

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve
Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
4.Psikiyatri Birimi
Başhekim: Doç. Dr. Medaim Yanık
Klinik Şefi: Doç. Dr. M. Emin Ceylan

ŞİZOFRENİ VE CİNSİYET FARKLILIKLARI

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Kenan EREN

İstanbul - 2006

Uzmanlık eğitimim süresince, bilgi ve deneyim aktarımıyla gelişimimdeki büyük katkısı için klinik şefim Doç. Dr. M. Emin Ceylan'a, sağladığı bilimsel çalışma ortamından dolayı Başhekim Doç. Dr. Medaim Yanık'a, rotasyonlarım sırasında yanlarında çalışma olanağı bulduğum ve birikimlerinden yararlandığım klinik şeflerine Dr. Niyazi Uygur, Doç. Dr. Baki Arpacı, Doç. Dr. Duran Çakmak, Doç. Dr. Hüsnü Erkmen, Prof. Dr. Ümran Tüzün, Doç. Dr. Yüksel Altıntaş'a

Tez danışmanım Dr. Abdülkadir Tabo'ya, birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm şef yardımcıları, başasistanlar, uzmanlar, asistanlar, psikologlar ve hemşire arkadaşlarıma, çok şey öğrendiğim hastalarıma,

Tüm yaşamım boyunca desteğini esirgemeyen, aileme ve 19 yıldır varlığından büyük güç aldığım, sabır ve anlayışla her zor anımda yanımda olan sevgili eşim Gülhan'a ve biricik kızım Şiir'e teşekkürlerimle...

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
• GENEL OLARAK ŞİZOFRENİ	3
• CİNSİYET VE ŞİZOFRENİ	15
YÖNTEM VE GEREÇLER	26
BULGULAR	28
TARTIŞMA.....	45
SONUÇ.....	53
ÖZET	56
SUMMARY	58
KAYNAKLAR.....	60
EKLER.....	72

GİRİŞ VE AMAÇ

Ruhsal belirtiler ve ruhsal bozukluklarla ilgili etiyolojik ve epidemiyolojik çalışmalarda çıkış noktası olarak alınan değişkenlerden biri de cinsiyettir(1). Şizofrenideki cinsiyet farklılıklarına; Kraepelin'in demans prekoksun genç erkeklerde görülen yozlaştırıcı bir hastalık olduğu gözleminden beri ilgi duyulmuşsa da, başlangıçta bu konudaki yaklaşımlar bilimsel ve sistematik olamamıştır. Daha sonra yapılan bir çok çalışma, şizofreni hastalarının klinik ve sosyodemografik özellikler açısından cinsiyet farklılığı gösterdiğini ortaya koymaktadır. Başlama yaşı, premorbid işlevsellik, semptom karakteri ve hastalığın seyri gibi parametrelerin cinsiyet açısından önemli farklar gösterdiği bildirilmektedir(2). Literatürde fikir birliği sağlanmış olan farklılıklar şöyle sıralanabilir:

- a) Kadınlarda başlangıç yaşı daha geçtir. Erken başlangıçlı tipte insidans erkekler arasında daha yüksektir. Erkekler, kadınlara göre şizofreniye daha duyarlıdır. Biyolojik etmenlerin ötesinde pek çok psikolojik nedenin, erkeklerde hastalığın erken başlamasına neden olabileceği ileri sürülmektedir.
- b) Kadınlarda premorbid işlevsellik daha iyidir.
- c) Kadınlarda antipsikotik ilaçlara yanıt daha iyidir. Erkek hastaların ilaç uyumları daha kötüdür.
- d) Kadınlarda yapısal beyin anormallikleri daha azdır.
- e) Kadınlarda psikososyal uyum daha iyidir.
- f) Şizofreniyi ağırlaştıran ve şizofreniye karşı kişiyi koruyan etmenler cinsiyetlere göre farklılık gösterir. Bu etmenler psikolojik ve biyolojik özellikte olabilirler. Sözü edilen etmenlerin en önemlisi, kadın cinsiyet hormonlarıdır.
- g) Kadınlarda 40-45 yaş civarında ikinci bir insidans artışı görülür.
- h) Erkeklerde tedaviye dirençli negatif belirtiler daha fazladır.

ı) Kadınlarda bızar hezeyanlar daha azdır, daha çok somatik ve kıskançlık tipte hezeyanlara sahip olabırlrler.

ı) Erkekler politik komplolar vegızlı aktivıterle ilgili konularda düşünce bozukluğu gösterırler. Mistik, asalet ve güçle ilgili büyüklük hezeyanları erkeklerde daha çok görölür.

j) Apati, affektte düzleşme, sosyal geri çekılme semptomları ve bunların ılışkiler üzerinde olumsuz etkisi erkeklerde daha sıklıkta görölür. Affektif semptomlar özellikle depresyon kadınlarda daha sık görölmemektedir.

k) Kadınlarda alkol ve madde kullanımı erkeklere göre daha az görölür. Fakat madde kötüye kullanım bozukluğunun şıddeti çok farklı olmayabilir. Şızofreni belirti ve bulguları erkeklerde ve kadınlarda aynı şekilde görölmez. Semptomlardaki bu farklılıklar sayesinde kadın hastalar ılışkilerini daha güçlü ve daha uzun süre sürdürebilirler(3,4,5,6,7).

Diğer yandan yüksek standartlı az sayıda uzun süreli takip çalışmalarında bazı yazarlar, hastalığın ilk dönemlerinde görölen cinsiyet farklılığının uzun süreler içinde azaldığını bildirirken, 13 yıllık başka bir takip çalışmasında ise bu farklılığın devam ettiği ileri sürölmüştür(8,9,10).

Çalışmamızda; kadın ve erkek şızofreni hastalarında sosyodemografik özellikler yanında hastalığın başlangıç yaşı, süresi ilk tedavi başvuru yaşı, ilk hastaneye yatış yaşı, hastaneye toplam yatış sayısı ve süreleri, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi parametrelerle birlikte, klinik belirtilerin dağılım ve şıddetini araştırarak cinsiyet farklılıklarını saptamayı amaçladık.

GENEL BİLGİLER

GENEL OLARAK ŞİZOFRENİ

Şizofreni geçen yüzyıldan beri ruh hekimliğini en çok uğraştıran, fakat bugün bile çeşitli yönleri tam açıklanmamış bir ruhsal bozukluktur. 19.yüzyıldan kalma bir etki ile, halk arasında korku uyandıran ve “erken bunama” diye bilinen bu hastalık, genç yaşta başlayan, insanın kişilerarası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü içe-kapanım dünyasında yaşadığı; düşünce, duygu ve davranışlarda önemli bozulmaların görüldüğü ağır bir ruhsal bozukluktur(11).

Şizofreni, popülasyonun yaklaşık % 1’ini etkiler, genellikle 25 yaşından önce başlar, yaşam boyu devam eder ve bütün sosyal sınıflardaki insanlarda görülür. Hastalık hakkında yaygın bir bilgisizlik olduğundan, hasta ve aileleri sıklıkla yetersiz bakım ve sosyal dışlanmadan yakınır. Şizofreni tek bir hastalık olarak tartışılmış olsa da, olasılıkla heterojen etiyolojili bir grup bozukluğu içerir ve kapsadığı hastaların klinik görünümü, tedaviye yanıtları ve gidişleri farklıdır(12).

TARİHÇE

Eski çağ Sanskrit yazılarında ve Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan hekimlerinin yazılarında şizofrenik türde belirti gösteren ruh hastalıklarının tanımlandığı bildirilmektedir. 17.yüzyılda Willis’in, 18. yüzyılda Pinel’in bu hastalığı az çok tanıdıklarına ilişkin yazıları vardır. 18.yüzyılın başında İngiltere’de John Halsam, George Man’ın gençlik çağında başlayan içe kapanma, düşünce bozukluğu ile belirli olarak tanımladıkları ve bir ad veremedikleri iç kökenli (endojen) bozukluğun şizofreni olduğu düşünülebilir(12,13,14).

Morel “Dementia Praecox” (erken bunama) deyimini ilk olarak 1860’da kullanmıştır. Hecker 1871’de “hebefreni”yi ve Kahlbaum 1874’de “katatoni”yi tanımladıktan sonra, tanınmış Alman ruh hekimi Kraepelin

1896’da bu iki hastalık tipine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek, tümünü “dementia praecox” tanısı altında topladı. Bu terime göre hastalıkta (1) erken başlama (2) bunama olması gerekiyordu(12).

1911’de yayınladığı “Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu” adlı kitabı ile yeni bir çığır açmış olan İsviçre’li Eugen Bleuler, Kraepelin’in sandığı gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını gösterdi. Bu hastalıkta kişinin ruhsal hayatındaki yarılmaya (schisme) önem vererek “schizofrenia” yani zihin bölünmesi, yarılması adını önerdi ve zamanla bu terim kabul görmüştür. Artık günümüzde dementia praecox (erken bunama) terimi kullanılmamaktadır(14).

Bleuler, şizofreni semptomlarını temel(birincil) ve tali(ikincil) olarak ayırmıştır. En önemli temel semptomun, çağrışım (assosiasyon) bozukluklarıyla belirli, düşünce bozukluğu olduğunu ileri sürmüştür. Diğer temel semptomları affektif bozukluklar, otizm ve ambivalans olarak saymıştır. Bleuler’in “4A belirtisi” Assosiasyon, Affekt, Otizm (Autism) ve Ambivalansı kapsıyordu. Tali (ikincil) semptomlar arasında halüsinasyon ve hezeyanlar vardı (12,14).

Kişilerarası “interpersonal” psikoanalitik okulunun kurucusu olan Harry Stack Sullivan, toplumsal yalıtımın şizofreninin hem bir nedeni, hem de bir belirtisi olduğu üzerinde durmuştur. Gabriel Langfeldt kuramsal formülasyonlara girmektense, ampirik deneylerden yola çıkarak, bir takım ölçütler tanımlamıştır. Langfeldt, bu bozukluğu, gerçek şizofreni ve şizofreniform psikoz olarak ikiye ayırmıştır. Gerçek şizofreni tanısını, sinisi bir başlangıç, otizm, duygusal küntlük, depersonalizasyon, derealizasyon belirti ve bulgularına dayandırmıştır. Langfeldt’den sonra araştırmacılar gerçek şizofreniyi; “çekirdek şizofreni”, “süreç (process) şizofreni” ya da “remisyona girmeyen şizofreni” olarak da adlandırmaktadır(14). Kurt Schneider şizofrenide birinci sıra semptomlar olarak adlandırdığı, bir takım

semptomları tanımlamıştır. Schneider bu semptomların (düşünce yayılması, düşünce sokulması, tartışan ve yorum yapan sesler) sadece şizofreniye özgü belirtiler olmadığını, ancak bunların tanı koymada pragmatik değerlerinin büyük olduğu üzerinde durmuştur. Schneider ikinci sıra belirtilerle de tanı konulabileceğini öne sürmüştür(15).

Freud da şizofreniyi, “birincil özseverlik (narsisizm)” dönemine gerileme sonucunda ortaya çıkan, bir klinik tablo olarak ele almıştır. Psikanalistler de, şizofrenide doğuştan yapısal bir yatkınlığın, bir ego zayıflığının ve birincil narsisistik duruma kolayca gerileyebilme eğiliminin olduğunu, kabul ederler. Böyle bir zeminde çevre ilişkilerinde küçük büyük incinmeler, bu gerileme eğilimini kamçırlar(13,16).

EPİDEMİYOLOJİ

ABD’de şizofreninin yıllık insidansı, 1000 kişide 0.3-0.6’dır. Yaşamboyu prevalansının % 1-1.5 dolaylarında olduğu ileri sürülmektedir. Avrupa’da ise 1000 kişide 0.1-0.5 arasında olduğu, şizofreni gelişmesi için yaşam boyu prevalansın 1000 kişide 7-9 arasında olduğu, nokta prevalansının ise 1000 kişide 2.5-5.3 arasında olduğu bildirilmektedir. Dolayısıyla şizofreninin yaşam boyu prevalansının % 0.5 ile %1 arasında değiştiği öngörülebilir. Şizofreni tüm toplumlarda ve coğrafi alanlarda görülür. İnsidans ve prevalans oranları, dünyanın her yerinde yaklaşık olarak birbirine eşittir(12,14).

Popülasyon	Prevalans(%)
Genel popülasyon	1,0
Şizofreni hastasının monozigot ikizi	47,0
Şizofreni hastası iki ebeveynin çocuğu	40,0
Şizofreni hastasının dizigot ikizi	12,0
Şizofreni hastası bir ebeveynin çocuğu	12,0
Şizofreni hastasının ikiz olmayan kardeşleri	8,0

Tablo-1: Özel popülasyonlarda şizofreni prevalansı(14)

Çalışmalarda önemli bulgu, şizofreni gelişme olasılığının, kış ve baharın erken dönemlerinde doğanlarda daha fazla ve baharın geç dönemi ve yaz mevsiminde doğanlarda ise daha düşük olmasıdır. Şizofreni oluşumuyla ilgili viral hipotezler yavaş virüsleri, retrovirüsleri ve viral yolla aktive olan otoimmün reaksiyonları içerir. Bazı çalışmalar hamileliğin ikinci üç ayı sırasında influenza ile karşılaşılmasından sonra (sıklıkla kış mevsiminde ortaya çıkar) şizofreni sıklığında artış olduğunu göstermiştir(14,17).

ETİYOLOJİ

Şizofreni tek bir hastalık olarak tartışılmış olsa da, tanı kategorisi olasılıkla heterojen etiyolojili benzer davranış belirtileri gösteren, bir bozukluklar grubunu içerir. Şizofreni hastaları farklı klinik görünüm, tedavi yanıtları ve hastalık gidişi gösterirler(12).

1) Stres yatkınlık modeli

Kraepelin, Bleuler ve Freud kendi dönemlerindeki tüm araştırmalar bir anormallik belirleme konusunda başarısız olmuş olsa da, şizofreninin biyolojik anormallik sonucu geliştiğine inanmışlardı(15).

Biyolojik, psikososyal ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşiminin anlatımı olan, stres yatkınlık modeline göre, özel bir yatkınlığı bulunan bir kişi, stresli bir durumla karşılaştığında şizofreni belirtileri geliştirebilir. Bir çok genel stres-yatkınlık modelinde yatkınlık veya stres; biyolojik, çevresel veya her ikisi birden olabilir. Çevresel etmenler biyolojik (enfeksiyon) ve psikolojik (aile içi sorun veya bir yakının ölümü) etmenlerle birlikte olabilmektedir. Bununla birlikte bu konudaki araştırmalar aile ve diğer bakım verenlerle etkileşimin şizofreni hastalarının stres düzeylerine ve baş etme yetilerine etkilerini, hastalık seyrinde yarattıkları değişimleri konu alan bir ilgiye yol açmıştır (12,14,15).

Hastalığın seyrini etkileyen etkenler arasında; ilk psikotik atağın başlangıç yaşı, hastanın tedaviye uyum ve yanıtı, hastanın sosyal becerisi ve kişilerarası işlevselliği ile yineleyen atakların sıklığı sayılabilir. Bu çalışmalar, daha ileri dönemlerde duygu-dışavurumunun etkileri üzerinde sürdürülecek çalışmaların öncüsü olmuş ve sonuçta düşmanca tutum sergileyen, aşırı kontrol uygulayan ailelerin, alevlenme oranlarında artışa neden olduğu belirlenmiştir. Yakın dönemde genetik etkenlerin aile-içi etkileşimleri ve bireyin çevre koşulları ile baş edebilme yetisini etkileyebileceği düşünülmektedir(15).

2)Nörobiyolojik teoriler

Şizofreninin nedeni bilinmemekle son yıllarda, çok sayıdaki çalışmada limbik sistem, frontal korteks, serebellum ve bazal gangliyi içeren, beynin belirli bölgelerindeki patofizyoloji üzerinde durulmaktadır. Kendi aralarında bağlantıları olan, bu dört alandan birindeki işlev bozukluğu, bir diğeriindeki primer patolojik süreci etkileyebilir.Beyin görüntüleme yöntemleri ve postmortem beyin dokularındaki nöropatolojik çalışmalar, şizofreni hastalarının bir bölümünde hatta bir çoğunda, limbik sistemin primer patolojide potansiyel bölge olduğunu göstermiştir(12).

3)Nörogelişimsel teoriler

Şizofreni hastasının DNA'sındaki bir anormallik; prenatal dönem ve erken çocukluk dönemindeki beyin gelişimi ve bağlantı oluşma aşamasında,yanlış sinaps bağlantılarının kurulmasına neden olabilmektedir. Bu durum nöron seleksiyonu ve göçünün erken evrelerinde, fetal beyin gelişiminde ortaya çıkan anormalliklerden kaynaklanmaktadır(18).

Şizofreni, belki de beyinde yaşamın başlangıcından itibaren ortaya çıkan gelişim bozukluğunun bir sonucudur; bu gelişim bozukluğu ya erişkinlikte yanlış nöronların sağ kalmasına yol açan seçim hatasından ya da sağ kalan nöronların beynin doğru bölgelerine göç edememelerinden, uygun bağlantıları kuramamalarından ve daha sonra (ergenliğin sonları ve

erişkinlik döneminde) kullanılmaya başladıklarında aksamasından kaynaklanabilir(15).

Doğum komplikasyonları ile şizofreni gelişimi arasında bağıntı bulunmuştur. Çalışmalarda, erken-başlangıçlı erkek ve kronik şizofrenik olgularda, doğum komplikasyonlarının (periventriküler kanamalar, hipoksi ve iskemik lezyonlar) kontrol grubuna oranla daha sık olduğu saptanmıştır. Bu tür bağıntı geç-başlangıçlı kadın ve akut şizofrenik hastalarda belirlenmemiştir. Doğum anormalliklerinin mi şizofreniye yol açtığı yoksa fetusa ilişkin preşizofrenik anormalliklerin mi doğum komplikasyonlarına zemin hazırladığı açık değildir.İnvivo beyin görüntülemesine dayanan yapısal anormallikler içinde en tutarlı olanı, beyin ventriküllerindeki büyümedir. Gri cevherdeki kayıp, hastalık öncesi erken çocukluk döneminde zayıf sosyal ilişki, eğitim uyumunda yetersizlik ve doğum komplikasyonları ile paralellik göstermektedir.

Şizofreni hastalarındaki postmortem çalışmalarda amigdal, hipokampus, parahipokampal girus ve internal pallidum gibi limbik ve temporal yapıların hacimlerinde azalma ve korpus kallozum agenezisi gözlenmiştir (15,19,20).

4)Şizofrenide nörodejeneratif teoriler

Beyin görüntüleme çalışmalarında, şizofreni hastalarının beyninde fonksiyonel ve yapısal bozuklukların saptanması, hastalığın seyri sırasında nöron fonksiyonlarında progresif kayba yol açan, bir nörodejeneratif sürecin devam ettiğini düşündürmektedir (18).

5)Nörotransmitterlerle ilgili teoriler

a)Dopamin

Dopamin hipotezinin en basit anlatımına göre şizofreni; aşırı dopaminerjik aktivitenin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Bu teori iki gözleme dayanmaktadır.(I).Birçok antipsikotik ilacın (yani, dopamin reseptör antagonistleri) etkisi ve gücü, dopamin (D2) reseptörlerine

antagonist etki edebilme yetenekleriyle paralellik gösterir. (II).Amfetamin gibi dopaminerjik aktiviteyi artıran ilaçlar psikomimetiktir (11,12,18).

b) Serotonin

Kuvvetli serotonin ilişkili aktiviteye sahip, serotonin dopamin antagonisti (SDA) ilaçlarla (klozapin, risperidon, sertindol) ilgili gözlemlerden sonra serotonin, şizofreni araştırmalarında dikkatleri üzerinde toplamıştır. Özellikle 5-HT₂ reseptöründeki antagonizmin psikotik belirtilerin azaltılmasında önemli olduğu ve D₂ antagonizmasıyla ilişkili hareket bozukluklarının gelişmesine karşı hafifletici etkisinin bulunduğu vurgulanmıştır(6,12,18).

c) Norepinefrin

Dopaminerjik ve noradrenerjik aktivite arasındaki ilişkinin açık olmamasına karşın, noradrenerjik sistemdeki anormalliklerin, hastayı sıklıkla relaps için yatkın hale getirdiği yolla, noradrenerjik sistemin dopaminerjik aktiviteyi düzenlediğini öne süren veriler giderek artmaktadır. Şizofreni hastalarının bir kesiminde beyinde ve beyin omirilik sıvısında noradrenalinin arttığı ve bu yolla dopaminin çoğaldığı bildirilmiştir (11,14,15,18).

d) GABA

Mevcut veriler, bazı şizofreni hastalarının hipokampüste azalmış GABA'erjik nöronlara sahip olduğu şeklindeki hipotezle uyumludur. Teorik olarak inhibitör GABA'erjik nöron kaybı dopaminerjik ve noradrenerjik nöronlarda hiperaktiviteye yol açmaktadır(6,14,18).

e) Glutamat

Öne sürülen hipotezlerde glutamatın hipoaktivitesi, hiperaktivitesi ve yol açtığı nörotoksisite üzerinde durulmaktadır. Glutamat antagonisti olan fensiklidinin akut alınmasıyla, şizofreniye benzer bir sendromun ortaya çıkmasından dolayı, şizofreni etiyolojisinde glutamatın da etkisi olduğu ileri sürülmektedir (12,15,18)

f)Diğer nörotransmitterler

Şizofreni belki heterojen bir bozukluk olduğundan, olasılıkla farklı nörotransmitterlerdeki anormallikler aynı davranış sendromuna yol açar(12).

6)Genetik Etkenler

Genetik çalışmalar, şizofreninin geçişinde genetik bir komponent olduğunu şiddetle öne sürmektedir. Monozigot ikizlerde hastalık konkordansı %33-78 arasında değişirken, aynı oran dizigot ikizlerde %8-28 arasında değişir.

Şizofrenlerin birinci dereceden akrabalarında şizofreni gelişme riski, normal kişilerin akrabalarına göre en az beş kat daha yüksektir. Ebeveynlerden her ikisinin de şizofreni hastalığına sahip olması durumunda, çocuklarda şizofreni gelişme şansı %40 daha yüksektir(6,21).

KLİNİK ÖZELLİKLER

Şizofreninin klinik bulgu ve belirtilerinin tartışmaları üç ana başlıkta toplanmaktadır.

1. Şizofreni için hiçbir bulgu veya belirti yoktur; şizofrenide görülen her bir bulgu veya belirti diğer psikiyatrik veya nörolojik hastalıklarda da görülebilir. Bu gözlem belirli bulgu ve belirtilerin şizofreni için tanısalılık gösterdiği şeklindeki sık işitilen klinik düşüncenin aksinedir. Bundan dolayı, şizofreni tanısı için hastanın tıbbi ve psikiyatrik öyküsü, aile ve sosyal geçmişi hakkında olabildiğince kapsamlı bilgi toplamak, aile bireyleri ve arkadaşları ile görüşmek, ayrıntılı bir ruhsal durum muayenesi gerçekleştirmek son derece önemlidir. Klinisyen sadece değişebilen bir ruhsal durum değerlendirmesiyle, şizofreni tanısı koyamaz.

2. Zamanla hastanın belirtileri değişir. Örneğin, bir hasta aralıklı halüsinasyonlara sahip olabilir ve sosyal durumlara uyumu değişkenlik gösterebilir veya hastalığın gidişi sırasında gelip geçici bir duygudurum bozukluğu belirtileri görülebilir.

3. Klinisyen hastanın eğitim düzeyini, entelektüel yeteneğini ve alt kültürel konumunu hesaba katmalıdır. Soyut kavramları anlama yeteneğindeki bozulma, örneğin, hastanın eğitim veya zekasını yansıtabilir.

Dini organizasyonlar vetopluluklar organizasyon dışındakilere garip gelen adetlere sahip olabilir ve bunlar o kültürel yapı içinde normal olabilir (12,15).

Premorbid-prodromal bulgu ve belirtiler

Şizofreninin teorik formülasyonunda, premorbid bulgu ve belirtiler, hastalığın prodromal döneminden önce başlar. Premorbid bulgu ve belirtilerin hastalık süreci kendini kanıtlamadan önce bulunduğu ve prodromal bulgu ve belirtilerin gelişmekte olan hastalığın bölümleri olduğuna işaret eder. Şizofreni hastalarının premorbid öyküsünde tipik ancak değişebilir şekilde şizoid veya şizotipal kişilik tiplerinden birisi vardır. Bu tip bir kişilik sessiz pasif ve içe dönük olarak belirlenebilir ve sonuçta çoğunun az sayıda arkadaşı vardır. Bu konuda yapılan kontrollü bir çalışmada, erkek şizofreni hastalarında premorbid dönemde kötü sosyal işlevsellik, şizoid veya şizotipal kişilik özelliklerinin affektif bozukluğu olan kadın ve erkek hastalara göre daha sık olduğunu saptamışlardır(22). Çekingen bir ergenin yakın arkadaşları ve flörtleri olmayabilir ve takım sporlarından kaçınabilir. Böyle bir ergen sosyal etkinlikleri dışlayarak sinema ve televizyon izlemek veya müzik dinlemekten hoşlanabilir(12,22).

Şizofren hasta aileleri; erkekler için çocukluk ve ergenlikte, kadınlar için erken erişkinlik dönemlerinde ilerleyici davranışsal bozukluklar bildirirler. Bu bozukluklar sosyal-içe çekilmeyi, akademik ve kişisel sorunları içerirler. Şizofreni geliştiren bir birey içe-dönük, utangaç, asosyal ve çocukluk döneminde arkadaşı olmayan veya sadece bir kaç arkadaşı olan bir kişi olarak tanınmış olabilir. Bu bireyler öncelikle bedensel belirtilerden yakınabilirler. Ardından büyü gibi, ileri derecede alışılmadık hobilerle ilgilenmeye başlayabilirler. Kişi acayip düşünce tarzı,

alışılmadık konuşma içeriği veya halüsinatuvar deneyimlerle karışık anormal duygulanım sergileyebilir.

Geçici bir psikotik atak hastanın psikiyatriste veya bir diğer hekime getirilmesine yol açabilir ancak pek çok şizofreni hastası prodromal dönemin başlangıcına kadar herhangi bir anormallik göstermez. Hastanın davranışlarının veya bilişsel işlevlerinin bazı alanlarında değişikliğin olduğu prodromal dönem aylardan yıllara kadar uzayabilir. Hastalar ve ana-babaları; kişilik değişiklikleri, içe-çekilme, azalmış akademik performans, cinselliğe ve önceden zevk veren diğer aktivitelere karşı ilgi kaybı, obsesif-kompulsif ve ritüalistik davranış, kişisel bakımda azalma, sinirlilik, sığlaşmış duygulanım, büyüsel düşünce ve artmış saldırganlık bildirirler. Bu belirtiler sıklıkla normal ergenliğin bir parçası olabileceğinden, yaklaşan psikozu belirlemek profesyoneller için bile güçtür(12,15,23,24).

Prodromal bulgu ve belirtiler, şizofreni tanısı konulduktan sonra geriye dönük olarak belirlendiğinden, geçerlilikleri kesin değildir, bunlara bakılarak şizofreni tanısı konulmaz. Bununla beraber ilk hastaneye yatış, bozukluğun başlangıcı olarak kabul edilmesine karşın, bulgu ve belirtiler sıklıkla aylar hatta yıllar öncesinden sürebilmektedir. Baş, sırt ve kas ağrısı güçsüzlük ve sindirim sorunları gibi bedensel yakınmalarla başlayabilir. Başlangıç tanısı temaruz veya somatizasyon bozukluğu olabilir. Aile ve arkadaşları hastanın giderek değişmekte olduğunu ve kişisel, sosyal ve mesleki etkinliklerde eskisi gibi işlevsellik gösteremediğini fark ederler. Hasta bu aşamada soyut düşünceler, felsefi, büyüsel ve dini yeni uğraşlar geliştirmeye başlayabilir. Ayrıca prodromal bulgu ve belirtiler garip davranış, anormal duygulanım, alışılmışın dışında konuşma, garip düşünceler ve garip algısal deneyimleri içerebilir(12,15,23).

Prognoz ve sonlanış

Şizofreni çok değişik prognoz ve sonlanış özellikleri gösteren, kronik bir bozukluktur. Prognoz ve sonlanışın değerlendirilebilmesi için, kullanılan ölçütler şunlardır: Hastalık belirtileri, iş uyumu, toplumsal uyumu, hastaneye yatış sayısı ve süresi, bilişsel yetiler, genel sağlık ve intihar girişimidir. Sinsi ve yavaş başlayıp yıllarca böyle sürüp giderken, aktif hastalık dönemleri ortaya çıkabilir. Bu dönemler kendiliğinden ya da tedaviyle yatıştır. Bundan sonra, gene çok yavaş ilerleyen ve daha çok negatif belirtilerin baskın olduğu, rezidüel şizofreni türüne dönüşebilir (11,12).

Bazı hastalarda delikanlılık ya da gençlik çağında, oldukça kısa sürede çok renkli pozitif belirtilerle ağır psikotik nöbet ortaya çıkar ve haftalarca, aylarca sürebilir. Bu dönem düzeldikten sonra uzun süre iyi uyum dönemi olabilir ya da durum giderek negatif belirtilerin baskın olduğu, kronik rezidüel şizofreniye dönüşebilir. Bazen aktif pozitif belirtiler yıllarca sürebilir (kronik paranoid şizofrenide olduğu gibi). Bazı hastalarda da iyileşmeler ve depresmelerle hastalık yıllarca sürebilir. Hastaların bir kısmı çok az, bir kısmı da tamamen yakın iyileşebilirler. Hastaneye yatarak tedavi görmüş hastalar sürekli ilaç kullanmış olsalar bile, yaklaşık % 35-40'ı ilk yıl içinde ikinci bir nöbet geçirirler. Nöbet sayısı arttıkça kronikleşme olasılığı artar. Hastalığın gidişi ve sonlanışını önceden kestirmek hemen hemen olanaksızdır. En az bir yıl izlemedikçe, gidiş ve sonlanış hakkında kesin bir şey söylemek aldatıcı olabilir. Yıllarca ağır şizofrenik bozukluk gösterenler arasında, normale yakın sosyal ve iş uyumu yapabilecek denli iyileşenler az değildir. İzleme çalışmaları şizofreni hastalarının en az %30-40'ının, orta ve iyi derecede düzeldiklerini, aile iş ve sosyal uyum yapabildiklerini göstermektedir (7,12,15).

Olumlu prognoz göstergeleri

Hastalık başlangıcının, aniden ve renkli pozitif belirtilerle gelişmesi, olumlu prognozu düşündürür. Hastalığın ortaya çıkmasında, ağır çevresel stres etmenlerinin yeri fazla ise de, gidiş ve sonlanış daha iyidir. Katatonik şizofreni, basit, hebefrenik ve paranoid türlerden daha iyi gidiş gösterir. Ancak, antipsikotik tedavi ile kötü prognozlu olarak bilinen türlerde de, olumlu sonuçlar alınabilmektedir.

Hastalık öncesinde toplum, iş ve seks yaşamına, göreceli olarak iyi uyum yapmış olanlarda, prognoz ve sonlanış daha iyidir. Aile ortamının düzenli, sağlıklı oluşu, aile ve toplum içinde denge bozukluğu belirtilerinin olmayışı, duygu dışavurumunun düşük oluşu, prognoza olumlu etki yapabilir. Gelişmekte olan ülkelerde şizofreni prognozu, gelişmiş ülkelere göre daha iyi bulunmuştur. Tedaviye erken dönemde başlanan, düzenli devam eden, aileleri yakın işbirliği kuran ve sürdüren hastalarda, prognoz daha olumlu görünmektedir.(6,11,12).

Olumsuz prognoz göstergeleri

Hastalığın erken yaşta başlaması ve gelişmesi, olumsuz prognoz göstergesidir. Hastalık öncesi kişiliğin şizoid ya da şizotipal oluşu, belirtilerin sinsi ve yavaş ortaya çıkışı, kötü prognoz olasılığını artırır. Hastaneye yatış sayısının çok, yatma sürelerinin uzun olduğu, iyileşme dönemlerinin kısa olduğu oranda prognoz kötüdür. Negatif belirtilerin baskın olduğu hastalar, tedaviden daha az yararlanmakta ve prognoz daha kötü olmaktadır. Ailede kalıtsal yüklülük varlığında ise kronikleşme olasılığı yüksektir. Aile ortamının bozuk oluşu, aile ve toplum içinde denge bozukluğu belirtilerinin ve duygu dışavurumunun yüksek oluşu, prognoza olumsuz etki yapabilir. Hastanın kendisinden ve ailenin hastadan beklentileri yüksek ve aşırı baskıcı olduğu oranda, prognoz olumsuzdur (6,11,12,23).

CİNSİYET VE ŞİZOFRENİ

Birçok çalışma şizofreni hastalarının klinik ve sosyodemografik özellikler açısından cinsiyet farklılığı gösterdiğini ortaya koymaktadır. Başlama yaşı, premorbid işlevsellik, semptom karakteri ve hastalığın seyri gibi değişkenlerin, kadın ve erkek hastalar açısından, önemli farklar gösterdiği bildirilmektedir. Aleman ve ark. (2003) şizofreni gelişme riskinde cinsiyetin etkisiyle ilgili yaptığı metaanaliz çalışmasında; 1980-2001 yılları arasında yapılmış 49 çalışmayı incelemiş, bazı çalışmalarda şizofreninin daha yüksek olduğunun görülmesinin çalışmalarda tanı kriterleri, yaş ve hastane etmenlerinin yarattığı eğilimin dikkate alınmamasından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Şizofreni gelişme riski kadın ve erkekte aynı olmakla birlikte erkeklerde bozukluğun daha ağır seyretmesinin kolay tanı konulmasını sağladığı, kadınlarda ise tam aksine daha az tedavi arayışlarının olması sonucu, tanının gözden kaçırılmasına yol açtığı ve bu yüzden erkeklerde riskin yüksek olduğu izleniminin olduğu ileri sürülmüştür(2,23).

Lewine ve ark. yaptıkları bir metaanalizde defisit şizofreninin erkeklerde daha yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur. Lewine'ın yaptığı aile çalışmasında non-defisit grubunda erkek oranı %63 iken, defisit grubunda erkek oranı % 91 olarak bildirilmiştir. Goldstein ve Lewine, şizofrenide cinsiyet farklılığı ile ilgili gözden geçirme çalışmasında, erkeklerin hastalığının kadınlara göre 4-6 yaş daha erken(semptom başlangıcı ve hastaneye yatış açısından) başladığını ve bu yüzden daha büyük sosyal, bilişsel ve duygudurumsal bozukluk gösterdiklerini, uzunlamasına daha kötü bir sonlanıma sahip olduklarını bildirmişlerdir. Kadınlarda ise bozukluğun ailevi formunun, erkeklere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bazı yazarlar erkeklerde nöropsikolojik bozulmanın, genelde kadınlardan daha fazla olduğunu bildirmelerine rağmen, kimi çalışmalar bunu desteklememektedir(2,9,23,25).

Kadın şizofreni hastaları daha fazla psikiyatrik yardım arama eğilimindedir, tedaviye uyumları daha iyidir ve erkeklere göre tedavi periyotları daha kısa olup ve gereksinim duyulan antipsikotik ilaç dozları daha düşüktür. Rasanen ve ark.(1999) yatarak tedavi gören psikotik bozuklukları da içeren değişik tanılı hasta gruplarında tedavi ve hastalığın sonlanımında cinsiyetin etkisini değerlendirdikleri bir çalışmada; hastaneye yatış sayısı, yatış süresi ve psikososyal terapiler açısından, cinsiyete göre majör bir farklılık saptamamışlardır. Ancak kadın şizofreni hastalarının tedaviye daha aktif katıldıklarını bildirmişlerdir(26).Kadın şizofreni hastalarının, erkeklere göre daha çok klinik remisyona girdikleri ve daha hızlı düzelmeler gösterdikleri, hastaneden çıktıktan sonra sosyal yaşama uyumlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. McGlashan uzun süreli izlem çalışmasında, hastalığın sonlanımının kadınlarda daha iyi olduğunu, ancak kadınların zaman içinde bu avantajlarının bir kısmını yitirdiğini ve hastalığın seyrinin kabaca erkek ve kadın açısından birbirine benzediğini bildirmiştir(27).

Morbidite riski

Yaşamboyu şizofreni insidansının erkek kadın oranı literatürde belirgin farklılıklar göstermektedir. Hambrecht ve ark.'a göre erkek kadın oranının yıllık insidansı, on bin kişilik popülasyonda 0.70'den 3.47'ye kadar değişmektedir(0.70-3.47/10.000). Hafner bu konuda yapılan çalışmaların çoğunda, erkek baskınlığının metodolojik bir takım sorunlardan kaynaklandığını ileri sürmüştür. Bu durumun çalışma örneklerinin çoğunda, geç başlangıçlı kadın olguların hastalığı yeterince yansıtmaması ve genç erkeklerde hastalığın sık görülmesiyle ilişkili olabileceğini bildirmiştir (28,29).

Bu çalışmaların diğer kısıtlayıcı yönleri olarak; küçük saha çalışmalarının olması ve/veya yeterince temsil gücü olmayan örneklemelerin seçilmiş olması, kısıtlayıcı araştırma kriterlerinin, kullanışlı standart

görüşme tanı ve kriterlerinin olmaması sayılmıştır. Bu gibi güçlükler nedeniyle cinsiyet farklılığına ilişkin çalışmaların değerlendirilmesinin zor olacağını belirtmiştir. Yüzyıllık bir zaman sürecine yayılan 320 şizofreni izlem çalışması arasında bile, uygun örneklemin kullanıldığı bir çalışma bulunamamıştır(30).

Häfner ve ark. (2003), ilk kez hastaneye başvuran hastaların değerlendirildiği ABC şizofreni çalışmasında, hastalar beşer yıllık yaş dilimleri halinde değerlendirilerek, 12-14 yaş bandından, 54-59 yaş bandına kadar gruplandırılmıştır. 30-35 yaş bandına kadar yaşamboyu şizofreni riski, erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu yaştan sonra kadınların, erkeklere yaklaştığı görülmüştür. Sonuç olarak daha düşük yaş kesitlerinde, hastalık risk oranının erkeklerde daha yüksek olduğu gösterilmiştir(23).

Hastalık başlama yaşı

Seeman (1982), ilk başvuru yaşında cinsiyet farklılığının, bozukluğun önemli bir işareti sayılacağını işaret etmiştir(27). Dünya sağlık örgütü tarafından on ülkede yapılan çalışmada, elde edilen veriler başlama yaşının, kadınlarda erkeklere göre 3,4 yıl daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Hastalık başlangıç yaşına ilişkin erkek kadın farklılığıyla ilgili oranlar merkezlere göre değişiklik gösterse de (0,3'den 5,1 yıla kadar), bütün merkezler başlama yaşının kadınlarda daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Hafner (2003), geniş bir şizofreni tanımı kullanarak yaptığı ilk epizod ABC çalışmasında, hastalığın başlangıcını ve erken seyrine ilişkin sonuçları saptamaya çalışmıştır. Kullanılan tanı kriterlerine bağlı olarak hastalığın başlangıç yaşı, kadınlarda erkeklere göre 3,2-4,1 daha yüksek bulunmuştur. İlk psikotik semptomların ortalama başlangıç yaşının erkeklerde 26,5, kadınlarda 30,6 yaş olduğu bulunmuştur(23,27,31).

Dünya Sağlık Örgütü tarafında 10 ülkede yapılan çalışmada bildirilen başlama yaşının erkeklerde 26,7 kadınlarda 30,1 gibi oranlarla

benzer olduğu görülmüştür(32).

Häfner ayrıca başlangıç yaşını beşer yıllık gruplar halinde değerlendirmiş, ilk artışın 15-25 arası en yüksek olduğunu saptamıştır. Kadınlarda başlangıç yaşı oranı 15-30 yılları arasında yavaş bir artış gösterdiğini, ikinci pikin (artış) ise 45-50 yaşlarında perimenopozal dönemde görüldüğü, bu dönemde erkek kadın oranının belirgin farklılık gösterdiği saptanmıştır. Benzer bulgular Castle ve ark.(1993) tarafından da ortaya konmuştur(33). Başlangıç yaşında herhangi bir farkın olmadığını gösteren birkaç çalışma da mevcuttur. Shimizu ve ark. yaptıkları çalışmalarda, erkek şizofreni hastalarında başlangıç yaşının, kadınlara göre bir yıl daha erken olduğunu bildirmişlerdir(34).Öte yandan Addington ve ark.(1996) Kanada'da 113 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, başlangıç yaşı açısından cinsiyet farkı bulunmadığı belirtilmiştir(35).Yüksek genetik yüklü olgularda başlangıç yaşı açısından, cinsiyet farklılığının olmadığını bildiren çalışmalar da vardır(36,37).

Premorbid işlevsellik

Geriye dönük okul kayıtlarının değerlendirilmesi, hastalarla yapılan geriye dönük çalışmalar ve kadın şizofreni hastaların çocuklarında yapılan ileriye dönük çalışmalar, erkeklerde kadınlara göre sosyal ve mesleki işlevsellikte premorbid defisidin daha fazla olduğu saptanmıştır(38,39,40).

İlk başvuruya kadar 4-10 yıllık izlem çalışmasının olduğu İsrail ordu çalışmasında da benzer bulgular gösterilmiştir. Hastalığın prodromal dönemiyle ilişkili premorbid işlevsellikte, cinsiyet farklılığının olduğu saptanmıştır. Prodromal dönem negatif semptomlar, işlevsel bozulma ve sosyal yeti yitimi ile karakterizedir ve erkeklerde daha erken başlar(41).

Erkek ve kadınlarda hastalığın şiddetine yaşın etkisi

Erkeklerde hastalığın şiddetli bir biçimde daha erken yaşlarda görülmesi, östrojenin koruyucu etkisinin olmamasına bağlanmıştır. Artan yaşla birlikte, hastalığın hafif formlarında artış olduğu bildirilmiştir.

Kadınlarda ise östrojenin uzun süre koruyucu etkisine bağılı olarak daha hafif formlar görölmektedir. Belli bir oranda şizofreni hastalığı, menopoza kadar manifest hale gelmemektedir. Premenapozal dönemde östrojen azalmayla birlikte, kadınlarda yalnızca hastalığın insidansı artmaz aynı zamanda hastalığın daha şiddetli formları da görölür(42).

Häfner ABC çalışmasında PSE (Present State Examination-Şimdiki Durum Muayenesi) total skorunun geç başlangıçlı hastalarda, erkek ve kadınların her ikisinde de daha düşük olduğunu saptamıştır. Semptom skorları, erken ve geç başlangıçlı şizofrenide karşılaştırıldığında, cinsiyet açısından belirgin farklar ortaya koymuştur. Çalışmada kullanılan sekiz semptom skorundan dördünde, erken başlangıçlılara göre geç başlangıçlı erkeklerde, daha düşük skor elde edilmiştir. Aksine, geç başlangıçlı kadınlarda negatif semptomları gösteren SANS toplam skoru, erken başlangıçlılara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar erkeklerde geç başlangıçlı olguların, daha hafif semptomatoloji gösterdiğini ortaya koymaktadır. Psikotik epizodun şiddetinden cinsiyete ilişkin yaş farklılığının östrojenin yaşa bağılı koruyucu etkisiyle ilişkili olduğu hipotezini desteklediğı ileri sürölmüştür. Erkeklerde ağır ilk epizodlar görece olarak genç yaşlarda görölürken, genç kadınlar genel olarak daha hafif tablolar göstermektedir. Fakat yaşamın ilerleyen dönemlerinde ağır ilk epizod erkeklerde azalmakta, premenapoz dönemindeki kadınlarda ise hafif şekilde artmaktadır(23).

Lewin ve ark.(1997),şizofreni başlangıcında yaş ve cinsiyetin ilişkisini değerlendirdikleri çalışmada; erken başlangıçlı kadınlara göre geç başlangıçlılarda daha kötü bilişsel sonlanım, geç başlangıçlı erkeklerde ise erken başlangıçlılardan daha kötü bilişsel gidiş gösterdiğini saptamışlardır (43).

Nörogelişimsel bulgular

Kadın beyni erkelere göre daha hızlı olgunlaşır. Olasılıkla bu yüzden prenatal-perinatal ve çocukluk çağının zararlı etkilerine karşı kadınların beyni daha az zedelenebilirlik gösterirler(44).

Başlangıç yaşındaki cinsiyet farklılığında erkeklerin daha baskın olmasının, hastalığın erken başlangıcı, prenatal ve perinatal komplikasyonlarla ilişkili olabileceği iddia edilmiştir. Ancak bu hipotez metodolojik olarak daha güçlü çalışmalarda destek bulamamıştır(45,20).

Castle 2000 ileri yaşlardaki şizofreni ve hezeyanlı bozukluklardaki kadın baskınlığını, erkek kadın beyninin yaşla farklılaşması ile ilişkilendirmiştir(24).

Yazara göre, yaşamlarının erken dönemlerinde kadınların dopamin reseptörleri kaybolur. Fakat yaşamın ileri evrelerinde erkeklere göre görece olarak bir artış gösterir. Dopamin 2 reseptör kaybındaki farklılık sürecinin, nöroleptiklere uzun süre maruz kalan yaşlı kadınlarda, tardif diskinezi sıklığının daha yüksek olmasıyla ilişkili olabileceği bildirilmiştir(24).

Temel beyin morfolojisi kadınlarda, büyük oranda bihemisferik işlevsellik şeklinde kendini gösterirken, erkeklerde ise lateralizasyon daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır(46,47).

Crow (1994), serebral lateralizasyondaki cinsiyet farklılığıyla ilgili olarak yaygın bir matürasyon ve beyin hacmindeki artışın, sosyal etkileşim ve yüksek derecede iletişim kapasitesinin gelişmesine hizmet ettiğini ileri sürmüş, şizofreni hastalığını dilde ortaya çıkan, serebral lateralizasyona bağlı bir defekt olarak tanımlamıştır(48).

Cinsiyet farklılığına ilişkin nöroimajinatif ve nöroanatomik birçok çalışmada, erkek hastalarda kadınlara göre daha fazla beyin anormalliği gösterilmiştir. Buna karşılık birçok çalışmada, şizofreni

hastalarında normal cinsiyet dimorfizminin arttığına dair bulgu saptanmamıştır(23,44,49,50).

Sonuçlar arasındaki uyumsuzluğun, bu çalışmalardaki bazı metodolojik farklılıklardan kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür. MRI çalışmasında lateral ventriküllerde genişlemeküçük hipokampal formasyon bildirilmiştir(50,51). Postmortem bir çalışmada, erkeklerde daha geniş bir planum temporale saptanmıştır(52). Bir kaç çalışmada, kadınlarda ventriküllerde genişleme bildirilmiştir(53).

Fonksiyonel görüntüleme ile ilgili karşılaştırmalı analizler ve nöropsikolojik paradigmların, şizofrenide cinsiyet farklılığına ilişkin kesin bir yargı sağlamada yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır(54,55,56).

Elde edilen bu verilerle özellikle şizofreni riski ve hastalık semptomlarının ortaya çıkmasında, beyin fonksiyon ve gelişimini etkileyen steroid hormonlarının etkisiyle ilişkilendirilemeyeceği iddia edilmiştir (57,58).

Adölesan ve erken erişkinlikte baş etme becerileri ve sosyal davranışların, cinsiyetlere göre farklılık gösterdiği bilinmektedir. Belirgin cinsiyet farklılığının, daha çok sosyal olarak uygunsuz davranış itemlerinde ortaya çıktığı saptanmıştır. Bunlar kendini ihmal etme, işe ilgide azalma, sosyal çekilme ve iletişimde yetersizliktir. Bu davranışlar daha çok erkeklerde görülmüştür. Kadınlarda yalnızca aşırı adaptasyon ve sıradanlık itemi daha çok görülmüştür. Bir çok çalışmada alkol /madde kötüye kullanımı prevalansının erkeklerde daha yüksek oranda bulunduğu gösterilmiştir(59,60,61).

Hafner'ın çalışmasında, huzursuzluk itemi kadınlarda belirgin olarak daha sık görülmüştür. Bu bulguların şizofreniye spesifik olmadığı, davranışa ilişkin cinsiyet farklılığının, normal gelişim döneminin öncesi ile, ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Sosyal olarak uygunsuz davranışların

erkek şizofreni hastalarında güçlü bir şekilde yaşla ilişkili olduğu, 30 yaşından önce en yüksek görüldüğü bildirilmiştir(23).

Prognoz ve sonlanım

Kadın şizofreni hastalarına göre erkek şizofreni hastalarında, hastalığın kısa ve orta dönem seyrinin daha kötü olduğu bildirilmiştir. Angermeyer ve ark.(1990)'ın yapılan çalışmalarla ilgili gözden geçirmesinde, çalışmaların yaklaşık yarısında kadınlarda daha iyi bir sonlanımın görüldüğü ve bu bulguların istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirlemiştir(62). Ancak yapılan başka bir çalışmada ilk başvurudan sonra beş yıllık semptomlarla ilgili seyrinde, kadın erkek arasında farklılık saptanmamıştır(23).

Nöroleptik tedavisine yanıt

Östrojenin nöroleptik benzeri etkilerinden dolayı, kadın şizofreni hastaları erkek şizofreni hastalarına göre nöroleptiklere daha iyi yanıt verirler ya da daha düşük dozlara gereksinim duyarlar (63,64). Ancak daha ağır klinik gösteren postmenapozal kadınlar, aynı yaştaki daha hafif bir hastalık yaşayan erkeklere göre, daha yüksek dozlarda antipsikotik dozlara gereksinim duyarlar. Seeman ve ark.(1989b) benzer bulguları ortaya koymuştur(64). Bu konudaki bütün bulgular birbiriyle uyumlu değildir. Daha özenli tasarlanan çalışmalarda, tedavi etkinliği ya da günlük antipsikotik dozlarına ilişkin cinsiyet farklılığı saptanamamıştır(65).

Kadın ve erkeklerin özgün tedavi programlarına gereksinim duymalarının, yalnızca gonadal hormonların farklı etkilerine bağlı olmadığı aynı zamanda yaşam seyirleri ve bozukluklarının sosyal seyri, psikososyal durumları ve davranışsal predispozisyonların da farklılıklarla ilişkili olabileceği iddia edilmiştir (63,64).

Hastalıkla baş etme

Kadınların genel olarak yaşam hedefleri, beklentileri ve değişim kapasitelerinin erkeklere göre daha iyi olmasının, kadınların

hastalıkları ile daha iyi başa çıkmalarına yardımcı olabileceği ileri sürülmektedir. Kadınlarda yaşam memnuniyeti erkeklere göre daha iyi bulunmuştur. Bu farklılığın erkeklerin yaşam hedeflerinin kadınlara göre daha az gerçekçi olması ve beklenti düzeylerinin yüksek olması ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Erkeklerde belirgin memnuniyetsizliğin, şizofreninin seyri sırasında yüksek oranda intihar gerçekleştirmelerine katkıda bulunabileceği bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada, kontrol grubundaki erkeklerin % 82'si, kadınların % 84'ü yüksek derecede yaşam memnuniyeti bildirirken, kadın şizofreni hastalarında bu oran % 58, erkek şizofreni hastalarında ise % 43 olarak bildirilmiştir. Sağlıklı kontrollere göre şizofreni hastalarında bir çok yaşam hedefinden sadece az bir kısmı önemsiz görünmektedir. Örneğin; aşık olmak, tutarlı bir ilişki sürdürmek ve öz saygı hem hasta hem de sağlıklı gruplarda hemen hemen eşit oranda önemli görülmüştür. Cinsel ilişki ve iş erkek hastalarda sağlıklı kontrol grubundaki kişiler kadar önemli iken, kadın hastalarda yaşamın bu alanına ait beklentilerin belirgin olarak daha az olduğu görülmüştür(25,66).

Klinik görünüm

Şizofreni hastalarındaki klinik belirtilerin, kadın ve erkekde bütünüyle aynı olmadıkları bildirilmiştir. Kadınlarda hezeyanlar daha az gariptir. Daha somatik ve romantik konularda zihinsel uğraşları vardır. Erkeklerin ise, daha çok politik komplolar ve gizli faaliyetler ile meşgul oldukları saptanmıştır. Mistik, asalet ve iktidar konularında grandiyöz hezeyanlar erkeklerde daha çok görülür. Apati, affekt düzleşmesi, konuşmada fakirlik, sosyal izolasyon ve bunların ilişkiler üzerindeki olumsuz sonuçlarının, erkelerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Affektif semptom, özellikle depresyonun kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bu semptom farklılığının kadınların toplum içinde daha uzun ve güçlü ilişkiler kurmasına yardımcı olduğu görülmektedir(7).

Şizofreninin daha geç geliştiği kadın hastalarda, premorbid işlevselliğin daha iyi olduğu hemen hemen bütün çalışmalarda bildirilmiştir. Preşizofrenik kadınların genel olarak preşizofrenik erkeklere göre sosyal işlevsellik, kognisyon, sosyal başarı ve iş başarısı açısından daha iyi durumda olduğu bildirilmiştir. Bu durum akut psikotik epizodun kadınlarda, başlangıcın kronolojik olarak erkeklere göre daha geç ortaya çıkabilmesiyle ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Ayrıca kadınların daha hızlı iyileşmesinin bu sonuçlarla ilgili olabileceği kabul edilmektedir. Kadınlar daha kısa periyotlarla hastanelerde kalmakta ve daha düşük doz antipsikotik ilaçlarla taburcu edilmektedirler(38,39,40).

Hospitalizasyon sonrası kadınların işlerine daha hızlı bir şekilde dönebildiği bildirilmektedir. Kadınlarda daha sıklıkla flört, evlilik ve çocuk doğurma görülebilmektedir. Kadınların ilişki geliştirip sürdürmesi daha sık görülür. Daha sıcak sosyal destek ağı oluştururlar(26,38).

Kadın şizofreni hastalarında seyir ve sonlanıma ilişkin avantajların ilk epizoddan sonraki 15 yıla kadar uzayabildiği bildirilmiştir.15 yılın sonrasında kadınların gösterdiği görece avantajlar kaybolmaktadır. İleri yaştan sonra kadın ve erkeklerin hastalığının seyir ve sonlanımı bir çok boyutta kabaca benzerlik gösterir(67).

İntihar

Kadınlara göre erkek şizofreni hastalarında tamamlanmış intihar daha sık görülür. Özellikle tanı konulduktan sonraki ilk dekada risk daha yüksektir. Şizofreni hastalarında erkek/kadın intihar oranı genel popülasyona göre daha düşüktür. Bu durum depresif semptomların prevalans ve şiddetinin, kadınlarda daha yüksek olmasıyla açıklanabileceği ileri sürülmüştür(68,69).

Şizofreni hastalarının, duygulanım bozukluğu gösteren hastalardan, daha çok intihar girişiminde bulunabildikleri önem verilmesi gereken bir durumdur (13). İntihar şizofrenide sık görülen bir ölüm

nedenidir. Farklı tahminler olsa da, şizofreni hastalarının yüzde 10 kadarı intihar girişimi sonucu ölürlür. Genel popülasyona göre şizofrenide intihar riskinin daha yüksek olmasına karşın, bazı risk etmenleri (genç olmak, beyaz ırk ve sosyal yalıtım) her iki grupta da benzerdir. Depresif durum, intihar girişimi öyküsü, işsizlik ve reddedilme de her iki grupta intihar riskini arttıran etkenlerdir. Depresyon yaşamayan hastalarda izlenen intihar girişimleri ise, hastanın yaşadığı hezeyanlar ya da işitsel halüsinasyonlarca tetiklenen, genellikle çok iyi düşünülüp planlanmadan gerçekleştirilmiş ve de çoğunlukla “impulsif” nitelikli intiharlardır. Önceki çalışmalar, bu bozukluğa özgü diğer risk etkenlerini ortaya koymuştur. Bunların arasında genç ve erkek olma ve sık alevlenmelerle giden kronik hastalığın varlığı bulunmaktadır. Taburcu olduktan sonraki dönemde yüksek psikopatoloji düzeyi ve işlevsellikte bozulma intihar riskini artırır. Ayrıca hastalığın yıkıcı etkilerinin farkında olma ve gelecekteki ruhsal yıkımın gerçeğe yakın değerlendirilmesi, umutsuzluk, tedaviye olan bağımlılık veya tedaviye olan inancın kaybolması, şizofrenili kişilerde intihar riskini artırır. Riskin yaşam boyunca devam etmesine karşın mortalite riski gençlerde, taburcu olduktan sonraki erken dönemde ve hastalığın başlangıç döneminde daha yüksektir (13,68,69).

YÖNTEM VE GEREÇLER

Hastanemizin akut psikoz servislerinde yatarak tedavi gören şizofreni tanısı konulmuş 50 erkek ve 50 kadın hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya rastgele örneklem yöntemiyle seçilenler arasından hasta kabul ölçütlerine uyan hastalar katıldı.

Klinik değerlendirme DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulan hastalara araştırma hakkında bilgi verildi. Kabul edenler çalışmaya dahil edildi.

Sosyodemografik soru formu, BPRS (Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği), SAPS (Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği) ve SANS (Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği) ölçekleri uygulandı.

Kabul Ölçütleri:

- 1.DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olmak.
2. 15-60 yaş aralığında olmak.
3. Yatışının üzerinden en az beş gün geçmiş olması.

Dışlama Ölçütleri:

- 1.Mental retarde olmak.
- 2.Alkol madde bağımlısı olmak.
- 3.Organisiteye bağlı psikiyatrik bozukluk olması.

Uygulanan Ölçekler

1. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği: Overall ve Gorham tarafından geliştirildi(70). Özgün adı “Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)” dir. Türkçe’ye yalnızca çevirisi yapılmıştır ve Gülgün Yanbastı tarafından kullanılmıştır. Epidemiyolojik çalışmalarda güvenilirlik ve geçerlilik açısından kültürler arası kullanılabilirlik düzeyi çok düşüktür ve bu nedenle geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

2.Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği: Andreasen tarafından geliştirildi(71). Özgün adı “Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)” dır. Erkoç ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır(72). Türkçe formunun çalışmada geçerlilik çalışmaları yapılmamıştır ve ölçeğin iç tutarlılığa sahip bulunması geçerliliğine gösterge olarak alınmıştır.

3.Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği: Andreasen tarafından geliştirildi(71).Özgün adı “Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)” dır. Erkoç ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır(73). Türkçe formunun çalışmada geçerlilik çalışmaları yapılmamıştır ve ölçeğin iç tutarlılığa sahip bulunması geçerliliğine gösterge olarak alınmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme: Çalışmamız sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programı kullanıldı. Karşılaştırmalarda student’s t test, mann whitney u test, ki-kare ve fisher exact test kullanıldı. $P<0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya aldığımız 50 erkek ve 50 kadın toplam 100 hastanın yaş ortalama değerleri tablo-2a'dadır.

	Kadın		Erkek		p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Yaş	43,08	10,79	35,70	9,82	,001***

Tablo-2a: Kadın ve erkek şizofreni hastalarının yaş ortalama değerleri.

Kadınların yaş ortalaması değerleri erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulunmuştur($p<0.001$).

	KADIN		ERKEK	
	N	%	N	%
YAŞ GRUBU				
<30	5	10,0	18	36,0
30-39	14	28,0	16	32,0
40-49	17	34,0	9	18,0
50+	14	28,0	7	14,0

Tablo-2b: Hastaların yaş gruplarının dağılımları.

Hastaların 30 yaş altı gruplarına bakıldığında, kadınlarda bu oran % 5 iken, erkeklerde %18 olarak bulundu.40-49 yaş grubundaki kadınların oranı %17,erkeklerin ise %9'du.

	Kadın		Erkek		Ki-kare	P
	N	%	N	%		
Medeni durum						
Evli	15	30,0	4	8,0		
Bekar	19	38,0	38	76,0		
Boşanmış	14	28,0	7	14,0		
Dul	2	4,0	1	2,0	7,86	0,005**

Tablo-3: Cinsiyete göre medeni durum dağılımı.

Kadınlar arasında evli olanların oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0.05$).

Çalışmamızda kadınlar arasında halen evli olanların oranı % 30 (n:15) iken boşanmış %28 (n:14) ve dul %4 (n:2) olanların da geçmiş dönemlerde en az bir kez evlilik yapmış oldukları göz önüne alındığında kadınlarda genel evlilik oranı % 62'ye ulaştığı dikkat çekmektedir. Aynı yaklaşımla erkeklerin evlilik oranı değerlendirildiğinde halen evli olanların oranı %8, genel evlilik oranı ise %24 olarak bulunmuştur.

	Kadın		Erkek		Ki-kare	P
	N	%	N	%		
Kimlerle yaşıyor						
Ebeveyn	18	36,0	38	76,0		
Yakınlarıyla	8	16,0	2	4,0		
Eş ve çocuklar	18	36,0	3	6,0		
Yalnız	5	10,0	6	12,0		
Sosyal kurum	1	2,0	1	2,0	21,54	0,000

Tablo-4: Kimlerle yaşadıklarına ilişkin bulguların dağılımı.

Birlikte yaşanan kişiler bakımından kadın ve erkekler karşılaştırıldığında, erkek hastaların ebeveynleri ile birlikte yaşama oranı

% 76'ya karşılık kadınlarda %36'dır. Bu oran istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da kadınlarda eş ve çocuklarla birlikte yaşama oranı % 36'ya karşılık %6'dır.

	Kadın		Erkek		Ki-kare	P
	N	%	N	%		
Yaşadığı yer						
İl	40	80,0	43	86,0		
İlçe	6	12,0	3	6,0		
Köy	4	8,0	4	8,0	1,10	0,575
Eğitim durumu						
Okur-yazar değil	7	14,0	1	2,0		
İlköğretim	28	56,0	29	58,0		
Lise	10	20,0	14	28,0		
Yüksek	5	10,0	6	12,0	5,27	0,153

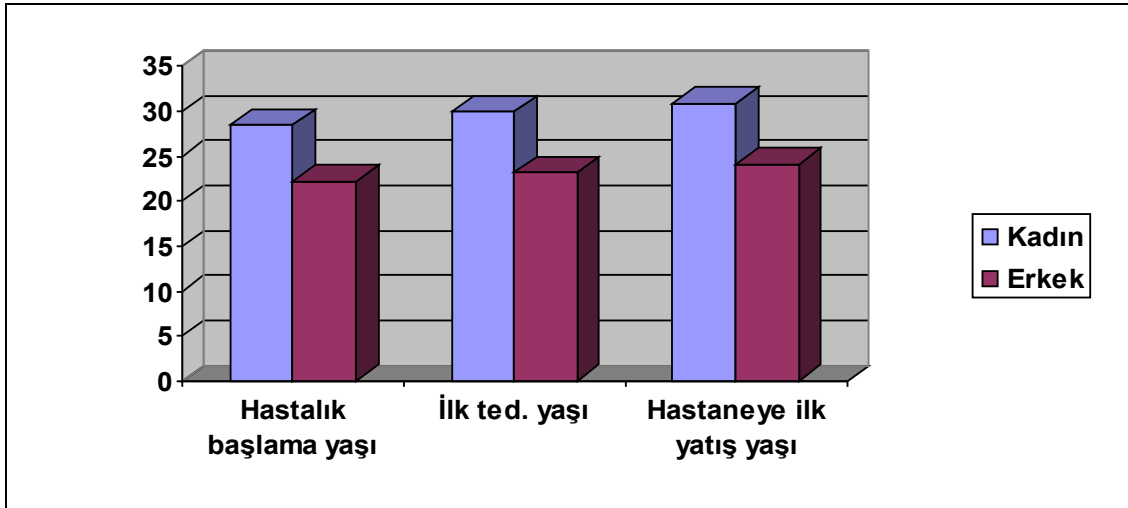
Tablo-5: Hastaların eğitim durumu ve yaşadığı yere ilişkin bulguların dağılımı.

Cinsiyetler arasında; yaşanan yer ve eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur($p>0.05$).

	KADIN		ERKEK	
	N	%	N	%
Meslek				
Yok	10	20,0	16	32,0
İşçi	2	4,0	6	12,0
Çiftçi	-	0,0	1	2,0
Devlet Memuru	5	10,0	1	2,0
Serbest Meslek	3	6,0	22	44,0
Evkadını	30	60,0	-	0,0
Öğrenci	-	0,0	2	4,0
Emekli	-	0,0	2	4,0

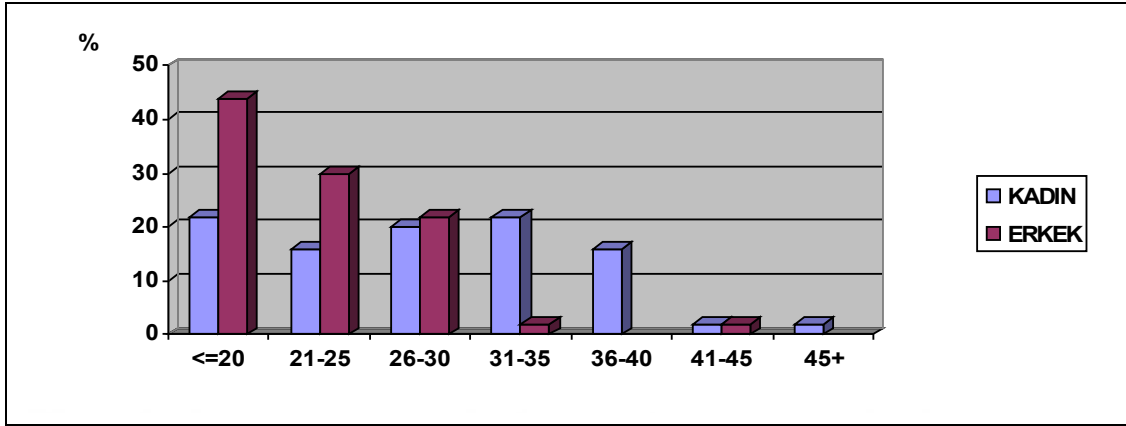
Tablo-6: Meslek dağılımı.

Kadınların % 20'sinin erkeklerin ise %32'sinin hiçbir mesleği yoktu. Evhanımlığı da meslek olarak kabul edildiğinde kadınların büyük çoğunluğunun (% 60) evhanımı olduğu görüldü. Erkeklerin ise %44'ü serbest meslek sahibi olduklarını bildirdiler.

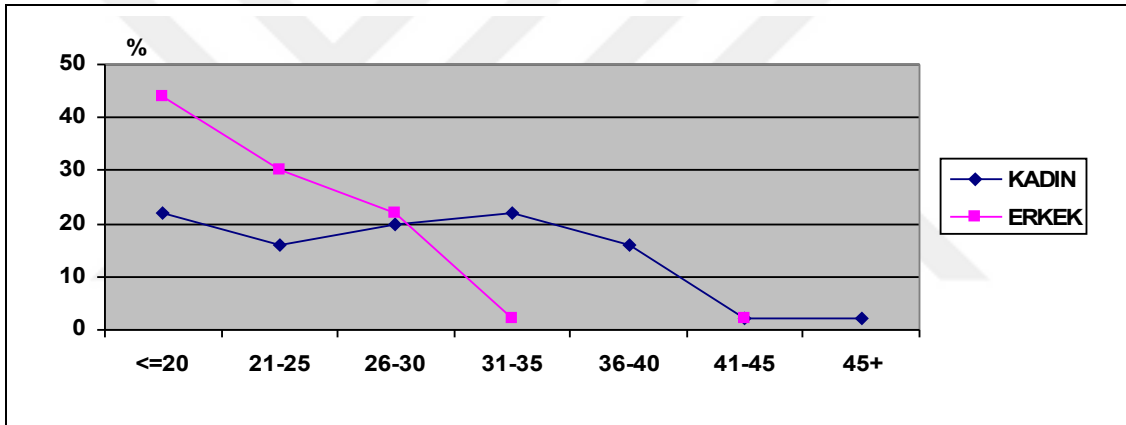


Grafik-1: Cinsiyete göre, hastalık başlama, ilk tedavi ve hastaneye yatış yaşı grafiksel dağılımı

Kadınlarda hastalık başlangıç yaşı, tedaviye başlama yaşı ve ilk hastaneye yatış yaş ortalaması erkeklere göre anlamlı derecede fazladır ($p<0.001$).



Grafik- 2a.



Grafik- 2b.

Grafik-2a, 2b: Hastalık başlama yaşlarının beşer yıllık gruplar halinde dağılımı.

Burada hastalık başlangıç yaşı beşer yıllık gruplar halinde değerlendirildi. İlk artışın erkeklerde 20 yaş civarına kadar olan dilimde en yüksek olduğu saptanmıştır. Sonraki yaş dönemlerinde ise giderek azaldığı dikkat çekmektedir. Kadınlarda ise hastalık başlama yaşının, 20-30 yaş aralığında kademeli olarak yavaş bir artış gösterdiği, 45 yaş sonrası perimenapozal dönemde ise küçük bir artış gösterdiği görülmektedir.

	Kadın		Erkek		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Hastalık başlama yaşı	28,48	8,34	22,28	5,80	,000***
İlk tedaviye başlama yaşı	30,00	8,51	23,26	6,45	,000***
İlk hastaneye yatış yaşı	30,90	8,33	24,16	6,39	,000***
Hastalık süresi	14,18	8,33	13,44	8,57	,662
Hastanede kalış süresi	6,08	6,14	5,32	4,65	,487

Tablo-7: Cinsiyete göre ortalama hastalık başlama yaşı, tedaviye başlama yaşı, ilk hastaneye yatış yaşı, hastalık süresi ve hastanede kalış süresinin karşılaştırılması.

Cinsiyetler arasında hastalık ve hastanede kalış süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur($p>0.05$).

	Kadın		Erkek		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Hastaneye yatış sayısı	5,61	5,06	6,40	8,69	,584

Tablo-8a: Ortalama yatış sayıları

	KADIN		ERKEK	
	N	%	N	%
YATIŞ SAYISI				
1	13	27,1	11	22,4
2-5	14	29,2	14	28,6
6-9	11	22,9	14	28,6
10+	10	20,8	10	20,4

Tablo-8b: Yatış sayısı gruplarının dağılımı

Cinsiyete göre hastaneye yatış sayısı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Kadın		Erkek		P
	N	%	N	%	
Yok	42	85,7	32	66,7	
Psikotik bozukluk	6	12,2	13	27,1	
Duygudurum bozukluğu	1	2,0	1	2,1	
Anksiyete bozukluğu	0	0	1	2,1	
Alkol/madde kullanım bozukluğu	0	0	1	2,1	0,032

Tablo-9: Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü.

Erkeklerde ailede psikiyatrik hastalık bulunma öyküsü oranı, kadınlara göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur($p<0.05$).

Erkeklerin ailelerinde psikotik bozukluk bulunma oranı %27,1 kadınların ailelerinde %12,2 olarak saptanmıştır($p<0.05$).

Yaşam boyu intihar girişimi	Kadın		Erkek		P
	N	%	N	%	
Yok	39	78,0	39	78,0	-
Var	11	22,0	11	22,0	

Tablo-10:Cinsiyetler arasında intihar girişiminde bulunma oranı.

İntihar girişiminde bulunma bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

	Kadın		Erkek		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
SAPS toplam skoru	80,18	27,53	69,28	27,00	0,048
SANS toplam skoru	67,22	20,47	63,60	22,40	0,401
BPRS toplam skoru	39,80	10,74	39,26	11,73	0,811

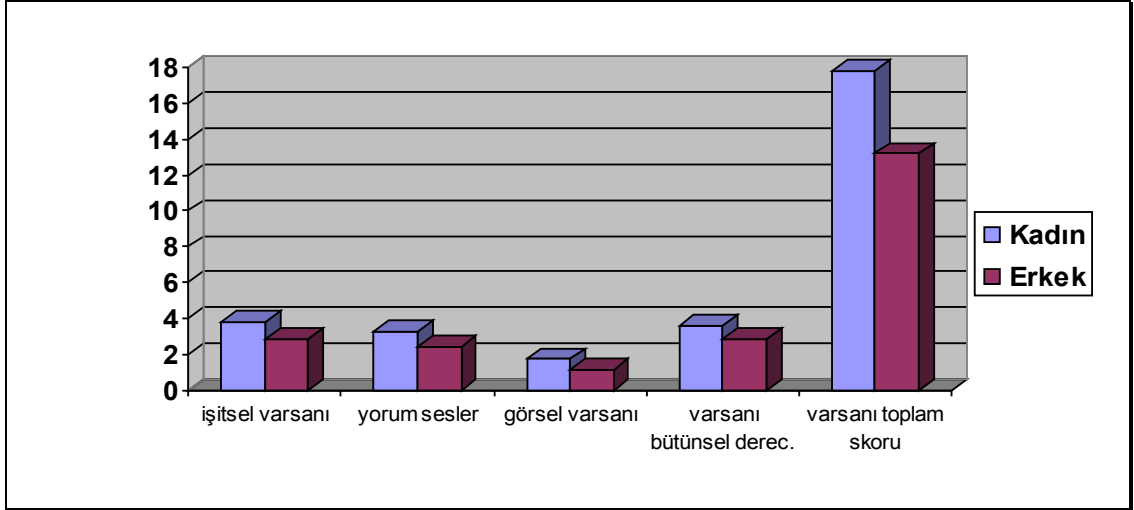
Tablo-11: SAPS, SANS ve BPRS toplam skorları

SAPS toplam skoru kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$). SANS ve BPRS toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı($p>0.05$).

	Kadın		Erkek		p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Somatik uğraşlar	1,64	1,75	1,40	1,80	,500
Anksiyete	2,70	1,71	3,18	1,83	,177
Duygusal içe kapanma	3,20	1,34	3,78	1,11	,021*
Düşünce çözülmesi	1,30	1,34	1,36	1,38	,826
Suçluluk duyguları	1,10	1,43	1,72	1,86	,065
Gerginlik	2,28	1,37	2,22	1,02	,804
Manyerizm-postür	,38	,73	,82	,94	,010*
Grandiyözite	2,66	2,15	2,26	1,95	,332
Depresif duygudurum	1,62	1,43	1,98	1,35	,198
Düşmanca davranış	3,64	1,52	2,88	1,60	,017*
Kuşkuculuk	4,32	1,43	3,84	1,75	,137
Halüsinatuvar davranış	4,12	1,29	2,84	1,79	,000***
Motor yavaşlama	1,12	,98	1,22	1,04	,621
İşbirliği kuramama	1,94	1,43	1,90	1,22	,881
Olağandışı düşünceler	2,78	1,64	3,30	1,43	,095
Duygusal küntlük	2,98	1,63	2,96	1,50	,949
Taşkınlık	1,30	1,37	1,34	1,24	,879
Dezoryantasyon	,74	1,35	,38	1,09	,145

Tablo-12: BPRS alt itemlerinin ortalama değerleri.

Erkeklerde duygusal içe kapanma ve manyerizm-postür ortalaması kadınlara göre anlamlı derecede fazla bulundu($p<0.05$). Kadınlarda düşmanca davranış ve halüsinatuvar davranış ortalaması erkeklere göre anlamlı derecede yüksek saptandı($p<0.05$).BPRS diğer itemleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).



Grafik-3. Anlamli yüksek bulunan varsanilarin cinsiyete göre dagilimi.

	Kadın		Erkek		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
İşitsel varsanilar	3,82	1,57	2,82	1,76	,003**
Yorumlayıcı sesler	3,26	1,77	2,46	1,80	,027*
Aralarında konuşan sesler	3,22	1,78	2,32	1,71	,011*
Somatik veya dokunsal varsanilar	1,34	1,32	1,00	1,14	,171
Kokusal varsanilar	,76	,98	,68	,89	,670
Görsel varsanilar	1,76	1,56	1,14	1,32	,035*
Varsaniların bütünsel derecelendirmesi	3,62	1,50	2,86	1,59	,016*
Varsaniların toplam skoru	17,76	7,65	13,18	7,54	,003**

Tablo-13: SAPS varsanı alt itemler ortalama değerleri.

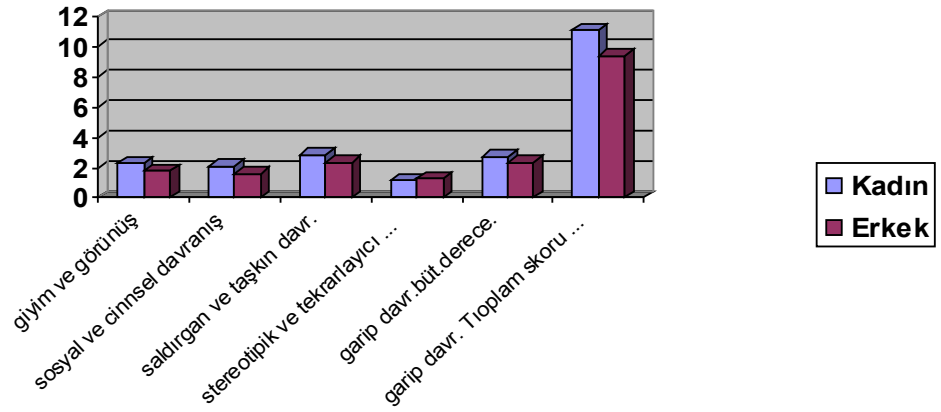
Kadınlarda işitsel varsanilar, yorumlayıcı sesler, görsel varsanilar, varsaniların bütünsel derecelendirmesi, varsaniların toplam puanı erkeklere göre anlamli derecede fazladır($p < 0.05$) (Tablo-13, Grafik-3).

Cinsiyete göre diğer varsanı itemlerinde istatistiksel olarak anlamli bir farklılık bulunmadı($p > 0,05$).

	Kadın		Erkek		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Kötülük görme hezeyanları	4,20	1,23	3,66	1,64	,065
Kıskançlık hezeyanları	,94	1,41	1,16	1,30	,418
Suçluluk günahkarlık hezeyanları	1,14	1,16	1,58	1,47	,100
Büyüklik hezeyanları	2,62	1,85	1,96	1,63	,061
Dinsel hezeyanlar	1,56	1,73	1,30	1,61	,438
Somatik hezeyanlar	1,30	1,54	1,74	1,83	,196
Alınma hezeyanları	3,36	1,43	3,38	1,54	,946
Kontrol edilme hezeyanları	2,80	1,65	2,54	1,70	,441
Düşünce okunması	1,90	1,84	2,02	1,86	,746
Düşünce yayınlanması	1,62	1,54	1,60	1,55	,949
Düşünce sokulması	1,30	1,30	1,52	1,53	,440
Düşünce çekilmesi	1,46	1,40	1,32	1,45	,625
Hezeyanların bütünsel derecelendirilmesi	3,86	1,14	3,36	1,61	,077
Hezeyanların toplam skoru	28,06	11,46	27,10	12,54	,690

Tablo-14: SAPS hezeyan alt itemleri ortalama değerleri.

Cinsiyetler arasında hezeyan alt itemlerinin skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).Kötülük görme hezeyanları, büyüklük hezeyanları, dinsel hezeyanlar, kontrol edilme hezeyanları, düşünce çekilmesi hezeyanları ortalama skorları ve hezeyanların toplam skoru istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadınlarda, erkeklere göre daha yüksek bulundu. Erkeklerde ise kıskançlık hezeyanları, suçluluk-günahkarlık hezeyanları, somatik hezeyanlar düşünce okunma hezeyanları düşünce sokulması skorları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadınlarda biraz daha yüksek görüldü.



Grafik-4:Cinsiyete göre SAPS garip davranış itemleri dağılımı.

Garip Davranış	Kadın		Erkek		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Giyim ve görünüş	2,32	1,27	1,78	1,11	,026*
Sosyal ve cinsel davranış	2,10	1,40	1,62	1,32	,082
Saldırgan ve taşkın davranış	2,84	1,48	2,36	1,45	,105
Tekrarlayıcı veya stereotipileşmiş davranış	1,14	1,14	1,28	,93	,503
Garip davranışın bütünsel derecelendirilmesi	2,72	1,26	2,34	1,10	,112
Garip davranış toplam skoru	11,08	5,48	9,38	4,81	,103

Tablo-15: SAPS garip davranış alt itemleri dağılımı.

Kadınların giyim ve görünüş (hasta olağandışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görüntüsünü değiştirir) puanlarının ortalaması erkeklere göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur($p<0.05$). (Tablo-15, Grafik-4)

Cinsiyetler arasında SAPS toplam garip davranış skoru ve diğer itemleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

	Kadın		Erkek		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Düşüncenin raydan çıkması	,96	1,28	,82	1,34	,593
Teğetleme	1,42	1,49	1,08	1,51	,259
Dikişsizlik kelime salatası	,48	,81	,62	1,14	,482
Mantık dışılık	1,84	1,40	1,40	1,47	,129
Çevresel konuşma	1,88	1,65	1,44	1,54	,171
Basınçlı konuşma	1,04	1,24	1,16	1,18	,622
Çelinebilir konuşma	1,80	1,47	1,44	1,33	,202
Klang çağrışım	,56	,79	,56	,86	1,000
Pozitif formal düşünce bozukluğu	2,18	1,32	1,74	1,44	,114
Pozitif formal düşünce bozukluğu toplam skoru	23,28	13,60	19,62	13,22	,175

Tablo-16: SAPS Pozitif formal düşünce bozukluğu alt itemleri.

Cinsiyetler arasında pozitif formal düşünce bozukluğu toplam skoru ve diğer itemleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir($p>0.05$).

	Kadın		Erkek		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Değişmeyen yüz ifadesi	2,84	1,45	2,68	1,35	,569
Kendiliğinden hareketlerde azalma	1,58	1,18	1,80	1,29	,376
Anlamlı jestlerin yoksulluğu	3,26	1,27	3,08	1,24	,476
Zayıf göz ilişkisi kurma	2,52	1,22	2,16	1,33	,161
Duygulanımsal yanıtsızlık	3,04	1,34	2,78	1,17	,303
Uygunsuz duygulanım	1,50	1,53	1,50	1,45	1,000
Sesteki esnekliğin yokluğu	2,76	1,02	2,60	1,29	,494
Duygulanımsal düzleşmenin bütünsel derecelendirilmesi	3,16	1,33	2,92	1,10	,329
Duygulanımsal düzleşme veya küntleşme toplam skoru	20,84	8,00	19,66	7,85	,458

Tablo-17: SANS duygulanımsal düzleşme veya küntleşme itemlerinin ortalama değerleri.

Cinsiyetler arasında SANS Duygulanımsal düzleşme veya küntleşme toplam skoru ve itemleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur($p>0.05$).

	Kadın		Erkek		p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Konuşma yoksulluğu	1,00	1,14	1,30	1,56	,274
Konuşma İçeriğinin yoksulluğu	2,32	1,56	2,08	1,69	,462
Blokaj	1,16	,98	1,06	1,19	,646
Yanıt süresinde uzama	1,96	1,32	1,72	1,40	,381
Aloji bütünsel derecelendirilmesi	2,14	1,29	2,00	1,60	,632
Aloji toplam skoru	8,62	5,25	8,16	6,63	,701

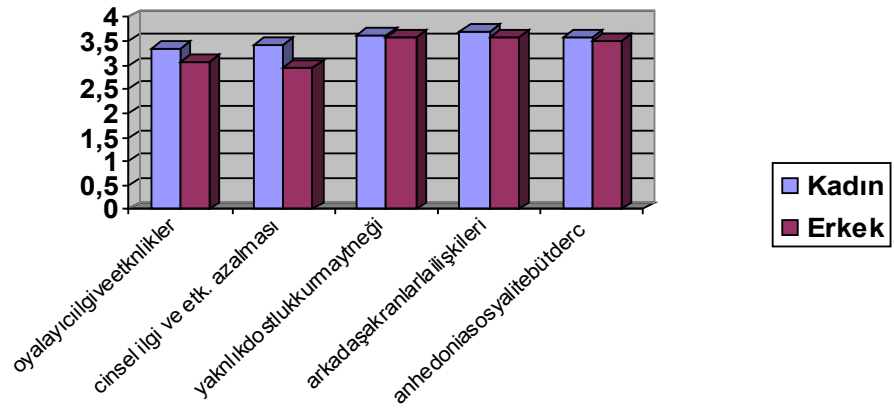
Tablo-18: SANS aloji alt itemlerinin dağılımı.

Cinsiyetler arasında SANS Aloji toplam skorları ve diğer itemleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur($p>0.05$).

	Kadın		Erkek		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Üst-baş özeni ve temizlik	2,82	1,02	2,40	1,25	,069
İş veya okulda sebatsızlık	3,94	1,08	3,80	1,16	,533
Enerji yoksulluğu	1,72	1,01	1,60	1,16	,583
İlgisizlik/ iradesizlik bütünsel Derecelendirilmesi	3,20	,95	3,24	1,04	,841
İradesizlik/ilgisizlik toplam skoru	11,62	3,21	11,04	3,71	,405

Tablo-19. SANS İradesizlik/ilgisizlik alt itemlerinin ortalama değerleri.

Cinsiyetler arasında İradesizlik/İlgisizlik alt itemleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).



Grafik-5: Anhedoni/asosyalite itemlerine ait ortalama değerleri.

	Kadın		Erkek		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Oyalayıcı ilgi ve etknlikler	3,34	,85	3,06	1,08	,152
Cinsel ilgi ve etkinlik azalması	3,42	,88	2,96	1,14	,026*
Yaknık dostluk kurma yeteneği	3,64	,94	3,60	1,09	,845
Arkadaş ve akranlar ile ilişkiler	3,70	,95	3,58	1,09	,559
Anhedoni/ asosyalitenin bütünsel derecelendirilmesi	3,60	,88	3,52	1,01	,675
Anhedoni/ asosyalitenin toplam skoru	17,70	4,03	16,72	4,84	,274

Tablo-20: SANS Anhedoni/asosyalitenin ortalama değerleri.

Kadınların cinsel ilgi ve etkinlik azalması ile ilgili skorlarının ortalaması erkeklere göre anlamlı derecede fazla bulundu($p < 0.05$).

Cinsiyetler arasında Anhedoni/Asosyalitenin Toplam Skoru ve diğer itemleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı($p > 0.05$).

	Kadın		Erkek		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Sosyal dikkatsizlik	2,60	1,37	2,68	1,00	,739
Zihinsel durum testleri esnasında dikkatsizlik	2,98	1,15	2,70	1,18	,233
Dikkatin bütünsel derecelendirilmesi	2,86	1,07	2,64	1,08	,309
SANS dikkat alt ölçeği toplam skoru	8,44	3,28	8,02	3,05	,508

Tablo-21: SANS Dikkat Alt ölçeği skorlarının karşılaştırılması.

SANS Dikkat Alt ölçeğinin toplam skoru ve diğer itemler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı($p>0.05$).

TARTIŞMA

Şizofrenide sosyodemografik ve klinik özellikler açısından cinsiyetin etkisinin araştırıldığı bu çalışmaya; yatarak tedavi gören 50 erkek ve 50 kadın olmak üzere toplam 100 şizofreni hastası katılmıştır.

Çalışmaya katılan kadın hastaların yaş ortalaması (43,8) erkeklerden (35,7) yüksek bulundu. Toplam hastalık süresi bakımından ise kadınlar (14,8) ve erkekler (13,4) arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hastalık sürelerinin her iki grupta da benzer olması, çalışmanın güvenilirliği açısından önemli bulunmuştur. Çalışmamızda, yaşanan yer ve eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hastaların çoğunun il merkezinde yaşadığı, eğitimlerinin ağırlıklı olarak ilköğretim düzeyinde olduğu görüldü. İstatistiksel olarak anlamlı olarak görülmesi de okur yazar olmayan kadın sayısının (% 14) erkeklerden (% 2) fazla olduğu dikkat çekmektedir. Bu durumun ülkemizin genel sosyo-kültürel yapısı ile uyumlu olduğu düşünülmüştür(74). Mesleki özelliklere bakıldığında, hiçbir meslek sahibi olmama oranının, erkek hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Evhanımlığı da bir meslek çeşidi olarak kabul edildiğinde, kadınların büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğu tespit edildi. Erkeklerin ise % 44'ü serbest meslek sahibi olduklarını bildirdiler. Cinsiyete göre sosyal rollere bakıldığında bu veriler, ülkemizde kadınların büyük çoğunluğun ev hanımı olduğu, meslek sahibi olma oranının erkeklere göre daha düşük olduğu gerçeğiyle uyumlu görülmektedir.

Tıbbi kayıtlardan ve hastalardan alınan bilgilerle, işlevsellik açısından çalışma durumları değerlendirildiğinde; erkeklerin genel olarak işlevselliğinin düşük olduğu, düzenli bir meslek yaşantılarının olmadığı tespit edildi.

Ev hanımı olan kadın hastaların ise, kendilerinden beklenen ev hanımlığı ile ilgili temel işleri yerine getirebildiği öğrenildi. Görece olarak

kadın hastalar daha işlevsel görünse de, ev hanımlığının daha düşük işlevsellik gerektirmesi, ailenin diğer üyeleri tarafından kompanse ediliyor olması ya da bu konuda beklentilerin farklı olabilmesi nedeniyle, bu durumun hastaların işlevselliğini tam olarak yansıttığı söylenemez.

Yapılan çalışmalarda kadınların premorbid uyumunun daha iyi ve evlilik oranlarının daha yüksek olduğu, daha iyi eğitim aldıkları, iş ve kazanç açısından erkeklere göre daha iyi durumlarda oldukları saptanmıştır (23,67,75, 76,77,78). Bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyleri açısından fark bulunmadığı belirtilmiştir(23). Gelişmekte olan ülkemizdeki eğitim düzeyinin gelişmiş ülkelere oranla daha düşük düzeyde olduğu bilinmektedir. Diğer yandan ülkemizde erkeklerin ortalama eğitim düzeyinin kadınlardan yüksek olmasına rağmen hasta grubunda erkeklerde eğitim düzeyinin kadınlarla benzer bulunması, erkeklerde hastalığın erken başlaması nedeniyle toplumsal avantajlarını yeterince kullanamayıp, eğitim düzeylerinin düşük kalmasının nedeni olabileceği düşünülmüştür (74).

Hastalığın başlangıcında kadın ve erkeklerin sosyal rol performanslarını değerlendirdiği çalışmasında Häfner (2003), kadınların iş gelir sahibi olma evlilik ya da düzenli bir ilişkiye sahip olma açısından erkeklere göre anlamlı bir üstünlük gösterdiğini bildirmiştir(23).

Häfner ve ark. (1999b) tarafından 57 ilk epizod şizofreni hastalarının sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, hastalığın başlangıcından ilk epizoda kadar geçen altı yıllık zamanda, sağlıklı kadın ve erkeklerin bir eş ya da partnerle birlikte olma yüzdesi birbirine görece yakın iken şizofreni hastalarında hastalığın başlangıcından sonra sürekli olarak bu oranlarda azalma olduğu, ancak kadın hastaların ilk yatıştaki erkek hastalara göre avantajlarını belirgin olarak korudukları saptanmıştır. Bir eş ya da partner ile yaşama oranı erkek şizofreni hastalarında(%17), kadın hastalarda(%33) olarak bildirilmiştir(79).

Jablensky ve Steven (1997), Dünya Sağlık Örgütü'nün 10 ülkede yaptığı çalışmayı değerlendirdikleri yazılarında, erkeklerin % 68,6'sının bekar, %23,8'nin evli, kadınların ise %38,8'nin bekar, %42,1'nin evli olduğunu saptamışlardır(80). Ayrıca yazarlar gelişmekte olan ülkelere evlilik oranının erkek ve kadın hastalarda, gelişmiş ülkelere göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Kadın şizofreni hastalarında evlilik oranının erkeklere göre daha yüksek olmakla birlikte, A.B.D'deki genel toplumdaki evlilik oranından düşük olduğunu bildirmiştir (38,75).

Bizim çalışmamızda da kadın hastalarda evlilik oranı (%30), erkek (%8) hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmasına rağmen, genel toplum içindeki ortalamadan düşük olduğu görülmektedir. Hem geleneksel anlamda erkeklere göre kadınların daha erken yaşta evlenmesi, hem de hastalığın kadınlarda daha geç başlamasının bu farkın oluşmasında etkili olabileceği düşünüldü. Kadın hastalar daha çok eş ve çocukları ile birlikte yaşarken, erkek hastaların ise daha çok ebeveynleri ile birlikte yaşadığı görüldü. Bu durumun bir yanıyla kadın hastaların daha iyi bir sosyal uyuma sahip olduğunun işareti olarak kabul edilebileceği gibi, diğer yandan geleneksel toplumlarda kadının sosyal olarak daha fazla "korunur olması"yla ilişkili olabileceği düşünüldü. Yalnız yaşayan kadın ve erkek sayısı açısından ise fark olmadığı görüldü.

Yüksek standartlı az sayıda uzun süreli takip çalışmalarında bazı yazarlar, hastalığın ilk dönemlerinde görülen cinsiyet farklılığının uzun süreler içinde azaldığını bildirirken, 13 yıllık başka bir takip çalışmasında ise bu farklılığın devam ettiği ileri sürülmüştür(8,9,10). Bizim hasta grubumuzda hastalık öyküsünün her iki grupta da 14 yıl gibi uzun bir süreye yayılması, hastalığın başlangıcında cinsiyete ilişkin mevcut kimi farklılıkların zamanla kaybolmasına bağlı olarak çalışma yaptığımız kesite yansımamış olabileceği ve bu konuda uzun süreli takip çalışmalarının

cinsiyete ilişkin farklılıklar konusunda daha sağlıklı bilgiler sağlayabileceği düşünüldü.

Yapılan çalışmaların çoğu, şizofreni başlama yaşının erkeklerde daha erken olduğunu ortaya koymakla birlikte, bazı çalışmalarda fark bildirilmemektedir. Hastalığın başlangıcında cinsiyete göre farklılığın çapraz-kültürel çalışmalarda da görüldüğü bildirilmiştir(80). Dünya Sağlık Örgütü tarafından toplam 10 ülkede yapılan çalışmada ve Häfner'in ilk başvuru çalışmasında birbirine benzer sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre şizofreninin başlama yaşı, erkeklerde kadınlara göre üç dört yaş daha erken bulunmuştur. Bu farklılığın kadınlarda östrojen hormonunun, hastalığa yatkınlığı engelleyici bir etkiye sahip olmasıyla ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur(23,32,58, 80,81,82,83,84,85).

Bizim çalışmamızda hastalığın başlama yaşı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ortalama başlangıç yaşı erkeklerde 22,28, kadınlarda ise 28,48 olarak saptanmıştır.

Häfner yaptığı çalışmada başlangıç yaşını beşer yıllık gruplar halinde değerlendirmiş, ilk artışın erkeklerde 15-25 arası en yüksek olduğunu saptamıştır. Kadınlarda başlangıç yaşı oranı 15-30 yılları arasında yavaş bir artış gösterdiğini, ikinci artışın ise 45-50 yaşlarında perimenopozal dönemde görüldüğü bu dönemde erkek kadın oranının belirgin farklılık gösterdiği saptanmıştır. Benzer bulgular Castle ve ark. (1993) tarafından da ortaya konmuştur(33,77).

Biz de benzer bir metod ile hastalığın başlangıç yaşlarını beşer yıllık periyotlarla değerlendirdiğimizde benzer bulgular elde ettik. Hasta grubumuzda erkeklerin 20'li yaşlara kadar belirgin artış yaptığı, sonraki yaş dönemlerinde ise giderek azaldığı dikkat çekmektedir. Kadın hastalarda ise başlangıç yaşının 20-30 yaşlarda bir artış gösterdiği, 45 yaş sonrası başlama yaşının ise küçük bir artış yaptığı görülmektedir. Bu sonucun, östrojen hipotezini destekleyen bir veri olarak yorumlanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmalarda hastalığın başlangıç yaşı olarak bazen ilk hastalık belirtilerinin ortaya çıkışının, bazen de ilk başvuruların temel alındığı görülmektedir (36,77).

Biz çalışmamızda hem hastalığın başlangıç yaşını hem de tedaviye başlama yaşını cinsiyetlere göre ayrı ayrı karşılaştırdık. Tedaviye başlama yaşı açısından belirgin farklılık olduğu, erkeklerde tedaviye başlama yaşının daha erken olduğu görüldü. İlk hastaneye yatış yaşları açısından da, erkeklerde daha erken yaşta hastaneye yatışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Hastaneye yatış sayısı, hastanede kalış süresi ve hastalık süresi açısından ise cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Literatürdeki çalışmalar gözden geçirildiğinde erkeklerin daha sık ve uzun süre hastanede yatarak tedavi gördükleri, kısa süreli takip çalışmalarında yeniden hastaneye yatışın erkeklerde daha sık olduğu ve bu farklılığın hastalığın ilk dönemlerinde belirgin olmakla birlikte yaşın ilerlemesiyle farkın giderek azaldığı bildirilmiştir(8,9,77,86).

Rasanen ve ark. (1999), ise hastaneye yatış sayısı, yatış süresi ve psikososyal terapilere uyum açısından cinsiyete göre majör bir farklılık saptamışlardır(26).

Bizim hasta grubumuzda hastaneye yatış sayısı ve hastanede kalış süresinin cinsiyetlere göre farklılık göstermemesinin; her iki grubun da benzer şekilde çok uzun bir hastalık sürecine sahip olması nedeniyle, olası bir takım farklılıkların zaman içinde kaybolduğu görüşüyle uyumlu olduğu düşünülmüştür(7).

Şizofreni hastalarında intihar riski normal topluma göre daha yüksektir. Literatürde şizofreni hastalığında görülen intiharın cinsiyetle ilişkisine ait çalışmaların birbirleriyle uyumsuz olduğu görülmektedir. İntihar girişiminin kadınlarda daha yüksek ya da erkeklere eşit olduğunu gösteren çalışmalar yanında (33) erkeklerde daha sık olduğunu bildiren

yayınlar da mevcuttur(83). Çalışmamızda intihar girişimi açısından cinsiyetlere göre anlamlı bir farklılık yoktu. Kadınlarda intiharın daha sık olmasını kadın hastalarda depresif semptomların prevalans ve şiddetinin daha yüksek olmasıyla açıklanabileceği ileri sürülmüştür(68,69). Bizim çalışmamızda cinsiyetlere göre hastaların semptom şiddeti birbirine çok yakın olup affektif semptomları açısından farklılık mevcut değildi. Bu durumun intihar girişim oranlarının cinsiyetler açısından benzer olmasını etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda hastalık şiddetini gösteren BPRS ölçeği toplam skoru açısından, cinsiyetler arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı. Ancak duygusal içe kapanma, manyerizm-postür itemlerinin ortalaması erkeklerde, düşmanca davranış ve halüsinatuvar davranışlar ortalaması ise kadınlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Atalay (1998)'ın uzmanlık tezinde BPRS toplam skoru erkeklerde kadınlardan daha yüksek saptandığı belirtilmiştir(88).

Hasta grubumuzda, pozitif belirtilerin değerlendirildiği SAPS ölçeği toplam skoru kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu. SAPS alt ölçeklerine bakıldığında; varsanı alt ölçeğinde kadınlarda işitsel varsanılar, yorumlayıcı sesler duyma, görsel varsanılar, varsanıların bütünsel derecelendirilme ortalama skoru ve varsanı toplam skoru erkeklere göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Bu bulguların BPRS bulgularıyla uyumlu olduğu görülmüştür. Hezeyan alt ölçeğinde cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık yok iken giyim ve görünüş (olağandışı tarzda giyinme veya diğer garip şeylerle görüntüsünü değiştirme) alt itemi ortalaması kadınlarda anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Negatif belirtilerin değerlendirildiği SANS ölçeği toplam skoru açısından ise cinsiyetler arasında bir farklılık saptanmadı. Ölçeğin alt itemlerinden yalnızca cinsel ilgi ve etkinlik azalması ortalaması ise kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur.

Şizofreni semptomatolojisinde cinsiyet farklılığına ilişkin literatürler çoğunlukla pozitif ve affektif semptomların kadınlarda, negatif semptomların ise erkeklerde daha sık görüldüğünü bildirmektedir (7,89,90,91). Ancak bazı çalışmalar bu bulgularla uyumlu değildir. Erkeklerde hezeyan ve tipik halüsinasyonların sıklıkla daha fazla görüldüğünü bildiren yayınlar yanında(38,92,93), kadınlar ve erkeklerde karşılaştırılabilir bir fark bulunmadığını ifade eden çalışmalar da vardır (37,40,77,84,94). Bizim çalışmamız da pozitif belirtilerin kadınlarda daha fazla görüldüğünü bildiren literatürlerle uyumluydu. Negatif belirtiler açısından ise cinsiyet farklılığı bildirmeyen çalışmalara benzer sonuçlar elde edilmiştir(23).

Häfner, şizofrenide cinsiyete ilişkin sonuçlardaki uyumsuzluğun, standart görüşme ve tanı kriterlerinin olmaması kadar, araştırma desenlerinin yetersizlikleri, tedavi durumundaki farklar, çalışmaya katılan hastaların yaş ve hastalık sürelerinin farklı olmasıyla ilişkili olabileceğini ileri sürmüştür. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan başka bir çalışmada ise hastalar 15,6 yıllık uzun bir takip çalışmasında, değişik zamanlarda kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; tekrarlanan değerlendirmelerde ortalama semptom skorunun uzun süre görece olarak yüksek düzeyde stabilite gösterdiği saptanmıştır. Kadınlar ilk başvuruda eşit, sonraki ilk bir buçuk yıl içinde daha düşük semptom skoru göstermişlerdir. Ancak erkeklerin skorunun uzun süre aynı devam ettiği görülmüştür. İkinci yıldan 15,6 yıla kadar olan dönemlerde erkek ve kadınların hemen hemen aynı semptom seviyesi gösterdiği saptanmıştır(23).

Bizim çalışmamızda da pozitif semptomların toplam skoru kadınlarda istatistiksel olarak daha yüksek olmakla birlikte, bu farklılığın ileri derecede anlamlılık göstermediği görülmüştür. Kadınlarda işitsel varsanılar, yorumlayıcı sesler, görsel varsanılar, varsanıların bütünsel

derecelendirmesi ve varsanların toplam puanı erkeklere göre anlamlı derecede fazlaydı. Her iki hasta grubumuzda hastalık süresinin 14 yıl gibi uzun bir süreye sahip olması, cinsiyetler açısından semptomatolojik kimi farklılıkların belirgin olmamasına yol açmış olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastalığın başlangıç yaşı ve ilk hastaneye yatış yaşı gibi bilgiler hastalardan ya da tıbbi kayıtlardan geriye dönük olarak belirlenmeye çalışıldı. Bu yöntem, kesin zamanları belirlemede, doğru bilgiye ulaşmada bir takım güçlükler doğurması nedeniyle, çalışmamızı kısıtlayıcı bir özellik olarak düşünüldü.

Öte yandan her iki cinsiyet grubunda, uzun hastalık süreci sonrası yaptığımız kesitsel çalışma, hastalığın başlangıcındaki cinsiyete ilişkin kimi farklılıkların yeterince yansımamasına yol açmış olabileceği düşünüldü. Bu yüzden kadın ve erkek şizofreni hastalarının hastaneye ilk başvurusundan itibaren uzun süreli takip çalışmalarının yapılması, geniş sayıda örneklem gruplarının oluşturulmasının, bu metodolojik sorunları aşmada ve daha güvenilir veriler elde etmemizde yardımcı olabileceği düşünüldü. Ayrıca kadın hasta grubunda postmenopozal olguların yeterli sayıda olmamasının, cinsiyete ilişkin kimi farklılıkların ve bulguların ortaya çıkmasını etkilemiş olabileceği de kısıtlayıcı bir etmen olarak düşünüldü. Bizim çalışmamızda klinik alt tipleri ayrıştırılmayıp, yalnızca semptom profiline bakıldı. Bazı çalışmalarda klinik alt tiplere göre cinsiyet farklılığı bildirilmektedir (77,78,88,95).

Çalışmamızda, cinsiyete göre klinik alt tiplerin başlangıç yaşı ile ilişkisinin araştırılmaması kısıtlayıcı bir etmen olarak düşünülebilir. Diğer yandan şizofrenide cinsiyet farklılığına ilişkin sosyodemografik ve klinik çalışmaların yanında nörokognitif, nöroradyodiagnostik ve moleküler biyoloji alanındaki çalışmalar heterojen bir hastalık olan şizofreninin etiyolojisinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir.

SONUÇ

Şizofreni genç yaşta başlayan düşünce, duygu ve davranışlarda önemli bozulmalara yol açan, heterojenite gösteren ağır bir ruhsal bozukluktur. Ruhsal belirtiler ve ruhsal bozukluklarla ilgili etiyolojik ve epidemiyolojik çalışmalarda, çıkış noktası olarak alınan çeşitli değişkenlerden biri de cinsiyettir. Bir çok çalışma, şizofreni hastalarının klinik ve sosyodemografik özellikler açısından cinsiyet farklılığı gösterdiğini ortaya koymaktadır. Hastalık başlama yaşı, premorbid işlevsellik, semptom karakteri ve hastalığın seyri gibi parametrelerin cinsiyet açısından önemli farklar gösterdiği bildirilmektedir.

Çalışmamızda kadın ve erkek şizofreni hastalarında; sosyodemografik özellikler yanında hastalığın başlangıç yaşı, süresi ilk tedavi başvuru yaşı, ilk hastaneye yatış yaşı, hastaneye toplam yatış sayısı ve süreleri gibi parametrelerle birlikte, klinik belirtilerin dağılım ve şiddetini araştırarak cinsiyet farklılıklarını saptamayı amaçladık.

Hastanemizin akut psikoz servislerinde yatarak tedavi gören şizofreni tanısı konulmuş 50 erkek ve 50 kadın hasta çalışmaya alındı. Çalışma için seçilen hastalara, sosyodemografik soru formu, BPRS (Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği), SAPS (Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği) ve SANS (Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği) ölçekleri uygulandı.

Çalışmamızda kadınlarda hastalık başlangıç yaşı, tedaviye başlama yaşı ve ilk hastaneye yatış yaş ortalaması erkeklere göre anlamlı derecede yüksekti.

Kadınlar arasında evli olanların oranı, erkeklere göre yüksek bulundu. Kadın ve erkekler arasında birlikte yaşanan kişiler bakımından, erkek hastaların ebeveynleri ile birlikte yaşama oranı daha fazlaydı. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da, kadınlarda eş ve çocuklarla birlikte yaşama oranı daha yüksek olarak bulundu.

Ev hanımlığı da meslek olarak kabul edildiğinde, kadınların büyük çoğunluğunun(% 60) evhanımı olduğu görüldü. Erkeklerin ise % 44'ü serbest meslek sahibi olduklarını bildirdiler. Ancak mesleklerini sürdürmeye yetecek derecede işlevselliğe sahip olmadıkları saptandı.

Erkeklerde ailede psikotik bozukluk bulunma öyküsü oranı, kadınlara göre anlamlı derecede fazla bulundu.

SAPS toplam skoru kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunurken, SANS ve BPRS toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. BPRS alt itemlerinden duygusal içe kapanma ve manyerizm-postür ortalaması erkeklerde daha yüksek görülürken, düşmanca davranış ve halüsinatuvar davranış skoru kadınlarda anlamlı derecede fazlaydı. Cinsiyete göre BPRS toplam skoru ve diğer itemleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu.

Hastaların pozitif klinik belirtilerini değerlendiren SAPS ölçeği toplam skoru, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulundu. Kadınlarda işitsel varsanılar, yorumlayıcı sesler, görsel varsanılar, varsanıların bütünsel derecelendirmesi, varsanıların toplam puanı, giyim ve görünüş (olağandışı tarzda giyinme veya diğer garip şeylerle görüntüsünü değiştirme), cinsel ilgi ve etkinlik azalması ile ilgili skorların ortalaması erkeklere göre anlamlı derecede fazlaydı.

Cinsiyetler arasında hezeyan alt ölçek itemlerinin skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmasa da, hezeyanların toplam skoruyla birlikte, kötülük görme ve büyüklük hezeyanlarının skorları kadınlarda daha yüksek bulundu.

SANS anhedoni/asosyalitenin ortalama skorlarına bakıldığında kadınların cinsel ilgi ve etkinlik azalması ile ilgili skorların ortalaması, erkeklere göre anlamlı derecede fazla bulundu. Öte yandan anhedoni-asosyalitenin toplam skoru ve diğer itemleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi.

Çalışmamızda elde edilen bulgular; şizofrenide cinsiyetler arasında sosyodemografik özellikler ve klinik belirtiler bakımından, bazı önemli farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Bu konuda daha geniş sayıda hastaları kapsayan ilk başvurudan itibaren uzunlamasına takip çalışmaları ile klinik ve sosyodemografik yönden cinsiyet farklılığını daha iyi bir biçimde ortaya konabileceğini akla getirmektedir. Klinik çalışmalar yanında, genetik ve biyolojik alanda yapılacak çalışmaların da, şizofrenide cinsiyetin etkisinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayabileceği beklenebilir.



ÖZET

Şizofreni genç yaşta başlayan düşünce, duygu ve davranışlarda önemli bozulmalara yol açan, heterojenite gösteren ağır bir ruhsal bozukluktur. Çalışmamızda kadın ve erkek şizofreni hastalarında; sosyodemografik özellikler yanında hastalığın başlangıç yaşı, süresi, ilk tedavi için başvuru yaşı, ilk hastaneye yatış yaşı, hastaneye toplam yatış sayısı ve süreleri gibi parametrelerle birlikte, klinik belirtilerin dağılım ve şiddetini araştırarak cinsiyet farklılıklarını saptamayı amaçladık.

Hastanemizin akut psikoz servislerinde yatarak tedavi gören şizofreni tanısı konulmuş 50 erkek ve 50 kadın hasta çalışmaya alındı. Çalışma için seçilen hastalara, sosyodemografik soru formu, BPRS (Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği), SAPS (Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği) ve SANS (Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği) ölçekleri uygulandı.

Çalışmamızda kadınlarda hastalık başlangıç yaşı, tedaviye başlama yaşı ve ilk hastaneye yatış yaş ortalaması erkeklere göre anlamlı derecede yüksekti. Erkeklerde ailede psikotik bozukluk bulunma öyküsü oranı, kadınlara göre anlamlı derecede fazla bulundu.

SAPS toplam skoru kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunurken, SANS ve BPRS toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. BPRS alt itemlerinden duygusal içe kapanma ve manyerizm-postür ortalaması erkeklerde daha yüksek görülürken, düşmanca davranış ve halüsinatuvar davranış skoru kadınlarda anlamlı derecede fazlaydı. Kadınlarda işitsel varsanılar, yorumlayıcı sesler, görsel varsanılar, varsanıların bütünsel derecelendirmesi, varsanıların toplam puanı, giyim ve görünüş (olağandışı tarzda giyinme veya diğer garip şeylerle görüntüsünü değiştirme), cinsel ilgi ve etkinlik azalması ile ilgili skorların ortalaması erkeklere göre anlamlı derecede fazlaydı.

Cinsiyetler arasında hezeyan alt ölçek itemlerinin skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmasa da, hezeyanların toplam skoruyla birlikte, kötülük görme ve büyüklük hezeyanlarının skorları kadınlarda daha yüksek bulundu. SANS anhedoni/asosyalitenin ortalama skorlarına bakıldığında kadınların cinsel ilgi ve etkinlik azalması ile ilgili skorların ortalaması, erkeklere göre anlamlı derecede fazla bulundu.



SUMMARY

Schizophrenia is a severe mental disorder which develops at young ages, presents heterogeneity and leads to serious disruptions in thoughts, emotions and behavior.

In the present study, the aim was to determine gender differences by investigating sociodemographic characteristics, age of onset, the first hospitalization, the total number hospitalization, and the duration of hospital stay as well as distribution and severity of clinical symptoms both in male and female schizophrenic patients.

The study group was 50 male and 50 female acute psychosis service inpatients. Sociodemographic questionnaire, BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms) and SANS(Scale for the Assessment of Negative Symptoms) were applied.

In the study it was found that the average age of onset, the initial treatment and first hospitalization of females was significantly higher than males. Family history of psychotic disorders was found higher in males compared to females.

Total score of SAPS was found higher in females compared to males, whereas total score of SANS and BPRS did not show a significant difference. The average scores of BPRS subitems such as emotional introversion, mannerism-posture were found higher in males whereas average scores of hostile and hallucinative behaviors were found higher in females. The total score of BPRS and its other items did not show statistically significant difference regarding gender.

Auditory hallucinations, interpreting voices, visual hallucinations, overall rating of hallucinations, total score of hallucinations, mode of dressing, outlook (the patient dresses in an unusual way or changes his/her outlook with bizarre things), diminished sexual interest and activity were significantly higher in females than males.

The total scores of delusion subscales did not show significant difference among genders. However, together with the total score of delusions, delusions of grandiosity and persecution total scores were found higher in females. The average scores of anhedonia and social withdrawal were also investigated. The average score of diminished sexual interest and activity were found higher in females compared to males.



KAYNAKLAR

1. 7.Anadolu Psikiyatri Günleri: Cinsiyet ve Psikiyatri; 24-27 1998,
Haziran Malatya İnönü Üniversitesi Psikiyatri AD &Psikiyatri Derneği.
İlgili Literatür. O, Doğan. 1998., Doğan ve ark. 1995, Myers ve
ark.1984, Nathanson 1997.
2. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex Differences in the risk of evidence
from meta-analysis Arch Gen Psychiatry. 2003; 60: 565-671.
3. Canuso CM, Goldstein JM., Green AI. The Evalution of women with
schizophrenia. Psychofarm Bull 1998; 34(3): 271-277.
4. Kulkarni J, de Castella A, Smith D, Taffe J, Keks N,Copolov DA.
Clinical trial of the effects of estrogen in acutely psychotic women.
Schizophr Res 1996; 20: 247-252.
5. Marx CE, Lieberman JA. Psychoneuroendocrinology of Schizophrenia
Psychiatric Clin North America 1998; 21(2): 413-434.
6. Ceylan M. Emin Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri-
Şizofreni 1. cilt, 2. baskı Syf: 14-15-16-17 -31-87, İstanbul. 2002.
7. Seeman, MV, MDCM, FRCPC, FACP. Medscape General Medicine 2
(2), 2000.© 2000 Medscape.
8. Opjordsmoen S. Long-term clinical outcome of schizophrenia with
special reference to gender differences. Acta Psychiatr. Scand. 1991;83:
307-313.

9. Goldstein JM. Gender differences in the course in schizophrenia. Am. J. Psychiatry 1988; 145: 684-689.
10. Harrison G, Croudace T, Mason P, Glazebrook C, Medley I. Predicting the long-term outcome of schizophrenia. Psychol. Med. 1996; 26: 697-705.
11. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Sayfa: 217- 255 Ankara, 2001.
12. Kaplan & Sadock . Klinik Psikiyatri. Synopsis of Psychiatry .Ninth edition.'den. Çeviri editörü: Hamdullah Aydın . Syf: 134-154, 2. baskı. Güneş kitabevi. İstanbul. 2005.
13. Işık E. Güncel Şizofreni.1.Baskı. Ankara, 2006.
14. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan & Sadock's. Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. Eighth edition.1998 USA.
15. Current. Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Current Diagnosis & Treatment İn Psychiatry."den çeviri editörleri: Birsöz S, Karaman T. Syf:261-265. 1. baskı. Güneş kitabevi. Ankara, 2003.
16. Fenichel O. Nevrozların Psikanalitik Teorisi. Çeviri : Tuncer S İzmir 1974.
17. Boyd JH, Pulver AE, Stewart W. Season of birth: Schizophrenia and bipolar disorder. Schizophr. Bull. 1986; 12: 173-185.
18. Stahl SM. Essential Psychopharmacology, Neuroscientific Basis and Practical Application Second Edition. 401-459. Cambridge University Pres. Cambridge 2000.

- 19.**Hultman CM, Öhnes A. Prenatal and neonatal risk factors for schizophrenia. Br. J. Psychiatr. 1997; 170:128-133.
- 20.**Geddes, J., Lawrie, S., Obstetric complication of schizophrenia: a meta analysis. British Journal of Psychiatry 1995;167: 786-793.
- 21.**Gottesman I. Schizophrenia Genesis: The origins of madness 1991. New York WH Freeman and Company.
- 22.**Foerster A, Lewis S, Owen M: Premorbid Adjustment and Personality in Psychosis: Effects of sex and diagnosis.Br. J. Psychiatry 1991;158:171-176.
- 23.**Häfner H: Gender differences in Schizophrenia. Psychoendocrinology 2003;28:Suppl 2:17-54.
- 24.**Castle DJ. Women and schizophrenia: an epidemiological perspective. In: Castle, D.J., McGrath, J., Kulkarni, J (Eds.), Women and schizophrenia. Cambridge University Press. Cambridge, pp. 2000; 19-34.
- 25.**Lewine R. At issue: Sex and gender in schizophrenia. Schizophr. Bull. 2004; 30(4): 755-762.
- 26.**Rasanen S, Nieminen P, Isohanni M. Gender differences in treatment and outcome in a therapeutic community ward, with special reference to schizophrenic patients. Psychiatry 1999; 62(3): 235-49.
- 27.**Seeman, M.V., Gender differences in schizophrenia Can. J. Psychiatry 1982; 27: 107-112.

- 28.**Hambrecht M, Riecher- Rössler A, Fatkenheuer B, Louza MR, Hafner H. Higher morbidity risk for schizophrenia in males: fact or fiction? Compr. Psychiatry 1994; 35: 39-49.
- 29.**Bland RC Demografic aspects of functional psychoses in Canada. Acta Psiyatr. Scand.1977; 55: 369-380.
- 30.**Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Waternaux C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature. Am. J. Psychiatry 1994; 151: 1409-1416.
- 31.**Lewine RJ. Sex differences in age of symptom onset and first hospitalization in schizophrenia. Am J. Orthopsychiatry 1980; 50:316-322.
- 32.**Hambrecht M, Maurer K, Sartorius N, Hafner H. Transnational stability of gender diferences in schizophrenia? An analysis based on the WHO study on determinants of outcome of severe mental disorders. Eur.Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 1992; 242: 6-12.
- 33.**Castle TJ, Wesseley S, Murray RM. Sex and schizophrenia: effect of diagnostic stringency and association with premorbid variables. Br. J. Psychiatry 1993; 162: 658-664.
- 34.**Shimizu A., Kurachi M., Yamaguchi N Torii H, Isaki K .Does family history of schizophrenia influence age at onset of schizophrenia Achta Pyschiatry Scand 1988; 78:716-719.
- 35.**Addington D, Addington P. Gender and affect in schizophrenia. Can. J.

Psychiatry 1996; 41: 265-268.

- 36.**DeLisi LE, Bass N, Boccio A, Shilds G, Morganti C, Vita A. Age of onset in familial schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry. 1994; 51; 334-335.
- 37.**Kendler KS, Walsh D. Gender and schizophrenia: results of an epidemiologically based family study. Br. J. Psychiatry. 1995; 167; 184-192.
- 38.**McGlashan TH, Bardenstein KK. Gender differences in Affective, Schizoaffective and Schizophrenic Disorders. Schizophr Bull. 1990; 16: 319-329.
- 39.**Mueser KT, Bellack AS, Morrison RL, Wixted JT. Social competence in schizophrenia: premorbid anjustment, social skill and domains of functioning. J. Psychiatr. Res. 1990a; 24: 51-63.
- 40.**Moldin, S.O. Gender and schizophrenia: an overview. In: Frank, E.(Ed), Gender and Its Effects on psychopathology. American Psychiatric Pres, Washington, DC, pp. 2000: 169-186.
- 41.**Weiser M, Reichenberg A, Rabinowitz J, Kaplan Z, Mark M, Nahon D, et al. Gender differences in premorbid cognitive performans in a national cohort of schizophrenic patients Schizophr.Res.2000;45:36 185- 190.
- 42.**Lindamer LA, Lohr JB, Haris MJ, Jeste DV. Gender, estrogen schizophrenia. Psychopharmacol Bull. 1997; 332: 221-228.

43. Lewine RJ, Haden C, Caudle J, Shurett R. Sex onset effects on neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1997; 23: 51-61.
44. Castle DJ, Murray RM. Neurodevelopmental basis of sex differences in schizophrenia. *Psychological Medicine*. 1991; 21: 565-575.
45. Könnicke R, Hafner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W. Main risk factors for schizophrenia: increasing familial loading and pre- and post and perinatal complications antagonize the protective effect of oestrogen in women. *Schizophr. Res.* 2000; 44: 81-93.
46. McGlone J. Sex differences in human brain asymmetry a critical survey. *Behav Brain Sci* 1989; 3: 215-263.
47. Witelson SF. Hand and sex differences in the isthmus and genu of the human corpus callosum. *Brain* 1989; 112, 799-835.
48. Crow TJ. Syndroms of schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*. 1994; 165; 721-727.
49. Flaum M, Swayze VW, O'Leary DS, Yuh WT, Ehrhardt JC, Arndt SV, et al. 1995: Effects of diagnosis, Laterality, and gender on brain morphology in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 152, 704-714.
50. Andreasen NC, Ehrhardt JC, Swayze VW, Alliger RJ, Yuh WTC, Cohen G, et al. Magnetik Resonance imaging of the brain in schizophrenia: the pathophysiologic significance of structural abnormalities. *Arch. Gen. Psychiatry* 1990; 47: 35-44.

- 51.** Bogerts B, Ashtari M, Degreef G, Alvis JMJ, Bilder RM, Lieberman JA, et al. Reduced temporal limbic structure volumes on magnetic resonance images in first episode schizophrenia. *Psychiatry Res. Neuroimage* 1990; 35: 1-13.
- 52.** Crow TJ, Ball J, Bloom SR, Brown R, Bruton CJ, Colter N, et al. Schizophrenia as an anomaly of development of cerebral asymmetry. A post-mortem study and a proposal concerning the genetic basis of the disease *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1145-1146.
- 53.** Gur RC, Mozley PD, Resnic SM, Shtasel D, Kohn M, Zimmermann R, et al. Magnetic resonance imaging in schizophrenia: I. Volumetric analysis of brain and cerebrospinal fluid. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 407-412.
- 54.** Gur RE, Gur RC. Gender differences in regional cerebral blood flow. *Schizophr. Bull.* 1990; 16, 247-254.
- 55.** Gur RC, Mozley LH, Mozley PD, Resnic SM, Karp JS, Alavi A, et al. Sex differences in regional cerebral metabolism during a resting state. *Science* 1995; 267: 528-531.
- 56.** Reite M, Cullum CM, Stocker J, Teale P, Kozora E. Neuropsychological test performance and MEG-based brain lateralization: sex differences *Br. Res. Bull.* 1993; 32; 325-328.
- 57.** Seeman MV. Prenatal gonadal steroids and schizophrenia. *Psychiatry. J. Univ. Ottawa* 1989a; 14: 473-475.

- 58.**Seeman MV, Lang M. The role of estrogens in schizophrenia gender differences. *Schizophr. Bull.* 1990; 16: 185-194.
- 59.**Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K, et al. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr. Bull.* 1990 b; 16: 31-36.
- 60.**Jenkins R, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Lewis G, et al. The national Psychiatry morbidity survey of Great Britain. *Psychol. Med.* 1997; 27: 765-774.
- 61.**Kandel DB. Gender differences in the epidemiology of substance dependence in the United State. In : Frank E.(Ed) *Gender and its effects on psychopathology*. American psychopathological Association. Washington DC pp.2000; 231-252.
- 62.**Angermeyer MC, Kuhn L. Goldstein JM. Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. *Schizophr. Bull.* 1990; 16; 293-307.
- 63.**Seeman MV. Interaction of sex, age and neuroleptic dose. *Compr. Psychiatry* 1983; 24: 125-128.
- 64.**Seeman MV. Neuroleptic prescription for men and women. *Social pharmacol.* 1989b; 3: 219-236.
- 65.**Jeste DV, Lind
- 66.**amer LA, Evans J, Lacro JP. Relationship of ethnicity and gender to

schizophrenia and pharmacology of neuroleptics. Psychopharmacol. Bull. 1996; 32: 243-251.

- 67.**Hafner H.Gender differences in schizophrenia. In: Frank E. (Ed.), Gender and it's effects on psychopathology.American Psychopathological Association Series. American Psychiatric Pres, Washington, DC, pp. 2000; 187-228.
- 68.**Walkup J, Gallagher SK. Schizophrenia and the life course: national findings on gender differences in disability and service use.Int'l. Aging and human development 1999; Vol. 49:(2) 79-105.
- 69.**Siris SG, Bench C. Depression and schizophrenia. IN; Hirsch SR, Weinberger D(eds) Schizophrenia. 2 ed.Blackwell publishing 2003; 142-167.
- 70.** Herz MI, Marder SR.Schizophrenia; Comprehensive treatment and menagement. Lippincott Williams and Wilkins 2002; 158-160.
- 71.** Overall JE, Gorham DR: The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports 1962;10:799-812.
- 72.** Andreasen NC: Methods for assesing positive and negative symptoms. Mod Probl Pharmacopsychiatry 1990;24:73-88.
- 73.**Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E: Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. Düşünen Adam 1991;4:20-24.
- 74.**Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E: Negatif Semptomları

Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. Düşünen Adam
1991;4:16-19.

- 75.**Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verileri 2000 yılı nüfus sayımı sonuçları.
- 76.**Pulver AE., Brown CH, Wolyniec P, McGrath J, Tam D, Adler L, Carpenter T, Childs B. Schizophrenia: age at onset gender and familial risk. Acta Psychiatr Scand 1990; 82: 344-351.
- 77.**Bhatia T, Franzos MA, Wood JA, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. Gender and procreation among patients with schizophrenia. Schizophr Res. 2004 Jun 1; 68 (2-3): 387-394.
- 78.**Salokangas RK, Honkonen T, Saarinen S. Women have later onset than men in schizophrenia--but only in its paranoid form. Results of the DSP project. European Psychiatry. 2003 Oct;18 (6): 274-81.
- 79.**Jeste DV, Harris MJ, Krull A, Kuck J, McAdams LA, Heaton R. Clinical and neuropsychological characteristics of patients with late-onset schizophrenia. Am. J. Psychiatry. 1995 May; 152 (5): 722-730.
- 80.**Hafner H Maurer K, Löffler W, et al. Onset and prodromal phase and determinants of the course. In Gattaz W.F.,Hafner H.(Eds.)Search for the Causes of Schizophrenia Vol IV Balance of the Century Springer, Berlin, Heidelberg, Steinkopff, Darmstadt,pp 1999b;35-58.
- 81.**Jablensky A. Cole SW. Is the earlier age at onset of schizophrenia in males a confounded finding?(Results from a cross- cultural

- investigation) British Journal of Psychiatry 1997; 170: 234-240.
- 82.**Faraone SV, Chen WJ, Goldstein JM. and Tsuang MT. Gender differences in age at onset of schizophrenia. British Journal of Psychiatry 1994; 164: 625-629.
- 83.**Naqvi H, Khan MM, Faizi A. Gender differences in age at onset of schizophrenia. Coll Physicians Surg Pak. 2005 Jun; 15(6): 345-348.
- 84.** Suvisaari JM, Haukka J, Tanskanen A, Lonnqvist JK. Age at onset and outcome in schizophrenia are related to the degree of familial loading. Br J Psychiatry. 1998 Dec;173:494-500.
- 85.**Andia AM, Zisook S, Heaton RK, Hesselink J, Jernigan T, Kuck J, Morganville J, Braff DL. Gender differences in schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 1995 Aug; 183 (8): 522-528.
- 86.** Seeman MV. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. Am J Psychiatry. 1997 Dec; 154 (12): 1641-7. Review.
- 87.**Usall J, Ochoa S, Araya S, Marquez M; NEDES Group (Assessment Resarche Group in Shizophrenia). Gender differences and outcome in schizophrenia:a 2-year follow-up study in a large community sample. 2003.
- 88.**Test MA, Burke SS, Wallish LS: Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. Schizophr. Bull. 1990; 16:331-344.
- 89.**Atalay FY. Şizofrenide sosyodemografik ve klinik özellikler açısından

cinsiyet farklılıkları, Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hast. Hast. İstanbul 1998.

- 90.**Castle DJ, Murray RM. The epidemiological of late onset schizophrenia. Schizophr. Bull. 1993;4: 691-699.
- 91.**Castle DJ, Gender and age at onset in schizophrenia. In: Howard R, Rabins P, Castle D.(Eds), Late Onset Shizophrenia Wrightson Biomadical Hampshire, pp. 1999; 147-164.
- 92.**Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000; 401: 3-38.
- 93.**Goldstein JM, Link BG. Gender and the expression of schizophrenia. J. Psychiatr. Res. 1988; 22: 141-155.
- 94.**Lewis S. Sex and schizophrenia: vive la difference. Br. J. Psychiatry 1992; 161; 445-450.
- 95.**Fennig S, Putnam K, Bromed EJ, et al. Gender, premorbid characteristics and negative semtoms in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1995; 92: 173-177.
- 96.**Kendler KS, Walsh D. Gender and schizophrenia. Results of an epidemiologically-based family study. Br J Psychiatry. 1995 Aug;167 (2):184-92

EKLER

Sosyodemografik Veri Formu

1-Adı Soyadı

2- Cinsiyet

1) K

2) E

3-Yaş

4-Medeni durum

1) Evli

2) Bekar

3)Boşanmış

4) Dul

5- Halen yaşadığı yer

1) İl

2) İlçe

3) Köy

6-Eğitim

1) Okur – yazar değil

2) İlköğretim

3) Lise

4) Yüksek

7-Meslek:

1)Yok

2)İşçi

3)Esnaf

4)Çiftçi

5)Devlet memuru

6)Serbest

7)Ev kadını

8)Öğrenc 9)Emekli

- 8-Çalışma durumu
- 1-Hastalığı nedeniyle çalışmıyor
 - 2-Başka nedenle çalışmıyor
 - 3)Çalışıyor
- 9- Kimlerle yaşadığı
- 1) Ebeveyn
 - 2) Yakınlarıyla
 - 3) Eş ve Çocuklar
 - 4) Yalnız
 - 5) Sosyal kurum
 - 6) Evsiz
- 10- Hastalığın başlangıç yaşı
- 11-Tedavi için ilk başvuru yaşı
- 12- İlk hastaneye yatış yaşı
- 13- Hastalık süresi
- 14- İlk hastalık başlangıcından tedaviye kadar geçen süre:
- 15-Hastanede kalış süresi
- 16-Hastaneye yatış sayısı
- 17-Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü
- 18-İntihar girişimi