

T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ANKSİYETE  
BOZUKLUĞU  
KOMORBİDİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ  
ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Melike NEBİOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ

ŞANLIURFA  
2007

T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ANKSİYETE  
BOZUKLUĞU  
KOMORBİDİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ  
ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Melike NEBİOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ

ŞANLIURFA  
2007

## TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında bana her konuda destek olan tez danışmanım Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ'a, bilgilerinden ve klinik tecrübelerinden yararlandığım bölüm hocalarımdan Yrd.Doç.Dr.Mahmut KATI'ya, üniversiteye başladığımız ilk andan kliniğe ve hastalara uyum sürecimizde sabırlı ve hoşgörölü tutumuyla bize psikiyatriyi sevdiren hocamız Doç. Dr. Medaim YANIK'a teşekkür ederim.

Hastanede çalıştığımız süre boyunca hiçbir konuda desteğini esirgemeyen Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimisi Prof. Dr. Halit ANDAÇ hocamıza teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimime katkılarından dolayı hocalarıma, öncelikle pek çok sıkıntıyı birlikte aştığımız, her zaman birlikte olacağımıza inandığım bölüm arkadaşlarım olmak üzere birlikte çalıştığımız bütün asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim. Birlikte çalıştığımız tüm yardımcı hastane personeline teşekkür ederim.

Hayatım boyunca her konuda bana destek olan annem Güngör NEBİOĞLU ve babam Mustafa NEBİOĞLU 'na ve kardeşlerime teşekkür ederim. Ayrıca arkadaşım Dr.Dursun Çadırcı' ya çok teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa
	No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	v
GRAFİKLER DİZİNİ	vi
KISALTMALAR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. TANIM VE TARİHÇE	2
2.1.1. EPİDEMİYOLOJİ	4
2.1.2. ETİYOLOJİ	4
2.1.3. Erken Gelişimsel Çevresel Faktörler	7
2.1.3.1. Spesifik Prenatal Faktörleri İçeren Çalışmalar	8
2.1.3.2. Doğum Öncesi ve Doğum Dönemi Olayları	10
2.1.3.3. Psikozun Prodromal Prodromal Bulguları	11
2.1.3.4. Sosyal Risk Faktörleri	11
2.1.3.5. İzolasyon İle İlişkili Risk	12
2.1.3.6. Göç Etkisi	12
2.1.3.7. Yasadışı ilaç Kötüye Kullanımı ve Şizofreni Riski	12
2.1.3.8. Olumsuz Yaşam Olayları ve Stres	13
2.1.3.9. Dopamin Duyarlılığı	13
2.2. Geniş Bağlamda Bulgular	14
2.2.1. Tanı Ve Karşılaştırmalı Sınıflandırma	15
2.2.2. Tanısal Alt Tipler	17

2.2.3. Klinik Özellikler Ve Ölçüm	18
2.2.3.1. Psikotik Bulgular	19
2.1.3.2 Negatif Bulgular	19
2.2.3.3. Diğer Bulgular	20
2.2.3.4. Özkıyım	20
2.3. Komorbidite	21
2.3.1 Depresyon	21
2.3.2. Alkol, Tütün ve Diğer ilaç Kullanımı	22
2.3.3. Kannabis ve İlaç Kötüye Kullanımı	22
2.3.4. Motor Anormallikler	23
2.3.5. Somatik Eştanı	23
2.3.5.1 Obezite	23
2.3.5.2 Diabetes Mellitus	23
2.3.5.3 Kardiyovasküler Hastalık	24
2.3.5.4 HIV	24
2.3.5.5 Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	24
2.3.5.6. Romatoid Artrit	24
2.4. Yaşam Kalitesi	24
2.4.1. WHOQOL- BREF-TR	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Ölçekler	30
3.1.1 Sosyodemografik Veri Formu	30
3.1.2. DSM-IV I. Eksen Anksiyete Bozuklukları Modülü	30
3.1.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu	31
3.1.4. Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası(PANSS)	32
3.1.5. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği	32
3.1.6. Global İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği	33
3.2. İstatiksel Analizler	33
4. BULGULAR	34
4.1. Sosyodemografik özellikler	34
4.2. Klinik özellikler	35
4.3. Yaşam kalitesi	40

<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇLAR</b>	<b>41</b>
<b>6. KAYNAKLAR</b>	<b>51</b>
<b>7. EKLER</b>	
<b>Ek 1 Sosyodemografik Veri Formu</b>	
<b>Ek 2 SCID-I-CV DSM-IV I. Eksen Anksiyete Bozuklukları Modülü</b>	
<b>Ek 3 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu</b>	
<b>Ek 4 Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası(PANSS)</b>	
<b>Ek 5 Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği</b>	
<b>Ek 6 Global İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği</b>	

## **TABLolar DİZİNİ**

**Tablo 1.** Şizofrenin Tanı Kriterleri ( DSM -IV )

**Tablo 2.** Şizofrenin Tanı Kriterleri (ICD 10)

**Tablo 3.** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

**Tablo 4.** Çalışmaya Alınan Olguların Klinik Özellikleri

**Tablo 5.** Yaşam boyu komorbid anksiyete bozukluğu olan ve olmayan şizofreni hastaları: yaş ve eğitim yılları ortalamaları, cinsiyete göre dağılımları

**Tablo 6.** Komorbid anksiyete bozukluğu olan ve olmayan şizofreni hastaları: klinik özellikleri

**Tablo 7.** Hastaların Önemli Değişkenlere Göre Komorbidite Dağılımı

**Tablo 8.** Komorbid anksiyete bozukluğu olan ve olmayan şizofreni hastaları arasındaki yaşam kalitesi skalası ölçümlerinin (Dünya Sağlık Örgütü-Kısa Form Türkçe) farklılıkları

## **GRAFİKLER DİZİNİ**

**Grafik 1.** Hastaların eğitim durumları

**Grafik 2.** Hastalarda görülen komorbid anksiyete bozukluğu dağılımı

**Grafik 3.** Komorbid Anksiyete Bozukluğu Olan ve Olmayan Grupta Eğitim Durumu.



## **KISALTMALAR**

<b>SCID-I-CV</b>	DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
<b>WHOQOL-BREF-TR</b>	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu
<b>PANSS</b>	Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
<b>HARS</b>	Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
<b>GAF</b>	Global İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği
<b>SPSS</b>	Sosyal Bilimler İçin İstatiksel Paket
<b>DSM-IV</b>	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
<b>WHO</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>OKB</b>	Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>Y-BOCS</b>	Yale-Brown Obsesif Kompulsif Semptom Skalası
<b>SBS</b>	Sosyal Davranış Ölçeği
<b>PTSB</b>	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>SSS</b>	Santral Sinir Sistemi
<b>NMDA</b>	N-metil-D-aspartat
<b>IL-8</b>	İnterlökin-8
<b>TNF-alfa</b>	Tümör Nekrozis Faktör-alfa
<b>MVKİ</b>	Maternal Vücut Kitle İndeksi
<b>ICD 10</b>	Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması
<b>SİYAK</b>	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
<b>BTA</b>	Başka Türlü Adlandırılmayan

**ÖZET**  
**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ANKSİYETE BOZUKLUĞU**  
**KOMORBİDİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ**  
**ÜZERİNE ETKİSİ**

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda şizofreni hastalarında %60'lara varan sıklıkta anksiyete bozukluğu komorbiditesi bildirilmiştir. Bu hastalarda yaşam kalitesinin anksiyete belirtilerinden şizofreninin diğer belirtilerine göre daha fazla etkilendiği gösterilmiştir. Bu çalışmanın amaçları şizofreni hastalarında yaşamboyu komorbid anksiyete bozukluğu yaygınlığını saptamak ve komorbid anksiyete bozukluğu olan ve olmayan hastaları yaşam kalitesi yönünden karşılaştırmaktır.

Çalışmaya alınan hastaların klinik özellikleri ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla SCID-I-CV Anksiyete Bozuklukları Modülü, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HARS) ve Global İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (GAF) kullanıldı.

İstatistiksel analiz için SPSS 11.5 versiyonu kullanıldı. Gruplar arası farklılıklar normal ve normal olmayan dağılıma sahip sürekli değişkenler için sırasıyla t-testi ve Mann-Whitney U-testi; kategorik değişkenler için ki-kare testi ile sınıandı.

82 kişilik örneklemden, 55 (%67.1) hasta en az 1 yaşamboyu komorbid anksiyete bozukluğu tanısı aldı. En sık konulan anksiyete bozukluğu tanıları obsesif-ompulsif bozukluk (OKB- %39.0, n=32) ve sosyal fobi (%13.4, n=11) idi.

Bu çalışma komorbid anksiyete bozukluklarının şizofreni hastalarında göreceli olarak yaygın olduğunu ve şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin majör bir belirleyicisi olmadığını öne sürmektedir. Bu konuda daha genel bir bakış açısına sahip olabilmek, daha kesin yargılara varabilmek için daha büyük ölçekli klinik ve epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Şizofreni, komorbidite, anksiyete bozuklukları, yaşam kalitesi, yaygınlık.

## **ABSTRACT**

### **QUALITY OF LIFE IN SCHIZOPHRENIA: THE IMPACT OF COMORBID ANXIETY DISORDERS**

The purpose of this study was to determine the prevalence of lifetime anxiety disorders in a sample of clinically stable outpatients with schizophrenia and to compare the quality of life of patients with and without comorbid anxiety disorders. Eighty-two outpatients diagnosed with schizophrenia were recruited for the study. They were assessed by means of the Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I Disorders-Clinician Version (SCID-I-CV), Anxiety Disorder Module, Quality of Life Scale-Brief Form in Turkish (WHOQOL-BREF-TR), the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), and the Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Fifty-five (67.1%) were diagnosed with at least 1 lifetime comorbid anxiety disorder. The most common anxiety disorder was OCD (39.0%), followed by social phobia (13.4%). Schizophrenia patients with comorbid anxiety disorders did not differ from those without any comorbid anxiety disorder regarding all domains of quality of life. Our results indicate that comorbid anxiety disorders had not a significant effect on quality of life in patients with schizophrenia. Future large-scaled prospective clinical and epidemiological studies are required for a more general view on the subject.

Key words: schizophrenia, comorbidity, anxiety disorders, prevalence, quality of life.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda şizofreni hastalarında %60'lara varan sıklıkta anksiyete bozuklukluğu komorbiditesi bildirilmiştir (1). Komorbid anksiyete bozuklukları daha fazla suikid girişimi, madde kötüye kullanımı, farmakolojik tedaviye direnç, artmış relaps riski, zayıf sosyal aktivite ve kötü prognoz ile ilişkili olabilir (2-4).

Yaşam kalitesi konsepti farklı şekillerde tariflenebilir. Yaşam kalitesi, yaşamın niceliksel değerlendirmesine rağmen hayattan subjektif tatmini ve genel olarak iyi hissetme halini yansıtır (5, 6).

Şizofreni hastalarında; düşük yaşam kalitesi şizofreninin diğer semptomlarından ziyade daha şiddetli olarak şizofreninin anksiyete ve depresyon semptomları ile ilişkili olduğu demonstre edilmiştir (7,8). Komorbid anksiyete bozuklukları olan hastalarda yaşam kalitesinin anksiyete belirtilerinden şizofreninin diğer belirtilerine göre daha fazla etkilendiği gösterilmiştir (8).

Huppert ve ark. şizofrenide anksiyete ve depresyonun düşük yaşam kalitesini bağımsız etkilediğini buldular ve bu semptomların psikopatolojisinin ayrı boyutlarda ele alınması gerektiği fikrini öne sürdüler (8).

Pallanti ve ark. komorbid şizofreni ve sosyal fobisi olanlarda, sadece sosyal fobisi olanlara göre daha düşük yaşam kalitesi bildirmişlerdir (4). Braga ve ark. komorbid anksiyete bozukluğu olan şizofrenik hastalarda komorbid anksiyete bozukluğu olmayanlara kıyasla, sadece global işlevsellikte yüksek bozulma değil ayrıca iş yaşantısı ve sosyal yaşamda ciddi kısıtlanmalar bulmuştur (1).

Bu çalışmanın amaçları; şizofreni hastalarında yaşamboyu komorbid anksiyete bozukluğu yaygınlığını saptamak ve komorbid anksiyete bozukluğu olan ve olmayan hastaları yaşam kalitesi yönünden karşılaştırmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 TANIM VE TARİHÇE

Şizofreni; davranışın bilişsel, emosyonel, algısal yönlerini kapsayan, yıkıcı psikopatolojik etkileri olan, varsanı ve sanrılara eşlik eden davranış bozukluklarının görüldüğü, kişinin kendine özgü bir içekapanım dünyasına çekildiği bir klinik sendromdur. Görünümü hastadan hastaya değişkenlik gösterir. Hastalığın etkisi her zaman ağırdır.

Erken yaşlarda başlayarak, çoğunlukla hayat boyu devam etmektedir. Kişilik yıkılması ile birlikte kötü bir seyir göstermektedir (9).

Mental hastalığın psikotik formları yüzyıllardır bilinmektedir. Psikotik bozuklukları sistemli olarak tanımlama girişimleri ilk defa 19. yüzyılda gerçekleşmiştir. 1800'lerin ortalarında, Morel psikotik hastalık tablolarını betimlemek için nedenleri, bulguları, hastalıkların gidişi ve sonuçlarını birleştirmeye çalışmıştır (10).

Ondokuzuncu yüzyılın ortalarından sonlarına doğru klinik kategoriler tariflenmiş. Ancak akıl hastalığının farklı görünümelerini ayrı bir klinik sendrom oluşturacak şekilde birleştirme yetisi sağlayacak bir yaklaşım eksik kalmıştır. Sifilize bağlı delilik tanımlandıktan sonra, deliliğin heterojenitesi azalmış. Ewald Hecker, olasılıkla kavramı eğitmeni olan ve katatoniye terminolojiye kazandıran Karl Bahbaum'dan almasına rağmen, hebefreniyi belirgin şekilde betimleyen kişidir. 1871' de Hecker hebefreniyi erken başlangıçlı, kötü sonlanan bir psikoz; biçimsel düşünce bozukluğu "aptalca" (uygunsuz) duygulanım gösteren hastalık olarak tarifler. Emil Kraepelin deliliğin iki diğer şeklini manik-depresif psikoz. ve dementia praecox (veya erken bunama) ayırt etmesi mümkün olmuş, önceden deliliğin farklı sınıfları sayılan hebefreni, paranoya ve katatoniye dementia praecox tanısal sınıfı altında gruplandırmasını sağlamıştır. Tıp alanındaki diğer ilerlemeler Kraepelin'in gözlemlerine katkı yapmıştır. Sifilize neden olan bir mikrobun bulunması psikotik bozuklukların patofizyolojisinin, keşfedilebileceğini göstermiştir. Tersiyer sifilizin anlaşılması öteki psikotik hasta gruplarından ayırımı olası kılarak psikozun heterojenitesini azaltmıştır. Kraepelin, katatoni, hebefreni ve başka psikoz türlerinin "erken bunama" veya "vakitsiz bunama" olarak adlandırdığı bir hastalığın tablosu olduğunu belirtmiştir. Kraepelin bu hastalığın duygulanımsal psikozdan ve yaşamın geç dönemlerindeki bunamalardan ayırmıştır.

Bu karakteristik bulgular bozulmuş algısal anlamlandırma, bozulmuş dikkat, dış dünyaya ilgi de azalma, genellikle işitsel ve hoş olmayan varsanılar, dışardan düşüncelerinin etkilendiği hissi, düşünce akışında bozulma, düşüncede tutarsızlık (tutarsız konuşmadan uyarlanmış), tekrarlamalar, manyerizm, mental etkinlikte azalma, bozulmuş iç görü ve yargılama, sanrılar, duygulanımda küntlük ve negativizmdir. Kraepelin, bulguların farklı kombinasyonlarda bulunabileceğini ve hiçbir tek bulgunun her vakada bulunmayacağını vurgulamıştır.

Şizofreni hastalığı kavramına önemli faydası olan diğer bir bilim adamı, şizofreni terimini terminolojiye sokan Eugen Bleuler'dir. 1911'de Eugen Bleuler, bunamanın dementia praecox'un bir özelliği olmadığını fark ederek, bozukluk için şizofreni (zihin bölünmesi) terimini sundu. Bleuler birincil ve ikincil şizofreni belirtileri kavramını şekillendirdi; Bleuler'in dört birincil belirtisi (dört A) çağrışımlarda bozulma, otistik davranış ve düşünce, anormal affekt ve ambivalanstan ibarettir. Alternatif etiyofizyopatolojik model şizofreniyi, tek bir hastalık olmaktan çok, klinik bir sendrom şeklinde kavramlaştırmaktadır.

Bleuler, Kraepelin'in hastalık tanımlarına ve sınıflamasına dikkat çekmiş ancak Sigmund Freud'un düşüncelerini hastalığın fenomenolojisine uygulamak için uğraş vermiştir. Bleuler, gözlemlendiği bozulmanın yaşlıların bunamasına benzemediğini düşündüğü için erken bunama terimini kullanmamıştır. Bleuler, hastalığın kaçınılmaz şekilde ağır bozulmalarla sonuçlanmadığına inansa da tam iyileşmenin mümkün olmadığını düşünmüştür. Bleuler, Kraepelin'in hastalık kavramına karışmasa da kendisi şizofreniyi bir rahatsızlıklar grubu olarak değerlendirmiştir (11).

Bleuler bütün olgularda ve bütün evrelerde bulunduğunu düşündüğü temel bulgular tarif etmiştir. Bunlar çağrışımlarda bozukluk veya düşünce bozukluğu; duygu veya duygulanımda azalma ya da değişme; duygu, istek ve düşüncede ambivalans; gerçekten kopma olarak bilinen otizm ve azalmış dikkattir. Bunlara ilaveten varsanılar, sanrılar, yanılsamalar, katatonik bulgular ve başka davranışsal anormallikler bulunabilir (12).

### 2.1.1 EPİDEMİYOLOJİ

Şizofreni birçok bireysel ve ekonomik bedelleri olan, dünyadaki önde gelen halk sağlığı problemlerinden biridir. Dünyadaki tüm insanların yüzde birinden daha azını etkiler. Şizofreni dünyanın her yerinde her toplumda görülür. Sıklık ve yaşam boyu yaygınlık oranları tüm dünyada neredeyse eşittir. Şizofreni görülme sıklığı kadınlarda erkeklerden biraz daha azdır. Kırsal alanda şizofreni sıklığı, kentsel alana göre daha azdır. Şizofreni, gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelere göre daha ağır seyretmektedir. Şizofreni hastaları, madde kötüye kullanımı için artmış risk taşırlar, %90 kadar hasta nikotin bağımlısı olabilir. Ayrıca özkıyım ve zarar verici davranışlar açısından da yüksek risk taşırlar. Şizofreni genç erişkin dönemde başladığı için, belirgin ve uzun süren yetersizliklere neden olur, hastane bakımı birçok yönden yük oluşturur, sürekli bakım, rehabilitasyon ve destek sistemlerine ihtiyaç duyulur. Hastaların uzun süre yatırıldıkları kurumların ortadan kaldırılması, yatak masraflarını azaltmıştır, ancak sonuç hayal kırıklığı yaratacak şekildedir. Günümüz şartları yatak kullanımının azalması için daha fazla baskı oluşturmaktadır. Alternatif bakım sistemleri ise oldukça azdır (13).

### 2.1.2 ETİYOLOJİ

Şizofreni fizyopatolojisinde rol alan etiyolojik süreç ya da süreçler tam olarak bilinmemektedir, fakat çalışmalar genetik etkenlerin şizofreni etiyolojisinde önemli bir rol oynadıklarını göstermektedir. Genetik bağlantı çalışmalarıyla bu etkenler ortaya çıkarılmaya çalışılmış (14). Sekiz bağlanma bölgesi için önemli kanıtlar elde edilmiştir: 1q21-22, 6p22-24, 6p21-22, 8p21-22, 10p11-15, 13q14-32, 15q13-15 ve 22q11-13 (15-17). İleri analizler özgül aday genlerin tanımlanmasına yol açmıştır; ve en iyi aday alfa-7- nikotinik reseptör, DISC 1, GRM 3, dysbindin COMT, NRG 1, RGS 4 ve G 72' dir (18). Fensiklidinin şizofreni benzeri psikotik tablo ortaya çıkarması nedeniyle, fαensiklidinin bağlandığı glutamat reseptör alttipi olan N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör genleri üzerinde çalışılmıştır. Beş farklı NMDA reseptör geni tanımlanmasına karşın bağlantı kurulamamıştır. Yatkınlığa katkıda bulunan diğer genler henüz bilinmemektedir (19).

Şizofreninin etiyolojisini araştırırken önemli bir diğer konu, şizofreninin nörogelişimsel mi, yoksa nörodejeneratif bir bozukluk mu olduğudur. Neden beynin normal

gelişiminde bir aksaklıkta mıdır, yoksa normal gelişen bir beyni değiştiren hastalıklar mıdır? Ayrıca, her ikisi de doğru olabilir (20).

Şizofreninin nöropatolojik incelenmesi daha kesin sonuçlar içermektedir. Birkaç çalışmada şizofreni hastalarının beyninde, nörodejeneratif bir hastalık sürecini, buna verilen nöropatolojik yanıtı gösteren gliosis saptanmışsa da, çalışmaların çoğunda gliosis varlığı gösterilememiştir. Gliosisin yokluğu nörodejeneratif süreci dışlamaz, çünkü erken gelişimde apoptotik bir patolojiye gliosis eşlik etmeyebilir. Ancak olağan dışı hücre göçü ve diğer olağan dışı gelişim belirteçlerinin gösterilmesiyle birlikte postmortem kanıtlar, şizofrenideki nörogelişimsel varsayımı desteklemektedir (21).

Şizofreninin patofizyolojisine yönelik soruların cevapları hala bilinmemektedir, Ancak hem beyin mekanizmalarının prelinik araştırmalarındaki hem de şizofrenideki değişikliklerle ilgili klinik araştırmalardaki keşiflerin artması ve zamanla birbirini güncelleyen bulgular, patofizyoloji yap-bozunun bütünleşmesini sağlayacaktır. Çalışmaların ana amacı, şizofrenideki postmortem beyin araştırmalarındaki en yeni öğelere dikkati çekmek ve bulguları test edilebilir hipotezlere bağlamaktır. Şizofreninin tek bir özel beyin alanına lokalize olduğu görüşü, araştırmaları bu yöne çekmektedir. Eski araştırmalar ilgisi olmayan ya da rol almayan mekanizmaları belirlemeye, ayrıca patofizyolojiyi ortaya çıkarmaya yardımcı olabilir. Örneğin, şizofreni dokusunda gliosis olmadığı için beyin inflamasyonunun şizofreni patofizyolojisine önemli bir katkısı olması olasılığı oldukça azdır. Bu nedenle, enfeksiyonlar, iskemi, nörodejenerasyon veya otoimmün olaylar gibi doku inflamasyonu ile ilişkili süreçler hastalık patofizyolojisinde yer alan olası etkenlerden değildir. Ayrıca, gliosis yokluğunda, şizofreni gelişimine olanak sağlayan veya ileride şizofreniye eğilim yaratan erken gelişimsel bir sürecin varlığını destekleyen bulgular çoğalmaktadır. Beyin bölgelerine frontal, limbik ve bazal ganglionlar gibi beyin bölgelerine lokalize patolojiler veya genel beyin patolojileri ve bir nöral sistemin işlevini etkileyen patolojiler de hala olasılıklar arasındadır (22). Şizofreninin nöropatolojisi üzerinde çalışmalar 1800'lerin sonlarında başlamıştır, birçok beyin bölgesinde anormalliklerin olduğuna yönelik bildirimler vardır. Şizofrenideki postmortem nöropatolojik incelemelerin zorluklarından bazıları şunlardır; değişikliklerin yaygın olarak görülmesi, sıklıkla da geç fark edilmesi, hastalığa özgü olmaması ve hastalığı taşıyan bütün bireylerde görülmemesidir. Şizofreni hastalarının beyinlerinde belirlenen değişikliklerin çoğu özgül değildir ve başka psikiyatrik durumlarla da ilişkilidir. Çalışmaların birçoğu tekrarlanabilir nitelikte değildir, bu biraz da metodolojideki farklılıklara, hastalığın heterojen



olmasına, hastalığın seyrine ve kronik ilaç kullanımının etkilerine bağlıdır. Bu yüzden, tek başına hiçbir beyin lezyonu şizofreni tanısı için olmazsa olmaz değildir ya da şizofreni tanısını koyduramaz. Şizofreni hastalarının beyinlerinin prefrontal, parietal ve temporal kortekslerindeki nöronların hatalı göçlerine yönelik deliller de bulunmaktadır. Embriyogenez sırasında, kortikal nöronlar ventriküler bölgede doğar, kortikal alt tabakaya göç eder ve buradan kortikal tabakaya göç ederek korteksin altı tabakasını oluşturmadan önce beklerler. Kortekse bu nöron göçünün primatlarda ikinci trimesterin sonunda tamamlandığı düşünülmektedir. Bu nöronlar yüzeysel beyaz cevherin üst seviyelerinde bulunurlar, küçük bir kısmı da kortikal tabakalara dağılmıştır. Şizofreni hastalarının postmortem beyinlerinin prefrontal ve temporal kortekslerinde, bu nöronların çoğunluğuna derin beyaz cevherde, küçük bir kısmına da kortikal tabakada rastlanmıştır. Nöron alt popülasyonun dağılımındaki belirgin farklılık, nöronların kortekse göçündeki veya programlı hücre ölümündeki bir bozukluğu yansıttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Bu veriler, gebeliğin yaklaşık olarak ikinci trimesterinde oluşan nörogelişimsel bir bozuklukla uyumludur (23).

Şizofren bireylerde nöronların, oligodendrositlerin ve astrositlerin toplam sayısı %30 ila %45 oranında azalmıştır. Doğru olduğu kabul edilen bu verinin antipsikotik ilaçların etkilerine bağlı olmadığı düşünülmektedir, çünkü kronik olarak ilaçla tedavi edilen şizofrenler ve hiç nöroleptik almamış olgular arasında nükleus hacmi yönünden fark yoktur. Yalnızca hücre sayısı azalmakla kalmamış, ayrıca hücre boyutları da küçülmüştür. Sağlıklı bireylere kıyasla şizofren hastalarda pulvinarın hacmi ve içindeki nöronların büyüklüğü ve yoğunluğu da azalmıştır. Bazal ganglionların sinaptik organizasyonunda farklılıklar ve ultrastrüktürel anormallikler bulunmaktadır. Şizofreni olguların doku grubunda, putamene kıyasla kaudatta simetrik sinapsların yoğunluğu düşük bulunmuştur, ki bu da inhibitör sinaptik iletimde bir anormallik olduğunu göstermektedir. Sağlıklı bireylere kıyasla şizofren hastaların striatumlarında, sinaptik döngü ve bilişsel işlevlerde rol aldığı düşünülen kortikal afferentlerin, sinaptik profillerin yoğunluğu daha azdır. Sağlam bireylere kıyasla, kaudatlarında asimetrik aksospinöz sinaptik profillerin miktarı artmıştır. Bu bulgular şizofrenide birçok nöron devresinin etkilendiğini göstermektedir (22). Lateral ve üçüncü ventriküller başta olmak üzere beyin ventrikülleri şizofrenide genişlemiştir, Bu veriyi Weinberger ve ark. 1.000'den fazla olgunun ve kontrolün dahil edildiği bir karışık analiz sonucunda elde etmiştir, tekrarlanabilir bir bulgudur. Ventrikül genişlemesi şizofreniye özel değildir ve başka birçok santral sinir sistemi (SSS) hastalığında görülebilmektedir, özellikle

de Huntington hastalığı gibi ventriküllere komşu yapılarda nörodejenerasyon ile karakterize hastalıklarda görülmektedir. Ancak, şizofrenideki ventrikül genişlemesinin nörodejeneratif bir sürece bağlı olmadığı düşünülmektedir, çünkü nöron kaybı veya glial hücre sayısı artışını destekleyen verilere rastlanmamıştır (24, 25).

Beyin yapılarının çoğu normal insanda lateralizedir, hemisferlerden birinde diğerine göre alan veya hacim daha büyüktür. Bazı asimetri dil gibi lateralize işlevlerle ilişkilidir. Şizofrenide anormal beyin asimetrisi olduğu gözlemi üzerinde uzun süredir çalışılmaktadır. Şizofreni ile ilgili bir çok çalışma, kontrollerde bulunan normal beyin asimetrisinin olmadığını ya da tersine döndüğünü göstermiştir. Normal asimetrideki bu bozulmaların gelişim sırasındaki anormallikleri yansıttığı düşünülmektedir (26).

Ayrıca; beynin gelişimi sırasında bazı fazlalıkların olduğu ve bazı sinir hücrelerinin ve hücreleri birleştiren birçok sinapsın, yeterli bir işlev için elenmesi gerektiği söylenmektedir.

Sinir hücrelerinin, sinapsların budanmasındaki bir yetersizlik ya da budanacakların seçimindeki bir yanlışlık, ilerde şizofreni belirtilerine yol açabilecek işlev bozukluklarıyla sonuçlanabilir (27).

Sebeplerle ilgili ana görüşler değişmiş genler, nöroimmüoviral enfeksiyonlar ile hipoksik veya gestasyon ve doğum sırasındaki nörotoksik olaylardır (28).

### **2.1.3 Erken Gelişimsel Çevresel Faktörler**

Şizofreninin erken dönemde geliştiği görüşünü destekleyen bir önemli nokta; doğuştan şizofreni vakaları ile doğum yeri ve zamanı arasında tutarlı göstergelerin varlığının görülmesidir (29, 30).

Şizofreni vakalarının %5-15 arası bir kısmının kış sonu veya baharın ilk günlerinde doğduğu görülmüştür. Doğum yerinin göz önüne alındığı birçok araştırmada şehirde doğanların kırsal kesimde doğanlarla karşılaştırıldığında daha yüksek bir şizofreni riski altında oldukları gösterilmiştir (31).

Obstetrik komplikasyonlar; araştırmacılar obstetrik komplikasyonların 3 ana grubuna ait anlamlı görüşler bulmuşlardır. Bunlar sırayla gebelik komplikasyonu (kanama, preeklampsi, diyabet ve Rh uyumsuzluğu), anormal fetal gelişim ve büyüme(düşük doğum

ağırlığı, konjenital malformasyonlar ve küçük baş çevresi) ve doğum sırasındaki komplikasyonlar (asfiksi, atonik uterus ve acil sezeryan seksiyö) (32).

En çok kabul gören patolojik mekanizma, fetal veya perinatal hipoksidir. Her ne kadar hipoksi şizofreni gelişiminde son noktayı temsil ediyormuş gibi görünse de yapılan bazı çalışmalarda incelenen obstetrik sonuçlardan sonra bu bireysel obstetrik komplikasyonlarının mı, hipoksinin mi ana sebep olduğu, yoksa daha önce gelişmiş ve geçirilmiş sorunların mı, bu komplikasyonlara ve hipoksiye neden olduğu netlik kazanmamıştır (33).

### **2.1.3.1 Spesifik Prenatal Faktörleri İçeren Çalışmalar**

Viral Enfeksiyonlar; çalışmalar şizofreninin popülasyon bağımlı risk açısından da erken dönem hamilelikte influenzaya maruz kalanlarda risk %21 daha yüksek olarak bulunmuştur (34).

Ekolojik çalışmalar neticesinde şizofreni ile prenatal dönemde kızamık, suçiçeği, Polio ve kabakulak arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (35). Bazı çalışmalar ise bize prenatal dönemdeki kızamıkçığın nörogelişimsel bozukluklara yol açabileceğini ve bu durumun sonucunda şizofreni spektrum bozukluklarına neden olabileceğini göstermiştir (36).

Uluslararası bir çalışmada, hamilelik boyunca çeşitli enfeksiyon ajanlarına karşı oluşan geç hamilelik antikolarıyla şizofreni arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla serolojik örnekler alınmıştır. İncelenen bu 7 ajan arasında HSV-2'ye karşı oluşan maternal Ig G ile şizofreni arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Bu çalışmanın bir belirsiz noktası Ig G antikolarının enfeksiyondan yıllar sonra bile yüksek olarak kalabilmesi ve bu yüzden de aktif HSV-2 enfeksiyonlarının bu vakalarda hamilelik boyunca meydana gelip gelmediğinin bilinmemesidir (35).

Sitokinler; hamilelikte çeşitli enfeksiyon ajanlarından etkilenme ile şizofreni arasındaki ilişki, bu ajanların ortak bir patolojik mekanizmayı paylaştığı olasılığını düşündürmektedir. Proinflamatuvar sitokinler birçok enfeksiyöz patojenle etkilenmesi sonrasında çok hızlı bir şekilde artarlar ve bu ajanlara karşı immunüteyi sağlarlar. Bu çalışmada çocuklarında şizofreni olan hamileliklerin 2. trimesterinde interlökin-8 (İL-8) seviyeleri anlamlı ölçüde yüksek olarak bulundu, diğer yandan interlökin -1beta (İL-1beta), interlökin - 6 (İL-6) ve tümör nekrozis faktör alfa (TNF-alfa) için hiçbir farklılık bulunamadı. Prenatal serum örnekleri kullanılan küçük bir çalışmada çocuklarında psikoz gelişen annelerin

hamilelik dönemlerinde, maternal tümör nekrozis faktör alfa (TNF  $\alpha$ ) seviyeleri yüksek bulundu (37).

Beslenme Faktörleri ; şizofreni de prenatal malnutrisyonun rol oynayabileceğine ilişkin ilk kanıtlar 1944-1945 yılları arasındaki Hollanda açlık kışı çalışmalarından elde edilmiştir. Bu alanda Ezra S. Susser ve arkadaşları çalışmalar yaptılar; döllenme sırasında açlığın zirveye ulaştığı dönemde etkilenmenin şizofreni riskinde anlamlı artış gösterdiğini belirttiler. Ayrıca sürekli stres ve hipotalamik pituitar adrenal yolu aktive etmiş, bu da kortizol salgımına neden olmuş olabilir. Kortizolün şizofrenide görüldüğü şekliyle hipokampus ve diğer beyin yapılarının gelişimine zarar verdiği bilinmektedir. Prenatal stres yaratan diğer faktörlerin de şizofreni riskini artırdığından şüphe duyulmaktadır (38).

Maternal beslenme ile alakalı ikinci bir etken ise vücut kitle endeksidir. Yüksek maternal vücut kitle indeksi (MVKİ) nöral tüp defekti gibi kötü sonuçlarla birliktelik gösterir. Vücut kitle indeksi sonucu ortaya çıkan şizofreni riskindeki artma dikkate değerdir. Yine son zamanlarda yapılmış bir çalışma obesite de sıklıkla ortaya çıkan maternal hipertansiyonun çocukta şizofreni riskini artırdığını ileri sürmektedir (39).

Rh Uyuşmazlığı; Rh uyuşmazlığının şizofreni için bir risk faktörü olup olmadığı araştırılmıştır. J. M. Hollister ve arkadaşları Rh uyuşmazlığının ikinci veya daha sonra doğan erkek çocuklarda şizofreni riskini artırıp artırmadığına baktılar ve neticede anlamlı ölçüde 2 katlık bir risk artışı buldular (40).

Erken başlangıçlı psikoza nörogelişimsel bir kökeni olduğu fikri 19. yüzyılın son dönemlerinde yaygınlaşmıştır, 1980'lerin ortalarında Avrupa'da Robin Murray ve Shön Lewis ve Kuzey Amerika'da Darjel Weinberger nörogelişimsel teoriyi destekleyen yeni delillerle bu tartışmayı canlandırmıştır. Tekrar formüle edilmesinden ortalama 20 yıl sonra nörogelişimsel kuram geniş kabul görmüştür ve şizofreninin gelişimsel bileşimleri olmadığına dair çok az kuşku vardır. Bununla birlikte, başlangıçtaki basit model şizofrenideki tüm karmaşıklığı açıklamada yetersiz kalmıştır. Beyin gelişimini etkileyen, sadece bir süre sonra tam anlamıyla psikoza yol açan erken gelişimsel faktörlerin neler olduğu ve psikotik bulguların başlangıç yaşının neden dramatik bir biçimde çok farklılık gösterdiği, erken nörogelişimsel varsayımıyla açıklanamamaktadır. Psikoza başlamasına neyin neden olduğu hakkında da daha yeni tartışmalar vardır ve üç olasılık var gibi gözükmektedir. İlki, geç gelişimsel değişiklikler olabilir; bunlar önceki patolojiyle etkileşebilir ya da "baştan beri" rol almış olabilirler. İkincisi, dopaminerjik duyarlılaşma olabilir. Üçüncüsü ise baştan beri ya da

psikoza veya diğerk psikiyatrik bulgulara ikincil olan nörodejenerasyon olabilir. Dahası, anormal nöron göçünü öne süren ve nörogelişimsel varsayım için büyük bir temel oluşturan Joyce Kovelman, Arnold Scheibel, Hans Jacob ve Helmut Beckman' ın nöropatoloji çalışmaları, tekrarlanması güç olan deliller sunmuşlardır. Nörogelişimsel ve nörodejeneratif tartışmalar yeni verilere ulaşıldıkça, sürekli gözden geçirilmektedir. Son yıllarda artan deliller, nörogelişimsel modelde mezolimbik-dopaminerjik yolların önemli rolleri olduğunu belirtmektedir. Dopaminin duyarlılaşması, belirli çevresel etkilerin altında da, anormal beyin gelişimi ile hayatın bir sonraki döneminde psikoz geliştirmeye yatkınlık arasındaki ilişki olabilir. Bu çalışmalar ışığında günümüz nörogelişim varsayımı, biyolojik ve psikososyal kanıtların her ikisini de başarıyla bütünleştirebilmiştir (41).

### **2.1.3.2. Doğum Öncesi ve Doğum Dönemi Olayları**

Gebelik ve doğum komplikasyonu ile şizofreni arasındaki ilişki şizofreninin nörogelişim kuramında önemli bir konu olagelmıştır. Aron Rosanoff ve arkadaşları, 1934'te bir seri şizofren ikizinde bu ilişkiyi tanımlamışlar ve şizofreninin "en azından kısmen doğum travmasının sonucu" olabileceği görüşünü önermişlerdir. Ancak bu alanda, 40 yıl içinde çok az ileri araştırma yapılmıştır (42). Şizofrenisi mevcut olan bireylerin beyinleri yaşamın çok erken döneminde normal olmayan bir gelişime maruz kalıyorsa, bunların çocukluk gelişiminin de tamamen normal olmayacağı beklenebilir. Barbara Fish ve arkadaşları, on yıl süreyle küçük bir grup yeni doğan bebeği izlemişler ve şizofrenisi olan annelerin çocuklarına benzer şekilde şizofreni gelişen bebeklerin fiziksel, Motor ve bilişsel yetilerde gecikme gösterdiklerini bulmuşlardır. Şizofrenin çocukluk öncüllerini tamamen anlamak için daha iyi temsil edilen daha güçlü çalışmalara ihtiyaç vardır (43).

Artmış Psikoz Riski Altındaki Genç İnsanların Gelişimi: Aile çalışmaları genetik risk faktörlerini araştıran moleküler çalışmaların gücünü artırmak için, etkilenmiş gen taşıyıcılarını tanımlamayı planlamıştır. 1960 ve 1970'ler boyunca, aile öykülerine dayanarak artmış psikoz gelişme şanssızlıklarına sahip olan çocuk ve genç bireyler gibi yüksek risk gruplarını toplamak ve izlemek üzere çok sayıda merkez kurulmuştur. Bu tasarım, geriye dönük araştırma hatalarından muaftır, ayrıca şizofreni ve diğerk psikozlar için daha özgün büyük ölçüde çevresel ve gelişimsel olan risk faktörlerini değerlendirmeye izin vermektedir. Erişkinlikte şizofreni gelişecek çocuklar, erişkinlikte sağlam kalan çocuklara oranla daha fazla

davranışsal problemler göstermişlerdir. Dahası, dikkat, sözel bellek ve büyük motor becerilerinde defisitler kaderleri şizofreni olan çocuklarda daha baskındır ve %50-83'e ulaşan duyarlılıkta şizofreni için öngörü göstermiştir. Ayrıca, duygulanım bozukluklarının aksine bunlar göreceli olarak şizofreni riski için özgün göstergelerdir.

Çocukluk çağı davranışlarının değerlendirilmesi başlangıçta ve izlemde anne aracılığıyla elde edilmiştir. Risk altındaki ergenlerde içe kapanıklık, suç işleme ve saldırgan davranışlar şizofreni gelişiminde anlamlı erken öngörücüler olarak ortaya çıkmıştır. Sağlam kalan insanlarla karşılaştırıldığında, gelecekte şizofreni gelişmiş insanlarda bozulmuş bellek işlevi olduğu gösterilmiştir (44).

### **2.1.3.3. Psikozun Prodromal Bulguları**

Hafif psikotik deneyimleri (referans fikirleri, büyüsel düşünce ve sanrılar gibi), alternatif olarak çok kısa süreliğine tamamen pozitif bulgu yaşantılarını içerebilmektedir. Özgün olmayan duygudurum, anksiyete ve bilişsel bulguları, sosyal içe çekilme ve işlevlerde özgün olmayan düşüş gibi bulguları da kapsamaktadır. Açık olarak, bu prodromal fenomen şizofreniden başka bozukluklarla kanşır ve psikiyatrik hastalık ve sağlıklı kişilerdeki mental stres arasında bir yer olarak da görülebilmektedir. Sadece belirli yoğunluk ve süredeki tetikleyici unsurlar, prodromal yaşantıyı patolojik yapmakta ve her bir olguda her zaman büyük oranda özgün olmamaktadır. Prodromal terimi kaçınılmaz olarak şizofreni başlamasına yol açacak bir süreç olarak yanlış anlaşılabilir, oysa, beklenen psikoz başlangıcı için, belirli bir risk olarak tanımlanması daha doğrudur. Patrick McGorry ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada prodromal evreden 1 yıl sonra %40'tan fazla olgunun klinik olarak psikotik olduğu görülmüştür (45).

### **2.1.3.4 Sosyal Risk Faktörleri**

1990'lardaki birkaç çalışma şehirde doğmuş olma ya da büyütülmenin şizofreni için riski artırdığına işaret etmektedir. Üstelik doz yanıt ilişkisi bulunmuş ve nedensel bir etkiyi düşündürecek biçimde ne kadar büyük kasabada doğum olmuşsa o kadar yüksek risk saptanmıştır. Şizofrenisi olan anne veya babadan birisine sahip olmanın getirdiği yükü

karşılaştırıldığında (sırasıyla %9 ve %7), kentte doğmuş olmaya atfedilebilecek risk %34,6 hesaplanmıştır (46).

#### **2.1.3.5. İzolasyon İle İlişkili Risk**

Sosyal izolasyon ve şizofreni arasında ilişki için tutarlı kanıtlar vardır, fakat nedensellik ilişkisinin aydınlatılabilmesi için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir (47).

#### **2.1.3.6. Göç Etkisi**

Göç konusu üzerine en çarpıcı bulgular, Afro-Karayıplı insanlarda artmış şizofreni insidansı bildiren çalışmaların yapıldığı Birleşik Krallık'tan gelmiştir. Sosyal izolasyon ve yabancılaşmanın anlaşılabilir faktörler olduğu ileri sürülmüştür. Sonuç olarak, göçmenlerdeki şizofreni insidansı az sayıda göçmenle birlikte yaşadıklarında en yüksektir; bu yine göreceli izolasyonla ve sosyal desteğin azlığı ile açıklanabilmektedir. Göç, olasılıkla izole etme potansiyeli nedeniyle, şizofreni için bir risk faktörüdür (48).

#### **2.1.3.7 Yasadışı ilaç Kötüye Kullanımı ve Şizofreni Riski**

Dopamin serbestleştirici ilaçların psikoza başlatabileceği iyi bilinmektedir. Sağlıklı gönüllülerde ve hastalarda ilaç kullanılarak yapılan deneysel çalışmalarda, kötülük görme ya da bizar sanrılar, varsanılar ve düşünce bozuklukları tanımlanmıştır. Kokain ve amfetaminin psikoz için güçlü bir risk faktörü olduğu kabul edilirken, kanabisin rolü daha az belirgindir ve günümüze kadar psikoza tetiklemede görece zararsız olduğu düşünülmüştür. Bazı çalışmalar kanabise tekrarlayıcı maruz kalmaların dopamin iletiminde değişiklikleri ateşleyebileceğini göstermektedir. Kontrol gruplarında, kanabis iyi bilinen bir kısa psikoz dönem tetikleyicisi ve önceden var olan psikotik bulguların alevlendiricisidir. 18 yaşlarında ağır kanabis tüketimi, sonradan şizofreni gelişmesi için altı kattan daha fazla artmış riskle ilişkili bulunmuştur. Az sayıda katılan prodromal şizofreni hastalarında hastalıkları sonucu artmış kanabis kullanımı bulunmasına karşın, bu kohort popülasyonun büyük çoğunluğuna uygulanmaz ve bu nedenle tek başına "self medikasyon" bu sonuçları açıklamamaktadır (49).

### **2.1.3.8. Olumsuz Yaşam Olayları ve Stres**

Geriye dönük üç çalışma, yaşam olayları ve psikoz başlaması arasında bir ilişki bulmuştur. Etki boyutu duygulanımsal psikozda şizofreniden daha yüksek olmasına karşın, belirtilerin ortaya çıktığı başlangıç ya da relapstan 3 hafta önceki stresli yaşam olayları önemli görünmektedir. Ayrıca, yaşam olayları ve psikoz arasındaki ilişkinin yönü sorgulanmıştır. Hastanın önceki psikopatolojisinin ya da kişilik özelliklerinin gerçekten yaşam olaylarını ağırlaştırıp ağırlaştırmadığını dışlamak zordur.

Bununla birlikte, psikoza neden olma ya da ortaya çıkarmada stresin rolünü destekleyen kanıtlar vardır. Gelişimsel saldırıya maruz bırakılan hayvan deneyleri onların sosyal strese nasıl yatkın hale geldiklerini göstermektedir. Aynıısı insanoğlu için de gösterilmiştir. Gelişimsel tehlike yaşamış bireyde bir çevresel olumsuzluğun neden özellikle zararlı etkileri olduğunu açıklayabilecektir (50).

### **2.1.3.9. Dopamin Duyarlılığı**

Tartışılan konular, şizofreni riski altındaki bir çocuğun gelişimini aydınlatmaya yardım etmiştir. Ancak, bilişte bazı defisitleri olan ve sıra dışı fikirleri olan, sosyal olarak izole genci hangi mekanizma apaçık psikotik hastaya dönüştürmektedir? Bazı yanıtlar mezolimbik dopamin sisteminde gelişimsel hasarların etkisini keşfetmeyle elde edilecektir. Şizofrenide dopamin hipotezi, dopamin agonistlerinin hastalığın pozitif bulgularını ortaya çıkarırken bütün antipsikotik ilaçların tip 2 dopamin (D2) reseptörlerini bloke ettiği kanıtlarından gelmektedir. Bu kuram, pozitif psikotik bulguların patogenezindeki dopamin düzensizliğinin duruma doğrudan karıştığını gösteren in vivo kanıtlarla desteklenmiştir. Şizofrenide yükselmiş dopamin iletimi, özellikle de baskın olarak presinaptik düzensizlik olduğuna dair güçlü deliller vardır. Ayrıca, remisyonadaki şizofren hastalarında dopamin düzensizliği aşık olmadığı için, bu hastalığın kalıcı bir özelliği olmaktan öte, olasılıkla aktif psikoz bulgularıyla ilişkili "durumsal" anormalliktir. Yani dopamin anormallığı psikoza açıklamak için gerekli ancak yeterli değildir (51). Dopaminin ödül ve pekiştirmedeki rolü, onun negatif karşılıkları olan itici uyaran ve davranış söndürme gibi geniş kabul görmüştür. Dopamin ateşlemesindeki farklılıklar, beklenti süresince ve zevk veren ya da endişe verici uyarı deneyimlerinde görülmektedir. Dopamin, özünde ödüllendirme veya itici etkileri olan



nörokimyasal aracıdır ancak, bu durum ödüllendirme etkisi ile ilişkili hale gelen nötral uyaranda da geçerlidir. Mezolimbik-dopaminerjik sistemin, duygusal anlamlandırmalarda ya da uyarana dikkat verme ve amaca yönelik davranışta önemli olduğu düşünülmektedir. Varsanılar, algılar ya da bellekteki içsel temsilcilere artan dikkatin sonucu olarak algılanabilir (52).

## 2.2 Geniş Bağlamda Bulgular

Şizofreni için çağdaş tanı ölçütleri onu, bir idiopatik psikotik bozukluk olarak tanımlar. Bunun yanı sıra, psikoz kavramı belirsizdir, ayrıca büyük ölçüde kabul görmüş bir tanımlaması yoktur. Şizofreni psikopatolojisinin bütünüyle psikotik belirtilerden oluştuğu eksik bir bakıştır. Bazı tıbbi durumlar gibi çok sayıda başka psikiyatrik problem de şizofrenide bulunur ve bunların bazıları hafif stres verici veya yeti kaybı yaratıcı ya da hayatı tehdit edici olabilir. Ayrıca; şizofren bireyler sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek mortalite oranına sahiptirler ve depresyon, ilaç kötüye kullanımı ve polidipsi gibi psikopatolojik problemler bu artmış mortaliteye psikotik belirtilerin kendisinden olasılıkla daha fazla katkıda bulunurlar. Tedaviye uyuma engel olan azalmış iç görünümün bazı yönleri psikoeğitimle gelişebilir. Birkaç yıl içinde bazı hastalarda primer olarak bulunan negatif bulgular gibi şizofrenideki bilişsel bozulma için de etkin tedaviler olacağını öngörebiliriz. Bu nedenle şizofreninin değerlendirilmesi psikotik bulguların ele alınmasından daha fazlası olmalıdır ve geniş anlamda değerlendirme zamanla zorunlu olacaktır (53).

Günümüz çalışmalarında, anneleri ikinci veya üçüncü üç aylık dönemlerde stresle karşılaşmış kişilerde erişkin dönemde artmış şizofreni riski, psikolojik faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Hayvan modellerinde, doğum öncesi stres birçok beyin sisteminde farklılıklara neden olmaktadır. Şizofrenide epidemiyolojik kanıtlara dayanarak, belirgin maternal stres yaşamış çocukların beyinlerinin birçok sisteminde, davranışlarında değişiklikler beklenmektedir. Şizofrenide durum tam olarak budur. Bu rahatsızlıkta beyin dışı anatomik değişiklikler de bulunmuştur. Örneğin, bir çok şizofreni tanılı bireyde baş ve yüzde dermatoglifler, periferik sinir dallanmalarında ve immünolojik değişkenlerde hafif anormallikler saptanmıştır. Özetle, şizofreninin psikopatolojik anormallikleri psikotik

bulgularla sınırlı değildir; birçok düşünce, duygu ve davranış rahatsızlıklarını da içerir. Sonuç olarak; şizofreni sadece bir psikotik bozukluk değil, içinde psikozun da bulunduğu nörogelişimsel bozukluktur. Birçok beyin işlevinin bozukluğudur ve vücudun birçok bölümünde kendini gösterir (11).

## 2.2.1 Tanı Ve Karşılaştırmalı Sınıflandırma

Şizofreni için onaylanmış bir tanı belirteci olmadığından, bulguların özgün biçimde varlığında, tanı daha çok başka psikotik bozuklukların dışlanması dayanmaktadır. Çağdaş tanı ölçütleri, hatırı sayılır yoğunluktaki hastalık gidişi ve tedaviye yanıt çalışmaları sonucunda geçerlilik kazanmıştır. DSM ve ICD tanı sistemlerinin günümüzdeki versiyonları DSM-IV-TR ve ICD-10'dur. Bu tanı ölçütleri birbirleriyle büyük ölçüde uyumludurlar. DSM IV, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) şizofreni için tanısallık kriterlerini içerir (Tablo 1-2)

### Tablo 1. Şizofrenin Tanı Kriterleri (DSM -IV)

A. Karakteristik Semptomlar : Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden en az ikisinin bulunması:

- (1) hezeyanlar
- (2) hallüsinasyonlar
- (3) dezorganize konuşma (sıklıkla enkoherans veya konu dışı konuşmalar)
- (4) ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
- (5) negatif belirtiler, yani affektif donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolasyon

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da hallüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan konuşmalarsa tanı için bir belirti yeterlidir.

B. Sosyal veya Mesleki İşlev Bozukluğu: İş yaşantısında, kişilerarası ilişkilerde, kendine bakım gibi alanlarda önemli bozulmaların olması.

C. Süre: Aktif bozukluk belirtilerinin en az 6 ay süreyle devam etmesi, ancak iyi tedavi edilmişse bu süre bir ay veya daha az olabilir.

D. Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun Dışlanması: Şizoaffektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1)

aktif evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda majör depresif, manik ya da mikst epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif evre belirtileri sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde Kullanımının / Genel Tıbbi Durumun Dışlanması : Bu bozukluk bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan İlişkisi: Otistik bozukluk ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da hallüsinasyonlar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir.

#### **Tablo 2. Şizofreni Tanı Kriterleri (ICD 10)**

ICD 10 Şizotipal bozukluğu şizofrenik bozukluktan ayırmıştır. Ancak her iki bozukluğunda muhtemelen genetik ilişkisi ileri sürülmektedir. Ayrıca delüzyonel bozukluğun şizofreniden farklı bir hastalık olduğunu, şizofreniyle ilişkisi olmadığını belirtmiştir. ICD 10'a göre şizofreni tanısı için 9 semptom önemlidir.

1. Düşünce yankılanması, sokulması, çekilmesi, yayınlanması
2. Kontrol edilme, etkilenme ve pasivite hezeyanları
3. Hallüsinatuvar sesler
4. Kültürel olarak uygunsuz ve olanaksız süreklilik gösteren hezeyanlar
5. Israrlı hallüsinasyonlar
6. Düşüncede kopukluklar veya düşünce sokulması
7. Katatonik Davranış
8. Sosyal içe çekilme ve zayıf sosyal performansla sonuçlanan negatif belirtiler
9. Tüm davranışlarda değişme

DSM IV' ün aksine ICD 10 tanı için 1'den 4'e kadar olanlardan en az birinin belirgin olduğu veya ikisinin daha az belirgin olduğu veya 5'ten 8'e kadar olan semptomlardan en az ikisinin bir ay veya daha uzun süredir varlığını gerekli kılar. Bir aydan daha kısa süren için benzer durumlar şizofreni benzeri bozukluklar olarak isimlendirilir. Şizofreni tanısı koymak için altı aylık süre ikisinde de geçerlidir (54, 55).

### 2.2.2 Tanısal Alt Tipler

Paranoid Şizofreni: Paranoid şizofreninin en belirgin özelliği bir ya da daha fazla sanrı ve sık işitsel varsanıların varlığıdır. Paranoid kötülük görme anlamına gelse de, paranoid alt tipte sanrı ve varsanıların kötülük görmeyle ilişkili olması gerekmemektedir. İşitsel varsanıların içeriği sıklıkla sanrıların içeriği ile ilişkilidir.

Dezorganize (Hebefrenik) Şizofreni: En önemli özelliği, DSM-IV-TR'de dezorganize davranış, künt ya da uygunsuz duygulanım gerektirse de, düşünce bozukluğunun olmasıdır. Sanrı ve varsanılar varsa sıklıkla bölük pörçüktür. Kötü premorbid işlevsellik, sinsin başlangıç, gidişin sürekliliği ve kötü prognoz bu alt tipin genel özellikleridir.

Katatonik Şizofreni: Kraepelin ve Bleuler günümüz tanı sistemlerinde mevcut olacak şekilde katatoniyi, şizofrenin bir parçası kabul etmişlerdir.

Katatonik alt tip için beş karakteristik bulgudan iki tanesinin bulunması gerekmektedir: immobilite (stupor ya da uzun bir zaman süresince bedeni belirli pozisyonda tutmak olan katelepsi); yoğun amaçsız motor eylemler; negativizm, özgün hareketler (postür alma, tekrar eden eylemler, manyerizm veya grimaslar); ya da ekolali veya ekopraksi.

Ayrışmamış Şizofreni: Şizofreni ölçütlerini karşılayan ancak yukarıda tanımlanmış alt tiplerin birine sokulamayan kategori olarak açıklanmıştır. Tanı diğer alt tiplerin dışlanmasıyla konulabilmektedir.

Rezidüel Şizofreni, ise rezidüel şizofreni geçmişinde en azından bir psikotik dönem yaşamış ve şizofreni tanı ölçütlerini karşılamış, ancak artık psikotik bulguları olmayan hastalar için kullanılır. Negatif bulgular ya da kalıntı bulgular veya her ikisine ait kanıtlar gösterirler. Bu durum kronik olabilir ya da hastalıktan tam iyileşmeye bir geçiş dönemi olabilir.

DSM-IV-TR veya ICD-10'da yer almayan iki diğer alt tip:

Basit Şizofreni: DSM-IV-TR'de yer almazken ICD-10'da vardır. Psikotik bulgular baskın değildir, rezidüel şizofrenide görülebilen sinsin başlangıç, garip davranış ve sosyal işlevsellikte azalma gibi bulgularda yoğunluk vardır.

Defisit Şizofreni: DSM veya ICD-10'da yer almaz. En belirgin özelliği devam eden, baskın idiyomatik veya birincil negatif bulgulardır. Araştırma için bu alt tipin kullanılabilirliği kolay olmasına karşın tedavi düzenlerken onun klinik kullanılabilirliği pek kullanışlı değildir (56).

Ayırıcı Tanıda Dikkat Gerektiren Konular: Anksiyete bozuklukları şizofreni ayırıcı tanısında genellikle problem oluşturmazlar. Bunun tek istisnası, obsesyonların içeriğinin daha sıra dışı, kompulsif tekrarlamaların tuhaf ve bulgulara iç görünün genelden daha sınırlı olduğu obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) ağır formu olabilir. Mental durum muayenesinde obsesyonların varlığını araştırırken, ritüellerin oluş şekli ve anksiyete ortaya çıkaran işlevleri belirlerken özellikle dikkat edilmelidir, özellikle paranoid, şizoid ve şizotipal gibi bazı kişilik bozuklukları, şizofreni bulgularına benzer özellikler gösterebilirler. Ancak tanımda olduğu gibi açık ve net psikotik bulgular yoktur. Alzheimer hastalığı gibi demansiyel bozukluklarda varsanılar ve sanrılar olabilir ve bunlar bilişsel işlevin kaybının sonucu olarak şizofrenideki düşünce bozukluğuna benzer görünüm alabilir. Geç başlangıçlı vakalar da dahil şizofrenide belirgin bellek kaybı olmaz (57).

### **2.2.3 Klinik Özellikler Ve Ölçüm**

Şizofreninin geç ergenlik veya erken erişkin dönemde başladığı sıklıkla söylenmesine karşın, belirgin psikozun bu zamanlarda başladığını söylemek daha doğru olur. Geç ergenlik veya erken erişkin dönemde görülme sıklığında birikim varsa da, hastalığın ilk başlangıç yaşında değişkenlik olduğu bilinmelidir. Bu yaşlardan sonra görülme sıklığında azalma olmasına rağmen, görülme sıklığında yaklaşık yaşamın altmışlı yıllarında başlayan başka bir kümelenme de vardır. Geç başlangıçlı grup nisbeten daha az çalışılmıştır. Hastaların çoğunda, antipsikotik tedaviyle birlikte psikotik bulguların şiddetinde klinik olarak önemli farklılıkları ayırt etmek olasıdır. Ayrıca çoğunda atak dönemleri, depresmeler ve alevlenmeler görülür.

Şizofrenide araştırma yazıları ile ilgilenenlerin, şizofreni psikopatolojisini ölçmek için kullanılan araçları anlamaları gereklidir. Tanı koymak amacıyla kullanılan araçlar olduğu gibi, özellikle bulguların şiddetinin zaman içinde değişimini olmak üzere bulguların şiddetini ölçmek için kullanılan araçlar da vardır (58).

Tüm hayat sürecine bakıldığında, hastalarda iyileşme düzeyleri epeyce değişkendir. Bazı hastalarda ilk dönemden ölüme kadar ciddi psikotik bulgular devam ederken, Bazılarında tam iyileşme ile sonlanan tek dönem olur. Bulgular için tipik gidiş belirgin psikozdan sonraki ilk 5-10 yıl içinde en ağır seyretmesi ve sonraları kademeli iyileşmeler göstermesidir. Ancak, yalnız psikozun iyileşmesi tek iyileşme biçimi değildir, şizofrenide teorik olarak mevcut başka problemlerin iyileşmesi de söz konusudur (59).

**2.2.3.1 Psikotik Bulgular:** Psikotik bulgular, hastaları çok rahatsız edip şizofrenisi olan insanlar ve diğer bireyler arasında büyük bir engel oluşturabilir, işlevselliğin ciddi kaybından doğrudan sorumlu olabilirler.

Varsanılar, duyma, görme, dokunma, koklama ya da tatma gibi duyumların herhangi birinde anormal algılama sonucu oluşur. Şizofrenide, en fazla işitsel varsanılar mevcut olsa da, varsanılar diğer duysal alanlarda da görülmektedir. Görsel varsanılar, koku varsanıları, dokunma varsanıları, tat varsanıları gibi.

Sanrılar, herkesin inandığının aksine ve aleyhine açık kanıtlar bulunmasına karşın değişmeden kalan dış uyaran hakkında doğru olmayan yoruma dayalı yanlış inanıştır. Bu inanç kişinin kültürü ya da alt kültüründeki başka bireyler tarafından kabul edilemez. Şizofrenide birçok çeşit sanrı bulunur. Varsanılarda olduğu gibi, sanrıların özellikleri klinik duruma göre bireysel farklılıklar gösterebilir.

Dezorganizasyon; dezorganize konuşma uzun zamandan beri şizofreni psikopatolojisinin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Sanrı ile birlikte gözlenen anormal, konuşma içeriğinden çok konuşmanın şekillenmesi ya da organizasyonunda bozulmanın olduğu formel düşünce bozukluğu olarak adlandırılan durum, dezorganizasyonun ve dezorganize alt tipin en önemli özelliğidir (60).

**2.2.3.2 Negatif Bulgular:** Şizofreninin negatif bulguları son yıllarda dikkatlerin odağı haline gelmiştir. Klinik uygulamada prensip olarak sıklıkla bulunan negatif bulguları değerlendirmek şarttır. Negatif bulgular sadece işlevsellikte yetersizlikle ilişkili değil aynı zamanda birçok yetersizliğin nedenidir.

Şizofreni için DSM-IV-TR'de A tanı ölçütü içindeki negatif bulgular duygulanımda düzleşme, aloji ve istek kaybıdır. Künt duygulanım, "duygulanımsal dışa vurumun yoğunluğunda anlamlı azalmadır."

Düz duygulanım, duygulanımsal düzleşme ve küntleşmenin uç durumudur.

Künt duygulanımın değerlendirilmesi üç açıdan ele alınmalıdır; yüzsel dışa vurum, mimiklerin ve diğer beden dilinin dışavurumu, ve ayrıca sesin modülasyonu. Yüze ait dışavurumların yoğunluğu ve sıklığı önemlidir. Sesin modülasyonu, hepsinin normal konuşmada sıklıkla değiştiği hız, volüm, konuşma perdesindeki değişimleri içerir.

Negatif Bulguların Geniş Anlamda Betimlemesi: Negatif bulgu terimi büyük karışıklığa yol açmaktadır. Negatif bulgular hakkında yazılanların çoğu istemeden yanıltıcı olmuştur ve şizofreni alanındaki gelişmeleri tıkamıştır. Çoğunluk künt duygulanım ve konuşmada yoksunluğun negatif bulgulardan kaynaklandığını düşünürken, sıklıkla depresyonun varlığını kabul etmeyecektir. Negatif bulguları değerlendirme ölçeği, bu bağlamda araştırmalar için negatif bulguları tanımlayarak büyük kolaylık sağlamıştır. Nihayetinde hekimin düşüncelerini etkileyecek ilaç uygulamalarında kullanılan bu değerlendirme ölçekleri önemlidir (61).

**2.2.3.3 Diğer Bulgular:** Şizofrenik hastalarda psikotik bulgulardan başka birçok nöropsikiyatrik ve tıbbi problemler bulunur. Bu problemler bazen şizofrenide bulunan mortalite ve fiziksel hastalığın artmasına da katkıda bulunurlar. Şizofrenideki diğer problemlerin yaygınlığının hesaplanması epidemiyolojik çalışmalardan ya da klinik örneklemelerden elde edilmiştir. Şizofrenide psikotik bulguların dışındaki bozuklukların çok sık olduğu açıktır; bu nedenle hekimin hastanın bu diğer problemlerden ne yoğunlukta etkilendiğini saptaması şarttır (62).

**2.2.3.4 Özkıyım:** Girişilmiş ve tamamlanmış özkıyım oranları şizofrenide anlamlı olarak yüksektir. Hastaların %20-50'sinin özkıyım girişiminde buldukları ve %10 kadarının eninde sonunda öldüğü bildirilmiştir. Bu değerler genel nüfustaki özkıyım oranlarından yaklaşık 20 kat daha fazladır. Özkıyım ile ilişkili özellikler genç yaş, erkek cinsiyet, bekar olmak, depresif bulgular ve umutsuzluk, ağır seyreden hastalık, sık depresyonlar, yeni hastaneye yatmış olma, iyi iç görü, yüksek bilişsel işlevler, yüksek sosyoekonomik geçmiş, zayıf sosyal işlev ve sosyal destek olmasını içerir (63).

Bilişsel bozulma; şizofreni psikopatolojisini anlamada önemli bir adım, bu bozuklukta bilişsel yetersizliklere önem verilmesidir. Ayaktan hastalarda, bilişsel yetersizlik psikotik bulgulara göre daha iyi bir işlevsellik belirticidir. Şizofreni hastaları tipik olarak dikkat, yüksek işlevler, işler bellek ve dönemlik bellek alanlarında gizli bilişsel anormallikler gösterirler. Hastaların büyük kısmının zekaları normal olmasına rağmen, şizofrenisi olan her hastanın hastalık olmaksızın erişebilecekleri, bozuk bilişsel işlevselliğe sahip olabilmeleri mümkündür. Bu yetersizlikler tanısız araçlar olarak kullanılsa da, hastalığın işlevsellik

sonuçlarıyla güçlü bir şekilde ilişkilidir ve bu yüzden tedavi planlaması dahil prognostik değişkenlerde klinik değeri vardır.

Bilişsel bozulmalar daha hafif biçimlerde şizofreni hastalarının psikotik olmayan akrabalarında da vardır.

Şizofrenideki bilişsel yetersizlikler farmakolojik ve psikososyal tedavilerin amacı olmuştur. Etkin tedaviler birkaç yıl içinde elimizde olabilecek gibi gözükmemektedir, bunlar şizofreni hastalarında yaşam kalitesinde ve işlevsellik düzeyinde gelişmelere yol açacaktır (64, 65).

### **2.3 Komorbidite**

Komorbidite terimi, “ko-” ve “morbidite” sözcüklerinin birleşiminden oluşmaktadır. “Ko-”, ön ektir ve “birlikte, beraber”; “morbidite”, isimdir ve “hastalık, bozukluk” anlamlarındadır. Bu iki sözcüğün birleşmesinden ortaya çıkan “komorbidite” için “birlikte görülen hastalık veya bozukluk” tanımlamasını yapabiliriz. Psikiyatrinin birçok dalında komorbid bozukluklardan söz edilebilir; örneğin, anksiyete bozukluğu ile depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ile hipokondriasis gibi. Ruhsal bozuklukların DSM ve ICD sınıflandırma sistemlerinin tarih içindeki gelişimine baktığımızda yapılan birçok değişikliklerin yüksek komorbidite olasılığından ileri geldiği görülebilir (66).

#### **2.3.1 Depresyon**

Diğer hastalıklarda olduğu gibi şizofrenide de depresyon sorgulanmalıdır. Yaşamlarının herhangi bir döneminde depresyon yaşayan şizofreni hastalarının oranı (yaşam boyu yaygınlık) %80 kadar yüksek hesaplanmıştır, Fakat çoğu hesaplamalar hastaların dörtte bir ile üçte biri arasında yapılmıştır.

Artan bir şekilde, psikiyatri uzmanları major depresif dönem ölçütlerini karşılayan şizofreni hastalarına antidepresan reçete etmektedirler, özkıyım riski nedeniyle hayat kurtarıcı olabilen antidepresanlar şizofrenide sıkça gerekebilir (67).



### 2.3.2 Alkol, Tütün ve Diğer ilaç Kullanımı

İlaç kötüye kullanımı şizofrenide yaygındır. Herhangi bir ilacın yaşam boyu yaygınlığı sıklıkla %50'den fazladır; epidemiyolojik çalışmalarda yaygınlık %40-50' dir. Bütün kötüye kullanılan ilaçlar için kötüye kullanım düşük işlevsellikle ilişkilidir. Sigara içme şizofrenide yaygındır; sıklık %90 olabilmektedir. Bu yaygınlık diğer nöropsikiyatrik bozukluğu olan popülasyondan yüksektir. Popülasyon temelli bir çalışmada, şizofreni hastalarında %63 gibi genel nüfustan yüksek bir yaygınlık saptanmıştır. Sigara içme şizofrenideki yüksek mortaliteye katkıda bulunmaktadır ve bazı antipsikotiklerin kan düzeylerini düşürmektedir. Bir bakıma düşmüş ilaç konsantrasyonu neticesinde hasta daha rahat olabilir (azalmış yan etki nedeniyle), antipsikotik alan hastalarda kendini rahatlatmasına yardımcı olacak diğer yöntemler tercih edilmelidir.

En azından hastaların bir kısmında, sigara içme yaygınlığındaki artışın beyin nikotinik reseptör anormalliğine bağlı olduğu ileri sürülmüştür. Nikotinik reseptörde özgün bir polimorfizm şizofreni için genetik risk olarak değerlendirilmiştir (68). Nikotin verilmesi şizofrenide bazı bilişsel işlevleri geliştirdiği düşünülmektedir. Sigara içmeye alışkın olan hastalarda sigara yoksunluğunun da bilişsel işlevleri azalttığı gözlenmektedir. Hastalar birden fazla yolla kendilerini iyi hissetmek için sigara içme yoluyla nikotin elde etmek için çaba harcayabilirler.

Alkol kötüye kullanımı da şizofrenide ciddi bir problemdir. Bir çalışmada, şizofreni hastalarında bir yıl önceki yaygınlığı %17 iken, yaşam boyu alkol yaygınlığı %40 hesaplanmış; genel nüfusta bu yaygınlıklar sırasıyla %10 ve %34'tür. Alkol kötüye kullanımı hastaneye yatırılma riskini arttırdığı, psikotik bulguları artırabildiği için önemlidir (69).

### 2.3.3 Kannabis ve İlaç Kötüye Kullanımı

Popülasyon temelli çalışmalar şizofreni hastalarında ilaç kötüye kullanımında da artmış yaygınlık olduğunu yazmışlardır. Bir çalışmada, şizofreni hastalarının %16'sında yaşam süresince alkol dışı madde kötüye kullanım öyküsü bildirilmiştir. Şizofrenide beyin kannabinoid reseptörlerinde kanabis kullanımına bağlı olmayan anormallikler de bulunabilir.

Amfetamin, kokain ve benzeri ilaç kullanımı psikotik bulguları artırma kabiliyetleri nedeniyle ilgi kazanmaktadır (70).

### 2.3.4 Motor Anormallikler

Açık, gözlenebilir olduklarından, anormal hareketler de şizofreni psikopatolojisinin bir parçası olarak kabul edilebilir. Şizofrenide öteki hastalıklardan daha yüksek spontan hareket yaygınlığı olduğu kanıtlanmıştır; yaşa göre spontan diskinetik hareket yaygınlığı ilk dönem hastalarında %4, 30 yaşından küçük ve birkaç yıldır hasta olanlarda %12, yaşları 30-50 arasında olanlarda %25, 60 yaş ve daha yukarı olanlarda %40 bulunmuştur.

Diğer ipuçları bazı hastalar için, anormal hareketlerin şizofreni hastalık sürecinin bir parçası olduğunu düşündürmektedir (71).

### 2.3.5 Somatik Eştanı

Şizofreni olan insanlar genel popülasyona göre daha kötü genel sağlık durumuna sahiptir; azalmış sosyal işlevle ve tıbbi bakıma erişimde kötüleşmeyle birlikte aşağıya doğru giden sosyoekonomik durumla mücadele ederler; tütün kullanımını da içeren eştanılı madde kötüye kullanımı; şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri; bilişsel işlevde bozulma; ve sağlığa doğrudan etkisi olabilecek polidipsi gibi komorbid nöropsikiyatrik bozukluklar etkenlerden bazılarıdır. İlginç olarak şizofreni olan bireyler iyi bilinen azalmış romatoid artrit riskine sahiptir ve alerjiler için de düşük riske sahip olabilirler. Bu negatif ilişkiler şizofrenide saptanmış hafif immünolojik değişikliklerle ilişkili olabilir (72).

**2.3.5.1 Obezite:** Şizofreni olan bireyler, genel popülasyonla karşılaştırıldıklarında daha yüksek beden kitle indeksiyle birlikte, daha obez gözükümlerler. Bu durum dengesiz, kötü beslenme ve azalmış motor aktivite kadar, antipsikotik tedaviye de bağlıdır. Sonuçta, kardiyovasküler mortalite ve morbidite riskinde, diyabet riskinde, hiperlipidemi ve obstruktif uyku apnesi gibi durumların riskinde artışa katkıda bulunur (73).

**2.3.5.2 Diabetes Mellitus:** Şizofreni tip 2 diyabet mellitus (DM) riskinde artışla ilişkilidir. Bu kısmen, obeziteyle ilişkisindedir, ancak bazı antipsikotiklerin doğrudan tip 2 diyabete neden olduklarına dair kanıt vardır. Bazı çalışmalar şizofreninin diyabetle ilişkili

olduğunu öne sürmüşlerdir; bu nedenle şizofrenideki çok geniş gelişimsel problemler metabolik anormallikleri de içermektedir (74).

**2.3.5.3 Kardiyovasküler Hastalık:** Birçok antipsikotik ilacın kardiyak etkileri vardır. Ayrıca, obezite, artmış sigara içme durumu, tip 2 diyabet, hiperlipidemi ve sedanter yaşam biçiminin hepsi bağımsız olarak kardiyovasküler morbidite ve mortalite riskini artırır (75).

**2.3.5.4 HIV:** Şizofreni olan insanlar genel popülasyondan 1.5-2 kat daha yüksek, insan immün yetmezlik (HIV) virüsü ile enfekte olma riskine sahip gözükümler. Bu durumun korunmasız seks, çoklu eş ve artmış ilaç kullanımı gibi riskli davranışlara bağlı olduğu düşünülmüştür (76).

**2.3.5.5 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı oranı genel popülasyona oranla şizofrenide artmış olarak bildirilmiştir. Bu probleme en açık katkı artmış sigara içme yaygınlığıdır ve olasılıkla de tek nedendir (77).

**2.3.5.6 Romatoid Artrit:** Şizofreni olan bireyler genel popülasyondakinden 1/3 oranında daha düşük romatoid artrit riskine sahiptirler. Bu ters ilişki bir kaç kez gösterilmiştir (78). Romatoid artrit HLA-DR-4 ile ilişkilidir. HLA-DR-4'ün şizofrenlerde normal popülasyona göre yarı yarıya az olarak bulunmuştur (79).

## **2.4. Yaşam Kalitesi**

Yaşam Kalitesinin bilimsel literatürde bir sonuç haline gelmesi 1970'lerde gerçekleşmiş ve 1977 yılında Index Medicus'ta bir başlık haline gelmiştir. 1980'lerde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi terimi benimsenmeye başlamıştır (80).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SİYAK) yaklaşımı, hastayı bütüncül olarak ele alma ve fiziksel, mental ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişimi olarak ortaya çıkmıştır (80).

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYAK) bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu nedenle bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır. Bir görüşe göre Yaşam Kalitesi ve SİYAK birbirinden ayrı olarak incelenmeliyken diğer bir görüşe göre aslında yaşam kalitesinin tüm boyutları SİYAK'ni de belirler ve bunları birbirlerinden

ayırmak neredeyse imkansızdır. Gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilirken bunları SİYAK'den ayrı düşünmek yanlış olabilir, çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir (81).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (82, 83).

1946'da Dünya Sağlık Örgütü sağlığın tanımını "Sağlık, sadece hastalığın ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir" olarak genişletmiştir. Bu tanım, geleneksel hasta yaklaşımına daha geniş bir boyut kazandırmıştır. Bu çerçevede toplum sağlığının ölçümünde bu güne kadar kullanılan geleneksel morbidite ve mortalite yaklaşımı ve beklenen yaşam süresinin artık "sağlıklılığın" değerlendirilmesinde yeterli olmadığı, sağlık hizmeti ile ilgili girişimlerin değerlendirilmesinde yaşam kalitesinin ölçülmesinin zorunlu olduğu görüşü ileri sürülmüştür (84-86).

Tıbbın yalnızca patolojik bozuklukları hastalık olarak tanınması, sorunun bireysel düzeyde tanımlanmasını kısıtlamaktadır. Tıbbın hasta olarak tanımlamadığı bir kişi de kendini rahatsız hissedebilir. Sağlık durumunun ölçümü bu iki kavramı da hesablmalıdır. Son zamanlarda düşünülen konulardan biri de sağlık konusunda doktorun incelediği kişi hakkında vardığı yargı kadar kişinin kendini nasıl hissettiği üzerinedir. Bu durum sürece iki yönlü bir bakışı gerektirmektedir. Bu bakış açısından negatif ucunda hastalık davranışının, pozitif ucunda iyilik halinin ve daha geniş bir yaklaşımla yaşam kalitesinin değerlendirilmesi yer alır (87).

Yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri kapsayarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, ruh sağlığı, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir kavramdır. Bu, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır (83, 88). Yaşam kalitesinin tanımı konusunda farklı yorumlar vardır. Ancak hayatın birçok boyutunu içermesi gerektiği konusunda fikir birliği oluşmuştur. Yaşam kalitesi fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali olarak da tanımlanmaktadır (89).

Yaşam kalitesi subjektif bir kavram olup, tanımlanması ve ölçülmesi güçtür. Çoğu kronik hastalıkta belirgin olmayan semptomlar nedeniyle, verilen tedaviler etkisini ancak uzun süreli sağkalımda istatistiksel olarak anlamlı düzelmeye gösterir (86).

Bir çok yazar tarafından varılan ortak kanı, ortalama yaşam süresindeki artışa ek olarak sağlık bakım politikalarında kronik, sakat bırakan ve stres yaratan hastalıkların önem kazanması ve toplumun daha büyük kesiminin bu hastalıklardan şikayet eder hale gelmesi sonucu insanların “yaşam kalitesine” daha çok önem verilmesi gündeme gelmiştir (90).

Yaşam kalitesinin boyutları şu şekilde sıralanır:

- Fiziksel hareketlilik
- Acı ve stresten yoksun olma
- Kendi kendine bakabilme kapasitesi
- Normal sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeterliliği (91).

Bugün dünyada kullanılmakta olan ve daha çok batılı toplumlarda geçerlilik ve güvenilirliklerini kanıtlanmış olan genel amaçlı veya hastalığa özel olarak geliştirilmiş çok sayıda anket vardır. Bunlar; fonksiyonel beceriyi, psikososyal iyilik halini, sosyal desteği, yaşamdan memnuniyeti ve moral durumunu ölçen anketler olarak sınıflanabilir (90).

Sonuçta sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ilk olarak altta yatan hastalığın bir dizi içinde bütüncül olarak değerlendirilmesini amaçlar: bozukluk, yetersizlik ve subjektif iyilik hali. İkinci olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kronik bozukluklarda bir tedavi sonucu olarak iyilik durumunun değerlendirilmesidir (80).

Şu anda kullanılan yaşam kalitesi değerlendirme araçları iki ana yaklaşımdan yola çıkmıştır. Birinci yaklaşım fiziksel ve mental fonksiyonları tanımlar, sağlık durumunun karakteristiklerini iki kişinin gördüğü tabloyu anlatmaları gibi anlatır. Bu fonksiyonel değerlendirmeler yaygın olarak kullanılmıştır, üzerinde yoğun çalışılmıştır ve dikkatlice değerlendirilmiştir. İkinci yaklaşım, bir kişinin belirli bir sağlık durumunun kişiyi nasıl kaygılandırıldığını değerlendirir. Bunlar yaşam kalitesinde faydaya dayalı değerlendirmeler olarak adlandırılır, insanların bir sağlık durumunu nasıl tecrübe ettiklerini ve daha önemlisi nasıl değerlendirdiklerini gösterir (92).

#### **2.4.1. WHOQOL- BREF-TR (Dünya Sağlık örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, Türkçe)**

Ölçeğin özellikleri: Orijinal ölçekteki genel bölümden iki, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir. Uzun ölçeğin aksine 4 alandan oluşmuştur. Bu 4 alan şunlardır; fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre. Bu ölçeğin de toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır (93).

Ölçtüğü nitelik: Bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel iyilik hali.

Ölçek türü: Genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi.

Uygulanacak grup: Yaşlı olmayan yetişkinler.

Uygulama: Özgün sağlık sorunlarının yaşam kalitesine etkisini değerlendirmeyi amaçlayan çalışmalarda hastalığa özel ölçeğin yanında kullanılması özellikle önerilir. Dünya Sağlık Örgütünün WHOQOL grubu tarafından belirlenen yönerge çerçevesinde WHOQOL Türkiye Grubu tarafından başlatılan çalışmanın başlıca gerekçeleri şunlardır:

1. Türk dilinin ve kültürünün, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini uluslararası düzeyde standardize edecek olan bu değerlendirme aracının içinde yer alabilmesi ve ülkemizdeki sağlık girişimlerinin doğuracağı yaşam kalitesi ile ilgili sonuçların diğer ülkelerle karşılaştırılabilir kılınması,

2. Türkiye'deki klinik tıp uygulamalarında, hekimlerin, hastalarının, hastalıktan en çok etkilendikleri konular hakkında karar vererek tedaviyi yönlendirebilmeleri ve gerektiğinde tedavi protokolünde değişiklikler yapabilmelerine yardımcı olacak bir araca gereksinim olduğu düşüncesi,

3. Hekimlerin uyguladıkları girişimlerin, hastalarının yaşam kalitelerini ne yönde etkilediğini görmelerine olanak tanıyacak bu araç yoluyla hasta-hekim ilişkilerine yeni bir yaklaşım fırsatı sağlamak,

4. Yeni politikaların planlanmasına yol açacak bir değerlendirme aracını hekimlerin kullanımına sunmak. Batıda sağlık alanındaki gelişim süreçlerinin temelinde başından beri ekonomik kaygılar yatmaktadır. Hastalık maliyetleri açısından beklenen katkı, doğrudan ve dolaylı maliyetlerin düşürülmesidir. Uygun girişimlerin seçilmesi ile hastanede yatış sürelerinin ve tedavi maliyetlerinin düşürülmesi doğrudan maliyetlerin, hastaların ve hasta yakınlarının üretkenliğinin artırılması, iş gücüne kazandırılması ise dolaylı maliyetlerin azaltılması anlamına gelir (94).

Türkiye uygulamalarında WHOQOL'ın, sağaltımın nesnel ölçülebilir sonuçlarından çok sağaltımın başarısı ile ilgili hastanın öznel algısına karşı çok duyarlı olduğu hakkında bulgular vardır.

WHOQOL-Bref Alan Puanları Hesaplaması 0-100 Arası

Compute fiz-100=(fiz\_20-4)\* (100/16).

Compute psik-100=(psik\_20-4)\* (100/16).

Compute sos-100=(sos\_20-4)\* (100/16).

Compute cev-100=(cev\_20-4)\* (100/16).

Compute cvtr-100=(cvtr\_20-4)\* (100/16).

Yorumlama: ölçeğin toplam puanı yoktur. Alan ve bölümler amaca uygun olarak bağımsız olarak da kullanılabilirler(93).

Ölçek tipi Likerttir ve ucu kapalı sorulardan oluşur. Ölçeği hastanın kendisi doldurur (94).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma örneklemindeki hastalar; 2004-2006 yılları arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nin şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar polikliniğine kayıtlı tüm hastalardan şu kriterleri karşılayanlardan oluşmaktadır:

- 1) DSM-IV'e göre şizofreni tanısı alan
- 2) En az 18 yaşında olan
- 3) Çalışmaya katılmak için yazılı onay alınan

Şizofreni teşhisi takip eden görüşmelerde çalışmanın yöneticisi ve aynı zamanda bölüm başkanı olan doçent doktorumuzca teyit edilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçekler çalışmayı yürüten psikiyatri asistan doktoru tarafından poliklinikte uygulanmıştır.

#### **Çalışmadan dışlama kriterleri:**

- 1) Epilepsi öyküsü, kafa travmasına bağlı bilinç kaybı ve diğer nörolojik bozuklukların varlığı;
- 2) Çalışmada kullanılacak ölçekleri anlayacak ve doldurabilecek zeka ve bilgi düzeyine sahip olmayan;
- 3) Çalışmaya katılmak istemeyen;
- 4) Herhangi bir nedenle bağlantı kurulamayanlar.

Psikoz polikliniğimize kayıtlı 124 hastadan 82'si (19'u kadın, 63'ü erkek), yaşları 18-67 arasında olan, çalışmaya dahil olma kriterlerini karşıladı. Bizim bu örneklemimizde 58 hasta (tüm örneklemin 71'i%) yataklı bir klinikten taburcu olmuştu, 24 hasta ise (tüm örneklemin 29'u%) sadece ayaktan tedavi alıyordu.

Kayıtlı 124 hastadan, 13'ü diğer psikotik bozukluklar tanısı almış olma, 1'i nöbet öyküsü varlığı, 2'si mental retardasyon varlığı, 3'ü çalışmaya katılmak istememe ve 23'ü herhangi bir nedenle bağlantı kurulamadığından çalışmaya alınmadı.

Çalışmaya alınan hastaların klinik özellikleri ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla sosyodemografik veri formu, SCID-I-CV anksiyete bozuklukları modülü (95, 96), dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği-kısa formu (WHOQOL-BREF-TR) (87), pozitif ve



negatif sendrom ölçeği (PANSS) (97, 98), hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği (HARS) (99) ve global işlevsellik değerlendirme ölçeği (GAF) (55) kullanıldı.

Tüm hastalar ve hastaya eşlik eden birinci derece yakını, çalışmaya dahil edilmeden önce, çalışma hakkında detaylı bir şekilde çalışmayı yürüten psikiyatri asistan doktoru tarafından bilgilendirildi ve yazılı onamları alındı.

### **Çalışmaya alınan hastalar iki gruba ayrıldı:**

1) Komorbid anksiyeye bozukluğu olan; yaşam boyu en az 1 anksiyeye bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan şizofreni hastaları

2) Komorbid anksiyeye bozukluğu olmayan; yaşam boyu hiçbir anksiyeye bozukluğu tanı kriterini karşılamayan şizofreni hastaları

Çalışma protokolü 28.12.2006 tarihinde toplanan fakültemiz etik kurulunun 08 nolu oturumunda, 06 sayılı kararı ile etik kurul onayı almıştır.

İstatistiksel analiz için SPSS 11.5 versiyonu kullanıldı. Gruplar arası farklılıklar normal ve normal olmayan dağılıma sahip sürekli değişkenler için sırasıyla t-testi ve Mann-Whitney U-testi; kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı.

## **3.1 Ölçekler**

**3.1.1. Sosyodemografik Veri Formu:** Bu formda hastaların adı-soyadı, adresi, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim yılı, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara kullanımı, alkol-madde kötüye kullanımı, birinci dereceden akrabalarında şizofreni öyküsü, birinci dereceden akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın başlangıç şekli, önceki yatış sayısı, intihar düşüncesi varlığı, intihar girişimleri sayısı, yatarken ve ayaktan aldıkları medikal tedaviler, EKT öyküsü gibi bilgiler bulunmaktadır. Bu bilgiler hastanın kendisiyle ve ulaşılabildiyse birinci dereceden akrabalarıyla yapılan görüşmelerden elde edilmiştir.

**3.1.2. DSM-IV I. Eksen Anksiyete Bozuklukları Modülü Klinik Versiyonu Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi:** Yaşam boyu anksiyete bozukluğu tanısı araştırırken kullanıldı. Hastalara görüşme sırasında SCID-I uygulandı. Yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu tanısı alanlar 'komorbid anksiyete bozukluğu olanlar' grubuna, hiçbir anksiyete

bozukluğu tanısı olmayanlar 'komorbid anksiyete bozukluğu olmayanlar' grubuna dahil edildi (95-96).

**3.1.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Türkçe (WHOQOL- BREF-TR):** Bu ölçek Dünya Sağlık Örgütü(WHO) tarafından geliştirilmiştir (88). Türkçe geçerliği ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu ölçek WHOQOL-100'den 26 soru 4 bölüm alınarak oluşturulmuştur. Bu 4 bölüm şunlardır; fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre.

**Fiziksel sağlık bölümü;**

Ağrı ve rahatsızlık

Canlılık ve bitkinlik

Uyku ve dinlenme

**Psikolojik sağlık bölümü;**

Olumlu duygular

Düşünme, öğrenme

Benlik saygısı

Beden imgesi

Olumsuz duygular

**Sosyal ilişkiler bölümü;**

Diğer kişilerle ilişkiler

Sosyal destek

Cinsel yaşam

**Çevre bölümü;**

Fiziksel güvenlik

Ev ortamı

Maddi kaynaklar

Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım: Ulaşılabilirlik

Yeni bilgi/beceri edinme

Dinlenme boş zaman

Fiziksel çevre

Ulaşım

Ölçek tipi Likerttir ve ucu kapalı sorulardan oluşur. Ölçeği bireyin kendisi doldurur. Bireysel subjektivite önemi vurgulanmıştır (87).

Bu ölçek klinik semptomların ve hastalığın fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevre üzerine etkilerini değerlendirir. Cevaplar hastanın tecrübelerinin sıklığı-şiddetini ve bu olaylardaki yaygınlığını yansıtır. Fiziksel sağlık soruları; günlük aktivite, ağrı, uyku, enerji, tedaviye uyumla ilgilidir. Psikolojik sağlık soruları; pozitif ve negatif duyguları, kendine güveni, beden algısını, dış görünüşü hakkındaki fikirlerini, dikkat düzeyini, kişisel inançları ile ilgilidir. Sosyal ilişkiler başlığındaki sorular; bireysel ilişki, sosyal destek ve seksüel aktiviteyle ilgilidir. Çevre başlığındaki sorular; fiziksel koşulları, güvenliği, ekonomik kaynakları, sağlık güvencesini, sosyal hizmetlerini, ulaşım koşullarını, yeni bilgi ve haberlere ulaşabilme becerilerini kapsamaktadır (87).

**3.1.4. Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası(PANSS):** Bu ölçekte 30 konu 3 alt birimde sınıflandırılmıştır. Bunlar sırayla;

Sanrılar, düşünce dağınıklığı, varsanılar, taşkınlık, büyüklük duyguları, şüphecilik, düşmanca tutum gibi pozitif belirtiler, duygulanımda küntleşme, duygusal iççekilme, ilişki kurmada güçlük, kayıtsız biçimde kendini toplumdandan çekme, soyut düşünme güçlüğü, konuşmasının akıcı olmasının kaybı, stereotipik düşünme gibi negatif belirtiler, ve bedensel kaygı, anksiyete, suçluluk duyguları, gerginlik, manyerizm ve vücut duruşu, depresyon, motor yavaşlama, işbirliği kuramama, olağandışı düşünce içeriği, yönelim bozukluğu, dikkat azalması, yargılama ve içgörü eksikliği, irade bozukluğu, dürtü kontrolsüzlüğü, zihinsel aşırı uğraşı, aktif biçimde sosyal kaçınma gibi genel psikolojik belirtilerden oluşmaktadır.

PANSS likert tipi skala kullanarak bulunan yüksek skor; hastadaki bozukluğun miktarını kabaca gösterir (97, 98).

**3.1.5. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HARS):** Hastaların anksiyete düzeyini göstermek için kullanıldı. Ölçek 14 maddeden oluşur;

Anksiyeteli mizaç

Gerilim

Korkular

Uykusuzluk

Entelektüel

Depresif mizaç  
Somatik  
Kardiyovasküler belirtiler  
Solunum sistemi belirtileri  
Gastrointestinal belirtiler  
Genitoüriner belirtiler  
Otonomik belirtiler  
Görüşme sırasındaki davranış

Ölçekte sorgulanan bazı belirtiler ilaç yan etkilerine bağlı ortaya çıkabilir. Bu belirtilerin ilaç yan etkisi mi, yoksa anksiyete belirtisi mi olduğu ayırt edilmesinin önemi vurgulanmaktadır (99). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Yazıcı MK. ve ark. tarafından 1998’de yapılmıştır (93).

**3.1.6. Global İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (GAF):** hastaların psikososyal fonksiyonlarını değerlendirmek için uygulandı. Bu toplumsal ve mesleki işlevselliği mükemmel işlevsellikten büyük oranda bozulmuş işlevselliğe kadar bir bütünlükte kabul eder, işlevsellikte fiziksel sınırlılıklara bağlı bozulmalar kadar mental bozukluklara bağlı olanları da ele alır. Bozulma mental ve fiziksel sağlık sorunlarının doğrudan bir sonucu olmalıdır; fırsat eksikliği ve diğer çevresel sınırlılıkların etkileri göz önüne alınmalıdır (55).

### **3.2 İstatiksel Analizler**

Sosyal bilimler istatistik paketi olan SPSS 11.5 tüm analizlerde kullanıldı. Niceliksel verinin normalitesi Kolmogorov-Smirnov 1 örnek testi ile kontrol edildi. İki grup arasındaki farklılıklar için t-testi ve Mann-Whitney U testi, normal-normal olmayan sürekli-kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı. Yaşam kalitesi skalası skorları arasındaki ilişki ve klinik oran skorları Pearson korelasyon testi ile değerlendirildi. İki yönlü anlamlı değer 0.5 olarak bulundu.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik özellikler

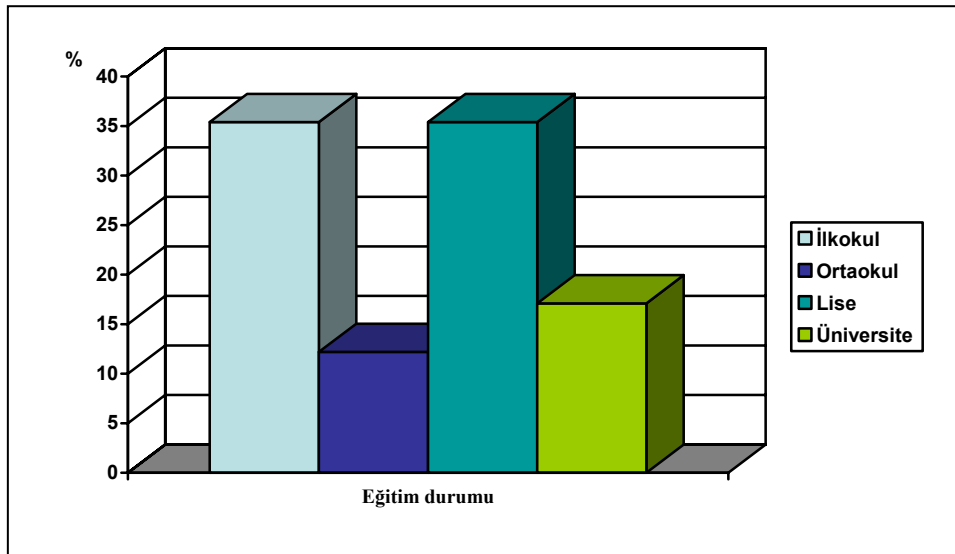
Çalışmaya alınan 82 şizofreni hastanın demografik özellikleri tablo 3' te verilmiştir.

**Tablo 3. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n= 82)**

Değişkenler	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	19	23.2
Erkek	63	76.8
<b>Medeni Hal</b>		
Evli	30	36.6
Bekar / Dul / Boşanmış	52	63.4
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışan	14	17.1
Çalışmayan	68	82.9
<b>Gelir Durumları</b>		
Alt Düzey	35	42.7
Orta Düzey	47	57.3

Hastaların yaş ortalamaları  $33.6 \pm 10$  yıl olup çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların büyük kısmı (%63.4) bekar, dul veya boşanmıştı. Çalışmaya alınan şizofreni hastalarının çoğu (% 82.9) herhangi bir işte çalışmıyordu. Hastalar alt ve orta gelir düzeyine sahipti. Çalışmaya alınan 82 şizofreni hastanın eğitim durumu grafik 1' de gösterilmiştir. Hastaların çoğu en azından orta derecede eğitim almıştı.

**Grafik 1. Hastaların eğitim durumları**



## 4.2. Klinik özellikler

Örneklemedeki hastaların 46'sı paranoid, 1'i dezorganize, 8'i farklılaşmamış, 27'si rezidüel tip şizofreni tanısı aldı. İstatistiksel değerlendirme yapabilmek için ilk iki tip hastalar (paranoid ve dezorganize şizofreni tanısı olanlar) 'pozitif belirti ağırlıklı' ve son iki tip hastalar (rezidüel ve farklılaşmamış şizofreni tanısı olanlar) 'negatif belirti ağırlıklı' olmak üzere iki gruba ayrıldı. Çalışmaya alınan hastaların klinik özellikleri tablo 5' te gösterilmiştir. Hastaların yaklaşık 1/3' ü hastaneye hiç yatmazken, yaklaşık yarısı 4 defa ve üzerinde yatmıştır. Hastaların yarıdan fazlası sigara kullanıyordu. Hastaların %61' inin birinci derece akrabalarında şizofreni öyküsü yokken; ailede psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Hastalığın başlangıç yaşı ortalama 21.5±4.9 yıl olup, hastalığın başlangıç şekli genellikle sinsi olmaktaydı. Yaklaşık %84 hastada intihar girişimi düşüncesi olmamasına rağmen, 1/3' ünde intihar girişimi öyküsü mevcuttu. Hastaların %15' i çalışma yapıldığı sırada intihar düşüncesine sahipti. Tüm hastalar antipsikotik tedavi almaktaydı. Hastaların %72' si atipik antipsikotik, %18,3' ü anksiyolitik ilaç kullanmaktaydı. Tüm hastaların yaklaşık 1/3' ünde EKT öyküsü mevcuttu.

**Tablo 4. Çalışmaya Alınan Olguların Klinik Özellikleri (n= 82)**

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Hastaneye Yatış sayısı</b>		
Yatmayan	24	29.3
1-3 defa yatan	23	28.0
4 defa ve üzeri yatan	35	42.7
<b>Sigara</b>		
Kullanıyor	54	65.9
Kullanmıyor	28	34.1
<b>Akrabasında Şizofreni Öyküsü</b>		
Var	32	39.0
Yok	50	61.0
<b>Akrabasında Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>		
Var	50	61
Yok	32	39
<b>Hastalığın Başlangıç Şekli</b>		
Akut	35	42.7
Sinsi – İçe Kapanma İle	47	57.3

<b>İntihar Düşüncesi Durumu</b>		
Var	13	15.9
Yok	69	84.1
<b>İntihar Girişimi Öyküsü</b>		
Var	26	31.7
Yok	56	68.3
<b>Kullanılan ilaçlar</b>		
Tipik Antipsikotik	23	28.0
Atipik Antipsikotik	59	72.0
<b>Anksiyolitik Kullanma Öyküsü</b>		
Var	15	18.3
Yok	67	81.7
<b>EKT Öyküsü</b>		
Var	19	23.2
Yok	63	76.8

#### **Anksiyete Bozukluğu Komorbiditesi:**

Çalışmaya alınan 82 şizofreni hastanın, 55' i (%67.1) yaşam boyu en az 1 komorbid anksiyete bozukluğu tanısı almıştı. Komorbid anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan hasta grubunun yaş ve eğitim yılları ortalamaları, cinsiyete göre dağılımları tablo 4'de gösterilmiştir.

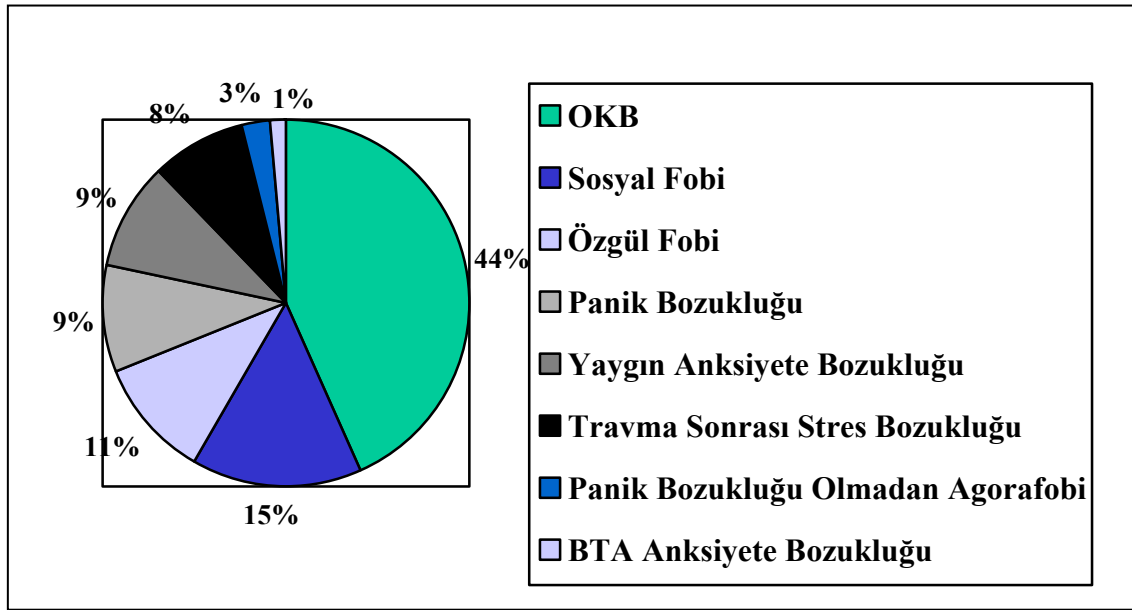
**Table 5. Komorbid anksiyete bozukluğu olan ve olmayan şizofreni hastaları: yaş ve eğitim yılları ortalamaları, cinsiyete göre dağılımları**

	Komorbid anksiyete bozuklukları (n=55)	Komorbid anksiyete bozuklukları (n=27)	U <sup>a</sup> / t / $\chi^2$	p
Yaş ( $\pm$ SD) [yıl]	31.8 $\pm$ 8.9	37.1 $\pm$ 11.4	-2.28	0.02
Eğitim ( $\pm$ SD) [yıl]	7.9 $\pm$ 4.0	9.2 $\pm$ 4.3	-1.38	NS
Cinsiyet			0.02	NS
Erkek	76.4%	77.8%		
Kadın	23.6%	22.2%		

Komorbid anksiyete bozukluğu tanısı alan hastaların 37' si (tüm hastaların %45.1' i, komorbid anksiyete bozukluğu olanların %67.2' si) sadece 1 komorbid anksiyete bozukluğu tanısı alırken, 18' i (tüm hastaların %21.9'u, komorbid anksiyete bozukluğu olanların %32.7' si) 2 adet komorbid anksiyete bozukluğu tanısı ve 1 hasta da (tüm hastaların %1.2'si, komorbid anksiyete bozukluğu olanların %1,8'i) 3 adet komorbid anksiyete bozukluğu tanısı aldı. Ortalama yaş komorbid anksiyete bozukluğu olan grupta anlamlı olarak daha düşüktü ( $t = -2.28$ ,  $df = 80$ ,  $p = 0.02$ ).

Komorbid anksiyete bozukluğu olarak en sık konulan tanılar grafik 2’ de gösterilmiştir. En sık görülen komorbid anksiyete bozuklukları obsesif-kompulsif bozukluk (OKB, %39.0) ve ardından sosyal fobi (%13.4) idi. Diğer tanılar sıklık sırasına göre özgül fobi (%9.7), panik bozukluğu (%8.5), yaygın anksiyete bozukluğu (%8.5), travma sonrası stres bozukluğu (%7.3), panik bozukluğu olmadan agorafobi (%2.4) ve başka türlü adlandırılmayan (BTA) anksiyete bozukluğu (%1.2) şeklinde sıralanmaktaydı.

**Grafik 2. Hastalarda görülen komorbid anksiyete bozukluğu dağılımı**



Komorbid anksiyete bozukluğu olan ve olmayan grubun klinik özellikleri Tablo 6’da gösterilmiştir. Ortalama hastalık süresi komorbid anksiyete bozukluğu olan grupta anlamlı olarak daha düşüktü ( $p = 0.01$ ). Komorbid anksiyete bozukluğu olan grupta ‘pozitif belirti ağırlıklı’ şizofreni tipleri daha sıklıkla ( $p = 0.03$ ). Atipik antipsikotikler komorbid anksiyete bozukluğu olan grupta anlamlı olarak daha yaygın kullanılmaktaydı ( $p = 0.008$ ).

İki grup arasında ortalama hastalık başlangıç yaşı, ortalama hastaneye yatış sayısı, PANSS pozitif ve negatif puanları, PANSS genel duygusal rahatsızlık puanı, PANSS toplam puanı, hastalığın başlangıç şekli, intihar girişim öyküsü, anksiyolitik ilaç kullanma öyküsü ve EKT uygulanma öyküsü açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.



**Tablo 6. Komorbid anksiyete bozukluğu olan ve olmayan şizofreni hastaları: klinik özellikleri**

	Komorbid anksiyete bozuklukları (n=55)	Komorbid anksiyete bozuklukları (n=27)	U <sup>a</sup> /t / $\chi^2$	p
Başlangıç yaşı (±SD) [yıl]	21.5 ± 4.6	21.5 ± 5.7	0.02	NS
Hastalığın süresi (±SD) [yıl]	10.2 ± 8.4	15.5 ± 10.5	-2.51	0.01
Hastane yatış sayısı (±SD)	2.6 ± 2.6	2.6 ± 2.0	-0.52	NS
PANNS pozitif skor (±SD)	13.1 ± 4.0	12.0 ± 5.0	1.15	NS
PANNS negatif skor (±SD)	18.4 ± 5.3	20.0 ± 5.7	-1.17	NS
PANNS genel duygusal rahatsızlık skoru (±SD)	26.8 ± 3.9	26.9 ± 4.3	-1.11	NS
PANNS toplam skor (±SD)	58.6 ± 9.7	58.9 ± 9.9	-0.10	NS
HARS skor (±SD)	6.3 ± 3.3	5.3 ± 2.7	-1.13	NS
GAF skor (±SD)	60.7 ± 5.7	60.7 ± 8.7	-0.64	NS
Şizofreni alttipi			4.52	0.03
Pozitif belirti ağırlıklı	78.2%	51.9%		
Negatif belirti ağırlıklı	21.8%	48.1%		
Başlangıç şekli			1.82	NS
Akut	49.1%	29.6%		
Sinsi	50.9%	70.4%		
Suisid girişim öyküsü			0.52	NS
Evet	29.1%	37.0%		
Hayır	70.9%	63.0%		
Atipik ilaç kullanmış mı?			6.93	0.008
Evet	80%	48.1%		
Hayır	20%	51.9%		
Anksiyolitik ilaç kullanmış mı?			2.20	NS
Evet	41.1%	59.3%		
Hayır	58.2%	40.7%		
EKT uygulanmış mı?			0.02	NS
Evet	23.6%	22.2%		
Hayır	76.4%	77.8%		

<sup>a</sup> Mann-Whitney testi; Standart deviasyon; NS = Anlamlı değil;

PANSS = Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği; HARS = Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği; GAF = Global İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği; EKT = Elektrokonvulsif tedavi.

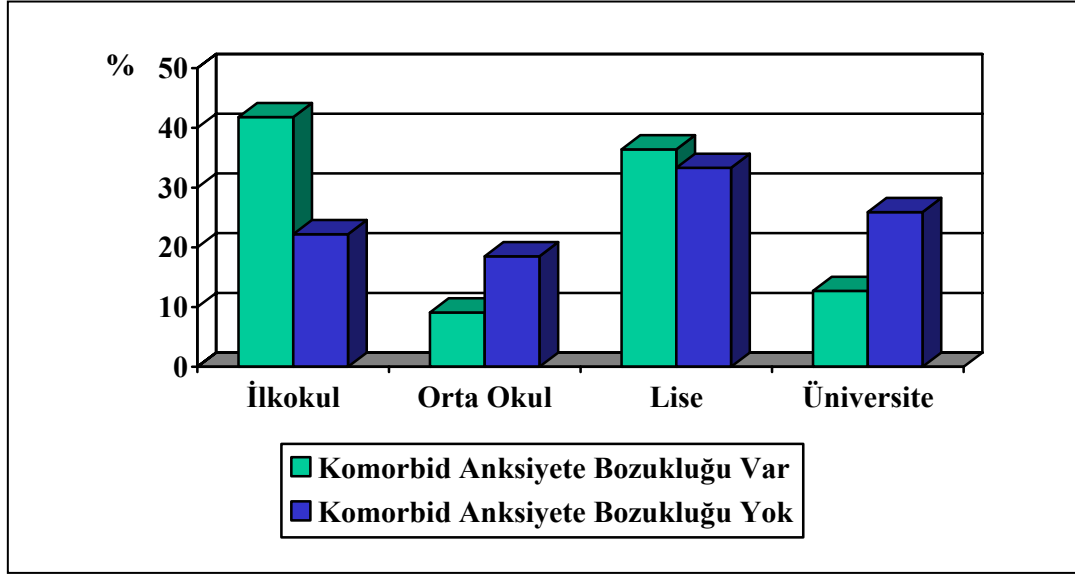
Hastaların önemli değişkenlere göre komborbidite dağılımı Tablo 7’de özetlenmiştir. Komorbidite olan ve olmayan grupta medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara kullanımı, ailede şizofreni veya başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı yönünden anlamlı bir fark bulunmadı. Komorbid anksiyete bozukluğu olan grubun 45’ inin (%81.8)

atipik antipsikotik ilaç kullanırken, 10' u (%18.2) tipik antipsikotik ilaç kullanıyordu. Komorbid anksiyete bozukluğu olmayan grubun 14' ü (%51.9) atipik antipsikotik ilaç kullanırken, 13' ü (%48.1) tipik antipsikotik ilaç kullanıyordu. Komorbid anksiyete olan ve olmayan grupta eğitim düzeyleri yönünden de anlamlı fark izlenmedi (grafik 3).

**Tablo 7. Hastaların Önemli Değişkenlere Göre Komorbidite Dağılımı (N= 82)**

Değişkenler	Komorbid Anksiyete Bozukluğu			Toplam		
	Olan	%	Olmayan	%	Sayı	%
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	20	36.4	10	37.0	30	36.6
Bekar /Dul / Boşanmış	35	63.6	17	63.0	52	63.4
$X^2=0.004;p=1.000$						
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	10	18.2	4	14.8	14	17.1
Çalışmıyor	45	81.8	23	85.2	68	82.9
$X^2=0.145;p=1.000$						
<b>Gelir Düzeyi</b>						
Alt Düzey	24	43.6	11	40.7	35	42.7
Orta Düzey	31	56.4	16	59.3	47	57.3
$X^2=0.62;p=1.000$						
<b>Sigara</b>						
Kullanıyor	35	63.6	19	70.4	54	65.9
Kullanmıyor	20	36.4	8	29.6	28	34.1
$X^2=0.36;p=0.625$						
<b>Akrabasında Şizofreni Öyküsü</b>						
Var	23	71.9	9	28.1	32	39.0
Yok	32	64.0	18	36.0	50	61.0
$X^2=0.54;p=0.483$						
<b>Akrabasında Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>						
Var	35	70.0	15	30.0	50	61.0
Yok	20	62.5	12	37.5	32	39.0
$X^2=0.49;p=0.63$						

**Grafik 3. Komorbid Anksiyete Bozukluğu Olan ve Olmayan Grupta Eğitim Durumu.**



#### 4.3. Yaşam kalitesi

Yaşam boyu komorbid anksiyete bozukluğu olan ve olmayan şizofreni hastalarının yaşam kalitesi özellikleri Tablo 8'de gösterilmiştir. Görüldüğü gibi iki grup arasında yaşam kalitesi bölümleri; fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre ve işlevsellik açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

**Tablo 8.** Komorbid anksiyete bozukluğu olan ve olmayan şizofreni hastaları arasındaki yaşam kalitesi skalası ölçümlerinin (Dünya Sağlık Örgütü-Kısa Form Türkçe) farklılıkları

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form	Komorbid anksiyete bozuklukları (n=55)	Komorbid anksiyete bozuklukları olmayan (n=27)	t	P
Fiziksel sağlık ( $\pm$ SD)	12.1 $\pm$ 2.2	12.8 $\pm$ 1.7	-1.46	NS
Psikolojik sağlık ( $\pm$ SD)	11.2 $\pm$ 2.4	12.2 $\pm$ 1.9	-1.72	NS
Sosyal ilişkiler ( $\pm$ SD)	10.3 $\pm$ 2.9	10.1 $\pm$ 2.7	0.26	NS
Çevre ( $\pm$ SD)	11.4 $\pm$ 1.8	11.3 $\pm$ 2.0	0.37	NS

*SD = Standart deviasyon; NS =Anlamlı değil.*

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Şizofreni; davranışın bilişsel, emosyonel, algısal yönlerini kapsayan, yıkıcı psikopatolojik etkileri olan, varsanı ve sanrılara eşlik eden davranış bozukluklarının görüldüğü, kişinin kendine özgü bir içekapanım dünyasına çekildiği bir klinik sendromdur. Görünümü hastadan hastaya değişkenlik gösterir. Hastalığın etkisi sıklıkla ağırdır (9).

Hastalarımızın sosyodemografik özelliklerine baktığımızda; çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmaktaydı. Literatür sonuçlarına göre de şizofreni görülme sıklığı kadınlarda erkeklerden biraz daha azdır (13). Bizim çalışmamızdaki hastaların büyük kısmı (%63.4) bekar, dul veya boşanmıştı. Şizofrenideki psikotik bulgular, hastaları çok rahatsız edip şizofrenisi olan insanlar ve diğer bireyler arasında büyük bir engel oluşturmakta, işlevselliğin ciddi kaybından ve sosyal ilişkilerdeki kayıplardan doğrudan sorumlu olmaktadır (60).

Bizim çalışmamızdaki şizofreni hastalarının çoğu (% 82.9) herhangi bir işte çalışmıyordu. Hastalar alt ve orta gelir düzeyine sahipti, çoğu en azından orta derecede eğitim almıştı. Bu sonuçlar şizofreni hastalığı ile ilgili şu bilgilerle uyumludur; şizofreninin negatif bulguları sadece işlevsellikte yetersizlikle ilişkili değil aynı zamanda birçok yetersizliğin nedenidir (61).

Bizim çalışmamızdaki hastaların şizofreni başlangıç yaşı ortalaması  $21.5 \pm 4.9$  yıl olarak tespit edildi. Şizofreninin geç ergenlik veya erken erişkin dönemde başladığı sıklıkla söylenmesine karşın, belirgin psikozun bu zamanlarda başladığını söylemek daha doğru olur. Geç ergenlik veya erken erişkin dönemde görülme sıklığında birikim varsa da, hastalığın ilk başlangıç yaşında değişkenlik olduğu bilinmelidir. Bu yaşlardan sonra görülme sıklığında azalma olmasına rağmen, görülme sıklığında yaklaşık yaşamın altmışlı yıllarında başlayan başka bir kümelenme de vardır (58).

Bizim çalışmamıza katılan hastaların klinik özellikleri incelendiğinde; yaklaşık  $1/3$ ' ü hastaneye hiç yatmazken, yaklaşık yarısı 4 defa ve üzerinde yatmıştır. Bu bulgularımız şu literatür sonuçları ile uyumludur; şizofreni erken erişkin dönemde başladığı için, belirgin ve uzun süren yetersizliklere neden olur, hastane bakımı birçok yönden yük oluşturur, sürekli bakım, rehabilitasyon ve destek sistemlerine ihtiyaç duyulur (13). Sigara içme şizofrenide yaygındır; sıklık %90 olabilmektedir. Popülasyon temelli bir çalışmada, şizofreni hastalarında

%63 gibi genel nüfustan yüksek bir yaygınlık saptanmıştır (68). Çalışmamızdaki 82 hastanın 54'ü (%65.9'u) sigara kullanıyor, ancak 28'i (%34.1'i) sigara kullanmıyordu.

Girişilmiş ve tamamlanmış özkıyım oranları şizofrenide anlamlı olarak yüksektir. Hastaların %20-50'sinin özkıyım girişiminde buldukları ve %10 kadarının eninde sonunda öldüğü bildirilmiştir (63). Bizim çalışmamızdaki hastaların yaklaşık olarak %84'ünde intihar düşüncesi, 1/3'ünde intihar girişimi öyküsü mevcuttu, ve %15' i çalışma yapıldığı sırada intihar düşüncesine sahipti.

Şizofrenisi olan anne veya babadan birisine sahip olmanın getirdiği yük sırasıyla %9 ve %7' dir(46). Yine literatürdeki bu bilgiyle kısmen uyumlu bir şekilde; bizim çalışmamızdaki hastaların %61' inin birinci derece akrabalarında şizofreni öyküsü yokken; ailede psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu.

Bizim çalışmamızdaki hastalardan komorbid anksiyete bozukluğu olan ve olmayan gruplar klinik özellikleri açısından değerlendirildiğinde; ortalama hastalık süresi komorbid anksiyete bozukluğu olan grupta anlamlı olarak daha düşüktü. Ortalama hastalık süresi komorbid anksiyete bozukluğu olan grupta 10.2± 8.4 iken, komorbid anksiyete bozukluğu olmayan grupta 15.5±10.5'ti. Komorbid anksiyete bozukluğu olan grupta 'pozitif belirti ağırlıklı' şizofreni tipleri daha sıklıkla saptandı. Komorbid anksiyete bozukluğu olan grupta 'pozitif belirti ağırlıklı' şizofreni tipleri sıklığı 78.2% iken, komorbid anksiyete bozukluğu olmayan grupta 'pozitif belirti ağırlıklı' şizofreni tipleri sıklığı 51.9%'du. Bu sonuçlarımıza göre biz komorbid anksiyete bozukluğu olan şizofreni hastalarının daha kısa hastalık süresine sahip olduklarını, daha fazla pozitif ağırlıklı belirtiler gösterme eğiliminde olduklarını saptadık. Şizofreni hastalarında anksiyete belirtilerinin akut paranoid belirtilerle korele olduğu, ilk epizod ve erken dönem hastalarda daha şiddetli olma eğiliminde olduğu saptanmıştır (100, 101). Bayle ve ark. 40 şizofreni hastası ile yaptıkları bir çalışmada hastaların 19'u (36.8%'inde) yaşam boyu panik atak öyküsü bulmuşlardır. Bu 19 hastanın 7'sinde panik atakların varlığı fobik veya delüzyonel korkulardan bağımsız, spontan ataklar şeklinde, hastaların 12'sinde ise panik atakların varlığı paranoid düşüncelerle ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Üstelik şizofreninin paranoid alttipinde diğer şizofreni alttiplerine kıyasla panik atak öyküsü mevcudiyeti daha sıklıkla saptandı. Panik atak öyküsü olan grupta paranoid alttip sıklığı 52.6% iken, panik atak öyküsü olmayan grupta paranoid alttip sıklığı 23.8%'di. Şizofreni hastalarda en az iki tip panik atak görülmektedir. İlki psikotik özellikten bağımsız, psikopatolojik bağlantısı yok, ikinci tip direkt olarak şizofrenik bozuklukla ilişkili ve

şizofreninin paranoid alttipinde meydana gelmektedir (102). Bizim çalışmamızda komorbid panik bozukluk oranı %8.5 olarak tespit edilmiştir.

Anksiyete ve pozitif semptom skorları arasındaki ilişki şizofrenideki anksiyete semptomları ve pozitif semptomlar arasında özel bir ilişki olduğuna işaret etmektedir. Atipik antipsikotikler komorbid anksiyete bozukluğu olan grupta anlamlı olarak daha yaygın kullanılmaktaydı. Komorbid anksiyete bozukluğu olan grupta atipik antipsikotik kullanma sıklığı 80% iken, komorbid anksiyete bozukluğu olmayan grupta 48.1%'di. Bu bulgu psikiyatristlerin anksiyete belirtilerini bir komorbid durumdan çok şizofreninin bir parçası, psikotik belirtilere bir tepki gibi görme eğiliminde olması ve bu nedenle bu hasta grubuna anksiyolitik yerine olası anksiyolitik etkileri oldukları düşünülen atipik antipsikotikleri reçete etme eğiliminde olmaları ile açıklanabilir.

Şizofreni hastalarında anksiyete komorbiditesi dağılımı ile ilgili sonuçlarımız daha önce bildirilen oranlarla karşılaştırılabilir düzeydedir. OKB ve sosyal fobi komorbiditesi için saptanan yaygınlık oranları önceki bildirimlerle uyumludur. Bizim çalışmamızda en sık görülen komorbid anksiyete bozuklukları obsesif-kompulsif bozukluk (OKB, %39.0) ve ardından sosyal fobi (%13.4) idi. Literatürde OKB için komorbidite oranları %7-35, sosyal fobi için %8-36 arasındadır (103).

Bazen, obsesif kompulsif bulguları psikotik bulgulardan ayırt etmek zor olabilmektedir. DSM-IV-TR şizofrenik semptomların "ego-distonik ve gerçeği test etmeyle ilişkili olmadığını" vurgulamaktadır. Kompulsiyon ve psikotik yaşantıya bağlı bir eylem arasındaki çizginin farkına varmak zor olabilir. Bir düşünce ya da davranış bir noktada ego-sintonik olabilirken sonraları olmayabilir; ayrıca ego-sintonik ya da ego-distonik olma niteliği süreklilik içinde ortaya çıkar (11).

Bununla birlikte, şizofrenide psikotik bulgulardan ayırt edilebilen obsesyon ve kompulsiyonlar sıktır. Araştırmacılar şizofreniyle birlikte obsesyon ve kompulsiyonların yaygınlığını ölçmüşlerdir. Klinikte, anlamlı obsesif kompulsif bulguların yaygınlığı tipik olarak %15-25 arasındadır; OKB için DSM ölçütlerinin karşılandığı hastalık tablosunun yaygınlığı biraz daha düşüktür. Şizofrenide panik ataklar az dikkat çekmiştir, ancak bazı çalışmalar primer panik bozukluğunda bulunanlara benzeyen panik atakların şizofreni hastalarında görece olarak sık olduğunu belirtmişlerdir. Klinik örneklemede panik atak sıklığı %25-40 arasındadır. Diğer tiplere oranla panik ataklar ve paranoid şizofreni arasında bir ilişki

olduğu sonucu bulunmuştur. Psikotik bulgular geçici olarak panik atak süresince artabilir (11).

Şizofreni hastalarda anksiyete semptomları varlığı uzun süredir bilinmesine rağmen, anksiyete semptomunda/sendromunda ne anlaşılacağı netlik kazanmamıştır. Şizofrenide komorbid görülen ‘saf anksiyete belirtileri’ ile psikotik hastalığa sebebiyet veren anksiyete benzeri belirtiler arasındaki sınırlar henüz gizemliliğini korumaktadır. Bazı yazarlar, şizofrenideki farklı belirti kümelerini ‘eşlik eden semptomlar’ diye adlandırmaktansa, hastalığın alt tipleri olarak adlandırılmasını önerirler (103). Ancak bu alanda yapılan çalışmalar ışığında, literatürdeki bazı bulgular; örneğin şizofreni hastalarında anti-anksiyete ilaçlarının kullanımı sonucu anksiyete semptomlarının iyileştiğini gösteren veya komorbid şizofreni hastaları ile komorbid olmayan şizofreni hastaları arasında anlamlı nöropsikolojik yapı farklılıklarını gösteren bulgular, bu hastaların şizofreninin farklı bir kümesini oluşturabileceklerini düşündürmektedir.

Çok sayıda ilaç, yan etki olarak anksiyete yaratabilir ve birçok tıbbi durum anksiyete belirtilerine yol açabilir (örn. aritmiler, hipoglisemi, hipertiroidizm). Akatizi antipsikotiklerin ve diğer bazı ilaçların yarattığı, anksiyete bozukluğu kliniğiyle benzerlikler gösteren, ekstrapiramidal bir sendromdur. Hastalar kas gerginliği veya motor huzursuzluk duygusu yaşarlar, yerinde duramaz gibidirler veya “durdukları yerde adımlarlar”. Bu motor belirtiyi psişik anksiyete, psikotik ajitasyon veya ajite depresyondan ayırmak zordur. Şizofreni hastalarının aynı zamanda tıbben de hasta olabileceklerini anımsamak önemlidir. Bu tıbbi durumların tedavi edilebilmeleri için klinik ipuçları izlenmelidir. Ruhsal hastalıklarda tüketimlerinin arttığı bilinen kafein ve nikotin dahil kötüye kullanılan maddeler de entoksikasyon veya madde yoksunluğu sırasında sıklıkla anksiyete belirtilerine yol açarlar (104).

Komorbidite karmaşık bir durumdur ve psikiyatrinin önemli bir gerçeğidir. Altın standart tanı koyma metodları olmadığı için, araştırmacılar çalışmalarını yetersiz tanı koyma araçları kullanarak yapmaktadırlar. Bu yüzden, günümüz tanı koyma sistemleri hiyerarşik indirgemeyi kullandığı için, komorbidite oranları düşük çıkma eğilimindedir. Diğer yandan, bazı tanı koyma gereçleri ‘evet’ ya da ‘hayır’ paternini kullandığı zaman, sonuçta ortaya çıkacak rakam epeyce yüksek olacaktır. Bu nedenlerden dolayı, literatürdeki sonuçların bu denli heterojen ve hatta çelişkili olması şaşırtıcı değildir (103).

OKB-şizofreni komorbiditesinin yüksek oranlarda bildirilmesi her iki bozukluğun altında yatan patolojinin ortak olduğu görüşünü ortaya çıkarmıştır. Yeni literatür OKB ve şizofreni kliniği ve nörobiyolojisinde bazı örtüşmeler olduğu, her iki bozukluğun aynı nörotransmitter sistemlerindeki işlev bozukluklarından kaynaklandığı öne sürülmüştür. Bazı yazarlar obsesif-kompulsif belirtilerin eşlik ettiği şizofreninin ayrı bir şizofreni alt tipi olduğunu iddia etmiştir (105).

Özerdem'in gözden geçirmesine göre; OKB ve psikoz ilişkisi günümüzde bile sınırları belirgin biçimde çizilememiş bir ilişkidir (106). Klinik gözlemler ve olgu sunumları üzerindeki tartışmalar OKB içinde daha şiddetli, daha kötü gidişli ve sağaltıma dirençli bir alttipin olduğunu, ayrıca şizofreni ve obsesif- kompulsif belirtilerin bir arada bulunmasının, süreci olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Psikotik özellik taşıdığı düşünülen OKB tanılı hastaların klasik OKB'den farklı olarak obsesyonlarına içgörülü olmadıkları ve kompulsiyonlara direnmedikleri görülmüştür.

Şizoobsesif alt tipin demografisini, yaygınlığını ve klinik özelliklerini daha iyi tanımlayabilmek için çok araştırmaya ihtiyaç vardır. Obsesif kompulsif belirtiler ve ana psikotik hastalıklar arasında bir ilişki bulunan üç alt grup tanımlanmıştır: Obsesif kompulsif belirtileri bağımsız olanlar, obsesif kompulsif belirtileri kısmen psikozlarıyla ilgili olanlar ve obsesif kompulsif belirtileri psikozlarıyla süreklilik gösterenler (107).

Her ne kadar şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluğun birlikte yaygınlık çalışmaları %10'dan %25'lere uzanmışsa da, bazı çalışmalar psikotik hastalarda obsesyon ve/veya kompulsiyonun yaygınlığının %50'ye kadar yükseldiğini göstermiştir. Araştırmacıların şizoobsesyonun epidemiyolojisini incelemek için iki yaklaşım göstermeleri gerekir. Bu yaklaşımlar;

Şizofrenili vakalarda, obsesif kompulsif belirti gösterenlerin yüzdesi nedir?

Obsesif kompulsif bozukluğu olan vakaların psikotik belirti gösterenlerinin yüzdesi nedir? şeklinde sınıflandırılır (108).

Fenton ve McGlashan birlikte varolmalarının şizofrenide daha kötü bir sonuca neden olacağını söyleyerek 163 şizofrenik hastanın %12.9'unun obsesif kompulsif belirtilere sahip olduklarını belirttiler. Obsesif kompulsif belirtilerin varlığı, şizofreni tedavisinde üstesinden gelebilmeyi oldukça güçleştirir gibi gözükmektedir (109).

Obsesif kompulsif bozukluk ve şizofreniyi incelemek için başka epidemiyolojik yaklaşımlar da vardır. İlk kez obsesif kompulsif bozukluk tanısı konulan hastalarda ilk kez



psikotik belirti çıkma oranı incelenebilir. Thomsen ve Jensen ilk kez obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan 135 hastanın %5'inin daha sonra şizofreni tanısı aldığını tespit etmişlerdir. Obsesif kompulsif bozukluğu olan 82 hastadan ise yalnızca %1'ine daha sonra şizofreni tanısı verilmiştir. Karno ve ark.nın yaptığı çalışmada obsesif kompulsif bozukluk ve şizofreninin %12.2'lik bir birlikte olma oranı bildirilmiştir (108).

Bland ve ark. Çalışmalarında şizofrenide obsesif kompulsif belirti birlikteliği oranını %59.2 olarak bulmuşlardır (110).

Çalışmalar obsesif kompulsif belirtileri olan şizofrenili hastaların sosyal ilişkiler, iş, psikopatoloji ve diğer fonksiyonel parametreleri açısından obsesif kompulsif belirtileri olmayan hastalarla kıyaslandığında daha başarısız olduklarını ortaya çıkarmıştır. Örneğin Dominguez'in izlediği şizo-obsesif grup hastaların hepsi de bekardır ve bu durum oldukça ilginçtir. Diğer anksiyete bozukluklarının tersine obsesif kompulsif bozukluk örneklerinde evlenmemiş hastaların çoğunlukta olduğu belirtilmektedir (111).

Başka bir çalışmada şizofrenide OKB karşılayan bireylerin prevalansı %25, hem şizofreni hem OKB'si olanların, sadece şizofreni olanlara kıyasla Y-BOCS ve GAF skorları daha yüksek, PANSS negatif semptomları daha düşük, Parkinson benzeri semptom görülme sıklığı daha fazla bulunmuştur (112).

Poyurovsky ve ark. bir çalışmasında 50 şizofreni hastasında OKB sıklığını %14 ve görece ilk epizot şizofreni hastalarında fazla bulunmuştur. OKB'nin bazı şizofreni semptomlarının ortaya çıkmasında en azından rahatsızlığın erken evrelerinde, protektif rol oynuyor olabileceği sonucuna varmıştır (113).

Şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı alan 50 yatan hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada hastaların %25'inin OKB tanı kriterlerini karşıladığı tespit edilmişti (114). Bu hastalara Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS) ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS), Yale-Brown Obsesif Kompulsif Belirti Değerlendirme Ölçeği ve Global İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştı. Bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde komorbid OKB tanısı olan şizofreni hastalarının tüm bu değerlendirme ölçeklerindeki puanları ile komorbid OKB tanısı olmayan şizofreni hastalarının değerlendirme ölçeklerindeki puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bir başka çalışmada kronik şizofreni olan 68 yatan hasta obsesif-kompulsif belirtilerin sıklığı ve obsesif-kompulsif belirtilerin şizofreni belirtileri ile ilişkisi açısından incelenmişti (115). Hastalarda OKB sıklığı %23.5 bulunurken, Obsesif kompulsif bozukluğu olan ve

obsesif kompulsif bozukluğu olmayan iki grup karşılaştırılmıştı. Şizo-obsesif hastaların temel sosyal fonksiyonları sosyal davranış ölçeğine (SBS) göre daha kötü bulunmuştur. İki grup arasında başka hiçbir klinik değişken açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Özdemir ve ark.nın komorbid obsesif kompulsif bozukluğu olan ve komorbid obsesif kompulsif bozukluğu olmayan iki grubu kıyasladıkları bir klinik çalışmada; şizofreni ile birlikte OKB grubunda erkek ve bekar olanların oranını anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır (116). İki grup arasında obsesyon ve kompulsiyonların dağılımı ve obsesif kompulsif belirti şiddeti açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Şizofreninin eşlik ettiği grupta obsesif kompulsif belirtilere yönelik içgörü, anlamlı düzeyde daha iyi bulunmuştur.

Başka bir çalışmada şizofreni hastalarının birinci derece yakınları olarak anneler alınmıştır (117). Bu grupta obsesif kompulsif belirtiler açısından Maudsley obsesif kompulsif soru listesi ve belirti tarama listesi (SCL-90) OKB alt ölçek puanları diğer gruptakilerin puanları ile karşılaştırıldığında dikkat çekici sonuçlar elde edilmiştir. OKB ve şizofreni hastalarının aynı ölçeklerdeki puanları, şizofreni hastalarının annelerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. Bu sonuç doğal olarak karşılanmıştır. Bir psikiyatrik hastalığı olmayanlarla bunların anneleri, Maudsley obsesif kompulsif soru listesi ve belirti tarama listesi (SCL-90) OKB alt ölçek puanları açısından şizofreni hastalarının anneleri ile karşılaştırıldığında; her iki ölçeğin puanları şizofreni hastalarının annelerinde, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, daha yüksek bulunmuştur. Bu dikkat etmeğe değer bir sonuçtur. Her iki bozukluğun; şizofreni ve OKB'nin altında yatan patolojinin ortak olduğu görüşünü ve bu iki rahatsızlığın genetik geçiş gösterdiği görüşünü destekleyen bir çalışma olması açısından önemlidir.

Psikotik 26 hasta ile yapılan bir çalışma akut tedavi pratiğinde anksiyete bozuklukları komorbiditesinin göz ardı edildiğini göstermiştir (118). 26 hastanın 5'i şizofreni, 11'i şizoaffektif bozukluk, 10'u ise psikotik özellikli duygudurum bozukluğu tanıları almaktaydı. Bu hastalar hastanede yattıkları dönemde detaylı incelemeler ışığında 7' sinde komorbid sosyal fobi, 6' sında komorbid panik bozukluk, 4'ünde komorbid agorofobi, 6' sında komorbid TSSB, 2' sinde komorbid OKB tanıları olduğu tespit edilmişti. Günlük pratikte ayaktan tedavi alan şizofreni hastalarında ve diğer psikotik rahatsızlıklarda anksiyete bozuklukları komorbiditesinin ihmal edildiği bulunmuştur.

Turan ve ark'nın sosyal fobi ve diğer psikiyatrik hastalıklar birlikteliği ile ilgili çalışmaları sonucunda; çalışmaya dahil olan hastaların %42.1'de ruhsal hastalıkla birlikte sosyal fobi tespit ettiklerini bildirmişlerdir (119). Ayrıca depresif bozukluklarda %35.3, psikotik bozuklukta %11, OKB'de %11, yaygın anksiyete bozukluğunda %8.5 oranında sosyal fobi birlikteliği tespit etmişlerdir. Tekrar değinmek gerekirse bizim çalışmamızda komorbid sosyal fobi oranı %13.4 olarak tespit edilmiştir.

Başka bir çalışma 5 yıldan uzun süredir şizofreni tanısı mevcut 45 hasta üzerinde yapılmıştır (120). Hastalara Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği, Simpson Angus extrapiramidal belirti değerlendirme ölçeği uygulanmıştır. Hastaların %20'si DSM-III panik atak tanı kriterlerini karşılamaktaydı. Sonuçta komorbid panik atağı olan şizofren hastaların Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği puanları ve Simpson Angus extrapiramidal belirti değerlendirme ölçeği puanları komorbid panik atağı olmayan şizofreni hastalarının ölçek puanlarına kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yine bu çalışmada uzun süre antipsikotik ilaç kullanımının kronik şizofreni hastalarında panik atakların ortaya çıkmasına neden olabileceği rapor edilmiştir. Ayrıca yüksek dozda antipsikotik ilaç alan şizofreni hastalarında sık panik ataklar olduğu görüldüğünde antipsikotik ilaç dozunun düşürülmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Psikotik rahatsızlıklar ve PTSD arasındaki ilişki üzerine çok sayıda teorik bilgidен söz edilmesine rağmen bu konuda çok az sistematik araştırma yapılmıştır. Yatarak tedavi alan bir grup şizofreni hastası zorla bir kliniğe yatırılma öyküsü, PTSD belirti veya tanı mevcudiyeti ve PTSD belirtileri-zorla bir kliniğe yatırılma arasındaki ilişki açısından sorgulanarak yapılan çalışmada şizofreni hastalarda PTSD sıklığı %51 olarak bulunmuştur. PTSD semptom sıklığı ile zorla bir kliniğe yatırılma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (121). Bizim çalışmamızda ise komorbid travma sonrası stres bozukluğu %7.3 oranında tespit edilmiştir.

Şizofreni şiddetli ve belirgin yetiyitimine neden olan bir hastalıktır. Tersine, anksiyete bozuklukları yakın zamana kadar kişinin iyilik hali ve işlevsel kapasitesi üzerinde göreceli olarak sınırlı düzeyde etki gösteren bozukluklar olarak düşünülmüştür. Komorbid anksiyete bozukluklarının şizofreni hastalarının işlevselliğini etkilese bile, bu etkinin psikozun kendisinin şiddetli etkilerinin yanında gölgede kaldığı varsayılmıştır. Bu nedenle şizofrenide komorbid anksiyete bozukluğunun etkileri üzerine yapılmış az sayıda çalışma olması şaşırtıcı değildir (103).

Şizofrenide komorbid anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine etkisini araştıran çok az çalışma vardır. Pallanti ve ark. şizofreni hastalarındaki işlevsellik üzerine sosyal fobinin etkilerini araştırmışlar (4). Onlar çalışmalarında bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak; komorbid sosyal fobi varlığında, komorbid sosyal fobi yokluğuna kıyasla daha düşük yaşam kalitesi, sosyal uyum\_ yaşam boyu daha yüksek oranda intihar girişimi öyküsüne sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Braga ve ark. komorbid anksiyete bozukluklarının şizofreni hastalarında uzun vadede yaşam kalitelerinde bozulmaya yol açabilecek ilave bir yük oluşturduğunu bildirmiştir (1).

Beşiroğlu ve ark.nın OKB'de yaşam kalitesini araştırdıkları bir çalışmada; kontrol grubuna göre OKB grubunun psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler puanlarını anlamlı olarak daha düşük bulmuşlardır (122). Kompulsiyonların şiddeti sosyal ilişki alanı ile ilişkili tek değişken olarak bulunurken, çevre alanı ile ilişkili tek etken hastalık süresi olarak bulunmuştur. Obsesyonların ve depresif belirtilerin şiddeti psikolojik sağlık ile ilişkili bulunurken, kompulsiyon şiddeti ile anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Bunun üzerine; OKB'de yaşam kalitesi değerlendirmesinde depresif belirtilerin etkisi belirgin olarak ortaya çıktığı için OKB'a özgü bir değerlendirme aracı geliştirilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır.

Şiddetli psikotik hastalığı olan bir grup hasta; komorbid panik atak olan ve komorbid panik atak olmayan iki gruba ayrılmış ve komorbid diğer psikiyatrik bozuklukların sıklığı, yaşam kalitesi ve tedaviye cevap açısından kıyaslanmıştır (123). Komorbid panik atak olanlarda komorbid panik atak olmayanlara göre tedaviye azalmış yanıt, düşük yaşam kalitesi bulunmuştur. Sonuç olarak, şiddetli psikotik hastalığı olanlarda panik ataklar önemli bir prognostik faktör olabilir, dolayısıyla tedavi ve rahabilitasyon sürecini etkileyebilir şeklinde yorumlanmıştır.

Bizim bulgularımıza göre de komorbid anksiyete bozukluklarının varlığı şizofreni hastalarının yaşam kalitelerinde anlamlı bir etki oluşturmamaktadır. Bulgularımıza göre; komorbid anksiyete bozukluklarının varlığı yaşam kalitesi ölçeğinin psikolojik sağlık kısmı üzerinde bazı negatif etkiler yapmaktadır, ancak bu etki istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamaktadır. Komorbid anksiyete bozukluğu olan grupta psikolojik sağlık puanı  $11.2 \pm 2.4$  iken, komorbid anksiyete bozukluğu olmayan grupta  $12.2 \pm 1.9$ 'du.

Benzer şekilde şizofreni ve komorbid depresyonun yaşam kalitesi üzerine yapılmış az sayıda çalışma vardır. İlk atak şizofreni spektrum bozukluğunda komorbid depresyon

varlığının yaşam kalitesi üzerine etkisini araştıran bir çalışmada; 66 ilk atak şizofreni spektrum bozukluğu hastasına DSM-IV I.Eksen bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme, ruhsal bozukluğunun farkındalık değerlendirme ölçeği, hamilton depresyon değerlendirme ölçeği, dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği kısa formu uygulanmıştır (124). Çalışmanın sonucunda; komorbid depresyonu olan grupta ruhsal hastalığın varlığına, hastalığın sosyal sonuçlarına ve tedaviye cevaba farkındalık komorbid depresyonu olmayan gruba göre daha fazla olarak, ancak fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre gibi yaşam kalitesi alanlarındaki puanları düşük olarak bulunmuştur.

Bizim bu çalışmamızın esas sınırlaması bazı değişkenlerin retrospektif olarak elde edilmesidir ki bu kesinlikle bazı sonuçları etkilemiş olabilir. Daha büyük örneklem sayıları ile anlamlı sonuçlar elde edilebileceği akılda tutulmalıdır.

Bizim çalışmamız komorbid anksiyete bozukluklarının şizofreni hastalarında göreceli olarak yaygın olduğunu ve şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin majör bir belirleyicisi olmadığını öne sürmektedir. Bu konuda daha genel bir bakış açısına sahip olabilmek, daha kesin yargılara varabilmek için daha büyük ölçekli klinik ve epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır. Daha geniş örneklem ve daha detaylı ölçekler kullanılarak, biyolojik yeni araştırmaların yönlendirdiği, nörolojik görüntüleme cihazlarının kullanıldığı, aile araştırmalarını ve farmakolojik araştırmaları kapsayan birçok çalışma bu hastalıklara yaklaşım ve tedavide büyük kolaylıklar sağlayacaktır.

## **6. KAYNAKLAR**

1. Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP, Figueira IL. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *J Psychiatr Res* 2005;39: 409-14.
2. Fenton WS, McGlashan TH. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986;143: 437-41.
3. Blanchard JJ, Mueser KT, Bellack AS. Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998;24: 413-24.
4. Pallanti S, Quercioli L, Hollander E. Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *Am J Psychiatry* 2004;161: 53-8.
5. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157: 669-82.
6. Angermeyer MC, Killian R. Theoretical models of quality of life for mental disorders. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (ed). *Quality of life in mental disorders*, New York: Wiley, 1997.
7. Huppert JD, Smith TE. Longitudinal analysis of subjective quality of life in schizophrenia: anxiety as the best symptom predictor. *J Nerv Ment Dis* 2001;189: 669-75.
8. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res* 2001;51: 171-80.
9. Merikangas KR, Swendsen JD. Genetic epidemiology of psychiatric disorders. *Epidemiol Rev* 1997; 19: 144-155.
10. M. E Ceylan Şizofreni: Genel Bir Bakış *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*,1994 1(4); 493-498
11. Kaplan Harold I, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VIII, Schizophrenia and other Psychotic Disorders*. Williams and Wilkens,2005
12. Jeffrey A Lieberman, Robin M Murrey. *Comprehensive Care of Schizophrenia/A Textbook of Clinical Management*,2001

13. Boydell J, Murrey RM. Urbanization, Migration and risk of schizophrenia. In: Murray RM, Jones PB, Susser E, Van Os J, Cannon M, EDS. The Epidemiology of Schizophrenia. Cambridge University Pres; 2003.
14. Mc Gue M, Gottesman II(1991)The genetic epidemiology of Schizophrenia and the design of linkage studies. Eur Arch Clin Psychiatry, 240: 174-181
15. Pulver AE, Lasseter VK, Kasch L ve ark. (1995) Schizophrenia: A genome scan targets chromosomes 3p and 8p as potential sites of susceptibility genes. Am J Med Genet, 60 P:252-260
16. Grandy DK, Litt M, Allen N ve ark.(1989)The humen dopamine D2 reseptör gene is located on chromosome 11 at q22-q23 and identifies a Taq I RFLP. AM J Hum Genet,45: 778-785.
17. Smith M,Wasmuth J, Mc Pherson JD ve ark.(1989)Cosegregation of an 11q22-9p22 translocation with affective disorder: proximity of the dopamine D2 receptor gene relative to the translocation breakpoint. Am J Hum Genet, 45:220
18. Tyrone D. Cannon(2005) Şizofrenide Ara Fenotiplerin Kalıtımı. Current Opinion In Psychiatry Türkçe Baskı Cilt 1 Sayı 1 2005: 45-53
19. Chen AC, Kalsi G, Brynjofsson J ve ark.(1996) Lack of evidence for close linkage of the glutamate GluR6 receptor gene with schizophrenia. Am J Psychiatry,153:1634-1636.
20. Lieberman JA: Is schizophrenia a neurodegenerative disorder?A clinical and neurobiological perspective. Biol Psychiatry.1999; 46:729
21. Uranova NA, Casanova MF, De Vaughn NM, Orlovskaya DD, Denisov DV: Ultrastructural alterations of synaptic contacts and astrocytes in postmortem caudate nucleus of schizophrenic patients. Schizophr Res.1996; 22:81
22. Zipursky RB(1994)Volumetric MRI assesment of temporal lobe structures in schizophrenia. Biol Psychiatry,35: 501-516.
23. Stevens JR: Neurology and neuropathology of schizophrenia, in Schizophrenia as a Brain Disease. Edited by Hern FA, Nasrallah HA. New York, Oxford University Pres,1987, Pp 112-147.
24. Weinberger DR (1995)Schizophrenia as a neurodevolepmental disorder: A rewiev of the concept, in schizophrenia. London, Blackwood Pres, S. 292-323.

25. Dazzan P, Murrey RM: Neurological soft signs in first-episode psychosis:A systematic review. *Br J Psychiatry*.2002;181:50-57
26. Gur RE, Chin S:Laterality in functional brain imaging studies in schizophrenia. *Schizophr Bull*.1999; 25:141.
27. Tamminga CA. Neuropsychiatric aspects of schizophrenia.In:Yudofsky SC, Hales RE, Eds. *American Psychiatric Pres Textbook of Neuropsychiatry*.3rd. Ed. Washington, DC: American Psychiatric Pres;1997.
28. Harrison PJ: The neuropathology of schizophrenia-a critical review of the data and their interpretation. *Brain*.1999;122: 593-624.
29. O'Reilly RL, Singh SM. Retroviruses and schizophrenia revisited. *Am J Med Genet* 1996;67: 19-24
30. Kendell RE, Adams W. Unexplained fluctuations in the risk for schizophrenia by month and year of birth. *BRJ Psychiatry* 1991;158: 758-63
31. O'Callaghan E, Gibson T, Colohan HA, Walsche D, Buckley P, Larkin C,Waddington J. Season of birth in mental disorder *BRJ Psychiatry* 1991;158:764-769
32. Cannon M, Jones PB, Murray RM: Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry*.2002;159(7):1080-1092.
33. Cannon TD, Van Erp TG, Rosso IM, Huttunen M, Lonnqvist J, Pirkola T, Salonen O, Vallanne L, Poutanen VP, Standertskjold-Nordenstam CG: Fetal hypoxia and structural brain abnormalities in schizophrenic patients, Their siblings, And controls. *Arch Gen Psychiatry*.2002;59(1): 35-41
34. Brown AS, Begg MD, Gravenstein S,Wyatt RJ, Bresnahan M, Babulas VP, Susser ES: Serologic evidence for prenatal influenza in the etiology of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*.2004.
35. Brown AS: Prenatal infection and adult schizophrenia: Areview and synthesis.*Int J Ment Health*.2001;29:22-37.
36. Brown AS, Cohen P, Harkavy-Friedman J, Babulas V, Malaspina D, Gorman JM, Susser ES: Prenatal rubella, Premorbid abnormalities, And adult schizophrenia. *Biol Psychiatry*.2001;49(6): 473-486



37. Brown AS, Hooton J, Schaefer CA, Zhang H, Petkova E, Babulas V, Perrin M, Gorman JM, Susser ES: Elevated maternal interleukin-8 levels and risk of schizophrenia in adult offspring. *Am J Psychiatry*.2004.
38. Susser ES, Schaefer CA, Brown AS, Begg MD, Wyatt RJ:The design of the prenatal determinants of schizophrenia study. *Schizophr Bull*.2000;26(2): 257-273.
39. Schaefer CA. Brown AS, Wyatt RJ, Kline J, Begg MD, Bresnahan MA, Susser ES:Maternal prepregnant body mass and risk of schizophrenia in adult offspring. *Schizophr Bull*.2000;26(2): 275-286.
40. Hollister JM, Brown AS. Rhesus incompatibility and schizophrenia. In:Susser E, Brown AS, Gorman JM, Eds. *Prenatal Exposures in Schizophrenia*. Washington, D. C.:American Psychiatric Pres, Inc.;1999.
41. Lewis DA, Levitt P:Schizophrenia as a disorder of neurodevelopment. *Annu Rev Neurosci*.2002; 25: 409-432.
42. Geddes JR, Verdoux H, Takei N, Lawrie SM, Bovet P, Eagles JM, Heun R, Mc Creadie RG, Mc Neil TF, O'Callaghan E, Stober G,Willinger U, Murray RM: Schizophrenia and Complications of pregnancy and labor; An individual patient data metaanalysis. *Schizophr Bull*.1999;25(3): 413-423.
43. Geddes JR, Lawrie SM: Obstetric complications and schizophrenia: A metaanalysis. *Br J Psychiatry*.1995;167(6): 786-793.
44. Maki P, Veijola J, Joukamaa M, Laara E, Hakko H, Jones PB, Isohanni M:Maternal separation at birth and schizophrenia- a long term follow-up of the Finnish christmas Seal Home Children. *Schizophr Res*.2003; 60:13
45. Lencz T, Smith C, Auther A, Cornblatt B:Severity of baseline positive symptoms predicts psychosis in adolescents prodromal for schizophrenia. *Schizophr Res*.2003; 60:20.
46. Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T,Wohlfahrt J, Ewald H, Mors O, Andersen PK, Melbye M:Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *N Engl J Med*.1999;340(8): 603-608.
47. Lewis G. David A, Andreasson S, Allebeck P:Schizophrenia and city life. *Lancet*.1992;340: 137-140.
48. Cantor-Graae E, Pedersen CB, Mc Neil TF, Mortensen PB: Migration as a risk factor for schizophrenia: A Danish population-based cohort study. *Br J*

49. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murrey R, Caspi A, Moffitt TE: Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: Longitudinal prospective study. *BMJ*.2002;325: 1212-1213.
50. Cui X-J, Vailant GE(1996) Antecedents and Consequences of Negative Life Events in Adulthood a Longitudinal Study *Am J Psychiatry*,1531 1 21-26
51. Meltzer HY(1991)The Neurobiology of Schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*,4: 90-95.
52. Haracz JL(1982) The Dopamine Hypothesis: An Overview of Studies with Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bull*.8: 438-467.
53. Dr. Ertuğrul Köroğlu, Dr. Cengiz Güleç *Psikiyatri Temel Kitabı*, Hekimler Yayın Birliği (2007)
54. M. Orhan Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* 9. Basım 2002
55. American Psychiatric Association(1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-IV)* 4. Baskı Washington DC: American Psychiatri Association. Türkçe Çevirisi: E Köroğlu ve ark. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
56. Coşar B(1998) Şizofreninin Alttıpleri. *Şizofreni Dizisi*,1(1); 29-34.
57. Cuesta MJ, Peralta V(1993):Does formal thought disorder differ among patients with schizophrenic, schizophreniform and manic schizoaffective disorders? *Schizophrenia Research*,10:151-158
58. Karakaş S, Başar E. Nöropsikolojik testlerin standardizasyon projesi.30. Ulusal Psikiyatri Kongresi Nöropsikolojik Testlerin Standardizasyon Paneli 1994: 85-89.
59. Kaplan-Sadock *Klinik Psikiyatri /Özet Psikiyatri*,2. Baskı Çeviri Editörleri: Dr. Hamdullah Aydın, Dr. Ali Bozkurt
60. Mete L,(1998) Şizofrenide klinik belirtiler. *Şizofreni Dizisi*,1: 17-22.
61. Kawasaki Y, Maeda Y, Sakai N et al.(1994) Evaluation and interpretation of symptom structures in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*,89: 399-404.
62. Göğüş AK(1999) Şizofrenide Gidiş ve Sonuç. *Şizofreni Dizisi*,2: 28-38.
63. Siris SG: Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2001; 15 -127.
64. Hoff AL, Kremen WS: Is there a cognitive phenotype for schizophrenia? The nature and course of the disturbance in cognition. *Curr OpinPsychiatry*.2002;15:43

65. Velligan DI; Miller AL Cognitive dysfunction in schizophrenia and its importance to outcome:the place of atypical antipsychotics in treatment. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl 23): 25-28
66. Dorland's Illustrated Medical Dictionary (1957) 23 rd edition. W. B. Saunders Company, Philadelphia
67. Siris SG: Depression in schizophrenia:Perspective in the era of atypical antipsychotic agents. *Am J Psychiatry.*2000;157:1379.
68. Picciotto MR, Caldarone BJ, King SL, Et al: Nicotinic receptors in the brain:links between molecular biology and behavior. *Neuropsychopharmacology* 22:451-465,2000.
69. McCreadie RG: Scottish Comorbidity Study Group. Use of drugs, Alcohol and tobacco by people with schizophrenia: Case-control study. *Br J Psychiatry.*2002;181:321.
70. Buckley PF. Substance abuse in schizophrenia: a review. *J Clin Psychiatry* 1998;59(3): 26-30.
71. Puri BK, Barnes TRE, Chapman MJ, et al: Spontaneous dyskinesia in first episode schizophrenia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 66: 76-78, 1999.
72. American Psychiatric Association: Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 154(suppl 4): 1-62, 1997.
73. Kurtzthaler I, Fleschacker W. The clinical implications of weight gain in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl.7) : 32-37.
74. Mukherjee S, Decina P, Bocola V, Et al: Diabetes mellitus in schizophrenic patients. *Compr Psychiatry* 37:68-73, 1996
75. Ascher-Svanum H, Tunis SL, Prudence L, Et al: Prevalence of risk factors for coronary heart disease in schizophrenia. Poster presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, New Orleans, LA, May 8, 2001
76. Brunette MF, Mercer CC, Carlson CL, Et al: HIV-related services for persons with severe mental illness:policy and practice in New Hampshire community mental health. *J Behav Health Serv Res* 27: 347-353, 2000
77. Dalack GW;Healy DJ, Meador-Woodruff JH:Nicotine dependence and schizophrenia:clinical phenomenon and laboratory findings. *Am J Psychiatry* 155: 1490-1501, 1998

78. Eaton WW, Hayward C, Ram R(1992)Schizophrenia and Rheumatoid arthritis: a review.
79. Wright P, Donaldson PT, Underhill JA ve ark.(1996) Genetic association of the HLA DRB1 gene locus on chromosome 6p21.3 with Schizophrenia. Am J P, 1530-1533
80. Beck P. Psikiyatrik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi, 1998; p 4-5,12,18-19
81. Eser E. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı, İzmir, Türkiye: Emek Matbaası; 2004: p. 4-6.
82. Juniper EF. How important is quality of life in pediatric asthma? Pediatr Pulmonol, 1997; Suppl 15: 17-21.
83. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri Romatizma, 2005 Cilt: 20, Sayı: 1, 55-63
84. Younossi M, Guyatt G. Quality of life assessments and chronic liver disease. Am J Gastroenterol 1998;93: 1037-41
85. Fidaner C. Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) Kavramı: Bir Giriş Denemesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı, İzmir, Türkiye: Emek Matbaası; 2004: p. 1-3.
86. Çaylan R. Kronik Hepatitler ve Yaşam Kalitesi. Tabak F, Tekeli E, Balık İ (editorler). Viral Hepatit 2007: 376-382
87. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E, Goker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi,WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref. 3P Dergisi 1999;7 (Sup 2): 5-13.
88. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Heidelberg: Springer Verlag, 1994: 41-57.
89. Arslan Ş, Gökçe Kutsal : Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. Geriatri, 2(4): 149-155, 1999
90. Özkan S. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF Psikiyatri, Psikoloji, Psikoformokoloji dergisi, 7/2, Haziran 1999;5-13.
91. Bowling, A., Measuring Health Millon Keynes Open University 17, 1991.

92. Douglas K. Owens. In the Eye of the Beholder: Assessment of Health-Related Quality of Life. *Hepatology* 1998; Jan;27(1): 292.
93. Prof. Dr. Ömer Aydemir-Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu *Psikiyatride Kullanılan Ölçekler*. Hekimler Yayın Birliği, 2006
94. Eser E., Yalçın Eser S., Fidaner C., Elbi H., ‘Türkler İçin Sağlık ve Sosyal Bilim Araştırmalarında Kullanılan Likert Tipi Yanıt Ölçekleri: 3P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi, 1999, 7(ek2): 41-47.
95. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *User’s Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)-Clinician Version*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.
96. Corapcioglu A, Aydemir O, Yildiz M, Esen A, Koroglu E. *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I), Turkish Version*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.
97. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull* 1987;13: 261-76.
98. Kostakoglu AE, Batur S, Tiryaki A, Gögüs A. Pozitif ve negatif sendrom ölceğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999;14: 23-32.
99. Hamilton M. The assessment of anxiety state by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32: 50-55.
100. Emsley RA, Oosthuizen PP, Joubert AF, Roberts MC, Stein DJ. Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizophreniform disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60: 747-51.
101. Strian F, Klicpera C. Anxiety in schizophrenic psychoses. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1983;233: 347-57.
102. Bayle FJ, Krebs MO, Epelbaum C, Levy D, Hardy P. Clinical features of Panic Attacks in Schizophrenia *Eur Psychiatry* 2001; 16: 349-53.
103. Braga RJ, Petrides G, Figueira I. Anxiety disorders in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2004;45: 460-8.
104. Alpay N, Karşıdağ Ç. Şizofrenide Anksiyete Bozuklukları Komorbiditesi. *Düşünen Adam Dergisi*, Haziran 2006; 17-19.

105. Zohar J, Sason Y, Chopra M. Schizo-obsesif subtype: obsessions and delusions. *CNS Spectr* 1998;3: 38-39
106. Ayşegül Özerdem. Obsesif-kompulsif bozukluk ve psikoz üzerine bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*,1998;1(2):98-102
107. Porto L, Bermanzohn PC, Pollack S. A profile of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *CNS Spectrums*, 2: 21-25, 1997
108. Kocabaşoğlu N, Uludüz D. Bir olgu nedeniyle OKB ve Şizofreni birlikteliğine çok yönlü bakış. *Yeni Sempozyum* 39 (1) :13-18, 2001
109. Fenton WS,McGlashan TH. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 143:437-441, 1986.
110. Bland R, Newman S, Orn H. Schizophrenia: Lifetime comorbidity in a community sample. *Acta Psychiatr Scand*, 75: 383-391, 1987
111. Dominguez RA. Treatment of obsessive-compulsive disorder in adults. In Rush AJ, ed.*Mood and Anxiety Disorders*, Philadelphia, Pa:William and Wilkens, 250-272, 1998.
112. Tibbo P, Kroetsch M,Chue P,Warneke L. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research* 34 (2000)139-146
113. Poyurovsky M, Fuchs C,Weizman A.Obsessive Compulsive Disorder in Patients with first-episode Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999;156:1998-2000
114. Nechmand A, Ratzoni G,Poyurovsky M, Fuchs C. Obsessive-Compulsive Disorder in Adolescent Schizophrenia Patients. *Am J Psychiatry* 160:5, 2003
115. Poyurovsky M,Hramenkov S,Isakov V,Rauch Verger B,Modai I,Schneidman M,Fuchs C,Weizman A.Obsessive Compulsive Disorder in hospitalized Patients with chronic schizophrenia *Psychiatry Research* 102(2001) 49-57
116. Ozdemir O, Tukul R, Turksoy N, Uçok A. Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2003;44: 311-6
117. Gül A, İ. Şizofreni Hastalarında ve Annelerinde Obsesif Kompulsif Semptomların Karşılaştırılması ve Yorumlanması. *Ankara Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*, Ankara, 2002; 68-71.
118. Townsend M, Wilson M. Comorbid anxiety disorders and divalproex sodium use among partial hospital patients with psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry* 46 (2005) 368-370

119. Turan M,Çilli AS, Aşkın R,Herken H,Kaya N,Kucur R.Sosyal fobinin diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliğiKlinik Psikiyatri Dergisi 2000;3(3): 170-175
120. Higuchi H, Kamata M, Yoshimoto M, Shimisu T, Hishikawa Y. Panic attacks in patients with chronic schizophrenia: A complication of long-term neuroleptic treatment. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (1999), 53, 91-94 .
121. Priebe S, Bröker M,Gunkel S.Involuntary admission and PTSD symptoms in schizophrenia patients. *Comprehensive Psychiatry*, Vol.39,No.4 (July/August)1998:pp 220-224.
122. Beşiroğlu L,Uğuz F,Sağlam M,Yılmaz E,Ağargün M,Aşkın R.Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:5-13.
123. Goodwin R, Stayner DA, Chinman MJ, Davidson L.Impact of Panic Attacks on Rehabilitation and Quality of Life among Persons With severe Psychotic Disorders.*Psychiatric Services* July 2001 Vol.52 No.7(920-924).
124. Sim K, Mahendran R, Siris S, Heckers S, Chang S. Subjective quality of life in first Episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression *Psychiatry Research* 129 (2004) 141- 147.

## 7.EKLER



## EK 1

### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adı Soyadı:..... Tanıtım numarası:.....
2. Yaş :.....
3. Cinsiyet: 0.Erkek 1.Kadın
4. Medeni Durumu: 0. Evli 1. Bekar 2. Dul 3. Diğer.....
5. Eğitim Yılı : ....
6. Çalışma Durumu: 1. Çalışmıyor 2. Çalışıyor
7. Gelir Düzeyi:  
1. Alt 2. Orta 3. Üste
8. Etnik Köken:  
1. Türk 2. Kürt 3. Arap 4. Diğer
9. Sigara kullanımı var mı? 1.Hayır 2.Evet
10. Alkol-madde kötüye kullanımı var mı? 1.Hayır 2.Evet
11. Birinci derece akrabalarında şizofreni 1.Yok 2. Var
12. Birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık 1.Yok 2. Var
- 13.Hastalığın başlangıç yaşı: .....
14. Hastalığın başlangıç şekli: 1. Akut 2. Sinsi
15. Hastanede yatış sayısı: .....
16. İntihar düşüncesi var mı? 1.Yok 2. Var
17. İntihar girişimi var mı? 1.Yok 2. Var
18. Şu anda kullandığı ilaçlar:
19. Antidepresan kullanımı öyküsü: 1.Yok 2. Var
20. Anksiyolitik kullanımı öyküsü: 1.Yok 2. Var
21. Ekt öyküsü: 1.Yok 2. Var

## SCID-I-CV ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

## PANİK BOZUKLUĞU ÖLÇÜTLERİ

F1	A. (1) tekrarlayıcı beklenmedik panik atakları <i>Notlar:</i>	? - + F25 s. 50	F1
F2	A. (2) aşağıdakilerden en az birinin olması; (a) panik atağının sonuçları ile ilgili endişe; (b) bir başka nöbet geçirmekle ilgili kaygı; (c) davranışlarda belirgin değişiklik <i>Notlar:</i>	? - + F25 s. 50	F2
F3	Aşağıdaki panik atağı semptomlarından dördünün (ya da daha fazlasının) birden başlaması ve 10 dakika içinde en yüksek düzeye ulaşması <i>Notlar:</i>	? - + F25 s. 50	F3
F4	(1) çarpıntı	? - +	F4
F5	(2) terleme	? - +	F5
F6	(3) titreme ya da sarsılma	? - +	F6
F7	(4) nefes darlığı	? - +	F7
F8	(5) boğulma hissi	? - +	F8
F9	(6) göğüs ağrısı	? - +	F9
F10	(7) mide bulantısı ve abdominal rahatsızlık hissi	? - +	F10
F11	(8) baş dönmesi	? - +	F11
F12	(9) derealizasyon ya da depersonalizasyon	? - +	F12
F13	(10) kontrolünü kaybetme ya da çıldırma korkusu	? - +	F13
F14	(11) ölüm korkusu	? - +	F14
F15	(12) uyuşma	? - +	F15
F16	(13) ateş basması ya da ürperme	? - +	F16

## ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

<b>F17</b>	(1)–(13) arası semptomların en az dördü “+”	? - + F25 s. 50	<b>F17</b>
<b>F18</b>	C. Bir maddeye ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir (s. 60’ı kontrol ediniz) <i>DİKKAT:</i> Görüşme sorusuna “EVET” yanıtı değerlendirilmenin “-” olması anlamına gelir	? - + F25 s. 50	<b>F18</b>
<b>F19</b>	D. Bir başka mental bozukluk tarafından daha iyi açıklanamaz <i>Notlar:</i>	? - + F25 s. 50 ↓ Panik Bozukluk	<b>F19</b>
<b>F20</b>	B. (1) agorafobinin olması <i>Notlar:</i>	? - + F24 s. 49	<b>F20</b>
<b>F21</b>	B. (2) agorafobik durumlardan kaçınma ya da belirgin sıkıntı ya da anksiyete ile katlanma ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinime <i>Notlar:</i>	? - + F24 s. 49	<b>F21</b>
<b>F22</b>	B. (3) anksiyete ya da fobik kaçınma bir başka mental bozukluk tarafından daha iyi açıklanamaz. <i>Notlar:</i>	? - + F24 s. 49	<b>F22</b>

## ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

F23

AGORAFOBİ VARDIR

Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz \_\_\_\_

+

↓

F23

300.21 Agorafobi  
ile Birlikte  
Panik  
Bozukluğu

F25  
s. 50

F24

AGORAFOBİ YOKTUR

Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz \_\_\_\_

+

↓

F24

300.01 Agorafobi  
Olmadan  
Panik  
Bozukluğu

F25  
s. 50

## ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

### OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

<b>F25</b>	<i>Obsesyonlar:</i> (1) yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler <i>Notlar:</i>	? - + F30 aşağıda	<b>F25</b>
<b>F26</b>	(2) sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir <i>Notlar</i>	? - + F30 aşağıda	<b>F26</b>
<b>F27</b>	(3) kişi bu düşüncelere önem vermemeye ya da bunları baskılamaya ya da etkisizleştirmeye çalışır <i>Notlar</i>	? - + F30 aşağıda	<b>F27</b>
<b>F28</b>	(4) kişi bunların kendi zihninin bir ürünü olduğunun farkındadır. <i>Notlar</i>	? - + F30 aşağıda	<b>F28</b>
<b>F29</b>	OBSESYONLARDAN (1), (2), (3) VE (4) "+"	? - +	<b>F29</b>
<b>F30</b>	<i>Kompulsiyonlar:</i> (1) yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemler <i>Notlar</i>	? - + F33 s, 51	<b>F30</b>

## ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

<b>F31</b>	(2) davranışlar ya da zihinsel eylemler sıkıntıyı önlemeye ya da azaltmaya yöneliktir <i>Notlar:</i>	? - +   F33 aşağıda	<b>F31</b>
<b>F32</b>	KOMPÜLSİYONLARDAN (1) VE (2) "+"	? - +	<b>F32</b>
<b>F33</b>	HEM F29 "+", HEM DE F32 "+" (yani hem obsesyonlar, hem de kompülsiyonlar bulunur)	? - +   F39 s. 52	<b>F33</b>
<b>F34</b>	B. Kişi obsesyonların ya da kompülsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder <i>Notlar:</i>	? - +   F39 s. 52	<b>F34</b>
<b>F35</b>	C. Obsesyonlar ya da kompülsiyonlar klinik olarak belirin sıkıntıya neden olur <i>Notlar:</i>	? - +   F39 s. 52	<b>F35</b>
<b>F36</b>	D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompülsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir <i>Notlar:</i>	? - +   F39 s. 52	<b>F36</b>



## ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

F40

(1) kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir  
Notlar:

? - +

F40

F65  
s. 56

F41

(2) tepkiler arasında yoğun korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır  
Notlar:

? - +

F41

F65  
s. 56

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

F42

(1) olayın sıkıntı veren anıları  
Notlar:

? - +

F42

F43

(2) olayı rüyalarda görme  
Notlar:

? - +

F43

F44

(3) travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme  
Notlar:

? - +

F44



## ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

F45	(4) iç ya da dış olaylarla karşılaşınca yoğun psikolojik sıkıntı duyma <i>Notlar:</i>	? - +	F45
F46	(5) iç ya da dış olaylarla karşılaşınca fizyolojik tepki gösterme <i>Notlar:</i>	? - +	F46
F47	<b>"B" SEMPTOMLARINDAN EN AZ BİRİ "+"</b>	? - + F65 s. 56	F47
F48	C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)	? - +	F48
F49	(1) düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları <i>Notlar:</i>	? - +	F49
F50	(2) travmanın önemli bir yönünü anımsaymama <i>Notlar:</i>	? - +	F50

## ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

<b>F51</b>	<p>(4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması</p> <p><i>Notlar:</i></p>	? - +	<b>F51</b>
<b>F52</b>	<p>(5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaşmış duyguları</p> <p><i>Notlar:</i></p>	? - +	<b>F52</b>
<b>F53</b>	<p>(6) duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama)</p> <p><i>Notlar:</i></p>	? - +	<b>F53</b>
<b>F54</b>	<p>(7) bir geleceği kalmadığı duygusunu yaşama</p> <p><i>Notlar:</i></p>	? - +	<b>F54</b>
<b>F55</b>	<p><b>"C" SEMPTOMLARINDAN EN AZ ÜÇÜ "+"</b></p>	<p style="text-align: center;">?</p> <p style="text-align: center;"> </p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="margin: 0;">F65 s. 56</p> </div> <p style="text-align: center;">+</p>	<b>F55</b>
<p>D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:</p>			
<b>F56</b>	uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük	? - +	<b>F56</b>
<b>F57</b>	irritabilite ya da öfke patlamaları	? - +	<b>F57</b>
<b>F58</b>	düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme	? - +	<b>F58</b>
<b>F59</b>	hipervijilans	? - +	<b>F59</b>
<b>F60</b>	aşırı irkilme tepkisi gösterme	? - +	<b>F60</b>
<b>F61</b>	<p><b>D. SEMPTOMLARINDAN EN AZ İKİSİ "+"</b></p>	<p style="text-align: center;">?</p> <p style="text-align: center;"> </p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="margin: 0;">F65 s. 56</p> </div> <p style="text-align: center;">+</p>	<b>F61</b>

## ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

<b>F62</b>	Bozukluğun süresi 1 aydan uzundur	? - +   F65 aşağıda	<b>F62</b>
<b>F63</b>	F. Klinik açıdan belirgin sıkıntı ya da bozulma olması	? - +   F65 aşağıda	<b>F63</b>
<b>F64</b>	<b>POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU A, B, C, D, E VE F ÖLÇÜTLERİ "+"</b> Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+ ↓	<b>F64</b>
		300.81 Post-travmatik Stres Bozukluğu	

### DİĞER ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

<b>F65</b>	300.22 Panik Bozukluğu Öyküsü olmadan Agorofobi Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	<b>F65</b>
<b>F66</b>	300.23 Sosyal Fobi Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	<b>F66</b>
<b>F67</b>	300.29 Özgül Fobi Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	<b>F67</b>
<b>F68</b>	300.02 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	<b>F68</b>

## ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

### BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

F69	Klinik açıdan belirgin anksiyete ya da fobik kaçınma olması <i>Notlar:</i>	? - + F72 s. 58	F69
F70	Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir (s. 60'ı kontrol ediniz) <b>DİKKAT:</b> Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirilmenin "-" olması anlamına gelir <i>Notlar:</i>	? - + F72 s. 58	F70
F71	Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz _____	300.0 Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu	F71

### EK 3

### WHOQOL-BREF (TR)

### SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım  
İlkokul-ortaokul  
Lise veya eşdeğeri  
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş  
evli  
evli gibi yaşıyor

ayrılmış  
boşanmış  
eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

\_\_\_\_\_ hastalık / sorun

#### Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdaki ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta hissettiğiniz** ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? .....

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı? .....

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

## EK 4

### Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

1=Yok 2=Çok 3=Hafif 4=Orta 5=Orta/Ağır 6=Ağır 7=Çok Ağır

#### Pozitif Belirtiler Ölçeği (P)

P1 Sanrılar	1	2	3	4	5	6	7
P2 Düşünce Dağınıklığı	1	2	3	4	5	6	7
P3 Varsanılar	1	2	3	4	5	6	7
P4 Taşkınlık	1	2	3	4	5	6	7
P5 Büyüklük Duyguları	1	2	3	4	5	6	7
P6 Şüphencilik	1	2	3	4	5	6	7
P7 Düşmanca Tutum	1	2	3	4	5	6	7

#### Negatif Belirtiler Ölçeği (N)

N1 Duygulanımda Küntleşme	1	2	3	4	5	6	7
N2 Duygusal İçeçekilme							
N3 İlişki Kurmada Güçlük	1	2	3	4	5	6	7
N4 Kayıtsız Biçimde Kendini							
Toplumdan Çekme	1	2	3	4	5	6	7
N5 Soyut Düşünme Güçlüğü	1	2	3	4	5	6	7
N6 Konuşmasının Akıcı							
Olmasının Kaybı	1	2	3	4	5	6	7
N7 Stereotipik Düşünme	1	2	3	4	5	6	7

#### Genel Psikopatoloji Ölçeği (G)

G1 Bedensel Kaygı	1	2	3	4	5	6	7
-------------------	---	---	---	---	---	---	---



EK 5

**HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)**

*Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin*

Puan

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	
2. GERİLİM	
3. KORKULAR	
4. UYKUSUZLUK	
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	
6. DEPRESİF MİZAÇ	
7. SOMATİK (muskuler)	
8. SOMATİK (duygusal)	
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	
<b>TOPLAM PUAN:</b> .....	
<b>PSİŞİK (1,2,3,5,6)</b> .....	
<b>SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)</b>	

## EK 6

## GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	<b>Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.</b>
81-90	<b>Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).</b>
71-80	<b>Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozuğa olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)</b>
61-70	<b>Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomni) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.</b>
51-60	<b>Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).</b>
41-50	<b>Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törenselle davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).</b>
31-40	<b>Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışmaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).</b>
21-30	<b>Davranışları hezeyanlar ve varsanıllardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).</b>
20-11	<b>Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereksinimleri bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).</b>
1-10	<b>Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereksinimleri sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.</b>
0	Bilgi yetersiz

PUAN