsuzluklar nedeniyle tüm tıbbi hastalıklar arasında yeti kaybı sıralamasında her zaman en üst sıralarda yer almaktadır. Nihayet, intiharların en önemli nedeni olarak, yüksek mortalite oranları ile birliktelik göstermektedir.⁵

Depresif semptomlar, şizofrenili hastalarda sık gözlenen klinik özellikler arasındadır. Şizofrenide depresyon prevalansı çalışmaları, oldukça geniş bir aralıkta yüksek oranlar göstermektedir. Bu yüksek farklılık düzeyleri, öncelikle depresyon tanımı ve tanı ölçütleri ile ilgilidir. Ayrıca, şizofreninin negatif belirtileri, zevk alamama (anhedoni) durumu, tedaviye bağlı akinezi gibi yan etkiler ile hastalığa eşlik eden depresyonu ayırt etmek zordur. Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilen Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerinden ya da

ekstrapiramidal yan etkilerden etkilenmediğine dair çalışmalar bulunan bir ölçek olarak, klinik çalışmalarda tercih edilmektedir.⁶

Depresyon şizofreninin her evresinde görülebilmektedir. Eskiden post-psikotik depresyon kavramı kullanılmaktayken şu anda bu kavram terk edilip, eş tanımlı depresyondan söz edilmektedir. Şizofrenideki depresif semptomların yeni tedavi düzenlemeleri dışında günlük işlevsellikte bozulmalar, yaşam kalitesinde kötüleşme, daha çok ilaç kullanımı, hastanede daha fazla yatışla ilişkili olduğuna dair giderek artan kanıtlar bulunmaktadır. Depresif belirtiler ayrıca, tıpkı negatif belirtiler gibi günlük yaşam ödevlerindeki işlevsel becerilerde de bozulma yapmaktadır. Daha da önemlisi, şizofrenide depresyon gelişimi, yüksek intihar oranları nedeniyle artmış mortalite oranlarına da neden olmaktadır.⁵

Şizofrenide depresyon gelişimini açıklamak üzere çeşitli modeller üzerinde durulmaktadır. Psikozun içsel bir parçası ve şizofreninin çekirdek belirtiler gruplarından biri, pozitif ve özellikle negatif belirtilerin bir yansıması, kullanılan ilaçlar, tanıya ve buna bağlı sosyal statü ve pozisyon değişikliklerine bir psikolojik tepki ve hatta çocukluk çağı travmalarının kesin bir delili olarak depresyon kavramlaştırılmıştır. Depresyon gelişimi ile ilgili psikolojik faktörler olarak; stres, aileden algılanan destek ve kontrol odağı gibi faktörleri inceleyen çalışmalar olmakla birlikte, bu çalışmaların sayısı ve kullanılan değişkenler azdır.¹

Biz bu çalışmada, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ile depresyon geliştiği gösterilen şizofreni hastalarında psikolojik faktörlerin yordayıcılığını araştırmayı amaçladık. Bu amaçla depresyon puanları yüksek ve düşük hastalarda; pozitif ve negatif şizofreni belirtileri dışında; psikolojik faktörlerden anksiyete, stresle başa çıkma tarzları, algılanan sosyal destek ve kontrol odağı türünü karşılaştırmak istedik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Şizofreni

Şizofreni, kronik gidişli; düşünce, duygulanım ve hareketlerde önemli bozulmalarla seyreden ve ağır yeti yitimlerine yol açan bir hastalıktır. Hastalığın neredeyse tüm özellikleri hastadan hastaya değişiklikler gösterir ve bu yüzden heterojen bir bozukluk olarak tanımlanır. Birçok araştırmacı bu yüzden, şizofreniyi bir hastalık değil de hastalıklar grubu olarak ele almak gerektiğini ileri sürmektedir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı beşinci baskısında (DSM-5) şizofreni, benzer klinik durumlarla birlikte Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar grubu olarak yer almaktadır.¹

Hastalarda algı, düşünce, duygu, biliş ve davranış alanlarında çok çeşitli belirtiler ve bulgular görülmektedir. Ancak bu belirti ve bulguların hiçbiri tek başına tanı koydurucu değildir. Üstelik aynı hastada, hastalığın değişik dönemlerinde farklı klinik belirti ve bulgular görünebilir. Bu yüzden tanıyı sadece mental muayeneye dayandırmak doğru değildir. Şizofreni tanısı, ruhsal durum muayenesiyle birlikte, hastanın ve hastalığın detaylı bir öyküsüne dayanmalıdır.³

Bir erken dönem hastalığıdır ve genellikle 25 yaşından önce başlamakta ve yaşam boyu devam etmektedir. Bu yaşlar eğitim, iş ve meslek edinme, sosyal etkinlikler ve kişiler arası ilişki kurma dönemidir. Bu yüzden şizofrenili hastalar ve aileleri hastalığın etkilerinin yanında, işlevsel yetersizlikler, yetersiz bakım ve sosyal dışlanmayı da içeren birçok sorun yaşayabilmektedir.^{1,4}

2.1.1. Şizofreni Tarihçesi

Şizofreni, tarihin çok eski dönemlerinden beri bilinen bir durum olmakla birlikte, bir hastalık olarak tanımlanması çok yenidir. Eski zamanlarda, içinde yaşanılan ortama ve zamana göre farklı sosyal, kültürel, çevresel durumlarla açıklanmakla birlikte, yazılı kaynaklar eski Yunan hekimlerinin paranoyayı, hezeyanları, kişilikte ve bilişsel işlevlerde bozulmayı tanımladıklarını iletmektedir. Ortaçağ Avrupa'sında şizofrenili bireylerin kötü ruhların ve şeytanın esiri olduğu düşüncesiyle toplumdan uzaklaştırıldığı, hatta ceza ve işkence gördüğü anlaşılmaktadır.² Aynı dönemlerde İslam dünyasında "mecnun" olmanın toplumda daha farklı karşılıkları vardı. Şizofreninin

araştırılmaya ve tedavi edilmeye değer tıbbi bir durum olarak değerlendirilmesi ancak Avrupa’da aydınlanma devriyle beraber kilise otoritesinin zayıflamaya başladığı 18. yüzyılda gerçekleşmiştir.³ Şizofreniyle ilgili ilk tanımlamalardan biri 19. yüzyılın ilk yıllarında Pinel tarafından Fransa’da yapılmıştır. Pinel ruhsal hastalıkları beş kategoriye ayırmıştır, güncel şizofreni kriterlerini karşılayabilecek hastalardan “düşünce yeteneğinin bozulması ya da ortadan kalkması” diye adlandırdığı kategoride bahsetmiştir. John Haslam, İngiltere’de “genç insanlarda görülen delilik türü” hakkında yazmış, birçok vakası hakkında gözlemlerini özetlemiştir. Haslam’ın, kendisi bir isim önermese de o zaman yazdıklarıyla şizofreniyi tanımladığı anlaşılmaktadır.⁴

Morel, 1850’lerin sonunda ergenlik döneminde başlayan ve yıkım gösteren hastalar için “senil demans” lardan ayırmak üzere “Demence Precoce” terimini ilk kez kullanmıştır. Kahlbaum katatoni belirtilerini ve öğrencisi Hecker ise hebefrenideki bizar davranışları ayrı klinik durumlar olarak tanımlamıştır.⁵

Kraepelin, Morel’in tanımını “Dementia Praecox” olarak Latinceleştirmiş ve erken başlangıç ile ilerleyici zihin yıkımını vurgulamak istemiştir. Ayrıca bu hastaları, duygulanım belirtilerinin daha ön planda olduğu “Manik-Depresif Psikoz” hasta grubundan ayırmıştır. Önceki tanımlamalarda bahsedilen katatoni, hebefreni ve kendisinin paranoya olarak adlandırdığı durumları bu tanımın altında birleştirmiştir.⁵

İsviçreli Eugen Bleuler, erken bunama yerine şizofreni kavramını ilk kez kullanmıştır. Bu bozukluğun erken yaşlarda başlamasının ve yıkımla sonuçlanmasının zorunlu olmadığını, sadece çok ağır olgularda görüldüğünü ifade etmiştir. Bleuler, bu hastalıkta zihin işlevlerinde yarılmamanın (schisme) önemini vurgulayarak “schizophrenia”, yani zihin bölünmesi, yarılması adını önermiştir. Bleuler, Kraepelin’in bahsettiği belirtilerin şizofreniye özgü olmadığını ve yalnızca bazı vakalarda mevcut olduğunu belirterek bu hastalığın dört temel semptomunun; otizm, ambivalans, çağrışım bozukluğu, duygulanımda bozukluk olduğunu ifade etmiştir. Bleuler, Kraepelin’in tanımladığı katatonik, hebefrenik ve paranoid alttipleri kabul etmesinin yanısıra hezeyan ve halusinasyonların tanı için gerekli olmadığını düşünerek basit ve latent alt gruplarını eklemiştir.⁴

Yirminci yüzyılın ortalarında Kurt Schneider, şizofrenideki düşünce bozukluğunun özelliklerine dikkat çekmiş ve belirtileri iki alt gruba ayırmıştır. Birinci

sıra belirtiler görüşü dünya çapında kabul görmüş ve tanı sistemlerine dahil edilmiştir. Ayrıca zamanla, şizofreni belirtilerinin pozitif ve negatif olarak ayrılması temelinde tanı ölçütleri değişmiştir.⁵

2.1.2. Epidemiyoloji

Yapılan birçok çalışmanın sonuçlarına göre şizofreni insidansı 0,11 – 0,70/ 1000/ yıl arasında değişmektedir. Herhangi bir zamanda şizofrenili hastaların genel toplumdaki yaygınlık oranının ise % 0,21 - 0,7 olduğu bildirilmektedir. Yaşam boyu yaygınlığını araştıran çalışmaların sonuçları ise yaklaşık binde 4 oranlarını vermektedir.⁷ Genellikle kadın ve erkeklerde görülme oranlarının benzer olduğu söylene de son yıllardaki çalışmalar, erkeklerde daha sık görüldüğünü; kabaca erkek/kadın oranının 1,4 olduğunu göstermektedir. Erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başlamaktadır. İlk kez tedavi alma, erkeklerde 15- 24 yaş arasında, kadınlarda ise 25- 34 yaşları arasında en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Birçok çalışmada kadınlarda hastalık seyrinin daha iyi olduğu belirtilmektedir.⁸

Hastaların % 90'ında ilk atak 15- 54 yaşları arasında başlamaktadır. 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra başlangıç nadirdir. Bütün hastaların beşte bir kadarının 40 yaş ve üzerinde başlayan geç başlangıçlı olgular olduğu düşünülmektedir. 45 yaş sonrası başlaması durumunda geç başlangıçlı şizofreni olarak tanımlanmaktadır.⁵

Şizofreni hastalarında evlenme oranları eski zamanlara göre artma eğilimindedir. Bu sebeple şizofrenili ailelerde doğan çocuk sayısı artmaktadır. Şizofrenili kişilerin birinci derece yakınlarında hastalık gelişim riski normal popülasyona göre on kat fazladır. Normal nüfusa göre şizofrenili kişiler daha yüksek kaza ve ölüm oranlarına sahiptir. Yine birçok çalışmada şizofrenili hastaların büyük kısmında tıbbi hastalıkların bulunduğu ve bu hastalıklarının bir kısmının tanısının konmamış olabileceği belirtilmektedir.⁸

2.1.3. Risk Oluşturan Faktörler

Şizofreni yaygınlığı, yüksek nüfuslu yerlerde nüfus yoğunluğu ile birlikte artış göstermektedir. Şehirlerdeki sosyal stresörlerin etkisine dikkat çekilmektedir. Kentsel alanlarda yaşama ile şizofreni arasındaki ilişki, nedensellik özellikleri gösterse de, doğası hakkındaki varsayımlar yetersizdir.⁹

Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde, yaygınlığın daha yüksek olduğu bulunmuştur. Şizofreni sıklığının, evli kişilerde, bekar ve ayrı yaşayan insanlara göre daha düşük olduğu ve evliliğin hastalığa karşı koruyucu bir unsur olabileceği ileri sürülmektedir.¹⁰

Şizofreni göç eden topluluklarda daha sık görülmektedir. Özellikle ikinci kuşak göçmenler ve siyahlarda riskin yüksek olması algılanan ayrımcılığı işaret etmektedir. Algılanan ayrımcılık ile şizofreni riski arasındaki ilişki toplumsal dışlanışlığın, psikotik belirtilerin öncülü olan bilişsel bozulmaların oluşmasına sebep olabileceği ihtimalini düşündürmektedir.¹¹

Gebeliğin ikinci üç aylık döneminde görülen influenzaya maruziyet sonrası yetişkin hayatta şizofreni riskinin arttığını belirten çalışmalar bulunmaktadır. Influenza pandemilerinin, gebelik ve doğum komplikasyonlarının, annenin gebelik sırasında beslenmesinin, annenin gebelik zamanında folat ve D vitamini durumunun, Rh etkeni uyumsuzluğunun ve kış mevsiminde doğmanın şizofreni görülme riskini artırdığı belirtilmektedir.^{12,13}

2.1.4. Etiyoloji

Şizofreni etiyojisi; genetik, perinatal etkilenmeler, nöroanatomik, nörokimyasal ve diğer biyolojik nedenler ile psikososyal etkenleri içeren çok faktörlü, karmaşık modellerle açıklanmaktadır.⁵

Şizofrenili akrabaları olanlarda şizofreni riski daha yüksek olarak bulunmuştur. Birinci derece yakınlarında şizofreni olanlarda risk % 10 olarak hesaplanmıştır. Anne ve babanın ikisi de şizofreni hastası olan ailelerin çocuklarında şizofreni riski % 40 olarak hesaplanmıştır. Çift yumurta ikizlerinde şizofreni için eş-hastalanma oranı % 10 olurken, tek yumurta ikizlerinde bu oran % 40- 50 değerlerine yükselmektedir.⁵

Genetik geçiş için birçok genin şizofreni riskini artırmaya katkıda bulunduğu gösterilebilmiştir. Bağlantı (linkage) ve ilişkilendirme (association) genetik çalışmalarıyla 1q, 5q, 6p, 6q, 8p, 10p, 13q, 15q ve 22q olmak üzere dokuz bağlantı alanı için yüksek kanıtlar elde edilmiştir.^{14,15} Bu kromozomal alanların tespiti ile alfa-7 nikotinik reseptör, DISC 1, GRM 3, COMT, NRG 1, RGS 4 ve G 72 gibi bazı özel aday genler öne çıkmaktadır.¹⁶ Son zamanlarda distrobrevin (DTNBP1) ve nörogulin 1

genlerinin mutasyonlarının, şizofreninin negatif özellikleri ile ilişkili olabileceği ifade edilmiştir.^{17,18,19}

Şizofreni gelişimi ile birçok nörotransmitter ilişkilendirilmiştir. Hipotalamusta, arkuat ve kaudat çekirdekler ile sinir sisteminin çeşitli alanlarında sentezlenen biyolojik bir amin olan dopamin, bunların başında gelmektedir. Tedavide kullanılan antipsikotik ilaçların dopamin reseptörlerine kuvvetle bağlanıyor olması, post-mortem çalışmalarda şizofrenili bireylerin beyinlerinde dopamin reseptörlerinde artma görülmesi, amfetamin gibi dopamin dizgesinin etkinliğini artıran maddelerin şizofreni benzeri paranoid psikotik durumlara yol açabildiğinin tespiti gibi bulgular şizofreni için dopamin modelinin geliştirilmesinde etkili olmuştur. Şizofrenide subkortikal yapılarda aşırı dopamin etkinliği, prefrontal kortikal yapılarda ise azalmış dopamin etkinliği gösterilmiştir. Subkortikal mezolimbik dopamin etkinliğindeki artışın pozitif belirtilere, mezokortikal dopamin yayılımındaki azalmanın ise negatif belirtilere ve bilişsel kayıplara sebep olduğu varsayılmaktadır.⁵

Serotonin iletimini azaltan ikinci kuşak antipsikotiklerin prefrontal dopamin miktarını artırarak negatif belirtiler üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Şizofrenili hastalarda kortekste 5-HT_{2A} yoğunluğunda azalma ve 5-HT_{1A} yoğunluğunda artma olduğu gözlenmiştir.²⁰

Postmortem çalışmalarda şizofrenili hastalarda prefrontal korteks, talamus ve hipokampusta glutamat reseptör bağlanması, yazılımı ve reseptör alt birimlerinin açılımında değişiklikler olduğu gözlenmiştir. Glutamatın şizofrenideki rolü için nörogelişim sırasında glutamaterjik nöronlarda anormal budanma olması, kortikal ve hipokampal nöronlarda ekzitotoksik hasar olması ve glutamat, dopamin, GABA dizgeleri arasındaki etkileşim gibi çeşitli düzenekler öne sürülmüştür.²¹ NMDA reseptörlerinde glutamat etkinliğinin artırılmasının belirtiler açısından faydalı olacağı düşüncesiyle şizofreni tedavisinde glutamat dizgesi üzerinde etki eden tedaviler araştırılmaktadır.^{22,23,24} Şizofrenide GABA ile ilgili bulgular, kortikal GABAerjik ara nöronlarda azalma, prefrontal kortekste GABA reseptör yoğunluğunda artma, hipokampusta GABA geri alım bölgelerinde azalma olarak ifade edilmektedir. Şizofrenideki uyku bozukluğunda GABA dizgesinin de rolü olabileceği belirtilmektedir.²⁵

Kanabinoid reseptörlerinin genetik olarak belirlenmesinden sonra, şizofrenili hastalarda endokanabinoid sisteme yönelik çalışmalar da artmıştır. Sitriatum, hipokampus ve beyincikte yoğun olarak bulunan kanabinoid reseptörlerinin; GABA, glutamat, dopamin, asetilkolin ve serotonin salınımının olduğu presinaptik uçta yer aldığı belirlenmiştir. Bu reseptör ve ligantlar nörotransmitterlerin salınmasını etkiler ve sinaps plastisitesinde önemli rol oynarlar. Ergenlikte endokanabinoid düzeyleri zirve yapmaktadır, bu sistemin beynin olgunlaşmasında kritik önemi bulunmaktadır ve buradaki bir bozukluğun erişkin dönemde beynin işlevlerinde kalıcı etkileri olabileceği öne sürülmektedir.²⁶

NMDA reseptör işlev azalması ve ekzitotoksite, nöronların GABA interferonları tarafından inhibisyonunda azalma, membranların fosfolipid yapısında bozulmalar ve metabolizmalarında sorunlar, nörokimyasal duyarlılıkta artış, oksidatif stres gibi fizyopatolojik süreçler şizofrenide nörodejenerasyon varsayımına katkıda bulunmaktadır.²⁷

Şizofreninin nörogelişimsel bir bozukluk olduğu varsayımı, hastalarda erken dönemde bazı genetik ve çevresel etkenlerle oluşan zararın uzun yıllar sonra ortaya çıkmasına dayandırılmaktadır. Silik fiziksel anormallikler bu süreçteki bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. Gelecekte şizofrenili olacak kişilerin bebekliklerindeki gelişim basamaklarında diğer bebeklere göre gecikme yaşadığı gösterilmiştir. Beyin gelişimindeki anormalliklerin doğum öncesi döneme kadar uzandığı, ergenliğe kadar bu sorunların geciktiği ve şizofrenide ergenlik dönemindeki sinaptik budanmanın fazla olması ile psikozun ortaya çıktığı öne sürülmektedir.²⁸

Şizofrenili hastalarda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında en çok doğrulanan bulgu lateral ventriküllerdeki genişlemedir. Ayrıca total beyin hacmi ve kortikal gri cevher hacminde azalma sık gözlenen değişikliklerdir.²⁹ Yapılan manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarında ventrikül genişlemesi yanı sıra; amigdala, hipokampus, parahipokampus yapılarını kapsayan medial temporal lob ve süperior temporal girus yapılarında anormallikler gözlenmiştir. Yine bazal ganglialar, talamus ve korpus kallozum gibi subkortikal yapılarda da değişiklikler olduğu belirtilmektedir.³⁰ Yapılan işlevsel görüntüleme çalışmalarında özellikle sol dorsolateral prefrontal korteksin etkinliğinde azalma ve orta hat yapılarının etkinliklerinde artış fark edilen önemli bulgular olarak değerlendirilmektedir.³¹ PET ve SPECT gibi yöntemlerde de

frontal, temporal, singulat, beyincik ve talamus alanlarında kan akımında, metabolizmada ve nörokimyasal düzeneklerde farklılıklar saptanmıştır.³²

Şizofrenili hastalarda ve klinik olarak etkilenmemiş yakınlarında ön uyarın inhibisyonunda bozulmalar görülmektedir. Şizofrenili hastalarda ve yakınlarında p50 baskılanmasında bozukluk görülmektedir. Şizofrenili hastalarda uyumsuzluk negatifliğinde azalma görülürken bipolar, major depresif ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında değişiklik gözlenmemiştir. Yine p300 genlik değerinin şizofrenili hastalar ve yakınlarında azaldığı gözlenmiştir.^{33,34}

Psikanalitik kuram, belirtilere neden olarak egonun oluşmadığı ya da yeni oluştuğu bir döneme geri dönme, kişilerle çatışma ve früstrasyona cevap olarak regresyon varlığından bahsetmektedir. Psikanalitik görüş, ailelerde önemli bir yarıma ve bozulma olduğu, anne babadan birinin çocuğa yöneldiği üzerinde durmaktadır. Yine aile çalışmaları, uzun zaman karşıt tepkiler görme üzerine çocuğun kendine özgü bir dil geliştirmesini ifade eden patolojik aile örüntüleri, ikili çıkmaz ile yalancı birliktelik varsayımlarını öne çıkarmaktadır.³⁵

2.1.5. Belirtiler ve Bulgular

Şizofreni temel olarak; epizodlarla giden, belirleyici bazı belirti ve bulguların bir aylık epizodun önemli kısmında bulunduğu ve prodromal ve rezidüel belirtileri de kapsayacak şekilde tüm dönemlerin en az altı ay süreyle devam ettiği bir hastalıktır. Bu bulgular özellikle sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmalara sebep olabilmektedir. Şizofrenili hastalarda bilişsel bozulmalar, karakteristik algı ve düşünce bozuklukları, avolüsyon, apati, duygusal kısıtlılık, iletişimde güçlükler, duygu dışavurumunda azalmalar gibi çeşitli belirtiler görülmektedir. Son çalışmalarda belirtiler, gerçeği değerlendirmede bozulma ile giden pozitif belirtiler ile olağan işlevlerde azalma ile giden negatif belirtiler olarak gruplandırılmakla beraber bunlara bilişsel ve depresif belirtiler de katılmaktadır.³⁶

Pozitif belirtiler; halüsinasyonlar, hezeyanlar, çağrışımlarda dağınıklık, teğetsel ya da çevresel konuşma, basınçlı konuşma, garip davranışlar, yineleyici davranışlar ve tuhaf görünüm gibi olağan işlevlerde aşırılık ya da çarpıklıklardan oluşmaktadır. Düşüncenin amaca uygunluğunda, hızında ve çağrışım düzeninde bozukluklar görülebilmektedir.^{1,5}

Şizofrenili hastalarda görülen en temel düşünce içeriği bozukluğu hezeyanlardır. Şizofrenide görülen en sık hezeyan çeşitleri, kötülük görme ve onu izleyerek alınganlık hezeyanlarıdır. Diğer hezeyanlar arasında büyüklük, erotomanik, nihilistik, somatik, kıskançlık, düşünce okunması, yayınlanması ve çalınması hezeyanları sayılabilir. Özellikle sonuncular gibi bizar içerikli olanların büyük ölçüde şizofreniye tipik olduğu kabul edilmektedir. Literatürde dinsel ve büyüklük hezeyanlarının erkeklerde, kıskançlık hezeyanlarının ise kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir.³⁷

Şizofreninin bir başka önemli belirtisi de hezeyanlardan daha az görülen halusinasyonlardır. Şizofrenide en sık olarak işitsel sonra görsel halusinasyonlar görülmektedir. Ayrıca dokunma, tat ve koku halusinasyonları da daha az sıklıkta da olsa görülebilmektedir.⁵

Şizofrenide görülen bir başka pozitif belirti düşünce akışındaki bozulmalardır. Şizofrenili hastalarda görülebilen fikir uçuşması, baskılı konuşma, enkoherans, bloklar ve perseverasyonlar düşünce akışı bozuklukları örnekleridir. Şizofrenili hastalarda genellikle alevlenme dönemlerinde taşkınlık, aşırı hareketlilik, yüzde, göz ve ağız çevresinde garip hareketler, uygunsuz, tuhaf, kalıplaşmış, amaçsız el, kol ve beden hareketleri de görülebilmektedir.³⁸

Negatif belirtiler ise, normalde mevcut olan bir işlevin yetersizliği ya da kaybı sonucu ortaya çıkmaktadırlar. Şizofrenili hastalarda afektif yüzeyellik veya küntlük, aloji, avolüsyon, sosyal çevreden kendini çekme, cinsel ilgide azalma, enerjide azalma, isteksizlik gibi negatif belirtiler görülmektedir. Negatif belirtiler, bazen pozitif belirtilere, depresyona, uzun süreli hastane yatışlarına bağlı uyaran eksikliğine, ilaç yan etkilerine ikincil olarak ortaya çıkabilmektedir.³⁹

2.1.6. Klinik Gidiş Özellikleri ve Evreleri

Şizofreninin klasik gidişi alevlenme ve iyileşme dönemleriyle belirgindir. Genellikle aktif belirtili dönem ve iyileşme dönemleriyle seyreden kronik gidişli bir bozukluktur. Ayrıca hastalığın başlamasından sonra geriye dönük tanımlanan prodromal belirtiler bulunmaktadır.¹

Genellikle belirtiler ergenlik döneminde başlamaktadır. Bazen birkaç hafta ya da ay kadar olsa da çoğunlukla uzun yıllar süren prodromal belirtiler öz bakımda azalma,

dikkatini odaklamada güçlük, depresyon, şaşkınlık, anksiyete ve uykusuzluk olabilmektedir. Hastalığa yatkın olan kişilerde ortaya çıkarıcı herhangi bir etken tetikleyici olabilmektedir.³⁸

Şizofrenili kişiler hastalık öncesinde genellikle sessiz, içe-dönük, sosyal çevresi az, ilgileri sınırlı, başkalarına güvensiz, yalnızlığı tercih eden kişilerdir. Bu kişiler şizoid, şizotipal ve paranoid kişilik yapısı özellikleri göstermektedir. Yapılan çalışmalarda ergenlik öncesi dönemde de sözel bilgi, kavramlaştırma, yargılama gibi alanlarda gelişim eksikliklerinin olduğu ve dikkat, işlem hızı, işlem belleği, görsel-uzamsal sorun çözme gibi bilişsel alanlardaki gelişme hızlarında kontrollere göre daha yavaş oldukları gözlenmiştir.⁴⁰

Şizofreni hastalığı başlangıcında renkli hezeyanlar, halusinasyonlar, acayip davranışlar, taşkınlık olabileceği gibi sinsi başlangıç da görülebilmektedir. İlk atakların yarısı kadarında geçiş yavaş olmakta, tetikleyici etken bulunmamaktadır. İlk ataktan önce bazı şizofrenili hastalarda tuhaf düşünce ve davranışlar, duygulanımda küntleşme, sosyal çevre ile iletişimde azalma, işlev düzeyinde gerileme görülebilmektedir. Bu dönemde şizofreniye özgü olmayan uyku sorunları, huzursuzluk, dikkat ve konsantrasyon kaybı, güçsüzlük, halsizlik, kendine bakımda azalma ve bunaltı görülebilmektedir.⁴¹

Şizofreni hastalığı erkeklerde daha çok 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşları arasında başlamaktadır. Başlangıç olarak ilk aktif belirtili epizodun ortaya çıkması kabul edilmektedir. Kadınlarda başlangıç yaşı kabaca 3,4 yıl kadar daha geç olmaktadır. Kadınlarda ayrıca 40-45 yaşları arasında görülme sıklığında tekrar artış olmaktadır. Erkek şizofrenili hastalarının % 61 kadarının, kadın şizofrenili hastaların ise % 47 kadarının hastalık belirtilerinin 25 yaşından önce başladığı belirlenmiştir. 18 yaşından önce başlayan şizofreni hastalığına erken başlangıçlı, 13 yaşından önce başlayanlara ise çok erken başlangıçlı şizofreni denilmektedir.⁴²

Şizofrenili hastalarda prodromal belirtiler çoğu zaman 2-5 yıl kadar devam etmektedir. Sonrasında pozitif belirtilerin olduğu bir psikoz atağı geçirilmektedir. İlk atak olduktan sonra prodromal belirtiler geriye dönük sorgulama ile tanımlanmaktadır. Bu dönemin varlığının duyarlılığı fazla olmakla birlikte spesifitesi düşüktür. Prodromal

belirtilerin varlığı, her zaman bir şizofreni epizodunun ortaya çıkması anlamına gelmez.⁴⁰

İlk ataktan sonraki 5 yıllık süreçte genellikle açık pozitif belirtilerin olduğu alevlenmeler ve aralarında yatışmaların olduğu süreç izlenmektedir. Bu süreçlerde negatif belirtiler şiddetlenerek sürmektedir. Şizofreninin her nüksü hastanın temel işlevselliğinde biraz daha kötüleşmeye sebep olmaktadır.⁴²

Şizofreni ve duygudurum bozuklukları arasındaki en önemli farklardan biri nükslerden sonra şizofrenili hastaların işlevselliklerinde kayıplar yaşamalarıdır. Zamanla pozitif belirtilerin şiddeti azalmakta iken sosyal alanlarda kayba neden olan negatif belirtilerin şiddeti artmaktadır. Hastalarda bazen atakların sonrasında postpsikotik depresyon görülebilmekte ve şizofreni hastalarında yaşla birlikte strese duyarlılıkta artış gözlenmektedir.⁴²

Bazı şizofrenili hastalarda, ergenlik döneminde kısa sürede belirgin pozitif belirtilerle ağır bir atak ortaya çıkmakta ve aylarca sürebilmektedir. Bu dönem düzeldikten sonra bazı hastalarda iyi bir uyum dönemi olabilirken bazılarında da negatif belirtilerin baskın olduğu, süregelen şizofreni görülebilmektedir. Bazı hastalarda pozitif belirtiler uzun yıllar devam edebilmektedir.⁴⁰

Şizofreni uzun remisyonlar ve işlevsellikte düzelmelerle giden, ancak sosyal işlevselliğin eski durumuna dönmediği bir hastalıktır. Tedaviye devam eden ve olumlu yanıt veren olgular da dahil olmak üzere hastaların yaklaşık %35-40 kadarı ilk yıl içerisinde, % 80 kadarı beş yıl içinde ikinci bir atak geçirmektedir. Nüks sayısı arttıkça hastalığın kronikleşme riskinde de artış olmaktadır.⁴³

Birden fazla atağı olan şizofrenili hastalarda ilaç kesilmesinden sonra 1-2 yıl içinde % 76 oranında hastalık yinelemektedir. Sürekli ilaç kullanan hastalarda, aralıklı ilaç kullananlara göre relaps hızı yarı yarıya azalmaktadır. Antipsikotik ilaçların kesilmesinin ilk 5 yıl içindeki relaps hızını 5 kat arttırdığı belirtilmiştir.⁴⁴

Şizofrenili hastalarda yapılan çalışmalarla olumlu ve olumsuz gidiş göstergeleri belirlenmiştir. Hastalığın aniden başlaması, kadın cinsiyet, hastalığın daha geç yaşta başlaması, ailede duygudurum bozukluğu öyküsü olması, hastalık öncesinde iyi toplumsal uyum, zeka düzeyinin yüksek olması, evli olma, kırsal kesimde yaşama, hezeyan ve halusasyonların baskın olması, tedaviye erken başlanması ve düzenli

şekilde sürdürülmesi, ek tanı bulunmaması, sosyoekonomik düzeyinin orta ve yüksek olması, ailelerin tedavi ekibiyle yakın iş birliği ile uyumlu olması, az sayıda ve kısa süreli alevlenmeler olması ve prenatal komplikasyon öyküsü olmaması şizofrenide olumlu gidiş göstergeleri olarak ifade edilmiştir.^{1,5}

Hastalığın erken yaşta başlaması, sinsi bir başlangıç, bekar olma, ailede şizofreni hastalığı öyküsü olması, erkek cinsiyet, hastalık öncesi şizoid veya şizotipal kişilik özellikleri olması, şehir merkezinde yaşama, zeka düzeyinin düşük olması, prenatal komplikasyon öyküsü olması, negatif belirtilerin baskın olması, çok sayıda ve uzun süreli hastane yatışları öyküsü olması, düzenli tedavi almama, ailenin tedaviyle uyumsuz olması şizofrenide olumsuz gidiş göstergeleri olarak belirtilmektedir.⁴⁵

2.1.7. Tanı Ölçütleri

Şizofreni, DSM-5 tanı ölçütleri⁴⁶ şu şekildedir:

A-Aşağıdaki belirtilerden ikisinden ya da daha çoğundan her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunmaktadır. Bunlardan en az birinin hezeyan, halusinasyon ya da dezorganize konuşma olması gerekmektedir.

1. Hezeyanlar
2. Halusinasyonlar
3. Dezorganize konuşma
4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik hareket bozukluğu
5. Negatif belirtiler

B- Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye ulaşamaz).

C- Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarı ile tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri kapsmalıdır ve prodromal ve rezidüel belirti evrelerini kapsayabilir.

Bu bozukluk prodromal ya da rezidüel evreleri sırasında yalnızca negatif belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (yadırganacak denli olağan dışı inançlar, algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D- Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da bipolar bozukluk dışlanır, çünkü ya açık evre belirtileri ile eş zamanlı olarak major depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygu durum dönemleri ortaya çıkmışsa bile bunlar hastalığın açık ve rezidüel dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E- Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamamaktadır.

F- Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin hezeyanlar ya da halüsinasyonlar da en az bir aylık (ya da başarı ile tedavi edilmişse daha kısa süreli) bir süre ile varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konmaktadır.

DSM-5'te bu bozukluk ancak bir yıl sürdükten sonra ve tanısal gidiş ölçütüyle gelişmemeleri durumunda kullanılmak üzere tasarlanan bazı gidiş belirleyicilerinin belirtilmesi istenmiştir.⁴⁶

İlk dönem, o sırada akut dönemde: Bu bozukluğun tanımlayıcı tanısal belirti ve zaman ölçütünü karşılayan ilk ortaya çıkışıdır. Bu dönem belirti tanı ölçütlerinin tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

İlk dönem, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren: Tam olmayan bir yatışma önceki dönemden sonra görülen iyileşmenin sürdürüldüğü ve bu bozukluğun tanımlayıcı tanı ölçütlerinin yalnızca bir bölümünün tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

İlk dönem, o sırada tam bir yatışma gösteren: Tam bir yatışma, önceki dönemden sonra, bu bozukluğa özgü hiçbir belirtinin kalmadığı zaman dilimidir.

Çoğul dönemler, o sırada akut dönemde: En az iki dönem olmasından sonra çoğul dönemlerden söz edilebilir.

Çoğul dönemler, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren

Çoğul dönemler, o sırada tam bir yatışma gösteren

Sürekli: Bu bozukluğun tanı koydurucu belirti ölçütlerini tam olarak karşılayan belirtiler, hastalık sürecinin büyük bir kesiminde bulunur ve bu süreçte eşik altı belirti evrelerinin süresi, genel hastalık sürecine göre çok kısadır.

Belirlenmemiş

Ayrıca katatoni ile gidişin belirtilmesi istenmiştir. Ayrıca A tanı ölçütünde ifade edilen psikoz belirtilerinin nicel değerlendirilmesi ile ölçülen ağırlığın belirtilmesi istenmiştir.⁴⁶

2.1.8. Ayırıcı Tanı

Psikotik veya katatonik özellikli majör depresif veya bipolar bozukluk:

Ayırıcı tanı, duygudurum bozukluğu ile psikoz arasındaki zamansal ilişki ve depresif veya manik belirtilerin şiddetine dayalıdır. Eğer hezeyan veya halüsinasyonlar, majör depresif veya manik atak sırasında çıkıyorsa psikotik özellikli majör depresif veya bipolar bozukluk tanısı konur. Duygudurum bozukluklarında, şizofrenideki düşünce yapısı ve otistik yaşam biçimi görülmemektedir. Dağınık ya da acayip hezeyanlar nadirdir. Halüsinasyonlar genellikle duygudurumla uyumludur.⁴⁷

Şizoaffektif bozukluk:

Bu tanı, aktif dönem belirtileri ile eşzamanlı bir majör depresif veya manik atak görülmüşse ve duygudurum belirtileri aktif dönemin toplam süresinin önemli bir kısmında varsa konmaktadır. DSM-5'te hastalık süresinin çoğunda duygudurum belirtilerinin bulunması koşulu da ifade edilmektedir.⁴⁸

Şizofreniform bozukluk ve kısa psikotik bozukluk:

Belirtilerin toplam süresi 6 aydan kısa ise şizofreniform bozukluk, 1 günden fazla fakat 1 aydan kısa ise kısa psikotik bozukluk tanısı konmaktadır.

Hezeyanlı bozukluk:

Şizofreninin belirgin işitsel veya görsel halüsinasyonlar, dezorganize konuşma, ileri derecede dezorganize ya da katatonik hareket bozuklukları gibi diğer belirtilerinin

olmaması ile ayrılır. Düşünce içeriğinde kıskançlık, kötülük görme, büyüklük hezeyanları bulunmaktadır. Şizofreninin aksine hezeyanlar düzenli ve inandırıcı olmaktadır. Duygulanımda daha çok soğukluk, şüphecilik, savunuculuk olmaktadır. Şizofrenide görülen yıkım süreğen hastalıklarda bile görülmemektedir.⁴⁹

Şizotipal kişilik bozukluğu:

Kalıcı kişilik özelliklerine eşlik eden eşikaltı semptomlar vardır. Düşünce ve davranışlarında garip, olağan dışı özellikler taşıyan, ilişki kurmada güçlük yaşayan kişilerdir. Şizotipal kişilik bozukluğunda büyüsel inanışlar, kuşkuculuk ve alınganlık, çevresel, teğetsel konuşma ve anlaşılması güç konuşmalar sık görülmektedir.⁵⁰

Obsesif-kompulsif bozukluk ve beden dismorfik bozukluğu:

Bu bozuklukları olanlarda da bazen içgörü kaybı veya azlığı görülebilmekte ve aşırı zihinsel uğraşlar hezeyan boyutlarına ulaşabilmektedir. Obsesif belirtiler şizofreni hastalarında da geçici olarak ya da süreğen şekilde olabilmektedir. Ancak obsesyon, kompülsiyon, biriktirme, beden görünümüyle aşırı uğraşma gibi belirtilerin belirginliği ile şizofreniden ayrılırlar. Bu bozuklukları olan hastalarda gerçeği değerlendirme yetisi bozulmamaktadır ve şizofrenide görülen halusinasyonlar bulunmamaktadır. Ayrıca hastaların toplumsal uyumlarında sorunlar olabilse de yıkım görülmemektedir.⁵¹

Posttravmatik stres bozukluğu:

Yeniden yaşantılamalar, halusinasyonlara benzer bir nitelikte olabilir ya da aşırı uyarılma hali paranoid özellikleri düşündürebilmektedir. Ancak travmatik bir olayın varlığı ve PTSD' nin diğer belirtileri ayırıcı tanıda önemli olmaktadır.⁴³

Otizm spektrum bozukluk veya iletişim bozuklukları:

Bu bozukluklarda görülen sosyal iletişim bozuklukları, eksitasyonlar ve dezorganize davranışlar her iki sendromda da sık görülmektedir. Şizofrenide bu belirtiler ritüalistik patern göstermemektedir. Bu bozukluklarda sosyal etkileşimdeki kişisel defisitlerin, diğer bilişsel ve iletişimsel defisitlerin varlığı ayırıcı tanıda dikkate alınır. Yine özel belirli ilgi alanlarının olması tanıyı şizofreniden uzaklaştırmaktadır. Böyle bozuklukları olan kişilerde ayrıca en az bir ay süren aktif belirtili dönem varsa şizofreni tanısı komorbid bir durum olarak konabilir.⁵²

Psikotik ataklarla seyreden diğer mental bozukluklar:

Psikotik belirtiler içeren atak ısrarlı ise ve bir maddenin fizyolojik etkilerine veya genel tıbbi bir duruma bağlı değilse şizofreni tanısı konur. Deliryum ve demansta da psikotik belirtiler olabilmektedir fakat bilişsel bozulmalardan sonra ortaya çıkmaktadır. Şizofrenide görülen halüsinasyonlar büyük çoğunlukla benliğe uyumlu iken diğer tıbbi durumlara bağlı psikozlarda genellikle yakınma konusu olmaktadır.⁵³

2.1.9. Tedavi

Şizofreni tedavisinin planlanmasında öncelikle hekim ile hasta arasında terapötik ilişkinin sağlanması, hastanın güveninin kazanılması, hastanın detaylı öykü ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın tedavi uyumunu azaltabilecek aile desteğinin az olması, sosyal uyum problemleri, bilişsel alandaki kayıpların tespiti çok büyük önem arz etmektedir. Tedavinin tüm süreçlerinde hasta ve hasta yakınlarının psikososyal olarak desteklenmesi gerekmektedir. Hasta ve yakınlarının hastalık ve tedavi ile ilgili soruları ve yaşadıkları güçlükler anlaşılmalı, değerlendirilmeli, hasta ve yakınlarına açıklanmalı ve tedavi uyumu sağlanmalıdır.

Şizofreninin kolay ve tek bir tedavisi bulunmadığından her hastanın farklı özellikler yaşayabileceği düşünülerek her hastaya özel bir tedavi süreci planlanmalıdır. Hastalığın nökslerle seyrediyor olmasından dolayı takibinin belirli bir merkezde devam ettiriliyor olması önem kazanmaktadır. Hastalığın başlangıcında ilk atağını geçiren şizofreni hastalarda detaylı inceleme açısından hastanın yatırılarak tedavi planlanması ve taburculuk sonrasında tedaviye ara verilmeden düzenli takibine devam edilmesi önerilmektedir.

Son zamanlarda dikkat çekilen bir konu ilk psikotik belirtinin ortaya çıkmasından tedavi başlanmasına kadar geçen zamanı tanımlayan Tedavisiz Psikotik Dönem kavramıdır (TPD). TPD ile şizofreninin erken dönem gidişi hakkında inceleme yapan çalışmalarda TPD süresinin uzadıkça şizofreninin tedaviye yanıtının daha az olduğu, alevlenmelerin daha sık olduğu bildirilmektedir.⁵⁴

Şizofrenide temel tedavi farmakolojik tedavidir. Tedavide antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Ancak katatoni tablosunda olan, ilaç reddeden veya ilaca yanıt vermeyen hastalarda EKT uygulanabilmektedir. Farmakolojik tedavide tipik veya atipik

antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Tedavi dozu hasta için etkin olacak kadar yüksek, yan etkileri en aza indirecek kadar da düşük olmalıdır.⁵⁵

Tercih edilen herhangi bir antipsikotik ilacın hastada etkileri hakkında karar vermek için en az 2-6 hafta kullanılması önerilmektedir. Bu süre içinde yanıt alınmadı ise başka gruptan bir ilaca geçilmesi önerilmektedir. Farmakolojik ajanlara yanıtlar değişkenlik gösterebilmektedir. Tedavide ilaç seçiminde bireysel değerlendirme yapmak gerekmektedir.⁵⁵

Hastalık takibinde polifarmasiden ve özellikle de birden fazla nöroleptiğin aynı anda kullanılmasından mümkün oldukça kaçınılmalıdır. Atipik antipsikotikler kullanılan dirençli olgularda ilaçların kombinasyonları denenebilmektedir. Farmakolojik ajanların kullanılacak dozları bireysel olarak ayarlanmaktadır. İlk atak psikoz tedavisinden sonra alevlenmeleri önlemek açısından antipsikotik tedavisi en az bir yıl devam ettirilmelidir. İkinci ataktan sonra süre önceden belirlenemez. İlaç değişiklikleri veya doz ayarlamalarının hekim tarafından yapılması ile hasta ve yakınlarıyla paylaşılması ile uyumun artırılmasının uygun olduğu belirtilmektedir.⁵⁶

Şizofreni hastalığının gidişatında uzun süreli aile tedavilerinin de olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Hastalıkla ilgili psikoeğitim, hastalık ve hastalıkla baş etme konusunda temel bilgilerin yanında aile içi gerginliği azaltmaya yönelik strateji geliştiren, aile üyelerine sosyal destek sağlayan ve tedavi ekibi ile uyum yakalamayı amaçlayan, iş birliği ile uyumu sürdürmeyi hedefleyen aile girişimlerinin başarılı olduğu belirtilmiştir.⁵⁷

2.2. Depresyon

Duygudurum bozuklukları, tanımlanmış belirti kümelerinden oluşan, kişinin işlevselliğinin önemli ölçüde etkilendiği, dönemsel ya da döngüsel olarak yinelemeye eğilimli, süresi aylara kadar uzayabilen sendromlardır. Bu bozuklukların önemli bir kısmını depresyonlar oluşturur.⁵⁸

Depresyon, Latince ‘depressus’tan yani ‘alçakta olmak’ tan gelen ‘depress’ sözcüğünden köken almaktadır. Aşırı ve sürekli bir çökkünlük, mutsuzluk, üzüntü haline eşlik eden ve depresif belirtiler denen bazı belirti ve bulgulardan oluşan bir sendromdur. Depresyonda günlük yaşam ve işlevselliği bozacak kadar güçlü duygular

ortaya çıkmakta ve süreklilik göstermektedir. Yaşam boyu görülme sıklığının %1,5-%19 arasında olduğu belirtilen depresyon, uygun tedavi edilmez ise yüksek mortalite ve morbidite oranları, yüksek tedavi maliyetleri ile toplumsal sorunlara neden olabilmektedir. Sebep olduğu olumsuzluklar nedeniyle tüm tıbbi hastalıklar arasında yeti kaybı sıralamasında 4. sırada yer almaktadır.⁵⁸

Depresyon, olağan etkinliklerin ve daha önce zevk alınan durumların artık zevk vermediği, bunlara karşı ilgi ve isteğin kaybolduğu, çökkünlük, karamsarlık yanında keder ve elem duygularıyla seyreden depresif bir duygudurumun bulunduğu, zihinsel ve fiziksel enerji azlığı ile belirgin psikomotor yavaşlama, düşünce içeriğinde kısıtlılık ve işlevsellikte azalmanın olduğu bir sendromdur.⁵⁸

Major Depresif Bozukluk, en sık görülen depresyon bozukluğudur. Tek bir atak ya da yineleyen ataklar şeklinde gidiş gösterebilmekte, tek ataklarda atağın süresi iki yıla kadar uzayabilmektedir. Hastaların bir kısmında yineleyen ataklar yaşam boyu sürmekte ve ataklar arasında kalıntı belirtiler olabilmektedir.⁵⁸

Major Depresif Bozukluk, her yaşta görülebilmesine karşın 40-50 yaş aralığında daha sık görülmektedir. Kadınlarda erkeklerin iki katı kadar daha sık görülmektedir. Bir major depresif atağın süresi iki hafta ile iki yıl arasında olabilmektedir. Ailede depresyon ya da duygudurum bozukluğu tanılı kimsenin olması hastalık riskini 2-4 kat artırmaktadır.⁵⁹

2.2.1. Epidemiyoloji

Tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluk olan depresyon, her yaşta görülebilmesine karşın en çok 25-44 yaşları arasında görülmektedir. Yaşam boyu yaygınlığının, güncel bir çalışmada %1,5- %19 aralığında olduğu belirtilmiştir.⁵⁹

Çeşitli çalışmalarda, sıklık ve yaygınlığının erkeklere oranla kadınlarda 2 kat fazla olduğu bildirilirken bu farkın ilerleyen yaşlarda ortadan kalktığı belirtilmiştir. Genellikle yirmili yaşların sonunda başladığı belirtilirken³⁸, erken yaşta başlayanlarda işlevselliğin daha çok bozulduğu, ek hastalıkların daha fazla olduğu, intihar oranının daha yüksek olduğu, depresif belirtilerin daha şiddetli seyrettiği ifade edilmiştir.⁶⁰

Erkek cinsiyet, düşük yaş, çocuklukta daha az negatif emosyonlarının olması düşük belirti düzeyi ile ilişkili bulunmuş ve hızlı düzelmenin ilerde daha yüksek sosyoekonomik düzeye ulaşmayı sağladığı belirtilmiştir.⁶⁰

Depresyon ölüm riski açısından da kritik bir öneme sahiptir. Tüm intihar olgularının %50- %70 kadarının duygudurum bozuklukları nedeniyle olduğu belirtilmiştir.⁶¹ Başka bir tıbbi hastalık ile birlikte bulunması durumunda yeti yitimi ve mortalite için riskin arttığı ifade edilmiştir. Hastanede yatan hastaların genelinde yapılan araştırmalarda depresyon ek tanısı olanların %5 - %10 oranında olduğu bildirilmiştir. Sıklığı ve sebep olduğu yeti yitimi nedeniyle tanınması ve tedavi edilmesi gereken önemli bir psikiyatrik bozukluktur.⁶²

2.2.2. Etiyoloji

Depresyon oluşumunda en çok sorumlu tutulan nörotransmitter olan serotonin, beyinde yoğun olarak bulunmaktadır. Triptofan hidroksilaz inhibitörü ajanların depresyona sebep olması, serotonin işlevlerini artıran triptofan ile selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin antidepresan etki göstermesi, melankoli hastalarında trombositlerin serotonin geri alınımında ve serotonin taşıyıcısına bağlanmada azalma olması ve antidepresan tedavi sonrası serotonin reseptörlerinin duyarlılığında, iletiminde ve fonksiyonunda artma olması depresyondaki serotonin hipotezini desteklemektedir.⁶³

Depresif hastaların trombositlerinde 5-HT geri alınımındaki azalmaya bağlı olarak sinaps aralığında artan serotonin miktarının nöral iletide artışa neden olduğunu, depresif hastaların postsinaptik 5-HT reseptörlerinin duyarlılığında fazlalık ve postmortem çalışmalarda kortekste postsinaptik 5-HT₂ ve B-adrenerjik reseptörlerinin sayısında artış olduğunu, tianeptinin sinaptik aralıktaki serotonin miktarını azaltarak antidepresan etki sağladığını, dolayısıyla serotonin hiperfonksiyonun depresyonda etkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır.^{63,64}

Depresyonlu hastalarda norepinefrin metabolizması düşüklüğü, tirozin hidroksilaz aktivitesinin artması ve lokus sereleusta norepinefrin taşıyıcı yoğunluğunun azalması noradrenerjik sistem fonksiyonunun da bozulduğuna kanıt sunmaktadır. Ölüm sonrası çalışmalarda da reseptör yoğunluğunda artma ve azalmalar ile beyin omurilik sıvısı, plasma ve idrarda noradrenerjik metabolitleri miktarında artışlar tespit edilmiştir.⁶⁵

Dopaminerjik ajanların antidepresan etki göstermesi ve maniye sebep olması, psikomotor yavaşlaması olan hastalar başta olmak üzere dopamin aktivitesinin depresyonlu hastalarda azalması, depresyonda dopaminin de rolü olduğunu göstermektedir. Ayrıca hayvan çalışmalarında glutamaterjik sistemde değişiklikler gözlenmesi, antidepresan ve duygudurum düzenleyici ilaçların glutamaterjik etkileri, ölüm sonrası çalışmalarda anormal NMDA uyarılarının olduğuna dair kanıtlar bulunması glutamatın depresyondaki önemini ortaya koymaktadır.⁶⁶

Depresyon oluşumunda ve tedavisinde nörotrofin aracılı nöronal plastisite önemlidir. Özellikle hipokampal BDNF kaybının depresyona yol açtığı belirtilmektedir. Antidepresanların etkisiyle düşük BDNF düzeylerinin normale döndüğü ifade edilmektedir.⁶⁴

Yapılan çalışmalar depresyonun limbik yapılarda atrofiye yol açtığını göstermektedir. Ölüm sonrası çalışmalarda depresyon tanılı olanlarda diğer beyinlere göre hipokampüsün daha küçük olduğu, hücre dansitesinde artış olduğu belirtilmektedir.⁶⁸

Endokrin hastalıklarda duygudurum bozuklukları gelişiminin sık olduğu iyi bilinmektedir. Kortizol düzeylerinin yüksek olduğu tablolarda enerji yitimi, anhedoni, depresif duygudurum gibi belirtiler görülebilmektedir. Tiroid metabolizmasının etkilendiği hastalıklarda da depresif belirtiler görülmektedir. Ayrıca subklinik hipotiroidinin tedavi direncine neden olduğu, tiroid metabolizmasındaki değişikliklerin antidepresan yanıtını ve depresyonun yinleme riskini etkilediği belirtilmektedir.⁶⁷

Güncel çalışmalarda prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, amigdala, anterior singulat korteks ve hipokampus gibi alanların hücre yoğunluğunda ve hacminde değişiklikler olduğu kaydedilmiştir. Frontal lob, amigdalayı da içeren medial temporal lob boyutunda ve hipokampus hacminde küçülme bildirilmiştir. Yapılan SPECT çalışmalarında da sol prefrontal korteks aktivitesinde azalma, derin temporal yapılar, talamus, amigdala, singulat girusta ise aktivite artışı olduğundan söz edilmektedir.⁶⁸

Yapılan aile ve evlat edinme çalışmalarında depresyon hastalarının birinci derece akrabalarında riskin arttığı, evlat edinilen çocuklarda biyolojik anne babasında depresyon olanların depresyon geçirme riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Birinci derece yakınında depresyon olanlarda risk 3 kat artmaktadır. Bağlantı çalışmalarında

1p, 3p, 4q, 7p, 8p, 12q, 13q, 15q, 18q ve 21q kromozomlarının gen bölgeleri bağlantılı bulunmuştur. Genlerde gözlenen genetik polimorfizmlerin depresyonla ilişkisi olabildiği belirtilmiştir.⁶⁹

Psikoanalitik kuram, depresyonu sevilen bir nesnenin gerçek kaybına cevaben gelişebilirse de çoğunlukla sevgi nesnesi reddi, hayal kırıklığı gibi temsili kayıplara cevap olarak çıktığını belirtmektedir. Depresyonda içe atma, nesne yitimini iptal etmek için bir girişim olsa da dıştaki sevilen tüm güçlü nesneyle birleşme çabası olarak açıklanmaktadır. Bu ambivalans sonucu, nesneyi birleştirme arzusu, bu arzunun şiddeti ile kendini cezalandırma ile sonuçlanmaktadır. Bağışlanma için artan çabayla süperego ile ego arasında mücadele sürer. Katı süperego, nesneye karşı duyulan ambivalan duygulardan öfkenin kişinin kendisine dönmesi ve benlik saygısının düşerek depresif düşünce temalarının çıkmasına yol açar.⁷⁰

Bilişsel kuram, erken gelişim dönemlerindeki olumsuz durumların etkisiyle oluşan şemaların, hayatın ileri dönemlerinde bu şemaların edinildiği koşullara uygun durumlarla karşılaşıldığında etkinleştiğini, bu durumda bilişlerin ortak özelliğinin gerçeğin çarpıtılarak yorumlanması olduğunu, bir akıl süzgecinden geçmeyerek otomatik olarak ortaya çıktığını ve istemsiz olduğunu belirtmektedir. Bu bilişler sorgulanmaz ve doğru kabul edilirler. Bilişsel kuram, Beck ve Ellis'in depresif hastalarla çalışmaları sırasında geliştirilmiş bir kuramdır. Erken dönem uyumsuz şemalarından değersizlik, çaresizlik, yetersizlik gibi temel inançların önemine dikkat çeker. Kişi kendisi, çevresi ve geleceğini olumsuz olarak görmeye başlamaktadır. Depresyonda keyfi çıkarsama, genelleştirme, kişiselleştirme, ya hep ya hiç biçimde düşünme gibi hatalı biliş örnekleri bulunmaktadır.⁷¹

2.2.3. Belirtiler ve Bulgular

Depresyonun klinik görünümünde; duygulanım, konuşma, bilişsel işlevler, düşünce süreç ve içeriği, hareketler, genel görünüm alanlarında belirtiler görülebilmektedir. Her zaman zevk veren, hoşya giden aktivitelerin zevk vermemesi ve genel bir isteksizlik en önemli belirtilerdendir. Duyugudurumu, genel bir mutsuzluk halinden, dayanılması çok zor olacak kadar ağır bir çökkünlüğe kadar yoğunlaşabilmektedir, Sık ağlamak şikayetlerden biridir. Üzüntü, keder duygularının ağırlığı sebebiyle başka duygular hissedilemeyebilir. Üzüntünün yanında anksiyete,

tedirginlik bazen de öfke gibi duygular da yaşanabilmektedir. Sabah saatlerinde semptomların en şiddetli düzeye ulaşması, sık rastlanan bir bulgu olabilmektedir.⁶⁰

Hastaların bir başka yakınması unutkanlık olabilmektedir. Bu durum bellek sorunu nedeniyle değil, dikkatin azalmasına bağlı olarak görülmektedir. Ağır klinik durumlar dışında algı bozukluğu eşlik etmemektedir. Düşünce hızı yavaşlayabilir, içeriğinde depresif temalar belirginleşir. Değersizlik, işe yaramazlık, başarısızlık, yetersizlik gibi küçüklük düşünceleri egemenleşir; suçluluk, ümitsizlik, umutsuzluk nedeniyle intihar düşünceleri gelişebilir. Depresyon hastalarında hipokondriyak uğraşlar ve bedensel yakınmalar sıkça bulunabilmektedir. Özellikle yaşlı hastalarda bedensel belirtiler sık hekim başvurularına sebep olabilmektedir.⁵⁸

Hastaların çoğunda psikomotor yavaşlama görülmektedir. Durgunluk, dalgınlık, tüm hareketlerde yavaşlama vardır. Hasta ve yakınları, hastanın günün çoğunu oturarak ve yatarak geçirdiğini ifade etmektedirler. Bazı hastalarda sürekli bir tedirginlik ve kaygıya eşlik eden yerinde duramama, ellerini ovuşturma, inleme gibi psikomotor ajitasyon belirtileri görülebilmektedir. İştah kaybı sıklıkla eşlik etse de bazı durumlarda aşırı yeme ve kilo alma görülebilmektedir. Uykuya dalmada güçlük, uyku bölünmeleri ya da sabah erken uyanma sık görülmektedir. Sindirim sisteminde etkilenme ile mide yakınmaları, bulantı, ishal veya kabızlık gibi belirtiler dışında cinsel isteksizlik, enerji azlığı, çabuk yorulma ve halsizlik de sıkça görülmektedir.⁶¹

2.2.4. Klinik Gidiş Özellikleri

Depresyon dönemleri, genellikle sinsi başlangıçlıdır. Bedensel belirtiler nedeniyle farklı branş hekimlerine başvuru olabilmektedir. Bazen de hasta ve yakınları tarafından tıbbi niteliği fark edilmeyerek, geçici bir etkilenme olabileceği düşüncesiyle kişisel başa çıkma çabalarıyla tanı alma süreci uzayabilmektedir. Tek bir depresyon dönemi yaşayan hastaların %50 kadarı ikinci, iki dönem yaşayanların %70 kadarı üçüncü dönemi de geçirmekte, üç kez atağı olanların %90 kadarında da depresyon yinelemektedir.⁷²

Psikotik özellikli dönemlerin yineleme riski psikotik özellikli olmayanlara göre fazladır. Genç yaşta ortaya çıkan depresyon ataklarından sonraki iyilik dönemleri daha uzun olmaktadır ileri yaşlardakilerde yineleme riski daha fazla olmaktadır. Ayrıca belirtilerin eşikaltı düzeyde de olsa devam ediyor olması yineleme riskini artırmaktadır.

Uzun dönem izlemlerinde hastalığın belirtisiz dönemlerinin toplam sürenin yarısından az olduğu belirlenmiştir.⁷³

Sık depresyon dönemleri geçiren bireylerde sosyal, aile ve iş hayatında etkilenmeler daha fazla olmaktadır. Depresyon dönemi sonrası takiplerine devam edilen hastaların bir bölümünün ileride bipolar bozukluk tanısı alabildiği fark edilmiştir. Duygudurumla uyumlu psikotik belirtilerin olması, psikomotor yavaşlama, ailede bipolar öyküsü, belirtilerin hızlıca ortaya çıkması gibi belirtiler bu hastalarda yordayıcı olabilmektedir.⁷⁴ Bedensel belirtilerin ortaya çıkması gidişin daha ağır olacağını göstermektedir. Birçok tıbbi hastalığın seyrinde depresyon ek tanısının olması sağlık durumlarını olumsuz etkilemektedir.⁷⁵

2.2.5. Major Depresif Atak DSM-5 Tanı Ölçütleri

A- Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya depresif duygudurum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

- Depresif duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da başkalarınca gözlenir.

- Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.

- Kilo vermeye çalışırken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.

- Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

- Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama

- Neredeyse her gün, bitkinlik ya da gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)

- Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları

- Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama

- Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici intihar düşünceleri ya da intihar girişimi ya da intihar için özel bir eylem tasarlama.

B- Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C- Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D- Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, hezeyanlı bozukluk ya da şizofreni spektrumu ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E- Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

‘Ağır olmayan’, ‘Orta derecede’, ‘Ağır’, ‘Psikoz özellikleri gösteren’, ‘Tam olmayan yatışma gösteren’, ‘Tam yatışma gösteren’ ve ‘Belirlenmemiş’ kodları ile ağırlık ve gidiş belirleyicileri sıralanmıştır.

Anksiyeteli sıkıntı,

Karma özellikler gösteren,

Melankoli özellikleri gösteren,

Atipik özellikler gösteren,

Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren,

Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren,

Katatoni ile giden,

Peripartum başlayan,

Mevsimsel özellik gösteren özelliklerinin belirtilmesi istenmiştir.

Depresyonun belli özelliklerine göre tür ayrımı yapılmıştır:

Melankoli özellikleri gösteren depresyon: Hemen hemen tüm etkinliklerden zevk almama, genelde zevk veren uyaranlara karşı tepkisiz kalma, derin bir bunalım, umutsuzluk ya da duygusal boşluk uyandırabilecek duygudurumla belirli, özel nitelikte

bir duygudurum, sabah erken uyanma, sabah kötülüğü, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama, aşırı suçluluk düşünceleri ve kilo verme ile gitmektedir.

Atipik depresyon: Çevresel koşullarla belirtilerin hafiflemesi, iştah artışı, kilo artışı, fazla uyuma, ağır halsizlik ve insan ilişkilerinde aşırı duyarlılık bulunmaktadır. Yaygınlığı için % 0,7- % 4 aralığında oranlar verilmektedir. Anksiyete belirtileri daha sık eşlik etmektedir. Ayrıca başlangıç yaşının daha erken olduğu, madde kötüye kullanımı ve somatizasyon bozukluğunun tanısının daha sık eşlik ettiği, psikomotor yavaşlamanın daha şiddetli olduğu bildirilmiştir.

Psikotik özellikli depresyon: Depresyon tanılarının yaklaşık beşte biri psikotik özelliklidir. Psikotik özellikli depresyonun daha şiddetli olduğu ve hastalığın daha genç yaşta başladığı belirtilmektedir. Bu türde değersizlik, psikomotor ajitasyon, intihar düşünceleri ve suçluluk duyguları sık görülmektedir. Hastaların yaklaşık yarısında duygudurumla uyumlu ya da uyumsuz hezeyanlar görülmektedir. Hastaların önemli bir kesiminin ilerde mani dönemi geçirdiği, tanının bipolar bozukluk olarda değiştiği belirtilmektedir. Aile öyküsünde şizofreni ve bipolar hastalık tanıları bu grupta daha sık görülmektedir.

Mevsimsel özellikli depresyon: bazı hastaların depresyonu her yıl kış ve sonbahar mevsimlerinde yinelemekte, ilkbahar ve yaz aylarında iyilik hali sürmektedir. Gündüz sürelerinin daha kısa olduğu, güneş ışığını daha az alan ülkelerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Bu sebeple de ışık tedavisinden fayda gördüğü ifade edilmektedir.

Anksiyeteli depresyon: sıklıkla anksiyete belirtileri eşlik etmektedir. Anksiyete belirtileri bazen depresyonu izlemekte bazen depresyona öncülük etmektedir. Gidiş özelliklerinin daha olumsuz olduğu belirtilirken intihar riskinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir.

Karma özellikli depresyon: depresyon belirtilerine en az üç tane mani belirtisinin eşlik ettiği durumdur. Bipolar bozukluk göstergesi olarak ele alınmaktadır.

Katatoni ile giden depresyon: Dönemin büyük bir bölümünde katatoni özelliklerinin bulunmasından dolayı önemlidir. Önemli katatoni belirtilerinden stupor, künt affekt, negativizm, psikomotor yavaşlama tıbbi ve nörolojik bozukluklarda,

katatonik olmayan şizofrenide de görülmektedir. Katatoni özellikleri varlığı tedavi ve takip açısından önemli olmaktadır.

Peripartum depresyon: Duygudurum belirtileri gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki ilk ay içerisinde ortaya çıkmaktadır. Doğum sonrası depresyonun yarısı kadarı doğumdan önce başlamaktadır. Ağır kaygı ve panik atakları olmaktadır. Doğum zamanı başlayan duygudurum dönemleri psikoz özellikleri de gösterebilmektedir. Psikoz özellikleri gösteren doğum sonrası duygudurum dönemleri ilk doğum sonrası daha sık görülmektedir. Daha önce doğum sonrası depresyon geçiren kadınlarda tekrarlama riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir.

Distimik Bozukluk: Önceleri nörotik depresyon, depresif kişilik, nevrasteni gibi isimler kullanılmıştır. DSM-5'te 'Süregiden Depresif Bozukluk' olarak sınıflandırılmıştır. Genel olarak en az iki yıl süren, çok ağır olmayan depresyon belirtileri arasında uyku bozukluğu, kronik mutsuzluk, karamsarlık, güvensizlik, istek ve ilgi kaybı, halsizlik ve değişik somatik sıkıntılar görülmektedir. Hezeyan ve diğer psikotik belirtiler eşlik etmemektedir. Genç yaşlarda başlamaktadır. Alkol kullanım bozukluğu eğilimi daha fazladır. Kişilik yapısının karamsar, mutsuz, acı çekme eğilimli görünümde olduğu belirtilmektedir.⁴⁶

2.2.6. Ayırıcı Tanı

Bipolar Bozukluk

Depresyonlu hastaların değerlendirilmesi esnasında daha önce hareketlilik, aşırı enerjilik, uykuda azalma, çok para harcama, başkaları tarafından fark edilen yaşam tarzı değişiklikleri, hasta olduğu düşüncesi gibi belirtilerin en az birkaç gün sürdüğü dönemlerinin olup olmadığı mutlaka sorulmalıdır. Eğer öncesinde mani ya da hipomani dönemleri mevcutsa tanı bipolar bozukluk olarak kayıt edilmelidir. Ayrıca bipolar bozukluk tanılı hastaların önemli bir kesiminde ilk atak depresyonla olabilmektedir. Burada psikotik belirtilerin varlığı, psikomotor yavaşlama, ajitasyon, hızlı duygudurum değişimleri gibi belirtilerin yanında ailede bipolar bozukluk öyküsü olması bipolar bozukluk lehine değerlendirilmelidir. Tedavi açısından mani tetikleme riski sebebiyle bipolar bozukluk şüphesi olan depresyon tablolarında antidepresan tedavisinde dikkatli olunmalıdır.⁷⁶

Şizofreni

Şizofreni başlangıç döneminde bazen depresyon belirtileri olabilmektedir. Dikkatli takip ile şizofreni tanısı düşündürecek psikotik belirtilerin varlığı tespit edilebilmektedir. Acayip konuşma, davranış, şizofreniye özgü düşünce bozukluğu, duygudurumla uyumlu olmayan hezeyan varlığı depresyondan uzaklaştırmaktadır. Psikotik belirtili depresyonun şizofreniden ayırımında hastalık öncesi premorbid uyum, kişilik yapısı özellikleri ve hastalığın gidişi çok değerlidir. Ağır psikotik dönemlerden sonra şizofrenili hastalarda depresif belirtiler görülebilmektedir. Ağır depresyon belirtileri olan bir hastada katatoniden ayırt etmek güç olabilmektedir. Ancak katatonik ajitasyon, balmumu esnekliği, stereotipiler ayırımında önemli belirtilerdir.⁴⁷

Demans

Özellikle ileri yaşlarda görülebilen ağır depresyonlu hastalarda demans şüphesi oluşabilmektedir. Bu sebeple psödodemans tanımından bahsedilmektedir. Depresyon hastalarında bilişsel yakınmaların yoğun olması ayırıcı tanı yapılmasını zorlaştırmaktadır. Bilişsel sorunlardan yakınmanın olması, başarısızlık ve kayıpların vurgulanması, davranışın bilişsel kaybın derecesi ile uyumsuz olması, gece kötüleşmemesi, kısa süreli başlangıç, hızlı ilerleme, duygudurum bozukluğu öyküsü olması, antidepressan tedaviye iyi yanıt vermesi depresyon lehine düşündüren belirtilerdir.⁷⁷

Yas

Kişi için önemli birinin kaybından sonra yoğun üzüntü, uykusuzluk, iştahsızlık gibi belirtiler görülmektedir. Depresyon belirtileri ile benzer olsa da yastaki üzüntü ve mutsuzluk, sınırı belli olmayan bir zamanda yatışmaya başlamaktadır. Kaybedilen kişi ile yakınlık derecesi, ne şekilde kaybedildiği, ilişkinin niteliği yasin belirtilerinin şiddetini etkilemektedir. Suçluluk duygusu olursa kişi ile olan ilişkiyle alakalı olmaktadır. Kişi yasta kendi değerini küçümsememekte, ölüm ya da intihar fikirleri de kaybedilen kişiye kavuşma anlamını taşıdığı için gündeme gelmektedir. DSM-5 değişiklik yaparak depresyon tanısı için yası dışlama ölçütü olmaktan çıkarmıştır. Yasta önemli bir kayba verilen doğal bir tepkinin yanı sıra depresyon döneminin de olabileceğine dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmıştır.^{46,78}

İkincil Depresyonlar

Depresyonlu hastaların değerlendirilmesinde, hastalık tablosunun bedensel bir hastalık ya da ilaç kullanımı sonrası geliştiğini ayırt etmek önemli olmaktadır. Çok sayıda genel tıbbi durum ve ilaç-madde kullanım bozuklukları depresyona neden olabilmektedir. Tanımlama yapılırken sebebi ile birlikte belirtilmelidir. Hastalığın tedavisi ya da kullanılan ilacın kesilmesi depresyonu iyileştirebilmektedir. Ancak, altta yatan nedenin ortadan kalkmasının her zaman depresyonun iyileşeceği anlamına gelmediğini, depresyonun tetiklenme sonrası oluştuğunu belirtenler de olmaktadır. Yeterli tedavi sonrası düzelmeyen depresyon belirtileri varlığında bedensel bir hastalık şüphesi ile detaylı değerlendirmeler yapılmalıdır.⁷⁹

2.2.7. Tedavi

Depresyon tedavisinde birçok ilaçların, bazı psikoterapilerin, EKT'nin etkisi kanıtlanmıştır. Hasta özelinde gerekli değerlendirme yapıldıktan sonra uygun tedavi seçilmelidir. Belirtiler hafif ve yol açabileceği riskler az ise ilaç kullanımı hasta tercihi olmadığı zamanlarda ertelenebilmektedir. Bu tablolarda psikososyal tedavi yöntemleri yeterli ve faydalı olabilmektedir.⁸⁰

Tedavi sırasında amaç belirtilerin tamamen kaybolmasını sağlamak olmakta, eşikaltı belirtilerin depresyonun yinelenmesinde ve süregelenleşmesinde önemli bir faktör olduğu ifade edilmektedir. Hastanın yeme-içme reddi olduğu, psikotik belirtilerin eşlik ettiği, fiziksel belirtilerin ağırlaştığı, aktif intihar düşünceleri ya da girişimlerin olduğu durumlarda hastane yatışı ile tedavi gerekmektedir.⁸⁰

Orta ve daha şiddetli depresyonlarda tedavide ilk seçenek antidepressan ilaçlardır. Tedavi başlamadan önce hastaya ilacın etkisinin 2-3 hafta sonrasında ortaya çıkacağını belirtmek ve hastanın tedavisine düzenli devam etmesini önermek gereklidir. Farmakolojik ajanların tercihinde hastanın tıbbi durumu, kullandığı başka ilaçlar, psikiyatrik eş tanıları etkili olmaktadır. Yan etkilerinin daha az olması sebebi ile ilk seçenek Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri grubu olmaktadır. Hastanın klinik durumuna göre sedatif, uyarıcı, kaygı giderici özellikleri olan ilaçlardan tercih edilebilmektedir.⁸¹

Hastaya tedavinin ilk günlerinde yan etkilerin görülebileceği açıklanmalı, hastanın etki görebilmesi için tedaviye düzenli devam etmesi gerekliliği belirtilmelidir. Depresif duygudurum, halsizlik, zevk alamama, isteksizlik, kendini değersiz görme gibi belirtilerin düzelmesi için gereken zaman biraz daha uzun olabilmektedir. Tedavi süresince bilişsel belirtiler ise en son düzelmektedir.⁸²

Depresyon dönemlerinin tekrarlama riski sebebiyle tedavi sonrası şikayetleri gerileyen hastalarda bir süre daha tedaviye devam edilmesi önerilmektedir. Geçmişinde depresyon dönemleri olanlarda bu süre daha uzun tutulmalı, yaşlılarda görülen depresyonlarda da yineleme riski nedeniyle tedaviye uzun süre devam edilmelidir. Psikotik özellikli depresyonda antipsikotik grubu ilaç eklenmesi, EKT düşünülmesi önerilmektedir. İntihar riski bulunan, yeme içme reddi olan, psikotik özellikli, melankoli özellikli depresyonlarda EKT gerekli ve etkili bir tedavi yöntemidir.⁸²

Tedavinin bir parçası da psikoterapiler olmaktadır. Psikanalitik kuram, başlangıçta destekleyici bir yaklaşım uygulamayı, iyileşme sonrası depresyona uygun ortam sağlayan kişilik özelliklerinin değerlendirilmesini önermektedir. Bilişsel davranışçı terapi, ilaçlarla kombine olarak kullanıldığında tek başına terapiden ya da ilaç kullanımından daha faydalı bulunmuştur. Yineleme ve nüks önlemede etkili olduğu bildirilmektedir. Bilişsel davranışçı terapide, depresyonun erken döneminde davranışsal aktivasyon çalışılması, sonrasında ise bilişlerin ele alınması gerektiği ifade edilmektedir.⁸³

2.3.Şizofrenide Depresyon

Şizofrenide depresyon varlığı Kraepelinian dikotomiye aykırı bir durum gibi görünebilir. Affektif belirtiler, Kraepelin tarafından manik-depresif psikozu demans praekokstan ayırmak için önemli bir ölçüt olarak kullanılıyordu. Ancak aynı Kraepelin şizofrenide depresyonun bir belirti olarak önemini vurgulamış ve hastalığın çeşitli alt tiplerini tanımlamıştır. Mayer-Gross akut psikotik epizoda karşı sıklıkla gelişen bir psikolojik tepki olarak umutsuzluğu vurgulamış ve Bleuler depresyonu şizofrenin çekirdek belirtilerinden biri olarak değerlendirmiştir.⁶¹

2.3.1. Epidemiyoloji

Depresif semptomlar, şizofrenili hastalarda sık gözlenen klinik özellikler arasındadır. Şizofrenide depresyon prevalansı çalışmaları, % 6 ile %75 gibi geniş bir aralıkta oranlar göstermektedir.⁸⁴ Bu yüksek farklılık düzeyleri, öncelikle depresyon tanımı ve tanı ölçütleri ile ilgilidir. Tek başına “depresyon” terimi, bazı depresif belirtilerin kümeleşerek oluşturduğu bir sendromu ifade etmektedir.^{85,86} Belirtilerin sayısı sabit değildir. Buna karşılık Major Depresif Epizod belirli sayıda belirtinin, belirlenmiş bir süre ve şiddette olmasına dayanan bir tanıdır. Dolayısıyla bu iki durum için sıklık oranlarının farklı olması beklenen bir durumdur. Ayrıca uygulanan ölçeklerin türü, çalışma alanı, hastalığın devresi (erken veya kronik dönem), durumu (akut veya post-psikotik) veya gözlem süresi gibi birçok faktörde sıklık oranlarını etkileyebilir.^{87,88}

2.3.2. Şizofrenide depresyonun önemi

Tarihsel olarak, şizofrenide afektif semptomların varlığı, genellikle prognozun iyi olabileceği yönünde bir öngörü sağlar. Bunda, afektif belirtilerin, bir defist/ çekirdek belirtili durumdan çok bipolar bozukluğu ima etmesinin rolü olabilir. Ancak, kanıtlar tersine depresyon varlığının kötü bir gidişle ilişkili olduğu yönündedir. Depresyonu olmayan şizofrenili hastalara göre, depresyon varlığı daha az olumlu bir gidiş ve kötü sonuçlarla birlikte. Depresif semptomların, sıklıkla şizofrenideki alevlenmelerle ilişkili olduğu bildirilmektedir⁸⁹ ve hastaneye ilk başvuru döneminde mevcutsa rölapsta hızlanmaya yol açabilir.⁹⁰

Depresif semptomlar şizofreniye tipik olmamakla birlikte, hastalığın kronisitesiyle güçlü ilişkisi ve işlevsellik bozulması üzerindeki etkisi yüzünden dikkatle ele alınmaları gereken belirtilerdir.⁹¹

Şizofrenideki depresif semptomların, nasıl değerlendirildiklerinden bağımsız olarak günlük işlevsellikte bozulmalar⁹², yaşam kalitesinde kötüleşme⁹³ ve daha çok ilaç kullanımı ve hastanede daha fazla yatışla^{94,95} ilişkili olduğuna dair giderek artan kanıtlar bulunmaktadır.

Depresif belirtiler ayrıca, tıpkı negatif belirtiler gibi günlük yaşam ödevlerindeki işlevsel becerilerde de bozulma yapmaktadır. Hatta Siris ve arkadaşları, bu hastalarda mortalite oranlarının da yüksek intihar oranları nedeniyle arttığına dikkat çekmektedirler.⁹⁶ Belki de şizofrenideki depresyonun öneminin en büyük göstergesi, intihar düşünceleriyle olan yaygın ilişkisidir.⁹⁷ Çalışmalar şizofrenisi olanların %2 ila

%13'ünün eninde sonunda intihar girişiminde bulunduğunu göstermektedir. Bunların çoğu yaşamın bazı dönemlerinde özellikle yardım alamama ve kayıp duyguları gibi depresif belirtiler tecrübe etmektedirler.^{98,99}

2.3.3. Depresyon ve negatif belirtiler

Şizofrenide depresyon tanısı, şizofreninin negatif belirtileri antipsikotiklerin depresyona benzer ekstrapiramidal yan etkileri ve organik durumları içeren ayırıcı tanı güçlükleri yüzünden karmaşıklık gösterir.

Şizofrenideki negatif belirtiler depresyon sendromuna birçok bakımdan benzerlikler gösterir. Psikomotor retardasyon, dikkat ve konsantrasyon problemleri, ilgi ve istek azalması, enerji ve motivasyon azalmaları gibi belirtiler negatif belirtiler olabileceği gibi depresif semptomatolojinin bir parçası da olabilir. Enerji kaybı, anhedoni ve sosyal çekilme özellikle her iki durumun da bir parçası olabildiğinden ayırıcı tanıyı güçleştirebilir. Dışardan gözlenen mutsuzluk, üzüntü hali şizofrenideki depresyon için güvenilir bir belirteç değildir. Depresif sendrom negatif belirtilerden, daha çok depresyonun bilişsel belirtilerinin (pişmanlık, utanç, düşük benlik saygısı, değersizlik ve çaresizlik düşünceleri, karamsarlık varlığı ile ayrılabilir. Pişmanlık düşünceleri ve intihar fikirleri depresyon için daha çok destekleyici bulgulardır. Düşük duygudurum depresyonu desteklerken, affektif yüzeyellik veya düzleşme negatif belirtileri akla getirir.

Şizofrenide depresif belirtilerin negatif belirtilerle ilişkisini gösteren birçok otöre^{100,101,102} karşılık pozitif belirtilerle güçlü bir ilişki gösteren birçok çalışma da vardır.^{103,104} Lysaker ve arkadaşları ayrıca, negatif belirtilerle depresyon arasında korelasyon olmamasını, negatif belirtilerin pozitif belirtilere göre içrel deneyimler için anlamlı derecede kapasite azalması sonucu oluşan bir defisit durumu göstermesi yüzünden beklenebileceğini varsaymışlardır.¹⁰⁴ Şizofrenideki negatif belirtilerle depresyonun ayırıcı geçerliliğine ilişkin sonraki kanıtlar antipsikotik medikasyondan sonra negatif belirtilere göre depresif belirtilerde gözlenen büyük düzelmelerden gelmektedir.¹⁰⁵

2.3.4. Depresyonun şizofreni dönemleriyle ilişkisi

Şizofrenili hastaların çoğunda depresif belirtilerin gözlenmesi, bu durumun hastalık sürecinin olağan bir parçası olduğu izlenimini vermektedir. Gerçekten de, hastalığın her döneminde depresif belirtiler gözlenebilmektedir.¹⁰⁸

Şizofrenin prodromal döneminde depresif belirtiler oldukça sık görülür. Bu durum, hastalığın başlangıçtaki tecrübelerine psikolojik bir tepki olabileceği gibi, altta yatan biyolojik süreçlerin doğal bir görünümü de olabilir.¹⁰⁶

Hastalığın çok erken dönemleri incelendiğinde psikoz için ultra yüksek risk taşıyan gruplarda %40 oranlara ulaşan depresyon ve diğer duygudurum bozukluklarının varlığı dikkat çekmektedir. Depresyon, şizofreninin seyri boyunca uzunlamasına araştırıldığında, hastaların %80'lere ulaşan büyük bir kısmında hastalığın erken dönemlerinde klinik olarak önemli en az 1 depresif epizod gözlenmektedir.¹⁰⁸ Bu bulgular, kesitsel çalışmalarda bulunan değerlerin gerçek prevalans oranlarından düşük olduğunu ve hastalığın erken dönemlerinde mood belirtilerinin “komorbid” durumlardan daha fazla bir şey olduğunu göstermektedir.¹⁰⁶

Depresif duygudurumun, sıklıkla şizofreninin ilk epizodunda olmak üzere genellikle akut psikotik epizodlarda görüldüğü bildirilmektedir.¹⁰⁶ Hastalığın kronik dönemlerinde depresyon oranları düşmektedir. Ancak Siris ve arkadaşları, şizofrenili hastaların üçte birinde depresyonun psikotik epizodun remisyonundan aylar sonra ortaya çıktığını bildirmektedirler ki bu durum genellikle “post -psikotik depresyon” olarak isimlendirilmektedir.¹⁰⁷

Ek olarak, uzunlamasına çalışmalar depresyonun, şizofreninin tüm dönemlerinde yaygın olduğunu göstermektedir.^{108,109}

Son olarak şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların uzun süreli ekstrapiramidal yan etkilerine bağlı olarak gelişen “akinetik depresyon” tanımını da ekleyebiliriz.

2.3.5. Patogenez

Şizofrenide depresyon görülmesi birçok yolla kavramlaştırılmaktadır. Bunlar arasında, depresyonu şizofreninin altında yatan psikopatolojinin bir parçası olarak; bir ucunda “pür afektif”, diğer ucunda “pür psikotik” patolojinin olduğu bir spektrumda bir boyut olarak ve aynı kişide hem psikotik hem de afektif patolojinin birlikte görülmesi olarak görünmesi sayılabilir. Şizofreni ve depresyonun ayrı ayrı bozukluklar olarak

patogenezlerinde bilinen mekanizmalar da bu komorbiditenin patogenezini anlamak için bir çıkış noktası sağlayabilir.

Birchwood, 3 ayrı yolak olduğunu öne sürmektedir: psikozun içsel bir parçası olarak depresyon, tanıya ve buna bağlı sosyal statü ve pozisyon değişikliklerine bir psikolojik tepki olarak depresyon ve tarihsel çocukluk çağı travmalarının kesin bir delili olarak depresyon. Travma, ihmal ve sosyal sorunlar, günümüzde şizofreni için de iyi tanımlanmış risk faktörleri arasındadır.¹¹⁰

Bazı araştırmacılar, depresyonun kompleks şizofreni sendromunda tıpkı negatif ve pozitif belirtiler kümesi gibi ayrı bir semptom boyutu olarak ele alınmasını önermektedirler.¹¹¹ Depresif belirtiler aynı zamanda, paranoid sanrılar gibi semptomların verdiği rahatsızlığa veya hasta tarafından içselleştirilen stigma deneyimleri ile de ilgili olabilir.^{112,113}

Depresyonun, şizofreninin çekirdek boyutlarından biri olarak kabulü, duygudurum bozuklukları ile şizofrenide bazı ortak biyolojik bulguların bir açıklaması olabileceği gibi, potansiyel başka etiyolojik yolların olabileceği anlamına da gelebilir. Psikolojik faktörler, bu yollarla önemli bir yere sahiptir. Şizofreni için günümüzde geçerli gibi görünen stres-enflamasyon- yapısal beyin değişiklikleri kuramları depresyon için de geçerli olabilir.¹¹¹

Şizofrenide depresyon için risk faktörlerine, ailede depresif bozukluk öyküsü, çoklu hastane yatışları ve hastaneden yakın zamanda taburcu olmak da eklenebilir.¹¹⁴

2.3.6. Psikolojik faktörlerin rolü

Şizofreni hastalarında, hastalık seyri boyunca depresyon ortaya çıkmasına yatkınlık sağlayan psikolojik faktörleri araştıran bazı çalışmalarda; kişisel olarak veya ailece yaşamda başarı beklentileri, eleştirici aile tutumları, yüksek aile duygu dışavurum düzeyleri, stigma, zeka ve içgörü, psikososyal destek veya kendilik saygısı desteği azlığı veya yokluğu vurgulanmaktadır.¹¹⁴

Gozdzik-zelazny ve arkadaşları, 49 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, depresyonla ilişkili psikolojik faktörler olarak dış kontrol odağı, anksiyete, hüzünlü affekt ve stresle emosyon yönelimli başa çıkmayı önemli bulduklarını bildirmişlerdir.¹¹⁵

Şizofreni hastalığının gidiş boyunca depresyon gelişimine yatkınlık sağlayan psikolojik faktörlere sahip bir hasta profili oluşturmak, hastalık sürecindeki tedavi ve yönetim girişimlerinde önemli bir kazanım sağlayacaktır. Örneğin, şizofreni hastalarında, genel popülasyona göre yaklaşık 13 kat artan intihar prevalansının önemli nedenlerinden biri depresyon gelişmesidir.¹¹⁶ Yatkın kişilerin belirlenmesi, depresyonun ve muhtemel sonuçlarının önlenmesi açısından önem kazanmaktadır.



3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırma Örnekleme, Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri

3.1.1. Araştırma Örnekleme

Araştırmaya İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikoz Polikliniği'ne başvuran, yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucunda DSM-5 tanı ölçütlerine göre Şizofreni tanısı konmuş hastalar alınmıştır. Çalışmaya alınmak üzere toplam 64 hasta ile görüşme yapılmış, çalışmaya dahil olmak istemeyen 4 kişi çıkarıldıktan sonra toplamda 60 hasta çalışmaya alınmıştır.

Hastalar rastlantısal olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara çalışmanın amacı anlatılarak, çalışmaya katılmayı reddetme ve görüşmelerin herhangi bir anında sonlandırma hakları hatırlatılarak kayıtlarının gizli tutulacağı konusunda bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılımları için onamları alınmıştır.

3.1.2. Çalışmaya dahil edilme ölçütleri:

-18 yaşından büyük, 60 yaşından küçük olmak

-DSM-5 tanı ölçütlerine göre Şizofreni tanısı almış olmak (Hastaların her birine en az 2 psikiyatri uzmanı tarafından şizofreni tanısı konulmuştur. Tüm hastaların klinik tanıları, yatış dosyaları ve/veya poliklinik takip kayıtları gözden geçirilerek doğrulanmıştır).

-Çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.1.3. Çalışmadan dışlanma ölçütleri:

-Genel tıbbi durumda bozulmaya yol açan herhangi bir hastalık, zekâ geriliği, epilepsi, organik beyin sendromu bulunması, kafa travması geçirmiş olmak

-Şizoaffektif Bozukluk tanısı almak

-Son 3 ay içinde EKT yapılmış olması

-Son 3 ay içinde psikiyatri servisinde hastane yatışı olması

-Okur-yazar olmamak

3.2.Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu formda hastanın adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, öğrenim düzeyi, medeni durumu, varsa çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, mesleği, çalışma durumu, sosyo-ekonomik düzeyi, doğum mevsimi, çocukluğunda kiminle yaşadığı, sigara kullanımı, tanı aldığından itibaren geçen zaman, kaç kez hastane yatışı olduğu, kullandığı ilaçlar, psikiyatrik tedavinin şekli, süresi, alkol, madde öyküsü, ailesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsünün olup olmamasından oluşan sorular yer almaktadır.

3.2.2. Positive and Negative Syndrome Scale: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Kay, Opler ve Fiszbein tarafından 1987 yılında geliştirilen ölçek 30 itemden oluşmaktadır.¹¹⁷ Bu ölçeğin SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms) ve SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)'a göre üstünlükleri, yarı yapılandırılmış standart bir görüşmenin tanımlanmış olması, pozitif ve negatif belirtilerin ayrımını sağlayan itemlerin eşit sayıda olması ve aralarındaki nisbi üstünlüğü ölçmesi, genel psikopatolojiyi ve bunun pozitif ve negatif belirtilerin ağırlığı üzerindeki etkisini değerlendirmesi, şizofreni hastalarında anjerji, düşünce bozukluğu, aktivasyon, paranoid, kavgacılık ve depresyon belirtilerinin ciddiyetini; pozitif, negatif ve genel psikopatoloji ölçeği itemlerindeki skorların toplamını ölçmesi şeklinde özetlenebilir. PANSS'ın Türkçe uygulanmasının geçerlilik güvenilirliği Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır.¹¹⁸

3.2.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ölçektir.¹¹⁹ Bu ölçeğin Türkçe'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Aydemir ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmıştır. Ölçek görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir ve dörtlü Likert tipinde değerlendirilen 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, intihar ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CSDÖ) geliştirilirken ölçeğin şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerden ya da ekstrapiramidal yan etkilerden

etkilenmemesi hedeflenmiştir ve bunu sağladığına dair çalışmalar bulunmaktadır. CSDÖ'nin Türkçe versiyonunun depresif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni için kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir. Çalışmada kesme puanı 11 olarak kabul edilmiştir.^{120,121}

3.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin¹²² Türkçe standardizasyonu Ulusoy (1998) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu ölçek 21 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru 0 (hiç) ile 3 (ciddi derecede) arasında değerlendirilmektedir ve yüksek puanlar anksiyete yakınmalarındaki artışa işaret etmektedir. Böylece bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Ölçeğin, yeterli düzeyde güvenilirlik ve geçerliğe sahip olduğu belirlenmiştir.¹²³

3.2.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş olan “Stresle Başa Çıkma Yolları Envanteri”, stresle başa çıkma konusunun incelendiği araştırmalarda sıklıkla kullanılan, duruma yönelik ve 66 maddelik, 4'lü Likert tipi bir ölçektir.¹²⁴ Türkiye’de Şahin ve Durak (1995) tarafından üniversite öğrencilerine uyarlaması yapılan yeni adıyla “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” 30 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddeye verilebilecek tepkiler, bana hiç uygun değil (% 0); bana uygun değil (%30); bana uygun (%70); bana çok uygun (%100) biçiminde dağılım göstermektedir. Ölçek; Kendine Güvenli Yaklaşım (7 Madde), İyimser Yaklaşım (5 Madde), Çaresiz Yaklaşım (8 Madde), Boyun Eğici Yaklaşım (6 Madde), Sosyal Destek Arama (4 Madde) olmak üzere toplam 5 alt ölçekten oluşmaktadır.¹²⁵

3.2.6. Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği

Ölçeğin orijinal formu, 1966 yılında Rotter tarafından geliştirilmiş¹²⁶ ve 1991 yılında Dağ tarafından Türkçe’ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. 29 maddeden oluşan ölçekte her maddede a ve b harfleriyle gösterilen iki seçenek bulunmaktadır. Testi yanıtlayan kişiden kendisine uygun gelen cümleyi seçmesi ve a ya da b seçeneğinden birini işaretlemesi beklenmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puan 0-23 arasında değişmektedir. Yükselen puanlar bireyin dış kontrol odağı inancında artış gösterdiğini, düşen puanlar ise bireyin iç kontrol odağına sahip

olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı .71 olarak hesaplanmış olup, test-tekrar test güvenirligi .83 olarak bulunmuştur.¹²⁷

3.2.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS), Zimet ve arkadaşları tarafından 1988’de geliştirilmiştir.¹²⁸ Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından yapılarak yapı geçerliliği 1995’te değerlendirilmiştir. 2001 yılında aynı yazarlar tarafından “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Gözden Geçirilmiş Formu’nun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirligi” incelenmiş ve MSPSS ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde (Cronbach alfa katsayıları = 0.80-0.95) bulunmuştur. Ölçek, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grup vardır: Aile (3, 4, 8, 11. maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel bir insandır (1, 2, 5, 10. maddeler). Ölçek, yedili likert tipinde olup, ‘tamamen katılıyorum’ (7 puan), ‘çoğunlukla katılıyorum’ (6 puan), ‘katılıyorum’ (5 puan), ‘kararsızım’ (4 puan), ‘katılmıyorum’(3 puan), ‘çoğunlukla katılmıyorum’ (2 puan) ve ‘hiç katılmıyorum’ (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tur. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.¹²⁹

3.3.Yöntem

Araştırmaya dahil olan hastalarla İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikoz Polikliniği’nde yüz yüze görüşme yapılmıştır. Hastalarla yapılan görüşme sonunda sosyodemografik veri formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği çalışmacı tarafından, Beck Anksiyete Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Rotter’in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği hastalar tarafından doldurulmuştur. Hastaların ölçekleri doldurmaları 20-30 dakika, toplam görüşme yaklaşık 40-50 dakika sürmüştür.

3.4.İstatistiksel Analiz

Veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences- SPSS for Windows, 20) kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. İstatistiksel analiz için nicel bağımsız verilerin analizinde, Mann-Whitney U test kullanılmıştır. Nitel bağımsız verilerin analizinde Ki-kare testi, Ki-kare test koşulları sağlanmadığında Fischer testi ve korelasyon analizi (Pearson ve Spearman) kullanılmıştır. Tüm analizler için yanılma düzeyi 0,05 kabul edilmiştir. Bu değerden küçük p değerleri istatistiksel olarak önemli (anlamlı) şeklinde yorumlanmıştır.



4. BULGULAR

4.1.Örneklem

Çalışmaya dahil edilen hastalar İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Psikoz polikliniğinde izlenmekte olan Şizofreni tanılı hastalardır. Çalışmada Calgary Şizofrenide Depresyon ölçeğinde 11 ve üstü puan alan hastalar (n=29) depresyon grubu olarak, ölçekten 10 ve aşağısı puan alan hastalar (n=31) ise kontrol grubu olarak ayrılmış, oluşan iki grup birbiriyle karşılaştırılmıştır.

4.2.Sosyodemografik veriler

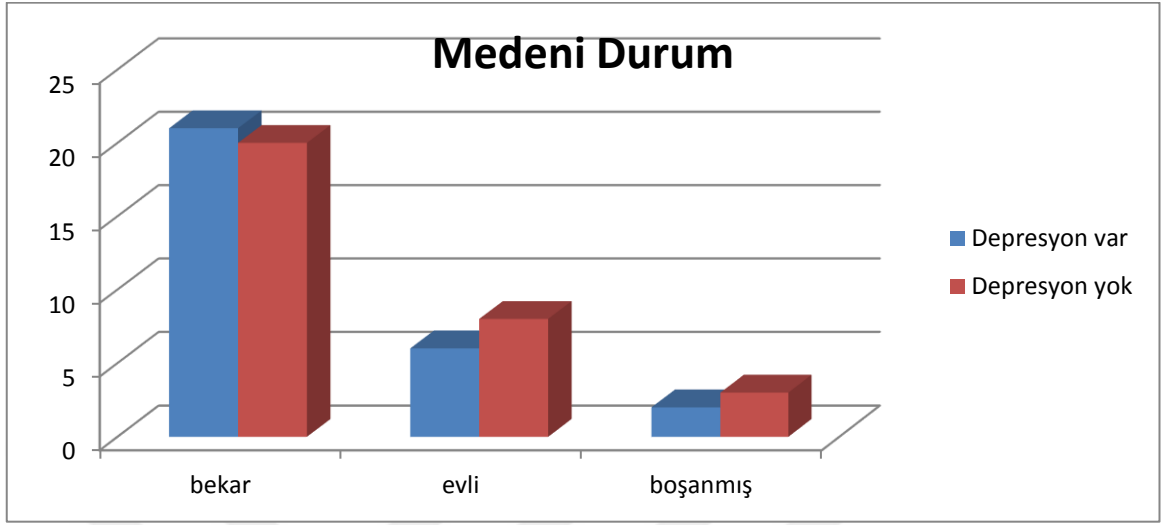
Çalışmada erkeklerin sayısı 34 (%56,7), kadınların sayısı 26'dır (%43,3). İki grup arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). İki gruptaki hastaların sosyoekonomik düzeyleri karşılaştırıldığında oranların benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Depresyonu olan hastalarla depresyonu olmayan hastaların meslek dağılımı benzerdir. Hastaların beraber yaşadığı ev halkı incelendiğinde, iki grupta da büyük çoğunluğun anne-baba ve kardeşlerle beraber yaşadığı, dağılımın ise benzer olduğu görülmektedir. Hastaların doğum mevsimleri incelendiğinde iki grup arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Sosyodemografik veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Sosyodemografik veriler

		Depresyon var (n=29)		Depresyon yok (n=31)		P ¹
		Ort. / n	Ss. / %	Ort. / n	Ss. / %	
Yaş		39.62	±9.95	40.61	±10.40	0,708 ^t
Cinsiyet	Erkek	18	%62.1	16	%51.6	0.414
	Kadın	11	%37.9	15	%48.4	
Medeni durum	Bekar	21	%72.4	20	%64.5	0,801 ^{X²}
	Evli	6	%20.7	8	%25.8	
	Boşanmış	2	%6.9	3	%9.7	
Eğitim düzeyi	Okur yazar	0	%0	1	%3.2	0,734 ^{X²}
	1-5 yıl	6	%20.7	9	%29.0	
	6-8 yıl	4	%13.8	3	%9.7	
	9-11 yıl	8	%27.6	6	%19.4	
	12 yıl ve üzeri	11	%37.9	12	%38.7	
Sosyoekonomik düzey	Kötü	6	%20.7	5	%16.1	0,895 ^{X²}
	Orta	11	%37.9	12	%38.7	
	İyi	12	%41.4	14	%45.2	
Meslek durumu	Ev hanımı	4	%13.8	6	%19.4	0,626 ^{X²}
	İşçi	10	%34.5	10	%32.3	
	Memur	7	%24.1	8	%25.8	
	Serbest	4	%13.8	6	%19.4	
	Yok	4	%13.8	1	%3.2	
Çalışma durumu	Çalışıyor	9	%31.0	7	%22.6	0,506 ^{X²}
	Emekli	3	%10.3	5	%16.1	
	Ev hanımı	4	%13.8	6	%19.4	
	Hiç çalışmamış	4	%13.8	1	%3.2	
	İşsiz	9	%31.0	12	%38.7	
Birlikte yaşadığı ev halkı	Eş	1	%3.4	1	%3.2	0,538 ^{X²}
	Eş ve çocuklar	4	%13.8	7	%22.6	
	Çocuklar	2	%6.9	1	%3.2	
	Anne-baba kardeşler	21	%72.4	18	%58.1	
	Diğer	1	%3.4	4	%12.9	
Doğum mevsimi	Kış	7	%24.1	14	%45.2	0,295 ^{X²}
	İlkbahar	5	%17.2	6	%19.4	
	Yaz	10	%34.5	7	%22.6	
	Sonbahar	7	%24.1	4	%12.9	

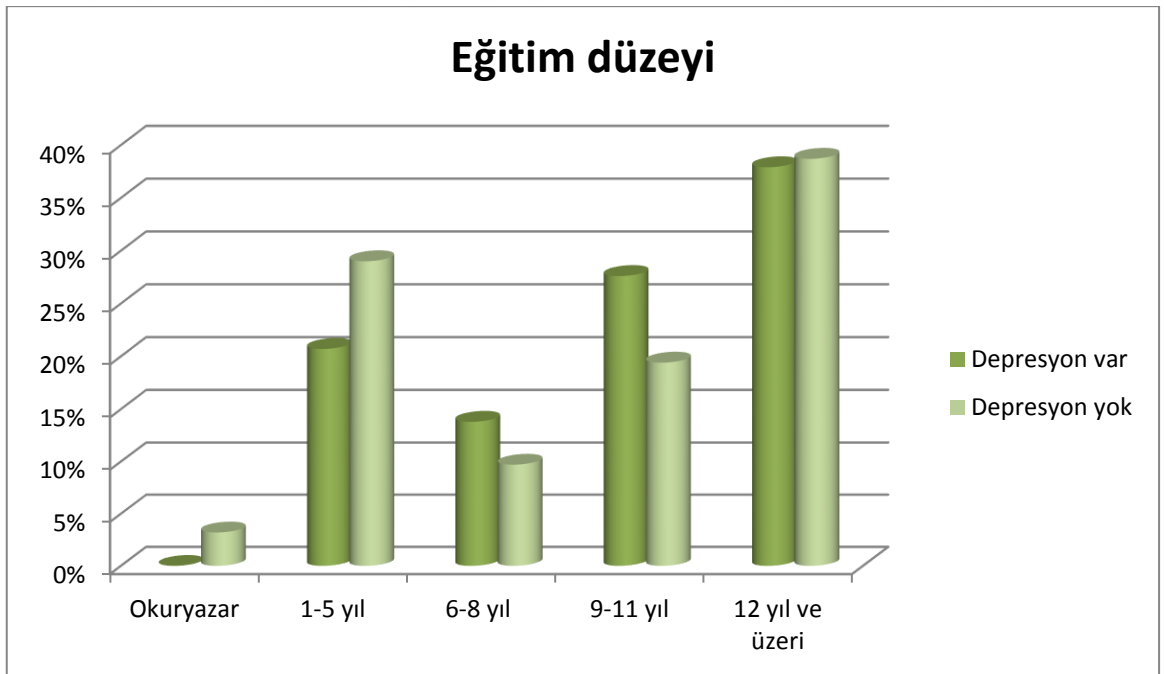
¹Ki-kare testi ve student's t test uygulanmıştır. 0,05'den küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Grupların medeni durumu incelendiğinde çoğunluğun bekar olduğu, genel dağılımın benzer olduğu anlaşılmaktadır. (Tablo 1) (Şekil 1)



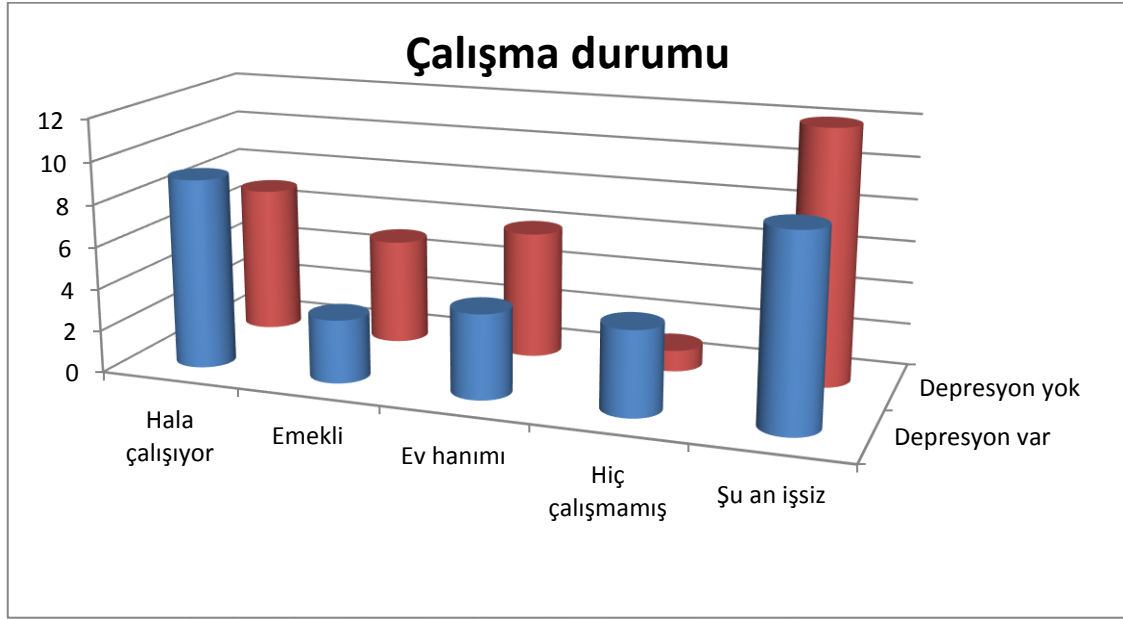
Şekil 1: Grupların medeni durumuna ilişkin grafik

Hastaların eğitime ara vermek zorunda kalmaları sebebiyle eğitim düzeyleri yıl olarak araştırılmış ve gruplar arasında dağılımın benzer olduğu görülmüştür. (Tablo 1) (Şekil 2)



Şekil 2: Hastaların eğitim düzeyine ilişkin grafik

Çalışmaya dahil edilen hastaların çalışma durumları açısından dağılımlarının benzer olduğu belirlenmiştir. (Tablo 1) (Şekil 3)



Şekil 3: Hastaların çalışma durumuna ilişkin grafik

Hastaların sigara kullanımı incelendiğinde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Alkol kullanımı olan depresif hasta sayısı bir (%3.4) iken, depresyonu olmayan hastaların iki (%6,5) tanesi alkol kullanmaktadır. İki grupta da birer kişi madde kullanmakta olup, hastaların aralıklı olarak esrar kullanımı olduğu ifade edilmiştir. (Tablo 2)

Tablo 2: Sigara, alkol ve madde kullanımına ilişkin veriler

		Depresyon var (n=29)		Depresyon yok (n=31)		
		n	%	n	%	
Sigara kullanımı	Var	14	%48.3	11	%35.5	0,295 ^{x2}
	Yok	15	%51.7	20	%64.5	
Alkol kullanımı	Var	1	%3.4	2	%6.5	1,000 ^{x2}
	Yok	28	%96.6	29	%93.5	
Madde kullanımı	Var	1	%3.4	1	%3.2	1,000 ^{x2}
	Yok	28	%96.6	30	%96.8	

¹Ki-kare testi (Fischer test) uygulanmıştır. 0,05'den küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

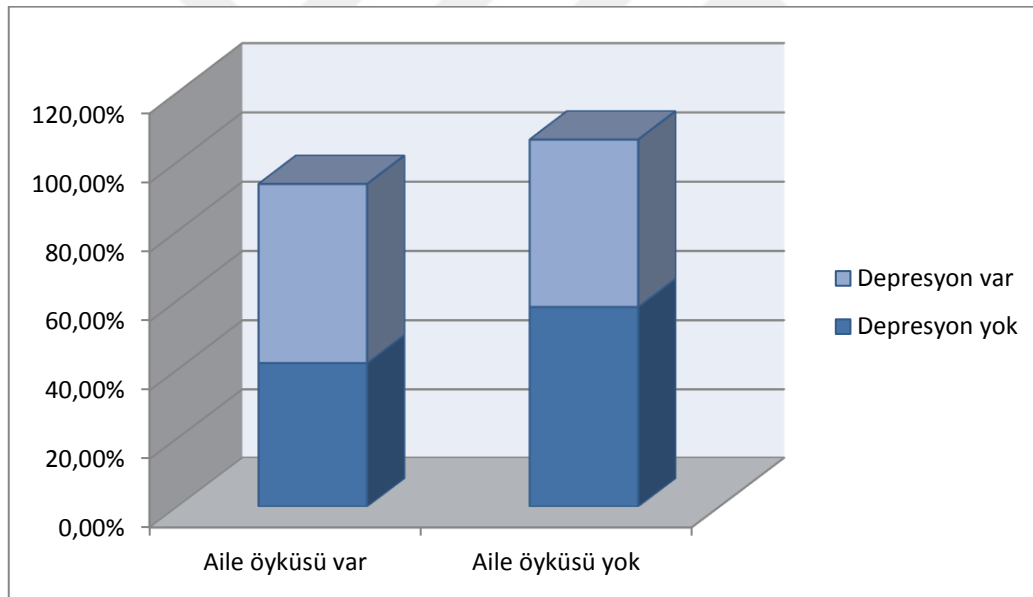
Hastaların aile öyküsü incelendiğinde, ailelerinde psikiyatri tanısı olup ilaç kullanımı olan yakınları olanların oranı, depresyonu olan ve olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). (Tablo 3) (Şekil 4)

Çalışmaya dahil edilen hastaların tamamının yatış sayısı ortalaması $2,73 \pm 2,38$ olarak hesaplanmıştır. Hastaların yatış sayıları 0 ile 10 arasında değişmektedir. Tüm hastaların tanı aldığından beri geçen ortalama süre $13,45 \pm 8,84$ yıl olarak bulunmuştur. Çalışmaya alınan hastaların tanı aldığı tarihten çalışmanın yapıldığı tarihe kadar geçen zaman 2-40 yıl arasında değişmektedir. (Tablo 3)

Tablo 3: Hastaların klinik özellikleri

		Depresyon var (n=29)		Depresyon yok (n=31)		
		Ort. / n	Ss. / %	Ort. / n	Ss. / %	
Aile öyküsü	Var	15	%51.7	13	%41.9	0,448 ^{X2}
	Yok	14	%48.3	18	%58.1	
Yatış sayısı		3,28	2,282	2,23	2,404	0,088 ^t
Hastalık süresi		13,14	6,776	13,74	10,526	0,794 ^t

^tKi-kare testi ve student's t test uygulanmıştır. 0,05'den küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



Şekil 4: Aile öyküsü varlığına ilişkin grafik

Grupların kullandıkları tedavi şekli açısından yapılan karşılaştırmada, hastaların daha çok oral tedavi kullandıkları, farmakolojik ajan olarak en çok klozapinin kullanıldığı anlaşılmaktadır. Tedavilere bakıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). (Tablo 4)

Tablo 4: Tedavi şekilleri verileri

Tedavi şekli		Depresyon var (n=29)	Depresyon yok (n=31)	Toplam
Klozapin monoterapi	n	7	14	21
	%	%24.1	%45.2	%35
Atipik kombine veya klozapin hariç atipik monoterapi	n	14	13	27
	%	%48.3	%41.9	%45
Yalnızca depo veya depo ile oral kombine	n	8	4	12
	%	%27.6	%12.9	%20

$p=0.162^1$ Ki-kare testi uygulanmıştır. 0,05'den küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.3.PANSS Ölçeği Değerlendirilmesi

Çalışmada depresyonu olan hastalar ile depresyonu olmayan hastalar arasında PANSS pozitif alt ölçek skor ortalamaları (Mann-Whitney U test, $p=0,001$), PANSS negatif alt ölçek skor ortalamaları (Mann-Whitney U test, $p=0,000$), PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği skorları (Mann-Whitney U test, $p=0,000$) ve PANSS toplam ölçek skorları ortalamalarının (Mann-Whitney U test, $p=0,000$) tümü açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Depresyonu olan hastalarda, depresyonu olmayan hastalara göre PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji alt ölçekleri ve toplam skor ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5: PANSS alt ölçekleri ve toplam puanlarını karşılaştıran veriler

	Depresyon var (n=29)		Depresyon yok (n=31)		P ¹
	Ortalama	Ss.	Ortalama	Ss.	
PANSS pozitif	13,00	4,603	9,00	2,983	0,001^m
PANSS negatif	17,00	4,051	12,00	3,664	0,000^m
PANSS genel psikopatoloji	31,00	5,403	20,00	3,951	0,000^m
PANSS toplam	62,00	11,581	42,00	9,233	0,000^m

^{1 m} Mann-Whitney U testuygulanmıştır. 0,05'den küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.4.Beck Anksiyete Ölçeği

Depresyonu olan ve olmayan hasta gruplarının Beck Anksiyete ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Mann-Whitney U test, $p=0,013$). Depresyonu olan hastaların diğer gruba göre anksiyete skorlarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Tablo 6)

Tablo 6: Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırma verileri

Beck Anksiyete ölçek skoru	Depresyon var (n=29)		Depresyon yok (n=31)		P ¹
	Ortalama	Ss.	Ortalama	Ss.	
	14	15,067	8	7,795	

^{1 m} Mann-Whitney U test uygulanmıştır. 0,05'den küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.5.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çalışmada ÇBASDÖ aile, arkadaş, özel bir kişi alt ölçek ile toplam puanlarında, depresif belirtileri olan grup ile olmayan grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 7)

Tablo 7: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) verileri

		ÇBASDÖ ¹ aile	ÇBASDÖ arkadaş	ÇBASDÖ özel	ÇBASDÖ toplam
Depresyon var(n=29)	Ortalama	26,00	15,00	14,00	51,00
	Ss.	6,681	7,506	7,486	16,609
Depresyon yok (n=31)	Ortalama	28,00	19,00	17,00	62,00
	Ss.	4,848	8,382	8,488	17,289
p değeri ²		0,470 ^m	0,179 ^m	0,171 ^m	0,222 ^m

¹ Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

^{2 m} Mann-Whitney U test uygulanmıştır. 0,05'den küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.6. Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)

Tablo 8: Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ) verileri

RİDKOÖ ² skoru	Depresyon var (n=29)		Depresyon yok (n=31)		P ¹
	Ortalama	Ss.	Ortalama	Ss.	
	12	3,226	10	3,278	0,007^m

¹ *Mann-Whitney U test uygulanmıştır. 0,05'den küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.*

² *Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği*

Hasta grupları RİDKOÖ ile karşılaştırıldığında, depresif belirtileri olan gruba depresif belirtileri olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Depresyonu olan grubun dış kontrol odağı inancının diğer gruba göre yüksek olduğu anlaşılmaktadır. (Tablo 8)

4.7. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Tablo 9: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) verileri

SBÇTÖ ¹	Depresyon var (n=29)		Depresyon yok (n=31)		P ²
	Ortalama	Ss.	Ortalama	Ss.	
Kendine Güvenli Yaklaşım alt faktör	19,00	5,268	20,00	5,550	0,477 ^m
İyimser Yaklaşım alt faktör	14,00	3,782	14,00	3,711	0,923 ^m
Sosyal Destek Arama alt faktör	10,00	2,419	10,00	2,882	0,443 ^m
Çaresiz Yaklaşım alt faktör	17,00	5,585	16,00	6,153	0,558 ^m
Boyun Eğici Yaklaşım alt faktör	12,00	4,517	10,00	4,700	0,449 ^m
Probleme yönelik alt grup	42,00	10,165	44,00	10,672	0,609 ^m
Duygulara yönelik alt grup	29,00	9,084	26,00	10,347	0,424 ^m
SBÇTÖ toplam	71,00	14,801	70,00	18,216	0,906 ^m

¹ *Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği*

² *Mann-Whitney U test uygulanmıştır. 0,05'den küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.*

SBÇTÖ alt faktörleri, alt grupları ve toplam puanlarında iki grup arasında anlamlı fark gözlenmemektedir. Grupların SBÇTÖ tüm puanları benzerlik göstermektedir ($p>0.05$).

4.8.Korelasyon Çalışmaları

Çalışmada hastaların demografik ve klinik özelliklerine bakıldığında hastaların yatış sayılarının, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları ve PANSS genel psikopatoloji alt ölçek puanları ile pozitif yönde anlamlı korelasyon ($p < 0.05$) gösterdiği saptanmıştır. (Tablo 10)

Tablo 10: Yatış sayısı ve tanı alındığından beri geçen zamanı ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (ÇŞDÖ) ve PANSS ilişkisi

	ÇŞDÖ ¹		PANSS pozitif		PANSS negatif		PANSS genel psikopatoloji		PANSS toplam	
	r_s	P^2	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Yatış sayısı	,317*	0.014	0,218	0,094	0,113	0,390	,292*	0,023	0,239	0,065
Tanı alındığından beri geçen zaman	0,024	0,858	-0,041	0,756	0,025	0,849	0,028	0,834	0,011	0,931

1 Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

2 r_s : Spearman rho uygulanmıştır. 0,05'den küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 10 incelendiğinde, hastaların demografik ve klinik özelliklerinin depresyon puanları ile korelasyon göstermediği, ancak yatış sayısının depresyon puanı ile korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Depresyonu olan şizofrenili hastaların daha çok hastane yatışı olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 11: Depresyon puanları ile PANSS ve Beck Anksiyete Ölçeği ilişkisi

ÇŞDÖ ¹	Puanı	PANSS pozitif	PANSS negatif	PANSS genel psikopatoloji	PANSS toplam	Beck Anksiyete Ölçeği puanı
		r_s	P	r_s	P	r_s
		,476**	,498**	,748**	,690**	,314*
		0,000	0,000	0,000	0,000	0,014

r_s : Spearman rho uygulanmıştır. 0,05'den küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

1 Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Tablo 11 incelendiğinde, depresyon puanlarının PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji alt ölçekleri ile toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon ($p < 0.01$) gösterdiği saptanmıştır. Depresyon puanları yüksek olan hastaların PANSS puanları da yüksek bulunmuştur. ÇŞDÖ ile Beck Anksiyete ölçeği puanları arasında

pozitif yönde anlamlı korelasyon ($p < 0.05$) saptanmıştır. Depresyon skoru yüksek hastaların anksiyete puanları da yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo 12: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ) arasındaki korelasyon analizi

		ÇBASDÖ ¹ aile	ÇBASDÖ arkadaş	ÇBASDÖ özel	ÇBASDÖ toplam	RİDKOÖ ² puanı
CŞDÖ ³ puanı	r_s	-0,104	-0,132	-0,200	-0,169	,321*
	P	0,427	0,314	0,126	0,197	0,012

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ r_s : Spearman rho uygulanmıştır. 0,05'den küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

1 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

2 Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği

3 Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Tablo 12 incelendiğinde, CŞDÖ puanları ile ÇBASDÖ aile, arkadaş veya özel bir kişiden ve toplam olarak algılanan sosyal destek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p > 0.05$). Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları ile RİDKOÖ puanları arasında pozitif düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu sonuç depresyonu olan hastaların dış kontrol odağı inancına sahip olduklarını göstermektedir.

Tablo 13: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) analizi

	CŞDÖ ¹			CŞDÖ	
	r_s	p		r_s	p
SBÇTÖ ²			SBÇTÖ		
Kendine Güvenli Yaklaşım	-0,081	0,538	Boyun Eğici Yaklaşım	0,102	0,436
İyimser Yaklaşım	0,001	0,993	Probleme Yönelik alt grup	-0,068	0,608
Sosyal Destek Arama	-0,118	0,369	Duygulara Yönelik alt grup	0,145	0,270
Çaresiz Yaklaşım	0,131	0,320	SBÇTÖ Toplam	0,075	0,572

r_s : Spearman rho uygulanmıştır. 0,05'den küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

1 Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

2 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Depresyon puanları ile SBÇTÖ arasında yapılan korelasyon analizinde, alt faktörler, alt gruplar ve toplam SBÇTÖ puanları ile CŞDÖ puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. (Tablo 13)

5. TARTIŞMA

Bu çalışmaya İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikoz Polikliniğinde düzenli olarak izlenen 60 hasta katılmıştır. Hastalar, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği uygulanarak depresyonu olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılmış ve bu gruplar karşılaştırılarak şizofrenili hastalarda depresif belirtiler ile şizofrenide görülen pozitif, negatif ve genel psikopatolojik belirtiler, anksiyete, algılanan sosyal destek, kontrol odağı inancı ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 40,13 iken, depresif belirtileri olan grubun ortalaması 39,62 ve depresyonu olmayan grubun ortalaması 40,61 olarak hesaplanmıştır. Şizofreni tanılı hastalarda depresyon ile yaş arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Hollanda'da yapılan yakın tarihli bir çalışmada, şizofreni tanısı olan yaşlı hastalar şizofreni tanısı olmayan akranlarıyla karşılaştırdığında depresif belirtilerinin oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.¹³⁰ Ancak, yakın tarihli geniş örneklemlilerde yapılan çalışmada, şizofreni tanılı hastalarda depresif belirtileri olan ve olmayan gruplar arasında yaş açısından anlamlı farklılık gösterilmemiştir.¹³¹

Çalışmamıza katılan hastaların 34'ü erkek (%56,7), 26'sı kadındır (%43,3). Depresyonu olan grubun %62,1'i erkek, %37,9'u kadın iken, depresyonu olmayan grubun %51,6'sı erkek, %48,4'ü kadınlardan oluşmaktadır. Literatürdeki birçok çalışmada olduğu gibi Murali ve Kumar'ın çalışmasında da cinsiyetler arası anlamlı farklılık bulunmamaktadır.¹³² Ülkemizde yapılan bir çalışmada Evren ve arkadaşları da cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır.¹³³

Hastaların medeni durumu incelendiğinde, depresyonu olan ve olmayan gruplarda sırasıyla bekarların oranı %72,4 ve %64,5 olarak hesaplanmıştır. Evli olanların oranı sırasıyla %20,7 ve %25,8, boşanmış olanların oranı ise sırasıyla %6,9 ve %9,7 olarak hesaplanmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda da evlilik yapmayanların oranı daha yüksek bulunmuş olup, bu durum şizofreninin erken yaşlardaki başlangıcına bağlı olarak evlenememe veya boşanma oranlarının yüksekliği ile açıklanmaktadır.^{134,135,136}

Araştırmamıza dahil edilen hastaların mesleklerine bakıldığında, gruplar arasında dağılımın benzer olduğu ve işçi, memur ya da ev hanımlarının daha fazla olduğu görülmektedir. Gruplar arasında dağılım farklılık göstermemektedir. Ancak, daha önce çalışma hayatı olan ama çalışmamız sırasında işsiz olanların oranı diğer gruplara göre daha fazla bulunmuştur. Erol ve ark.'nın (2009) çalışmasında da hastaların büyük çoğunluğunun işsiz olduğu ifade edilmiştir.¹³⁷ Bu bulgu, şizofrenili hastaların mesleki ve sosyal işlevselliğindeki bozulmaların sonucu olarak yorumlanabilir.

Eğitim düzeyleri açısından karşılaştırma yapıldığında depresif belirtileri olan ve olmayan şizofreni hastaları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, benzer şekilde depresif belirtiler ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.¹³⁸ Hindistan'da yapılan bir çalışmada da depresif belirtileri olan ve olmayan gruplar arasında eğitim düzeyleri açısından anlamlı farklılık görülmediği belirtilmiştir.¹³⁹

Hastaların birlikte yaşadığı ev halkına bakıldığında, iki grup arasında anlamlı fark görülmezken hastaların büyük çoğunluğunun anne-baba ve kardeşleri ile beraber yaşadığı anlaşılmaktadır. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada, hastaların çok büyük bir kısmının aileleriyle yaşadığı gösterilmiştir.^{140,141} Bu bulgu, kültürel özelliklerimizle ilgilidir. Yaşam standartları Türkiye'ye benzeyen Brezilya'da yapılan bir çalışmada da hastaların büyük çoğunluğunun aileleri ile beraber yaşadığı gösterilmiştir.¹⁴²

Şizofreni tanılı hastaların sosyoekonomik düzeyine bakıldığında gruplar arasında benzerlik görülmekle beraber çoğunluğun kötü-orta seviyesinde olduğu anlaşılmaktadır. Benzer çalışmalarda da gösterildiği gibi gerek yoksulluğun bir risk faktörü olması ve gerekse de hastalığın ağır seyri, işlevsellikte bozulmalar, hastane yatışları nedeniyle hastaların sosyoekonomik düzeylerindeki olumsuz kaymaların bu durumun nedeni olduğu söylenebilir.¹⁴³ Ancak, çalışmamızda belirtilen sosyoekonomik düzeyler hasta ifadelerine dayanmakta olup geçerlilikleri tartışmalıdır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların yarısına yakını sigara kullanmaktadır ve gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Birçok çalışma, coğrafyadan bağımsız olarak şizofreni tanılı hastaların sigara kullanımının normal popülasyona göre çok daha fazla olduğunu göstermektedir.^{144,145,146}

Araştırmada depresif belirtileri olan ve olmayan iki grupta da alkol-madde kullanım oranları çok düşüktür. Güncel bir çalışmada, Norveç sağlık sistemi incelenerek şizofreni tanılı hastalarda alkol kullanım bozukluğu prevalansı % 4,9, madde kullanım bozukluğu % 15,6 ve hem alkol hem madde kullanım bozukluğu ise % 4,6 olarak kaydedilmiştir.¹⁴⁷ Yine altmış çalışmanın alındığı bir gözden geçirmede şizofreni tanılı hastalarda alkol kullanım bozukluğu prevalansı % 9,4 olarak bulunmuştur.¹⁴⁸ Sonuçlar arasındaki uyumsuzluk, çalışmamıza alınan örneklem grubu içindeki kültürel farklılık ile açıklanabilir.

Tanı alınmasından itibaren çalışmanın yapıldığı tarihe kadar geçen süreye bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde ilk epizot şizofreni hastalarında da depresif belirtilerin sık görüldüğünü bildiren çalışmalar vardır. Bir çalışmada ilk epizot şizofreni hastalarında %34 oranında depresif belirtilerin bulunduğu bildirilmiştir.¹⁴⁹ Yakın tarihli bir çalışmada ise, uzun hastalık süresine sahip grubun CŞDÖ ile belirlenen depresyon puanları kısa hastalık süresine sahip gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.¹⁵⁰ Çalışmaların büyük çoğunluğu, depresyonun şizofreninin her döneminde görülebildiğini kaydetmektedir.^{106,107,108}

Bu çalışmada depresif belirtileri olan ve olmayan gruplar arasında aile öyküsü benzer oranlarda görülse de yakın zamanda yayınlanan bir çalışmada, ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda PANSS'ın pozitif ve affektif belirtilerinde yüksek skorlar bulunduğu belirtilmektedir.¹⁵¹ Makedonya'da yapılan bir çalışmada, majör depresif bozukluk tanılı hastalar ile depresif belirtileri olan şizofreni tanılı hastalar karşılaştırılmış ve depresif belirtileri olan şizofreni hastalarının aile öykülerinde depresif bozukluk sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmacılar, şizofreni hastalarında depresyona genetik bir yatkınlık olabileceğini ileri sürmüşlerdir.¹⁵²

Hastaların hastane yatış sayısı dikkate alındığında, CŞDÖ puanları ile yatış sayıları arasında korelasyon olduğu görülmektedir. Depresyonu olan hastaların daha çok hastane yatışı olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuç, başka çalışmalarca da doğrulanmaktadır.^{94,95} Literatürde hastane yatış sayısı ile depresyon skorları arasında ilişki bulmayan çalışmalar da bulunmaktadır.¹⁵³

Çalışmada hastaların depresyon skorları ile kullandıkları tedavi şekli arasında farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda izleme grubumuzdaki hastaların tedavisinde

klozapinin daha çok tercih edildiği görülmektedir. Kanada’da yapılan bir çalışmada, verilerin analizi sonucu klozapin kullanımının diğer antipsikotiklere göre şizofreni tanılı hastalarda depresif belirtiler üzerinde daha etkili olduğu bulunmuştur.¹⁵⁴ Çalışmamızda kullanılan ilaç protokolleri açısından depresyon skorlarında anlamlı farklılık olmaması, örneklem büyüklüğünün tüm farmakolojik ajanları karşılaştıracak kadar yeterli büyüklükte olmamasına bağlı olabilir.

Şizofrenili hastalarda depresyon oranlarını araştıran birçok çalışma bulunmaktadır. Çalışmaların bir kısmı ilk atak hastalarında depresyon oranlarını araştırırken, bir bölümü alevlenme sonrası belirtilerin şiddetlenme durumunu incelemiş, bir kısmı ise kronik stabil hastalarda prevelans araştırmıştır. 2018 tarihli bir sistematik gözden geçirme çalışmasında şizofrenili hastalarda depresyon prevelansının %30 ile %80 arasında olduğu belirtilmiştir.¹⁵⁵ Polonya’da yapılan bir çalışmada şizofreni tanılı hastalarda depresyon oranı %61 olarak hesaplanmıştır.¹¹⁵ Babinkostova ve arkadaşları, çalışmalarında şizofreni hastalarında depresif belirti oranını %54 olarak bulmuştur.¹⁵² Amerika’da yapılan çok merkezli, naturalistik, ileriye dönük 3 yıllık izlem çalışmasının sonuçları, şizofreni tanılı hastaların %39,4 kadarının depresif belirtileri olduğunu, takip sürecinde depresyon sıklığının stabil kaldığını göstermektedir.¹⁵⁶ Hindistan’da yapılan bir çalışmada şizofreni tanılı hastaların %44’ünün hafif, %30’unun orta, %4 kadarının ağır derecede depresyonu olduğu bulunmuştur.¹⁵⁷ Brezilya’da yapılan bir çalışmada ise 104 şizofreni tanılı hastanın %29,8’inin depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşıladığı belirtilmiştir.¹⁵³ Endonezya’da 2017 tarihli bir çalışmada 305 şizofreni hastasında depresyon oranı %36,7 olarak hesaplanmıştır.¹³¹ Ankara’da yapılan 120 şizofreni tanılı hastanın dahil edildiği 2016 yılında yapılmış bir çalışmada depresyon oranı %42,5 olarak tespit edilmiştir.¹⁵⁸ Bir gözden geçirme çalışmasında depresyonun şizofreni hastalarına %50 oranında eşlik ettiği belirtilmiştir.⁸⁶ Çalışmamızda, alevlenme döneminde olmayan şizofreni tanılı hastalarda depresyon oranı %48,3 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular, literatürdeki diğer çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermekle beraber, toplum temelli olmadığı ve özelleşmiş bir poliklinikten izlenen hastalar üzerinde yapıldığı için sonuçlar, toplum verisini yansıtmayabilir.

Şizofrenide depresyonu inceleyen araştırmalarda, genellikle negatif belirtilerle depresyon ilişkisi ana odağı oluşturmaktadır. Araştırmacıların önemli bir kısmı, şizofrenideki depresyonun negatif belirtiler yüzünden gözden kaçabileceğini ya da onun

bir parçası olduğunu öne sürmektedir. Anhedoni, ilgi azalması, motor yavaşlama, dikkat defisitleri, konsantrasyon güçlükleri gibi bazı belirtiler hem negatif belirtiler, hem de depresyon belirtileri arasındadır. Bu yüzden, şizofrenide depresyonu doğrudan negatif belirtilerin bir yansıması olarak görme eğilimi güçlüdür. Çalışmamızda PANSS negatif alt ölçek puanları ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulduk. Depresyonu olan hastalarda, diğer hastalara göre negatif belirti puanları daha yüksekti. Şizofrenide depresif belirtilerin negatif belirtilerle ilişkisini gösteren birçok çalışma vardır.^{100,101,159} Çok yakın bir zamanda yapılan bir meta-analiz çalışmasında, negatif belirtilerin artması daha yüksek depresif belirti seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur.¹⁶⁰ Ancak, Kullhara ve ark. (1989) gibi bazı araştırmacılar, negatif belirtilerle depresif belirtiler arasındaki bu örtüşmenin aynı şey oldukları anlamına gelmediğini, görünüşteki benzerliklerine karşın tümüyle farklı süreçlerden köken aldıklarını ileri sürmektedirler.

102

Çalışmamızda PANSS pozitif alt ölçeği skorları ile depresyon puanları arasında da anlamlı bir ilişki bulduk. Zisook ve arkadaşları da çalışmamızın verileri ile uyumlu olarak, şizofreni hastalarında depresif belirtiler ile pozitif belirtiler arasında ilişki bulmuştur. Çalışmacılar yaş, cinsiyet gibi demografik özellikler yanında negatif belirtiler, ilaç kullanımı gibi diğer faktörlerin de depresyonla ilişkili olmadığını bulmuş ve şizofreninin çekirdek yapısının pozitif belirtiler aracılığıyla depresyona yol açtığını ileri sürmüşlerdir. Özellikle hostilite ve şüpheciliğin depresyonu öngörmedeki değerine dikkat çekmişlerdir.¹⁶¹ Birçok çalışma, depresif semptomların şizofreninin doğal gidişinin bir parçası olduğunu ve en çok akut dönemlerde görüldüğünü, remisyon döneminde ise azaldığını göstermektedir.¹⁶² Ümitsizlik, değersizlik gibi küçüklük veya güçlü bir dış odak tarafından izlenme ya da kontrol edilme hezeyanları ile komut veren veya yorumlayan sesler depresif durumları tetikleyebilir.

Çalışmamızda PANSS'ın negatif ve pozitif belirtiler alt ölçekleri gibi genel psikopatoloji alt ölçeği ve toplam puan ortalamaları açısından da depresyonla anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Şizofrenide depresyonun sadece pozitif veya negatif belirtiler değil, hastanın tümüyle psikotik yaşantısının ayrılmaz bir parçası olduğunu ve hastalık sürecinin her döneminde görülebileceği gösteren kanıtlar bulunmaktadır.^{103,104,108,109} Koreen ve ark. da (1993) depresif belirtiler ile pozitif ve negatif belirtiler yanında PANSS toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulmuştur.¹⁵⁹ Schennach-Wolff ve ark. (2011), depresif belirtileri şiddetli olan

hastaların PANSS genel psikopatoloji puanının da yüksek olduğunu belirtmektedirler.¹⁶³ Sonuç olarak, depresyonun şizofreninin sadece negatif veya pozitif belirtileri değil tüm süreci ile ilgili bir “çekirdek belirti kümesi” olduğu ve hastalığın tüm belirtilerinde şiddetlenme oldukça depresif belirtilerde de artma olduğu bulgusu literatürdeki benzer çalışmalarla^{103,104,108,109,159,163} uyumlu olarak çalışmamızda da tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın esas amacı, şizofreni hastalarında depresyon gelişimi ile ilgili psikolojik faktörleri araştırmaktır. İncelediğimiz psikolojik faktörlerden biri olan anksiyete puanları açısından depresyonu olan şizofreni tanılı hastalar ile olmayan hastalar arasında anlamlı farklılık olduğu anlaşılmıştır. Depresif belirtileri olan grubun anksiyete düzeyleri de daha yüksek bulunmuştur. Yakın tarihli Çin’de yapılan bir takip çalışmasında, Beck Anksiyete puanları yüksek hastaların depresyon puanlarının da yüksek olduğu bildirilmiştir.¹⁶⁴ Moorey ve Soni, çalışmalarında şizofreni hastalarında anksiyete puanları ile deprese duygudurum arasında ilişki bulduklarını belirtmişlerdir.¹⁶⁵ Bu sonuç, anksiyete ile depresyon belirtilerinin gerek klinik ve gerekse patogenetik olarak örtüşme gösteren durumlar olması kadar anksiyetenin depresyon için tetikleyici bir işlev göstermesi ile de açıklanabilir.

Sosyal destek, genellikle stres verici bir durumda kişiye yakından bağlı insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak tanımlanabilir. Bireyin ruh sağlığı ile yakından ilişkili olduğu vurgulanan sosyal destek, stres verici durumları ortadan kaldırmaya bile kişilerin endişe ve çaresizlik duygusunu azaltmakta, stresle başa çıkmak için yeni yollar deneme konusunda daha istekli olmalarını sağlamakta, kişilerin kendine güvenini artırmakta ve stresin daha kolay tolere edilmesini sağlamaktadır. Neeleman ve Power (1994), psikiyatrik hastaların sosyal destek düzeylerini belirledikleri çalışmalarında, psikiyatrik hastaların medikal hastalığa sahip kontrollere göre algılanan sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğunu, özellikle depresyonu ve intihar girişimi olan hastaların sağlanan sosyal destekten memnun olmadıklarını ve sosyal destek eksikliğinin depresif bozukluklarda psikotik bozukluklara göre daha önemli olduğunu saptamışlardı.¹⁶⁶ Bu çalışmada depresyonu olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalar arasında ÇBASDÖ ile ölçülen algılanan sosyal destek puanlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Baynes ve arkadaşları yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarda depresif belirtiler ile algılanan sosyal destek eksikliği arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir.¹⁶² Bizim çalışmamızda kullanılan ÇBASDÖ puanları incelendiğinde, şizofreni tanılı hastaların ailelerinden algıladıkları sosyal destek

ortalama puanlarının arkadaş ve özel bir kişiden algılanandan daha yüksek olduğu görülmektedir. Şizofrenili hastalarda yapılan bir çalışmada ise arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamasının aileden daha yüksek olduğu gösterilmiştir.¹⁶⁷ Bu farklılığın, kültürel etkenler ve aile yapısının toplumlar arası değişkenliği ile ilgili olduğu söylenebilir. Çalışmamıza katılan hastaların büyük bir çoğunluğu, aileleri ile yaşamaktadır ve ülkemizdeki en önemli sosyal destek kurumunun aile olduğu iyi bilinen bir gerçektir.

Çalışmamızda, şizofrenili hastalarda depresyonu olanlarla depresyonu olmayanlar arasında RİDKOÖ ile ölçülen kontrol odağı puanları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Depresyonu olan hastaların ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, yani dış kontrol odağı inancına daha çok sahip oldukları anlaşılmaktadır. Gozdzik-Zelazny ve arkadaşları depresif belirtileri olan şizofreni tanılı hastalarda dış kontrol odağı inancının daha sık olduğunu ve depresyonu yoğunlaştırabilecek bir etken olduğunu belirtmişlerdir.¹¹⁵ Amerika’da yayınlanan şizofrenili hastalar ve kontrolleri ile yapılan 15 yıllık bir takip çalışmasında, dış kontrol odağı inancının fazla olduğu hastalarda depresyon oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.¹⁶⁸ İç kontrol odağı, bireyin olay veya çıktılarını kendi davranışından veya yetenek gibi süreklilik sergileyen bir kişilik özelliğinden kaynaklandığına yönelik inancıyla ilişkilidir. Dış kontrol odağı ise bireyin, olay veya çıktılarını şans, görevin zorluğu veya diğer bireylerin davranışları gibi kendi kontrolü dışındaki faktörlerden kaynaklandığına yönelik inancıyla ilişkilidir. Bireyler başarılı oldukları durumlarda iç kontrol odaklı, başarısız oldukları durumlarda ise dış kontrol odaklı olmayı daha fazla tercih ederek bilişsel ve duygusal denge sağlama ve benliğe hizmet eden yargılarda bulunma eğilimi gösterirler. Dış kontrol odağı olan bireyler olayları kendisinin değil dışarıdan gelen etkilerin kontrol ettiğine ve çevre üzerinde denetimlerinin olmadığına inanırlar. Olayları kontrol altına alamayacaklarını, sonucu etkileyemeyeceklerini düşünürler.^{126,168} Bu düşünce biçiminin, kendini kabul ve öz saygı düzeylerinin düşük olması ve depresyonla ilişkisi açık görünmektedir.

Stresle başa çıkma tarzları, ruh sağlığı açısından koruyucu rol oynamaktadır. Bazı tarzlar, bireyi stresli yaşam olaylarından uzak tutmakta, bazıları ise ruhsal bozukluklara karşı bireyin duyarlılığını arttırmaktadır.¹⁶⁹ Yeterli ve uygun başa çıkma tarzlarının kullanılması; sağlıklı bir benlik gelişimine, davranış sorunlarının daha az

sıklıkta ortaya çıkmasına, yüksek benlik saygısı kazanılmasına, depresif belirti sıklığının azalmasına yol açmaktadır.¹⁷⁰ Stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt faktörlerinden oluşan iki alt grubu değerlendirme sonunda fikir verici olmaktadır. Duygulara yönelik alt boyut, sorunlar karşısında çaresizlik hissini yoğun olduğu, daha çok sorunu yadsımayı, kaçınmayı içermekte iken, probleme yönelik alt boyut ise olumsuz etkilenmenin düşük olduğu, problemi anlamaya yönelik çabayı içeren, plan ve organizasyonla stresi yönetmeyi amaçlayan yaklaşımlardır. İsrail’de yapılan bir çalışmada şizofreni tanılı hastalarda depresif belirtilerle ilişkili olabilecek duygulara yönelik başa çıkma tarzının anlamlı düzeyde daha sık olduğu, algılanan sosyal destek ve probleme yönelik başa çıkma tarzının ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir.¹⁷¹ Çin’de yürütülen 2013 tarihli bir çalışmada sağlıklı gruba göre şizofreni tanılı hastalarda negatif başa çıkma tarzlarının daha sık kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır.¹⁷² Başka bir çalışma, depresif belirtileri olan şizofrenili hastaların olumsuz psikolojik çağrışımlara sahip duygulara yönelik başa çıkma stratejilerini daha fazla kullandıklarını saptamıştır.¹¹⁵ Stresle başa çıkma tarzlarını araştıran çalışmaların bir kısmı psikoz için yüksek riskli grupları çalışmalara dahil etmiştir. Güney Kore’de yapılan bir araştırma, daha yüksek depresyon seviyeleri ile ilişkilendirilen maladaptif stresle başa çıkma tarzlarının, psikoz için yüksek riskli grupta ve erken başlangıçlı şizofreni hastalarında daha sık olduğunu belirterek bu stratejilerin prodromal dönemde bulunabileceğini ve belirtileri şiddetlendireceğini öne sürmektedir.¹⁷³ 2017 tarihli bir sistematik gözden geçirme çalışmasında, psikoz için yüksek riskli grubun probleme yönelik stratejiler yerine depresyon ve kaygı ile ilişkilendirilen duygulara yönelik stresle başa çıkma stratejilerini daha sık kullandığı sonucunu bildirmiştir.¹⁷⁴ Çalışmamızda, depresyon skorları ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt faktörleri ve alt gruplarından alınan puanlar açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızdaki hastaların tanı aldıkları zamandan bu yana geçen süre ortalama 13.45 ± 8.84 yıl idi ve depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında bu süreler açısından bir fark yoktu. Stresle başa çıkma tarzları arasında fark bulunmaması, bu uzun tanı-tedavi süreleri ve hastaların özelleşmiş bir poliklinikten destek alarak izlenen bireyler olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmanın Üstünlükleri ve Kısıtlılıkları

Bu çalışma, depresyonu olan 29 ve depresyonu olmayan 31 şizofreni hastası ile yapılmıştır. Şizofrenide depresyon gelişimini inceleyen çalışmaların çoğu, klinik

dönemler ve belirtiler üzerine odaklanmışken psikolojik faktörlerin önemini inceleyen çalışmalar oldukça azdır. Çalışmamız, bu konudaki sınırlı çalışmalara katkı sağlayacak niteliktedir ve denek sayısı, bu tür çalışmalar için nicelik olarak da uygundur. Sosyodemografik ve klinik özellikleri bakımından birbirine benzer iki grup arasında pozitif ve negatif belirti dağılımı yanında hastalık seyrini etkileyebilecek anksiyete, algılanan sosyal destek, stresle başa çıkma tarzları ve kontrol odağı inancı gibi psikolojik değişkenleri taraması ve depresyonu ne derece etkilediklerini araştırmasının bu çalışmanın üstünlükleri olduğu düşünülebilir.

Çalışmanın toplum temelli olmayıp bir üniversite hastanesinde ayaktan izlenmekte olan hastalar üzerinde yapılması, izleme süreci boyunca sağlanan klinik desteğin psikolojik faktörler üzerinde değiştirici etkiler yapmasına neden olabilir. Bu durum, çalışmanın sonuçlarını genelleştirmekte kısıtlılığa sebep olmaktadır. Depresyon tanısının Calgary ölçeğindeki kesme puanları üzerinden belirlenmesi de bir başka kısıtlılıktır. Ancak, bu ölçek birçok çalışmada kestirim derecesi kontrol edilmiş bir ölçektir ve şizofreni belirtileri ile depresyon belirtilerinin yüksek oranda örtüşmesinden dolayı diğer depresyon ölçeklerinin uygun sonuçlar vermediği gösterildiği için çalışmalarda öncelikle tercih edilen bir ölçektir. Ayrıca tüm hastaların psikofarmakolojik tedavi altında izlenmesi, hastaların kullandıkları tedavi türlerinin benzer özellikte olması yanı sıra olumsuz yan etkilerinin araştırılıp karşılaştırılmaması diğer sınırlılıklardandır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada şizofrenili hastalarda depresif belirtileri olan ve olmayan gruplar arasında sosyodemografik özellikler, pozitif, negatif ve genel psikopatoloji belirtiler, anksiyete, algılanan sosyal destek seviyeleri, kontrol odağı inancı ve stresle başa çıkma tarzları açısından karşılaştırma yapılmıştır.

1) Depresif belirtileri olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalar arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, sosyoekonomik düzey, birlikte yaşadığı ev halkı, medeni durum, doğum mevsimini içeren sosyodemografik veriler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

2) Depresyonu olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalar arasında sigara, alkol ve madde kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, şizofreni tanısı alındığından beri geçen süre, hastane yatış sayısı, kullandığı tedavi şeklini içeren klinik özellikler bakımından anlamlı fark bulunmamıştır.

3) Çalışmamızın önemli sonuçlarından biri, yaygın kanının aksine şizofreni tanılı hastalarda depresyonun sadece negatif belirtiler değil aynı zamanda pozitif ve genel psikopatoloji belirtileri ile de ilişkili olduğunun gösterilmesidir.

4) Depresif belirtileri olan ve olmayan şizofreni hastalarının aileden, arkadaşan, özel bir kişiden ve toplumlarından algılanan sosyal destek seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

5) Şizofreni tanılı hastaların anksiyete seviyeleri ile depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

6) Depresif belirtileri olan şizofreni hastaları ile olmayan hastalar arasında kontrol odağı inancı bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur. Dış kontrol odağına sahip hastalarda daha çok depresif belirti görülmüştür.

7) Şizofreni tanılı hastalarda depresyon varlığı ile stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bu çalışma, şizofreni tanılı hastalarda depresif belirtileri yordamada bazı psikolojik değişkenlerin rolü olabileceğini göstermektedir. Benzer ya da farklı psikolojik faktörleri daha geniş denek gruplarında inceleyecek çalışmaların sonuçları,

etkili olabilecek faktörleri erken dönemde saptamak ve müdahale etmek imkanını sağlayabilir. Böylece klinik seyri itibariyle zaten oldukça ağır ve işlev bozucu olan şizofreni hastalığında, morbiditeyi ve hatta neden olduğu yüksek intihar riski nedeniyle mortaliteyi azaltmak mümkün olabilir.



7. KAYNAKLAR

1. Tamminga CA. Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: Introduction and Overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017. p. 1433.
2. Mete L. Şizofreni: En Uzak Ülke. İletişim Yayınları, İstanbul, 1998.
3. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Textbook of Schizophrenia 1st ed. American Psychiatric Publishing, Washington, 2006.
4. Nasrallah H, Smeltzer DJ. Contemporary diagnosis and management of schizophrenia. Newtown, PA: Associates in Medical Marketing Company, Inc.2011.
5. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2015.
6. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing Depression in Schizophrenia: The Calgary Depression Scale. Br Journal of Psychiatry. 1993;163 (22):39-44.
7. Eaton WW, Chen CY, Bromet EJ. Epidemiology of Schizophrenia. In Textbook in Psychiatric Epidemiology: Third Edition; pp. 263-287. 2011.
8. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. The Epidemiology of Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence and Mortality. Epidemiologic reviews. 30. 2008. p. 67- 76.
9. Torrey EF, Miller J, Rawlings R, Yolken RH. Seasonality of births in schizophrenia and bipolar disorder: a review of the literature Schizophrenia Research; 1997. 28: s. 1-38.
10. Assen Jablensky Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2000; 250:274–285.
11. Veling W, Hoek HW, Mackenbach JP. Perceived discrimination and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: a case-control study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2008; 43: 953- 959.

12. Binbay T, Ulaş H, Alptekin K. Şizofreni Epidemiyolojisine Türkiye'den Katkı Yapmak: Nasıl ve Neden? Klinik Psikiyatri, 2010; s. 9-15.
13. Brown AS, Bottiglieri T, Schaefer CA ve ark. Elevated prenatal homocysteine levels as a risk factor for schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 2007; p. 64: 31-39.
14. Brooks M. New Schizophrenia Genes Identified. Medscape Medical News. 2014.
15. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. Nature. 2014; 511: 421-427.
16. Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. Biol Psychiatry. 2005; 57: 1117-1127.
17. Shifman S, Johannesson M, Bronstein M, et al. Genome-wide association identifies a common variant in the reelin gene that increases the risk of schizophrenia only in women. PLoS Genet. 2008; 4: e28.
18. Wratten NS, Memoli H, Huang Y, Dulencin AM, Matteson PG, Cornacchia MA, et al. Identification of a schizophrenia-associated functional noncoding variant in NOS1AP. Am J Psychiatry. 2009; 166: 434-41.
19. Ayano G. Schizophrenia: A Concise Overview of Etiology, Epidemiology Diagnosis and Management: Review of literatures. J Schizophr Res. 2016; 3(2): 1026.
20. Ertuğrul A. Şizofreni etiyolojisi. Türkiye klinikleri dergisi- Şizofreni özel sayısı, 2005; 1:s.6-14.
21. Laruelle M. Schizophrenia: from dopaminergic to glutamatergic interventions. Curr Opin Pharmacol. 2014 Feb;14: 97-102.
22. Schwartz TL, Sachdeva S, Stahl SM. Glutamate neurocircuitry: theoretical underpinnings in schizophrenia. Front Pharmacol. 2012 Nov 26; 3:195.

23. Snyder MA, Gao WJ. NMDA hypofunction as a convergence point for progression and symptoms of schizophrenia. *Front Cell Neurosci*. 2013 Mar 27; 7:31.
24. Javitt DC, Zukin SR, Heresco-Levy U, Umbricht D. Has an angel shown the way? Etiological and therapeutic implications of the PCP/NMDA model of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2012 Sep; 38(5):958-66.
25. Monti JM, Monti D. Sleep in schizophrenia patients and the effects of antipsychotic drugs. *Sleep Med Rev*. 2004 Apr; 8(2):133-48.
26. Burns JK. Pathways from cannabis to psychosis: a review of the evidence. *Front Psychiatry*. 2013 Oct 14; 4:128.
27. Liberman JA. Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective. *Biol Psychiatry*. 1999; 46:729-39.
28. Cannon M, Clarke MC. Risk for schizophrenia—broadening the concepts, pushing back the boundaries. *Schizophr Res*, 2005. 79: s. 5-13.
29. Gogtay N, Sporn A, Clasen LS, Nugent TF 3rd, Greenstein D, Nicolson R et al. Comparison of progressive cortical gray matter loss in childhood-onset schizophrenia with that in childhood-onset atypical psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:17-22.
30. Shenton ME, Dickey CC, Frumin M, McCarley RW. A review of MRI findings in schizophrenia. *Sch research* 2001; 49: 1-52.
31. Mueller, S., ve ark., Functional structural MR imaging in neuropsychiatric disorders, part 2: application in schizophrenia and autism. *AJNR Am J Neuroradiol*, 2012. 33: s. 2033-7.
32. Abou-Saleh, M.T., Neuroimaging in psychiatry: An update. *J Psychosom Res*, 2006. 61: s. 289-93.
33. Anokhin AP, Heath AC, Myers E ve ark. Genetic influences on prepulse inhibition of startle reflex in humans. *Neurosci Lett*, 2003; 353: 45-48.
34. Turetsky BI, Calkins ME, Light GA ve ark. Neurophysiological endophenotypes of schizophrenia: the viability of selected candidate measures. *Schizophr Bull*, 2007; 33(1):69- 94.

35. Lidz T, Schizophrenia and the Family. 1966, New York: International University Press.
36. Çetin M. Şizofreni Özel Sayısı, Türkiye Klinikleri Psychiatry Special Topics. 2010; 3:38-80.
37. Li XB, Li QY, Liu JT, Zhang L, Tang YL, Wang CY. Childhood trauma associates with clinical features of schizophrenia in a sample of Chinese inpatients. Psychiatry Res. 2015;228:702-7.
38. Köroğlu E. Klinik Psikiyatri. Ankara, HYB Basım Yayın, 2015.
39. Carpenter WT Jr, ve ark. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. Am J Psychiatry, 1988. 145: s. 578-83.
40. Agnew-Blais J, Seidman LJ, Neurocognition in youth and young adults under age 30 at familial risk for schizophrenia: a quantitative and qualitative review. Cogn Neuropsychiatry, 2013. 18: s. 44-82.
41. APA, Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. A Compendium 2000. 2000 American Psychiatric Association: Washington DC.
42. Clemmensen L ve ark, A systematic review of the long-term outcome of early onset schizophrenia. BMC Psychiatry, 2012. 12: s. 150.
43. Galletly C, Castle D, Dark F et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry 2016; 50: 410-72.
44. Birchwood M and Fiorillo A. The critical period for early intervention. Psychiatric Rehabilitation Skills 4: 2000; 182–198.
45. Remschmidt H, Theisen F. Early-onset schizophrenia. Neuropsychobiology, 2012. 66: s. 63-9.
46. Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
47. Flores BH, Schatzberg AF, Psychotic Depression. Textbook of Mood Disorders. D.J. Stein, D.J. Kupfer ve A.F.Schartzberg, Ed. 2006, APP: Washington, DC. S. 561-71.

48. Evans JD ve ark. Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? J Clin Psychiatry, 1999. 60: s. 874-82.
49. Kunert HJ ve ark. Theories of delusional disorders. An update and review. Psychopathology, 2007. 40: s. 191-202.
50. Skodol AE, Manifestations, clinical diagnosis and comorbidity, Textbook of Personality Disorders'da, J.M. Oldham, AE Skodol, DS Bender, Ed.2005. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
51. Ongur D, Goff DC. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status. Schizophr Res, 2005. 75: s. 349-62.
52. Bevan Jones R, Thapar A, Lewis G ve ark. The association between early autistic traits and psychotic experiences in adolescence. Schizophr Res 2012; 135: 164-9.
53. Buhler B ve ark. Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse—a retrospective and prospective study of 232 population based first illness episodes. Schizophr Res, 2002. 54: s. 243-51.
54. Black K, Peters L, Rui Q ve ark. Duration of untreated psychosis predicts treatment outcome in an early psychosis program. Schizophr Res, 2001. 47: 215-222.
55. Emsley R, Rabinowitz J, Medori R Early Psychosis Global Working Group. Remission in early psychosis: Rates, predictors, and clinical and functional outcome correlates. Schizophr Res,2007. 89:129-139.
56. Lehman A, Kreyenbuhl J, Buchanan RW ve ark. (2004) The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): Updated treatment recommendations 2003. Schizophr Bull, 30: 193-217.
57. Duman Çetinkaya Z, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013; 5:78-94.
58. Işık E, Işık U, Taner Y, Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Gurup Matbaacılık, 2013,Ankara.

59. Olchanski N ve ark. The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, 35(4), 2013, 512-522.
60. Delgado PL. Pathogenesis of Mood Disorders. In: Stein DJ, Kuffer DJ, Schatzberg AF, eds. *Mood Disorders Text Book*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2006.p.100-16.
61. Akiskal HS, Mood disorders: Historical introduction and conceptual overview. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry'de*, B.J. Sadock ve V.A. Sadock, Ed. 2005, Lippincott Williams and Wilkins: Phildelphia. s. 1611-52.
62. Silverstone P H, Concise assesment for depression (CAD): a brief screening approach to depression in the medically ill. *J Psychosom Res*, 1996. 41: s. 161-70.
63. Tamam L, Zeren T. Depresyonda serotonerjik düzenekler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5, 2002; 11-18.
64. Thase ME. Mood disorders: Neurobiology. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2009. p.1664-74.
65. Nutt DJ, Baldwin DS, Clayton AH. The role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2006; 67, 3.
66. Kendell SF, Krystal JH, Sanacora G. GABA and glutamate systems as therapeutic targets in depression and mood disorders. *Expert opinion on therapeutic targets*, 9(1), 2005; 153-168.
67. Eşel E. Depresyondaki nöroendokrinolojik bulgular. *Klinik Psikiyatri*; 2002; 4:35-50.
68. Özpoyraz N. Depresyonda nöroanatomik bağlantılar. *Klinik Psikiyatri*, 2002; 4:68-72.
69. Ernst C ve ark. Alternative splicing, methylation state, and expression profile of tropomyosin-related kinase B in the frontal cortex of suicide completers. *Archives of general psychiatry*, 66(1), 2009: 22-32.

70. Brenner C. A psychoanalytic perspective on depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1991; 39(1), 25-43.
71. Nolen-Hoeksema S, Wisco B E, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 2008; 400-424.
72. Segal ZV ve ark. Challenges in preventing relapse in major depression. Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *J Affect Disord*, 2003. 77: s. 97-108.
73. Judd LL ve Akiskal HS, Delineating the longitudinal structure of depressive illness: beyond clinical subtypes and duration thresholds. *Pharmacopsychiatry*, 2000. 33: s.3-7.
74. Strober M. ve Carlson G. Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic and psychopharmacologic predictors in a three- to four-year prospective follow-up investigation. *Arch Gen Psychiatry*, 1982. 39: s. 549-55.
75. Moussavi S ve ark. Depression, chronic disease and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 2007. 370: s. 138-45.
76. Bowden CL. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *J Affect Disord*, 2005. 84: s. 117-25.
77. Kang H ve ark. Pseudo-dementia: A neuropsychological review. *Ann Indian Acad Neurol*, 2014. 17: s. 147-54.
78. Uher R ve ark. Major Depressive Disorder in DSM-5: Implications for Clinical Practice and Research of Changes from DSM-IV. *Depress Anxiety*, 2014. 31: s.459-71.
79. Akiskal HS. Mood disorders: clinical features. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de, B.J. Sadock ve V.A. Sadock, Ed. 2009 Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins. s. 1693-733.
80. Judd LL ve ark. Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord*, 1998. 50: s. 97-108.
81. Taylor D ve ark. *The Prescribing Guidelines*. 11 ed. 2012: Informa Healthcare.

82. Rothschild AJ. Challenges in the treatment of depression with psychotic features. *Biol Psychiatry*, 2003. 53: s. 680-90.
83. Sudak DM. Cognitive Behavioral therapy for depression. *Psychiatr Clin North Am*, 2012; 35: s. 99-110.
84. Siris SG, Bench C. Depression and schizophrenia. In: *Schizophrenia, Schizophrenia*, Hirsch, S.R. and Weinberg, D.R. (Eds), Blackwell Publishing Company, Malden 2003. p.142.
85. Conus P, Abdel-Baki A, Harrigan S, et al. Pre-morbid and outcome correlates of first episode mania with psychosis: is a distinction between schizoaffective and bipolar I disorder valid in the early phase of psychotic disorders? *J Affect Disord* 2010; 126: 88.
86. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009; 35:383.
87. Hausmann A, Fleischhacker WW. Differential diagnosis of depressed mood in patients with schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:83.
88. McRenolds D, Mehta P, Nasrallah HA. Evaluation and treatment strategies in patients with schizophrenia and comorbid depression. *Pediatr Ann* 2013; 43:446.
89. Johnson D. studies of depressive symptoms in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1981; 151: 634-638.
90. Birchwood MJ, Jackson C. *Schizophrenia*. Psychology Press: Hove, East Essex, 2001.
91. Siris S. Depression in schizophrenia: perspective in the era of “Atypical” antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2000;157:1379–1389.
92. Cohen C, Talavera N. Functional impairment in older schizophrenic persons: toward a conceptual model. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8:237–244.
93. Sim K, Chua T, Chan Y, et al. Psychiatric comorbidity in first episode schizophrenia: a 2 year, longitudinal outcome study. *J Psychiatr Res* 2006;40:656–663.

94. Glazer W, Prusoff B, John K, et al. Depression and social adjustment among chronic schizophrenic outpatients. *J Nerv Ment Dis* 1981;169:712–717.
95. Herz M. Prodromal symptoms and prevention of relapse in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1985;46:22–25.
96. Siris S, Addington D, Azorin J, et al. Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA. *Schizophr Res* 2001;47:185–197.
97. Bartels sJ, Drake RE, McHugo GJ. alcohol abuse, depression and suicidal behavior in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1992; 149: 394-5.
98. Drake RE, Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1986; 148: 554-559.
99. Bandelow B, Muller P, Gaebel WE. Depressive syndromes in schizophrenic patients after discharge from hospital. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1991; 240:113-120.
100. Siris S, Adan F, Cohen M, et al. Postpsychotic depression and negative symptoms: an investigation of syndromal overlap. *Am J Psychiatry* 1988;145:1532–1537.
101. Lindenmayer J, Kay S. Depression, affect and negative symptoms in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1989; 7:108–114.
102. Kulhara P, Avasthi A, Chadda R, et al. Negative and depressive symptoms in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1989;154:207–211.
103. Norman R, Malla A. Correlations over time between dysphoric mood and symptomatology in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1994;35:34–38.
104. Lysaker P, Bell M, Bioty S, et al. The frequency of associations between positive and negative symptoms and dysphoria in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1995;36:113–117.
105. Mauri MC, Bitetto A, Fabiano L, et al. Depressive symptoms and schizophrenic relapses: the effect of four neuroleptic drugs. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1999; 23:43–54.

106. Addington D, Addington J, Patten S. Depression in people with first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172: 90–92.
107. Siris S, Harmon G, Endicott J. Postpsychotic depressive symptoms in hospitalized schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1122–1123.
108. Sands J, Harrow M. Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999;25:157–171.
109. Marengo J, Harrow M, Herbener E, et al. A prospective longitudinal 10-year study of schizophrenia's three major factors and depression. *Psychiatry Res* 2000;97:61–77.
110. Uptegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? *Schizophrenia Bulletin* 2017; 43(2): 240–244.
111. El Yazaji M, Battas O, Agoub M et al. “Validity of the depressive dimension extracted from principal component analysis of the PANSS in drug-free patients with schizophrenia,” *Schizophrenia Research*, 2002; 56 (1-2): 121–127.
112. Drake RJ, Pickles A, Bentall RP et al. “The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia,” *Psychological Medicine*, 2004; 34(2): 285–292.
113. Lysaker PH, Vohs J, Ohayon IH, Kukla M, Wierwille J, Dimaggio G, “Depression and insight in schizophrenia: comparisons of levels of deficits in social cognition and metacognition and internalized stigma across three profiles,” *Schizophrenia Research*, 2013; 148(1-3): 18–23.
114. Chemerinski E, Bowie C, Anderson H, Harvey PD. Depression in Schizophrenia: Methodological Artifact or Distinct Feature of the Illness? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2008;20(4): 431–440.
115. Gozdzik-zelazny A, Borecki L, Pokorski M. Depressive symptoms in schizophrenic patients. *Eur J Med Res*, 2011; 16: 549-552.
116. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1123-1131.

117. Stanley R. Kay, Abraham Fiszbein, Lewis A. Opler, The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin* 1987; 13(2): 261–276.
118. Kostakoglu AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölceğinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Gecerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1999; 14: 23-32.
119. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J, Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics, *Schizophrenia Research*, Volume 6, Issue 3, 1992, Pages 201-208.
120. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A ve ark. Calgary Sizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arsivi* 2000, 37 82-86.
121. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A ve ark. Calgary Sizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun duyarlılığı ve özgüllüğü. *Nöropsikiyatri Arsivi* 2000, 37 210-15.
122. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988; 56, 893–897.
123. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother: Int Quaterly*, 12, 1988; 28-35.
124. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 1980; 219–239.
125. Şahin NH ve Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 1995; 56–73.
126. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1966; 1-28.
127. Dağ İ, Rotter'in iç-dış kontrol odağı ölçeği'nin (RİDKOÖ) üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Psikoloji Dergisi*. 1991 7(26), 10-16.

128. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG ve ark. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 1988; 52:30-41.
129. Eker D, Arkar H, Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Turk Psikol Derg* 1995; 34:45–55.
130. Meesters PD ve ark., Prevalence and correlates of depressive symptoms in a catchment-area based cohort of older community-living schizophrenia patients, *Schizophrenia Research*, Volume 157, Issues 1–3, 2014, Pages 285-291.
131. Sari SP, Dwidiyanti M, Wijayanti DY & Sarjana W. Prevalence, demographic, clinical features and its association of comorbid depressive symptoms in patients with schizophrenia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. Vol 21 (2) 2017; 99-110.
132. Murali T, Kumar S. Symptoms of depression in schizophrenia. *Indian J Med Res*. 2008; 127: 516–8.
133. Evren EC, Evren B, Erkıran M. Şizofrenili hastalarda özkıyım düşüncesi: pozitif, negatif belirtiler, depresyon ve içgörü ile ilişkisi. *Turk Psikiyatri Derg* 2002; 13:255- 264.
134. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, et al. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61:28-33.
135. Lane A, Byrne M, Mulvany F, et al. Reproductive behaviour in schizophrenia relative to other mental disorders: evidence for increased fertility in men despite decreased marital rate. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 91:222-228.
136. Walker E, Bettles BA, Kain E, et al. Relationship of gender and marital status with symptomatology in psychotic patients. *J Abnorm Psychol*. 1985;94:42-50.
137. Erol A, Keleş Unal E, Tunç Aydın E, Mete L. Predictors of social functioning in schizophrenia. *Turk Psikiyatri Derg* 2009; 20:313–321.
138. Aydemir Ö ve ark. Şizofrenide depresyonu olan ile olmayan hastaların belirti yönünden ayrımı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(3):173-178.
139. Rajkumar RP. Depressive Symptoms during an Acute Schizophrenic Episode : Frequency and Clinical Correlates. *Depression Research and Treatment*. vol. 2015; p. 5.

140. Hancı N, Eker ÖÇ, Miraloğlu Ö, Uslu MA, Özkaya G, Eker SS. Şizofreni Tedavisinde Antidepresan Kullanım Sıklığının Şizofreni Hastalarının Hastalık Özellikleri ile İlişkisi ve Sonuçlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2015; 52(1):64-68.
141. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran K ve ark. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2007; 8:102-112.
142. de Souza LA & Coutinho. The quality of life of people with schizophrenia living in community in Rio de Janeiro, Brazil. *E.S.F. Soc Psychiat Epidemiol* (2006) 41: s. 347-56.
143. Gaur V, Jagawat T, Gupta S, Khan PA, Souza MD, Sharan A. Quality of life in outpatient schizophrenics: correlation with illness severity and psychopathology. *Delhi Psychiatry Journal*. 2015; 18(1):95-101.
144. Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M, Rejas J: Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. *Schizophr Res* 2010; 119:101-9.
145. Mallet J, ve ark.; FACE-SZ (Fonda Mental Academic Centers of Expertise for Schizophrenia) group: Tobacco smoking is associated with antipsychotic medication, physical aggressiveness, and alcohol use disorder in schizophrenia: results from the FACE-SZ national cohort. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2018 Feb 2.
146. Dickerson F, ve ark.: Natural cause mortality in persons with serious mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 137:371-379.
147. Nesvåg R, Knudsen GP, Bakken IJ et al. Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2015) 50: 1267.
148. Koskinen J, Löhönen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia - a systematic review and meta-analyses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2009, 120: 85-96.

149. Wassink TH, Flaum M, Nopoulos P, Andreasen NC. Prevalence of depressive symptoms early in the course of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 1999; 156(2), 315-316.
150. Aykut D. The Influence of Duration of Disease on Clinical Characteristics in Schizophrenia Patients. 2017. *J Clin Psy* Volume 20:(4) s: 301-307.
151. Käkälä J ve ark. Association between family history of psychiatric disorders and long-term outcome in schizophrenia – The Northern Finland Birth Cohort 1966 study, *Psychiatry Research*, Volume 249, 2017, Pages 16-22.
152. Babinkostova Z, Stefanovski B. Family history in patients with schizophrenia and depressive symptoms. *Prilozi / Makedonska akademija na naukite i umetnostite, Oddelenie za biološki i medicinski nauki = Contributions / Macedonian Academy of Sciences and Arts, Section of Biological and Medical Sciences*. 2011. 32. 219-28.
153. Araújo FS, Petribú K, Bastos O. Characterization of depressive syndrome in schizophrenic outpatients. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2002. 24(1), 18-25.
154. Nakajima S ve ark. Comparative efficacy between clozapine and other atypical antipsychotics on depressive symptoms in patients with schizophrenia: Analysis of the CATIE Phase 2E data, *Schizophr Res*. 2015 ; 161(0): 429–433.
155. Krynicki C, Upthegrove R, Deakin J, Barnes, T. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018. 137.
156. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries DE, Kinon BJ. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 2007; 90(1-3), 186–197.
157. Gaur V ve ark. Depression in Schizophrenia: Correlation with Psychopathology and Level of Functioning. *Delhi Psychiatry Journal*. 2014; 17(1): 83-88.
158. Balcı G, Öter GB, Akdağ HA, Bekki A, Kısa C, Göka E. Factors Associated with Depression in Patients with Schizophrenia *Journal of Mood Disorders (JMOOD)* 2016;6(2):54-62.

159. Koreen AR, Siris S, Chakos M, Jose A et al. Depression in First-Episode Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*; Nov 1993; 150, 11; pg. 1643.
160. Edwards C, Garety P, Hardy A. The relationship between depressive symptoms and negative symptoms in people with non-affective psychosis: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(15), 2019; 2486-2498.
161. Zisook S, Depressive Symptoms in Schizophrenia, *Am J Psychiatry* 1999; 156:1736–1743.
162. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, MacFlynn G, Lynch G, et al. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophr Res.* 2000; 45: 47-56.
163. Schennach-Wolff R ve ark. Evaluating depressive symptoms and their impact on outcome in schizophrenia applying the Calgary Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2011; 123: 228-238.
164. Chiang Y, Beckstead J, Lo S, Yang C. Association of Auditory Hallucination and Anxiety Symptoms With Depressive Symptoms in Patients With Schizophrenia: A Three-month Follow-up. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2018. 32.
165. Moorey H, Som D. Soni. Anxiety symptoms in stable chronic schizophrenics, *Journal of Mental Health*, 1994; 3: 2, 257-262.
166. Neeleman J, Power MJ. Social support and depression in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:46-51.
167. Sawant NS, Jethwani KS. Understanding family functioning and social support in unremitting schizophrenia: A study in India. *Indian journal of psychiatry*, 52(2), 2010; 145–149.
168. Harrow M, Hansford BG, Astrachan-Fletcher EB. Locus of control: relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis -- A 15-year longitudinal study. *Psychiatry research*, 168(3), 2009; 186–192.

169. Muris P, Schmidt H, Lambrichs R, et al. Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behav Res Ther* 2001; 39: 555-565.
170. Steiner H, Erickson SJ, Hernandez NL, et al. Coping styles as correlates of health in high school students. *J Adolesc Health*, 2002; 30: 326- 335.
171. Ritsner MS, Gibel A, Ponizovsky AM, Shinkarenko E, Ratner Y, Kurs R. Coping patterns as a valid presentation of the diversity of coping responses in schizophrenia patients, *Psychiatry Research*, Volume 144, Issues 2–3, 2006, Pages 139-152.
172. Xu, Zy ve ark. Associations of self-esteem, dysfunctional beliefs and coping style with depression in patients with schizophrenia: A preliminary survey. 2013 *Psychiatry research*. 209.
173. Lee S ve ark. Coping Strategies and Their Relationship to Psychopathologies in People at Ultra High-Risk for Psychosis and With Schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease*. 2011. 199. 106-10.
174. Mian L, Lattanzi GM, Tognin S. Coping strategies in individuals at ultra-high risk of psychosis: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*. 12. 2017.

8. EKLER

Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu

Anket no:

Adı-Soyadı:

Cinsiyeti: 1. Kadın 2. Erkek

Yaşı:

Medeni durum: 1.Evli 2.Bekar 3.Dul 4.Boşanmış

Eğitimi: 1.Yok 2.Okur yazar 3.1-5 yıl 4.6-8 yıl 5.9-11 yıl 6.12 yıl ve üzeri

Çalışma durumu: 1.Halen çalışıyor 2. Çalışmıyor 3. Hiç çalışmamış 4.Evhanımı 5.Emekli

Meslek: 1.Memur 2.İşçi 3.Serbest meslek 4.Ev hanımı 5.Yok

Şu anda birlikte yaşayan ev halkı:

Yaşadığı yer:

Ekonomik gelir durumu: 1. Düşük 2. Orta 3. İyi 4. Çok iyi

Sigara kullanımı: 1.var 2.yok

Alkol kullanımı: 1.var 2.yok

Madde kullanımı: 1.var 2.yok

Doğum mevsimi: 1.kış 2.ilkbahar 3.yaz 4.sonbahar

Ailesinde psikiyatri hastalığı öyküsü: 1.var 2.yok

Şizofreni tanısı konduğundan beri geçen süre:

Hastane yatış sayısı:

Kullandığı tedavi:

Ek-2: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

1. Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?

0. Yok

1. **Hafif:** Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder

2. **Orta:** Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısından fazlasında süren belirgin çökkün duygudurum: her gün var

3. **Şiddetli:** Her gün zamanının yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

2. Umutsuzluk: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

0. Yok

1. **Hafif:** Son iki hafta boyunca bazen umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor

2. **Orta:** Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor

3. **Şiddetli:** İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

3. Değersizlik Duygusu: Başka insanlarla karşılaştığımızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0. Yok

1. **Hafif:** Kısmen aşağılık duygusu var; değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor.

2. **Orta:** Kişi kendini değersiz hissediyor; ama zamanının yarısının azında

3. **Şiddetli:** Kişi zamanın yarısından fazlasında kendisini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda iknaedilebiliyor

4. Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanrılarını dışlayın)

0. Yok

1. **Hafif:** Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez

2. **Orta:** İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular

3. **Şiddetli:** Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

5. Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

0. Yok

1. **Hafif:** Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden daha fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır

2. **Orta:** Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar

3. **Şiddetli:** Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

6. **Sabah Depresyonu:** Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0. **Yok:** Depresyon yok

1. **Hafif:** Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok

2. **Orta:** Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir

3. **Şiddetli:** Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

7. **Erken Uyanma:** Sabahları normalden daha erken mi uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0. **Yok:** Erken uyanma yok

1. **Hafif:** Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

2. **Orta:** Çoğunlukla (haftada en fazla 5 kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

3. **Şiddetli:** Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8. **Özkiyim:** Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0. **Yok**

1. **Hafif:** Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkiyim düşünceleri

2. **Orta:** Üzerinde uğraşılmış özkiyim tasarısı ama girişimde bulunulmamıştır

3. **Şiddetli:** Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkiyim girişimi (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9. **Gözlenen Depresyon:** Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözle için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0. **Yok**

1. **Hafif:** Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir.

2. **Orta:** Kişi görüşme boyunca sıklıkla, tek düze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur.

3. **Şiddetli:** Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar, ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun varlığından emindir.

Ek-3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

POZİTİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
P1 Sanrılar							
P2 Düşünce dağınıklığı							
P3 Varsanılar							
P4 Taşkınlık							
P5Büyüklik Duyguları							
P6 Şüphencilik ve kötülük görme							
P7. Düşmanca Tutum							
POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
NEGATİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
N1. Duygulanımda Küntleşme							
N2. Duygusal İççekilme							
N3. İlişki Kurmada Güçlük							
N4. Pasif Biçimde Kendini Toplumdan çekme							
N5. Soyut Düşünme Güçlüğü							
N6. Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı							
N7. Stereotipik Düşünme							
NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
GENEL PSİKOPATOLOJİ							
	1	2	3	4	5	6	7
G1. Bedensel Kaygı							
G2. Anksiyete							
G3. Suçluluk Duyguları							
G4. Gerginlik							
G5. Manyerizm							
G6. Depresyon							
G7. Motor Yavaşlama							
G8. İşbirliği Kuramama							
G9. Olağandışı Düşünce İçeriği							
G10. Yönelim Bozukluğu							
G11. Dikkat Azalması							
G12. Yargılama ve İçgörü Eksikliği							
G13. İrade Bozukluğu							
G14. Dürtü Kontrolsüzlüğü							
G15. Zihinsel Aşırı Uğraş							
G16. Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma							
GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI							
PANSS TOPLAM PUANI							

Ek-4: Beck Anksiyete Ölçeği

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek-5: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin altında cevaplarınızı işaretleyebilmeniz için '1' den '7' ye kadar rakamlar verilmiştir. Verilen cümlenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin altındaki rakamlardan yalnızca bir tanesini işaretleyiniz.

Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz.

1.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda özel bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3.Ailem (örneğin anne, baba, eş, çocuk, kardeşler) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin anne, baba, eş, çocuk, kardeşler) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan özel bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8.Sorunlarımı ailemle (örneğin anne, baba, eş, çocuk, kardeşler) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve yanımda duygularıma önem veren özel bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermemde ailem (örneğin anne, baba, eş, çocuk, kardeşler) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Ek-6: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Aşağıda ifadeler size ne kadar uygunsu onu işaretleyiniz

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA

Hiç Biraz Epey Tam Uygun

Kimsenin bilmesini istemem.	() () () ()
İyimser olmaya çalışırım.	() () () ()
Bir mucize olmasını beklerim.	() () () ()
Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.	() () () ()
Başta gelen çekilir diye düşünürüm.	() () () ()
Sakin kafa ile düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.	() () () ()
Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim.	() () () ()
Olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.	() () () ()
İçimde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.	() () () ()
Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücümü kendimde bulurum.	() () () ()
Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.	() () () ()
Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.	() () () ()
İş olacağına varır diye düşünürüm.	() () () ()
Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.	() () () ()
Problemin çözümü için adak adarım.	() () () ()
Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.	() () () ()

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA

Hiç Biraz Epey Tam uygun

Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.	() () () ()
Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.	() () () ()
Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.	() () () ()
Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.	() () () ()
Mücadeleden vazgeçerim.	() () () ()
Sorunun benden kaynakladığını düşünürüm.	() () () ()
Hakkımı savunabileceğime inanırım.	() () () ()
Olaylar karşısında kaderim buymuş derim	() () () ()
“Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.	() () () ()
Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi, olgunlaştığımı hissedirim.	() () () ()
“Benim suçum ne” diye düşünürüm.	() () () ()
“Hep benim yüzümden diye” düşünürüm.	() () () ()
Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.	() () () ()
Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	() () () ()

Ek-7: Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği

Aşağıda a ve b olarak verilen çift cümlelerin hangisinin daha doğru olduğunu düşünüyorsanız onun önüne X işaretini koyunuz. İşaretlemeniz gerektiğini düşündüğünüzü veya doğru olmasını arzu ettiğinizi değil, gerçekten doğru olduğuna inandığınızı işaretleyiniz. Bazı çift cümlelerin her ikisi de fikrinize uygun olmayabilir. Böyle bir durumda da gene bu iki cümleden fikrinize biraz daha uygun olanı seçiniz. Her çift cümleyi kendi başına ele alınız, ona göre cevap verirken diğer çift cümlelere verdiğiniz cevapların etkisinde kalmayınız.

1. - a. Çocukların başlarının belaya girmesinin nedeni ana-babalarının onları çok fazla cezalandırmasıdır.
- b. Bugünlerde birçok çocuğun sorun olmasının nedeni ana-babalarının onlara karşı çok gevşek davranmasıdır.
2. - a. Kişilerin hayatlarındaki üzücü olayların çoğuna kısmen şanssızlık neden olur.
- b. Kişilerin başına gelen talihsizliklere kendi yaptıkları hatalar neden olur.
3. - a. Savaşların var olmasının ana nedenlerinden biri insanların siyasete yeterince ilgi duymamasıdır.
- b. İnsanlar ne kadar önlemeye çalışırlarsa çalışsınlar, savaşlar her zaman var olacaktır.
4. - a. Eninde sonunda insanlar bu dünyada hak ettikleri saygıyı kazanacaklardır.
- b. Ne yazık ki ne kadar çabalarsa çabalasın kişinin değeri çoğu zaman anlaşılmaz.
5. - a. Öğretmenlerin öğrencilere adil davranmadıkları düşüncesi çok saçmadır.
- b. Birçok öğrenci aldığı notun ne dereceye kadar tesadüfi olaylardan etkilendiğinin farkında değildir.
6. - a. Şans izin vermezse kişi etkili bir lider olamaz.
- b. Yetenekli oldukları halde lider olamamış kişiler ellerine geçen fırsatları yeterince değerlendirememiş demektir.

7. - a. Ne kadar çabalasanız da nedense bazı insanlar sizi sevmezler.
- b. Başkalarının kendisini sevmesini sağlayamayan kişi insanlarla nasıl geçineceğini bilemeyen kişidir.
8. - a. İnsanın kişiliğinin belirlenmesinde en önemli rolü kalıtım belirler.
- b. İnsanın kişiliğini deneyimler belirler.
9. - a. Sık sık şahit oldum ki “her şey olacağına varır”.
- b. Kararlı adım atmak yerine kadere inandığımda hep zararlı çıkmışımıdır.
10. - a. İyi hazırlanmış bir öğrenci için “haksız bir sınav” hemen hemen söz konusu olamaz.
- b. Çoğu zaman sınav soruları dersin konusuyla öylesine ilgisiz oluyor ki çalışmanın gerçekten yararı olmuyor.
11. - a. Başarı çok çalışmaya bağlıdır, şansa hemen hemen hiç ilgisi yoktur.
- b. İyi bir işe girmek esas olarak, uygun zamanda uygun yerde bulunmaya bağlıdır.
12. - a. Herhangi bir vatandaş hükümet kararları üzerinde etkili olabilir.
- b. Dünya başta bulunan birkaç güçlü kişi tarafından yönetilir, herhangi birinin bu konuda yapabileceği fazla bir şey yoktur.
13. - a. Plan yaptığımda onları başarıyla uygulayacağımdan hemen hemen eminimdir.
- b. Çok önceden planlar yapmak her zaman akıllıca bir iş değildir. Çünkü nasılsa birçok şey iyi veya kötü şansa bağlıdır.
14. - a. Bazı insanlar vardır ki nereden bakarsan bak iyi değildirler.
- b. Her insanda iyi olan bir yön vardır.
15. - a. Benim için istediğini elde etmenin şansa hiç ilgisi yoktur.
- b. Çoğu kez her şey öylesine şansa bağlıdır ki, ne yapacağımıza karar vermek için yazı-tura bile atabiliriz.

16. - a. Kimin sözünün geçeceği genellikle uygun yerde ilk bulunma şansına sahip olmaya bağlıdır.

- b. İnsanlara doğru olanı yaptırmak yetenek işidir, şansla hemen hemen hiç ilgisi yoktur.

17. - a. Dünya meselelerinde çoğumuz, anlayamadığımız ve kontrol edemediğimiz güçlerin kurbanlarıyız.

- b. İnsanlar siyasal ve toplumsal konulara aktif olarak katılarak dünya olaylarını kontrol edebilirler.

18. - a. Çoğu kişi hayatlarının ne dereceye kadar tesadüfi olaylar tarafından kontrol edildiğinin farkında değildir.

- b. Gerçekte şans diye bir şey yoktur.

19. - a. Kişi daima hatalarını kabul etmeye gönüllü olmalıdır.

- b. Genellikle kişinin hatalarını örtbas etmesi en doğrudur.

20. - a. Birinin sizi gerçekten sevip sevmediğini bilmek güçtür.

- b. Kaç tane arkadaşınızın olduğu sizin ne kadar iyi bir insan olduğunuza bağlıdır.

21. - a. Başımıza gelen kötü olaylar uzun vadede iyileriyle dengelenir.

- b. Bir çok talihsiz olay yeteneksizlik, bilgisizlik, tembellik veya üçünün bir arada bulunması sonucu meydana gelir.

22. - a. Yeterli çaba harcarsak siyasette kötülüğü ortadan kaldırabiliriz.

- b. İnsanların, politikacıların masa başında yaptığı şeyleri kontrol altında tutması zordur.

23. - a. Bazen öğretmenlerin nasıl not verdiklerini anlayamıyorum.

- b. Çalışma oranım ile aldığım notlar arasında direkt bir bağlantı vardır.

24. - a. İyi bir lider insanların, ne yapmaları gerektiği hakkındaki kararları kendi kendilerine vermelerini bekler.

- b. İyi bir lider, herkese düşen görevi açıkça bildiren kişidir.

25. - a. Çoğu zaman, başıma gelen olaylar üzerinde çok az etkim olduğunu düşünürüm.

- b. Tesadüf ya da talihin hayatımda önemli bir rol oynadığına inanmayı aklım almıyor.

26. - a. İnsanlar arkadaşça davranmaya çalışmadıkları için yalnızdırlar.

- b. İnsanları memnun etmek için çok fazla çabalamanın yararı yoktur, seni ya severler ya sevmezler.

27. - a. Liselerde spor üzerinde çok fazla duruluyor.

- b. Takım sporları olumlu bir kişiliğin gelişmesi için mükemmel bir yöntemdir.

28. - a. Başıma gelen her şey benim davranışlarımın sonucudur.

- b. Zaman zaman hayatımın gidişatı üzerinde yeterli kontrolüm yokmuş gibi hissediyorum.

29. - a. Çoğu zaman politikacıların davranışlarını anlayamıyorum.

- b. Uzun vadede, bütün vatandaşlar, yerel de olsa ülke çapında da olsa kötü yönetimden sorumludur.