

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**ŞİZOFRENİDE TRAVMA ÖYKÜSÜNÜN ANKSİYETE
SEMPTOMLARI, UMUTSUZLUK VE İNTİHAR
DÜŞÜNCESİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Özgür Deniz DEĞER

PSİKİYATRİ UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanları: Doç. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

Doç. Dr. M. Cem İLNEM

İSTANBUL-2012

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**ŞİZOFRENİDE TRAVMA ÖYKÜSÜNÜN ANKSİYETE
SEMPTOMLARI, UMUTSUZLUK VE İNTİHAR
DÜŞÜNCESİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Özgür Deniz DEĞER

PSİKİYATRİ UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanları: Doç. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

Doç. Dr. M. Cem İLNEM

İSTANBUL-2012

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. ÖZGÜR DENİZ DEĞER

UZMANLIK DALI: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

TEZİN ADI: ŞİZOFRENİDE GÖRÜLEN TRAVMA ÖYKÜSÜNÜN ANKSİYETE
SEMPTOMLARI, UMUTSUZLUK VE İNTİHAR DÜŞÜNCESİ İLE İLİŞKİSİ

1-Sayfa Sayısı:	: 66
2-Tablo Sayısı	: 7
3-Şekil Sayısı:	: 15
4-İstatistik Sayısı:	: 6
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu	: 138
6-Yazı Tertibi	: BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet	: BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu	: BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı	: ORJİNAL

SONUÇ: BAŞARILI

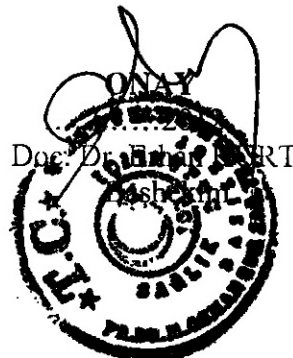
TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye
Doç. Dr. M. Cem İLİNEM
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Eğitim Görevlisi

Sicil No: 22002

Üye
Doç. Dr. Ekrem Cüneyt EVREN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü
Sicil No: 53480

Üye
Doç. Dr. İ. Ömer SAATÇIOĞLU
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt. ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü
Sicil No: 34518



ÖNSÖZ

Sağladığı huzurlu, bilimsel, hasta yanlısı ve sıcak çalışma ortamı nedeniyle değerli hocam Doç. Dr. M. Cem İLNEM'e,

Başhekim Doç. Dr. Erhan KURT'a,

Tez danışmanım ve sevgili ablam Doç. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU'na,

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkıda bulunan Dr. Kirkor KAMBERYAN, Doç. Dr. Baki ARPACI, Doç. Dr. Defne TAMAR GÜROL, Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Dr. Ali Rıza ÇELİKEL, Dr. Ahmet TÜRKCAN, Prof. Dr. Levent KAYAALP ve Doç. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK'e,

Tecrübelerinden yararlanma fırsatını sundukları için Dr. Ferhan YENER, Dr. Derya İPEKÇİOĞLU ve Dr. Ö. Faruk ASLANER'e

Mesaimi paylaştığım tüm Uzmanlar, Asistanlar, Psikologlar, Hemşireler, Sağlık Memurları, Sosyal Hizmet Uzmanları, Tıbbi Sekreterler ve diğer hastane personellerine,

Psikotik Bozukluklar Tedavi Eğitim ve Araştırma Merkezi çalışanlarına,

Can dostum Özgür ÖNDER'e

Değerli dostlukları için Deniz GÜNEŞ, E. Müjgân ÖZEN, Murat S. YILDIRIM, Çezar ATASOY, Zeynep ERDOĞDU, Agâh AYDIN, M. Murat GÜNDÜZ, Rıdvan ÜNEY Gonca POLAT BALCI, Alaattin BULUT, Ferhat SARI, Cengiz DAYAN ve İsmail PULAT'a,

Tez hazırlama sürecinde sevgilerinden ve vakitlerinden çaldığım sevgili eşim Rona ve oğlum Robîn Ararat'a,

Teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
I. ÖNSÖZ	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET	III
IV. ABSTRACT	IV
V. KISALTMALAR	V
VI. TABLO LİSTESİ	VI
VII. ŞEKİL LİSTESİ	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	21
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	50
7. KAYNAKLAR	52
8. EKLER.....	66

ÖZET

Şizofrenide Görülen Travma Öyküsünün Anksiyete Semptomları, Umutsuzluk Ve İntihar Düşüncesi İle İlişkisi

Dr. Özgür Deniz DEĞER

Giriş: Travma ile şizofreni arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Travmanın psikotik hastalıklara yol açabildiği, bazen de hastalığın şiddetini artırdığı ve işlevselliği bozduğu da ortaya konmuştur. Bununla birlikte travmanın şizofrenide anksiyete semptomları, umutsuzluk ve intihar düşüncesi üzerindeki etkisi yeterince araştırılmamıştır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarında travma öyküsünün anksiyete semptomlarının şiddetine etkisi ile umutsuzluk ve intihar düşüncesi ilişkisini araştırmak, böylece şizofreni hastalarında travma öyküsünün ve anksiyete semptomlarının önemine dikkat çekmektir.

Yöntem: Çalışmaya Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikotik Bozukluklar Tedavi Eğitim ve Araştırma Merkezi'ne Aralık 2010- Şubat 2011 tarihleri arasında başvuran ve DSM-IV TR tanı sınıflandırmasına göre şizofreni tanısı konmuş 48 erkek, 37 kadın toplam 85 hasta dahil edilmiştir. Olgular Psikotik Bozukluklar Tedavi Eğitim ve Araştırma Merkezi Polikliniği sosyodemografik ve klinik veri toplama formu, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Travmatik yaşam olayları listesi, İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ) ve Barnes Akatizi Değerlendirme Ölçeği (BADÖ) kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirme için SPSS 17.0 programı kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya alınan 85 hasta değerlendirildiğinde olguların %56,5'i (n=48) erkek, %43,5'i (n=37) kadındı. Olguların %29,4'ü (n=25) daha önce intihar girişiminde bulunmuştu. Olguların % 25,88'i (n=22) herhangi bir travmaya uğramamışken, %74,12'sinde (n=63) hayatının bir döneminde travma öyküsü olduğu saptandı. Travma türleri arasında anlamlı bir fark yoktu. Travmaya uğrayan hastalarda daha şiddetli anksiyete semptomları gözlemlendi ve bu hastalarda umutsuzluk düşüncesi ile intihar düşüncesinin arttığı ortaya kondu. Travma öyküsü ile intihar girişimi öyküsü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Anksiyete semptomlarının artışının, umutsuzluk ve intihar düşüncesini arttırdığı bulundu. Hastaların eğitim seviyesi arttıkça anksiyete semptomlarının şiddetinin azaldığı görüldü.

Sonuç: Şizofreni hastalarındaki travma öyküsü, anksiyete semptomlarının şiddetini ve intihar düşüncesini artırmaktadır. Şizofreni hastalarını değerlendirirken travma öyküsünün ve anksiyete semptomlarının sorgulanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Travma, Anksiyete, İntihar, Umutsuzluk

ABSTRACT

The Association of Traumatic Experiences with Anxiety Symptoms, Hopelessness and Suicidal Ideation in Schizophrenia

Özgür Deniz DEĞER, MD.

Background: Studies investigating the relationship between trauma and schizophrenia have recently been increasing in number. It has been demonstrated that trauma may either be a direct cause of psychotic disorders or increase the severity of disease symptoms and decline functionality. However, data about the impact of trauma on anxiety symptoms, hopelessness and suicidal thoughts in schizophrenia is limited.

Aim: This study aimed to explore the impact of trauma on the severity of anxiety symptoms in schizophrenia patients and to investigate the relation of traumatic experiences with suicidal thoughts and hopelessness. We aim to emphasize the importance of trauma history and anxiety symptoms in schizophrenia

Material and Methods: Initial data concerning all adult patients consecutively admitted to Bakırköy Mental Hospital Psychotic Disorders Treatment and Investigation Center between December 2010 - February 2011 were collected. 48 male and 37 female patients aged between 18-65 years, diagnosed as schizophrenia according to the DSM-IV TR diagnostic criteria and educated enough to provide written information were included. Verbal informed and written informed consent was obtained from all patients before the study and those who were not volunteers were excluded. Data about patients included in the study was collected with the standart sociodemographic form of the Psychotic Disorders Treatment and Investigation Center. All patients were assessed with the Structured Clinics Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck's Pessimism Scale, Traumatic Experiences Checklist (TEC), Suicidal Ideation Scale (SIS) and BARNES Akathisia Scale. Statistical measurement was performed via SPSS 17.0 and level of statistical significance was measured to be <0.05 .

Results: When 85 patients included in the study were evaluated according to gender difference 56,5% (n=48) were found to be male while as 43,5% (n=37) were female. 29,4% (n=25) of all patients had a previous suicide attempt. 25,8% (n=22) reported to have no trauma history but 74,12% (n=63) were traumatized any time during their life. No statistical difference was found among trauma types. Patients with a history of trauma were found to have more severe anxiety symptoms. Trauma was also associated with higher rates of suicidal thoughts and hopelessness. There was no significant correlation between trauma and suicide attempts. Anxiety symptoms were related to increased hopelessness and suicidal ideation. Anxiety symptoms were found to be decreasing as the educational status of patients increased.

Conclusion: History of trauma in schizophrenia patients leads to worsening of anxiety symptoms and increases risk of suicide. It should be kept in mind that trauma history and anxiety symptoms are important issues while evaluating a schizophrenia patient.

Keywords: Schizophrenia, Trauma, Anxiety, Suicide, Hopelessness

KISALTMALAR

5-HT	:5-Hidroksi Triptamin
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
APA	:Amerikan Psikiyatri Birliği
BAÖ	:Beck Anksiyete Ölçeği
BARS	:Barnes Akatizi Değerlendirme Ölçeği
BOS	:Beyin Omurilik Sıvısı
BUÖ	:Beck Umutsuzluk Ölçeği
D	:Dopamin
DSM	:Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
HIAA	:Hidroksiindolasetik asit
ICD	:Uluslararası Hastalık Sınıflaması
İDÖ	:İntihar Düşüncesi Ölçeği
NEMESIS	:Holanda Ruh Sağlığı İnsidans Çalışması
NESDA	:Hollanda Depresyon ve Anksiyete Çalışması
PANSS	:Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
SCID-I	:DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Olguların sosyodemografik özellikleri

Tablo 2: Olguların hastalık özellikleri

Tablo 3: Travma öyküsünün sosyodemografik bilgilerle ilişkisi

Tablo 4: Travma türünün cinsiyetlere göre dağılımı

Tablo 5: Travma öyküsünün hastalık özellikleriyle ilişkisi

Tablo 6: Travma öyküsünün anksiyete, umutsuzluk ve intihar düşüncesiyle ilişkisi

Tablo 7: Olguların sosyodemografik bilgilerinin BAÖ ile ilişkisinin değerlendirilmesi

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1: Travma öyküsünün intihar girişimi ile ilişkisi
- Şekil 2: Travma öyküsünün cinsiyetlere göre değerlendirilmesi
- Şekil 3: Travma öyküsünün Beck Anksiyete Ölçeği ile ilişkisinin değerlendirilmesi
- Şekil 4: Olgularda travma öyküsü ile Beck Umutsuzluk Ölçeğinin ilişkisi
- Şekil 5: Olguların travma öyküsü ile intihar düşüncesi ölçeğinin değerlendirilmesi.
- Şekil 6: Duygusal travma ve BAÖ ilişkisinin değerlendirilmesi
- Şekil 7: Fiziksel travma öyküsü ve BAÖ ilişkisinin değerlendirilmesi
- Şekil 8: Cinsel travma öyküsü ile BAÖ ilişkisinin değerlendirilmesi
- Şekil 9: Beck Anksiyete Ölçeği ile cinsiyetin değerlendirilmesi
- Şekil 10: Beck Anksiyete Ölçeği ve öğrenim durumunun değerlendirilmesi
- Şekil 11: Beck Anksiyete Ölçeği ile Medeni Durum
- Şekil 12: Olguların hastalık sürelerinin BAÖ değerlerine göre dağılımı
- Şekil 13: Olguların hastaneye yatış sayılarının BAÖ değerlerine göre dağılımı
- Şekil 14: Beck Anksiyete Ölçeğinin Beck Umutsuzluk Ölçeği İle İlişkisi
- Şekil 15: Beck Anksiyete Ölçeğinin İntihar Düşüncesi Ölçeği İle İlişkisi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Şizofreni düşünceyi, algıyı, duyguyu, hareketi ve davranışı etkileyen, çeşitli semptom kümeleri halinde ortaya çıkabilen ve farklı klinik görünümler sergileyen kronik gidişli bir bozukluktur (1,2). Semptomların görünümü kişiden kişiye ve zaman içerisinde değişiklik gösterebilir ancak hastalığın kümülatif etkisi sıklıkla ağır ve kalıcıdır. Şizofreninin gidişatı değişken olmakla birlikte, oldukça yıkıcı tablolarla seyredebilir (3). Hastalık, kişileri hayatlarının en işlevsel döneminde yakalamakta ve pek çok vakada tekrarlayıcı, kronik bir seyir izleyerek onları üretim dışına itmekte, çevresiyle önemli uyumsuzluk ve çatışmalar yaşamasına yol açmaktadır (4,5).

Anksiyete, birçok ruhsal bozuklukta belirti olarak ortaya çıkan, normalde bireye yönelik olası bir tehlike tehdidi karşısında bireyin harekete geçmesini sağlayan, gerektiğinde tehlikeden koruyan, uyuma ve evrimsel olarak hayatta kalmaya yönelik bir biyolojik uyarıcı; tehdide göre orantısız, gelecek yönelimli, öznel ve nesnel bedensel yönleri olan, olumsuz ve hoş olmayan bir duygulanımdır. Beklenenden fazla ya da şiddetli olan, gereğinden uzun süren ve en önemlisi kişinin günlük işlevlerini bozarak ya da yeti yitimi yaratarak yaşamı olumsuz etkileyen anksiyete patolojik olarak kabul edilir.

Anksiyetenin şizofreni patofizyolojisindeki önemi uzun zamandır bilinmesine karşın, şizofrenideki anksiyete belirtileri ya da sendromlarına ilişkin çalışmalar az sayıdadır. Bunun en önemli sebebi psikiyatrik tanı sistemlerindeki hiyerarşik yaklaşımlarda, belirtileri kapsayıcı hastalık ile açıklama eğilimi ve eşlik eden diğer hastalık tanılarının ihmal ediliyor olmasıdır. DSM IV tanı ve sınıflandırma sisteminde ruhsal hastalıklarda eşanlı durumlara açıklık getirilmesiyle birlikte, şizofreni ve anksiyete belirtileri/bozuklukları üzerine araştırmalar hızlanmıştır. Bazı sistematik çalışmalar da anksiyete semptomlarının şizofreniye sıklıkla eşlik ettiğini göstermiştir. Örneğin şizofreni hastalarının üçte birinden fazlası klinik olarak belirgin obsesif ya da kompulsif belirtiler göstermektedir (6,7). Şizofreniye eşlik eden anksiyetenin varlığı daha

yüksek intihar riski, daha kötü sosyal işlevsellik ve relaps riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur (8). Bu da şizofreni tedavisinin aksamasına, daha çok yatışa ve daha yüksek doz ilaç kullanımına neden olmaktadır. Uzun süredir devam eden bu hiyerarşik yaklaşım, son yıllarda tedaviye direnç konusundaki araştırmalarla birlikte etkisini kaybetmeye başlamıştır.

Anksiyetenin şizofreni semptomlarını ve işlevselliği etkilediği boyutsal ya da kategorik çalışmalarla kanıtlanmıştır. Sözelimi sosyal anksiyete bozukluğu ve şizofrenisi olan hastalarda yaşam kalitesinin bozulduğu ve özgüvenin azaldığı ortaya konmuştur(9). Komorbid panik bozukluğunun psikotik hastalardaki rehabilitasyon yanıtını düşürdüğü görülmüştür (10). Diğer bazı çalışmalarda ise şizofreninin geç dönemlerinde kendini gösteren obsesif-kompulsif belirtilerin pozitif/negatif semptom şiddetinde artış, umutsuzluk ve düşük sosyal işlevsellikle bağlantılı olduğu saptanmıştır (11-13).

Bebbington ve ark., şizofreni hastalarında, fiziksel ya da cinsel travma öyküsünün normal popülasyona göre 5.5 kat daha yüksek olduğunu belirlemiştir(14). Cinsel ve fiziksel saldırıyı içeren travma öyküsü; umutsuzluk ve anksiyete semptomları, özellikle varsanılarla kendini gösteren pozitif semptomlar, yaşam kalitesinde ve sosyal işlevselikte bozulmayla (15-17) ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmalar travma öyküsünün, şizofreni hastalarında görülen anksiyete semptomları, semptom şiddeti ve sosyal işlevsellikle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarında travma öyküsünün anksiyete semptomlarının şiddetine etkisi ile umutsuzluk ve intihar düşüncesi ilişkisini ve anksiyete semptomlarının umutsuzluk ve intihar düşüncesi üzerindeki etkilerini araştırmaktır. Anksiyete semptomları hafif, orta ve ağır düzeyde olarak değerlendirilmiştir. Travma öyküsü olan hastalarda anksiyete semptomlarının daha şiddetli, umutsuzluk ve intihar düşüncesinin de daha fazla olacağı öngörülmüştür. Elde edilen verilerle şizofrenide travma öyküsünün hastadaki anksiyete semptomlarının şiddetine etkisine ve tedavi planının buna göre yeniden değerlendirilmesinin önemine vurgu yapılmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 ŞİZOFRENİ

2.1.1 Tanım

Şizofreni, ruhsal durumun hemen tüm alanlarında belirti ve bulgular gösteren, genellikle gençlik yıllarında başlayan, gidiş ve sonlanması hastadan hastaya ve süreç içinde değişen, henüz etiyojisi tam olarak bilinmeyen ve önemli ölçüde yeti yitimine yol açan bir toplum sağlığı sorunudur (31).

2.1.2 Tarihçe

Elimizdeki veriler, şizofreni klinik tablosunda yer alan belirti ve bulguların çok eski tarihlerde de tanındığını belirtmektedir. Milattan önce 1400 yıllarında yazılmış olan Hint Veda yazıtlarında bunun ilk örneğine rastlanır. Yine eski çağlara ait Çince yazıtlarda, Tevrat ve Talmut'ta, Yunan mitolojisi metinlerinde şizofrenide rastladığımız davranış değişikliklerinden bahsedilmektedir. Milattan önce 400'lü yıllarda ilk kez Hipokrat tarafından ruhsal hastalıklar tıbbi bir durum olarak ele alınmış olsa da geniş kabul gören "şizofreni" tanımlamasını ilk olarak 1899 yılında Emil Kraepelin yapmış, şizofreni klinik belirtilerinin "dementia precox-erken bunama" adı altında birleştirilmesi gerektiğini düşünmüştür. Bu klinik tabloda temel özellikler; varsanılar, sanrılar, düşüncenin yapısında bozulma, enkoherans, afektif küntlük, negativizm, stereotipiler ve içgörü kaybıdır. Bu terimle birlikte Kraepelin hastalığın başlangıç ve sonlanışını imlemiş ve hastalığın sınırlarını manik-depresif psikozdan ayırmıştır(32). Eugene Bleuler ise 1911 yılında dementia precox olarak değerlendirilen hastaları gözleyerek en önemli ve temel belirtinin, düşüncenin yapılanması ve belirtilmesindeki parçalanma olduğunu düşünmüş ve bunu zamanının psikoloji kavramlarına atıfta da bulunarak çağrışımların bozulması (loosening of associations) olarak yorumlamıştır. Çağrışımlardaki bu "yarılmanın", bozukluğun en temel belirtisi olduğunu vurgulamak için, hastalığa "şizofreni" adını vermiştir (33). Bleuler, çağrışımlardaki bu bozulmaya eşlik eden autism, ambivalans,

afektif küntlüğü de tanımlamış, bu belirtileri şizofreninin temel/birincil belirtileri olarak adlandırmıştır. Şizofreninin gidişi boyunca bu belirtilerin kaldığını, ikincil/aksesuar belirtiler olarak adlandırdığı psikotik belirtilerin ise dalgalanma gösterdiğini belirtmiştir. İkincil belirtilerin birincil belirtilerden türediğini vurgulamıştır (33,34). Karl Jaspers, 1913 yılında klinik hiyerarşi ilkelerini ortaya koyarak ve özgül olmayan belirtiden daha az özgül olan belirtilere doğru bir hiyerarşik anlayışla tanı konulması görüşü ile Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabını (DSM) doğuran anlayışa öncülük etmiştir. Kurt Schneider, 1930'lerde şizofreni için patognomonik olduğunu ileri sürdüğü birinci sıra belirtileri tanımlamıştır. Bunlar; düşünce çekilmesi, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, kişinin kendisi hakkında konuşan ve davranışları ile ilgili yorum yapan sesler, düşüncenin, hareketin ve eylemin dışarıdan kontrol edilmesi gibi yaşantılardır. "Schneiderian belirtiler" kavramı, DSM-III'e kadar özellikle İngiltere ve Almanya'da önemli izler bırakmıştır (32,33).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952'de Adolf Meyer'in öncülüğünde yayımlanan DSM-I sınıflandırmasında şizofreni, şizofrenik reaksiyonlar olarak tanımlanmıştır. Şizofreni tanısı daha sonraki DSM çalışmalarında sürekli revize edilmiş, 1994'te yayımlanan ve 2000 yılında revize edilen DSM IV TR'de son haline ulaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1972'de yayınladığı Uluslararası Hastalık Sınıflaması-9 (ICD-9) ve 1992'de yayınladığı ICD-10'da da Şizofreni tanısı yer almaktadır (35,36).

2.1.3 Sıklık ve Yaygınlık

Şizofreni bütün toplumlarda sık görülen ve ciddi yeti yitimi ile önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kendini gösteren bir hastalıktır. Uzun süre, şizofreni sıklığının toplumlar arasında farklılık göstermediği düşünülmüş ancak sistematik gözden geçirme çalışmaları şizofreni sıklığının değişik toplumlarda 100.000' de 7,7 – 43 arasında saptamışlardır. Aynı şekilde şizofreni yaygınlığı da toplumlar arasında fark göstermektedir. Bununla birlikte yaşam boyu hastalanma riski ortalama %11,9 olarak saptanmıştır. Bu da "şizofreni prevalansı %1'dir" dogması ile uyumludur (37,38). Erkeklerde ve kadınlarda eşit yaygınlıkta görülmekle birlikte, iki cinsiyette hastalığın başlama yaşı ve gidişi farklıdır. En sık ortaya çıktığı yaş dönemi erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşlarıdır.

Ortaya çıkma yaşı kadınlarda orta yaşlarda ikinci bir pik yapar. Kadın hastalarda gidiş erkeklere göre daha iyidir(5). Erkek şizofreni hastalarının yarısından çoğu, kadın şizofreni hastalarının ise üçte biri ilk kez 25 yaşından önce bir psikiyatri kliniğine yatırılmaktadır (39,40). Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde daha yüksek olduğu bildirilen yaygınlığın evlilerde, bekâr ve ayrı yaşayanlardan daha düşük olduğu ve evliliğin hastalığa karşı koruyucu bir unsur olduğu ileri sürülmektedir. Göç, viral enfeksiyonlar, doğum mevsimi, stres verici yaşam olayları da risk etkenleri arasında sayılmaktadır (41,42).

2.1.4 Etiyoloji

Şizofreninin etiyojisini aydınlatmaya yönelik sayısız araştırma yapılmış ve çeşitli görüşler ortaya atılmıştır. Şizofreni etyolojisini dört ana başlık altında toplayabiliriz:

Stres-Yatkınlık Modeli:

Biyolojik, psikososyal ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşiminin anlatımı olarak tanımlanan stres yatkınlık modeli, özel bir yatkınlığı bulunan kişide stresli bir durumla karşılaşıldığında şizofreni belirtilerinin geliştiği ileri sürülmüştür. Birçok genel stres yatkınlık modelinde, yatkınlık veya stresin biyolojik, çevresel veya her ikisi birden olabileceği belirtilmiştir (43).

Nörobiyoloji:

Dopamin (D) Hipotezi: D2, D3,D4 reseptörlerinin duyarlılığındaki artış pozitif bulgulardan, D1 ve D5 reseptörlerinin duyarlılığındaki azalma negatif bulgulardan ve bilişsel işlevlerdeki kayıptan sorumlu tutulmuştur (44).

Serotonin Hipotezi: Şizofreninin oluşumunda 5 Hidroksitriptamin (5HT) 1, 5HT1D, 5HT2, 5HT3, 5HT6 ve 5HT7 reseptörlerinin duyarlılığındaki değişiklikler sorumlu tutulmuştur (44).

Nörogelişimsel Hipotez: Doğumdan önce ya da daha sonra oluşan nörogelişimsel anormalliklerin şizofreniye yol açabileceği öne sürülmektedir. Yapılan çalışmalarda bu anormalliklerin neler olduğu ve ne şekilde şizofreniye neden olduğuna yönelik kesin bilgiler yoktur (44).

Genetik Etkenler:

Farklı bölgelerdeki çeşitli genlerin birikici etkisinden söz eden çok etkenli eşlik modelinden, tek baskın gen ile çeşitli sayıda diğer genlerin etkileşiminden

söz eden karmaşık modele kadar pek çok kalıtımsal geçiş olduğu ileri sürülmektedir. Şizofreninin genetik aktarımı için potansiyel bölgeler konusunda 6. 11. 21. kromozomlara ve X kromozomuna, ayrıca D3 ve 5HT2A reseptörlerini kodlayan genlerdeki polimorfizmlere dikkati çeken çalışmalar vardır. Ancak bu çalışmalar şizofreninin kalıtımına yönelik çelişkili sonuçlar bildirmektedir (44).

Psikososyal etkenler:

Düşük sosyoekonomik ortamlara ait bir çok etkenin şizofreni riskini arttırdığına dair çalışmalar vardır: daha fazla stresli yaşam olayı, çevresel zararlı etkilere daha fazla maruz kalma, yüksek prenatal veya perinatal travma riski, ortaya çıkan bu zorlayıcı etkenlerle başa çıkabilmek için daha sınırlı kaynakların kullanılabilmesi gibi nedenlerin şizofreninin ortaya çıkmasında etkili oldukları ileri sürülmektedir. Buna karşılık endüstrileşmiş batı ülkelerinde şizofreninin prognozunun gelişmekte olan ülkelere göre daha olumsuz olduğu bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde toplumsal rekabetten uzak geleneksel aile yapısı hastanın prognozunu olumlu yönde etkilemektedir (45).

Şizofreni gelişimiyle ilgili psikolojik kuramlar üç alt grup altında toplanmıştır.

Bireyle ilgili kuramlar:

Psikoanalitik kurama göre şizofrenideki başlıca bozukluk bir ego organizasyon bozukluğudur. Bu da gerçekliğin yorumunu ve dürtülerin denetim altında tutulmasını etkiler. Freud'a göre şizofreni hastalarında primer narsistik evreye regresyon vardır, libido dışnesnelere geri çekilmiş ve egoya bağlanmıştır. Libidonun geri çekilmesi dış dünyayı anlamsızlaştırdığı için hasta olağan dışı birtakım inanışlar geliştirerek dışdünyaya yeniden bir anlam kazandırmaya uğraşır (46). Mahler'e göre çocuk gelişiminin oral döneminde anne çocuk ilişkisini belirleyen tam bir bağımlılık ve yakınlığın ötesine geçemez ve anneden ayrılamaz (47). Melanie Klein da paranoid şizofren evrenin aşılmasında başarısız kalınmasının şizofreninin temelini oluşturduğunu ileri sürmüştür (48).

Aileyle ilgili kuramlar:

Sık alevlenme gösteren şizofrenik hastaların ailelerinde yapılan çalışmalarda bu hastaların aile ortamlarının duygu dışavurumunun yüksek oluşuyla alevlenmelere zemin hazırladığı bulunmuştur (49,50).

Yatkınlık-stres kuramı:

Bu modele göre şizofreni genetik ya da biyolojik etkenlerle, ruhsal, yapısal ve yaşantısal etkenlerin etkileşimleri sonucu ortaya çıkan bir bozulmadır. Yaşantısal etkenler ancak doğal yapıdaki sorunlarla birlikte etkileşerek şizofrenik bir sürecin doğmasına yol açmaktadır. Kalıtımsal yükümlülüğün, içinde yetişilen aile ortamının stresli olma durumuyla ilişkili olarak şizofreni gelişimi riskini arttırdığı evlatlıklarda şizofreni gelişimini inceleyen çalışmalarda açıklığa kavuşturulmuştur.

Yatkınlık-stres kuramında biyolojik doğanın yetiştirilme biçimleriyle etkileşmesi önemsenmiştir. Ancak genetik ve yapısal yatkınlığın daha önemli olduğu ve ruhsal dinamik etkenlerin hastalığın ortaya çıkmasında sadece kolaylaştırıcı ya da önleyici bir rolü olduğu anlaşılmaktadır. Şizofreni için kalıtımsal olarak yerleşmiş ve gelişimsel dönemlerde kişiyi hastalık dönemlerinin ortaya çıkmasında duyarlı ya da incinebilir (vulnerable) kılan etkenler söz konusudur. Duyarlılık büyük oranda kalıtımsaldır, kısmen de embriyolojik gelişim, doğum ya da doğum sonrasında yaşanan bazı biyolojik olaylarla belirlenir. Kişinin baş etme gücü ya da destekleri duyarlılığın belirtiyeye dönüşmesi üzerinde etkili olabilir. Buna göre belirli dozdaki stres etkenleri yeterince duyarlı olan bir biyolojik zeminde bireyin baş etme ve uyum gücü ile çevresel desteklerini aşarak şizofrenik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Doğaldır ki duyarlılığın fenotipik görünümüleri erken yaşlarda ortaya çıkabileceği gibi geç yaşlarda da ortaya çıkabilir. Bu model, beyinde yerleşik yapısal ya da işlevsel sorunların bireyin ruhsal donanımını, ilişki ve iletişim biçimini, baş etme gücünü ve savunmalarını etkileyeceği, fiziksel, ruhsal, toplumsal ya da varoluşsal kökenli streslerin de durumsal ya da birikimsel olarak dengeyi bozarak şizofreniye neden olabileceği şeklinde anlaşılabilir (51).

2.1.5 Risk Etmenleri

Beslenme: Prenatal beslenme azlığı şizofreni için bir risk etmenidir. İkinci Dünya Savaşı sırasında Hollanda "*hongerwinter*" döneminde ve Çin'de Kültürel

Devrim döneminde in utero olan bireylerde artmış şizofreni oranları saptanmıştır. 3. trimesterde maternal homosistein artışı ve D vitamini azalışı şizofreni ile ilişkili olası risk faktörleridir (37,38,52).

Enfeksiyon: Günümüzde prenatal karşılaşma sonrası şizofreni riskinin arttığı gösterilen etmenler; influenza, rubella, T. Gondii'dir. HSV tip II için çelişkili bulgular mevcuttur (37).

Gebelik ve Doğum Komplikasyonları: Gebelik ve doğum komplikasyonlarının artmış şizofreni riski ile ilişkisi anlamı ancak orta düzeyde bulunmuştur. Riski arttıran etmenler; antepartum kanama, diabetes mellitus, rh uyuşmazlığı, pre-eklampsi, düşük doğum ağırlığı, konjenital malformasyonlar, küçük kafa çevresi, uterus atonisi, asfiksi ve acil sezaryen operasyonu olarak bulunmuştur (38).

İlerlemiş Paternal Yaş: Birçok çalışma ilerlemiş paternal yaş ile şizofreni ilişkisini ortaya koymuştur. Bu ilişki, aile öyküsünde şizofreni olan bireylerde saptanmamıştır. Bu bulgu artan yaşla beraber spermdeki denovo mutasyonların artışının şizofreni riskini arttırdığı düşüncesini oluşturmuştur (53).

Şehir Yaşamı, Göç, Sosyal Çevre Maruziyeti: Doğum yeri ve şizofreni arasındaki ilişki güçlü bir şekilde gösterilmiştir. Hollanda ve Danimarka'da yapılan toplum temelli çalışmalar; şehirde doğumun kırsalda doğuma göre relatif riski 2,4 kat arttırdığını göstermiştir. Bu bulgu, doğum yerinin risk belirleyici bir değişken olabileceğine işaret etmekte ise de şehirde doğan kişiler, yüksek sıklıkla yine şehirde yetiştirildikleri için pre ve perinatal faktörlerle ileri yaş çocuklukta faktörlerin, bu risk artışındaki sorumluluklarının birbirlerinden ayırt edilmesi güçtür (52).

Göçün şizofreni riskini arttırdığı gösterilmiştir. Bu artmış risk birinci ve ikinci nesillerde görülmektedir. Şehir yaşamı ve göç ile şizofreni ilişkisi açısından yapılan biyolojik araştırmalar olumsuz sonuçlanmıştır. Bu durum, çevresel etmenlere dikkati yönlendirmiş ve çalışmaların sosyal biyoloji alanına kaymasına neden olmuşlardır (52).

Sosyoekonomik Düzey: Şizofreni ekonomik düzeyi düşük sınıflarda daha sık görülmektedir. Bu durumu açıklayan iki kuram geliştirilmiştir. Birinci kurama göre ekonomik düzeyi düşük bireyler, enfeksiyonlar, doğum öncesi bakımın yetersizliği ve stresle başetmede toplumsal desteğin zayıf olması gibi

yaşadıkları olumsuz koşullar nedeniyle şizofreniye yatkın hale gelmektedir. İkinci kurama göre ise, genetik yapıda şizofreniye yatkınlık taşıyan bireylerde, şizofreninin kuşaklar boyunca yeti yitimi oluşturması nedeniyle alt sınıflara doğru bir kayma olmaktadır (52,53).

Kannabis: Kannabise artmış maruziyet, şizofreni geliştirme riskini arttırmaktadır (38,53). Şizofreni hastalarında yapına çalışmalar %43 – 51 oranlarında kannabis kullanımı olduğunu göstermiştir. Kannabis kullanımı ile tüm psikotik bozuklukların ortaya çıkma olasılığı oranı (odds ratio) 1,4-2,1 arasında bildirilmektedir (53).

Travma: Ciddi psikiyatrik hastalığı olanlarda travma öyküsüne, özellikle cinsel istismara çok sık rastlanmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalarda, çocukluk çağında cinsel travmaya maruz kalmış kişilerde, şizofreni ortaya çıkma riski 15 kata kadar artabilmektedir. Cinsel travma öyküsü, özellikle varsanılarla ilişkili bulunmuştur (54).

2.1.6 Tanı

Günümüzde şizofreni tanısı sıklıkla DSM-IV-TR tanı ölçütleriyle konmaktadır.

A. Karakteristik Belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

- 1-Hezeyanlar (sanrılar),
- 2- Halüsinasyonlar (varsanılar)
- 3-Dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. Çağrışımlarda dağınıklık – sık sık konu dışı sapmalar gösterme ya da enkoherans)
- 4-İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış,
- 5-Negatif belirtiler, yani duygulanım ifadesindeki donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolusyon.

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle /birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da A Tanı Ölçütlerinde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örn. Acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D. Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun Dışlanması: Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya aktif-evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda Major Depresif, Manik ya da Mikst Epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da 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 ilişkisi: 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 varsanılar da varsa Şizofreni ek tanısı konabilir(35).

Daha az sıklıkla ICD-10 ölçütleri de kullanılabilir:

A- Düşünce yankılanması, düşünce sokulması ya da çekilmesi ve düşünce yayımlanması

Kontrol edilme, etkilenme ya da edilgenlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ya da duyuları etkileyen); sanrılı algılama

Hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanıları ya da bedenin belli bölgesinden gelen varsanısal sesler.

Tümü ile olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren başka sanrılar. Örneğin dinsel/siyasal kimliğe ya da insanüstü güç ve yeteneklere sahip olma (hava durumunu denetleme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme gibi)

B-Herhangi bir türden inatçı varsanılar, bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen gelip geçici ya da aşırı yüklü fikirlerle birlikte olmalı; ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır.

Düşünce akışında kopma ve başka düşünce sokulmaları, bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (enkoherans), uygunsuz konuşma ya da neolojizm.

Katatonik davranış, örneğin eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, negativizm, mutizm ve stupor.

Negatif belirtiler, örneğin belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme ya da uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açar; bu belirtiler depresyona ya da nöroleptik tedaviye bağlı değildir.

Şizofreni tanısı koyabilmek için:

A grubu belirtilerden en az 1 tanesi açıkça; eğer belirtiler açık değilse en az 2 tanesi ya da B grubu belirtilerden en az 2 tanesi; en az 1 aydır zamanın büyük kısmında sürmelidir (55).

DSM IV TR'de klinik özellikler, tedavi yanıtı ve seyir esas alınarak şizofrenide; paranoid tip, dezorganize tip, katatonik tip, ayrışmamış tip ve rezidüel tip olmak üzere 5 alt tip tanımlanmıştır(56).

Paranoid şizofreni: Bir ya da daha fazla sanrının ve sıklıkla işitsel varsanıların olduğu, dezorganize ve katatonik belirtilerin bulunmadığı şizofreni tipidir. Başlangıç yaşının daha geç olduğu ve daha iyi seyir gösterdiği belirtilmektedir.

Dezorganize şizofreni: İlkel, organize olmayan davranışa gerileme sistemli sanrılarının ve katatonik belirtilerin yokluğu ile belirlidir. Sinsi ve erken başlangıç, belirgin düzelme göstermeyen süregen seyir gösterir.

Katatonik şizofreni: Stupor, negativizm, rijidite, eksitasyon ya da çeşitli postür değişikliklerini içeren psikomotor bozukluklar gösterir. Son yıllarda ender görülmektedir.

Ayrışmamış şizofreni: Diğer alt tiplerin özelliklerini karşılamayan şizofreni tipidir.

Rezidüel şizofreni: Pozitif belirtilerin en alt düzeyde olduğu, negatif belirtilerin baskınlık gösterdiği hastalık tipidir.

Şizofreni ile ilgili son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda hastalığın gidiş ve sonlanış belirteçleri daha net belirlenmiştir:

-Başlangıç akut bir biçimde gelişir, hastalık geç ortaya çıkarsa ve çevresel stres etkenlerinin yeri fazla ise gidiş daha iyidir.

-Hastalık öncesi kişiliğin şizoid veya şizotipal oluşu, belirtilerin sinsi ve yavaş ortaya çıkışı daha kötü bir prognoz düşündürür.

-Hastalık öncesinde toplum, iş ve seks yaşamına göreceli olarak iyi uyum sağlamış olanlarda gidiş ve sonlanış daha iyidir.

-Ailenin hastalığı ve hastayı kabullenışı, tedavi ekibiyle işbirliği ve düşük duygu dışı vurumu gidişe olumlu katkıda bulunur.

-Hastaneye yatış sayısının çok ve sürelerinin uzun olduğu, remisyon halinin kısa sürdüğü oranda kötü prognozdan bahsedilir.

-Ailede kalıtımsal yüklülük yüksek ise süreğenleşme olasılığı yüksektir.

-Negatif klinik belirtilerin baskın olduğu hastalar sağaltımdan daha az yararlanmakta ve prognoz daha kötü olmaktadır.

-Gelişmekte olan ülkelerde ve kırsal bölgelerde şizofreni prognozu, gelişmiş ülkelere ve kentsel alanlara göre daha iyi bulunmuştur.

-Hastanın evli oluşu iyi prognoz göstergesidir.

-Hastalık belirtileri arasında konfüzyon, pozitif bulgular ve duygusal öğelerin varlığı; hastanın düşünce ve algı bozukluğu gibi belirtilerden rahatsız olması ve tedavide işbirliği ve uyumu iyi gidiş belirteçleridir.(57-59)

2.2 TRAVMA VE ŞİZOFRENİ

Travmatik olay, bireyin gerçek bir ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin veya başkalarına fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşaması, tanık olması ya da karşı karşıya gelmesi olarak tanımlanır. Bu olaya bireyin tepkileri arasında aşırı korku, dehşete düşme veya çaresizlik vardır. Travmatik olaylar; doğal felaketler, savaş, cinsel saldırı, hapis veya esaret, yangın veya patlama, trafik kazası, yaşamı tehdit eden hastalık/yaralanma, bir yakının ani ölümü/yaralanması veya fiziksel saldırı olabilir (35).

Ciddi stres yaratan olaylar karşısında yaşanan ruhsal tepkilerden söz eden kayıtlara, çok eski dönemlerden bu yana rastlanmaktadır. Travma yaratan olaylar yaygın kabul edilen şekli ile ani ve beklenmedik bir anda ortaya çıkan, bireyin bedensel ve ruhsal bütünlüğünü ya da yaşamını tehdit eden olaylar olarak tanımlanmaktadır (60,61).

Travma, kişinin dünyayı güvenilir, öngörülebilir, kontrol edilebilir bir yer olarak algılamasını zedeler ve kendi yaralanabilirliği ile yüzleştirir. Bununla baş edebilmek için ego tarafından birçok savunma mekanizması aktive edilir. Mekanizmaların çoğu ilkel ve regresif özellikleri vardır. Oldukça sık kullanılan bir savunma düzeneği olan yadsıma (inkar), benlik için tehlikeli algılanan ve bunaltı doğurabilecek bir gerçeği yok saymak, görmemek olarak tarif edilen ilkel bir savunma düzeneğidir. Yadsıma düzeneğinde bilinçdışı bir yakıştırmama, yok sayma özelliği vardır ve bunun yerine gerçek dışı başka kabullenişler, başka düşünce ve inanışlar oluşturulur. Kişi, travmanın şiddeti ve kendisinde yarattığı korku ile yüzleşmeyi reddeder. Neticesinde de minimalizasyon kullanarak, yakın çevresine travmanın kendisi için çok önemli olmadığını, kendisini iyi hissettiğini anlatır. Bazen travma sonrasında yaşanan öfke, diğer insanlara yansıtılır ve onların hiddet dolu, saldırgan oldukları düşünülür. Bu hiddet ve saldırganlıktan korunabilmek için aşırı uyarılmışlık hali gelişir. Projektif yansıtmaya splitting de eşlik edebilir: Hastalar hiçbir agresif dürtülerinin olmadığına inanırlar. Bazılarında ise öfke ve agresyon intikam düşüncesine dönüşür, çaresizliklerini kontrol edebilmek ve çektikleri ıstırapı tazmin edebilmek için hukuki yollara başvururlar. Savunma mekanizması olarak suçluluk düşünceleri de gelişebilir. Altında ise şiddet dolu kötü bir dünyada tamamen çaresiz olma algısı yatar (62).

Bu düzeneklerin ağırlık kazanması ve yoğunlaşması ile bireyin gerçeklerle bağlantısı zayıflar. Gerçeğin kesin ve sarsılmaz biçimde yadsınması psikozlarda görülür. Şizofrenide kullanılan en belirgin savunma düzeneklerinden biri de yadsımadır. Sanrı oluşumunda yadsıma düzeneği önemli yer alır. Benliğe acı ve bunaltı veren birçok çocukluk çağı travmatik yaşantıları da bu şekilde hezeyan gelişimine neden oluyor olabileceği bildirilmektedir (63,64).

Howes ve arkadaşları, çevresel risklere maruz kalmanın, dopamin duyarlılaşması olarak bilinen biyolojik bir süreci etkileyerek rol oynadığına ilişkin kanıtları gözden geçirmişler ve dopamin düzensizliğinin bir duyarlılaşma süreci aracılığıyla ortaya çıkıyor olabileceğini belirtmişlerdir. Stres, hayvan çalışmalarında dopamin salınımını uyarmaktadır ve epidemiyolojik çalışmalar sosyal stresin şizofreniyi hızlandırabileceğini göstermiştir. Bu nedenle ergenlik ya da erken erişkinlikteki ilaç kullanımı ya da sosyal sıkıntılar gibi stresler, nörogelişimsel olarak bozuk olan bireyi bir eşiğin üstünde açık psikoza götürebilir (65). Read ve arkadaşlarının yaptığı bir gözden geçirme çalışmasında travma maruziyetinin hipotalamik-pitüiter-adrenal aks içinde yer alan stres regülasyonunu bozduğunu, bunun sonucunda kortizol seviyeleriyle beraber nöronal dopamin seviyesinin arttığını, böylece nöronun psikoza yöneldiğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada travmaya maruz kalan çocuklardaki beyin anomalilerinin (hipokampal hasar, serebral atrofi, ventriküler genişleme ve serebral asimetri) şizofrenide de görüldüğünden bahsetmişlerdir (66).

Travmaların tanımlanması ve uzun dönem etkileri üzerine çeşitli görüşler bildirilmiştir. Pek çok teorik yaklaşım olmasına rağmen, bu konudaki en anlaşılır açıklamayı Terr yapmıştır. Terr travmayı; olayı başlatan nedenden çok stresör etkene verilen cevap ya da dışsal olayların içsel sonucu veya mental sonucu şeklinde tanımlarken, aynı zamanda travmaları klinik olarak iki bölüme ayırmıştır (67).

Tip I Travma: Doğal bir afet, kaza veya cinayet gibi beklenmedik ani, tek bir olay,

Tip II Travma: Çocukluk çağındaki fiziksel ve cinsel istismar ile buna eşlik eden korku dolu beklenti gibi uzun süreli veya tekrarlayıcı olay şeklinde tanımlamıştır.

Çocukluk çağında travma yaşayanlarda özellikle duygusal gelişim engellenmekte olup; güçlü duygular ile daha evvel yaşanan travmanın tekrar yaşanabileceğine dair tehdit taşırlar. Bu kişiler savunma olarak somatizasyonu kullanırlar. Duygularını ifade edebilme ve algılayabilme yetilerini kaybederler ve sık sık aleksitimik olarak değerlendirilirler (68).

Çeşitli kültürlerde yapılan çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre daha fazla sayıda travmatik olayla karşılaştıkları saptanmıştır. Travmatik olaylarla yaşam boyu karşılaşma oranları erkekler için %61 ve %83 arasında değişirken, aynı oranlar kadınlar için %51 ve %74 arasındadır. Kadınlar daha çok cinsel travmalar ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ile karşılaşırken, erkekler yangın, kaza, fiziksel saldırı, kaçırılma, tehdit ve savaş gibi olaylar yaşamaktadır (69). Dünya Afet Raporu'nda da, kadın ve erkekler arasında fark olduğu belirtilmiştir. Buna göre, kaza yaşama oranı erkeklerde daha fazla iken (%25 ile %13,8), kadınlarda tecavüz ve cinsel travma yaşama oranı daha fazladır (%9,2 ve %0,7). Ayrıca, yoksullar ve eğitimsizler daha fazla felaket yaşamaktadırlar (70).

Travmatik olayların nitelik farklılığı ve özellikle cinsel travmaların çok belirgin olumsuz etkileri nedenleriyle kadın ve erkeğin genel olarak travmalardan ne oranda etkilendiklerini söylemek güçleşmektedir (71). Son 10 yıla dek yapılan çalışmaların neredeyse hepsinde travma öyküsü ister çocukluk çağında ister yetişkinlikte olsun, psikotik semptomlarla ilişkili bulunmuştur. Bir örnek vermek gerekirse, Holanda Ruh Sağlığı İnsidans Çalışması'nda (NEMESIS) 18-64 yaş aralığında ve 16 yaşından önce duygusal, fiziksel ya da cinsel istismar öyküsü olan 4045 katılımcı 3 yıl boyunca izlenmiş, özellikle pozitif psikotik semptomların travma öyküsü olmayan popülasyona göre daha sık geliştiği görülmüştür (72). Çocukluk çağı travmaları özellikle disosiyatif bozukluklar için bir etyolojik faktör sayılsa da, psikotik bozukluklardaki etkisi son 10 yıla dek ihmal edilmiştir. Son 10 yılda ise, travma ve psikoz ilişkisine dair çalışmalarda belirgin artış yaşanmaktadır. Bu çalışmalarda çocukluk çağı dahil olmak üzere yaşam boyu gözlenen travmatik yaşantıların işitsel varsanılarının ve perseküsyon hezeyanlarının oluşumunda etkisinin olduğu saptanmıştır. Travma öyküsünün belirgin olarak perseküsyon düşünceleri ve varsanılarla ilişkili olduğu, travmatik yaşantıların psikotik deneyim yaşama ihtimalini 2,5 kat

arttırdığı belirlenmiştir. Özellikle çocukluk çağında yaşanan travmaların varsanılarla kuvvetli ilişkisi olduğu görülmüştür (65-67,73-75).

2.3 ANKSİYETE VE ŞİZOFRENİ

Anksiyete sözcüğü, sıkışma ve darlık anlamına gelen Hint-German dilindeki “angh” kökünden türetilmiştir. Değişik kültür ve dillerde farklı anlamlar çağırır. Örneğin; Almanca “angst” sözcüğü, İngilizce “dread” (önceden korkma) veya “foreboding” (kötü bir şey olacağını hissetme) anlamında kullanılır. İngilizce konuşulan ülkelerde “anxiety” yaygın olarak kullanıldığı gibi dünya literatürüne de bu şekilde girmiştir. Türkçe’de “bun”, “bunaltı”, “can sıkıntısı” veya “hoşolmayan bir endişe hali” olarak tanımlanabilir (5).

Anksiyete kavramı gerek yaşamın temel duygularından birisi olması, gerekse ruhsal bozukluklara neden olması açısından önemli özellik taşır. Psikoloji ve psikiyatride bir emosyon olarak kavramlaştırılmıştır. İnsanların varoluşundan bu yana anksiyete ve korku, her türlü tehlikeyi savuşturmak için sıklıkla kullanılan savunmalardır. Anksiyete, strese karşı oluşan yanıtın önemli bir parçasıdır ve kişiyi tehlike anında harekete geçmeye hazırlamaktadır. Dolayısıyla normal anksiyete mantıklı, gerekli, hatta yaşamsaldır. Olası tehlike uyarılarına hayvanlar da, insanlar da, kalıtsal ve doğumsal bir düzenek olan anksiyete ile yanıt verirler. Bu tehlikelerin mutlaka yaşamı tehdit eder nitelikte olması şart değildir. Diğer insanlarla ilişkileri olumsuz etkileyecek, zarar verecek olaylar, durumlar da anksiyete uyarıcıdır (5).

Korkunun, farklı yaşlar, kültürler, ırklar ve türlerde bulunan “temel, ayrı, işlevsel ve en önemlisi evrensel” bir duygu olduğu konusunda bir tartışma yoktur. Anksiyetenin yaşamı sürdürmedeki evrimsel rolü üzerinde de hiçbir kuşku bulunmamakla birlikte, anksiyete kavramı korku ile karşılaştırıldığında birtakım belirsizlikler ve karışıklıklar içermektedir. Bazı yazarlar anksiyetenin ayrı ve tek bir duygu olmadığını, anksiyete içinde korkunun baskın olarak bulunduğunu ve bu korkuya “üzüntü, öfke, utanma, suçluluk ve uyarılma” gibi öğelerin de eşlik ettiği, hibrid bir duygu olduğunu öne sürmektedir. Kuramsal tartışmalar bir yana anksiyete tehdite göre orantısız, gelecek yönelimli, hem öznel, hem de nesnel bedensel yönleri olan, nahoş ve olumsuz duygusal haldir.

Taşikardi, tansiyon değişiklikleri, takipne, tremor gibi artmış fiziksel bulgular ile belirlidir ve bunlara endişe, korku, obsesyon gibi bilişsel belirtiler eşlik eder. Anksiyete bozukluklarındaki korku, belirgin dış tehdit olmaması ve tehdit anında verilen cevabın aşırı olması ile belirlidir (5).

Geçen 20 yılda anksiyetenin doğası ve tedavisi ile ilgili bilgiler artmıştır. Anksiyetenin alttıpleri de bu dönemde tanımlanmıştır. Ancak çalışmaların çoğunda psikotik hastalıklar (DSM-III-R ile başlayan) dışlama kriterleri içerisinde yer almıştır. Bu nedenle psikotik hastalıklarda anksiyete ve anksiyetenin psikotik belirtilerle ilişkisi ile ilgili yapılmış az sayıda çalışma vardır. Anksiyetenin şizofreni psikopatolojisinde önemli bir yer tuttuğu uzun süredir bilinmesine rağmen anksiyete belirtilerinin veya sendromlarının şizofrenide ortaya çıkışıyla ilgili veri eksikliği devam etmektedir. Bunun önemli bir nedeni psikiyatrik tanımlar için geçerli kriterlerin hiyerarşik biçimde yapılandırılmış olması ve hiyerarşik olarak altta olan bozukluğun temel tanıya eştanı olarak eklenememesidir (9,33,76). Bununla beraber değerlendirme ile ilgili çeşitli güçlükler vardır. Öncelikle psikotik olmayan popülasyonda anksiyete düzeyini ölçmek için geliştirilmiş olan ölçütler şizofreniye özgü değildir. Üstelik anksiyete belirtilerine bakılırken sıklıkla sosyal anksiyete, panik, post-travmatik stres, yaygın anksiyete belirtileri ve obsesif kompulsif fenomenleri tam olarak ayırt edemeyen ölçekler kullanılmakta, geniş anksiyete belirti spektrumunun şizofreni hastalarında sık görülmesi ayrımı daha da zorlaştırmaktadır (77). Bazı çalışmalar ise şizofreni hastalarındaki anksiyetenin hem pozitif hem de negatif belirtilerle ilişkili olabileceğini öne sürmüştür (78). Ayrıca nöroleptik tedaviye ikincil gelişen ekstrapiramidal belirtiler de anksiyete belirtileri ile çakışabilir (79).

Şizofreni ile ilgili yapılan tanımlayıcı çalışmalarda şizofreninin belirgin derecede yüksek anksiyeteye ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Sözelimi Bleuler anksiyete semptomlarının sıklıkla varsanılar ve sanrılar gibi temel belirtilere eşlik ettiğini ve hastalığın gidişatını etkilediğini göstermiştir (33). Şizofreni hastalarında anksiyete belirtilerinin, pozitif, negatif ve bilişsel belirtilere göre daha az önemli görünse de hastaların yaşamında anlamlı işlev kısıtlamasına neden olduğu bildirilmiştir (80).

Şizofrenide anksiyete semptomlarının sık görülmesine rağmen bu semptomların, bozukluğun primer semptomlar ve işlevsellik gibi diğer

bileşenleriyle ne gibi ilişkisi olduğu tam olarak aydınlatılamamıştır (9). Şizofrenide anksiyete semptomları daha şiddetli görülmekte, bu da muhtemelen pozitif ve negatif semptomları alevlendirmekte ve işlevselliği etkilemektedir. Bir başka ihtimal ise, boyutsal olarak bakıldığında ciddi anksiyete semptomlarının kısmen şizofreninin bir alt tipinin varlığını işaret etmesidir. Örnek vermek gerekirse, şizo-obsesif bir alt tipin olduğunu savunanlar, şizoaffektif bozukluğa paralellik arz eden bir şizo-anksiyöz alt tipin de olabileceğini savunmaktadırlar (81). Kesin olan ise şizofreni hastalarının yaşadığı katastrofik kayıpların ve alışılmadık deneyimlerin anksiyete düzeyinin artmasına sebep olduğudur.

2.4 İNTİHAR DÜŞÜNCESİ

2.4.1 UMUTSUZLUK VE İNTİHAR DÜŞÜNCESİ

Umut kavramı, günlük dilde herhangi bir alandaki olumlu beklentileri ifade etmek amacı ile kullanılmakta, kuramsal açıdan ele alındığında ise umut sözcüğüne yüklenen anlamların farklılıklar gösterdiği görülmektedir. 13. yüzyılda Aquinas, sonraki yüzyıllarda Hume ve Kant gibi düşünürler umudu, insan doğasında varolan temel duygulardan biri olarak ele almaktadır. Miller J.F. te umudu duygu, beklenti, yanılısma, istek olarak ele almakta ve umudun yaşamın içgüdüsel bir ögesi olduğunu, bireyleri incinmekten koruyarak potansiyellerini göstermelerini kolaylaştırdığını ifade etmektedir (67).

Gelecek ile ilgili tutumlar birçok psikopatolojinin gelişiminde önemli rol oynar. Bu tutumlardan birisi de umutsuzluktur. Beck'e göre umutsuzluk, olumsuzluklarla yüklü bir bilişsel öğeler dizgesidir. Geleceğe ilişkin olumsuz beklentiler kadar geleceğin olumsuz değerlendirilmesini de umutsuzluk kavramı kapsamına almıştır. Melges'e göre gerek umut gerekse umutsuzluk, her ikisi de kişinin gelecekteki gerçek hedeflerine ulaşma olanaklarının olası yansımasıdır. Dyer ve Kreitman'a göre umutsuzluk, depresyon ile intihar arasında eksik kalmış bağlayıcı öğedir. Umutsuzluk bazen bilişsel bir bozukluk, bazen bir duygu, bazen bir olgu, bazen ise geleceğe ilişkin beklentilerin yitimi ya da kişinin geleceğe ilişkin olumsuz beklentileri olarak ele alınmıştır (26, 83, 84).

Minkoff ve arkadaşlarının 1973'te, Beck ve arkadaşlarının geliştirdikleri umutsuzluk ölçeğini kullanarak yatarak tedavi gören intihar girişiminde bulunan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarda hem depresyonun hem de umutsuzluğun intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu, umutsuzluk kontrol edildiğinde ise depresyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkinin kaybolduğunu ama tersinin geçerli olmadığını saptamışlardır. Dyer ve Kreitman daha önceki çalışmalara benzer şekilde depresyon ve intihar eğiliminin ilişkisinin doğrudan umutsuzluk ile intihar eğilimi arasındaki ilişkiye bağlı olduğunu belirtmiştir. Raineri ve arkadaşları "psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda intihar düşüncesi ile depresyon, umutsuzluk ve disfonksiyonel davranışların ilişkisi" konulu çalışmalarında intihar düşüncesine ek olarak umutsuzluk gibi bilişsel bozuklukların intihar riskinin göstergesi olduğunu ileri sürmüşlerdir (84).

Retrospektif olarak yapılan bir çalışmada intihar gerçekleştirmiş 20 şizofreni hastası ve kontrol grubu olarak da 20 yaşayan şizofreni hastası karşılaştırıldığında umutsuzluk, kendini değersiz görme ve önceki intihar girişimlerinin gerçekleştirilmiş intihar ile ilişkili en güçlü 3 değişken olduğunu, tedaviye zayıf uyumun da gerçekleştirilmiş intihar için bir yordayıcı olduğu bulunmuştur (85).

2.4.2 ŞİZOFRENİ VE İNTİHAR DÜŞÜNCESİ

İntihar 'bireyin duygusal, ruhsal ya da sosyalsebeplerin etkisiyle kendi hayatına son vermesi olarak tanımlanmaktadır. Şizofreni hastalarında ölüm oranı toplum ortalamasından 2-4 kat yüksektir. En önemli ölüm nedeni intihardır. Şizofreni hastalarının %10'u intihar sonucu ölür. Bu oranlar toplum ortalamasının yirmi kat üzerindedir. Şizofreni hastalarında kazalara, enfeksiyonlara, kalp-damar ve solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler de genel toplumdan daha yüksek oranlarda görülmektedir. Şizofreni hastalarının %20-50'sinin intihar girişiminde bulunduğu bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde şizofreni hastalarındaki intihar oranı, az gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Şizofrenide intihar, hastalığın akut dönemlerinde, hiç beklenmedik anda, birden olabilir; acayip, anlaşılması güç yöntem ve biçimlerde yapıldığı sık görülür. Erkeklerde daha yüksek oranda görülür (63).

Önceki intihar girişimleri, geçmişte ve şimdiki depresyon, genç olma (sıklıkla 30 yaşın altında), beyaz ırk, erkek olma, evlenmemiş olma, yavaş başlangıç, sosyal yalıtım, daha ileri mental yıkım endişesi, umutsuzluk, paranoid şizofreni, madde kötüye kullanımı, kendine kasıtlı zarar verme, işsizlik, çok sayıda alevlenme ile hastalığın kronikleşmesi, ailede intihar öyküsü, ajitasyon ve dürtüsellik, intihar düşüncesinde dalgalanmalar, ilaçların neden olduğu ekstrapiramidal semptomlar, sık relapslar ve hastane tekrar yatışları, tedaviye yönelik olumsuz tutumlar ve azalmış tedavi uyumu, sağlık personeli ile ilişkide zorluk şizofrenide intihar için risk etkenleri olarak kabul edilmektedir (86).

Şizofrenide intiharın nörobiyolojisinde serotonin önemli bir yer almaktadır. Beyin Omurilik Sıvısında (BOS) serotonin metaboliti olan 5-HİAA seviyesinin azalması, serotonerjik fonksiyonun önemli bir göstergesi olan serum Prolaktin sekresyon yanıtının bozulması, serotonerjik fonksiyonla ilişkili olan REM süresinin uzaması ve REM aktivitesinin artışı intihar ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, serotonerjik ilaçların şizofrenide intiharın önlenmesinde rol oynayabileceğini göstermektedir (87-89).

3. YÖNTEM ve GEREÇLER

3.1 ÖRNEKLEM

Araştırmaya Aralık 2010- Şubat 2011 tarihleri arasında, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikotik Bozukluklar Tedavi Eğitim ve Araştırma Merkezi'ne ardışık başvuran ve son 1 yıldır bu merkezce takip edilmekte olan, DSM-IV TR tanı sınıflandırmasına göre şizofreni tanısı konmuş hastalar arasından halen akut alevlenme döneminde olmayan ve 1 ay içerisinde herhangi bir ilaç değişikliği yapılmamış ve rutin fizik ve nörolojik muayenelerinde ve laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmayan 105 hasta, çalışma ile ilgili bilgilendirildikten sonra çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan hastalara öncelikle çalışmanın amacı ve yöntemi anlatılarak, katılımları için sözel ve yazılı onayları alınması planlanmıştır. Çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanmış, kayıtlarının gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir. Ancak 8 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışmaya alınan hastaların 7'sinde akatizi görüldüğünden, 5'i ölçekleri doldurmayı reddettiğinden çalışmadan çıkarılmış, sonuçta 85 hasta ile çalışma tamamlanmıştır. Hastanemiz Ayaktan Tedavi Ünitesinden; ilaç uyumu olan, eğitim düzeyi nispeten yüksek ve daha çok şizofreni olmak üzere herhangi bir psikotik bozukluk tanısı konmuş hastaların yönlendirildiği ve hastaların sık aralıklarla izlendiği ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir birim olan Psikotik Bozukluklar Merkezinin temel özelliği, tedavi uyumu görece iyi hastalardan oluşmasıdır. Bu merkezde, ilaç tedavisinin yanı sıra destekleyici ve bilgilendirici görüşmeler ile aile görüşmeleri de yapılmaktadır.

Ölçekler arasında hastalar tarafından doldurulanlar da bulunduğundan okuryazar olma koşulu aranmıştır.

18-65 yaş arasındaki kadın ve erkek şizofreni hastaları ardışık bir şekilde çalışmaya dahil edilmiştir.

Mental retardasyon, demans ya da genel tıbbi duruma bağlı bir psikiyatrik hastalığın varlığı, alkol-madde bağımlılığı, son üç ay içerisinde elektrokonvülsif tedavi uygulanmış olması çalışmaya alınmama kriterleri olarak belirlenmiştir.

Sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilgili bilgi alabilmek için hasta yakınları ile de görüşülmüştür. Özbildirim ölçekleri hastalar tek başlarına bir odada kalacak şekilde görüşmenin sonunda uygulanmıştır. Soruları anlamakta ve cevaplamakta güçlük çekebilecekleri düşünöldüğünden hastalara özbildirim ölçekleri detaylı olarak anlatılmıştır. Görüşmeler en az 30 dakika, en uzun ise bir saat sürmüştür.

Hastaların tanısai değerlendirilmelerinde DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) kullanılmıştır. Hastaların remisyon döneminde olmasına özen gösterilmiş (PANSS ölçeğinde en az 6 aydır her bir alt ölçekte en fazla 2 puan almış olmak) (90). 1 ay içinde ilaç değişikliği olması akatiziye yol açma ihtimali doğurduğundan dışlama kriterleri içinde yer alsa da, Barnes Akatizi Değerlendirme Ölçeği (BADÖ) kullanılarak, akatizi ile anksiyete semptomlarının ayırt edilmesi sağlanmıştır.

Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 05.04.2011 tarihinde 101 protokol numarası ile onay alınmıştır.

3.2 ÇALIşMADA KULLANILAN GEREÇLER

1-Psikotik Bozukluklar Tedavi Eğitim ve Araştırma Merkezi Polikliniği sosyodemografik ve klinik veri toplama formu,

2- DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I),

3- Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS),

4- Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

5- Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

6- Travmatik yaşam olayları listesi

7- İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ)

8- Barnes Akatizi Değerlendirme Ölçeği (BADÖ)

1- Psikotik Bozukluklar Tedavi Eğitim ve Araştırma Merkezi Polikliniği sosyodemografik ve klinik veri toplama formu:

Hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalıklarının geçmiş ve güncel durumunu, aldıkları tanıları ve tedavi uygulamalarını, eş tanılı durumları, aile öykülerini, yasal sorunları değerlendirmek için kullanılan, Psikotik Bozukluklar Tedavi Eğitim ve Araştırma Merkezi'nde izlenen her hasta için doldurulan 55 itemlik bir form olup, görüşmeci tarafından uygulanır.

2. DSM-IV Eksen Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği

(SCID-I): SCID-I First ve arkadaşları tarafından 1997'de DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmedir (18). SCID-I tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanıların geçerliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I'in Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları 1999 yılında Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (19). SCID-I, birinci eksen tanısının herhangi bir zamanda var olup olmadığını (yaşam boyu prevalans) ve son 1 ay içinde bozukluğun semptomlarının varlığını ya da yokluğunu saptar.

3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS): Şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler ile genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek amacıyla Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilen (20), 30 maddelik yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (21). PANSS kapsamında değerlendirilen 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom altölçeğine, yedisi negatif sendrom altölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji altölçeğine aittir. Her madde için yedi puanlı şiddet değerlendirmesi (0:hiç yok-7:çok ağır) içeren ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(22).

4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) : Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin

yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. 0-7 arası puanlar minimal anksiyete seviyesini, 8-15 arası puanlar hafif anksiyete seviyesini, 16-25 arası puanlar orta derecede anksiyete seviyesini, 26-63 arası puanlar ciddi anksiyete seviyesini göstermektedir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup (23) ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (24).

5. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemek amacıyla kullanılır. 20 maddeden oluşan, 0-1 arasında puanlanan bir ölçektir. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır. 0-3 arası değerler normal; 4-8 arası hafif; 9-14 arası orta ve 14 üzeri ciddi umutsuzluk düzeyi olarak değerlendirilmektedir. Beck ve ark. tarafından geliştirilmiştir (25). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Seber ve ark. tarafından yapılmıştır (26).

6. Travmatik Yaşam Olayları Listesi: 12 sorudan oluşan, geçmişte yaşanmış duygusal, fiziksel ve cinsel travmalara dair sorular bulunan yarı yapılandırılmış bir testtir. Resnick ve arkadaşlarının 1993 yılında Post Travmatik Stres Bozukluğu'nda travma öyküsünün değerlendirilmesi için geliştirdikleri test Cusack ve arkadaşları tarafından ciddi ruhsal rahatsızlıkları olan hastalarda kullanılmak üzere yeniden düzenlenmiştir (27). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği henüz yapılmamıştır. Sorular evet ya da hayır şeklinde cevaplandırılmaktadır.

7. İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ): Linehan ve Nielsen'in geliştirdiği ölçektir (29). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Dilbaz ve ark. tarafından yapılmıştır (30). Sorulara evet ya da hayır şeklinde yanıtlar verilmektedir. 17 sorudan oluşan ölçekten alınabilecek en yüksek puan 17 olup, yüksek puan intihar düşüncelerinin varlığına işaret etmektedir.

8. Barnes Akatizi Değerlendirme Ölçeği (BADÖ): Antipsikotik tedavi alan hastalarda akatizinin ölçümü için yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Psödoakatizi ve hafif, orta, ağır akatizi için tanısal kriterleri içerir. Ölçek hem

gözlenen hareketleri hem de subjektif huzursuzluk deneyimini ölçer. BADÖ, akatizisi olan hastaların çalışmadan dışlanması amacıyla kullanılmıştır.

3.3. İSTATİSTİK METODU

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS Statistics 17.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen veriler için Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, ki kare, normal dağılım gösteren veriler için de bağımsız t testleri uygulandı. Birden fazla sayısal verinin bağımlı değişken ile karşılaştırılmasında lojistik regresyon analizi kullanıldı. İki sayısal verinin karşılaştırılmasında Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1 Sosyodemografik veriler

Olguların yaşları 20-59 arasında değişmekte olup ortalaması $36,54 \pm 9,94$ olarak saptandı. Cinsiyet değerlendirildiğinde olguların %56,5'i (n=48) erkek, %43,5'i (n=37) kadındı. Olguların öğrenim durumuna bakıldığında %3,5'i (n=3) ilköğretim, %81,2'si (n=69) lise, %15,3'ü (n=13) üniversite veya üstü mezunuydu. Medeni durum incelendiğinde olguların %81,2'si (n=69) bekar, %12,9'u (n=11) evli, %5,9'u (n=5) dul veya boşanmıştı. Olguların çalışma durumuna bakıldığında %15,3'ü (n=13) çalışıyor, %84,7'si (n=72) çalışmıyordu. Hastaların %32,9'u (n=28) sigara kullanmazken, %67,1'i (n=57) sigara kullanıyordu. (Tablo 1)

Tablo 1: Olguların sosyodemografik özellikleri

		Min-Max	Ort±SD
Yaş		20-59	36,54±9,94
		n	%
Cinsiyet	Kadın	37	43,5
	Erkek	48	56,5
Öğrenim Durumu	İlköğretim	3	3,5
	Lise	69	81,2
	Üniversite/meslek okulu	13	15,3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	13	15,3
	Çalışmıyor	72	84,7
Medeni Durum	Bekâr	69	81,2
	Evli	11	12,9
	Dul/Boşanmış	5	5,9
Sigara	İçiyor	57	67,1
	İçmiyor	28	32,9
İntihar girişimi	Yok	60	70,6
	Var	25	29,4

Hastaların %70,6'sı (n=60) intihar girişiminde bulunmamış, %29,4'ü (n=25) daha önce en az 1 kez intihar girişiminde bulunmuştur (Tablo 1).

Olguların hastalık süreleri 3 ile 33 yıl arasında değişmekte olup ortalaması $15,86 \pm 8,14$ olarak saptanmış, hastaneye yatış sayıları 0 ile 25 arasında değişmekte olup ortalama yatış sayısı $3,31 \pm 3,80$ olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2: Olguların hastalık özellikleri

	Min-Max	Ort±SD
Hastalık Süresi	3-33 yıl	15,86±8,14
Yatış sayısı	0-25	3,31±3,80

4.2 Travmatik yaşam olayları listesinin değerlendirilmesi

Olguların % 25,88'i (n=22) herhangi bir travmaya uğramamış, %74,12'si (n=63) travmaya uğramıştır (Tablo 3).

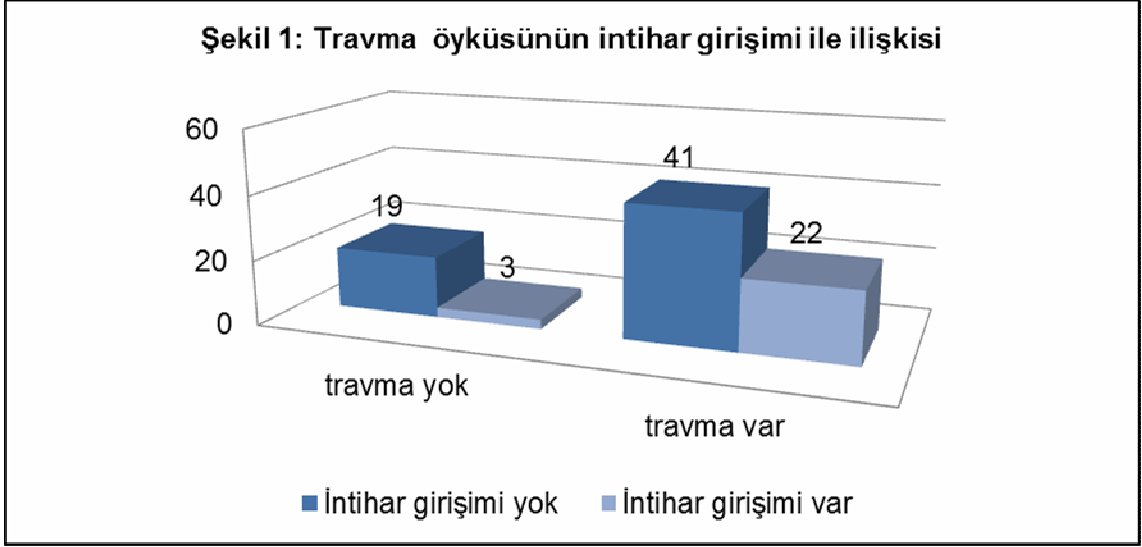
Araştırmaya alınan hastaların yaş ve travmaya uğrama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildir ($p > 0,05$). Travması olan hastaların yaş ortalaması 36,57 iken, travmaya uğramayan hastalarda yaş ortalaması 36,45'tir (Tablo 3). Olguların öğrenim durumu ve travmaya uğrama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 3). Araştırmaya dahil edilen hastaların çalışma durumu ve travmaya uğrama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildir ($p > 0,05$). Travmaya uğramayan hastalarda çalışan oranı %10'un altındadır. Travma öyküsü olan hastalarda çalışan hasta oranı %20'ye yakındır. Hastaların medeni durumu ve travma öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hastalardaki travma öyküsü ve sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur ($p < 0,05$). Travma öyküsü olan olguların yaklaşık %70'i sigara kullanırken, travma öyküsü olmayan olguların sigara kullanımı %50 seviyesindedir (Tablo 3).

Tablo 3: Travma öyküsünün sosyodemografik bilgilerle ilişkisi

		Travma yok	Travma var	p
		% 25,88 (n:22)	%74,12 (n:63)	
Yaş	Ortalama	36,45	36,57	0,952
Cinsiyet	Erkek	%29,17 (n:14)	%70,83 (n:34)	0,297
	Kadın	%21,62 (n:8)	%78,38 (n:29)	
Öğrenim durumu	İlköğretim	0	%4,76 (n:3)	0,546
	Lise	%81,82 (n:18)	%80,95 (n:51)	
	Üniversite	%18,18 (n:4)	%14,29 (n:9)	
Medeni durum	Bekar	20	49	0,296
	Evli	2	9	
	Dul/boşanmış	0	5	
Çalışma durumu	Çalışıyor	%9,09 (n:2)	%17,46 (n:11)	0,286
	Çalışmıyor	%90,91 (n:20)	%82,54 (n:52)	
Sigara	İçmiyor	%50 (n:11)	%26,98 (n:17)	0,045
	İçiyor	%50 (n:11)	%73,02 (n:46)	
İntihar girişimi	Var	%13,64 (n:3)	%34,92 (n:22)	0,059
	Yok	%86,36 (n:19)	%65,08 (n:41)	

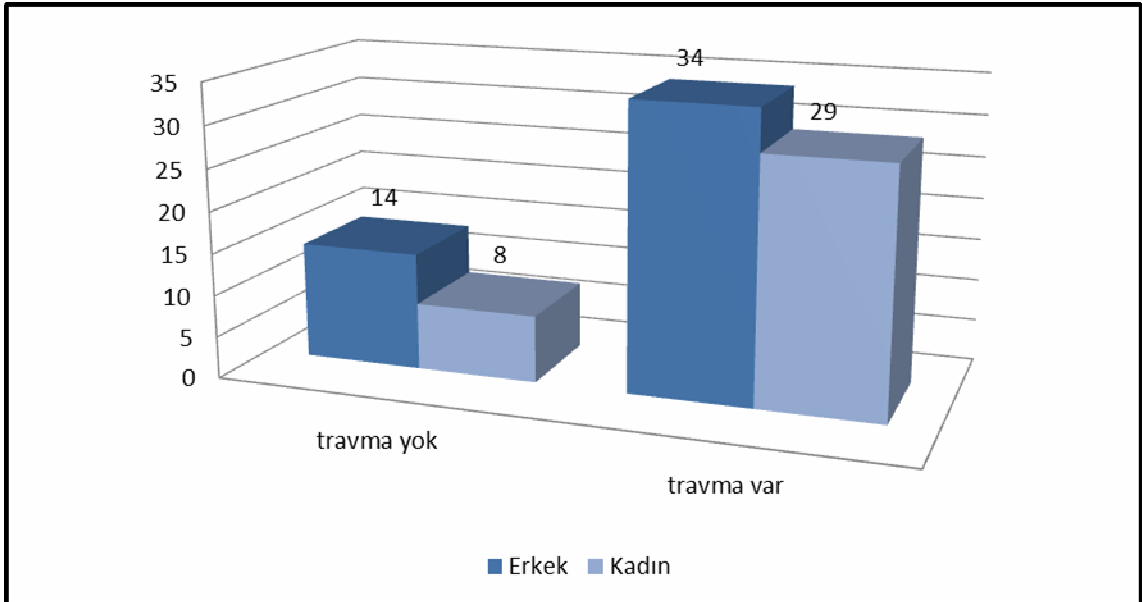
Travma öyküsü olmayan hastaların %13,64'ünde intihar girişimi mevcutken, travma öyküsü olan hastaların %34,92'sinde intihar girişimi görülmüştür. Hastaların intihar girişim öyküsü ile travma öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değilse de (p:0,059) aradaki fark dikkat çekicidir (Şekil 1).



p:0,059

Araştırmaya alınan hastaların cinsiyeti ve travma öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildir ($p>0,05$). Erkek hastaların %70,83'ü, kadın hastaların ise %78,38'i hayatı boyunca travmatik olaylarla karşılaştığını bildirmiştir (Şekil 2).

Şekil 2: Travma öyküsünün cinsiyetlere göre değerlendirilmesi



p: 0,297

Erkek hastalarda fiziksel travma %39,58, kadın hastalarda %27,03 oranında, duygusal travma kadın hastalarda %75,66, erkek hastalarda %60,42

oranında görülmekteydi. Erkek hastalarda cinsel travma sıklığı %12,5, kadın hastalarda ise %10,81 olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4: Travma türünün cinsiyetlere göre dağılımı

	Toplam	Duygusal	Fiziksel	Cinsel	Birden çok
	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
Erkek	70,83(34)	60,42(29)	39,58(19)	12,5(6)	33,33(16)
Kadın	78,38(29)	75,66(28)	27,03(10)	10,81(4)	29,73(11)
Ortalama/ Toplam	74,11(63)	67,06(57)	34,12(29)	11,76(10)	31,76(27)

Araştırma yapılan hastaların hastalık süresi ve travma öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildir ($p>0,05$). Travma öyküsü olan hastalarda hastalık süresi ortalama 16,17 yıl iken, travma öyküsü olmayan hastalarda hastalık süresi ortalama 14,95 yıldır. Çalışmaya katılan olguların hastaneye yatış sayısı ile travmaya uğrama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Travmaya uğramadığını bildiren hastalarda ortalama yatış sayısı 2,55 iken travmaya uğradığını bildiren hastalarda ortalama yatış sayısı 3,57 olarak bildirilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Travma öyküsünün hastalık özellikleriyle ilişkisi

	Travma yok	Travma var	p
Hastalık süresi (ortalama)	14,95	16,17	0,584
Yatış sayısı (ortalama)	2,55	3,57	0,1

Travma öyküsü olan hastalarda BAÖ ve IDÖ puanları, travma öyküsü olmayanlara göre istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuşken ($p<0,001$) travma öyküsünün BUÖ puanları ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da aradaki fark dikkat çekicidir ($p:0,051$) (Tablo 6).

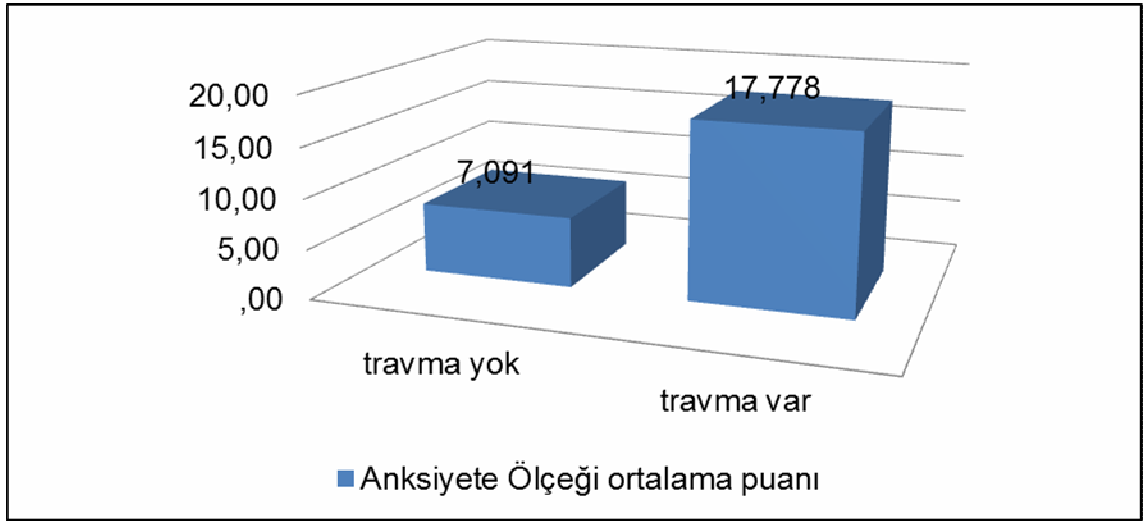
Tablo 6: Travma öyküsünün anksiyete, umutsuzluk ve intihar düşüncesiyle ilişkisi

Ölçek	Travma yok	Travma var	p
BAÖ	7,09	17,78	<0,001
BUÖ	4,50	6,48	0,051
İDÖ	1,73	4,89	<0,001

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği
BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği
İDÖ: İntihar Düşüncesi Ölçeği

Anksiyete ölçeği sonuçları ve hastanın travma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur ($p<0,05$). Travma öyküsü olan hastalarda ölçek ortalaması 17,78(orta derecede) iken, travma öyküsü olmayan hastalarda 7,09 (minimal derecede) olarak belirlenmiştir (Şekil 3).

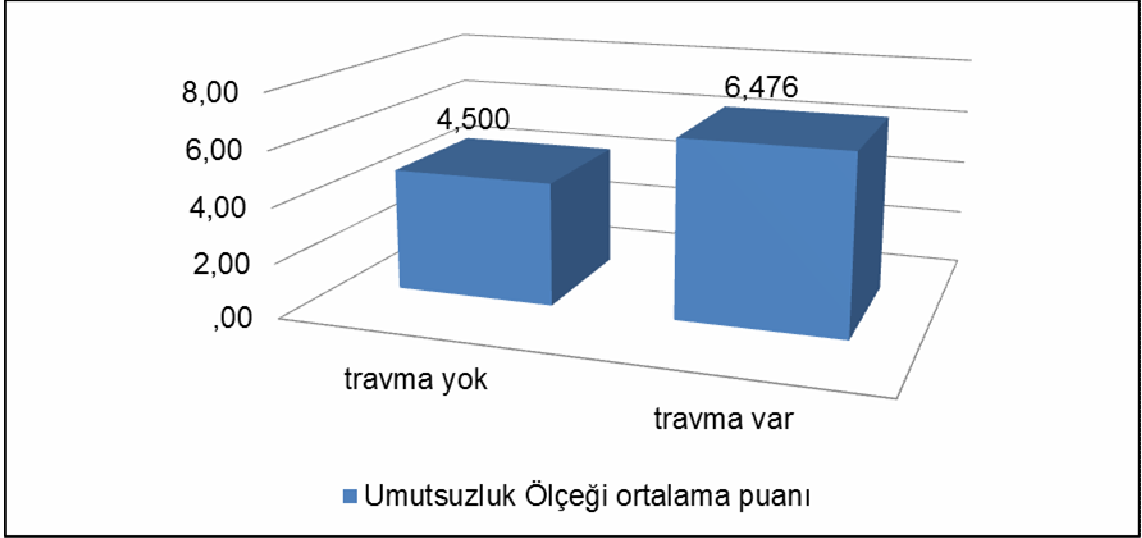
Şekil 3: Travma öyküsünün Beck Anksiyete Ölçeği ile ilişkisinin değerlendirilmesi



P < 0.001

Beck Umutsuzluk Ölçeği sonuçları ve hastanın travma öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildir ($p:0,051$). Travma öyküsü olan hastalarda ölçek ortalaması 6,48(hafif) iken, travma öyküsü olmayan hastalarda 4,50(hafif) olarak belirlenmiştir (Şekil 4). Travmaya uğrama durumu bağımlı değişken, BUÖ bağımsız değişken olarak alınarak yapılan lojistik regresyon sonucunda ise $p: 0,046$ olarak bulunmaktadır.

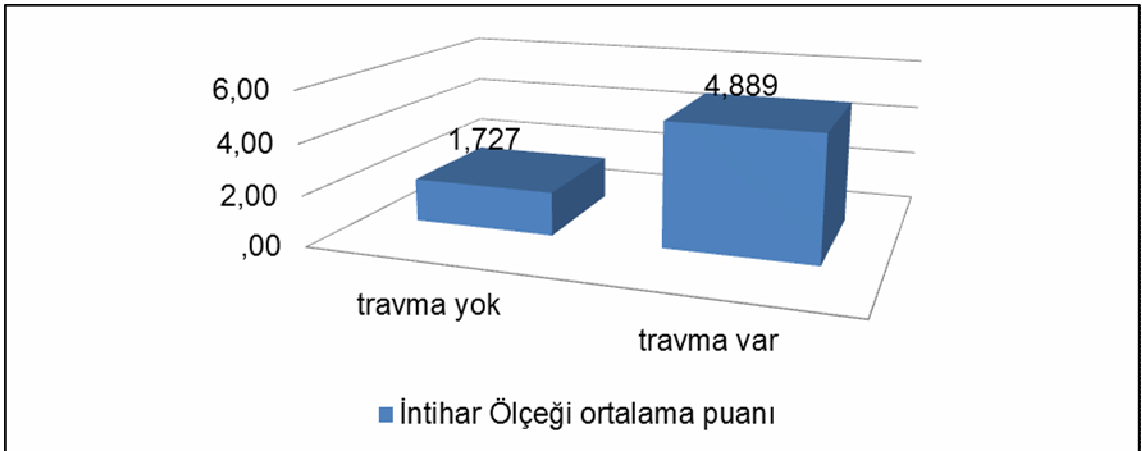
Şekil 4: Olgularda travma öyküsü ile Beck Umutsuzluk Ölçeğinin ilişkisi



p: 0,051

İDÖ puanları ve hastanın travma öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur ($p < 0,05$). Travma öyküsü olan hastalarda ölçek ortalaması 4,89 iken, travma öyküsü olmayan hastalarda 1,73 olarak belirlenmiştir (Şekil 5).

Şekil 5: Olguların travma öyküsü ile intihar düşüncesi ölçeğinin değerlendirilmesi

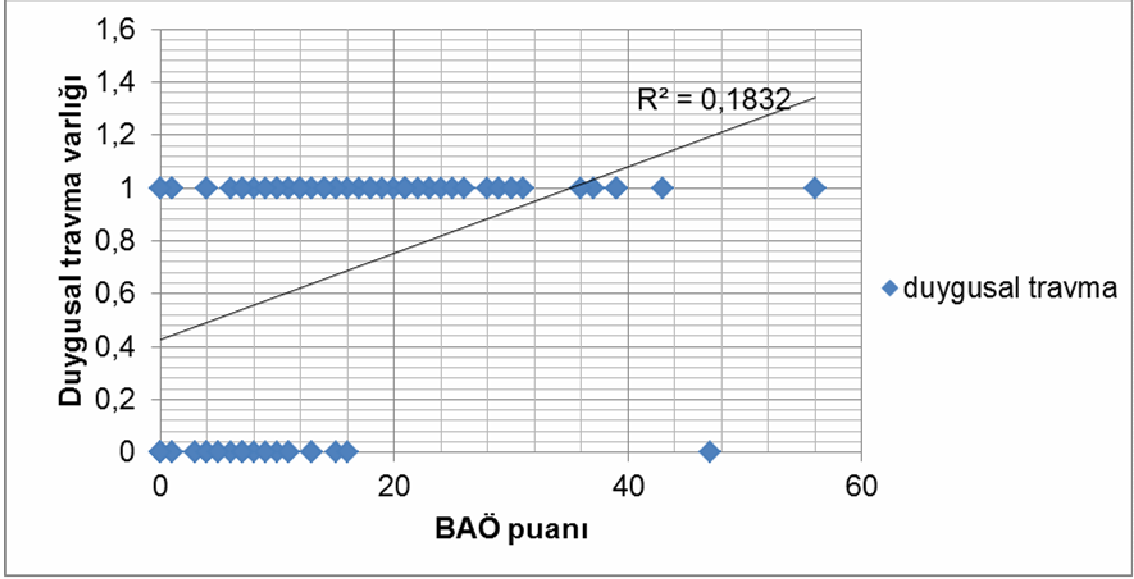


$p < 0,001$

Travma alttiplerine göre BAÖ

Araştırma yapılan hastalarda BAÖ değerleri ve duygusal travma öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur ($p < 0,05$). Korelasyon katsayısı 0,431'dir ilişki pozitif yönlüdür ve ilişkinin derecesi zayıftır (Şekil 6).

Şekil 6: Duygusal travma ve BAÖ ilişkisinin değerlendirilmesi

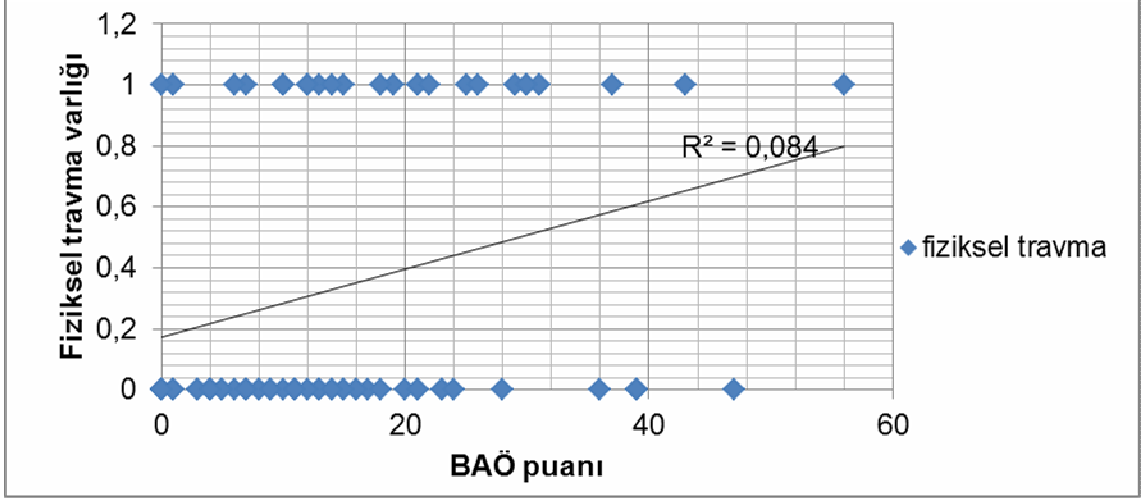


BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

$p < 0,001$

Hastalarımızda BAÖ puanları ve fiziksel travma öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur ($p < 0,05$). Korelasyon katsayısı 0,321'dir ilişki pozitif yönlüdür ve ilişkinin derecesi zayıftır (Şekil 7).

Şekil 7: Fiziksel travma öyküsü ve BAÖ ilişkisinin değerlendirilmesi

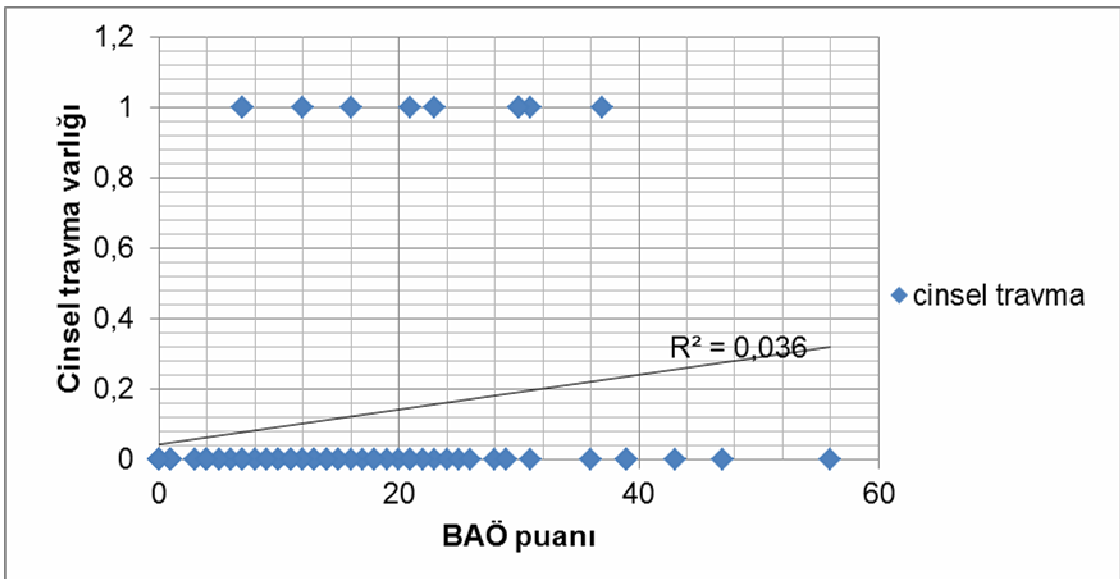


BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

$p: 0,0027$

Olgularımızda BAÖ puanları ve cinsel travma öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur ($p < 0,05$). Korelasyon katsayısı 0,226'dır. İlişki pozitif yönlüdür ve ilişkinin derecesi zayıftır (Şekil 8).

Şekil 8: Cinsel travma öyküsü ile BAÖ ilişkisinin değerlendirilmesi



BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

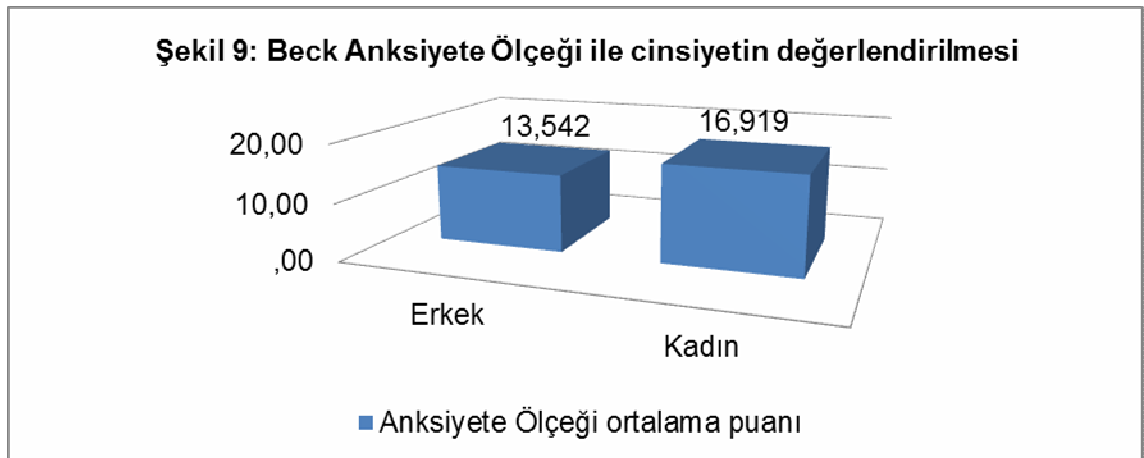
$p: 0,0374$

4.3 Beck Anksiyete Ölçeği değerlendirilmesi

Tablo 7: Olguların sosyodemografik bilgilerinin BAÖ ile ilişkisinin değerlendirilmesi

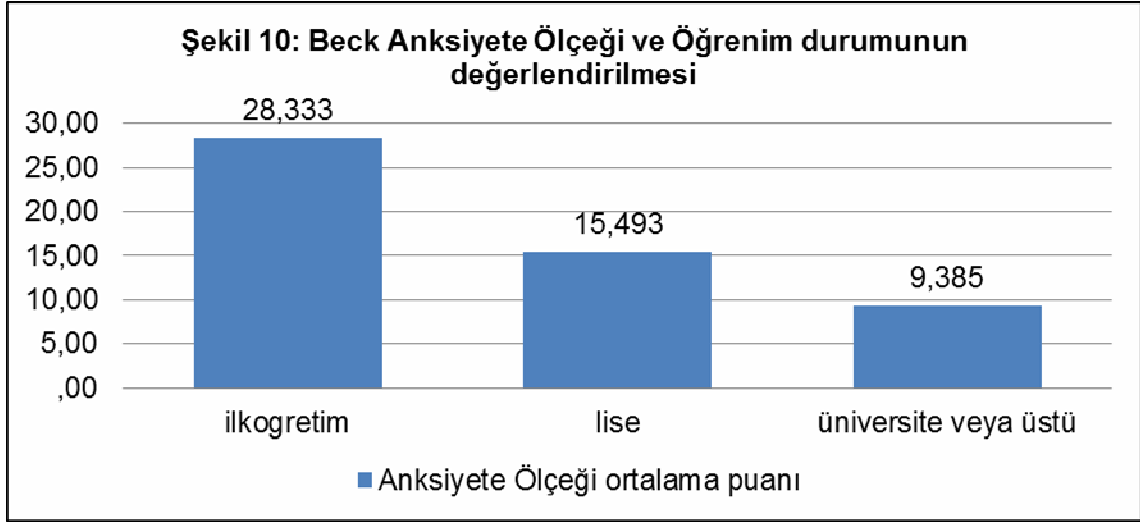
		BAÖ ortalaması	p
Cinsiyet	Erkek	13,54	0,144
	Kadın	16,92	
Öğrenim durumu	İlköğretim	28,33	0,042
	Lise	15,49	
	Üniversite/yüksekokul	9,38	
Çalışma durumu	Çalışıyor	10,85	0,29
	Çalışmıyor	15,76	
Medeni durum	Bekar	14,96	0,188
	Evli	12,18	
	Dul/boşanmış	22	
Sigara	İçmiyor	15,39	0,761
	İçiyor	14,82	
İntihar girişimi	Yok	14,85	0,772
	Var	15,4	

Araştırma yapılan hastalarda BAÖ değerleri ve hastanın cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildir ($p>0,05$). Erkek hastalarda BAÖ puan ortalaması 13,54 iken, kadınlarda ortalama 16,92'dir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Şekil 9).



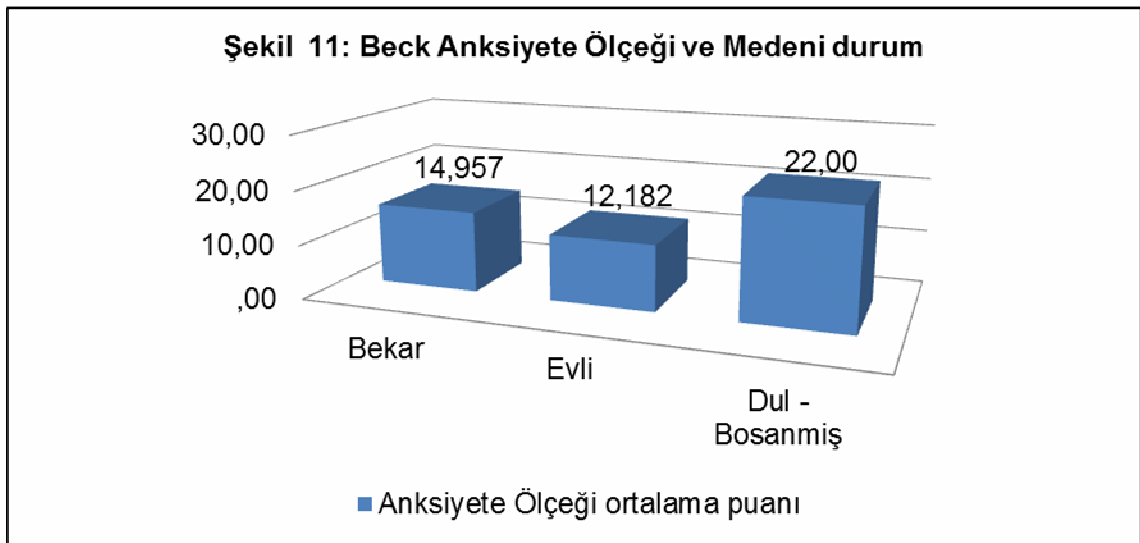
p:0,144

Olgularımızın BAÖ puanları ile hastanın öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur ($p<0,05$). İlköğretim mezunu hastaların BAÖ değeri ortalama 28,33 iken, lise mezunu hastalarda 15,49 ve üniversite mezunu hastalarda 9,38 olduğu görülmüştür (Şekil 10).



p: 0,042

Araştırma yapılan hastalarda BAÖ değerleri ve hastanın medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildir. ($p>0,05$). Bekar hastaların BAÖ puanı ortalaması 14,95 iken, evli hastalarda 12,18, dul-boşanmış hastalarda ise ortalama 22 olarak bulunmuştur (Şekil 11).

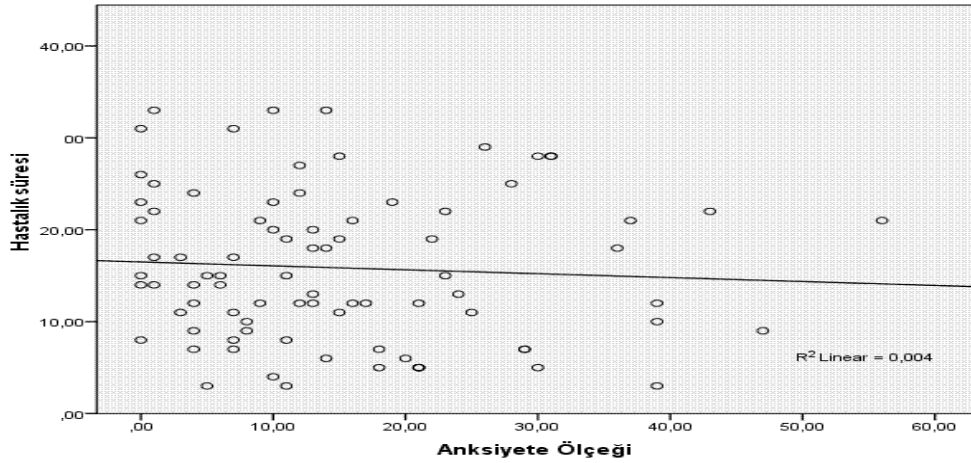


p: 0,188

Olgularımızın BAÖ değerleri ve çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildir ($p>0,05$). alışan hastaların BAÖ puan ortalaması 10,85 iken, çalışmayan hastaların ortalaması 15,76 olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Araştırma yapılan hastalarda BAÖ değerleri ve hastanın sigara kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Sigara kullanmayan hastalarda BAÖ değeri ortalama 15,39 iken, sigara kullanan hastalarda bu değer 14,82 olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. İntihar girişimi olmayan hastalarda BAÖ puan ortalaması 14,85, intihar girişimi olan hastalarda 15,40 olarak tespit edilmiştir. Olguların BAÖ değerleri ve intihar girişimi öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildir ($p>0,05$) (Tablo 7).

Araştırma yapılan hastalarda BAÖ değerleri ve hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (şekil 12).

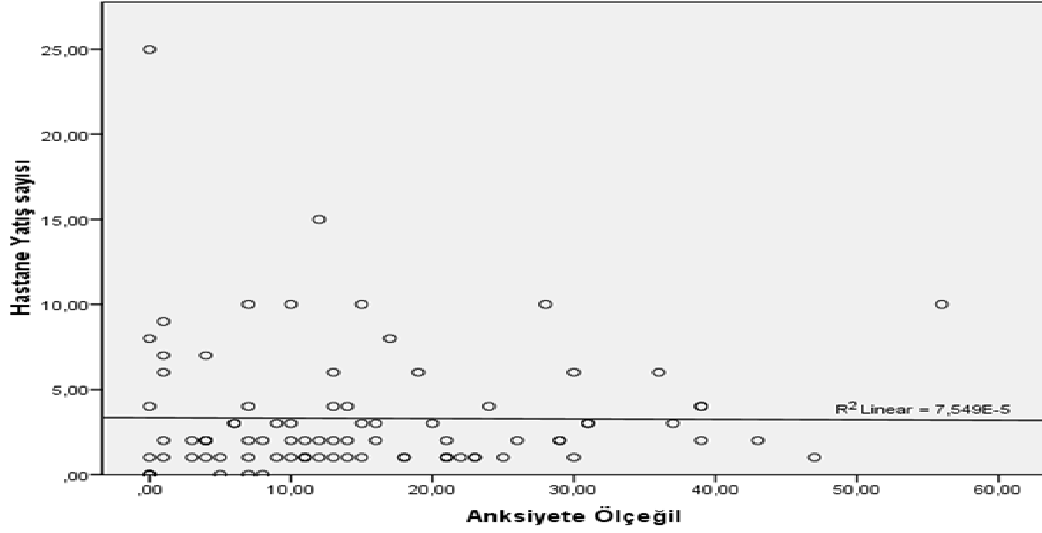
şekil 12: Olguların hastalık sürelerinin BAÖ değerlerine göre dağılımı



p: 0,555

Çalışmamızdaki hastalarda BAÖ puanları ve hastane yatış sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildir ($p>0,05$). (Şekil 13)

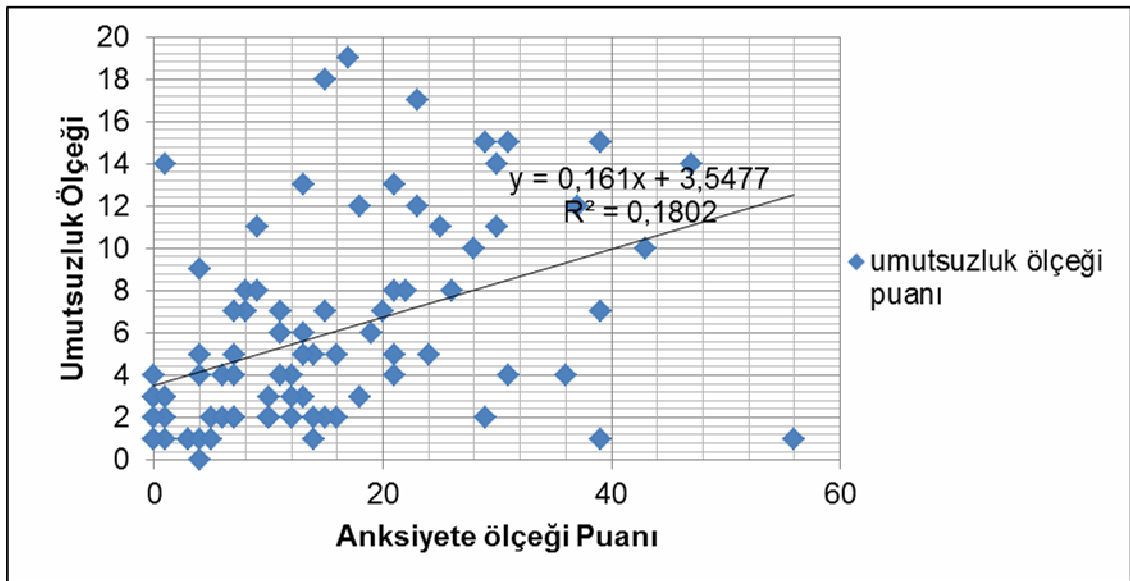
Şekil 13: Olguların hastaneye yatış sayılarının BAÖ değerlerine göre dağılımı



p: 0,343

Olgularımızın BAÖ değerleri ile BUÖ karşılaştırıldığında her iki ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve korrelasyon katsayısının 0,492 olduğu saptanmıştır, bu ilişki orta düzeydedir (Şekil 14).

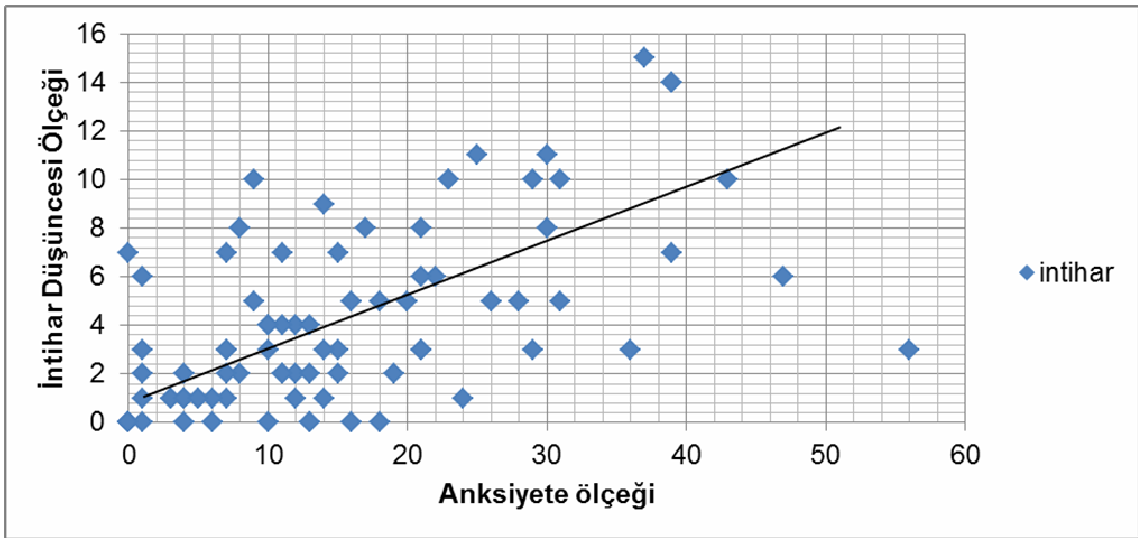
Şekil 14: Beck Anksiyete Ölçeğinin Umutsuzluk Ölçeği İle İlişkisi



r:0,492

Araştırmaya katılan hastalarımızın BAÖ değerleri ile İDÖ karşılaştırıldığında her iki ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve korrelasyon katsayısının 0,617 olduğu saptanmıştır, bu ilişki orta düzeydedir (şekil 15).

şekil 15: Beck Anksiyete Ölçeğinin İntihar Düşüncesi Ölçeği İle İlişkisi



r: 0,617

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda olguların yaşları 20-59 arasında değişmekte olup ortalaması $36,54 \pm 9,98$ olarak saptandı. Hastanemizde remisyondaki şizofreni hastalarıyla yapılmış bir tez çalışmasında yaş aralığı 20-65, yaş ortalaması 38,15 olarak saptanmıştır (91). Spence ve ark. Kuzey İrlanda'da 40 şizofreni hastasıyla yaptığı bir çalışmada ise yaş ortalaması 42,63 olarak bulunmuştur (92). Hastalar rastgele örneklem yoluyla çalışmaya dahil edilmekle birlikte yaş ortalaması literatür ile uyumlu bulunmuştur. Çalışmada hastaların %56,5'i (n=48) erkek, %43,5'i (n=37) kadın olarak saptandı. Aynı merkezde daha önce yapılmış iki çalışmada bu oran sırasıyla %24,8 kadın,%75,2 erkek ve %69,2 kadın, %30,8 erkek hasta olarak bulunmuştur (93,94). Hastalar ardışık olarak çalışmaya dahil edildiğinden sayısal farklılık dikkate alınmamıştır. Olguların öğrenim durumuna bakıldığında %3,5'i (n=3) ilkokul-ilköğretim, %81,2'si (n=69) lise, %15,3'ü (n=13) üniversite veya lisansüstü mezunuydu. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Veritabanı'na dayalı verilere göre 2010 yılında Türkiye'deki nüfusun % 44,84'inin ilkokul-ilköğretim, %17,19'unun lise, %7,62'sinin ise üniversite veya üstü mezunu olduğu belirtilmektedir (95). Olguların eğitim düzeyinin Türkiye ortalamasının üzerinde olması, Psikotik Bozukluklar Merkezine yönlendirilen hastalardan eğitim düzeyi yüksek olanların ayaktan düzenli takibe daha yatkın olması ile ilişkili olabilir. Olguların çalışma durumu değerlendirildiğinde %15,3'ü (n=13) çalışıyor, %84,7'si (n=72) çalışmıyordu. TÜİK'in Eylül 2011 verilerine göre Türkiye'deki işsizlik oranının %8,8 olduğu belirtilmektedir (96). Şizofreni hastalarında işlevsellik belirgin olarak azaldığından, olgularımızın işsizlik oranı beklenen düzeydedir.

Olguların %70,6'sı (n=60) intihar girişiminde bulunmamış, %29,4'ü (n=25) ise daha önce en az 1 kez intihar girişiminde bulunmuş olduklarını belirtmişlerdir. Şizofreni hastalarının %40'ı intihar düşüncesi bildirmekte, %20-

40'ı girişimde bulunmakta ve %10'u intihar ederek ölmektedir (97,98). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada, ayakta ve yatan 120 şizofreni hastasında intihar düşüncesi olanların oranı %31,66 olarak saptanmıştır (99). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) şizofreni hastalarında yapılan ve 1 yıldan 40 yıla kadar değişebilen zaman aralıklarını içeren izleme çalışmalarında, şizofrenide ölümle sonuçlanan intihar oranlarını % 10-13 oranında bulunmuştur. Aynı çalışmalarda intihar girişimlerinde bulunan hastaların oranının ise % 40 civarında olduğu bildirilmiştir (100,101). Bu çalışmalar ışığında bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Olgularımızın %32,9'u (n=28) sigara kullanmazken, %67,1'i (n=57) sigara kullanıyordu. Şizofreni hastalarında diğer bazı hastalıkların yanı sıra sigara bağımlılığının daha sık görüldüğü bilinmektedir. Hastanemizde 502 hasta ile yapılmış bir çalışmada sigara içenlerin oranı %72,3 olarak bulunmuştur (102). Ülkemizde yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında sigara içme oranı % 76 olarak tespit edilmiştir (103). Batı ülkelerinde yapılan araştırmalarda, sigara içme sıklığı genel toplumda %25 iken, şizofreni hastalarında %70 olduğu bildirilmiştir (104). Avrupa ve ABD'de ayaktan ya da yatarak tedavi edilmekte olan psikiyatrik hastalarda sigara içme oranlarının % 52-59 arasında olduğu saptanmıştır (105,106). Olgularımızdaki yüksek sigara içme oranı literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızdaki hastalarımızın % 25,88'i (n=22) herhangi bir travmaya uğramadığını, %74,12'si (n=63) travmaya uğradığını bildirmiştir. Ülkemizde genel popülasyonun travmaya uğrama oranları konusunda yeterli istatistik mevcut değildir. Yurtdışında yapılan bazı araştırmalarda genel popülasyonun travmaya uğrama oranları %39-56 arasında bulunmuştur (107,108). Bebbington ve arkadaşları İngiltere'de 638 kişiyle yaptıkları bir çalışmada, psikotik bir hastalığı olan kişilerin, herhangi bir hastalığı olmayan insanlara göre 5,5 kat daha fazla travmaya uğradıklarını bildirmişlerdir (14). Lysaker ve arkadaşlarının şizofreni hastalarıyla yaptığı bir diğer çalışmada ise travmaya uğrayanların oranı %72, uğramayanların oranı ise %28 olarak bulunmuştur (109). Hastalarımızın travmaya genel popülasyona göre daha yüksek oranda maruz kalmış olmasının literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Olgularımızda travma öyküsü olan hastalarda orta şiddette anksiyete seviyesi, travmaya uğramamış hastalarda hafif şiddette anksiyete seviyesi olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarında travma öyküsü ile anksiyete semptomları arasındaki ilişkiye dair yapılmış az sayıda çalışma vardır. Lysaker ve arkadaşlarının 96 şizofreni hastasıyla yaptığı bir diğer çalışmada travma öyküsü bulunan hastalarda orta ve şiddetli düzeyde anksiyete semptomları, travma öyküsü bulunmayan hastalarda hafif düzeyde anksiyete semptomları görülmektedir (109). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmaların çoğunluğu şizofreni hastalarındaki travma öyküsünü yaşam boyu olarak değil de çocukluk çağıyla, anksiyete semptomlarını ise anksiyete bozuklukları semptomlarıyla (Obsesif kompulsif semptomlar, panik bozukluk semptomları, sosyal anksiyete semptomları gibi) sınırlı tutmaktadır. Yine de bu çalışmalarda, travma öyküsü daha yüksek anksiyete seviyeleriyle ilişkili bulunmuştur (110-113). Şizofreni dışındaki psikiyatrik hastalıklarda travma öyküsü ve anksiyete semptomlarının karşılaştırıldığı çalışmalar da oldukça az sayıdadır. Ülkemizde yapılmış bir tez çalışmasında, çocukluk çağı travması olan bipolar bozukluklu hastalarda anksiyete seviyesinin artmadığı fakat intihar girişiminin daha sık görüldüğü bulunmuştur (114). ABD'de yapılan bir çalışmada 109 psikotik özellikli bipolar bozukluğu olan hasta 6 ay boyunca değerlendirilmiş, travma öyküsü olanlarda anlamlı derecede yüksek anksiyete seviyesi ve umutsuzluk saptanmış, 24 ay sonra yeniden değerlendirilen hastalarda aynı şekilde yüksek anksiyete seviyesi ve umutsuzluk seviyesi görülmüştür (115).

Çalışmamıza alınan hastaların maruz kaldığı travma alt tipleri ile BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür. Korelasyon katsayıları ve p değerleri karşılaştırıldığında travma alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemektedir fakat duygusal travma ile karşılaşanlarda BAÖ puanları daha yüksek görülmektedir. Lysaker ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada cinsel travmaya maruz kalmış hastalarda daha şiddetli anksiyete semptomları görülmektedir. Hollanda'da Hovens ve arkadaşlarının 1931 katılımcı ile yaptığı 8 yıllık gözlem çalışması olan Hollanda Depresyon ve Anksiyete Çalışması'nda (NESDA) tüm olgularda en sık duygusal travma gözlenmiştir. Kadınlarda duygusal travma görülme oranının diğer travma tiplerinden daha fazla olduğu bulunmuştur. Travmanın tipi ile belirli bir

psikopatoloji arasında ilişki saptanmamıştır fakat cinsel travma maruziyetinin, diğer travma çeşitlerine nazaran daha sık psikopatolojiye sebep olduğu bildirilmiştir. Naz ve arkadaşlarının yaptığı 6 ay süren bir izlem çalışmasında ise, travmaya uğrayanlarda anksiyete şiddetinin arttığı görülmüş ancak cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (109,115,116).

Çalışmamızda BUÖ sonuçları ve hastanın travmaya uğrama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Travmaya uğramış hastalarda ölçek ortalaması 6,48(hafif iken, travmaya uğramamış olan hastalarda 4,50(hafif) olarak belirlenmiştir. Ülkemizde 60 ayaktan, 60 yatan toplam 120 şizofreni hastasıyla travma öyküsüne bakılmaksızın yapılmış bir araştırmada BUÖ ile değerlendirilen hastaların ortalama puanı 4,31 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada intihar düşüncesi olan hastalarda BUÖ ortalama puanı 12,38 olduğu görülmüş ve arada anlamlı bir fark saptanmıştır (99). Avustralya'da şizofreni hastalarıyla yapılan bir araştırmada ise ortalama BUÖ puanı 3,5 olarak bulunmuştur (117). Çalışmamıza katılan hastalardan travmaya uğramış olanlarda BUÖ puanları daha yüksek çıkmış olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bununla birlikte çalışma örnekleminin daha geniş tutulması durumunda farklı sonuçlar bulunması olası görünmektedir. Yine de çalışmaya alınan hastalardan travmaya maruz kalanlarda BUÖ puanlarındaki artışın literatür ile uyumlu olduğu izlenmektedir.

Olgularımızda travmaya uğrama durumu ile İDÖ sonuçları arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. İngiltere'de 35 ilk atak psikoz hastasıyla yapılmış bir çalışmada, travmaya maruziyet ile intihar düşüncesinin artmış olduğu bildirilmiştir. Hastaların %40'ında intihar düşüncesinin olduğu, %31'inin ise daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu öğrenilmiştir. Travmanın ciddiyetinin, intihar düşüncesine anlamlı bir etkisinin olmadığı gözlenmiştir (121). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada ayakta ve yatan 120 şizofreni hastasında intihar düşüncesi olanların oranı %31,66 olarak bulunmuştur (99). Eskin ve arkadaşlarının psikiyatrik hasta popülasyonu ile yaptıkları bir çalışmada ise hastaların %43,2 sinde intihar düşüncesi olduğu bulunmuştur. Ayrıca intihar düşüncesi olanların olmayanlara göre daha fazla cinsel travmaya uğradıkları belirlenmiştir (118).

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ve travmaya uğrama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Erkek hastaların %70,83'ü, kadın hastaların ise %78,38'i hayatı boyunca travmatik olaylarla karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Erkek hastalarda fiziksel travma kadın hastalara göre daha çok gözlenirken (%39,58 ve %27,03), kadın hastalarda erkek hastalara göre duygusal travma daha çok görülmektedir (%75,66 ve %60,42). Erkek hastalar, kadın hastalara göre daha sık cinsel travma yaşadıklarını bildirmişlerdir (%12,5 ve 10,81). Genel popülasyonla yapılan bazı çalışmalarda travmatik olaylarla yaşam boyu karşılaşma oranları erkekler için %61 ve %83 arasında değişirken, aynı oranlar kadınlar için %51 ve %74 arasındadır. Kadınlar daha çok cinsel travma ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ile karşılaşırken, erkekler yangın, kaza, fiziksel saldırı, kaçırılma, tehdit ve savaş gibi olaylar yaşamaktadır (69). Dünya Afet Raporu'nda da, kadın ve erkekler arasında fark olduğu belirtilmiştir. Buna göre, kaza yaşama oranı erkeklerde daha fazla iken (%25 ile %13,8), kadınlarda tecavüz ve cinsel travma yaşama oranı daha fazladır (%9,2 ve %0,7) (70). Buna karşın ABD'de bir toplum ruh sağlığı merkezindeki 505 hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %91'i yaşam boyu herhangi bir travmaya uğradıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, kadınlarda daha yüksek cinsel travmaya uğrama oranları görülmüş, bunun dışında anlamlı bir fark görülmemiştir (27). Yine yurtdışında psikoz açısından yüksek riskli gruplarla yapılan bir araştırmada hastaların travmaya uğrama oranının cinsiyet, yaş ve komorbidite ile anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır (119). Lysaker ve arkadaşlarının şizofreni spektrumu hastalarında yaptıkları bir çalışmada, kadın hastalar daha fazla cinsel travmaya uğradıklarını bildirirken, diğer travma türlerinde cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (109). Çalışmamızda travmaya uğrama durumları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlam görülmemiştir. Fakat erkeklerin kadınlara göre daha fazla fiziksel travmaya uğramış olduklarını, kadınların daha fazla duygusal travmaya uğramış olduklarını bildirmelerinin anlamlı olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda kadın hastalarda cinsel travma öyküsünün erkek hastalardan daha az sıklıkta gözlenmesi hastaların böyle bir travmayı gizleme çabasından kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Yine de çalışmamızdaki bulguların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızdaki olguların travmaya uğrama durumları ile intihar girişimi öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Travmaya uğradıklarını bildiren hastaların %34,92'si daha önce intihar girişiminde bulunmuş iken, herhangi bir travmaya uğramadığını belirten hastaların %13,64'ü intihar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir. İstatistiksel anlamlılık değerinin biraz üzerinde bir fark olduğu görülmektedir. ABD'de yapılmış bir araştırmada intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan şizofreni hastaları 2 gruba ayrılmış, sonuçta intihar girişiminde bulunanlarda daha yüksek çocukluk çağı travması öyküsü saptanmıştır (120). İngiltere'de ilk episod psikoz hastalarıyla yapılmış bir çalışmada, travma öyküsü olan hastalarda intihar davranışının daha yüksek gözlendiği belirtilmiştir (115). Yine İngiltere'de 35 ilk atak psikoz hastasıyla yapılmış bir çalışmada, travmaya maruziyet ile intihar düşüncesinin artmış olduğu bildirilmiştir. Hastaların %40'ında intihar düşüncesinin olduğu, %31'inin ise daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu öğrenilmiştir. Travmanın ciddiyetinin, intihar düşüncesine anlamlı bir etkisinin olmadığı gözlenmiştir (121). Farklı hastalıklar ve genel popülasyonda yapılan araştırmalara bakıldığında Bipolar bozukluğu olan hastalarda yapılmış bir çalışmada travma öyküsü ile intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (122). Hong Kong'ta 651 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada ise travma öyküsü ile intihar düşüncesi arasında bir ilişki bulunamamıştır (123).

Hastalarımızın anksiyete seviyeleri ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde kadınlarda anksiyete puanları daha yüksek çıkmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Emsley ve arkadaşlarının şizofreni ve şizofreniform bozukluğu olan hastalarda yaptıkları çalışmada anksiyete seviyesi kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (124). Lysaker ve arkadaşlarının şizofreni hastalarında yaptıkları bir çalışmada kadın hastalarda anksiyete seviyesi daha yüksek bulunmuştur (109). Anksiyete seviyeleriyle cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaması literatürle uyumsuz gibi görünse de; kadın hastalarda anksiyete puanları daha yüksek saptanmıştır. Çalışma örneklemini sayısının yüksek tutulması durumunda farklı sonuçların bulunması ihtimali yüksek görünmektedir.

Olgularımızın öğrenim durumları ile anksiyete seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İlköğretim mezunu hastaların anksiyete değeri ortalama 28,33 (ciddi anksiyete seviyesi) iken, lise mezunu hastalarda 15,49 (hafif anksiyete seviyesi) ve üniversite mezunu hastalarda 9,38'dir (hafif anksiyete seviyesi). Şizofreni hastalarının öğrenim durumları ile anksiyete şiddeti arasındaki ilişki konusunda herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Buna karşılık hastanemizde şizofreni hastalarında anksiyete bozuklukları semptomları üzerine yapılmış bir çalışmada anksiyete bozukluğu gösteren olgular ve göstermeyen olgular arasında; eğitim yılı ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiştir (110). Hastanemiz Psikotik Bozukluklar Merkezinden takip edilen hastalar çalışmaya alınmış olup bu merkezde hastanemiz genel hasta popülasyonuna göre görece eğitim düzeyi yüksek hastalar izlenmektedir. Eğitim düzeyinin artışıyla birlikte savunma mekanizmalarının daha gelişmiş olması ve başa çıkabilmenin daha iyi olması ile anksiyete seviyesinin azalmasının açıklanabileceği şeklinde düşünülebilir.

Çalışmamıza alınan hastalarda BAÖ değerleri ile intihar düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastanemizde Psikotik bozukluklar Merkezinde 105 şizofreni hastası ile yapılmış bir araştırmada anksiyete seviyesinin artışı ile intihar düşüncesinde artış olduğu saptanmıştır (110). Ülkemizde bir psikiyatri kliniğine başvuran 100 hastada yapılan bir diğer çalışmada, intihar girişiminde bulunan hastalarda anksiyete seviyesi daha yüksek olarak bulunmuştur (125). İngiltere'de 290 psikotik hasta değerlendirilmiş, intihar düşüncesinin anksiyete ile ilişkili olduğu görülmüştür (126). Yurtdışında yapılmış bir başka çalışmada da anksiyete seviyesinin intihar düşüncesini ve girişimini arttırdığı saptanmıştır (127). Şizofreni hastalarında anksiyete seviyesinin artmasıyla intihar düşüncesinin artması, çalışmamızda da anlamlı bulunmuştur.

Olgularımızın medeni durumu ile BAÖ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Şizofreni hastalarındaki anksiyete seviyesi ve medeni durum ilişkisi konusunda yeterli araştırma mevcut değildir. Hastanemiz Psikotik Bozukluklar Merkezi'nde şizofreni hastalarıyla yapılmış bir çalışmada anksiyete seviyesi ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (110). Ülkemizde ve yurtdışında farklı hastalık gruplarında ve

psikiyatri dışı hastalıklarda yapılan çalışmalarda da anksiyete seviyesi ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (108,128,129).

Çalışmaya alınan hastaların çalışma durumları ile BAÖ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bununla beraber, çalışan hastalarda anksiyete değerleri daha düşük bulunmuştur. İşlevselliğin de bir göstergesi olan çalışma durumuna bakıldığında, olgularımızın %84,7'sinin çalışmadığı görülmektedir. Şizofreni hastalarının çalışma durumları veya işlevsellikleri ile anksiyete seviyesinin ilişkisini araştıran az sayıda çalışma vardır. Lysaker ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada anksiyete seviyesinin artmasıyla işlevselliğin azaldığı bulunmuştur (109). Almanya'da genel popülasyon ile yapılmış 25 yıllık izlem çalışmasında, anksiyete seviyesinin artmasıyla işlevselliğin azaldığı saptanmıştır (130).

Olgularımızın anksiyete şiddeti ile sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sigara içenlerde de içmeyenlerde de anksiyete semptomları hafif şiddette görülmektedir. Sigara kullanımının şizofreni hastalarında arttığı bilinmektedir. Sigaranın hastaların seçici dikkati de içeren bilişsel performansını arttırdığı, disforiyi azalttığı, antipsikotiklere bağlı bazı yan etkileri azalttığı düşünülmektedir (131-133). Şizofreni hastalarındaki sigara kullanımı sıklığının, hastalardaki anksiyete şiddetini nasıl etkilediği ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Buna rağmen, ülkemizde ve yurtdışında genel popülasyonla yapılan veya şizofreni dışındaki psikiyatrik bozukluklarla ilgili çalışmalara bakılacak olursa anksiyete semptomlarının şiddeti sigara içenlerde daha fazla görülmektedir (134-136). Bulgularımız bu çalışmalarla uyumlu görünmektedir.

Çalışmaya alınan hastaların hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı ile BAÖ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastalığın prognozunu ve şiddetini, hastanın işlevselliğini gösteren ölçütler olan hastalık süresi ve hastaneye yatış ile anksiyete semptomları arasındaki ilişkiye dair yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır. Lysaker ve ark. yaptığı çalışmada anksiyete semptomlarının şiddetinin, hastalığın pozitif ve negatif semptomlarının şiddetini arttırdığı, sosyal işlevselliği azalttığı gösterilmiştir(109). Anksiyete bozuklukları ve şizofreni birlikteliğinin araştırıldığı çalışmalarda ise, anksiyete bozukluğu komorbiditesi ile hastalık yatış sayısı ve süresi arasında

anlamli bir iliŒki bulunmuŒtur (137,138). Bu araŒtırmalar ile alıŒmamızdaki bulgular uyumlu görünmektedir. alıŒmamıza alınan olgular hastanemizin zelleŒmiŒ bir merkezinde en az 1 yıldır düzenli olarak takip edilen hastalar olup, hastalara farmakoterapinin yanısıra destekleyici psikoterapi, grup terapileri de uygulanmaktadır. Böylece anksiyete semptomlarının varlığının hastalığın gidiŒi üzerine olabilecek olumsuz etkinin en aza indirilmiŒ olduğu dŒnlebilir.

Olgularımızın BA değerleri ile BU değerleri arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki saptanmıŒtır ve orta derecede bir korelasyon grlmŒtr. Œizofreni hastalarında anksiyete semptomları ile umutsuzluk arasındaki iliŒki konusunda çok az sayıda araŒtırma mevcuttur. Lysaker ve arkadaşlarının yaptıkları araŒtırmada, Œizofreni hastalarında anksiyete semptomlarının Œiddetinin artmasıyla umutsuzluğun da anlamli olarak yükseldiği gzlenmiŒtir (109). Ülkemizde Œizofreni hastalarında anksiyete semptomlarının umutsuzluk ile iliŒkisine dair yapılmıŒ bir alıŒmaya ulaŒılamamıŒtır. alıŒmamızda anksiyete semptomlarının Œiddetinin artıŒıyla birlikte umutsuzluğun artması literatür ile uyumlu bulunmuŒtur.

alıŒmaya alınan hastaların BA puanları ile İD puanları arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki bulunmuŒ ve orta derecede korelasyon saptanmıŒtır. İngiltere’de 190 psikoz hastasıyla yapılan bir araŒtırmada intihar dŒncesi ile anksiyete arasında anlamli bir iliŒki grlmŒtr (126). Japonya’da 80 Œizofreni hastasıyla yapılmıŒ bir diğer alıŒmada ise anksiyete varlığının intihar dŒncesi ve giriŒimi üzerinde anlamli bir etkisinin olduğu saptanmıŒtır (127). Ülkemizde ise Œizofreni hastalarındaki anksiyete semptomları Œiddeti ile intihar dŒncesi arasındaki iliŒkiye dair yeterli alıŒma bulunmamaktadır. Diğer hastalık gruplarında yapılmıŒ alıŒmalara bakılacak olursa, Karamustafalıoğlu ve arkadaşlarının yatan psikiyatri hastalarıyla yaptığı bir araŒtırmada anksiyete seviyesinin intihar giriŒiminin dolayısıyla intihar dŒncesinin güçlü bir yordayıcısı olduğu gzlenmiŒtir (125). alıŒmamız literatür ile uyumlu görülmektedir.

alıŒmamızdan elde ettiğimiz veriler değerlendirildiğinde, travma öyküsünün anksiyete semptomlarını Œiddetlendireceđi ve intihar dŒncesini arttıracadığı Œeklindeki hipotezimizin desteklendiği görülmektedir. Daha önce belirttiğimiz gibi anksiyete semptomlarının artması ile hastalığın pozitif ve

negatif semptomlarının arttığı, işlevselliğinin azaldığı yönünde çalışmalar mevcuttur (8,9,15-17). Travma öyküsünün varlığında anksiyete semptomlarının şiddetinin artması, dolaylı olarak hastalık şiddetini arttırabilir ve işlevselliği azaltabilir.

Çalışmamızda hastanın travmaya maruz kaldığı dönem değerlendirilmemiştir. Bu sebeple hastalığın başlangıcı üzerinde etkisi olup olmadığı hakkında herhangi bir yorum yapmak mümkün olmayacağı gibi, hastalık süreci başladıktan sonra hastalığın doğası gereği travmaya maruz kalmış olmaları daha kolaylaşmış olabilir. Bu durumun değerlendirilmesindeki zorluk çalışmamızın kısıtlılıklarından birisini oluşturmaktadır.

Şizofreninin bilişsel bozukluklarla giden bir hastalık olması, geriye dönük soruların yer aldığı hastalık özellikleri ve travma öyküsünün hatırlanmasında eksikliğe yol açabilir, bu kısıtlılığın aşılabilmesi amacıyla çalışmamıza remisyondaki şizofreni hastaları alınmıştır. Ancak çalışmaya en az 1 yıldır remisyonda olan hastalar alınmakla birlikte remisyonda oldukları süre göz önünde bulundurulmamıştır.

Çalışmamız remisyondaki şizofreni hastalarının özelleşmiş bir merkezde takip edilen çok küçük ve seçilmiş bir örneklemini temsil etmektedir. Bu sebeple çalışma sonuçlarının şizofreni hastalarına genelleştirmesinde zorluklar bulunmaktadır. Bu ise çalışmamızı kısıtlayan diğer bir durumdur.

Öz bildirim yoluyla doldurulan ölçekler bulunduğu hastanın tarafı olması, yaşamış olduğu travmayı hatırlayamaması ya da gizleme eğiliminde olma ihtimali çalışmamızın diğer bir kısıtlılığıdır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Olgularımızda intihar girişiminde bulunanların oranı %29,4 olarak bulunmuştur.
2. Hastalarımızın %74,2'si travmaya uğradıklarını bildirmişlerdir. Genel popülasyon çalışmalarındaki verilere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
3. Travma alttipleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.
4. Travma öyküsü olanlarda, olmayanlara göre daha şiddetli anksiyete semptomları gözlenmiştir.
5. Duygusal travmaya uğrayanlarda, diğer travma çeşitlerine göre daha şiddetli anksiyete semptomları gözlenmiştir.
6. Travmaya uğrayanlarda umutsuzluk düşüncesinin arttığı görülmüş fakat anlamlı olarak bulunmamıştır.
7. Travmaya uğrayanlarda anlamlı derecede yüksek intihar düşüncesi gözlenmiştir.
8. Travma öyküsü ile intihar girişimi, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
9. Çalışmaya alınan hastaların anksiyete semptomlarının şiddeti arttıkça intihar öyküsü sıklığı da anlamlı olarak artmaktadır.
10. Çalışmaya alınan hastaların hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı ile anksiyete semptomlarının şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
11. Olgularımızın anksiyete semptomlarının şiddeti ile umutsuzluk ve intihar düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Travma öyküsü şizofreni hastalarında sık görülmekte, bu da anksiyete semptomlarının şiddetini ve intihar düşüncesini arttırmaktadır. Çalışmaya alınan olgular hastanemizin özelleşmiş bir merkezinde düzenli olarak takip edilen hastalar olup, hastalara farmakoterapinin yanısıra destekleyici psikoterapi, grup terapileri de uygulanabilmektedir. Böylece anksiyete semptomlarının varlığının hastalığın gidişi üzerine olabilecek olumsuz etkinin en aza indirilmiş olduğu düşünülebilir. Bu sebeple hastalığın psikotik semptomları sorgulanırken aynı zamanda travma öyküsünün ve anksiyete semptomlarının sorgulanması önerilebilir. Bunun göz önüne alınmasıyla tedavi seçeneklerinin yeniden değerlendirilmesi, hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyebilir ve intihar riskini azaltabilir.

İleride yapılacak çalışmalarda örneklemin daha geniş tutulması, kesitsel değil de uzunlamasına bir çalışma yapılması, sosyal işlevsellik ile hastalık semptomlarının da değerlendirilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ. Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics* 1997; 11:32-47.
2. Awad AG, Lapierre YD, Angus C, Rylander A. Quality of life and response to negative symptoms in schizophrenia to haloperidol and the atypical antipsychotic remoxipride. *J. Psychiatry Neurosci* 1997; 22:244-248.
3. Sadock BJ, Sadock V. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2000, 1159-1199.
4. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Textbook of Schizophrenia. 1st ed. Washington: American Psychiatric Publishing 2006, 203-206.
5. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
6. Berman I, Kalinowski A, Berman SM, Lengua J. Green AL. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 6–10.
7. Bland RC, Newman SC, Orn H. Schizophrenia: lifetime comorbidity in a community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75:383–391.
8. Tabo A. Obsesif kompulsif bozukluk ve diğer psikiyatrik bozukluklar ile komorbiditesi. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 1997.
9. Braga RJ, Petrides G. Anxiety disorders in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 460-468.

10. Gumley A, OGrady M, Power K, Schwannauer M. Negative beliefs about self and illness: a comparison of individuals with psychosis with or without comorbid social anxiety disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 38:960–964.
11. Goodwin R, Lyons JS, McNally RJ. Panic attacks in schizophrenia. *Schizophr Res* 2002; 58:213–220.
12. Fenton WS, Mcglashan TH. The prognostic significance of obsessions in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986; 143:437– 441.
13. Lysaker PH, Bryson GJ, Marks KA, Greig TC, Bell MD. Association of obsessions and compulsions in schizophrenia with neurocognition and negative symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002; 14:449–453.
14. Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H. Psychosis, victimization and childhood disadvantage: evidence from the second British national survey of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 2004; 185:220–226.
15. Mueser KT, Salyers MP, Rosenberg SD, Goodman LA, Essock SM, Osher FC, Swartz MS, Butterfield MI. Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patient with severe mental illness: demographics, clinical and health correlates. *Schizophr Bull* 2004; 30:45- 57.
16. Goodman LA, Rosenberg SD, Mueser KT, Drake RE. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment and future directions. *Schizophr Bull* 1997; 23:685–696.
17. Read J, Argyle N. Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatr Serv* 1999; 50:1467–1472.
18. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Clinical Version First published in the United States by American Psychiatric Press, Inc. Washington DC and London, England, 1997.

19. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 233-236.
20. Kay SR, Fiszbein A, Opfer LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. Schizophrenia Bull 1987; 13:261-276.
21. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. 1. baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2006, 88-92.
22. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1999; 14:23-32.
23. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988; 56:893-897.
24. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother 1998; 12:163-172.
25. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism. The hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974; 42: 861-865.
26. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. Kriz Dergisi 1993; 1:139-142.
27. Cusack KJ, Frueh BC, Brady KT. Trauma History Screening in a Community Mental Health Center Psychiatr Serv 2004; 55:2.
28. Erakay YS. Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SiÖ) Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2001.
29. Linehan M, Nielsen SL. Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and Social Desirability, Journal of Consulting and Clinical Psychology 1981; 49: 773-775.

30. Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T. İntihar Düşüncesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliği. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 1995, İstanbul.
31. Soygür H, Erkoç Ş. Şizofreni tarihine bilimsel bir bakış, Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, TPD yayınları, Ankara, 2007.
32. Erkoç Ş, Oral T (editörler), Tarihçe: Şizofreni (1). İstanbul, Okuyanuş Yayınları, 1998, 6-21.
33. Bleuler E. Demantia Preacox or the group of schizophrenias. Oxford, England, International Universities Press 1950, 548.
34. Buchanan R, Carpenter J. The concept of schizophrenia: Sadock B, Sadock V(editors). Kaplan& Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th edition. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2005, 1329-1345.
35. Amerikan Psikiyatri Birliği: DSM-IV, Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı. Köroğlu E (çeviri editörü), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994.
36. Mezzich J, Berganza C. International Psychiatric Diagnosis: Sadock B, Sadock V(editors) Kaplan& Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th edition. Philadelphia, Lippincott Williams& Wilkins, 2005, 1034-1053.
37. McGrath JJ, Susser ES. New directions in the epidemiology of schizophrenia. Med J Aust: 2009; 190:7-9.
38. McGrath JJ. Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. Schizophr Bull 2006; 32(1): 195-197.
39. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Eight Edition, Philadelphia, Williams&Wilkins, 1998.
40. Köroğlu E. Şizofreni, Psikiyatri 1996, 239-272.
41. Saddock BJ, Saddock VA. Klinik Psikiyatri. Aydın H, Bozkurt A. (Çeviri Ed.) 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti, 2005.

42. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.
43. Buchanan RW, Carpenter WT. Schizophrenia: Introduction and overview: Sadock BJ, Sadock VA (editors). Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th ed, Volume I. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000, 1096-1110.
44. Meltzer HY, Fatemi SH. Şizofreni, Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Birsöz S, Karaman T (çeviri ed.). Ankara Öncü Basımevi, 2003, 260-277.
45. Freeman H. Relationship of schizophrenia to the environment. Br J Psychiatry 1989; 155 (suppl.5): 90-99.
46. Freud S. Psikopatoloji. Atalay H. (Çev.). Payel Yayınları, İstanbul, 1999, 193-211.
47. Mahler MS, Pine F, Bergman A. İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğumu. Babaoglu AN (Çev.). Metis Yayınları Ötekini Dinlemek, İstanbul, 2003, 65-151.
48. Tura SM. Günümüzde Psikoterapi. Metis Yayınları, İstanbul, 2000, 36-41.
49. Köroglu E. Psikozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri: Temel Psikiyatri. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2004, 195.
50. Wynne LC, Lyman C, Singer MT. Thought disorder and family relations of schizophrenics. Arch Gen Psychiatry 1963; 9: 191-206.
51. Yıldız M. Şizofreninin nedenleri üzerine ruhsal ve toplumsal yaklaşımlar: Ceylan ME (editör) Şizofreni, İstanbul, İncekara yayınları, 2009, 613-618.
52. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. BMC Med 2004; 2:13.

53. McGrath JJ. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology -the NAPE lecture 2004. Acta Psychiatr Scand 2005; 111(1): 4-11.
54. Larkin W. Trauma & psychosis: new directions for theory and therapy. New York, Rotledge, 2006.
55. ICD-10. Ruhsal ve davranışsal bozuklukların sınıflandırılması: klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları. (yayın yön: Öztürk O, Uluğ B) Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, 1992.
56. Işık E. Güncel Sizofreni. Ankara 2006, 18-19
57. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 7.Basım, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997, 175-419.
58. Ceylan M.E. Arastırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Ceylan ME (editör) Şizofreni, İstanbul, İncekara yayınları, 2009, 1-40.
59. Kaplan HI, Sadock BJ Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Eight Edition, 1998; 375-456.
60. Pfefferbaum B, Allen JR. Stress in children exposed to violence. Reenactment and rage. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 1998; 7: 121-135.
61. Tyano S, Iancu I, Solomon Z, Sever J, Goldstein I, Touviana Y, Bleich A. Seven-year follow- up of child survivors of a bus- train collision. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 1996; 35: 365-377.
62. Gabbard OG. Mood Disorders Psychodynamic Aspects. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan HI, Sadock BJ (eds). 7.ed. Vol 1. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; 1328-1335.
63. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11.Basım. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008, 242-323.

64. Öztürk MO, Savaşır Y. Akut Paranoid Reaksiyonlarda Yansıtma Mekanizmasını Uyarın Dürtüsel Olay. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1969; 6:101-108.
65. Howes OD, McDonald C, Cannon M, Arseneault L, Boydell J, Murray RM. Pathways to schizophrenia: the impact of environmental factors. *Int J Neuropsychopharmacol* 2004; 7(Suppl 1): 7-13.
66. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 330–350.
67. Terr LC. Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1543-1550.
68. Norman RMG, Malla AK, Cortese L, Diaz F. Aspects of dysphoria and symptoms of schizophrenia. *Psychol Med* 1998; 28: 1433-1441.
69. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. Sex differences in post-traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:1044-1048.
70. Dünya Afet Raporu (World Disaster Report). Uluslararası Kızıllaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu, 2004.
71. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991; 21: 713-21.
72. Martin L, Dieter N. *Current Schizophrenia 2nd Edition*, 2009, 23.
73. Moskowitz A. Schafer I, Dorahy M.J. *Psychosis, trauma and dissociation*. Wiley, Blackwell 2008, 138.
74. Freeman D, Fowler D. Routes to psychotic symptoms: Trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Res* 2009; 169: 107–112.

75. Chisholm B, Freeman D, Cooke A. Identifying potential predictors of traumatic reactions to psychotic episodes *Br J Clin Psychol* 2006; 45: 545–559.
76. Leonhard K. *The classification of endogenous psychoses*. Robins E, Berlin, Germany 1957.
77. Craig T, Hwang MY, Bromet EJ. Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first admission psychosis. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 592-598.
78. Siris SG, Adan F, Cohen M, Mandeli J, Aronson A, Casey E. Postpsychotic depression and negative symptoms: An investigation in symptom overlap. *Am J Psychiatry* 1998; 145: 1532-1537.
79. Seedat S, Fritelli V, Oosthuizen P, Emsley RA, Stein DJ. Measuring anxiety in patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195:320-324.
80. Davis LW, Strasburger AM, Brown LF. Mindfulness: an intervention for anxiety in schizophrenia, *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2007; 45:23-29.
81. Zohar J. Is there room for a new diagnostic subtype: the schizo-obsessive subtype? *CNS Spectr* 1997; 2:49–50.
82. Romero M. Hope and Outcome Anticipation, Dissertation Abstract International. 1989; 50:1258-A
83. Odağ C. İntihar: Tanım-Kuram-Sağaltım 2.baskı, İzmir, 2002.
84. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi* 1992; 1:134-138.
85. Pompili M, Lester D, Grispini A, Innamorati M, Calandro F, Iliceto P, De Pisa E, Tatarelli R, Girardi P. Completed suicide in schizophrenia: Evidence from a case–control study. *J Clin Psychiatry* 2009; 167:251–257.

86. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, Krausz M, Lester D, Meltzer HY, Modestin J, Montross LP, Mortensen PB, Munk-Jørgensen P, Nielsen J, Nordentoft M, Saarinen PI, Zisook S, Wilson ST, Tatarelli R. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry* 2007; 6:10.
87. Cooper SJ, Kelly CB, King DJ. 5-Hydroxyindoleacetic acid in cerebrospinal fluid and prediction of suicidal behaviour in schizophrenia. *Lancet* 1992; 340:940–941.
88. Corrêa H, Duval F, Mokrani MC, Bailey P, Trémeau F, Staner L, Diep TS, Crocq MA, Macher JP. Serotonergic function and suicidal behavior in schizophrenia. *Schizophr Res* 2002; 56:75–85.
89. Keshavan MS, Reynolds CF, Montrose D, Miewald J, Downs C, Sabo EM. Sleep and suicidality in psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:122–125.
90. Birsöz S, Işık E, Yargıç İ, Savaş H, Işıklı H. Şizofrenide remisyon: Hayal mi, hedef mi? *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006; 16:128-132.
91. Umut G. Şizofreni hastalarında içgörü ile depresyon ve suisid ilişkisi, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2010.
92. Spence W, Mulholland C, Lynch G, McHugh S, Dempster M, Shannon C. Rates of Childhood Trauma in a Sample of Patients with Schizophrenia as Compared with a Sample of Patients with Non-Psychotic Psychiatric Diagnoses, *J Trauma Dissociation* 2006; 7:7-22
93. Özen, E. M. Şizofreni hastalarında somatizasyon, Uzmanlık Tezi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2007.
94. Yurt E. Şizofreni Hastalarında Aleksitimi: Negatif Belirtiler, İlaç Yan Etkileri, Depresyon ve İçgörü ile İlişkisi. Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2006.

95. TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Veritabanı, <http://tuikapp.tuik.gov.tr> 2011.
96. TÜİK İşgücü istatistikleri, Eylül 2011.
97. Yağcıoğlu A.E. Şizofreni tedavisi ve antipsikotik ilaçlar. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi 2005; 1: 49-56.
98. Meltzer HY. Suicide in schizophrenia: risk factors and clozapine treatment. J Clin Psychiatry 1998;59 (Suppl 3): 15-20.
99. Ç. Hocaoğlu, Z Tekin Bir Psikiyatri Hastânesinde Tedavi Gören Şizofrenik Hastalarda İntihar Düşüncesi: Pozitif ve Negatif Belirtiler, Depresyon ve Umutsuzluk ile İlişkisi, Yeni Symposium 2007;45:180-188.
100. Fenton WS, Mc Glashan TH, Victor BJ, Blyler CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. Am J Psychiatry 1997; 154:199-204.
101. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenia, a high risk factor for suicide: clues to risk reduction. Suicide Life Threat Behav 1992; 22:479-493.
102. Karşıdağ Ç. Alpay N. Kocabıyık A. Şizofreni ve sigara bağımlılığı Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2005; 18:13-20.
103. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran ÜK, Baykız AF, Bayık Y. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler, Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:102-112.
104. Kelly C, McCreadie RG. Smoking habits, current symptoms, and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. Am J Psychiatry 1999; 156:1751-1757.
105. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. Am J Psychiatry 1986; 152: 993-997.

106. Poirier MF, Canceil O, Baylé F, Millet B, Bourdel MC, Moatti C, Olié JP, Attar-Lévy D. Prevalence of smoking in psychiatric patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002; 26: 529-537.
107. Breslau N. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:216-222.
108. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52:1048-1060.
109. Lysaker PH, Salyers MP. Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 290–298.
110. Belene E. Şizofrenide anksiyete bozuklukları eştanısı: sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi, *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23:18-24.
111. Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 66–74.
112. Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety* 2008; 25: 742–751.
113. Montgomery E. Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 124: 1–46.
114. Binbay DA. Bipolar I Bozukluk Hastalarında Şiddetli Çocukluk Çağı Travmasının Hastalık Özellikleri Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi, *Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 2009.*
115. Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, Naz B. Assaultive Trauma And Illness Course In Psychotic Bipolar Disorder: Findings From The Suffolk County Mental Health Project. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 380-383.

116. Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 66–74.
117. Carroll A, Pantelis C, Harvey C. Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38:169-173.
118. Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006; 17: 266.
119. Bechdolf A, Thompson A, Nelson B, Cotton S, Simmons MB, Amminger GP, Leicester S, Francey SM, McNab C, Krstev H, Sidis A, McGorry PD, Yung AR. Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra-high-risk (prodromal) group. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 121:377–384.
120. Roy A. Reported Childhood Trauma and Suicide Attempts in Schizophrenic Patients. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 690–693.
121. Tarrier N, Khan S, Cater J, Picken A. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:29-35.
122. Kauer-Sant'Anna M, Tramontina J, Andreazza AC, Cereser K, da Costa S, Santin A, Yatham LN, Kapczinski F. Traumatic life events in bipolar disorder: impact on BDNF levels and psychopathology. *Bipolar Disord* 2007; 9(suppl1): 128–135.
123. Chan KL, Tiwari A, Leung WC, Ho HW, Cerulli C. Common correlates of suicidal ideation and physical assault among male and female university students in Hong Kong. *Violence Vict* 2007; 22: 290-303.
124. 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; 60:747-751.

125. Karamustafalıoğlu O, Özcelik B, Bakım B, Cengiz Ceylan Y, Göksan B, Güven T, Gönenli S. İntihar Öngörebilecek Bir Araç: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23:151-157.
126. Fialko L, Freeman D, Bebbington PE, Kuipers E, Garety PA, Dunn G, Fowler D. Understanding Suicidal Ideation In Psychosis: Findings From The Psychological Prevention Of Relapse In Psychosis (PRP) Trial. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 177-186.
127. Funahashi T, Ibuki Y, Domon Y, Nishimura T, Akehashi D, Sugiura H. A Clinical Study On Suicide Among Schizophrenics. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 54:173-179.
128. Üskül T B. Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyodemografik Faktörlerin ve Hastalık Tanılarının İlişkisi. *Akciğer Arşivi* 2006; 7: 11-15.
129. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:227-239.
130. Fichter MM, Quadflieg N, Fischer UC, Kohlboeck G. Twenty-Five-Year Course And Outcome In Anxiety And Depression In The Upper Bavarian Longitudinal Community Study. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 75-85.
131. Adler LE, Hoffer LD, Wiser A, Freedman R. Normalization of auditory physiology by cigarette smoking in schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1856-1861.
132. Kumari V, Toone B, Gray JA. Habituation and prepulse inhibition of the acoustic startle reflex: Effects of smoking status and psychosis-proneness. *Pers Individ Diff* 1997; 23: 183-191.
133. Levin ED, Wilson W, Rose JE, McEvoy J. Nicotine-haloperidol interactions and cognitive performance in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 1996; 15: 429-436.
134. OTO, R. Diyarbakır kent merkezinde sigara içme durumu ve ilişkili bazı etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008; 9: 67.

135. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking And Mental Illness: Results From Population Surveys In Australia And The United States. BMC Public Health 2009; 9: 285.
136. McKenzie M, Olsson CA, Jorm AF, Romaniuk H, Patton GC. Association Of Adolescent Symptoms Of Depression And Anxiety With Daily Smoking And Nicotine Dependence In Young Adulthood: Findings From A 10-Year Longitudinal Study. Addiction 2010; 105:1652-1659.
137. Cosoff S.J. Hafner R.J. The Prevalence Of Comorbid Anxiety In Schizophrenia, Schizoaffective Disorder And Bipolar Disorder. The Aust N Z J Psychiatry 1998; 32: 67-72.
138. Bahçe Z, Böke Ö, Şahin AR, Arık AC, Güz H, Sarısoy G, Baykal S. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eşlik Ettiği Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesi Ve İşlevsellik. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9: 117-124.

8. EKLER

EK 1:



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

SAYI : B.10.4.İSM.04.34.26.08-101
KONU: Etik Kurul Başvurusu Hakkında


05.04.2011


KARAR

Sayın Asistan Dr.Özgür Deniz DEĞER,

İlgi 01.04.2011 tarih ve 14333 sayılı Etik Kurul başvuru dilekçeniz,

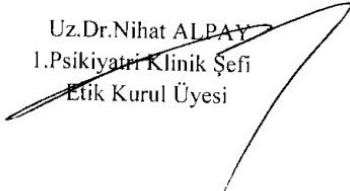
İlgi yazınızda belirttiğiniz “Şizofrenide Görülen Anksiyete Semptomlarının İşlevsellik, Umutsuzluk, İntihar Düşüncesi ve Travma Öyküsü ile İlişkisi” konulu tez protokolünüz, 05.04.2011 tarihinde hastanemiz Etik Kurul’una sunulmuş makale ve ekleri, Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Klavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre incelenmiş ve tez protokolünüzün sonuçlarının yayın yapılması Etik Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

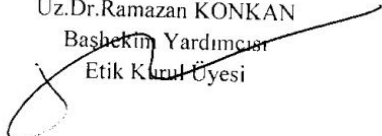

Doç.Dr. Baki ARPACI
1.Nöroloji Klinik Şefi
Etik Kurul Başkanı


Doç.Dr. Cem İLNEM
7.Psikiyatri Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi

Uz.Dr.Şahap ERKOÇ
2.Psikiyatri Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi




Uz.Dr. Nihat ALPAY
1.Psikiyatri Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi


Uz.Dr. Ramazan KONKAN
Başhekim Yardımcısı
Etik Kurul Üyesi

Ek2.

Bilgilendirme ve Onam Formu

Bu çalışma Şizofrenisi olan hastalarda travma öyküsünün anksiyete semptomları, umutsuzluk ve intihar düşüncesi üzerine etkisini araştırmak amacı ile planlanmıştır. Bu çalışma şizofreni nedeniyle başvuran hastaların tedavisinde önemli düzeyde katkı sağlayabilir. Bu çalışma Doç. Dr. Nesrin Karamustafalıoğlu'nun danışmanlığında Dr. Özgür Deniz Değer tarafından yürütülmektedir.

Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel tetkik ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri bir test yapılmayacaktır. Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır. Bunlar: Klinik ve sosyodemografik veri formu, DSM-IV Eksen Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Barnes Akatizi Ölçeği, Travmatik yaşam olayları listesi, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, İntihar Düşüncesi Ölçeği'dir.

Değerlendirmeler sırasında tedavinizle ilgili bir sorun tespit edildiğinde bilgilendirileceksiniz. Araştırmanın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacılar tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde, bu araştırmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiçbir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Tarih:

İsim:

İmza:

Gözlemci

Tarih:

İsim:

İmza:

Ek 3 POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS)

Yok (1) Çok Hafif (2) Hafif (3) Orta Düzeyde (4) Orta
Derecede Ağır (5) Ağır (6) Çok Ağır (7)

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 Şüphecilik/ kötülük görme	1	2	3	4	5	6	7
P7 Düşmanca tutum	1	2	3	4	5	6	7
Negatif Belirtiler Ölçeği (P)							
N1 Duygulanımda küntleşme	1	2	3	4	5	6	7
N2 Duygusal içecekilme	1	2	3	4	5	6	7
N3 İlişki kurmada güçlük	1	2	3	4	5	6	7
N4 Pasif biçimde kendini toplumdandan çekme	1	2	3	4	5	6	7
N5 Soyut düşünme güçlüğü	1	2	3	4	5	6	7
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının 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
G2 Anksiyete	1	2	3	4	5	6	7
G3 Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6	7
G4 Gerginlik	1	2	3	4	5	6	7
G5 Manyerizm ve vücut duruşu	1	2	3	4	5	6	7
G6 Depresyon	1	2	3	4	5	6	7
G7 Motor yavaşlama	1	2	3	4	5	6	7
G8 İşbirliği kuramama	1	2	3	4	5	6	7
G9 Olağandışı düşünce içeriği	1	2	3	4	5	6	7
G10 Yönetim bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G11 Dikkat azalması	1	2	3	4	5	6	7
G12 Yargılama ve içgörü eksikliği	1	2	3	4	5	6	7
G13 İrade bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	1	2	3	4	5	6	7
G15 Zihinsel aşırı uğraş	1	2	3	4	5	6	7
G16 Aktif biçimde sosyal kaçınma	1	2	3	4	5	6	7

PANSS POZİTİF SEMPTOM TOPLAMI :

PANSS NEGATİF SEMPTOM TOPLAMI :

PANSS GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAMI :

PANSS GENEL TOPLAM :

TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI LİSTESİ

Adınız ve Soyadınızın Baş harfleri:

Tarih: .../.../.....

Aşağıdaki olaylardan herhangi biri başınıza geldi mi? Lütfen Evet ya da Hayır kutucuklarından birini işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
1. Savaş sırasında bir çatışmanın içinde bulundum	()	()
2. Yaşam tehlikesine yol açacak kadar ciddi bir kaza geçirdim	()	()
3. Yangın, sel ya da doğal afet geçirdim	()	()
4. Hayati tehlikesi olan ciddi bir hastalık geçirdim	()	()
5. Tecavüze uğradım (Birisinin siz istemediğiniz halde tehditle veya zor kullanarak sizinle cinsel ilişkiye girmesi)	()	()
6. Cinsel tacize uğradım (istemediğiniz halde birisinin cinsel organlarınıza dokunması)	()	()
7. Cinsel saldırı tehlikesi geçirdim	()	()
8. Çocukken fiziksel istismara uğradım	()	()
9. Ciddi bir fiziksel saldırıya uğradım	()	()
10. Silahla tehdit edildim/ kaçırdım/ esir alındım	()	()
11. Diğer (Çoğu insanın yaşamadığı çok kötü tecübeler (zorunlu göç gibi)	()	()
12. Tanıdığım ya da yakın olduğum birisinin bu olayları yaşadığına tanık oldum	()	()

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen herbir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu () işaretleyiniz.

Evet Hayır

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı		
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum		

13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor		
15. Geleceğe büyük inancım var		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre birşeyler istemek aptallık olur		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum		
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim		

İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ (İDÖ)

Aşağıda intihara ait düşünceleri belirten bazı cümleler verilmiştir. Size uygun olanlar için "Doğru", uygun olmayanlar için ise "Yanlış" sütununun altındaki kutuyu () işaretleyiniz.

	<u>Doğru</u>	<u>Yanlış</u>
1. Kontrol edemeyeceğim kadar öfkelenirim.	()	()
2. Bazen başkalarını incitme isteği duyuyorum.....	()	()
3. İncinmem veya yaralanmam umurumda değil.	()	()
4. Kendim için birşeyleri daha iyi yapacağım konusunda umudumu kesebilirim.....	()	()
5. Geleceğim bana karanlık görünüyor.	()	()
6. İlerisi için yalnızca hoş olmayan şeyler düşünüyorum.....	()	()
7. İstedğim hiçbir şeyi elde edemiyorum.....	()	()
8. Hiçbir şey istediğim gibi değil.....	()	()
9. Ölümü hak etmiş olduğumu düşünüyorum.....	()	()
10. İntihar girişiminde bulunacak olsam, öncesinde en az üç saat bunu düşünürdüm.....	()	()
11. Geçen yıl içinde başkalarına hayatıma son verebileceğimden bahsettim.....	()	()
12. Zaman zaman kendimi öldürme konusunda karşı konulmaz bir istek duyarım.....	()	()
13. Sık sık hayatıma son verme fikri aklıma geliyor.....	()	()
14. İşlerin kötü gitmesi konusunda kendimi suçluyorum.	()	()
15. Kötü birşeyler yapmışım gibi geliyor	()	()

16. Her zamankinden daha yavaş düşünüyorum () ()

17. Her zamankinden daha yavaş konuşuyorum () ()

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

BARNES AKATİZİ ÖLÇEĞİ (BARS)

Hasta otururken ve ayakta doğal konuşma sırasında gözlenmelidir, her bir pozisyon için en az iki dakika gerekir. Diğer durumlarda gözlenen belirtiler de, örneğin serviste herhangi bir faaliyet yaparken ortaya çıkanlar , ayrıca değerlendirilmelidir. Ardından, öznel fenomenler doğrudan sorgulamayla ortaya çıkarılmalıdır.

1. NESNEL (OBJEKTİF) (0-3)

0 =	Normal, genellikle kol ve bacaklarda huzursuz hareketler
1 =	Karakteristik huzursuz hareketlerin; otururken ayaklar ve bacakların yerinde duramaması ya da bir bacağın sallanması ve/veya ayakta dururken yerinde sayma hareketleri veya bir nokta üzerinde yürüme vardır fakat, hareketler gözlenen zamanın yarısından daha az bir zamanda bulunur.
2 =	Gözlenen fenomen 1. maddede tarif edildiği gibidir fakat, hareketler gözlenen zamanın en az yarısı kadar bir zamanda bulunur.
3 =	Hasta gözlenen süre boyunca sürekli olarak karakteristik huzursuz hareketler ile meşguldür ve/veya oturur durumda kalmaz veya ayakta dururken yürümeden ya da adımlamadan duramaz

ÖZNEL (SUBJEKTİF)

2. HUZURSUZLUĞUN FARKINDA OLMAK (0-3)

0 =	İç huzursuzluğu yoktur
1 =	Spesifik olmayan iç huzursuzluğu hissi
2 =	Hasta bacaklarını hareket ettirmeden tutamayacağını farkındadır veya hareketsiz durması istendiğinde, ayaklarını hareket ettirme isteği ve/veya iç huzursuzluğu yakınmaları artar
3 =	Hasta çoğu zaman hareket etmek için yoğun bir zorlanma hissettiğinin ve/veya yürümek ya da adımlamak için kuvvetli bir arzu duyduğunun farkındadır

3. HUZURSUZLUĞA BAĞLI RAHATSIZLIK (0-3)

0 =	Rahatsızlık yoktur
1 =	Hafif
2 =	Orta
3 =	Şiddetli

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

4. AKATİZİNİN AYRINTILI KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ (0-5)

0 =	Yok. Huzursuzluğun farkında olduğuna dair bir belirti yoktur. İç huzursuzluğu ya da ayaklarını hareket ettirmek için zorlantılı bir arzu duyduğuna dair öznel bir açıklama olmadığı halde karakteristik akatizi hareketleri varsa, psödoakatizi olarak sınıflandırılmalıdır.
1 =	Kuşkulu. Spesifik olmayan iç gerilimi ve huzursuz hareketler.
2 =	Hafif akatizi. Hareketsiz durması istendiğinde kötüleşen ayaklardaki huzursuzluğun ve/veya iç huzursuzluğunun farkında olma. Huzursuz hareketler vardır. Fakat akatizinin karakteristik huzursuz hareketlerinin gözlenmesi gerekmez. Bu durum rahatsızlık yaratmaz ya da çok az rahatsızlık yaratır.
3 =	Orta derecede akatizi. Yukarıda hafif akatizide tarif edildiği gibi huzursuzluğun farkındadır ve buna ek olarak ayaktayken yerinde sayma hareketleri gibi huzursuz hareketler bulunur. Hastalar bu durumu rahatsız edici bulurlar.
4 =	Belirgin akatizi. Yürümek ya da adımlamak için zorlu bir arzu içeren öznel bir huzursuzluk. Bununla birlikte, hasta en az beş dakika oturur durumda kalabilir. Durum açıkça rahatsız edicidir.
5 =	Şiddetli akatizi. Hasta çoğunlukla bir aşağı bir yukarı gezinmek için kuvvetli bir zorlanma tanımlar. Birkaç dakikadan fazla oturamaz ya da yatamaz. Yoğun huzursuzluk ve uykusuzluk ile birlikte sürekli huzursuzluk hali.

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir., Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

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