

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF.DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SINIR
HASTALIKLARI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
13. Psikiyatri Kliniği
Başhekim: Doç.Dr. Erhan KURT
Klinik Şefi: Uzm.Dr. Ahmet TÜRKCAN

**“BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN” PSİKOZ
TANISI İLE YATARAK TEDAVİ EDİLEN ERGEN VE
GENÇ ERİŞKİN HASTALARDA KLİNİK GİDİŞ, TANI
SÜREKLİLİĞİ, YAŞAM KALİTESİ VE BUNLARI
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Dr. CENK VARLIK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm.Dr. Ahmet TÜRKCAN

İSTANBUL–2011

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

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. CENK VARLIK

UZMANLIK DALI: PSİKİYATRİ

TEZİN ADI: "BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN PSİKOZ" TANISI İLE YATARAK TEDAVİ EDİLEN ERGEN VE GENÇ ERİŞKİN HASTALARDA KLİNİK GİDİŞ, TANI SÜREKLİLİĞİ, YAŞAM KALİTESİ VE BUNLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

1-Sayfa Sayısı: : 99
2-Tablo Sayısı : 31
3-Şekil Sayısı: : 0
4-İstatistik Sayısı: : 4
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu : 176
6-Yazı Tertibi : BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet : BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu : BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı : ORJİNAL

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye
Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Klinik Şef V
Sicil No: 36989

Üye
Doç. Dr. Güliz ÖZGEN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Eğitim Koordinatörü
Sicil No: 37430

Üye
Doç. Dr. Ayşe Fulya MANER
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Klinik Şef Yardımcısı
Sicil No: 29793



ÖNSÖZ

Tezimin gerçekleşmesine olanak sağlayan hastane Başhekimimiz Doç Dr Erhan Kurt'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, destek ve deneyimlerini esirgemediği ve tezimi hazırlarken gösterdiği sabır ve anlayış için Klinik Şefim Uzm.Dr.Ahmet Türkcan'a,

İnsiyatif almanın önemini vurgulayarak eğitimime ve dolaylı olarak tüm hayatıma yaptığı katkılardan dolayı eski uzmanımız Doç Dr Güliz Özgen'e,

Beş yıllık eğitimim boyunca abla, arkadaş, danışman olarak hep yanımda ve yakınımnda hissettiğim Uzm Dr Dilek Solmaz Tosunoğlu'na,

Tezimin her aşamasında yanımda olan ve desteğini esirgemeyen dostlarım Dr Ergül Fidan, Dr.Suat Küçükgöncü, Dr Mine Cansu Ülgen, Dr Gizem Hanzade Kılıç, Dr Gökhan Umut, Dr Elif hızlısoy'a,

Tezimle ilgili teknik konulardaki her türlü yardımı için tıbbi sekreterimiz Cengiz Karaman'a, kütüphane görevlileri Muazzez hanım ve Yıldırım beye,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Uzm Dr Nihat Alpay, Doç Dr Timuçin Oral, Doç Dr Defne Tamar Gürol, Doç Dr Baki Arpacı, Doç Dr Solmaz Türkcan, Prof Dr Hayrettin Kara, Dr Niyazi Uygur, Dr Ali Rıza Çeliker, Dr Meltem Efe Sevim, Dr Fatih Öncü, Dr Abdülkadir Tabo, Dr Ceyda Güvenç, Dr Semra Yalçınkaya, Dr Ejder Yıldırım, Dr Oya Güçlü, Dr Ayla Yazıcı, Doç Dr Özlem Kaptanoğulları ve Prof Dr Levent Kayaalp, Dr Çağatay Karşıdağ, Dr Bilbaşar Akman, Doç Dr Nesrin Tomruk, Dr Evrim Erten, Dr Füsün Aran, Dr Aytül Hariri'ye,

Destekleyici ve motive edici tutumu ile tezime yaptığı katkılardan dolayı Uzm.Dr Ali Keyvan'a,

Psikiyatrist kimliğime yumuşaklık, şefkat ve hasta sevgisini eklediği için Uzm Dr Ramazan Konkav ve Uzm Dr Hikmet Dadalı'ya,

Eski asistanlarını sevmekten vazgeçmeyen eski Klinik Şefim Prof Dr Kemal Sayar'a,

İhtiyacım olan her an yanımda olan ve manevi desteğini bir an bile esirgemeyen Dr Dilek Sarıkaya'ya,

Anneme , babama , kardeşime çok teşekkür ederim.

Dr. Cenk Varlık

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
KISALTMALAR	VI
TABLO LİSTESİ	VII
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	4
BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN PSİKOZ	
Tanım	4
Sınıflama	5
Epidemiyoloji	5
Tanı ve Klinik Özellikler	5
Tedavi	6
ERKEN BAŞLANGIÇLI ŞİZOFRENİ	
Tanım	7
Tarihçe	7
Sınıflandırma	8
Epidemiyoloji	9
Etyoloji	11
Tanı ve Klinik Özellikler	14
Ayrıcı Tanı	18
Gidiş ve Sonlanış	20
Tedavi	23

TANI SÜREKLİLİĞİ (DIAGNOSTIC STABILITY)	24
GEREÇ VE YÖNTEM	28
BULGULAR	32
TARTIŞMA	57
SONUÇ VE ÖNERİLER	70
KAYNAKLAR	72
EKLER	86

ÖZET

BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN PSİKOZ TANISI İLE YATARAK TEDAVİ EDİLEN ERGEN VE GENÇ ERİŞKİN HASTALARDA KLİNİK GİDİŞ, TANI SÜREKLİLİĞİ, YAŞAM KALİTESİ ve BUNLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr Cenk Varlık

Amaç: Psikiyatri hastanelerinde yatarak tedavi gören ergen hastalarla yapılan takip çalışmalarının en önemli amacı yetişkinliğe geçişte tanının devamlılığının belirlenmesidir. Bu çalışmada 2006-2010 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ergen ve Genç Erişkin Psikiyatri Servisi'nde "Başka Türü Adlandırılmayan Psikoz" tanısı ile yatarak tedavi görmüş hastalarda, geriye dönük ve kesitsel değerlendirmeyle psikiyatrik tanıların değişkenliği, klinik gidişleri, yaşam kaliteleri ve bunları etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda "Başka Türü Adlandırılmayan Psikoz" tanısı alan ergen ve genç erişkin hastaların takibinde ve tercih edilen tedavide yol gösterici verilere ulaşılabileceği düşünülmektedir.

Yöntem: Çalışma 2006-2010 yılları arasında Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Ergen ve Genç Erişkin (13. Psikiyatri) Servisinde "Başka Türü Adlandırılmayan Psikoz" tanısı ile taburcu edilen ergenlerle yapıldı. Olguların yatış dosyaları incelenerek tanıları tespit edilmiş, yatıştaki psikiyatrik bulguları Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği'nin semptom listesi kullanılarak belirlenmiştir. Olgular SCID I uygulanarak tanının sürekliliği açısından tekrar değerlendirildi. Tanının sürekliliği ve klinik gidiş üzerine etkisi olabilecek durumların saptanması amacıyla hazırlanmış sosyodemografik veri formu ve BPRS, SAPS, SANS, SF-36 Kısa Form, CGI ölçekleri uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 40 olguda, 29 (%72,5) hastada şizofreni, 5 (%12,5) hastada bipolar bozukluk, 3 (%7,5) hastada BTA psikotik bozukluk, 1 (%2,5) hastada şizoafektif bozukluk tanıları saptandı. Çalışmaya alınan 2 (%5,0) hastada psikiyatrik tanı saptanmadı.

Sonuç: BTA Psikoz tanısı ile taburcu olan ergenlerin, ortalama 25,5±12.84 ay sonra tekrar yapılan klinik değerlendirmesinde şizofreni gibi süregelenleşme eğilimi gösteren ve işlevselliği olumsuz etkileyen tanı grubundan %72,5 oranında tanı aldıkları saptanmıştır. Tanısı şizofreniye kaymış vakalarda eğitim düzeyinin düşüklüğü, okul bırakma oranlarının yüksekliği, işlevsellik düzeyinin düşüklüğü, ilk yatışı gerektiren atak süresinin uzun oluşu, belirti başlangıcı ile ilk yatış arasındaki sürenin yüksekliği, aile ortamı samimiyet ve sıcaklık düzeyinin düşüklüğü, ilk yatış semptomunda düşmanca davranış dikkat çekici bulunmuştur. Sonuç olarak; bu bulguların BTA Psikoz tanısının klinik ve uzun süreli değerlendirilmesi ve tedavisinin planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Başka Türü Adlandırılmayan Psikoz, Tanı Sürekliliği, Yaşam Kalitesi, Erken Başlangıçlı Şizofreni.

ABSTRACT

RESEARCH OF DIAGNOSTIC STABILITY, CLINICAL PROGNOSIS, QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS DIAGNOSED WITH PSYCHOSIS NOT OTHERWISE SPECIFIED

Dr Cenk Varlık

Aim: The most important aim of the follow-up studies on adolescents treated in psychiatric inpatient services is the identification of the persistence of the disorder in adulthood. In this study, we aimed a retrospective cross-sectional assessment of psychiatric diagnoses and variability, clinical course, quality of life and determining factors on patients have been hospitalized with a diagnosis of "Psychosis Not Otherwise Specified" (psychosis NOS) at Mental and Nervous Diseases Training and Research Hospital, Adolescent and Young Adult Psychiatry Service, Bakirköy, between 2006-2010. It is thought that instructions in the choice of treatment and during the follow-up of adolescents diagnosed with psychosis NOS will be attained.

Method: The study is conducted with adolescents that have been discharged from the Adolescent and Young Adult (13th Psychiatry) Service of Bakirkoy Education and Research Hospital for Psychiatry and Neurological Disorders, with the diagnosis of psychosis NOS between the years 2006-2010. Admission diagnoses were determined by examining the files of the cases, admission of psychiatric symptoms were determined using the Brief Psychiatric Rating Scale symptom list. The subjects were reevaluated for the persistence of the diagnosis with SCID I. In order to detect conditions that may affect the diagnostic stability and clinical course, a sociodemographic data form BPRS, SAPS, SANS, SF-36, CGI were administered.

Findings: The study involved 40 cases, 29 (72.5%) patients with schizophrenia, 5 (12.5%) patients with bipolar disorder, 3 (7.5%) patients with psychotic disorder NOS, 1 (2.5%) patients had diagnoses of schizoaffective disorder . Of the 2 (5.0%) patients had no psychiatric diagnosis.

Results: Adolescents who were discharged with a diagnosis of psychosis NOS, mean 25.5 ± 12.84 months after the re-evaluation of the clinical diagnosis, the group were diagnosed as ratio of 72.5% such as schizophrenia, which has chronicity that tend to negatively affect the functionality. Lower education level, high school drop rates, low level of functionality, long duration of the first episode that requires hospitalization, the long interval between symptom onset and first hospitalization, low levels of intimacy and warmth in family environment, hostile behavior as a symptom of the first hospital stay were found significantly effective for diagnosis of schizophrenia spectrum shift. In conclusion, it is thought that these findings will be instructing the evaluation of the course and treatment planning of psychosis NOS.

Key Words: Psychosis Not Otherwise Specified, Diagnostic Stability, Quality of Life, Early Onset Schizophrenia.

KISALTMALAR

BTA: Başka Türlü Adlandırılmayan

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

EBS: Erken Başlangıçlı Şizofreni

EKT: Elektro Konvulzif Terapi

YTŐ: Yetişkin Tip Şizofreni

IQ: Zeka Bölümü

EP: Ekstra Piramidal

GEP: Geçici Ergen Psikozu

BRSHH: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

TABLO LİSTESİ

TABLO 1: Hastaların yaş ve eğitim yılı ortalamaları

TABLO 2 : Hastaların demografik özellikleri

TABLO 3: Hastaların medeni durum ve meslek özellikleri

TABLO 4: Hastaların çalışma sırasında DSM-IV-TR tanı dağılımları

TABLO 5: Hastaların yaş ve eğitim yılı karşılaştırılması

TABLO 6: Hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

TABLO 7: Hastaların okul devamlılığı ve okul disiplin durumunun karşılaştırılması

TABLO 8: Hastaların medeni durumları ve mesleki hayatlarının karşılaştırılması

TABLO 9: Hastaların ailelerinde planlı gebelik dağılımları ve doğum komplikasyonları karşılaştırılması

TABLO 10: Hastalarda DEHB öyküsü ve premorbid psikiyatri başvurusunun karşılaştırılması

TABLO 11: Hastalarda intihar öyküsünün karşılaştırılması

TABLO 12: Hastaların psikoaktif madde ve alkol kullanımlarının karşılaştırılması

TABLO 13: Hastalarda suç öyküsünün karşılaştırılması

TABLO 14: Hastaların geçmişte ve şimdiki tedavileri ve tedavi uyumlarının karşılaştırılması

TABLO 15: Hastaların genel tıbbi durumlarının karşılaştırılması

TABLO 16: Hastaların ebeveynlerinin yaşları ve eğitim durumlarının karşılaştırılması

TABLO 17: Hastaların ebeveynlerinin mesleki-evlilik durumlarının ve hastalarda ebeveyn kaybının karşılaştırılması

TABLO 18: Hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü ve intihar girişimi öyküsünün karşılaştırılması

TABLO 19: Hastaların ebeveynlerinde psikoaktif madde-alkol kullanımı ve suç öyküsünün karşılaştırılması

TABLO 20: Hastaların klinik ve aile ortamı özellikleri

TABLO 21: Hastaların SANS puanlarının karşılaştırılması

TABLO 22: Hastaların SAPS puanlarının karşılaştırılması

TABLO 23: Hastaların BPRS puanlarının karşılaştırılması

TABLO 24: Hastaların SF-36 puanlarının karşılaştırılması

TABLO 25: Hastaların ilk yatış semptomlarının karşılaştırılması

TABLO 26: Hastaların BPRS toplam puanlarının karşılaştırılması

TABLO 27: Aile ortamı eleştirisel tutum, sıcaklık samimiyet puanları ile hastalık sürelerine ait değerlerin ilişkisinin incelenmesi

TABLO 28: SANS ve SAPS alt ölçek ve toplam puan ortalamaları ile hastalık sürelerine ait değerlerin ilişkisinin incelenmesi

TABLO 29: CGI hastalık ve yan etki şiddeti puan ortalamaları ile hastalık sürelerine ait değerlerin ilişkisinin incelenmesi

TABLO 30: BPRS alt ölçek ve toplam puan ortalamaları ile hastalık sürelerine ait değerlerin ilişkisinin incelenmesi

TABLO 31: Çalışmamızda tanıların şizofreni spektrumuna kaymasında etkili olan faktörler

GİRİŞ VE AMAÇ

Psikiyatri hastanelerinde yatarak tedavi gören ergen hastalarla yapılan takip çalışmalarının hedeflerinden birisi de erişkinliğe geçişte tanının devamlılığının belirlenmesidir (1).

Psikiyatrik tanıların geçerliliğini belirlemede spesifik biyolojik belirteçlerin halen araştırma sürecinde olması dikkatlice yapılmış uzunlamasına klinik takiplerin çok önemli rol oynamasına sebep olmuştur (2).

Başka türlü adlandırılmayan (BTA) psikoz tanısı, pratikte tanı koymak için yetersiz bilgi olduğunda ya da şizofreni benzeri daha şiddetli bir tanıdan ilk tanının güvenilir olmaması nedeniyle kaçınıldığında sıklıkla kullanılır (3).

Farklı yaşam dönemleri boyunca aynı tanı ölçütlerinin kullanılmasının, hastalığın görünümündeki gelişimsel farkları maskeleyebileceği, çocuklukta bu tanının kullanım alanını kısıtlayabileceği ve bir grup olgunun atlanmasına yol açabileceği de belirtilmektedir. Şizofrenik bozukluğu olan çocukların büyük bir kısmında bozukluğun ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de sürdüğü görülmektedir. Erişkinlerdeki etkin ilaç tedavilerine bu olgularda da olumlu yanıtlar alınmaktadır (4).

Şizofreni kötü şöhreti nedeniyle sosyal damgalanma riski taşıyan bir durum olduğundan tanı konulmadan önce ölçütler yeterince değerlendirilmelidir. Çoğunlukla hekimin hastalığa aşına olmaması, küçük yaştakilerle çalışmada yeterli deneyimi bulunmaması ya da hastayı etiketleme kaygısı nedeniyle erken başlangıçlı şizofreni (EBS) tanısı konulurken tereddütte kalınabilir. Bunun sonucunda şizofreni tanısı koymada başarısız olma, çocuğun ve ailenin uygun tedavilerden ve psikoeğitim kaynaklarından yararlanamaması tehlikesini de beraberinde getirir. Bazı çalışmalar çocuk ve ergenlerde psikotik belirtilerin başlaması ile tanının konulması arasına 1-2 senelik bir gecikme olduğunu göstermektedir (5).

Şizofreni özellikle düşünce, algı ve duygulanım alanlarında bozulmayla seyreden ciddi bir ruhsal hastalıktır. İlk tanı genellikle geç ergenlik ya da erken erişkinlik dönemleri olan 15-35 yaşlar arasında konulmaktadır (6).

Çocukluk döneminde şizofrenik bozukluklara ilişkin bulgular az görülmekte, şizofreninin geçerli tanı ölçütlerine tümüyle uyan klinik tablolara ise çok rastlanmamaktadır. Bilişsel yetilerin henüz gelişim ve değişim içinde olduğu bu dönemde, normalden sapmayı yakalamanın zorluğu, şizofreninin çocukluk dönemindeki görünümüne ilişkin bilgi birikiminin azlığının yanısıra etiketleme kaygısı, klinisyenlerin çocuk ve ergenlerde şizofreni tanısını daha az koymalarına yol açmaktadır (7).

Günümüzde yapılan çalışmalar erken ve çok erken başlangıçlı şizofreninin erişkin başlangıçlı şizofreniden farklı olmadığını, tanı koymada erişkinler için kullanılan tanı ölçütlerinin geçerli olduğunu ve şizofreninin ayrı bir alt tipi olmadığını doğrulamaktadır (4). Şizofreni çocuk ve ergenlerde; en sık bipolar affektif bozuklukla olmakla birlikte dissosiyatif bozukluk, davranım bozukluğu, kişilik bozuklukları ile karışabilmektedir. Bilişsel yetileri gelişmekte olan çocukta normalden sapmayı yakalamak güç olduğundan ve bazı hekimler çocuğu şizofren olarak damgalamak istemediklerinden şizofreni tanısı koymaktan kaçınırlar. Ancak bu tutum aile ve çocuğu uygun tedavi, sosyal destek ve hastalıkla ilgili bilgiden yoksun bıraktığından erken başlangıçlı şizofreninin iyi tanınması, tanı koymaktan kaçınmak yerine, düzenli izlemler ile değerlendirmelerin yinelenmesi bu tür aksaklıkları önleyebilecektir (8,9).

Şizofrenide kronikleşme ile arttığı gösterilen nörobiyolojik bozuklukların şizofreninin ilk epizodunda da var olduğu gösterilmiştir (10). Şizofreniyi önlemek mümkün olmasa bile erken müdahale ile bu bozuklukların ilerlemesini durdurmak olası görünmektedir. Şizofrenide tedavisiz psikotik dönemin kısaltılmasının hastalığın gidişine ve yaşam kalitesine olumlu katkıları olduğu görülmektedir (11-14).

Erişkinlerde şizofreni tanımlamalarına bakıldığında, Schneider'in Birinci Sıra Belirtiler'ine bakılarak ve süreç ölçütlerine dayanılarak yapılan tanımlamalarda daha yüksek tanısal istikrarın ve daha iyi kestirim geçerliliğinin sağlandığı gözlenmiştir (15-18).

Çocukluk ve ergenlik döneminde şizofreni ve affektif psikoz arasında geçerli bir tanı ayrımının yapılamayacağına dair yaygın bir görüş vardır. Yapılan bir izlem çalışmasında da çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan psikozlarda yüksek derecede tanı istikrarsızlığının saptanması bu görüşü desteklemektedir (19).

Ülkemizde çocuk ve ergenlerde BTA psikoz tanısının gidişine dair çalışma bulunmamaktadır. Çocukluk çağında başlayan erişkin tip şizofrenilerinin ele alındığı sınırlı sayıda araştırma vardır. Bunların nedenleri erken çalışmaların çoğunun çocukluk

şizofrenisi altında, otizm ve diğer psikotik durumları içeren heterojen örneklerden oluşmasıdır (20,21).

Bu çalışmanın amacı, 2006-2010 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ergen ve Genç Erişkin Psikiyatri Servisi'nde BTA psikoz tanısıyla yatarak tedavi görmüş hastalarda, geriye dönük ve kesitsel değerlendirmeye tanı değişikliklerinin ve prognozun ortaya konması ve bunları etkileyecek faktörlerin belirlenmesidir. Bu çalışmanın sonucunda BTA psikoz tanısı alan ergenlerin takibinde ve tercih edilen tedavide yol gösterici verilere ulaşılacağı düşünülmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN PSİKOZ:

2.1.1 Tanım :

BTA Psikoz bugünkü tanı ölçütlerine tam olarak oturmayan çeşitli klinik görünümlerin toplandığı bir şemsiyedir (22,23). Aslında, DSM IV-TR’de bu kategori için spesifik tanı ölçütleri yoktur. Daha ziyade, spesifik tanı koymak için çelişkili bilgilerin bulunduğu ya da herhangi bir spesifik psikotik bozukluğun ölçütlerini tam sağlamayan semptomları olan psikotik bozuklukları içerir (24).

DSM IV-TR bazı örnekler sağlar:

-Psikotik özellikli duygudurum bozukluğu, kısa psikotik bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk, madde ile indüklenen psikotik bozukluk kriterlerini karşılamayan doğum sonrası psikoz.

-1 aydan kısa süren ancak henüz remisyona girmemiş bu sebeple kısa psikotik bozukluk ölçütlerini karşılamayan psikotik semtomlar.

-Diğer başka öğeler olmadan sürekli işitsel varsanılar.

-Duygudurum dönemleri ile üstüste binen devamlı, bizar olmayan sanrılı bozukluğun büyük kısmında bulunan sanrılar.

-Hekimin primer ya da genel tıbbi durum veya madde ile indüklenmiş durumdan kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirleyemediği bir psikotik bozukluğun olduğu sonucuna varması (25).

Psikiyatri hastalarının takip çalışmaları dikkatle değerlendirildiğinde tekrar BTA psikoz tanısını alma düşük oranlarda bulunmuştur (26-28). Eşanlı madde kullanımı spesifik bir tanının saptanmasında çok sık şaşırtıcı değişkenlerden biridir çünkü madde kullanımı psikotik belirtilerle hastaneye alınan hastaların önemli bir bölümünde bulunabilir (3).

2.1.2 Sınıflama:

DSM IV-TR'deki BTA psikoz tanısına paralel ICD-10 "Diğer akut ve geçici psikotik bozukluklar" kategorisini içerir. Bu kategori , "akut ve geçici psikotik bozukluk bölümündeki herhangi bir kategori altında sınıflandırılmayan herhangi bir akut psikotik bozukluk" için kullanılır (29). Ayrımı yapılamamış hezeyan durumlarının da eğer hastanın ruhsal durumu konusunda daha detaylı bilgi olası değilse, organik etkenle ilgili hiçbir delil yoksa burada kodlanması gerekir. Kısa dönemler için zaman kısıtlaması yoktur: "şizofreni belirtileri olmadan akut polimorfik psikotik bozukluk", "sanrı ya da varsanılarının herhangi bir tipi bozukluğun başlangıcından herhangi bir zamanda en az birkaç saat ortaya çıkar " şeklinde belirtilir (29).

2.1.3 Epidemiyoloji:

Bu tanının prevalansı konusunda çok az bir bilgi vardır. İrlanda, İtalya ve Almanya'daki olgularda psikozlu hastaların yüzde 2-12'sine BTA psikoz tanısı konulmuştur (30,31). Bu çalışmalara ek olarak New York, Suffolk'ta, 1989 ve 1995 yılları arasında psikotik bir tablo ile ilk başvuruların % 26'sına tedavi eden hekim tarafından, % 12'sine araştırmacı ekip tarafından BTA psikoz tanısı verilmiştir (22). İlk başvuru sonrası bu tanının uygulanması azalmıştır. Suffolk servislerinde, 6 aylık takip ile olguların sadece yüzde 4,8'i araştırmacı ekip tarafından BTA Psikoz tanısı almış ve 24 aylık takipte bu oran yüzde 3,9 olmuştur.

2.1.4 Tanı ve Klinik Özellikler:

BTA psikoz tanısı sanrı, varsanılar, dezorganize konuşma ya da fazlaca dezorganize veya katatonik davranış ile belirli spesifik bir tanı koymada uygunsuz bilginin olduğu ya da çelişkili bilginin olduğu psikotik dönemlerle birlikte hiçbir spesifik psikotik bozukluk ölçütlerini karşılamayan psikotik belirtili bozuklukları içerir. Örnek olarak duygudurum bozukluklarının eşlik etmediği ve şizofreni ya da diğer hiçbir DSM-IV-TR kategorileri için patognomonik olmayan, psikotik belirtili bozuklukları olan hastalar verilebilir. Sürekli işitsel varsanılarla hastaneye başvuran ve spesifik hiçbir psikotik bozukluğu karşılamayan hastaları da bu gruba dahil edebiliriz. Şizofreninin diğer belirtileri olmayan, işlevsel bozukluğun eşlik ettiği uzun süreli sanrıları olan hastalar da BTA psikoz tanısını alan diğer bir grubu oluşturabilir (24).

Hekimler psikozun primer bir bozukluktan mı yoksa genel tıbbi duruma bağılı bir durumdan mı kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirleyemedikleri zamanlar da BTA Psikoz tanısı koyarlar. Madde kullanımıyla tetiklenen psikozla ayırtedilemediğı durumlarda bu tanı kullanılır (32). Bazı maddeler ileri klinik tanının olduğı uzamış psikotik belirtilere yol açabilir. Fensiklidin ile yapılmış olan çalışmalarda fensiklidin ile indüklenmiş psikozlu hastaların bulguları ile şizofreni hastalarının bulguları arasında farklılık tespit edilememiştir (33,34).

2.1.5 Tedavi:

Psikotik bozuklukların tümünde olduğı gibi, BTA psikoz tanısı alan hastaların tedavisi karmaşıktır. Tedavinin başlangıcında hekim hastaneye istemli ya da istemsiz yatırılarak tedavi ya da ayaktan tedavi programları arasında seçim yapabilir. Yatırılarak tedavi kendilerine ya da çevresine zarar verme konusunda yüksek riske sahip bireyler için sıklıkla gereklidir. Tedaviye gereksinim için iç görüsü az olan hastalar ve tedaviye zayıf bağlanma öyküsü olanlar da yatırılarak tedavi edilebilirler. Destekleyici ya da gözetleyip denetlenerek idare edilen ev düzeninde yaşayan kişiler ayaktan tedaviyle idare edilebilirken, aynı düzeyde hastalığı bulunup sosyal desteğı zayıf olan kişiler için yatarak tedavi seçeneğı daha uygun olabilir (3).

Medikal tedavi seçeneklerinde antipsikotik ajanlar ilk seçenektir. İkinci jenerasyon antipsikotikler ilk jenerasyon ajanlardan daha çok tercih edilirler. İkinci jenerasyon antipsikotikler arasında özel bir ilacın seçimi genellikle yan etki profiline, hastanın yanıt öyküsüne ve hastanın aldığı diğer ilaçlarla etkileşim potansiyeline dayalıdır. İkinci jenerasyon ajanlara yanıt vermeyen bireylerde ilk jenerasyon antipsikotikler kullanılabilir (35).

BTA psikoz tanısı almış bireylerde benzodiazepinlerle tedavi ajitasyon ya da şiddetli anksiyete durumlarında seçenek oluşturabilir. Lityum ve antidepresan ajanlar da antipsikotik tedavinin yanına eklenebilen ajanlardır. Psikozu azaltmaya ve duygudurumu normalize etmeye ek olarak özkıyım düşüncesinin Elektro konvulzif terapi (EKT) tedavisi ile hızlıca çözüldüğü gözlenmiştir (36).

Bir çok hasta ilaçla tedavi, psikoterapi, psikososyal terapi ve aile eğitimi, destek grupları, on iki adım programları veya geleneksel şifacıların dahil olduğu terapötik yaklaşımlara yanıt verirler (3).

BTA psikozların önemli bir bölümünün şizofreniye dönüşüm oranının yüksek olması nedeniyle bu bölümden sonra erken başlangıçlı şizofreni ile ilgili bilgiler verilmiştir.

2.2 ERKEN BAŞLANGIÇLI ŞİZOFRENİ

2.2.1 Tanım :

Şizofreninin çocukluk tipinin yetişkin tipinden ayrı olup olmadığı, ayrıca sınıflandırılıp sınıflandırılmaması gerektiği uzun süre tartışılmış ve sonuçta tanısal şemalar çocukluk şizofrenisini ayrı bir kategori olmaktan çıkarmıştır. Çocuklarda şizofreni tanısında erişkinler için kullanılan ölçütler kullanılmaya başlanmıştır. Çocuk ve ergenlerde şizofreni tanısı, yetişkinlerdeki şizofreni ölçütlerine dayanılarak konur. Pozitif ve negatif belirtilerin varlığına göre tanımlama yapılır. Pozitif belirtiler, sanrılar, varsanılar, bizar ya da dezorganize düşünce ve davranışlardan oluşur. Negatif belirtilerde ise konuşmanın duraklaması, düşünce içeriğinde yoksulluk, apati, avolüsyon, ve düzleşmiş duygulanım bulunur. Bu belirtilere, sosyal işlevlerin belirgin şekilde bozulması da eşlik eder. Yine de farklı yaşam dönemleri boyunca aynı tanı ölçütlerinin kullanılmasının gelişimsel farklılıkları maskeleyebileceği ve bir grup olgunun atlanmasına yol açabileceği konusunda yoğun kaygılar olması ve bu bir grup olgunun atlanmaması amacıyla günümüzde yazarlar erken başlangıçlı şizofreni terimini 18 yaşından önce başlayanlar için kullanmayı, çok erken başlangıçlı şizofreni terimini ise 13 yaşından önce başlayanlar için kullanmayı tercih etmişlerdir (4,5,37).

2.2.2 Tarihçe:

Kraepelin'in tanımlamasından beri şizofreninin çocuklarda da görüldüğü bilinmektedir (38). August Homburger (1926) ilk defa çocuk psikozlarında negatif belirtileri tanımlamıştır. Homburger, premorbid faktörleri de dikkate almış zeka olarak gelişim geriliği olanlarla, normal zekalı fakat davranışları anormal çocukları ayırmıştır. 1937'de Jacop Lutz çocukluk şizofrenisini yetişkin şizofrenisinden ayırmıştır. Kanner (1943 ve 1957) erken çocukluk otizmi, çocukluk şizofrenisi ve çocukluğun dezintegratif bozukluğu olmak üzere çocukluk psikozlarını ayırmıştır. Karl Leonhard (1986) erken

çocukluk katatonisinden söz etmiştir (38). Ancak çocukluk çağı psikozları kavramı tam olarak yerleşene kadar otizm ve yaygın gelişimsel bozukluklar da “çocukluk çağı şizofrenisi” başlığı altında sınıflandırılmıştır. Dolayısıyla çocukluk çağı şizofrenisi ile ilgili eski literatür bilgilerinin çoğu, daha çok günümüzün otizm ve yaygın gelişimsel bozukluklar kavramları ile ilişkilidir. İsrail Kolvin ve diğer bazı araştırmacılar, otizmin şizofreniden farklı bir bozukluk olduğunu göstererek bu nozolojinin değişmesini sağlamışlardır (39-41).

1980 yılında DSM-III’ün yayınlanmasına kadar çocuk ve ergenlerde şizofreni tanısı değiştirilmemiş erişkin ölçütlerine göre konulmaktaydı (26).

7 yaşa kadar olan çocuklarda şizofreni tanısının erişkin tanı kriterleri ile koyulabileceği öne süren çalışmalar yapılmıştır (42,43). Tanı istikrarı ve çocukluk ve erken ergenlik dönemindeki bazı özelliklerin şizofreniyi predikte edebileceği konusundaki belirsizlik halen devam etmektedir. Diğer hastaların şizofreni ile örtüşen belirtileri yanlış tanı konulmasına sebep olabilmektedir.

Psikotik özellikli affektif bozukluklar ve psikotik epizotlarla seyreden gelişimsel bozukluklar çocukluk ve ergenlik döneminde şizofreniyi taklit ederek yanlış pozitif tanı hatalarına yol açabilir (19,43-47).

2.2.3 Sınıflandırma:

Çocuklarda otizmin ve şizofreninin birbirinden farklı iki ayrı bozukluk olduğu anlaşıldıktan sonra yetişkinlerle küçüklerin tanı ölçütleri arasındaki fark ortadan kalkmıştır. Tanı ile ilişkili düzenlemeler DSM-IV’e dahil edilmiştir. DSM-IV TR’de aktif psikotik belirtilerin en az 1 ay sürmesi gerektiği ve bozukluğun aktif döneminde negatif belirtilerin de karakteristik belirtilerden biri olduğu şeklinde özgün düzenlemeler eklenmiştir (29).

DSM-IV ve ICD-10 sınıflandırma sistemleri yetişkin, ergen ve çocukluk şizofrenisi belirtileri arasında fark gözetmemektedir. Aradaki tek fark, ICD-10’da toplam süre 1 ay olarak tanımlanırken DSM-IV-TR’de bu sürenin 6 ay olarak tanımlanmasıdır (29,35,38). Armenteros ve arkadaşları hastanede yatarak tedavi görmüş ve şizofreni tanısı almış ergenlerde DSM-III R, DSM-IV TR ve ICD-10 tanılarının büyük oranda uyduğunu saptamışlardır (48).

2.2.4 Epidemiyoloji:

Şizofreni kadın ve erkeklerde eşit oranlarda görülmesine karşın prodromal dönem, başlangıç yaşı, aile öyküsü, klinik görünüm, gidiş ve tedavi yanıtı açısından cinsiyet farklılıkları göstermektedir (49-51).

Kültürel ve demografik farklılıklara, tanı ölçütlerinin değişkenliğine ve hastalığın başlangıç tanımındaki belirsizliklere rağmen, erkeklerde kadınlara göre hastalığın daha erken yaşta başladığı bilinmektedir (52-56).

İlk psikotik dönemler ergenlikte ya da genç erişkinlikte diğer yaş dönemlerine göre daha çok ortaya çıkmaktadır (57).

2-12 yaş arası çocuklarda prevalans, 10000 çocukta 0.19 olarak bildirilmiştir (21). Erkek çocuk/kız çocuk oranının 2 veya 2.5 olduğu ve şizofreni prevalansının erkek çocuklarında daha fazla görüldüğü sonucu ortaya çıkarılmıştır. Premorbid anamnezlerinde erkek çocukların, kız çocuklara göre daha sorun yüklü olduğu ve şizofreni bulgularının, erkek çocuklarda daha erken başladığı görülmektedir (42,58,59).

Farklı ülkelerde yapılan genel toplumda yaygınlık araştırmalarında ise cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır (60). Sıklık araştırmaları ise erkeklerin şizofreni geliştirme riskinin kadınlara göre 1.4 kat daha fazla olduğunu işaret etmektedir (61,62).

Erkeklerde seks kromozomları aracılığıyla geçiş gösteren ve nöronal gelişimde bazı aksaklıklara neden olarak şizofreni gelişimine yatkınlık oluşturan genetik bir duyarlılık bulunduğu için erkeklerde kadınlara göre yaşamın daha erken dönemlerinde şizofreni bulgularının ortaya çıktığı da bildirilmektedir (63). Yine cinsiyet hormonlarından 17 östradiolün antidopaminerjik etki ile koruyucu bir görev üstlendiği düşünülmektedir (42).

EBŞ'nin yetişkin tip şizofreni (YTS)'den daha az görüldüğü ileri sürülmektedir (64). Klinik deneyim şizofreninin 12 yaşından önce çok nadir olarak başladığını düşündürmektedir. Tüm şizofrenik bozuklukların % 0,1-1 kadarının 10 yaşından önce, %4 kadarının 15 yaşından önce başladığı tahmin edilmektedir. Başlama oranı ergenlik döneminde çok keskin bir artış gösterir ve 15-30 yaş döneminde zirve yapar (5). Danimarka'da yapılan, 13 yılı aşkın bir süre boyunca hastaneye yatırılan küçük yaştaki şizofreni hastalarını (n=312) içeren bir çalışmada 13 yaşın altında sadece 4 (%1.28) ve 15 yaşın altında sadece 28 (%8.97) hasta olduğu tespit edilmiştir (65).

EBS düşük sosyoekonomik düzeyle ilişkili bulunmuş, prodromal dönem ve klinik belirtiler açısından, daha sinsi başlangıçlı olduğu ya da ailelerin oluşan belirtileri ergenlik sorunu olarak algılayıp üzerinde fazla durmadıkları gözlenmiştir (64,66-68).

Çocukluk başlangıçlı olgularda ailesel yüklülüğün yaklaşık iki kat daha fazla olduğu ve erken başlangıcın daha güçlü bir biyolojik yatkınlığı yansıttığı üzerinde durulmaktadır (69).

Kadın şizofreni hastalarında erkeklere oranla hastaneye ilk yatış yaşı daha geç, yatış sayısı ve alevlenme oranları daha azdır (54,55,70,71). Hastaların bekar oluşu, ruhsal hastalığı olanların evlilikte tercih edilmemesine ya da hastalık nedeniyle evliliğin devamındaki sorunlara bağlanmaktadır (72,73). Bekar hastalar daha fazla alevlenme ve hastaneye yatış göstermekte, hastalık belirtileri de daha şiddetli yaşanmaktadır (73).

Şizofreni, başlangıcından sonraki ilk birkaç yılda psikososyal işlevselliğin belirgin olarak etkilendiği bir bozukluktur (74). Bhugra ve arkadaşları Londra'-daki şizofreni hastası olan Afrikalılarda işsizlik oranını, genel popülasyona göre oldukça yüksek (%80) bulmuşlardır (75). Bazı çalışmalarda işsizlik oranının erkeklerde daha fazla olduğu ileri sürülür (55). Çalışmaların bir kısmında cinsiyetler arasında çalışma durumu farkı tespit edilmemiştir (51,54,71).

Şizofreni yaygınlığı kentsel alanlarda kırsal alanlara göre daha yüksektir (60,76). Köroğlu ve arkadaşlarının 1999 yılında yapmış oldukları çalışmaya dayanan sonuçları ise Türkiye'de şizofreni yaygınlığının kırsal örnekleme daha yüksek olabileceğine işaret etmektedir (77). Batı Avrupa ülkelerinde kentsel örneklemlerle ilgili yaygınlık tahminleri daha yüksek olsa bile, Türkiye gibi ülkelerdeki kırsal yerleşimlerin koşulları (örn. anne karnında daha yüksek enfeksiyon riski, daha yüksek beslenme yetersizliği risk vb. nedeniyle) hem eşik-altı durumların hem de şizofreninin yaygınlığını arttırıyor olabilir. Bu nedenle de yerleşim biriminin hastalık üzerindeki etkisi farklı olabilir (78).

Ülkemizde psikotik bozukluk tanısı ile yatan hastaların demografik özellikleri ve ilgili risk etkenlerine dair bazı araştırmalar yapılmıştır (79,80). Bu araştırmalar, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün sırasıyla hastaların %9.5'inde ve %28.8'inde bulunduğunu, hastaların %22.7'sinin ve %44.3'ünün çalışmakta olduğunu bildirmişti. Söz konusu araştırmalardan Deveci ve arkadaşları yaptığı çalışmada hastaların %38.5'inin evli olduğunu, %28.8'inin eğitim düzeyinin düşük olduğu, %40.4'ünün kentsel alanlarda büyüdüğü, %48.1'inin kırsal kesimde ikamet ettiği, %23.1'inde hastalığın 30 yaşından sonra başladığı, sadece %1.9'unun üst

sosyoeonomik konumda yer aldığı ve %5.8'inde doğum travması öyküsü bulunduğu bildirilmiştir (79).

Türkiye'de genel toplumda ve psikotik bozukluk hastaları örneklemelerinde esrar kötüye kullanımı göreceli olarak düşük bulunmuştur (81-83). Özellikle kentsel bölgelerde erkekler ve ergenler arasında esrar kötüye kullanımının daha yüksek olmasının psikotik bozukluk oranının erkeklerde ve ergenlerde daha yüksek saptanmasına katkıda bulunmuş olabileceği belirtilmiştir (84,85).

Diğer yandan psikotik dönemlerin dalgalı seyri ve işlevsellikte neden olduğu yıkım, psikotik bozukluk hastalarında daha yüksek işsizlik oranı, daha yüksek bekarlık (evlenmeme ya da boşanma) oranının ve daha düşük eğitim düzeyinin saptanmasına neden olmaktadır (86).

2.2.5 Etiyoloji:

Şizofreninin, etiyojisi bilinmeyen heterojen bir bozukluk olduğu kanaati yaygındır. Şizofreninin etiyojisinin heterojen ve multifaktoryel olduğunu düşündürdüğü, genetik ve çevresel çeşitli risk faktörlerinin, bozukluğun oluşumunu kolaylaştıracak bir alt yapıya birbirleriyle karşılıklı ilişki halinde ve birbirlerinin etkisini arttıracak şekilde yol açtıkları nörogelişimsel bir model önerilebileceği, eşik aşıldığında kişide hastalık gelişebileceği, eşik altı olguların ise şizotipal kişilik bozukluğu gibi ilişkili başka bozukluklar şeklinde karşımıza çıktığı belirtilmiştir (5).

Erken başlangıçlı şizofreninin fenotipik özelliğine bakarsak erişkin tipin daha şiddetli bir varyantı olduğu ancak her ikisinin de ortak etiyojisi ve nörobiyolojiye sahip olduğu gösterilmiştir (47).

2.2.5.1 Biyolojik Faktörler:

Nörogelişimsel Kuram: Erken başlangıçlı şizofreni hakkındaki araştırmalar beyin gelişimi ve anormallikleri üzerine odaklanmıştır (87-90). Bu kurama göre şizofreninin erken gelişen merkezi sinir sistemi lezyonlarının, normal olgunlaşma süreçlerini etkilediği gelişimsel bir bozukluk olabileceği belirtilmektedir (91,92).

Psikoz için risk grubundaki hastalarda ilk değerlendirmede hipofiz hacminin artmış bulunduğu kişilerde psikoza dönüşme riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (93). Bu bulgu psikozun ortaya çıkışından önce HPA ekseninde bir aktivite artışı olduğu

şeklinde yorumlanmıştır. Yakın tarihli bir araştırmada psikoz için risk grubundaki hastalarda hipokampus ve amigdala hacminde bir değişiklik bulunmazken ilk epizod şizofreni hastalarında sol hipokampus hacminin küçüldüğü bildirilmiştir (94).

Genetik: Hem ikiz hem de evlat edinme çalışmalarından elde edilen veriler, şizofreninin gelişiminde kalıtımın önemli bir rol oynadığına dair yeterli kanıt sağlamaktadır. Genel popülasyonla karşılaştırıldığında hastalığı olanların birinci derece akrabalarında yaşam boyu şizofreni gelişme riski 5-20 kat artmıştır. Erken başlangıçlı şizofrenide de ailesel risk en az erişkin başlangıçlı olan kadar yüksektir. Üstelik bazı çalışmalara göre ne kadar erken başlarsa kalıtımla aktarılma riski o kadar artmaktadır (95,96).

Bunlara rağmen genetik aktarımın tek bir modeli olmadığı belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda genom üzerinde şizofreni ile bağlantısı olduğu düşünülen potansiyel alanlar bulunmuş ancak bu bulgular daha sonraki araştırmalarda tutarlı olarak gösterilememiş ya da tekrarlanamamıştır. Şizofreni heterojen bir bozukluk olduğundan olasılıkla çok sayıda genle ilişkilidir. Ayrıca her bir gen tarafından oluşan etki olasılıkla küçüktür ve her zaman şizofreni olarak da ortaya çıkmayabilir, örneğin şizoid kişilik bozukluğu şeklinde de ifade bulabilir. Son olarak bazı olguların sporadik olduğu ve genlerden çok çevresel nedenlere bağlı ortaya çıktığı düşünülmektedir. Günümüzde şizofreninin gelişimi en iyi, multifaktöriyel poligenik model ile açıklanabilmektedir (97,98).

Nörogelişimsel travma: Şizofreninin, merkezi sinir sisteminin normal gelişme sürecini bozan lezyonlara bağlı nörogelişimsel bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla, hastalık öncesi anormallikler ve gelişimsel gecikmeler, hastalığın erken nöropatolojik görünümleri olarak kabul edilebilir. Perinatal komplikasyonlar, beyin yapısında ve boyutlarında değişiklikler, minör fiziksel anomaliler ve özellikle ikinci trimesterde fetal nöral gelişimin kesintiye uğraması, hastalıkla bağlantılı olan bulgulardır. Daha erken (22 yaşından önce) başlaması ile obstetrik komplikasyonların ilişkili olduğu bulunmuştur. Şizofreni tanısı alan hastalarla yapılan korelasyon çalışmalarında doğum komplikasyonlarının erken başlangıçlı şizofreni ile, hastalığın süregenlik kazanmasıyla, serebral ventrikül bozukluklarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (99,100). Risk altında bulunan kişilerde genetik risk faktörlerinin yaşanılan erken nörolojik travma ile birlikte şizofreninin ortaya çıkmasına yol açtığı öne

sürülebilir. Bazı araştırmacılar şizofrenik bireylerde normal popülasyona göre daha fazla anormal doğum öyküsü olduğunu belirtmişlerdir. Doğum komplikasyonları diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla karşılaştırıldığında daha çok şizofreniye özgü bulunmuştur (101). Tüm bu çalışmalar doğum komplikasyonlarının tek başına ya da diğer faktörlerle etkileşimleri sonucu nöro gelişimsel kuram içinde yer alabileceğini göstermektedir (102). Doğum komplikasyonlarının şizofreni riskinde artışla bağlantılı olduğuna ilişkin bulgular vardır (103). Beyindeki erken dönemde oluşan bir hasarın şizofreni riski oluşturabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Temporal lob epilepsisi ve ilaç intoksikasyonu, şizofreniye benzer psikotik bir sendroma yol açmaktadır (102). Şizofreni tanısı alan ve hiçbir tanı almayan monozigot ikizlerde karşılaştırmalı bir çalışma yapılmış, doğumsal komplikasyon öyküsü ile konjenital fiziksel anomalilerin, beyin yapılarında bir farklılık oluşturup oluşturmadığına bakılmıştır (104). Bozukluğu olanlarda, sağ ve sol hipokampal bölgelerin daha küçülmüş olduğu ve sol lateral ventrikül ile üçüncü ventrikülün daha geniş olduğu saptanmıştır.

Viral ajanlar: Viral ajanlara maruz kalmanın şizofreni için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Şizofrenide doğum mevsiminin etkilerini araştıran pek çok çalışmada şizofrenin daha çok kış sonu ve bahar başında doğanlar arasında görülmesinin nedeni olarak mevsimsel özellikler taşıyan bazı viral enfeksiyonların, belki de doğum öncesi beyin gelişimi üzerinde etkili olarak ileride şizofreniye yatkınlık oluşturabileceği üzerinde durulmuştur (105-106). Son olarak da hamileliğin ikinci trimesterinde toplumda influenza epidemisi olmasının şizofreni riskini arttırdığı saptanmıştır. Ancak maternal influenza enfeksiyonu ile şizofreninin doğrudan bağlantılı olduğunu göstermeye çalışan araştırmalar net bir sonuca varamamıştır (107).

2.2.5.2 Psikolojik Faktörler:

Psikolojik faktörlerin tek başına şizofreniye yol açtığına dair hiçbir kanıt bulunmamaktadır. Psikolojik faktörler temel olarak bozukluğun gidişinde biyolojik risk faktörleriyle birlikte karşılıklı etkileşim halinde olurlar. Aile ortamında duyguların nasıl ifade edildiği gibi psikososyal stresörler, akut dönemlerin başlamasını, alevlenmesini ve relaps oranlarını etkiler. Ancak bu etkileşimler karmaşık ve iki yönlüdür. Aile iletişimindeki zorluklar, sebep değil sonuç da olabilir; hastanın aile ortamına taşıdığı

güçlüklerin birikimi ve buna duyulan bir tepki sonucuyla da ortaya çıkabileceği belirtilmiştir.(5)

Schlosser ve ark'nın 2010'da yayınlanan çalışmalarında, klinik olarak psikoz riski yüksek 63 ergen ve genç erişkinde, aile ortamının belirtiler ve işlevsellik ile ilişkisi araştırılmıştır (108). Bu çalışmada Camberwell Aile Görüşmesi (Camberwell Family Interview (CFI)) ve hastanın eleştirisi ve sıcaklık algısını ve ailenin kendi eleştirisi yapma ve sıcaklık gösterme algısını ölçen ölçekler kullanılmıştır Hem görüşme hem de kendi ifadelerine dayanarak aile ortamının hastalık belirtileri ve işlevsellik için prediktif değer olduğu ve hastanın belirttiği eleştirisi düzeyinin ise prediktif değerinin en fazla olduğu ortaya konmuştur.

2.2.6 Tanı ve Klinik Özellikler:

Şizofreni tanı ölçütlerinin DSM-IV-TR'de çerçevesi çizilmiştir. Yapılandırılmış görüşmeler, belirti ölçekleri ve tanı algoritmaları tanının güvenilirliğini ve geçerliliğini arttırmaya yardımcı olurlar.

Erken başlangıçlı şizofreni için yetişkinlerle aynı kriterler kullanılmaktadır ancak aşağıda belirtilen bazı gelişimsel özelliklerin dikkate alınması gerekir:

Hastalık öncesi işlev: Erken başlangıçlı şizofreni genellikle sinsi başlar ve öyküde uzun zaman önce başlayan gelişimsel ve kişilik anormallikleri bulunur. Hastalık öncesi sorunlar en yüksek oranda 12 yaş öncesinde başlayan hastalarda saptanmaktadır. En sık tanımlanan anormallikler şunlardır: 1-sosyal olarak içe kapanık, tuhaf ve izole davranma, 2- davranım bozuklukları, 3- bilişsel, motor, duysal, sosyal işlevleri de içeren bir çok alanda gelişimsel gecikmeler (96). Hastalık öncesi otizm ve yaygın gelişimsel bozukluklar bildirilmiştir(109).

Erken başlangıçlı şizofreni hastalarında hastalık belirtilerinin başlamasından çok önce, çoğu kez bebeklik döneminden başlayan ve giderek artan sosyal, bilişsel, duysal, motor gelişmeyi etkileyen çeşitli belirtiler bulunmuştur (110). Bu çocuklar erişkin dönemde şizotipal ya da şizoid kişilik bozukluğu tanımına uyan tuhaf, çekinik, anksiyeteli, yalnız çocuklardır (67). Şizofreni tanımlı erişkinlerin çocukluk dönemlerine göre, erken başlangıçlı şizofrenide premorbid dönem çok daha ağır seyretmekte ve sosyal işlevlerde bozulma daha fazla görülmektedir (4,67). Yine başka bir çalışmada

%40 oranında hastalık öncesi hiperaktivite, dikkat dağınıklığı, %26 oranında yaygın gelişimsel bozukluk belirtileri (ekolali, dokunmaya aşırı duyarlılık, kanat çırpma), %17 oranında davranış bozukluğu (saldırganlık, evden kaçma, yangın çıkarma) saptanmıştır (59). Sonuç olarak şizofrenik çocuklar, akranları ile ilişkilerde, okul ile ilgili etkinliklerde fakirleşme gibi, sosyal alanlarda premorbid bir işlev bozukluğu gösterirler. En sık görülen premorbid belirti, erkek çocuklarda görülen dikkat bozukluğu ve hiperaktivitedir. Daha az sıklıkta davranış bozukluğu veya depresyon görülür (66).

Premorbid anormallikler, erişkin yaşta başlayan şizofreni ile benzerlik gösterse de, erken yaşta başlayanlarda dil bozukluğu ve otizm benzeri geçiş belirtileri ile nonspesifik belirtilerin oranı daha yüksektir (111-113).

Başlangıç: Erişkin tip şizofreni için belli bir başlangıç biçimi olmamakla birlikte erken başlangıçlı şizofreni genellikle sinsi başlangıçlıdır (58,114). Erken ergenlikte hem akut (1 yıldan kısa) hem de sinsi başlangıçlı olgular görülmektedir (19,115).

Prodrom: Okul başarısında düşme, sosyal içe çekilme, dezorganize davranış, kişisel hijyende azalma en sık görülen prodromal belirtilerdir. Erken başlangıçlı şizofrenide erişkin tanı ölçütleri kullanıldığı halde, bazı tanısal güçlüklerle karşılaşmaktadır. Çocuklarda gerçek psikotik fenomenleri, gelişim gecikmeleri, travmatik olaylar, zengin bir hayal gücü nedeniyle ortaya çıkan, psikotik olmayan düşünce ve algılardan ayırt edebilmek zor olabilir (66).

Erken başlangıçlı şizofrenide semptomatoloji: Şizofreni ölçütlerinden olan sanrı, varsanı, çağrışım bozukluğu çocuk ve ergenlerde şizofreni dışında, davranım bozukluğu, kişilik bozukluğu, disosiyatif bozukluk, affektif bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluk, dil bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda da görülebilmektedir (116). Altı ay süre ölçütü pek çok olgunun bu süre dolmadan doktora başvurması nedeni ile bazı karışıklıklara neden olmaktadır. Bu durumda izleme ile doğrulanabilecek geçici bir tanı koymak gerekmektedir. Ayrıca şizofreni tanısı koyarken kullanılan işlev bozukluğu tanı ölçütü yerine, erken başlangıçlı şizofreni olgularında uygun işlev düzeyine gelinememesi tanı ölçütü olarak kabul edilmektedir.

Erken başlangıçlı şizofrenide en sık görülen belirti işitsel varsanılardır ve %80 oranında görülmektedir. Bunlar çocuklukta normal olarak görülen hayali arkadaşlar ve hipnagogik yaşantılardan dikkatle ayırdedilmiş ve duygulanımdan bağımsız olduklarına karar verilmiştir (117). İşitme varsanıları büyük çoğunlukla emir varsanıları şeklinde, genellikle olumsuz bazen olumlu içeriklidir ve yorum yapan, kendi aralarında konuşan

seslere ise daha az sıklıkta rastlanmaktadır. Varsanılar basit yapılıdır, genellikle bir hafta sürer, bir yıldan dört yıla kadar süren olgular bildirilmiştir. Görsel varsanılar %63 oranında saptanmıştır (118). Dokunma, somatik, koku varsanıları daha az sıklıkla görülmektedir. İşitme varsanıları genellikle diğer varsanılara eşlik etmektedir. DSM-III tanı ölçütleri kullanılarak yapılan birkaç çalışmada, erken başlangıçlı şizofrenide fenomenoloji araştırılmıştır (42,59). Erken başlangıçta, başlangıç daha sinsidir ve işitsel varsanılar ve sanrılar, erişkinlerde bildirildiğinden daha az kompleks olmaya eğilimlidir (42).

Russell, olgularında, bizar, kötülük görme, somatik, referans ve grandiyöz sanrılar tanımlamıştır(66). Sanrılarının %63 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Bunlar en çok kötülük görme ve somatik niteliklidir. Daha küçük çocuklarda basit, canavar, hayvan gibi çocukluk temaları görülmektedir. Sanrılarının süresi bir hafta ile bir yıl arasında değişmektedir. Şizofreni tanısı alan ergenlerde, % 38 oranında sistematik sanrılar saptanmıştır (66). %74 çocukta sığ, künt ya da uygunsuz duygulanım, %40 çocukta ise dezorganize davranışlar görülürken, katatoni belirtilerine rastlanmamıştır (66). Çocuklarda psikotik belirtiler çoğunlukla benliğe yabancı değildirler. Özellikle varsanılar korkutucu olmakla birlikte gelişimin erken dönemlerinde ortaya çıktıklarından çocuklar tarafından normal yaşantılarından ayırt edilememektedir. Dil ve bilişteki gelişimsel farklılıklar belirtilerin çeşidi ve niteliğini etkilemektedir (37).

Erişkinlerde olduğu gibi erken başlangıçlı şizofrenide de özkıyım düşüncelerinin varolduğu ve bu riskin %5-15 arasında oluştuğu bildirilmiştir (19). Erken başlangıçlı şizofrenide klinik tabloya diğer psikopatolojilerin de eklendiği saptanmıştır. Sırasıyla %29 oranında davranım bozukluğu, %26 oranında atipik depresyon, %14 oranında distimi, %11 oranında enüresis/enkopresis görüldüğü bildirilmiştir (59). Pozitif belirtiler yaşla birlikte lineer şekilde artarken, negatif belirtiler erken çocukluk ve geç ergenlik döneminde sık görüldüğü bulunmuştur (119). Uygunsuz ya da küntleşmiş affekt, enkoherans gibi negatif belirti sıklığının erken yaşlarda daha sık oluşu, hastalığın bilişsel, sosyal- duygusal gelişmeyi geciktirmesi sebebiyle olmaktadır (120). Negatif belirtiler hastalığın süregenliği, premorbid uyum bozukluğu, bilişsel işlev bozukluğu, beyin zedelenmesi ile ilişkilendirilirken pozitif belirtiler ise daha iyi premorbid uyum, daha yüksek genel işlev düzeyi, serebral atrofi ve duyu bozukluğunun olmaması ile ilişkili bulunmuştur (119,121). Bugüne kadar yapılan bir çok çalışma erken başlangıçlı ve yetişkin tip şizofreninin klinik belirtiler yönünden birbirine olan benzerliğini, aralarında devamlılık olduğunu belirtmiştir (59,119). Çocukluk çağı

şizofrenisi tanısı alan çocukların daha ilerde yetişkin tip şizofreni tanı ölçütlerini karşıladığını saptayan çalışmalar mevcuttur (120). Ancak erken ve yetişkin tipte klinik belirtilerin niteliksel olarak birbirine benzemesine karşın, niceliksel olarak aralarında önemli farklılıklar olduğu, hastalığın erken başlangıçlı tipte çok daha ağır belirtilerle seyrettiği ve bilinen sağaltım uygulamalarına daha dirençli olduğu, daha olumsuz yanıt verdiği bildirilmiştir.

Erken başlangıçlı şizofreni çalışmalarında varsanılar, düşünce bozukluğu ve düzleşmiş duygulanım (affekt) tutarlı olarak bulunurken, sistemik varsanılar ve katatonik belirtiler daha seyrek olarak saptanmıştır (68). Lisan ve diğer kognitif alanlardaki gelişimsel farklar ortaya çıkan belirtilerin farklılığını ve ağırlığını etkiler. Çocuklarda sanrılar çocukluk çağı temalarını yansıtan içeriktedir ve daha az karmaşık olmaya meyillidir.

Şizofrenili çocuklarda çağrışımların bozulması ve mantıksız düşünmeyi de içeren formal düşünce bozukluğu anlamlı oranda tespit edilmektedir (66,122). Bu bulgu önemlidir çünkü psikozdaki düşünce bozukluğunu, gelişimsel gecikmeler ya da konuşma bozukluklarından ayırt edebilmemizi sağlar (122).

Şizofrenik alt tipler: Erken başlangıçlı şizofrenide, paranoid alt tip (123) ya da farklılaşmamış alt tipin (68) daha yaygın olduğuna dair bilgiler değişkenlik gösterir. Bu alt tiplerin zaman içerisinde ne kadar devamlılık gösterdiği sorusu da henüz netlik kazanmamıştır. Erken başlangıçlı şizofreninin ayrı bir tanı grubu olarak sınıflandırılması bakımından, günümüzdeki kanıtlar erişkin başlangıçlı form ile devamlılık gösterdiğini ve ayrı bir antite olarak tedavi edilmemesi gerektiğini düşündürmektedir (5).

Bilişsel işlevlerde ve dil işlevlerinde bozukluklar: Ortalama olarak erken başlangıçlı şizofreni hastalarında zeka bölümü (IQ) düşük-normal değerler arasındadır ve %10-20'sinde anlamlı bilişsel bozulmalar saptanır. Dil gelişiminde gecikme (%54-90 oranında) erişkinlerden fazla bulunmuştur (68). Konuşma ve iletişim sorunları yaygındır. Şizofrenili çocuklarda erişkinlerde olduğu gibi bilgiyi işleme kapasitesinde yetersizlikler bulunmaktadır.

Mortalite: İzlem çalışmaları, özkıyım ya da psikoza doğrudan bağlı olan kazalar sonucu gerçekleşen ölümlerin yaklaşık % 5 oranında olduğunu göstermektedir (8). İlk

psikoz epizodu sonrasında özkıyımın öncülü olarak üç etkenden söz edilmiştir. Bunlar depresyon, ümitsizlik ve özkıyım düşüncelerinin varlığıdır (124).

2.2.7 Ayırıcı Tanı:

Duygudurum bozuklukları: Erken başlangıçlı duygudurum bozuklukları ya da depresyon başlangıcında sıklıkla psikoz belirtileri görülür. Küçük çocuklar, duygularını verbalize edemezler. Bu nedenle depresyon tablosu kendisini, irritabilite, ajitasyon ve davranış bozuklukları şeklinde gösterebilir. Dolayısı ile klinik seyir tanı koymada önem taşımaktadır. Duygudurum bozukluğunun tersine şizofreninin klinik seyri, uyum sağlayıcı işlevlerde giderek gerileme şeklindedir (19).

Hem şizofreni hem de psikotik duygudurum bozuklukları değişik affektif ve psikotik belirtilerle ortaya çıkabileceği gösterilmiştir (125). Belirti çeşitlerinin bu denli üstüste binişik olmasından dolayı, hastalığın başlangıcında yanlış tanı koyma olasılığının yüksek olduğuna dikkat çekilmektedir. Negatif belirtiler daha fazla şizofreniye özgüdür ve hastalık için daha belirleyici olabileceği belirtilmiştir (125). Geriye dönük bakıldığında iki uçlu bozukluğu olan ergenlerin yarıya yakınının geçmişte yanlışlıkla şizofreni tanısı aldığı gösterilmiştir. Dolayısıyla, tanının doğruluğundan emin olabilmek için uzunlamasına yeniden değerlendirmeler yapmanın gerekli olabileceği belirtilmiştir (19). Aile öyküsü de ipucu verebilir, ancak araştırmalarda şizofrenik gençlerin aile öykülerinde depresyona da sık rastlanmaktadır (67).

Şizoaffektif bozukluk: Erken başlangıçlı şizoaffektif bozukluğun, bu yaş grubunda iyi tanımlanmış bir durum olmadığı gösterilmiştir. Eggers, kendi erken başlangıçlı şizofreni örneklemini izlediğinde, %28'inin, ICD-9'daki (DSM-III-R iki uçlu bozukluk ve şizofreni tanılarıyla örtüşen) şizoaffektif psikoz tanısını aldıklarını tespit etmiştir (126). Diğer izlem çalışmaları ise bu oranı daha düşük bulmuşlardır (127,128).

Disosiyatif bozukluklar: Homstein çalışmasında, şizofreniden farklı olarak disosiyasyon bozukluğu olan bu çocuklarda, travma öyküsü, değişkenlik gösteren bilinç periyodları, davranış bozuklukları ve geniş bir affektif bulgu dizisi sergilendiğini, düşünce bozukluklarının, düşünce sokulması ve düşünce çekilmesi şeklinde olduğunu, dezorganize düşüncelerin kısa epizodları dışında formal düşünce bozukluğu göstermediklerini belirtmiştir (129).

Çocuklarda Sınır Bozukluklar: Bu çocuklarda, majik düşünce, projeksiyon, işlevlerde gerileme ile kısa dönem ortaya çıkan psikotik belirtiler ve gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma saptanmıştır. 6-12 yaş arası öfke, emosyonel labilite, kendine yönelik zarar verici davranışlar, impulsivitenin görüldüğü bu çocuklarda, varsanı, sanrı ve formal düşünce bozukluğu görülmez (130).

Otizm ve Yaygın Gelişimsel Bozukluklar: Erken başlangıçlı şizofrenide dil bozukluğu ve otizm benzeri geçiş belirtileri ile nonspesifik belirtilerin oranının yüksek olması tanıyı zorlaştıran bir durum yaratır (111,112). Otizm ve yaygın gelişimsel bozukluklarda pozitif psikotik belirtiler (varsanılar ve sanrılar) ya bulunmaz ya da geçicidir, ayrıca dil gelişimi örüntüsü karakteristik olarak normalden sapmıştır, uygun olmayan yollarla iletişim kurma ve bu bozukluklara özgü diğer anahtar belirtiler mevcuttur (131). Konstantareas ve arkadaşları 14 şizofreni hastasıyla 14 otistik bireyin DSM-III R tanılarını, pozitif, negatif ve dezorganize bulgularını ayrıntılı olarak inceledikleri çalışmalarında her iki gruba aynı otizm değerlendirme ölçeğini uygulamışlardır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, şizofreni hastalarının hiçbiri otizm tanısı almazken, otistik hastaların yedisi şizofreni tanısı almıştır. Ancak şizofreni tanısı konan hastaların sanrı ve varsanılarının bulunmadığı ve dezorganize belirtilerinin belirgin olduğu bildirilmiştir (132). Otistik çocuklarda sanrılarının tersine aynılıkla bir uğraşı vardır. Erken başlaması ve normal bir gelişim döneminin bulunmaması da diğer bir göstergelerdir. Ancak bazı şizofrenik çocuklarda da yaşamboyu gelişimsel gecikmelere dair öykü mevcuttur. Buna rağmen yaygın gelişimsel bozukluklarla kıyaslandığında, erken başlangıçlı şizofrenideki hastalık öncesi anormallikler daha yaygın ve ağırdır (43).

Asperger Sendromu ve Otizm BTA tanı sistemlerine eklendikten sonra, otizm, şizofreni ve bazen de obsesif kompulsif bozukluk arasında belirtiler gösterip tanı karmaşasına yol açan hastalar otizmden daha çok bu iki tanıyı almıştır. Otistik Asperger Bozukluğunda paranoid düşüncelerin ve diğer sanrısız belirtilerin sık görüldüğünü gösteren çalışmalar vardır (133,134). Çocukluk çağı dizentegratif bozukluğu otizme benzer ancak bu bozukluk 2 yıl ya da daha fazla süren normal bir gelişim döneminin arkasından ortaya çıkar. Asperger sendromu olan çocuklarda, otizmin tipik özelliklerinden olan dil gelişimindeki belirgin bozulmalar bulunmaz; ancak sosyal ilişki kurarken iletişimin bağlamsal kısmında (özellikle sosyal ipuçları) belirgin defisitler

görülür ve ilgi alanlarında kısıtlılık bulunur. Açık varsanı ve sanrı bulunmaması, bu iki bozukluğu şizofreniden ayırır (102,135).

Organik (Genel Tıbbi) bozukluklar: Deliryum, epileptik nöbetler, santral sinir sistemi lezyonları, nörodejeneratif bozukluklar, metabolik bozukluklar, toksik ensefalopatiler, enfeksiyon hastalıkları, velokardiyofasiyal sendromda psikotik bozuklukların görülme riski arttığı gösterilmiştir (136).

Diğer Bozukluklar: Şizofreniden ayırt edilmesi gereken diğer bozuklukların içinde şizotipal ve şizoid kişilik bozukluklarını ve diğer psikotik bozuklukları (örneğin sanrısız bozukluklar, şizofreniform bozukluklar) sayabiliriz (137).

Şizofreni ve psikotik bozukluğu olan ergenlerde eşzamanlı madde kötüye kullanımı oldukça yüksek oranlarda olduğundan (bazı çalışmalara göre %50'ye varan oranlarda (138)) psikotik bozukluğun ilk atağının başlangıcında ilaç kötüye kullanımı öyküsü mevcut olabilir (139).

2.2.8 Gidiş ve Sonlanış:

Şizofreni sıklıkla geç ergenlik ya da erken erişkinlikte başlamakla birlikte çocukluk çağı başlangıçlı olduğunda daha ağır seyreden ve daha kötü bir sonlanıma yol açan bir bozukluktur. Bu nedenle şizofreninin çocuklarda ender görülmesi bir şans olarak değerlendirilir (140).

Erken başlangıçlı şizofreninin gidişini izleyen az sayıda çalışma vardır (123,126,141-143). Erişkin çalışmalarına göre fazık bir bozukluk olduğu saptanmıştır.

Akut bir değişim (saatler-günler) olabileceği gibi kronik bir bozulma hali (aylar-yıllar) da olabilir (144). Belirtiler, kişinin önceki işlevlerinin belirgin olarak başkalaşması şeklinde olabilir ya da tam tersine önceki kişilik ve davranış özelliklerinin kötüleşmesi, daha belirgin hale gelmesi şeklinde olabilir. Çoğu çocuk ve gençte özellikle de erken başlangıçlı şizofrenide belirtiler sinsi şekilde başlar (98).

Akut Faz: Akut fazda pozitif belirtiler ağırlıktadır ve işlevlerde belirgin kötüye gidiş mevcuttur. Bu faz genellikle 1-6 ay kadar sürer ancak bazen 1 yıldan uzun süre devam edebilir. Tedavi süresince belirtiler pozitiften negatife doğru kayabilir ve bu fazın süresi bir ölçüde de tedaviye verilen cevapla belirlenir.

İyileşme düzelme fazı: Akut psikoz düzelirken hastanın hala belirgin derecede bozukluğunun devam ettiği, genellikle birkaç ay süren bir dönem vardır. Bazı pozitif belirtilerin görülmesi yaygın olmakla beraber bu durum daha sık olarak negatif belirtilere bağlıdır. Ayrıca bazı hastalarda düz affekt ve disfori ile karakterize postpsikotik depresyon (ICD-10) gelişebilir (145).

Rezidüel Faz: İyileştikçe erken başlangıçlı şizofreni hastalarında aktif psikotik dönemlerin bulunmadığı uzun dönemler (aylarca ya da daha fazla) olabilir. Yine de çoğu hasta, negatif belirtilerinden ötürü bir miktar bozulma yaşamaya devam ederler.

Kronik Hastalar: Bazı hastalar yeterli tedaviye rağmen uzun yıllar boyunca kronik olarak semptomatik kalırlar.

Uzunlamasına gidiş: Şizofreni genellikle her siklusta daha da kötüleşen bir yapı sergiler ve yaklaşık 10 yıl sonra bozukluk durulma eğilimi gösterir, geride değişik özürlerin kaldığı rezidüel bir durum bırakır. Bu paternin erken başlangıçlı şizofreni için de geçerli olup olmadığını gösterecek yeterli veri bulunmamaktadır. Sık olmamakla birlikte bazı küçük yaşta şizofrenlerde sadece bir siklus görülebilmektedir. Birden fazla atak geçiren küçük yaşta olguların %80'inde düzelme tam değildir (142).

Uzun Dönemde Sonuç: Erken başlangıçlı şizofreninin uzun dönemde inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır ve bunların çoğu retrospektiftir (126,141,142). Ayrıca varolan literatürü yorumlamakta da potansiyel sorunlar mevcuttur. Geçmişte iki uçlu bozukluk, yanlışlıkla şizofreni diye tanı koyulmuştur (19). Sonuç çalışmaları, bu tanı karmaşasından etkilenecektir. Ek olarak, şizofreni fazik bir bozukluk olduğundan dolayı, değerlendirmenin hangi fazda yapıldığı yine sonuçtaki oranları etkileyecektir.

Kısa dönem sonuçları kesinlikle hastalık öncesi özelliklerden, tedaviye verilen yanıttan ve tedavi kaynaklarına ulaşma şansından etkileyecektir. Bir iki yıllık bir süreyi içine alan izlem çalışmaları, küçük yaşta hastaların çoğunluğunda belirtilerin devam ettiğini göstermektedir. Ergen hasta, hastalık öncesi işlevlerine yakın bir düzeye dönse bile zaten hastalık öncesi işlevleri sıklıkla orta düzeyde bozulmuştur. Sonucu en iyi belirleyenler, negatif belirtiler, bilişsel beceriler ve hastalık öncesi işlev düzeyidir (5).

Yaklaşık 5 yıllık bir dönemi kapsayan izlem çalışmaları, bazı olgularda düzelme olduğu kaydetse bile çoğunda orta ağır düzeyde bozulmanın devam ettiğini göstermektedir (19,37). Kapsamlı tedavi müdahalelerinin sonucu (hastalıktan tamamen

kurtulanlar da dahil) olumlu etkilediği öne sürülmüş ancak bu durum henüz sistematik olarak araştırılmamıştır.

Uzun dönemdeki sonuçları inceleyen iki dizi çalışma vardır. Maziade ve ark. erken başlangıçlı şizofrenili 40 hastayı izlemişler (ortalama 14,8 yıl boyunca ve ortalama başlangıç yaşı 14) yalnızca 2 hastanın tam düzelme gösterdiğini saptamışlardır (141). Büyük kısmında (%74) orta ağır düzeyde bozukluk devam etmiştir. Sonucu en iyi belirleyen göstergelerin hastalık öncesi işlev düzeyi ve akut atak esnasındaki pozitif ve negatif belirtilerin ağırlık düzeyi olduğu tespit edilmiştir.

Eggers 16 yıl boyunca çocukluk çağı şizofreni olan 57 hastayı takip etmiştir. Hastalar tekrar değerlendirildiğinde % 50'sinin belirgin olarak halen hasta olduğu, %30'nun iyi sosyal uyum gösterdiği, %20'sinin tam düzelme gösterdiği belirlenmiştir. %28'inin şizoaffektif bozukluk tanısı almış olduğu gözlenmiştir (126). Bu gruptaki gençler daha olumlu gidiş göstermiştir ve hastalık öncesi özelliklerin de daha iyi olduğu gözlenmiştir. 10 yaşından önce başlayanların klinik gidişi daha kötü seyretmiştir. Aynı örneklem içerisinde yer alan 42 hasta yaklaşık 42 yıl sonra yeniden değerlendirilmiştir. Sonuçta elde edilen oranların benzer olduğu ortaya çıkmıştır: %25'inde tam düzelme, %25'nde kısmi düzelme ve %50'sinde bozukluğun kronik olarak devam ettiği belirlenmiştir. Başlangıcın sinsi olması (4 haftadan daha uzun) ve hastalığın 12 yaşından önce başlamasının sonucun daha kötü olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (123,126,142).

Röpcke ve arkadaşları ortalama şizofreni başlangıç yaşı 16 olan ergenlerde 15.4 yıllık takip çalışması yapmıştır. Çalışmasına 39 hasta almıştır. Hastalar tekrar değerlendirildiğinde %8'inin tam düzelme gösterdiği, %56'sının kısmi düzelme gösterdiği ve %36'sının da belirgin olarak halen hasta olduğu gözlenmiştir. Psikososyal ve psikopatolojik olarak en iyi prediktörün hastalığın başlangıç şekli olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet, hastaneye ilk yatış süreleri ve tedavisiz geçen psikoz süreleri klinik gidiş de prediktör olarak önemli bir değer almamışlardır. (143)

Genel olarak değerlendirildiğinde izleme çalışmaları, yetişkinlerdekine benzer sonuçlar vermiştir (19,123,146). Erken başlangıçlı şizofreni ile yetişkin başlangıçlı şizofreniyi birbiri ile karşılaştıran çok sayıda çalışma vardır. Erken başlama, daha fazla negatif belirti ve daha ağır sosyal sorunlar ile ilişkili görülmektedir. Bu bulgular erken başlangıçlı şizofreninin daha sinsi olduğunu, kronik seyir gösterdiğini ve daha olumsuz sonuçlanabileceğini düşündürmektedir (147).

2.2.9 Tedavi:

Erken başlangıçlı şizofreni tedavisiyle ilgili az miktarda çalışma vardır. Bu nedenle tedavi önerileri erişkin literatürüne dayanılarak yapılmıştır. Farmakolojik, eğitsel, aileye yönelik yaklaşımlar ve destekleyici psikoterapinin birlikte olduğu çeşitli tedavi yöntemlerinin birarada yürütülebileceği bir tedavi biçimi geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (140). Psikofarmakolojik tedavi uygulamalarında, 18 yaş altı az sayıda çalışma vardır. Bununla beraber, hem erişkin hem de erken başlangıçlı şizofrenide titrasyon şeması, doz aralığı ya da etkilerin farklılıkları dışında tedavi yanıtı aynı gibi görülmektedir. Tedaviye başlarken, ailelerin antipsikotikler hakkında bilgilendirilmesi önemlidir. DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış 5-11 yaş arası 16 çocukta çift-kör plasebo kontrollü çalışmada, haloperidol, klinik ve istatistiksel olarak plaseboya üstün gelmiştir (148). Ancak 0.02-0.12 mgr/kg/ gün terapötik dozunda aşırı sedasyon ve ekstrapiramidal (EP) belirtiler göstermiştir. Haloperidole iyi yanıt, daha geç başlangıçlı olup, entellektüel işlevi yüksek olan olgulardan olmuştur. Geleneksel antipsikotiklerin yan etkilerinin erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da görülmesi nedeni ile yakın zaman çalışmaları, yeni jenerasyon antipsikotikler üzerinde yoğunlaşmıştır. Yapılan birkaç çalışmada risperidon, bulguların şiddetini azaltmada etkin olmuş, ancak EP yan etkisi, düşük dozlarda görülmüştür. Olanzapin ve klozapin ile çalışmalara gereksinim vardır. Özellikle, çocuk ve ergen şizofrenisinde oluşan ağırsif davranışlara karşı, klozapin etkili olabilir. Haloperidol ve klozapinin çift-kör karşılaştırmalı çalışmasında 12 yaş öncesi erken başlangıçlı şizofrenik çocuklarda klozapin, pozitif ve negatif belirtileri ortadan kaldırması ile haloperidole üstün bulunmuştur (149). Olanzapin, risperidon ve ketiapinin etkinliği ve güvenilirliğine dair olgu serileri ve açık çalışmalar mevcuttur; ziprasidon ile bildirilenler ise daha az sayıdadır (150) (151). Hem pozitif hem de negatif belirtilerde genellikle anlamlı düzelmeler kaydedilmiştir. Kilo alma yan etkisi daha belirgin olmaya eğilimli görünmekle beraber genelde küçük yaştaki hastalar, erişkin hastalara benzer etki ve yan etki profili göstermişlerdir. Erişkin şizofrenlerde yardımcı tedavi olarak kullanılan diğer ilaçlar arasında lityum, benzodiazepinler ve antikonvülzanlar sayılabilir. Ancak veriler, bu ajanların antipsikotik etkinliklerinin

kısıtlı olduğunu desteklemektedir ve küçük yaştaki şizofreni hastalarında kullanılmalarıysa henüz araştırılmamıştır.

İlacın etkinliğine karar vermeden önce en az 4-6 hafta süresince ve yeterli dozda antipsikotik tedavi uygulanmış olmalıdır. Çocuklarda genellikle erişkinlerden daha düşük dozlar kullanılır. Ancak çocuklarda psikotik ajanlar erişkinlerden daha hızlı metabolize olma eğilimi gösterdiğinden daha büyük yaştaki çocuklar ve ergenlerde genellikle erişkin dozlarında ilaç kullanmak gerekir.

İyileşme evresi genelde 4-12 hafta kadar sürer ve bu dönemde akut evredeki belirtiler kontrol altına alınır.

Aile tedavisinin ve sosyal beceri eğitiminin ilaç tedavisine eklenmesinin, şizofrenili çocuk ve ergenlerde yararlı olabileceği düşünülmektedir (152). Bjorn Rund ve arkadaşları erken başlangıçlı şizofrenide psikoeğitim programının etkinliğini görebilmek amacıyla standart tedavi alan bir grupta karşılaştırmış, sonucunda psikoeğitim tedavi grubunda yeniden hastaneye yatışın daha az olduğunu ve hasta başına düşen maliyetlerin azaldığı gözlenmiştir (153).

2.3 TANI SÜREKLİLİĞİ (DIAGNOSTIC STABILITY):

İlk epizod psikozda tanı değişkenliğini araştıran az sayıda çalışma vardır (27,154-159). İlk epizod psikozların seyirinde yaklaşık tanı tutarlılığı %70 iken, en fazla tutarlı olan grup %92 ile şizofrenidir (27). Diğer psikotik bozukluklarda ise bu oran %30'dur ve tanı en çok şizofreni spektrumundaki bozukluklara dönüşmüştür. Şizofreniye dönüşün prediktörleri kötü premorbid uyum, yaşam boyu madde kötüye kullanımı ve uzun süreli tedavisiz geçen psikotik dönem olduğu gösterilmiştir (27,154,157-159).

Addington ve arkadaşları 228 (16-50 yaş aralığı) ilk epizod psikoz vakasını 1 yıl süreyle takip etmiş, 1 yıl sonunda şizofreni spektrumunda tanı tutarlılığını %95 olarak tespit etmişlerdir (127). Diğer psikotik bozukluklarda ise bu oran %62 olarak ölçülmüştür. BTA psikoz tanısında ise 1 yıl sonra tanı tutarlılığı %44 olarak bulunmuştur. İlk başvuruda BTA psikoz tanısı alıp 1 yıl sonraki değerlendirmede tanı değişikliğine uğramış gruptan 10 (%37) hastanın tanısının şizofreniye, 1'inin (%3) tanısının geçici psikotik bozukluğa, 2'sinin (%7) tanısının ise duygudurum bozukluğuna

dönüşmüş olduğu belirlenmiştir. Sadece 1 (%3) hastanın tanı almadığı ve tamamen düzeldiği saptanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların %68'inin tanısının değişmediği, %26'sının şizofreniye dönüştüğü, %4'ünün afektif, %2'sinin de diğer psikotik bozukluklar grubuna dönüştüğü gözlenmiştir. Şizofreniform bozukluktan şizofreniye, diğer psikotik bozukluklardan şizofreniye dönüşte prediktörler açısından fark bulunamamıştır. Diğer psikotik bozukluklardan şizofreniye dönüşte ise, şizofreni tanısına dönüşmeyenlere göre pozitif belirtiler negatif belirtilere göre daha yüksek bulunmuştur. Yine yaşam kalitesi de anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Şizofreniformdan şizofreniye dönüşte ise pozitif belirtiler, kötü premorbid uyum, yaşam kalitesindeki düşük skorlar ve uzun süreli tedavisiz psikotik dönem etkili bulunmuştur (127).

Nicolson ve arkadaşları atipik psikoz tanısı almış 26 çocuk (ortalama yaşı, 11.6 +/- 2.7 yıl) hastayı 2 yıldan 8 yıla kadar takip etmişlerdir (128). 13 hastanın tanı değişikliğine uğradığını ve bu hastalardan 3'ünün şizoafektif bozukluk, 4'ünün bipolar bozukluk, 6'sının da majör depresif bozukluk tanısı aldığını gözlemlemişlerdir. Takip sonrasında 13 hastanın ise tekrar BTA psikoz tanısı aldığı ve çoğu psikotik belirtilerinin kaybolduğu saptanmıştır. Başlangıçta yüksek seviyedeki psikopatoloji, düşük bilişsel kapasite ve hareket bozuklukları kötü gidişle ilişkili bulunmuştur. Obstetrik komplikasyonlar, eğitim seviyesi ve aile hikayesinde gruplar açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Valevski ve ark.nın 2001'de yayınladığı 15-19 yıllık retrospektif çalışmalarında, ergen hastaların ikinci başvuruda aldıkları tanıların ilk başvurudakine göre daha güvenilir olduğu gösterilmiştir (160). Ergenlik dönemindeki kısa psikotik atağın farklı özelliklerinin olduğu ve erişkin psikozundan ayrıldığı iddiasıyla "geçici ergen psikozu" (GEP) (transient adolescent psychosis) tanımı yapılmıştır. Bu tanı DSM IV'te kısa reaktif psikoz ve akut geçici psikotik bozukluk tanılarıyla örtüşen bir tanıdır. Valevski ve ark.'nın çalışmasında "geçici ergen psikozu" tanısına özellikle dikkat ederek tüm psikiyatrik tanılarda tanı sürekliliği incelenmiştir (160). Tanı sürekliliğinin en fazla olduğu bozukluklar anksiyete bozuklukları olarak saptanmıştır. İkinci ve sonuncu başvurular arasında tanı sürekliliğinin ilk ve son başvurular arasındaki süreklilikten daha fazla olduğu belirlenmiştir. Hastanede yatış sayısı prognozla ters orantılı olarak bulunmuştur. Bu çalışma şizofreniden ayrı bir antite olarak GEP üzerine çalışmalar yapılmasını önermektedir.

Çocukluk ve ergenlikte başlayan psikotik bozuklukların ortalama 11 yıllık takibinde şizofreni ve afektif bozuklukta tanı sürekliliği yüksek iken şizoafektif bozukluk ve atipik psikozun tanı sürekliliğinin çok daha düşük olduğu gösterilmiştir (26).

Schwartz ve ark.nın 15-60 yaş arası erişkin hastalarda ilk atak psikozun 2 yıl takibini içeren çalışmalarında şizofreni, bipolar bozukluk ve major depresyon tanılarının sürekliliklerinin yüksek olduğu, tanı sürekliliğinin başka türlü adlandırılmayan psikotik bozuklukta %44, şizoafektif bozuklukta %36 ve kısa psikotik bozuklukta %27 olarak bulunduğu belirtilmiştir (27). Tanının şizofreni spektrumuna dönmesinin yatışın yapıldığı kurumla ilgili özellikler (şizofreni tanısı, uzun süreli yatış ve taburculukta verilen antipsikotik tedavi), yatış öncesi özellikler (başvurudan 3 ay önce psikotik olma, madde kullanım öyküsü vb.) ve negatif belirtilere bağlı olduğu gösterilmiştir.

Whitty ve ark.'nın ilk atak psikoz hastalarının 1995- 1999 arasında 4 yıllık prospektif takibini içeren 2005'te yayınlanmış çalışmalarında, şizofreni, afektif bozukluklar ve diğer psikozlarda tanı sürekliliği incelenmiştir (28). Hastaların %25'inin tanısı takipte değişmiştir. Tanılar en sık şizofreniye dönmüştür. Şizofreninin pozitif prediktif değeri %97 iken bipolar bozukluğun %80 olduğu belirlenmiştir. Eğitim süresinin düşük olması, başlangıç psikopatolojinin düşük seviyeli olması, komorbid alkol-madde kullanımı olması takipte tanı değişikliği ile ilişkili bulunmuştur.

Castagnini ve ark.nın akut ve geçici psikotik atağın tanı sürekliliğini araştırdıkları 2008'de yayınlanmış çalışmalarında, akut ve geçici psikotik atak tanısı ile takip edilen 416 hastanın yaklaşık yarısının tanılarının şizofreni ve şizofreni ile ilişkili bozukluklara değişmiş olduğu saptanmıştır (161). Genel tanı sürekliliğinin sadece %39'a ulaşabildiği belirtilmiştir.

Ghazan-Shahi ve ark.nın kesitsel çalışması, bir üniversite hastanesinde yatarak ve/veya ayaktan takipte en az iki tanısal değerlendirmeden geçmiş 5-22 yaşları arasında çocuk ve ergenlerin DSM tanılarının büyüme-gelişme sırasında değişimini değerlendirmiştir (162). Sürekliliğini en çok koruyan tanılar psikoz ve duygudurum bozuklukları olduğu, davranış ve anksiyete bozukluğu tanılarının az bir kısmının süreklilik gösterdiği ve çok az yeni tanı eklendiği gözlenmiştir.

Cannon ve ark. yapmış olduğu, prodromal belirtiler için yapılandırılmış görüşme ölçütlerini karşılayan 291 prodromal psikoz tanılı hastanın 2,5 yıllık takibini ve psikoz geçirdiği dönemdeki değerlendirmelerini içeren çalışmalarında, prodrom belirtilerinin

psikoza dönüşme riski açısından prediktif 5 madde tanımlanmıştır (163). Bunlar 1. Yeni başlayan işlevsellik kaybı. 2. Olağan dışı düşünce içeriği 3. Şüphencilik, paranoya 4. Sosyal işlevsellikte bozulma 5. Madde kullanım öyküsüdür. Bu prodrom belirtilerinin psikoza dönüşme riskinin %35 oranında olduğu aynı çalışmada belirtilmiştir.

Son dönemde yapılan bir takip çalışmasında ise DSM-IV'e göre şizofreni ve affektif psikoz tanısı konmuş ergenlerde iki yıllık bir süre içerisinde %90 oranında tanı istikrarı saptanmıştır (164). Şizofreni tanısı alanlarda premorbid uyumsuzluk, sosyal içecekilme ve kişilerarası ilişkilerde yetersizlik bipolar bozukluk tanısı alanlara göre anlamlı derecede sık gözlenmiştir. Yine şizofreni spektrumundaki hastalarda hezeyanlar, bizar davranışlar ve negatif belirtiler bipolar bozukluk tanısı alanlara göre daha fazla görülmüştür. BTA Psikoz tanısı alanlarda yüksek oranlarda dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travma hikayesi görülmüştür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM:

3.1 Örneklem:

Araştırmanın yapıldığı yer olan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Ergen ve Genç Erişkin Kliniği (13. Psikiyatri Servisi) 2004 tarihinde hizmete girmiştir. 16 yatak kapasiteli kadın bölümü ve 19 yatak kapasiteli erkek bölümleri vardır. Acil psikiyatri biriminden ya da 13. Psikiyatri polikliniğinden yatış endikasyonu alan, 14-20 yaş arası hastaları kabul etmektedir.

Çalışma 06.07.2010 tarih ve 21338-27 protokol no ile BRSHH yerel etik kurulu tarafından onaylanmıştır.

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Ergen ve Genç Erişkin Servisinden 2006-2010 yılları arasında başka türlü adlandırılmayan psikoz tanısı ile taburcu edilen, çalışmayı kabul eden ve dışlama ölçütlerini içermeyen 40 hasta çalışma grubunu oluşturdu. Çalışmaya katılan kişilere çalışmayla ilgili bilgi verildi ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini gösteren yazılı onay alındı. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yapıldı.

3.2 Dışlama Ölçütleri:

- 1- Organik nedene bağlı psikiyatrik bozukluğu olanlar
- 2- Testi anlamayı ve görüşmeleri engelleyecek derecede zihinsel geriliği olanlar
- 3- Görüşmeye alındığı tarihte 18 yaş altında olanlar

3.3 Yöntem :

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Ergen ve Genç Erişkin servisinden 2006-2010 tarihleri arasında DSM-IV tanı sistemine göre Başka Türlü Adlandırılmayan Psikoz tanısı ile taburcu edilmiş olan hastaların telefon numaralarına Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimliğinden alınan onay sonrasında Bilgi İşlem Merkezinden ulaşılmıştır.

Çalışmada 2006-2010 yılları arasında ergen servisinden taburcu edilmiş 434 psikoz hastasının tanıları incelendi. Bu hastalardan 286'sına BTA psikoz tanısı

konulduğu görüldü. Yine BTA psikoz tanısı konulan hastalardan 90'ı mental retarde olması, 11'inde daha sonradan organisine saptanması, 20'si psikozlarının maddeye bağlı olması, 1'i de sağır dilsiz olması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. 72 hastanın ise aranan telefon numaralarından kendilerine ulaşılamamıştır. Telefonuna ulaşılan 92 hastadan 2'sinin özkıyım nedeniyle yaşamını yitirmesi, 50'sinin çalışmaya katılmak istememesinden dolayı 40 hasta çalışmaya alınabilmiştir. Olguların BTA psikoz tanısı almış oldukları geçmiş yatış dosyaları incelenerek tespit edilmiş, yatıştaki psikiyatrik bulguları değerlendirilmiştir. Bunun için Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği'nin belirti listesi kullanılmıştır. Hastalara sosyodemografik veri formu, SCID-I, BPRS, SAPS, SANS, SF-36 Kısa Form, CGI ölçekleri uygulanmıştır.

Hastalar çalışmaya alınmadan önce çalışma hakkında bilgilendirilmiş, projenin etik kurul başvuru dosyasında bir örneği bulunan "bilgilendirilmiş onam formu" nu imzalamaları istenmiştir.

3.4 Gereçler:

3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu:

Olguların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için bu çalışmada kullanılmak üzere geliştirilmiş soru formudur. Aile içi sıcaklık-samimiyet düzeyi ve aile içi eleştirel tutum, görsel algı çizelgesi ile sosyodemografik veri formu içerisinde değerlendirilmiştir.

3.4.2 Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – SCID I):

DSM tanı ölçütlerine göre oluşturulmuş olan bir tanı ölçeğidir.1996 yılında DSM-IV'e göre uyarlanmıştır (165). Bir sosyodemografik veri kılavuzu ile başlamakta ve mizaç bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları olmak üzere yedi tanı grubunu kapsamaktadır. Modüler yapısı sayesinde, gerektiğinde tek bir tanıya ait bölümü de kullanılabilir. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması Çorapçioğlu ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır (166).

3.4.3 Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği (Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS):

Ölçtüğü nitelik denekte şizofrenide ve diğer psikotik bozukluklarda psikotik ve bazı depresif belirtilerin şiddeti ve değişimidir. Orjinal versiyonunda 16 madde vardır ancak daha sonra ölçek 18 maddeye çıkarılmıştır. Ölçek yedili Likert tipi ölçüm sağlar. Overall ve Gorham tarafından geliştirilmiştir (167). Ülkemizde çevirisi ve kişilerarası güvenilirliği Soykan

tarafından yapılmış ve güvenilir bulunmuştur (168).

3.4.4 Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms - SAPS):

Ölçtüğü nitelik denekte şizofreninin pozitif belirtilerinin düzeyi, dağılımı ve şiddet değişimidir. Toplam 4 alt ölçek ve 34 madde içermektedir. Bu alt ölçekler varsanılar, hezeyanlar, garip davranış ve formal düşünce bozukluğudur. Ölçek altılı Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Andreasen tarafından geliştirilmiştir (169). Geçerlilik ve Güvenirliği Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (170).

3.4.5 Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Negative Symptoms - SANS):

Ölçtüğü nitelik denekte şizofreninin negatif belirtilerinin düzeyi, dağılımı ve şiddet değişimidir. Toplam 5 alt ölçek ve 25 madde içermektedir. Bu alt ölçekler affektif küntleşme, aloji, apati, anhedoni ve dikkat eksikliğidir. Ölçek altılı Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Andreasen tarafından geliştirilmiştir (169). Geçerlilik ve Güvenirliği Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (171).

3.4.6 Kısa Form 36 (Medical Outcomes Study Short Form-36 Health Survey Questionnaire – SF-36):

Yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın jenerik ölçektir. Özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Ancak sağlıklı deneklerde ve psikiyatrik hastalığı olanlarda da başarıyla kullanılmaktadır. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilir ve özürüllükteki küçük değişimleri saptamada çok duyarlıdır. Fiziksel işlevsellik, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal fonksiyon, mental sağlık,

vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiştir (172). Geçerlilik ve Güvenirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (173).

3.4.7 Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global Impressions -CGI):

Guy (1976) tarafından, her yaşta tüm psikiyatrik bozuklukların klinik araştırma amaçlı olarak seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (174). CGI, üç boyutlu bir ölçektir ve psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin sağaltıma yanıtlarını değerlendirmek amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur.

3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 18.0 for Windos programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Ortalama, Standart sapma, frekans) kullanıldı. Nicel ölçümler non parametrik dağılım göstermelerinden dolayı, karşılaştırılmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında dört gözlü düzende Ki-Kare testi, gereken durumlarda Fisher's exact test kullanıldı. Ölçek puanları ve hastalık süresi özellikleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Sparman korelasyon analizi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4.BULGULAR

Çalışmaya 2006-2010 tarihleri arasında daha önce BTA Psikotik Bozukluk tanısı ile Ergen Psikiyatri servisinden taburcu olan 40 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması $20,55 \pm 1,89$ yıl, eğitim süreleri $8,10 \pm 2,50$ yıl olarak tespit edildi (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların yaş ve eğitim yılı ortalamaları

	Ort	S.S	Minimum	Maksimum
Yaş	20,55	1,89	18	24
Eğitim yılı	8,10	2,50	3	14

Çalışmaya alınan hastaların 9'u (%22,5) kadın, 31'i (%77,5) erkekti. Hastaların %52,5'i İstanbul doğumluydu. 39 (%97,5) hasta çekirdek aileyle, 38 (%95) hasta kentte yaşamaktaydı. Hastaların 14'ünde (%35) göç öyküsü vardı (Tablo 2).

Tablo 2: Hastaların demografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	9	22,5
Erkek	31	77,5
Doğum Yeri		
İstanbul	21	52,5
İstanbul dışı	19	47,5
Aile yapısı		
Çekirdek aile	39	97,5
Geniş aile	1	2,5
Yaşadığı yer		
Kent	38	95,0
Köy	2	5,0
Göç		
Yok	26	65,0
Var	14	35,0

Çalışmaya alınan hastaların 38'i (%95) bekar, 2'si (%5) evliydi. Hastaların 8'i (%20) aktif olarak çalışmaktaydı (Tablo 3).

Tablo 3: Hastaların medeni durum ve meslek özellikleri

	n	%
Medeni durum		
Bekar	38	95,0
Evli	2	5,0
Meslek		
Çalışmıyor	32	80,0
Çalışıyor	8	20,0

Hastalar ilk tanı aldıklarından itibaren ortalama $25,5 \pm 12,84$ ay sonra tekrar değerlendirilmiştir. Hastaların çalışma yapıldığı dönemde DSM-IV-TR tanı dağılımları incelendiğinde 29 (%72,5) hastada şizofreni, 5 (%12,5) hastada bipolar bozukluk, 3 (%7,5) hastada BTA psikotik bozukluk, 1 (%2,5) hastada şizoafektif bozukluk saptandı. Çalışmaya alınan 2 (%5,0) hastada psikiyatrik tanı saptanmadı (Tablo 4).

Tablo 4: Hastaların çalışma sırasında DSM-IV-TR tanı dağılımları

Tanı dağılımları	n	%
BTA Psikoz (Tam iyileşme)	2	5,0
Şizofreni	29	72,5
BTA Psikoz	3	7,5
Bipolar Bozukluk	5	12,5
Şizoafektif Bozukluk	1	2,5

Çalışmada şizofreni tanısı alan ($n=29$) ve şizofreni dışında tanı alan ($n=11$) iki grup oluşturuldu. Şizofreni tanılı hastaların yaş ortalaması $20,76 \pm 1,93$, şizofreni dışı tanılı hastaların yaş ortalaması $20,00 \pm 1,73$ yıl tespit edildi. Yaş ortalamalarında gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($Z=-1,127$, $p>0,05$). Şizofreni tanılı hastaların eğitim yılı $7,48 \pm 2,19$; şizofreni-dışı tanılı hastaların $9,72 \pm 2,64$ yıl olarak tespit edildi. Şizofreni tanılı hastaların eğitim yılı anlamlı olarak düşük tespit edildi ($Z=-2,173$, $p<0,05$). (Tablo 5)

Tablo 5: Hastaların yaş ve eğitim yılı karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Z	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Yaş	20,00	1,73	20,76	1,93	-1,127	>0,05
Eğitim yılı	9,72	2,64	7,48	2,19	-2,173	<0,05

Z, Mann-Whitney U test

Şizofreni ve şizofreni dışı hastaların cinsiyet dağılımları açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi ($\chi^2=0,198$, $p>0,05$). Hastaların doğum yeri dağılımları incelendiğinde şizofreni tanılı hastaların 13'ü (%44,8), şizofreni dışı tanılı hastaların 6'sı (%54,5) İstanbul doğumlu tespit edildi. Doğum yeri dağılımları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($\chi^2=0,302$, $p>0,05$). Şizofreni tanılı hastaların 28'i (%96,6), şizofreni dışı tanı alanların 11'i (%100) çekirdek aile ile birlikte yaşamaktaydı. Aile yapıları dağılımları açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi ($p>0,05$). Hastaların yaşadığı yer dağılımları incelendiğinde şizofreni tanılı hastaların 28'i (%96,6), şizofreni dışı tanı alanların 10'u (%90,9) kentte yaşamaktaydı. Şizofreni tanılı hastaların 1'i (%9,1), şizofreni dışı tanı alanların 1'i (%3,4) köyde yaşamaktaydı. Yaşadığı yer dağılımları bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi. ($p>0,05$). Hastaların 14'ü (%35,0) göç eden ailelerden geliyordu. Şizofreni tanısı alanların 18'i (% 62,1), şizofreni dışı tanı alanların 8'i (%72,7) göç etmeyen, şizofreni tanısı alanların 11'i (%37,9), şizofreni tanısı almayanların 3'ü (%27,3) göç eden ailelerden geliyordu. Göç bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi. ($\chi^2=0,398$, $p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6: Hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet							0,198	>0,05
Kadın	3	27,3	6	20,7	9	22,5		
Erkek	8	72,7	23	79,3	31	77,5		
Doğum Yeri							0,302	>0,05
İstanbul	5	45,5	16	55,2	21	52,5		
İstanbul dışı	6	54,5	13	44,8	19	47,5		
*Aile yapısı								>0,05
Çekirdek aile	11	100	28	96,6	39	97,5		
Geniş aile	0	0	1	3,4	1	2,5		
*Yaşadığı yer								>0,05
Kent	10	90,9	28	96,6	38	95,0		
Köy	1	9,1	1	3,4	2	5,0		
Göç							0,398	>0,05
Yok	8	72,7	18	62,1	26	65,0		
Var	3	27,3	11	37,9	14	35,0		

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test

Sınıf tekrarı yapan 7 (%24,1) şizofreni tanılı, 1 (%9,1) şizofreni dışı tanılı hasta vardı. Sınıf tekrarı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$). Okul değişikliği olan 11 (%37,9) şizofreni tanılı, 5 (%45,5) şizofreni dışı tanılı hasta

vardı. Okul değişikliği açısından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi. ($\chi^2=0,188$, $p>0,05$). Şizofreni tanılı 5 (%17,2), şizofreni dışı tanı alan 1 (%9,1) hastanın disiplin cezası aldığı saptandı. Disiplin cezası yönünden gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$). Okul bırakma öyküsü karşılaştırıldığında şizofreni tanılı hastalardan 27'sinin (%93,1), şizofreni dışı tanı alanlardan 7'sinin (%63,6) eğitimlerini tamamlayamadığı tespit edildi. Bu sonuçlarla şizofreni hastalarında, şizofreni dışı tanı alan hastalara göre okul bırakma öyküsü anlamlı olarak yüksek tespit edildi ($\chi^2=5,431$, $p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7: Hastaların okul devamlılığı ve okul disiplin durumunun karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
*Sınıf tekrarı								>0,05
Yok	10	90,9	22	75,9	32	80,0		
Var	1	9,1	7	24,1	8	20,0		
Okul değişikliği							0,188	>0,05
Yok	6	54,5	18	62,1	24	60,0		
Var	5	45,5	11	37,9	16	40,0		
*Disiplin cezası								>0,05
Yok	10	90,9	24	82,8	34	85,0		
Var	1	9,1	5	17,2	6	15,0		
Okul bırakma							5,431	<0,05
Yok	4	36,4	2	6,9	6	15,0		
Var	7	63,6	27	93,1	34	85,0		

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test

Hastaların medeni durum dağılımları değerlendirildiğinde şizofreni tanılı hastaların 2'si (55,0) evli, 27'si (%93,1) bekar; şizofreni dışı tanılı hastaların tamamı bekar olarak tespit edildi. Gruplar arasında medeni durum özelliklerinde anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$). Meslek durumları değerlendirildiğinde şizofreni tanılı hastaların 2'si (%6,9) çalışan, şizofreni dışı tanılı hastaların 6'sı (%54,5) çalışandı. Şizofreni tanılı hastalarda çalışan hasta sıklığı anlamlı olarak düşük tespit edildi ($p<0,001$) (Tablo 8).

Tablo 8: Hastaların medeni durumları ve mesleki hayatlarının karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
*Medeni durum								>0,05
Bekar	11	100	27	93,1	38	95,0		
Evli	0	0	2	6,9	2	5,0		
*Meslek								<0,001
Çalışmıyor	5	45,5	27	93,1	32	80,0		
Çalışıyor	6	54,5	2	6,9	8	20,0		

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test

Şizofreni tanılı hastaların 15'inin (%51,7) planlanan gebelik sonrasında dünyaya geldiği, 14'ünün (%48,3) ise plansız gebelik sonrasında dünyaya geldiği belirlendi. Şizofreni dışı grupta ise 8 olgunun (%72,7) planlanan gebelik sonrası, 3 olgunun (%27,3) ise plansız gebelik sonrasında dünyaya geldiği belirlendi. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p<0,05$). Gebelik ve doğum sırasında herhangi bir sorun olup olmadığı değerlendirildiğinde ise şizofreni tanılı olguların 5'inde (%17,2) gebelikleri esnasında, 3'ünde (%10,3) doğum esnasında sorun yaşandığı, şizofreni dışı gruptaki olguların ise 2'sinde (%18,2) gebelikleri esnasında sorun yaşandığı, doğum esnasında sorun yaşanan olgu olmadığı belirlendi ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). (Tablo 9)

Tablo 9: Hastaların ailelerinde planlı gebelik dağılımları ve doğum komplikasyonları karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Planlanan çocuk mu?							1,440	>0,05
Hayır	3	27,3	14	48,3	17	42,5		
Evet	8	72,7	15	51,7	23	57,5		
*Gebelikte sorun								>0,05
Yok	9	81,8	24	82,8	33	82,5		
Var	2	18,2	5	17,2	7	17,5		
*Doğumda sorun								>0,05
Yok	11	100	26	89,7	37	92,5		
Var	0	0	3	10,3	3	7,5		

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test

Gruplar arasında DEHB (Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu) bozukluğu öyküsü olan 9 olgunun (%31) şizofreni tanısı olan grupta olduğu ve bu olgulardan 2'sinin (%6,9) tedavi başvurusunda bulunduğu belirlendi. Şizofreni dışı grupta ise 1 olgunun (%9,1) DEHB öyküsü olduğu ve bu olgunun da tedavi başvurusunda bulunmadığı belirlendi. Gruplar arasında DEHB öyküsü ve tedavi başvurusu açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$). Şizofreni tanılı gruptan 4 olgunun (%13,8), şizofreni dışı gruptan ise 1 olgunun (%9,1) 12 yaş öncesinde psikiyatrik başvuruda bulunduğu saptandı ve iki grup arasında erken yaşta psikiyatrik başvuru açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$). (Tablo 10)

Tablo 10: Hastalarda DEHB öyküsü ve premorbid psikiyatri başvurusunun karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
*DEHB öyküsü								>0,05
Yok	10	90,9	20	69,0	30	75,0		
Var	1	9,1	9	31,0	10	25,0		
*DEHB tedavi öyküsü								>0,05
Yok	11	100	27	93,1	38	95,0		
Var	0	0	2	6,9	2	5,0		
*12 yaş öncesi psikiyatrik öykü								>0,05
Yok	10	90,9	25	86,2	35	87,5		
Var	1	9,1	4	13,8	5	12,5		

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test

Şizofreni tanıli hastalarda ortalama özkıyım girişim sayısı $1,58 \pm 2,29$, şizofreni dışı tanıli hastalarda $0,56 \pm 0,72$ olarak tespit edildi. Gruplar arasında özkıyım girişimi ortalaması açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi ($Z = -0,786$, $p > 0,05$). Özkıyım girişimi açısından gruplar karşılaştırıldığında şizofreni tanısı alan grupta 14 (%48,3), şizofreni dışı tanı alan grupta 4 (%36,4) hastanın özkıyım girişimi olduğu tespit edildi. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($\chi^2 = 0,457$, $p > 0,05$). Özkıyım girişimi olan şizofreni tanıli hastaların 3'ü (%10,3) bileğini keserek, 5'i (%17,2) ilaç içerek, 4'ü (13,8) yüksekten atlayarak, 1'i (%3,4) ası girişiminde bulunarak, 1'i (%3,4) tüp açarak ve 2'si (%6,9) bıçakla iç organlarını yaralayarak özkıyım girişiminde bulunduğu; şizofreni dışı tanı alan hastalardan 1'inin (%9,1) bileğini keserek ve 3'ünün (%27,3) ilaç içerek olayı gerçekleştirdiği saptandı. Bu istatistik gruplar arasında anlamlı saptanmadı ($p > 0,05$). Özkıyım girişiminde bulunmuş şizofreni hastalarının ortalama özkıyım sayısı $1,58 \pm 2,79$, şizofreni dışı tanı almış hastaların ortalama özkıyım sayısı $0,56 \pm 0,72$ olarak saptandı. Özkıyım ortalama sayıları açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($Z = -0,786$, $p > 0,05$). (Tablo 11)

Tablo 11: Hastalarda özkıyım öyküsünün karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Özkıyım girişimi							0,457	>0,05
Yok	7	63,6	15	51,7	22	55,0		
Var	4	36,4	14	48,3	18	45,0		
Özkıyım girişim şekli								
*Bileğini keserek	1	9,1	3	10,3	4	10,0		>0,05
*İlaç içerek	3	27,3	5	17,2	8	20,0		>0,05
*Yüksekten atlama	0	0	4	13,8	4	20,0		>0,05
Ası	0	0	1	3,4	1	2,5	-	-
Tüp	0	0	1	3,4	1	2,5	-	-
Bıçakla	0	0	2	6,9	2	5,0	-	-
	Ort	S.S.	Ort	S.S.			Z	p
Özkıyım sayısı	0,56	0,72	1,58	2,79			-0,786	>0,05

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test; Z, Mann-Whitney U Test

Hastaların alışkanlıkları değerlendirildiğinde şizofreni tanılı gruptaki hastalardan 1'inin (%3,4), şizofreni dışı gruptaki hastalardan 2'sinin (%18,2) psikoaktif madde kullandığı belirlendi. Psikoaktif madde kullanımı açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Şizofreni tanılı gruptan 1 hastanın (%3,4) ve şizofreni dışı gruptan 1 hastanın (%9,1) alkol kullandığı saptandı ve iki grup arasında alkol kullanımı açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Sigara kullanımı değerlendirildiğinde şizofreni tanılı gruptan 16 hastanın (%55,2), şizofreni dışı gruptan ise 7 hastanın (%63,6) sigara kullandığı belirlendi. İki grup arasında sigara kullanımı açısından da anlamlı bir farklılık saptanmadı ($\chi^2=0,234$ $p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12: Hastaların psikoaktif madde ve alkol kullanımlarının karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
*Madde kullanımı								>0,05
Yok	9	81,8	28	96,6	37	92,5		
Var	2	18,2	1	3,4	3	7,5		
*Alkol kullanımı								>0,05
Yok	10	90,9	28	96,6	38	95,0		
Var	1	9,1	1	3,4	2	5,0		
Sigara kullanımı							0,234	>0,05
Yok	4	36,4	13	44,8	17	42,5		
Var	7	63,6	16	55,2	23	57,5		

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test

Hastalardan şizofreni tanısı almış olan grupta yer alanlardan 3'ünde (%10,3), şizofreni dışı grupta yer alanlardan 1'inde (%9,1) suç öyküsü saptandı ve her iki grup arasında suç öyküsü açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Hastalarda suç öyküsünün karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
*Suç öyküsü								>0,05
Yok	10	90,9	26	89,7	36	90,0		
Var	1	9,1	3	10,3	4	10,0		

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test

İlaç kullanımları değerlendirildiğinde; geçmişte kullanılan antipsikotik ilaç öyküsü şizofreni tanılı grupta 29 olguda (%100), şizofreni dışı grupta 11 olguda (%100) saptandı ve iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Geçmişte antidepressan ilaç kullanımı şizofreni tanılı gruptaki olguların 4'ünde (%13,8), şizofreni

dışı gruptaki olguların 1'inde (%9,1) saptandı ve iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Şizofreni tanılı grupta geçmişte duygudurum dengeleyici ilaç kullanım öyküsü olan 2 olgu (%6,9) saptanırken şizofreni dışı grupta da 2 olguda (%18,2) saptandı ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Geçmişte anksiyolitik ilaç kullanımı ise şizofreni tanılı grupta 2 olguda (%6,9) saptanırken şizofreni dışı grupta geçmişte anksiyolitik ilaç kullanım öyküsü olan olgu saptanmadı ve iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Çalışma sırasında kullanılan tedaviler karşılaştırıldığında şizofreni tanısı alan grupta 28 (%96,6), şizofreni tanısı almayan grupta 8 (%72,7) hastanın halen antipsikotik kullanımı olduğu saptanmıştır. Bu sonuç şizofreni tanısı almış grupta anlamlı olarak yüksek çıkmıştır ($\chi^2=5,030$, $p<0,05$). Grupların şimdiki antidepresan kullanımı açısından karşılaştırılmasında şizofreni tanısı alan grupta 3 (%10,3) şizofreni tanısı almayan grupta 2 (%18,2) hastanın olduğu saptanmıştır. Şimdiki antidepresan kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Şizofreni tanısı almış grupta 4 olgunun halen duygudurum düzenleyicisi kullandığı, yine şizofreni dışı tanı almış grupta 4 olgunun duygudurum düzenleyicisi kullandığı saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Tedavi uyumsuzluğu açısından her iki grubu karşılaştırdığımızda şizofreni tanısı almış 21 olgunun, şizofreni dışı tanı almış 7 olgunun tedaviyi bırakma girişimi olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14: Hastaların geçmişte ve şimdiki tedavileri ve tedavi uyumlarının karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Geçmişte kullanılan ilaç								
Antipsikotik	11	100	29	100	40	100	-	-
*Antidepresan	1	9,1	4	13,8	5	12,5		>0,05
*Anksiyolitik	0	0	2	6,9	2	5,0		>0,05
*DDD	2	18,2	2	6,9	4	10,0		>0,05
Kullanılan tedavi								
Antipsikotik	8	72,7	28	96,6	36	90,0	5,030	<0,05
*Antidepresan	2	18,2	3	10,3	5	12,5		>0,05
*DDD	4	36,4	4	13,8	8	20,0		>0,05
*Tedavi uyumsuzluğu								>0,05
Yok	4	36,4	8	27,6	12	30,0		
Var	7	63,6	21	72,4	28	70,0		

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test

Şizofreni tanısı alan olgulardan 6'sı(%20,7), şizofreni dışı tanı alan olgulardan 2'sinde (%18,2) tıbbi hastalık öyküsü saptandı. İki grup karşılaştırmasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo15: Hastaların genel tıbbi durumlarının karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
*Tıbbi hastalık öyküsü								>0,05
Yok	9	81,8	23	79,3	32	80,0		
Var	2	18,2	6	20,7	8	20,0		

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test

Anne yaşının her iki grupta karşılaştırılmasında şizofreni tanısı olan grupta ortalama 47,10±7,53yıl, şizofreni dışı tanı alan grupta ortalama 45,18±7,53 yıl olduğu saptandı. İki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($Z=-0,682$, $p>0,05$). Baba yaşı şizofreni tanısı alan grupta ortalama 52,89±9,63 yıl, şizofreni dışı tanı alan grupta 49,00±5,36 yıl olarak saptandı. İki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($Z=-0,956$, $p>0,05$). Anne eğitim süresi şizofreni tanısı alan grupta 4,24±3,97 yıl, şizofreni dışı tanı alan grupta 6,00±2,89 yıl olarak hesaplandı. Anne eğitim süresi her iki grupta karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Baba eğitim süresi açısından ortalamalara bakıldığında şizofreni tanısı alan grupta 5,55±3,59 yıl, şizofreni dışı tanı alan grupta 7,54±4,18 yıl olarak hesaplandı. Baba eğitim süresi her iki grupta karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16: Hastaların ebeveynlerinin yaşları ve eğitim durumlarının karşılaştırılması

	Şizofreni (n=11)		dışı Şizofreni (n=29)		Z	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Anne yaşı	45,18	7,53	47,10	8,12	-0,682	>0,05
Baba yaşı	49,00	5,36	52,89	9,63	-0,956	>0,05
Anne eğitim süresi	6,00	2,89	4,24	3,97	-1,593	>0,05
Baba eğitim süresi	7,54	4,18	5,55	3,59	-0,887	>0,05

Z, Mann-Whitney u test

Olguların annelerinde çalışma durumu bakıldığında şizofreni tanısı almış 20 (%69.0) , şizofreni dışı tanı almış 9 (%81.8) olgunun annesinin çalışmadığı, şizofreni tanısı almış 9 (%31,0), şizofreni dışı tanı almış 2 (%18,2) olguda annesinin halen aktif olarak çalıştığı saptanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan farklılık

saptanmamıştır. ($\chi^2=1,734$, $p>0,05$). Olguların babalarında çalışma durumu bakıldığında şizofreni tanısı almış 18 (%62,1), şizofreni dışı tanı almış 7 (%63,6) olgunun babasının halen çalışıyor olduğu, şizofreni tanısı almış 7 (%24,1), şizofreni dışı tanı almış 1 (%9,1) olgunun babasının emekli olduğu, şizofreni tanısı almış 4 (13,8), şizofreni tanısı almış 3 olgunun babasının çalışmadığı saptanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($\chi^2=1,734$, $p>0,05$). Anne babanın evlilik durumları karşılaştırıldığında şizofreni tanısı almış grupta 24(%82,8), şizofreni dışı tanı almış grupta 10 (%90,9) olgunun anne babasının halen evliliklerini sürdürdükleri, şizofreni tanısı alan grupta 5 (%17,2), şizofreni dışı tanı alan grupta 1 (%9,1) olgunun anne babasının boşanmış olduğu saptandı. Her iki grubun istatistiksel olarak karşılaştırılmasında anlamlı sonuç çıkmamıştır ($p>0,05$). Ebeveyn kaybı yönünden her iki grubun karşılaştırılmasında şizofreni tanısı alan grupta 2, şizofreni dışı tanı alan grupta 1 olgunun ebeveynlerinden en az birinin kaybı olduğu saptandı. Her iki grup karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17: Hastaların ebeveynlerinin mesleki-evlilik durumlarının ve hastalarda ebeveyn kaybının karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Anne meslek							0,661	>0,05
Yok	9	81,8	20	69,0	29	72,5		
Var	2	18,2	9	31,0	11	27,5		
Baba meslek							1,734	>0,05
Yok	3	27,3	4	13,8	7	17,5		
Var	7	63,6	18	62,1	25	62,5		
Emekli	1	9,1	7	24,1	8	20,0		
*Anne-baba								>0,05
Birlikte	10	90,9	24	82,8	34	85,0		
Boşanmış	1	9,1	5	17,2	6	15,0		
*Ebeveyn kaybı								>0,05
Yok	10	90,9	27	93,1	37	92,5		
Var	1	9,1	2	6,9	3	7,5		

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test

Ailede psikiyatrik öykü sorgulandığında şizofreni tanısı almış 24 (%82,8), şizofreni dışı tanı almış 7 (%63,6) olgunun ailesinde psikiyatrik öykü olduğu saptanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=1,672$, $p>0,05$). Ailede psikiyatrik hastalık saptanan olgularda, tanıların dağılımlarına baktığımızda şizofreni tanısı almış grupta 7, şizofreni dışı tanı alan grupta 3 olgunun ailesinde anksiyete depresyon öyküsü saptanmıştır. Grupların karşılaştırılmasında ailelerinde anksiyete depresyon öyküsü açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Her iki grubun ailelerinde duygudurum bozukluğu hikayesi bakıldığında şizofreni tanısı

almış olanların 1 aile bireyinde (%3,4), şizofreni dışı tanı almış olanların da 1 aile bireyinde (%9,4) duygudurum bozukluğu öyküsü saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkmamıştır. Şizofreni tanılı gruptaki hastalardan 18'inin (%62,1) ailesinde psikotik bozukluk öyküsü saptanırken, şizofreni dışı gruptaki olgulardan 4'ünün (%36,4) ailesinde psikotik bozukluk öyküsü saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=2,129$, $p>0,05$). Olguların aile bireylerindeki özkıyım girişimleri değerlendirildiğinde şizofreni tanısı almış olan olgulardan 8'inin (%27,6) aile öyküsünde özkıyım girişimi belirlenirken, şizofreni dışı gruptaki olgulardan 4'ünün (%36,4) aile öyküsünde özkıyım girişimi belirlenmiştir. Gruplar arasında aile öyküsünde özkıyım girişimi olması açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,293$, $p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18: Hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü ve intihar girişimi öyküsünün karşılaştırılması

		Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
		n	%	N	%	n	%		
Ailede psikiyatrik öykü								1,672	>0,05
	Yok	4	36,4	5	17,2	9	22,5		
	Var	7	63,6	24	82,8	31	77,5		
Ailede psikiyatrik hastalık									
	*Anksiyete/depresyon	3	27,3	7	24,1	10	25,0		>0,05
	*Duygudurum bozukluğu	1	9,1	1	3,4	2	5,0		>0,05
	Psikotik bozukluklar	4	36,4	18	62,1	22	55,0	2,129	>0,05
Ailede intihar öyküsü								0,293	>0,05
	Yok	7	63,6	21	72,4	28	70,0		
	Var	4	36,4	8	27,6	12	30,0		

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test

Aile bireylerinde alkol kullanımı incelendiğinde şizofreni tanısı almış olan gruptaki hastalardan 4'ünün (%13,8) ebeveynlerinde, şizofreni dışı gruptaki hastalardan 2'sinin (%18,2) ebeveynlerinde alkol kullanımı saptandı. İki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Aile bireyleri madde kullanımı açısından değerlendirildiğinde şizofreni tanılı grupta madde kullanan aile bireyi saptanmazken, şizofreni dışı gruptan 1 olgunun (%9,1) aile bireyinde madde kullanımı tespit edildi ve iki grup arasında madde kullanımı açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Şizofreni tanılı gruptan 13 olgunun (%44,8), şizofreni dışı gruptan ise 5 olgunun (%45,5) ebeveynlerinde sigara kullanımı belirlendi ve iki grup arasında anlamlı bir

farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Olguların ebeveynlerinde suç öyküsü incelendiğinde şizofreni tanısı almış olan olgulardan 2'sinin (%6,9) ebeveyninde, şizofreni dışı gruptaki olguların ise 1'inin (%9,1) ebeveyninde suç öyküsü tespit edildi. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 19)

Tablo 19: Hastaların ebeveynlerinde psikoaktif madde-alkol kullanımı ve suç öyküsünün karşılaştırılması

		Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
*Ebeveyn kullanımı	alkol								>0,05
	Yok	9	81,8	25	86,2	34	85,0		
	Var	2	18,2	4	13,8	6	15,0		
*Ebeveyn kullanımı	madde	1	9,1	0	0	1	2,5		>0,05
Ebeveyn kullanımı	sigara	5	45,5	13	44,8	18	45,0	0,001	>0,05
*Ebeveyn suç öyküsü		1	9,1	2	6,9	3	7,5		>0,05

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test

Şizofreni tanısı almış olan olguların ilk hastaneye yatışlarından değerlendirildikleri zamana kadar geçen sürenin ortalamasına baktığımızda 26,96 ay olduğu, şizofreni dışı gruptaki olgular için bu sürenin 21,63 ay olduğu belirlendi. İki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($Z= -0,926$, $p>0,05$). Olguların son hastaneye yatışlarından bu zamana kadar geçen sürenin ortalamasına bakıldığında ise bu sürenin şizofreni tanısı almış olan gruptaki olgular için ortalama 13,41 ay, şizofreni dışı gruptaki olgular için ise ortalama 13,54 ay olduğu belirlendi ve iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($z=-0,334$, $p>0,05$). Hastaların hastaneye yatış sayıları karşılaştırıldığında şizofreni tanılı gruptaki hastaların ortalama 1,65 kez yatışının olduğu, şizofreni dışı gruptaki hastaların ortalama 2,09 kez yatışının olduğu tespit edildi. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($z=-0,508$, $p>0,05$). Hastaların hastanede toplam yatış süreleri incelendiğinde şizofreni tanısı almış olanların ortalama 58,89 gün, şizofreni dışı grupta olanların ortalama 37,81 gün yatışının olduğu belirlendi ve iki grup arasında toplam yatış süreleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($z= -0,421$, $p>0,05$). Şizofreni tanısı almış olan olguların hastanedeki ilk yatışlarının ortalama süresinin 20,48 gün olduğu, şizofreni dışı gruptakilerin ise ilk hastaneye yatışlarında ortalama 18,18 gün süre ile hastanede kaldıkları belirlendi ve iki grup arasında bu açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı ($z=-0,622$, $p>0,05$). Hastaların ilk kez hastaneye yatmalarını gerektiren psikotik atağın süresi karşılaştırıldığında şizofreni tanısı ile izlenen gruptaki hastalarda ortalama 37,37 gün, şizofreni dışı gruptaki

hastalarda ise ortalama 19,63 gün olduğu belirlendi ve bu sonuçlar ilk yatışı gerektiren psikotik atağın süresi açısından iki grup arasında anlamlı olarak tespit edildi ($z=-2,431$, $p<0,05$). Hastalarda belirtilerin bulunduğu ancak herhangi bir tedavinin başlanmadığı süre şizofreni tanısı almış olan olgularda ortalama 10,55 ay olarak, şizofreni dışı olgularda ise ortalama 7 ay olarak belirlendi ve bu sonuç iki grup arasında anlamlı olarak tespit edilmedi ($z=-1,739$, $p>0,05$). Şizofreni tanısı almış olan olgularda ilk belirtilerin başlamasından ilk hastaneye yatış tarihine kadar geçen ortalama süre 26,03 ay olarak belirlenirken, şizofreni dışı gruptaki olgularda bu süre ortalama 12,63 ay olarak belirlendi. Belirtilerin başlamasından ilk kez hastaneye yatırılmaya kadar geçen süre açısından iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($z=-2,165$, $p<0,05$). Olguların aile ortamlarındaki eleştirel tutum değerlendirildiğinde şizofreni tanısı almış olan hastalarda bu değer ortalama 2,92, şizofreni dışı olgularda ortalama 3,29 saptandı. Aile ortamındaki eleştirel tutum açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Şizofreni tanısı almış olan hastaların aile ortamlarındaki sıcaklık ve samimiyet değeri ortalama 6,52, şizofreni dışı tanı almış olan hastalarda ise ortalama 8,48 saptandı ve bu sonuçlar ile aile ortamındaki sıcaklık ve samimiyet düzeyi şizofreni tanısı almış grupta anlamlı düzeyde düşük tespit edildi. ($z=-2,248$, $p<0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20: Hastaların klinik ve aile ortamı özellikleri.

	Şizofreni (n=11)		dışı Şizofreni (n=29)		Z	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
İlk yatıştan beri geçen süre, ay	21,63	9,14	26,96	13,84	-0,926	>0,05
Son yatıştan geçen süre, ay	13,54	11,23	13,41	12,91	-0,334	>0,05
Yatış sayısı	2,09	1,3	1,65	2,72	-0,508	>0,05
Psikiyatride toplam yatış süresi, gün	37,81	28,50	58,89	84,08	-0,421	>0,05
Psikiyatride ilk yatış süresi	18,18	12,21	20,48	12,97	-0,622	>0,05
İlk yatış gerektiren atak süresi, gün	19,63	21,09	37,37	36,25	-2,431	<0,05
Tedavisiz geçen belirtilerin bulunduğu süre, ay	7,00	10,47	10,55	8,72	-1,739	>0,05
Belirti başlangıcı ile ilk yatış arasındaki süre, ay	12,63	12,80	26,03	18,79	-2,165	<0,05
Aile ortamı eleştirel tutum	3,29	2,29	2,92	2,25	-0,682	>0,05
Aile ortamı sıcaklık ve samimiyet	8,48	2,17	6,52	2,74	-2,248	<0,05

Z, Mann-Whitney U test

Olguların SANS puanlarını değerlendirdiğimizde duygulanımsal küntleşme puanının şizofreni tanısı almış gruptaki hastalarda ortalama 15,13 şizofreni dışı gruptaki olgularda ortalama 3,36 olduğu belirlendi. Duygulanımsal küntleşme puanı açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptandı ($z=-3,583$, $p<0,001$). Aloji puanı şizofreni tanısı almış olgularda ortalama 8,0 şizofreni dışı gruptaki olgularda ortalama 1,0 olarak tespit edildi ve aloji puanı açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($z=-3,394$, $p<0,001$). Şizofreni tanısı almış gruptaki hastaların avolusyon/apati puanı ortalama 5,13 saptanırken, şizofreni dışı grupta bu puan ortalama 1,09 saptandı. İki grup arasında avolusyon/apati puanı açısından anlamlı bir farklılık saptandı ($z=-2,995$, $p<0,01$). Anhedoni/asosyallik puanı şizofreni tanısı almış gruptaki hastalarda ortalama 10,62, şizofreni dışı gruptaki hastalarda ortalama 3,18 olarak belirlendi ve iki grup arasında anhedoni/asosyallik puanı açısından anlamlı farklılık tespit edildi ($z=-3,004$, $p<0,01$). Dikkat puanının şizofreni tanısı almış olgularda ortalama 3,68 şizofreni dışı olgularda ortalama 0,81 olduğu ve iki grup arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ($z=-2,358$, $p<0,05$). Toplam SANS puanları karşılaştırıldığında şizofreni tanısı almış olan olgularda ortalama 42,55 şizofreni dışı olgularda ortalama 9,45 olduğu belirlendi. İki grup arasında toplam SANS puanları açısından anlamlı farklılık tespit edildi ($z=-3,637$, $p<0,001$) (Tablo 21).

Tablo 21: Hastaların SANS puanlarının karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Z	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
SANS						
Duygulanımsal küntleşme	3,36	4,15	15,13	11,27	-3,583	<0,001
Alogia	1,0	2,48	8,0	7,42	-3,394	<0,001
Avolusyon/apati	1,09	2,70	5,13	5,09	-2,995	<0,01
Anhedoni/asosyallik	3,18	4,60	10,62	7,43	-3,004	<0,01
Dikkat	0,81	2,71	3,68	4,56	-2,358	<0,05
Toplam	9,45	15,28	42,55	31,76	-3,637	<0,001

Z, Mann-Whitney U test

Olguların SAPS parametrelerine bakıldığında varsanı puanının şizofreni tanısı almış hastalarda ortalama 8,24, şizofreni dışı hastalarda ortalama 1,27 olduğu ve varsanı puanı açısından iki grup arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($z=2,277$, $p<0,05$). Şizofreni tanısı almış gruptaki hastaların hezeyan puanı ortalama 17,00 şizofreni dışı gruptakilerin ise ortalama 3,90 olarak belirlendi. İki grup arasında hezeyan puanı açısından anlamlı farklılık tespit edildi ($z=-3,491$, $p<0,001$). Bizar nitelikli hezeyanların

şizofreni tanısı almış olgulardaki ortalama puanı 5,44 saptanırken, şizofreni dışı olgularda 2,18 saptandı. İki grup arasında bizar nitelikli hezeyanların ortalama puanları açısından anlamlı farklılık belirlendi ($z=-2,395$, $p<0,05$). Olguların pozitif formal düşünce bozukluğu puanı şizofreni tanılı grupta ortalama 6,41, şizofreni dışı grupta ortalama 2,00 olarak belirlendi ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($z=-1,591$, $p>0,05$). Şizofreni tanısı almış olguların uygunsuz duygulanım puanı ortalama 1,31 olarak belirlenirken, şizofreni dışı olguların uygunsuz duygulanım puanı ortalama 0,36 olarak belirlendi ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($z=-1,783$, $p>0,05$). Hastaların toplam SAPS puanları karşılaştırıldığında şizofreni tanısı almış olan olguların ortalama 38,17 puanı olduğu, şizofreni dışı olguların ise 9,45 puanı olduğu belirlendi. İki grup arasında toplam SAPS puanları açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ($z=-2,163$, $p<0,001$). Hastaların CGI hastalık şiddeti puanlarının şizofreni tanısı almış grupta ortalama 4,51 şizofreni dışı grupta ise ortalama 1,18 olduğu belirlendi ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($z=-3,603$, $p<0,001$). CGI yan etki şiddeti puanları ise şizofreni tanısı almış grupta ortalama 1,72 şizofreni dışı grupta ise ortalama 1,18 olarak tespit edildi ve iki grup arasında anlamlı farklılık belirlendi ($z=-2,163$, $p<0,05$) (Tablo22).

Tablo 22: Hastaların SAPS puanlarının karşılaştırılması

	Şizofreni (n=11)		Şizofreni dışı (n=29)		Z	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
SAPS						
Varsanı	1,27	3,58	8,24	10,29	-2,277	<0,05
Hezeyan	3,90	4,22	17,00	13,43	-3,491	<0,001
Bizar	2,18	4,06	5,44	4,54	-2,395	<0,05
Pozitif formal düşünce bozukluğu	2,00	4,97	6,41	10,55	-1,591	>0,05
Uygunsuz duygulanım	0,36	0,92	1,31	1,62	-1,783	>0,05
Toplam	9,45	14,18	38,17	10,32	-3,545	<0,001
CGI hastalık şiddeti	2,90	1,30	4,51	0,68	-3,603	<0,001
CGI yan etki şiddeti	1,18	0,40	1,72	0,84	-2,163	<0,05

Z, Mann-Whitney U test

BPRS ölçeğine göre şizofreni tanısı almış grupta yer alan hastalarda somatik uğraşlar puanı ortalama 0,93 şizofreni dışı tanı almış grupta yer alan hastalarda ise ortalama 0,09 olarak belirlendi. İki grup arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($z= -1,695$, $p>0,05$). Anksiyete puanı şizofreni tanısı alan olgularda ortalama 1,65 şizofreni dışı tanı almış olan olgularda ortalama 0,54 olarak tespit edildi ve iki grup arasında anlamlı farklılık belirlendi ($z=-2,254$, $p<0,05$). Şizofreni tanılı grupta duygusal

içe kapanma puanı ortalama 3,17 şizofreni dışı grupta ise ortalama 0,81 olarak belirlendi. İki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($z=-3,467$, $p<0,001$). Hastalarda düşünce çözülmesi puanı şizofreni tanısı almış grupta ortalama 0,82 şizofreni dışı tanı almış grupta ortalama 0,18 belirlendi ve iki grup arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($z= -1,306$, $p>0,05$). Suçluluk duyguları puanı şizofreni tanısı almış olgularda ortalama 0,75 olarak tespit edilirken, şizofreni dışı olgularda 0,00 olarak tespit edildi ve iki grup arasında anlamlı farklılık belirlendi ($z=-2,052$, $p<0,05$). Şizofreni tanısı almış olgularda gerginlik puanı ortalama 1,82 şizofreni dışı olgularda ortalama 0,72 olarak belirlendi ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($z=-1,843$, $p>0,05$). Manyerizm ve postür alma puanı şizofreni tanılı olgularda ortalama 0,89 şizofreni dışı tanı alan olgularda ortalama 0,18 olarak belirlendi. İki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Şizofreni tanısı almış olgularda grandiyözite puanı ortalama 0,68 şizofreni dışı tanı almış olgularda ortalama 0,54 olarak belirlendi ve iki grup arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($z=-0,217$, $p>0,05$). Şizofreni tanısı alan olgularda depresif duygudurum puanı ortalama 2,03 olarak tespit edilirken, şizofreni dışı tanı alan olgularda ortalama 0,63 olarak tespit edildi. İki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($z=-2,697$, $p<0,01$). Düşmanca duygudurum puanı şizofreni tanılı grupta ortalama 1,44 şizofreni dışı grupta ise ortalama 0,36 olarak saptandı ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($z=-1,940$, $p>0,05$). Kuşkuculuk puanı şizofreni tanılı hastalarda ortalama 2,86 şizofreni dışı hastalarda ortalama 0,72 olarak belirlendi. İki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($z=-3,499$, $p<0,001$). Şizofreni tanısı almış hastalarda halüsinatuvar davranış puanı ortalama 1,41 şizofreni dışı hastalarda ortalama 0,27 olarak belirlendi ve iki grup arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($z=-1,777$, $p>0,05$). Şizofreni tanısı alan hastalarda motor yavaşlama puanı ortalama 1,17 şizofreni dışı hastalarda ortalama 0,18 olarak belirlendi ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi. ($z= -1,309$, $p >0,05$). İş birliği kurmama puanı şizofreni tanılı hastalarda ortalama 1,20 olarak, şizofreni dışı tanılı hastalarda ortalama 0,18 olarak belirlendi ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($z= -1,957$, $p<0,05$). Şizofreni tanılı hastaların olağandışı düşünce puanı ortalama 1,58 şizofreni dışı tanılı hastaların puanı ise ortalama 0,18 olarak belirlendi ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($z=-2,118$, $p<0,05$). Duygusal küntlük puanı şizofreni tanısı almış hastalarda ortalama 2,51 olarak belirlenirken, şizofreni dışı tanılı hastalarda ortalama 0,36 olarak belirlendi ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($z=-3,759$, $p<0,001$). Şizofreni tanılı gruptaki

hastaların taşkınlık puanları ortalama 1,34 şizofreni dışı tanılu gruptaki hastaların taşkınlık puanı ortalama 1,00 olarak belirlendi ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($z = -0,740$, $p > 0,05$). Şizofreni tanılu olguların dezoryantasyon puanı ise ortalama 0,34 olarak belirlenirken, şizofreni dışı olgularda 0,00 olarak belirlendi ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($z = -1,280$, $p > 0,05$). Hastaların toplam BPRS puanları karşılaştırıldığında şizofreni tanısı almış olan olguların ortalama 26,65 puanları olduğu, şizofreni dışı olguların ise ortalama 7,00 puanlarının olduğu belirlendi ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($z = -3,669$, $p < 0,001$) (Tablo 23).

Tablo 23: Hastaların BPRS puanlarının karşılaştırılması

	Şizofreni (n=11)		dışı Şizofreni (n=29)		Z	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
BPRS						
Somatik uğraşlar	0,09	0,30	0,93	1,57	-1,695	>0,05
Anksiyete	0,54	0,93	1,65	1,51	-2,254	<0,05
Duygusal içe kapanma	0,81	1,16	3,17	1,79	-3,467	<0,001
Düşünce çözülmesi	0,18	0,60	0,82	1,55	-1,306	>0,05
Suçluluk duyguları	0,00	0,00	0,75	1,37	-2,052	<0,05
Gerginlik	0,72	1,10	1,82	1,75	-1,843	>0,05
Manyerizm/postür	0,18	0,60	0,89	1,75	-1,149	>0,05
Grandiyozite	0,54	1,29	0,68	1,58	-0,217	>0,05
Depresif duygudurum	0,63	1,12	2,03	1,49	-2,697	<0,01
Düşmanca duygudurum	0,36	0,92	1,44	1,82	-1,940	>0,05
Kuşkuculuk	0,72	1,10	2,86	1,64	-3,499	<0,001
Halüsinatuvar davranış	0,27	0,90	1,41	2,19	-1,777	>0,05
Motor yavaşlama	0,18	0,40	1,17	1,89	-1,309	>0,05
İşbirliği kurmama	0,18	0,40	1,20	1,69	-1,957	<0,05
Olağan dışı düşünce	0,18	0,60	1,58	2,19	-2,118	<0,05
Duygusal küntlük	0,36	0,92	2,51	2,74	-3,759	<0,001
Taşkınlık	1,00	1,67	1,34	1,69	-0,740	>0,05
Dezoryantasyon	0,00	0,00	0,34	1,07	-1,280	>0,05
Toplam	7,00	10,83	26,65	17,45	-3,669	<0,001

Z, Mann-Whitney U test

SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği sonuçları karşılaştırıldığında şizofreni tanısı alan grubun ortalama puanı $22,34 \pm 6,88$ şizofreni dışı tanı alan grubun $25,45 \pm 6,29$ olarak saptandı. Fiziksel işlev açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($Z = -1,001$ $p > 0,005$). Fiziksel rol güçlüğü sonuçları karşılaştırıldığında şizofreni tanısı alan grupta ortalama puan $5,27 \pm 1,70$ şizofreni dışı tanı alan grupta ortalama puan $6,63 \pm 1,62$ olarak tespit edildi. Fiziksel rol güçlüğü bakımından şizofreni tanısı alan grubun ortalama puanları, şizofreni dışı tanı alan gruba göre anlamlı düşük bulunmuştur ($Z = -2,115$, $p < 0,05$). Ağrı alt ölçeği puanlaması karşılaştırıldığında ise

şizofreni tanısı alan grupta ortalama puan $9,55 \pm 2,95$ şizofreni dışı tanı alan grupta ortalama puan $9,45 \pm 2,20$ saptandı. İki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($z = -0,209$, $p > 0,05$). Genel sağlık alt ölçeği açısından her iki grubu karşılaştırdığımızda şizofreni tanısı alan grupta ortalama puan $14,20 \pm 4,13$ şizofreni dışı tanı alan grupta ortalama puan $15,72 \pm 6,49$ saptandı. Genel sağlık alt ölçeği açısından her iki grup arasında ortalama puan farkı anlamlı saptanmadı ($z = -0,549$, $p > 0,05$). Vitalite (enerji) alt ölçeği ortalama puanları karşılaştırmasında ise şizofreni tanısı alan grupta ortalama puan $14,24 \pm 3,33$ şizofreni dışı tanı alan grupta ortalama puan $16,18 \pm 3,73$ saptandı. Vitalite (enerji) bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($z = -1,204$, $p > 0,05$). Sosyal işlev alt ölçeği ortalama puanları karşılaştırıldığında şizofreni tanısı alan grupta ortalama puan $5,96 \pm 2,27$ şizofreni dışı tanı alan grupta ortalama puan $7,63 \pm 2,15$ olarak saptandı. Sosyal işlev açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($z = -1,926$, $p > 0,05$). Emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği ortalama puanları değerlendirildiğinde şizofreni tanısı almış grupta ortalama puan $4,03 \pm 1,29$ şizofreni dışı tanı almış grupta ortalama puan $4,45 \pm 1,43$ olarak saptandı. Emosyonel rol güçlüğü bakımından gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($z = -0,780$, $p > 0,05$). Mental sağlık alt ölçeği ortalama puanları açısından bakıldığında şizofreni tanısı almış grupta hastaların ortalama puanı $18,03 \pm 5,66$ şizofreni dışı tanı almış grupta hastaların ortalama puanı $20,18 \pm 5,86$ olarak tespit edildi. Mental sağlık açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilemedi ($z = -0,896$, $p > 0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24: Hastaların SF-36 puanlarının karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Z	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
SF 36						
Fiziksel işlev	25,45	6,29	22,34	6,88	-1,001	>0,05
Rol güçlüğü (fiziksel)	6,63	1,62	5,27	1,70	-2,115	<0,05
Ağrı	9,45	2,20	9,55	2,95	-0,209	>0,05
Genel sağlık	15,72	6,49	14,20	4,13	-0,549	>0,05
Vitalite (enerji)	16,18	3,73	14,24	3,33	-1,204	>0,05
Sosyal işlev	7,63	2,15	5,96	2,27	-1,926	>0,05
Rol güçlüğü (emosyonel)	4,45	1,43	4,03	1,29	-0,780	>0,05
Mental sağlık	20,18	5,86	18,03	5,66	-0,896	>0,05

Z, Mann-Whitney U test

Hastaların ilk yatış dosyaları incelenerek belirti listesi yapıldı. İlk yatış semptomlarından somatik uğraşlar değerlendirildiğinde şizofreni tanısı almış grupta 9 (%31,0), şizofreni dışı tanı almış grupta 1 (%9,1) hastanın bulunduğu belirlenmiştir

($p>0,05$). İlk yatış belirtileri açısından anksiyete çalışmaya alınan tüm hastalarda gözlenmiştir. Duygusal içe kapanma ise şizofreni tanısı alan grupta 27 (%93,1), şizofreni dışı tanı alan grupta 9 (%81,8) hastada olduğu saptanmıştır. İlk yatış belirtilerinden duygusal içe kapanma bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=1,129$, $p>0,05$). Düşünce çözülmesi değerlendirildiğinde şizofreni tanısı alan grupta 11 (%37,9), şizofreni dışı tanı almış grupta 4 (%36,4) hastada saptanmıştır. İlk yatış belirtilerinden düşünce çözülmesi bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Suçluluk düşüncesi karşılaştırıldığında şizofreni tanısı almış grupta 3 (%10,3), şizofreni dışı tanı almış grupta 3 (%27,3) hastada saptanmıştır. İlk yatış belirtilerinden suçluluk düşüncesi bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Gerginlik karşılaştırıldığında şizofreni tanısı almış grupta 27 (%93,1), şizofreni dışı tanı almış grupta 9 (%81,8) hastada ilk yatış belirtisi olarak bulunmaktadır. Gruplar karşılaştırıldığında ilk yatış belirtilerinden gerginlik açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=1,129$, $p>0,05$). Mannerizm/postür belirtisi değerlendirildiğinde şizofreni tanısı almış grupta 7 (%24,1), şizofreni dışı tanı almış grupta 1 (%9,1) hastada ilk yatış belirtisi olarak saptanmıştır. Mannerizm/postür belirtisi bakımından ilk yatışta gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Grandiyozite açısından incelediğimizde şizofreni tanısı almış 5 (%17,2), şizofreni dışı tanı almış 1 (%9,1) hastada ilk yatış belirtisi olarak bulunmuştur. Grandiyozite bakımından gruplar karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Depresif duygudurum açısından karşılaştırıldığında şizofreni tanısı almış grupta 18 (%62,1), şizofreni dışı tanı almış grupta 8 (%72,7) hastanın ilk yatışında bu belirtiyeye sahip olduğu görülmüştür. Depresif duygudurum karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=0,398$, $p>0,05$). Düşmanca davranış açısından gruplar karşılaştırıldığında şizofreni tanısı almış 24 (%82,8), şizofreni dışı tanı almış 5 (%45,5) hastada ilk yatış belirtisi olarak saptanmıştır. Düşmanca davranış ilk yatış belirtisi bakımından şizofreni tanısı almış hastalarda anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($\chi^2=5,566$, $p<0,05$). Kuşkuculuk açısından gruplar incelendiğinde şizofreni tanısı almış 25 (%86,2), şizofreni dışı tanı almış 8 (%72,7) hastada ilk yatış belirtisi olarak saptanmıştır. İlk yatış kuşkuculuk belirtisi bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1,004$, $p>0,05$). Halusinatar davranış incelendiğinde şizofreni tanısı almış 20 (%69,0), şizofreni dışı tanı almış 7 (%63,6) hastada ilk yatış belirtisi olarak saptanmıştır. Halusinatar davranış açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır

($p>0,05$). Motor yavaşlama belirtisi gruplar arasında incelendiğinde şizofreni tanısı almış 10 (%34,5) , şizofreni dışı tanı almış 4(%36,4) hastada ilk yatış belirtisi olarak saptanmıştır. Motor yavaşlama ilk yatış belirtisi olarak, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). İşbirliği kurmama açısından gruplar değerlendirildiğinde şizofreni tanısı almış 16 (%55,2), şizofreni dışı tanı almış 5 (%45,5) hastada ilk yatış belirtisi olarak bulunmuştur. İşbirliği kurmama açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0,302$, $p>0,05$). Olağan dışı düşünce gruplar arasında değerlendirildiğinde şizofreni tanısı almış 11 (%37,9), şizofreni dışı tanı almış 3 (%27,3) hastada ilk yatış belirtisi olarak bulunmuş. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Duygusal küntlük gruplar arasında değerlendirildiğinde şizofreni tanısı almış 22 (%75,9), şizofreni dışı tanı almış 8 (%72,7) hastada ilk yatış belirtisi olarak saptanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Taşkınlık belirtisi karşılaştırmasında ise şizofreni tanısı almış 21 (%72,4), şizofreni dışı tanı almış 5 (%45,5) hastada ilk yatış semptomu olarak görülmüştür. Gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 25: Hastaların ilk yatış belirtilerinin karşılaştırılması

İlk yatış belirtiler	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
	n	%	n	%	N	%		
*Somatik uğraş	1	9,1	9	31,0	10	25,0		>0,05
Anksiyete	11	100	29	100	40	100	-	-
Duygusal içe kapanma	9	81,8	27	93,1	36	90,0	1,129	>0,05
*Düşünce çözülmesi	4	36,4	11	37,9	15	37,5		>0,05
*Suçluluk düşüncesi	3	27,3	3	10,3	6	15,0		>0,05
Gerginlik	9	81,8	27	93,1	36	90,0	1,129	>0,05
*Mannerizm/postur	1	9,1	7	24,1	8	20,0		>0,05
*Grandiyozite	1	9,1	5	17,2	6	15,0		>0,05
Depresif duygudurum	8	72,7	18	62,1	26	65,0	0,398	>0,05
Düşmanca davranış	5	45,5	24	82,8	29	72,5	5,566	<0,05
Kuşkuculuk	8	72,7	25	86,2	33	82,5	1,004	>0,05
*Halusinatar davranış	7	63,6	20	69,0	27	67,5		>0,05
*Motor yavaşlama	4	36,4	10	34,5	14	35,0		>0,05
İşbirliği kurmama	5	45,5	16	55,2	21	52,5	0,302	>0,05
*Olağan dışı düşünce	3	27,3	11	37,9	14	35,0		>0,05
*Duygusal küntlük	8	72,7	22	75,9	30	75,0		>0,05
Taşkınlık	5	45,5	21	72,4	26	65,0	2,548	>0,05

χ^2 , ki kare test; * Fishers exact test

BPRS total skorları karşılaştırılmasında 15 puan altı şizofreni tanısı almış 8 (%27,6), şizofreni dışı tanı almış 10 (%90,9), 15-30 puan arası şizofreni tanısı almış 12 (% 41,4), şizofreni dışı tanı almış vaka 0 (%0), 30 puan üstü şizofreni tanısı almış 9

(%31,0), şizofreni dışı tanı almış 1 (%9,1) olgu saptanmıştır. Bu sonuçlar BPRS total skorları karşılaştırmasında 30 puan ve üstü alan olguların şizofreni tanısı alan hastalarda anlamlı derecede yüksek olduğu, yine total skorlarda 15 puan ve altı skor alanların ise şizofreni tanımlı hastalarda anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($\chi^2=13,194$, $p<0,001$) (Tablo 26).

Tablo 26: Hastaların BPRS toplam puanlarının karşılaştırılması

	Şizofreni dışı (n=11)		Şizofreni (n=29)		Toplam (n=40)		χ^2	p
	N	%	n	%	n	%		
BPRS							13,194	<0,001
<15 puan	10	90,9	8	27,6	18	45,0		
15-30 puan arası	0	0,0	12	41,4	12	30,0		
>30 puan	1	9,1	9	31,0	10	25,0		

χ^2 , ki kare test

Aile ortamı eleştirel tutum ve sıcaklık samimiyet puan ortalamaları ile psikiyatriye yatış sayısı, toplam yatış süresi, psikiyatriye yatışı gerektiren ilk atak süresi, ilk tedaviyle tedavisiz geçen, belirtilerin bulunduğu süre ve ilk psikiyatrik yatış ile belirtilerin başladığı süre arasındaki ilişki incelendiğinde: Aile ortamı sıcaklık samimiyet puanları ile ilk tedaviyle tedavisiz geçen, belirtilerin bulunduğu süre arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edildi ($r=-0.316$, $p<0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27: Aile ortamı eleştirel tutum, sıcaklık samimiyet puanları ile hastalık sürelerine ait değerlerin ilişkisinin incelenmesi

		1	2	3	4	5
Aile ortamı eleştirel tutumu	r	0.053	0.002	-0.202	0.049	-0.036
Aile ortamı sıcaklık ve samimiyet	r	0.075	0.066	0.126	-0.316*	-0.248

1. Psikiyatriye yatış sayısı, 2. Psikiyatride toplam yatış süresi, 3. Psikiyatriye ilk yatmasını gerektirecek atağın süresi/gün, 4. İlk tedaviyle tedavisiz geçen, belirtilerinin bulunduğu süre/ ay, 5. İlk psikiyatrik yatış ile belirtilerin başladığı dönem arasındaki süre/ ay

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

SANS alt ölçek ve toplam puan ortalamaları ile psikiyatriye yatış sayısı, toplam yatış süresi, psikiyatriye yatışı gerektiren ilk atak süresi, ilk tedaviyle tedavisiz geçen, belirtilerin bulunduğu süre ve ilk psikiyatrik yatış ile belirtilerin başladığı süre arasındaki ilişki incelendiğinde: İlk psikiyatrik yatış ile belirtilerin başladığı dönem

arasındaki süre ile SANS alt ölçek ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi (Tablo 28).

SAPS alt ölçek ve toplam puan ortalamaları ile psikiyatriye yatış sayısı, toplam yatış süresi, psikiyatriye yatışı gerektiren ilk atak süresi, ilk tedaviyle tedavisiz geçen, belirtilerin bulunduğu süre ve ilk psikiyatrik yatış ile belirtilerin başladığı süre arasındaki ilişki incelendiğinde: Psikiyatriye yatış sayısı ile hezeyan ($r=0.331$, $p<0.05$) ve toplam skor arasında ($r=0.340$, $p<0.05$); psikiyatride toplam yatış süresi ile garip (bizar) davranış ($r=0.318$, $p<0.05$) ve toplam skor arasında ($r=0.319$, $p<0.05$); ilk psikiyatrik yatış ile belirtilerin başladığı dönem arasındaki süre ile garip (bizar) davranış ($r=0.425$, $p<0.01$), pozitif formal düşünce bozukluğu ($r=0.351$, $p<0.05$), uygunsuz duygulanım ($r=0.364$, $p<0.05$) ve toplam puan ortalamaları ($r=0.322$, $p<0.05$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi (Tablo 28).

Tablo 28: SANS ve SAPS alt ölçek ve toplam puan ortalamaları ile hastalık sürelerine ait değerlerin ilişkisinin incelenmesi

SANS		1	2	3	4	5
Duygulanımsal düzleşme/küntleşme	r	0.025	0.028	0.145	0.112	0.415**
Alogia	r	0.022	0.091	0.080	0.062	0.348*
Avolusyon/apati	r	0.169	0.175	0.151	0.117	0.485**
Anhedoni/asosyallik	r	-0.039	-0.091	0.224	0.295	0.580**
Dikkat	r	0.129	0.096	0.102	0.023	0.426**
Total skor	r	0.066	0.049	0.170	0.131	0.492**
SAPS						
Varsanı	r	0.207	0.226	0.034	-0.253	0.073
Hezeyan	r	0.331*	0.295	0.118	0.047	0.173
Garip (bizar) davranış	r	0.240	0.318*	0.259	0.211	0.425**
Pozitif formal düşünce bozukluğu	r	0.258	0.242	0.232	-0.063	0.351*
Uygunsuz duygulanım	r	0.006	-0.004	0.230	0.068	0.364*
Toplam skor	r	0.340*	0.319*	0.191	0.031	0.322*

1. Psikiyatriye yatış sayısı, 2. Psikiyatride toplam yatış süresi, 3. Psikiyatriye ilk yatmasını gerektirecek atağın süresi/gün, 4. İlk tedaviyle tedavisiz geçen, belirtilerinin bulunduğu süre/ ay, 5. İlk psikiyatrik yatış ile belirtilerin başladığı dönem arasındaki süre/ ay

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

CGI hastalık şiddeti ve yan etki şiddeti puan ortalamaları ile psikiyatriye yatış sayısı, toplam yatış süresi, psikiyatriye yatışı gerektiren ilk atak süresi, ilk tedaviyle tedavisiz geçen, belirtilerin bulunduğu süre ve ilk psikiyatrik yatış ile belirtilerin başladığı süre arasındaki ilişki incelendiğinde: CGI hastalık şiddeti ile psikiyatriye yatış sayısı ($r=0.474$, $p<0.01$) ve ilk psikiyatrik yatış ile belirtilerin başladığı dönem arasındaki süre ($r=0.397$, $p<0.05$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi (Tablo 29).

Tablo 29: CGI hastalık ve yan etki şiddeti puan ortalamaları ile hastalık sürelerine ait değerlerin ilişkisinin incelenmesi

	1	2	3	4	5
CGI Hastalık şiddeti	r 0.474**	0.302	0.276	0.152	0.397*
CGI Yan etki şiddeti	r 0.266	0.162	0.128	-0.095	0.285

1. Psikiyatriye yatış sayısı, 2. Psikiyatride toplam yatış süresi, 3. Psikiyatriye ilk yatmasını gerektirecek atağın süresi/gün, 4. İlk tedaviyle tedavisiz geçen, belirtilerinin bulunduğu süre/ ay, 5. İlk psikiyatrik yatış ile belirtilerin başladığı dönem arasındaki süre/ ay

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

BPRS alt ölçek ve toplam puan ortalamaları ile psikiyatriye yatış sayısı, toplam yatış süresi, psikiyatriye yatışı gerektiren ilk atak süresi, ilk tedaviyle tedavisiz geçen, belirtilerinin bulunduğu süre ve ilk psikiyatrik yatış ile belirtilerinin başladığı süre arasındaki ilişki incelendiğinde: Psikiyatriye yatış sayısı ile grandiyozite ($r=0.507$, $p<0.01$), kuşkuculuk ($r=0.384$, $p<0.05$), halüsinatuar davranış ($r=0.321$, $p<0.05$), olağan dışı düşünceler ($r=0.374$, $p<0.05$) arasında; psikiyatriye toplam yatış süresi ile düşünce çözülmesi ($r=0.338$, $p<0.05$), grandiyozite ($r=0.543$, $p<0.01$), düşmanca duygudurum ($r=0.357$, $p<0.05$), halüsinatuar davranış ($r=0.427$, $p<0.01$), olağan dışı düşünceler ($r=0.397$, $p<0.05$) arasında; psikiyatriye ilk yatmasını gerektirecek atağın süresi ile depresif duygudurum puanları ($r=0.3335$, $p<0.05$) arasında; ilk psikiyatrik yatış ile belirtilerinin başladığı dönem arasındaki süre duygusal içe kapanma ($r=0.458$, $p<0.01$), manyerizm ve postür alma ($r=0.488$, $p<0.01$), depresif duygudurum ($r=0.349$, $p<0.05$), işbirliği kurmama ($r=0.483$, $p<0.01$), olağan dışı düşünceler ($r=0.316$, $p<0.05$), duygusal küntlük ($r=0.409$, $p<0.01$), taşkınlık ($r=0.388$, $p<0.05$) ve toplam puan ($r=0.491$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi (Tablo 30)

Tablo 30: BPRS alt ölçek ve toplam puan ortalamaları ile hastalık sürelerine ait değerlerin ilişkisinin incelenmesi

BPRS		1	2	3	4	5
Somatik uğraşlar	r	0.136	0.067	0.201	0.043	-0.057
Anksiyete	r	0.271	0.167	0.157	0.125	0.126
Duygusal içe kapanma	r	0.210	0.090	0.236	0.239	0.458**
Düşünce çözülmesi	r	0.307	0.338*	0.181	-0.216	0.399*
Suçluluk duyguları	r	-0.203	-0.090	-0.008	0.122	-0.013
Gerginlik	r	0.002	0.085	0.112	0.055	0.282
Manyerizm ve postür	r	0.106	0.002	0.184	-0.015	0.488**
Grandiyozite	r	0.507**	0.543**	0.020	-0.089	0.057
Depresif duygudurum	r	0.298	0.136	0.120	0.335*	0.349*
Düşmanca duygudurum	r	0.234	0.357*	0.114	-0.064	0.241
Kuşkuculuk	r	0.384*	0.263	0.231	0.103	0.303
Halusinatuvar davranış	r	0.321*	0.427**	0.053	-0.248	0.164
Motor yavaşlama	r	-0.073	0.001	-0.042	0.155	0.134
İşbirliği kurmama	r	0.149	0.198	0.242	0.086	0.483**
Olağan dışı düşünceler	r	0.374*	0.397*	0.061	-0.141	0.316*
Duygusal küntlük	r	0.145	0.068	0.123	0.052	0.409**
Taşkınlık	r	0.194	0.192	0.012	-0.001	0.388*
Dezoryantasyon	r	0.059	0.218	-0.113	-0.048	0.208
Toplam skoru	r	0.304	0.252	0.261	0.131	0.491**

1. Psikiyatriye yatış sayısı, 2. Psikiyatride toplam yatış süresi, 3. Psikiyatriye ilk yatmasını gerektirecek atağın süresi/gün, 4. İlk tedaviyle tedavisiz geçen, belirtilerinin bulunduğu süre/ ay, 5. İlk psikiyatrik yatış ile belirtilerin başladığı dönem arasındaki süre/ ay

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

5-TARTIŞMA

5.1 Sosyodemografik Özellikler:

Çalışmaya 2006-2010 tarihleri arasında daha önce BTA Psikotik Bozukluk tanısı ile Ergen Psikiyatri Servisinden taburcu olan 40 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması $20,55 \pm 1,89$ yıl, eğitim süreleri $8,10 \pm 2,50$ yıl olarak tespit edildi.

Kültürel ve demografik farklılıklara, tanı ölçütlerinin değişkenliğine ve hastalığın başlangıç tanımındaki belirsizliklere rağmen, erkeklerde kadınlara göre hastalığın daha erken yaşta başladığı bilinmektedir. Bizim çalışmamıza alınan hastaların 9'u (%22,5) kadın, 31'i (%77,5) erkekti. Yine çalışmamız sonucunda şizofreni tanısı alan 29 hastadan 23'ü erkek 6'sı tanesi kadındı. Cinsiyetler açısından tanı değişkenliği yönünde anlamlı fark ise saptanmadı. Bizim çalışmamıza katılan ve erken başlangıçlı şizofreni tanısı alan grupta erkek fazlalığı bu durumu açıklayan nedenlerden biri olabilir (N=23) (%79,3) (52-56). Erkek/ kız oranının 2 veya 2.5/1 olduğu ve erkeklerde daha fazla görüldüğü sonucu ortaya çıkarılmıştır Premorbid dönemde erkek çocukların, kız çocuklara göre daha sorun yüklü olduğu ve şizofreni bulgularının, erkek çocuklarda daha erken başladığı görülmektedir (42,58,59). Türkiye'de genel toplumda ve psikotik bozukluk hastaları örneklemelerinde esrar kötüye kullanımı göreceli olarak düşük bulunmuştur (81-83). Özellikle kentsel bölgelerde erkekler ve ergenler arasında esrar kötüye kullanımının daha yüksek olması psikotik bozukluk oranının erkeklerde ve ergenlerde daha yüksek saptanmasına katkıda bulunuyor olabilir (84,85). Bizim çalışmamızda ise şizofreni tanılı gruptaki hastalardan 1'inin (%3,4), şizofreni dışı gruptaki hastalardan 2'sinin (%18,2) psikoaktif madde kullandığı belirlendi. Psikoaktif madde kullanımı açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

EBS düşük sosyoekonomik düzeyle ilişkili bulunmuş, prodromal dönem ve klinik belirtiler açısından, daha sinsi başlangıçlı olduğu ya da ailelerin oluşan belirtileri ergenlik problemi olarak algılayıp üzerinde fazla durmadıkları gözlenmiştir (64,66-68). Anne eğitim süresi şizofreni tanısı alan grupta $4,24 \pm 3,97$ yıl, şizofreni dışı tanı alan grupta $6,00 \pm 2,89$ yıl olarak hesaplandı. Anne eğitim süresi her iki grupta

karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Baba eğitim süresi açısından ortalamalara bakıldığında şizofreni tanısı alan grupta $5,55\pm 3,59$ yıl, şizofreni dışı tanı alan grupta $7,54\pm 4,18$ yıl olarak hesaplandı. Anlamlı fark bulunmasa da şizofreni tanısı alan grupta ebeveyn eğitim süresi daha düşük bulundu. Anne baba eğitim düzeylerini değerlendirdiğimiz zaman yaptığımız çalışmanın sonuçları da literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çocukluk başlangıçlı olgularda ailesel yüklülüğün yaklaşık iki kat daha fazla olduğu ve erken başlangıcın daha güçlü bir biyolojik yatkınlığı yansıttığı üzerinde durulmaktadır. Hem ikiz hem de evlat edinme çalışmalarından elde edilen veriler, şizofreninin gelişiminde kalıtımın önemli bir rol oynadığına dair yeterli kanıt sağlamaktadır. Genel popülasyonla karşılaştırıldığında hastalığı olanların birinci derece akrabalarında yaşam boyu şizofreni gelişme riski 5-20 kat artmıştır. Erken başlangıçlı şizofrenide de ailesel risk en az erişkin başlangıçlı olan kadar yüksektir. Üstelik bazı çalışmalara göre ne kadar erken başlarsa kalıtımla aktarılma riski o kadar artmaktadır (5,69,95,96). Bizim çalışmamızda psikiyatrik öykü sorgulandığında şizofreni tanısı almış 24 (%82,8) olgunun ailesinde psikiyatrik öykü olduğu ve bunlardan 18'inin (%62,1) ailesinde psikotik bozukluk öyküsü olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmaya alınan tüm hastaların 38'i (%95) bekar, 2'si (%5) evliydi. Hastaların medeni durum dağılımları değerlendirildiğinde şizofreni tanılı hastaların 27'si (%93,1) bekar; şizofreni dışı tanılı hastaların tamamı bekar olarak tespit edildi. Gruplar arasında medeni durum özelliklerinde anlamlı farklılık tespit edilmese de şizofreni hastalarında bekarlık oranının yüksek olduğu görüldü. Hastaların bekar oluşu, ruhsal hastalığı olanların evlilikte tercih edilmemesine ya da hastalık nedeniyle evliliğin devamındaki sorunlara bağlanmakta, ayrıca bekar hastalar daha fazla alevlenme ve hastaneye yatış göstermekte, hastalık belirtileri de daha şiddetli yaşanmaktadır (72,73). EBS'de bekar olma oranının fazla olmasının nedeni, hastalığın evlenme çağından daha erken başlamasına bağlı olabilir. YTS'lerde ise, hastalık sosyal işlevsellik düzeyine eriştikten sonra başladığından bekar olma oranı daha azdır. Bizim bulgularımız diğer çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda ise tüm hastaların eğitim yılı ortalaması $8,10\pm 2,50$ yıl olarak literatürle uyumlu şekilde düşük saptanmıştır. Şizofreni tanılı hastaların eğitim yılı $7,48\pm 2,19$; şizofreni-dışı tanılı hastaların $9,72\pm 2,64$ yıl olarak tespit edildi. Şizofreni tanılı hastaların eğitim yılı anlamlı olarak düşük tespit edildi. Psikotik dönemlerin

dalgalı seyri ve işlevsellikte neden olduğu yıkım, psikotik bozukluk hastalarında daha yüksek işsizlik, daha yüksek bekarlık (evlenmeme ya da boşanma) oranı ve daha düşük eğitim düzeyi saptanmasına neden olmaktadır (86). Erken başlangıçlı şizofreni olgularının %60'ının öğrenim hayatını yarıda bıraktığı gözlenmiştir (26). Diğer psikotik olgularda ise bu oran %33 olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ise okul bırakma öyküsü karşılaştırıldığında şizofreni tanılı hastalardan 27'sinin (%93,1), şizofreni dışı tanı alanlardan 7'sinin (%63,6) eğitimlerini tamamlayamadığı tespit edildi. Böylece erken başlangıçlı şizofreni tanısı ile düşük eğitim başarısı arasında anlamlı bir doğrusal ilişki saptanmıştır. Ayrıca, erken başlangıçlı şizofreni grubunda bekar ve işsiz olanların fazla olması, evlenme ve işe girme konusunda şizofren bireylerin damgalanmanın olumsuz sonucuyla karşı karşıya kaldıklarının bir göstergesi olarak yorumlanabilir. EBS'nin, genel olarak çalışma hayatına başlama zamanından önce başlamasından dolayı hastaların işsiz olma oranının fazla olması beklenen bir durumdur.

Erken başlangıçlı şizofreni tanısı ile takibi yapılan olguların %20'sinin diğer psikotik olguların ise %50'sinin bağımsız bir şekilde erişkin yaşamı olduğu tespit edilmiştir (26). Çalışmamızda ise tüm hastalar aileleriyle birlikte yaşamaktaydı. Erken başlangıçlı şizofreni olgularının %32'sinin diğer psikotik olguların ise %17'sinin izlemde geçirilen sürenin büyük çoğunluğunu rehabilitasyon merkezleri ve psikiyatri servislerinde kalarak geçirdiği saptanmıştır (26). Çalışmamızda ise şizofreni tanısı alan grubun hastaneye toplam yatış süresinin daha fazla olduğu fakat bu sonucun anlamlı derecede yüksek olmadığı gösterilmiştir. İzlem sürecinde şizofreni tanısı alan olguların diğer psikotik olgulara göre çalışma hayatında çok daha az başarı gösterebildiği saptanmıştır. Çalışmamıza alınan hastaların 8'i (%20) aktif olarak çalışmaktaydı. Meslek durumları değerlendirildiğinde şizofreni tanılı hastaların 2'si (%6,9) çalışan, şizofreni dışı tanılı hastaların 6'sı (%54,5) çalışandı. Şizofreni tanılı hastalarda çalışan hasta sıklığı anlamlı olarak düşük tespit edildi ($p>0,001$). Şizofreni, başlangıcından sonraki ilk birkaç yılda psikososyal işlevselliğin belirgin olarak bozulduğu bir hastalıktır (74). Bhugra ve arkadaşları Londra'-daki şizofreni hastası olan Afrikalılarda işsizlik oranını, genel popülasyona göre oldukça yüksek (%80) bulmuşlardır (75) Farklı çalışmalarda hastaların %22.7'sinin ve %44.3'ünün çalışmakta olduğu bildirilmiştir (79,80). Bizim çalışmamızda ise bu oran %20 olarak bulunmuştur.

Sigara kullanımı değerlendirildiğinde şizofreni tanılı gruptan 16 hastanın (%55,2), şizofreni dışı gruptan ise 7 hastanın (%63,6) sigara kullandığı belirlendi. İki

grup arasında sigara kullanımını açısından da anlamlı bir farklılık saptanmadı ($\chi^2=0,234$ p>0,05) Yapılan çalışmalarda toplumda sigara içme oranı genel olarak %42 olup erkeklerde %62, kadınlarda ise %16 civarındadır (175). Şizofreni hastalarında ise sigara içme yaygınlığı %56-88 arasındadır (176). Çalışmamız şizofreni hastalarının genel popülasyona göre daha fazla oranda sigara içtiklerini göstermiştir. Bu bulgu literatürdeki bir diğer çalışmayla da uyumludur (71).

Psikotik bozukluk tanısı ile yatan hastaların demografik özelliklerine ve ilgili risk etkenlerine ilişkin iki çalışmada ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün sırasıyla hastaların %9.5'inde ve %28.8'inde bulunduğu gösterilmiştir (79,80). Çalışmamızda ise toplamda bu oran %77,5, şizofreni tanısı almışlarda %82,8, şizofreni dışı tanı almış olgularda ise %63,6 olarak saptanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır. Söz konusu araştırmalardan Deveci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %38.5'inin evli olduğunu, %28.8'inin eğitim düzeyinin düşük olduğunu, %40.4'ünün kentsel alanlarda büyüdüğünü, %48.1'inin kırsal kesimde ikamet ettiğini, sadece %1.9'unun üst sosyoekonomik konumda yer aldığını ve %5.8'inde doğum travması öyküsü bulunduğu bildirilmiştir (79). Bizim çalışmamızda ise hastaların %5'inin evli olduğu, %95'inin kentte yaşadığı %35'inde ise kırsal kesimden kente göç olayının olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda %7,5 oranında doğum travması öyküsü olduğu ve eğitim düzeylerinin de literatürle uyumlu şekilde düşük olduğu saptanmıştır.

Şizofren hastalarla yapılan korelasyon çalışmalarında doğum komplikasyonlarının erken başlangıçlı şizofreni ile, hastalığın süregenlik kazanmasıyla, serebral ventrikül bozukluklarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (99,100). Doğum komplikasyonları diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla karşılaştırıldığında daha çok şizofreniye özgü bulunmuştur (101). Bazı viral enfeksiyonların, belki de doğum öncesi beyin gelişimi üzerinde etkili olarak ileride şizofreniye yatkınlık oluşturabileceği üzerinde durulmuştur (105,106). Son olarak da hamileliğin ikinci trimesterinde influenza epidemisi olanlarda şizofreni riskinin arttığı saptanmıştır. Ancak maternal influenza enfeksiyonu ile şizofreninin doğrudan bağlantılı olduğunu göstermeye çalışan araştırmalar net bir sonuca varamamıştır (107). Bizim çalışmamızda gebelik ve doğum sırasında herhangi bir sorun olup olmadığı değerlendirildiğinde ise şizofreni tanılı olguların 5'inde (%17,2) gebelikleri esnasında, 3'ünde (%10,3) doğum esnasında sorun yaşandığı, şizofreni dışı gruptaki olguların ise 2'sinde (%18,2) gebelikleri esnasında

sorun yaşandığı, doğum esnasında sorun yaşanan olgu olmadığı belirlendi ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Schlosser ve ark'nın 2010'da yayınlanan çalışmalarında, klinik olarak psikoz riski yüksek 63 ergen ve genç erişkinde, aile ortamının belirtiler ve işlevsellik ile ilişkisi araştırılmıştır (108). Hem görüşme hem de kendi ifadelerine dayanarak aile ortamının hastalık belirtileri ve işlevsellik için prediktif değer olduğu ve hastanın belirttiği eleştiri düzeyinin ise prediktif değerinin en fazla olduğu ortaya konmuştur. Çalışmamızda ise olguların aile ortamlarındaki eleştirel tutum değerlendirildiğinde şizofreni tanısı almış olan hastalarda bu değer ortalama 2,92, şizofreni dışı olgularda ortalama 3,29 saptandı. Aile ortamındaki eleştirel tutum açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Şizofreni tanısı almış olan hastaların aile ortamlarındaki sıcaklık ve samimiyet değeri ortalama 6,52, şizofreni dışı tanı almış olan hastalarda ise ortalama 8,48 saptandı ve bu sonuçlar ile aile ortamındaki sıcaklık ve samimiyet açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi. Schlosser'in yaptığı çalışmadaki gibi aile içi samimiyet ve sıcaklık düzeyinin şizofreni tanısı almış grupta düşük çıkmasıyla aile ortamının hastalık belirtileri ve işlevsellik için prediktif değeri olduğu belirlenmiştir. Yine çalışmamızda aile ortamı sıcaklık samimiyet puanları ile ilk tedaviyle tedavisiz geçen, belirtilerin bulunduğu süre arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edildi. Buradan çıkacak sonuç aile ortamının tedaviye başlama süresini etkilediği ve aile içerisinde sıcaklık ve samimiyet düzeyi düşük olan hastalarda tedavinin geç başlanmasına neden olmaktadır.

5.2 Klinik Özellikler

Erken başlangıçlı şizofreni genellikle sinsi başlar ve öyküde uzun zaman önce başlayan gelişimsel ve kişilik anormallikleri bulunur. Hastalık öncesi sorunlar en yüksek oranda 12 yaş öncesinde başlayan hastalarda saptanmaktadır. Hastalık öncesi otizm ve yaygın gelişimsel bozukluklar bildirilmiştir (5,67,96,109,110). Şizofreni erişkinlerin çocukluk dönemlerine göre, erken başlangıçlı şizofrenide premorbid dönem çok daha ağır seyretmekte ve sosyal işlevlerde bozulma daha fazla görülmektedir (4,67). Yine başka bir çalışmada %40 oranında hastalık öncesi hiperaktivite, dikkat dağınıklığı, %26 oranında yaygın gelişimsel bozukluk belirtileri (ekolali, dokunmaya aşırı duyarlılık, kanat çırpma), %17 oranında davranış bozukluğu (saldırganlık, evden kaçma, yangın çıkarma) saptanmıştı (59). Premorbid anormallikler, erişkin yaşta

başlayan şizofreni ile benzerlik gösterse de, erken yaşta başlayanlarda dil bozukluğu ve otizm benzeri geçiş belirtileri ile nonspesifik belirtilerin oranı daha yüksektir (111,112,113). Okul bırakma öyküsü karşılaştırıldığında şizofreni tanılı hastalardan 27'sinin (%93,1), şizofreni dışı tanı alanlardan 7'sinin (%63,6) eğitimlerini tamamlayamadığı tespit edildi. Bu sonuçlarla şizofreni hastalarında, şizofreni dışı tanı alan hastalara göre okul bırakma öyküsü anlamlı olarak yüksek tespit edildi. Bu durum şizofreninin başlangıcından sonraki ilk birkaç yılda psikososyal işlevselliğin belirgin olarak etkilendiği bir bozukluk olmasından kaynaklanmıştır (74). Gruplar arasında DEHB bozukluğu öyküsü olan 9 olgunun (%31) şizofreni tanısı olan grupta olduğu ve bu olgulardan 2'sinin (%6,9) tedavi başvurusunda bulunduğu belirlendi. Şizofreni dışı grupta ise 1 olgunun (%9,1) DEHB öyküsü olduğu ve bu olgunun da tedavi başvurusunda bulunmadığı belirlendi. Gruplar arasında DEHB öyküsü ve tedavi başvurusu açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$). Fakat %31'lik DEHB hikayesi erken başlangıçlı şizofrenilerde literatürle uyumlu bulundu.

Bazı çalışmalar akut ve subakut (1yıldan kısa) başlangıcın yüksek oranda olduğu kaydederken (144) diğerleri sinsi başlangıcın ön planda olduğunu bildirmektedir (96,98). Hastalık öncesi öyküsü tamamen normal olup akut başlangıç (ör günler) gösterme, küçük yaştaki olgularda pek sık rastlanmaz (5). Şizofreni tanısı almış olan olgularda ilk belirtilerin başlamasından ilk hastaneye yatış tarihine kadar geçen ortalama süre 26,03 ay olarak belirlenirken, şizofreni dışı gruptaki olgularda bu süre ortalama 12,63 ay olarak belirlendi. Belirtilerin başlamasından ilk kez hastaneye yatırılmaya kadar geçen süre açısından iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$) Bizim çalışmamızın sonucu da erken başlangıçlı şizofreni de sinsi başlangıcın ön planda olduğunu bildirmektedir.

%74 çocukta sığ, künt ya da uygunsuz duygulanım, %40 çocukta ise dezorganize davranışlar görülürken, katatoni belirtilerine rastlanmamıştır (66). Duygusal küntlük gruplar arasında değerlendirildiğinde şizofreni tanısı almış 22 (%75,9), şizofreni dışı tanı almış 8 (%72,7) hastada ilk yatış belirtisi olarak saptanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Şizofreni tanısı almış grupta duygusal küntlük oranı (%72,7) ile literatürle uyumlu bulunmuştur (66).

Şizofrenili çocuklarda çağrışımların bozulması ve mantıksız düşünmeyi de içeren formal düşünce bozukluğu anlamlı oranda tespit edilmektedir (5). Bizim

çalışmamızda da şizofreni tanılı hastaların olağandışı düşünce puanı ortalama 1,58 şizofreni dışı tanılı hastaların puanı ise ortalama 0,18 olarak belirlendi ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$).

Erişkinlerde olduğu gibi erken başlangıçlı şizofrenide de özkıyım düşüncelerinin var olduğu ve bu riskin %5-15 arasında olduğu bildirilmiştir (19). Bizim çalışmamızda şizofreni tanısı alan grupta 14 (%48,3) hastada en az bir kez intihar girişimi olduğu görülmektedir. Bu oran literatüre göre yüksek çıkmıştır. Bunun nedeni çalışmaya alınmış olan hastaların daha önce hastane yatışı gerektirecek kadar yüksek seviyede psikopatolojisi olması ve böylece prognozlarının da diğer hastalara göre daha kötü olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Şizofrenik ergenlerin de ailelerinde depresyonun artmış olarak bulunduğunu saptayan çalışmalar var olmakla birlikte ailenin psikiyatrik öyküsünün, duygudurum bozuklukları için yararlı bir ayırt ettirici unsur olabileceği tartışılmıştır (5). Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık saptanan olgularda, tanılarının dağılımlarına baktığımızda şizofreni tanısı almış grupta 7 (%24,1), şizofreni dışı tanı alan grupta 3 (%27,3) olgunun ailesinde anksiyete depresyon öyküsü saptanmıştır. Grupların karşılaştırmasında ailelerinde anksiyete depresyon öyküsü açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Erken başlangıçlı şizoaffektif bozukluğun bu yaş grubunda iyi tanımlanmış bir durum olmadığı gösterilmiştir. Eggers, bir erken başlangıçlı şizofreni örneğini izlediğinde, %28'inin, ICD-9'daki (DSM-III-R iki uçlu bozukluk ve şizofreni tanılarıyla örtüşen) şizoaffektif psikoz tanısını aldıklarını tespit etmiştir (126). Diğer izlem çalışmaları ise bu oranı daha düşük bulmuşlardır (127,128). Tanılarını tekrar değerlendirdiğimiz BTA psikotik bozukluk hastalarının sadece 1 (%2,5) tanesinin şizoafektif bozukluk tanısı aldığı gözlenmiştir. Bu oran literatürle uyumlu bulunmuştur.

Uzun dönemdeki sonuçları inceleyen iki dizi çalışma vardır. Maziade ve ark. erken başlangıçlı şizofrenili 40 hastayı izlemişler (ortalama 14,8 yıl boyunca ve ortalama başlangıç yaşı 14) yalnızca 2 hastanın tam düzelmeye gösterdiğini saptamışlardır (141). Olguların büyük bölümünde (%74) orta ağır düzeyde bozukluk devam etmiştir. Sonucu en iyi belirleyen göstergelerin hastalık öncesi işlev düzeyi ve akut atak esnasındaki pozitif ve negatif belirtilerin ağırlık düzeyi olduğu tespit edilmiştir. Eggers 16 yıl boyunca çocukluk çağı şizofreni olan 57 hastayı takip etmiştir. Başlangıcın sinsi olması (4 haftadan daha uzun) ve hastalığın 12 yaşından önce başlamasının sonucun daha kötü olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (123,126,142). Röpcke ve arkadaşları ortalama şizofreni başlangıç yaşı 16 olan ergenlerde 15.4 yıllık takip çalışması

yapmıştır (143). Psikososyal ve psikopatolojik olarak en iyi prediktörün hastalığın başlangıç şekli olduğu belirlenmiştir. Kötü klinik gidişe sahip hastaların çoğunda hastalığının başlangıçları sinsi olmuştur. Çalışmamızda sinsi başlangıcın şizofreni tanısına dönüşte prediktör olabileceği anlamlı düzeyde belirlenmiştir. Sinsi başlangıcın klinik gidiş üzerindeki etkisine baktığımızda, ilk psikiyatrik yatış ile belirtilerin başladığı dönem arasındaki süre ile SANS alt ölçek ve toplam puan ortalamaları, SAPS garip davranış, pozitif formal düşünce bozukluğu, uygunsuz duygulanım alt ölçek ve toplam puan ortalamaları, CGI hastalık şiddeti ve psikiyatrye yatış sayısı, BPRS alt ölçeklerinden duygusal içe kapanma, manyerizm ve postür alma, depresif duygudurum, işbirliği kurmama, olağan dışı düşünceler, duygusal küntlük, taşkınlık ve toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuçlar kötü klinik gidişin de sinsi başlangıçla ilişkili olduğunu doğrulamaktadır. Röpcke ve arkadaşlarının çalışmasında cinsiyet, hastaneye ilk yatış süreleri ve tedavisiz geçen psikoz süreleri klinik gidiş de prediktör olarak önemli bir değer almamışlardır (143). Çalışmamızda hastaneye ilk yatış süreleri açısından bakıldığında şizofreni tanısına dönüşte önemli bir prediktör olmadığı belirlenmiştir. Tedavisiz geçen süre ortalamalarına baktığımızda ise şizofreni tanısına dönen hastalarda ortalamalar yüksek çıksa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Psikiyatrye yatış sayısı ile SAPS hezeyan alt ölçek ve toplam skor arasında; psikiyatride toplam yatış süresi ile garip (bizar) davranış alt ölçek ve toplam skor arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi. Psikiyatrye yatış sayısı ile grandiyozite, kuşkuculuk, halüsanituar davranış, olağan dışı düşünceler arasında; psikiyatrye toplam yatış süresi ile düşünce çözülmesi, grandiyozite, düşmanca duygudurum, halüsanituar davranış, olağan dışı düşünceler arasında; psikiyatrye ilk yatmasını gerektirecek atağın süresi ile depresif duygudurum puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum hastaların hastaneye yatış sayılarında pozitif belirtilerin ve bunların içerisinde de hezeyanların önemli rol oynadığını, grandiyozite, kuşkuculuk, halüsanituar davranış, olağan dışı düşüncelerin de pozitif yönde etkilediğini göstermektedir. Yine hastanede toplam yatış süresinde de pozitif bulguların ve bunlar içerisinde de garip bizar davranışın önemli rol oynadığı, düşünce çözülmesi, grandiyozite, düşmanca duygudurum, halüsanituar davranış, olağan dışı düşüncelerin de pozitif yönde etkilediği görülmektedir.

İlk epizod psikozların seyrinde şizofreniye dönüşün prediktörlerinden kötü premorbid uyum (154,159) yaşam boyu madde kötüye kullanımı (27), saldırganlık

(159) ve uzun süreli tedavisiz psikotik dönem (157-159) olabileceği çalışmalarda gösterilmiştir. Çalışmamızda hastaların ilk yatış belirtileri değerlendirildiğinde şizofreni tanısı alan grupta düşmanca davranış belirtisi ortalamaları şizofreni dışı tanı alanlara göre yüksek çıkmıştır. Sonuçta ilk yatış sırasındaki düşmanca davranım belirtisinin tanının şizofreniye dönüşmesinde predikatif bir değer olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda hastalarda belirtilerin bulunduğu ancak herhangi bir tedavinin başlanmadığı süre şizofreni tanısı almış olan olgularda ortalama 10,55 ay olarak, şizofreni dışı olgularda ise ortalama 7 ay olarak belirlendi ve bu sonuç iki grup arasında anlamlı olarak tespit edilmese de tanısı şizofreniye dönüşenlerde daha yüksek tespit edildi. Bu durum çalışmaya katılan hasta sayısından veya ailelerin süreyle ilgili bilgi verirken tutarlı olamamalarından kaynaklanıyor olabilir. Şizofreni tanısı almış olan olgularda ilk belirtilerin başlamasından ilk hastaneye yatış tarihine kadar geçen ortalama süre 26,03 ay olarak belirlenirken, şizofreni dışı gruptaki olgularda bu süre ortalama 12,63 ay olarak belirlendi. Belirtilerin başlamasından ilk kez hastaneye yatırılmaya kadar geçen süre açısından iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Bu durum EBŞ'nin sinsi başlangıç göstermesiyle açıklanabilir. Hastaların alışkanlıkları değerlendirildiğinde şizofreni tanılı gruptaki hastalardan 1'inin (%3,4), şizofreni dışı gruptaki hastalardan 2'sinin (%18,2) psikoaktif madde kullandığı belirlendi. Psikoaktif madde kullanımını açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bu durum Türkiye'de genel toplumda ve psikotik bozukluk hastaları örneklerinde esrar kötüye kullanımının göreceli olarak düşük bulunmasından kaynaklanmış olabilir (81-83).

Addington ve arkadaşları 228 (16-50 yaş aralığı) ilk epizod psikoz vakasını 1 yıl süreyle takip etmişler (127). 1 yıl sonunda şizofreni spektrumunda tanı tutarlılığı %95 saptanmış. Diğer psikotik bozukluklarda ise bu oran %62 olarak ölçülmüş. BTA Psikoz tanısında ise 1 yıl sonra tanı tutarlılığı %44 olarak bulunmuş. İlk başvuruda BTA Psikoz tanısı alıp 1 yıl sonraki değerlendirmede tanı değişikliğine uğramış gruptan %37 hastanın tanısının şizofreniye, %3 tanesinin tanısının geçici psikotik bozukluğa, %7'sinin de duygudurum bozukluğuna dönüşmüş olduğu belirlenmiştir. Sadece %3 hastanın tanı almadığı ve tamamen düzeldiği saptanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların %68'inde tanı değişmemiş, %26'sı şizofreniye dönüşmüş, %4 afektif bozukluklara, %2'side diğer psikotik bozukluklar grubuna dönüştüğü gözlenmiştir. Nicolson ve arkadaşları atipik psikoz tanısı almış 26 çocuk (ortalama yaşı, 11.6 +/- 2.7 yıl) hastayı 2 yıldan 8 yıla kadar takip etmişler (128). %50 hastanın tanı değişikliğine uğradığını ve

bu hastalardan %12'sinin şizoaffektif bozukluk, %15'inin bipolar bozukluk, %23'ünün de majör depresif bozukluk tanısı aldığını gözlemlemiştir. Takip sonrasında hastaların %50'sinin ise tekrar BTA psikoz tanısı aldığı ve çoğu psikotik belirtilerinin kaybolduğu saptanmıştır. Başlangıçta yüksek seviyedeki psikopatoloji, düşük bilişsel kapasite ve hareket bozuklukları kötü gidişle ilişkili bulunmuştur. Obstetrik komplikasyonlar, eğitim seviyesi ve aile öyküsünde gruplar açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (128). Schwartz ve ark.nın erişkin hastalarda ilk atak psikozun 2 yıl takibini içeren çalışmalarında şizofreni, bipolar bozukluk ve major depresyon tanılarının sürekliliklerinin yüksek olduğu, tanı sürekliliğinin başka türlü adlandırılmayan psikotik bozuklukta %44, şizoafektif bozuklukta %36 ve kısa psikotik bozuklukta %27 olarak bulunduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda ise hastaların çalışma yapıldığı dönemde DSM-IV-TR tanı dağılımları incelendiğinde 29 (%72,5) hastada şizofreni, 5 (%12,5) hastada bipolar bozukluk, 3 (%7,5) hastada BTA psikotik bozukluk, 1 (%2,5) hastada şizoafektif bozukluk saptandı. Çalışmaya alınan 2 (%5,0) hastada psikiyatrik tanı saptanmadı ve tamamen düzeldiği belirlendi. Bizim çalışmamızda BTA psikoz tanı tutarlılığının düşük olması ve şizofreniye dönüşün yüksek olması hastaların ergen olmasından ve sonucunda stigmatizasyon nedeniyle şizofreni tanısından kaçınmaya bağlı olabilir. Addington ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikotik bozukluklardan şizofreniye dönüşte ise, şizofreni tanısına dönüşmeyenlere göre pozitif belirtiler daha yüksek oranda bulunmuş. Yine yaşam kalitesi de anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Şizofreniformdan şizofreniye dönüşte ise pozitif belirtiler, kötü premorbid uyum, yaşam kalitesindeki düşük skorlar ve uzun süreli tedavisiz geçen psikotik dönem etkili bulunmuştur (127). Çalışmamızda hastaların toplam SAPS puanları karşılaştırıldığında şizofreni tanısı almış olan olguların şizofreni dışı tanı alanlara göre anlamlı derecede yüksek çıktığı saptanmıştır ($p<0,001$). Çalışmamızda şizofreni tanısına dönüşte şizofreni tanısı almayan hastalara göre tedavisiz geçen psikotik dönem ortalamaları yüksek çıksa da istatistiksel olarak anlam teşkil etmemiştir. Çalışmamızda yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde fiziksel rol güçlüğü sonuçlarında şizofreni tanısı alan grupta ortalama puan $5,27\pm 1,70$ şizofreni dışı tanı alan grupta ortalama puan $6,63\pm 1,62$ olarak tespit edildi. Fiziksel rol güçlüğü bakımından şizofreni tanısı alan grubun ortalama puanları, şizofreni dışı tanı alan gruba göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durum da şizofreni tanısı alanlarda yaşam kalitesi skorlarının düşükliğini göstermektedir.

Valevski ve ark.nın 2001'de yayınladığı 15-19 yıllık retrospektif çalışmalarında, ergen hastaların ikinci başvuruda aldıkları tanıların ilk başvurudakine göre daha güvenilir olduğu gösterilmiştir (160). Hastanede yatış sayısı prognozla ters orantılı olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da CGI hastalık şiddeti ile psikiyatriye yatış sayısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi. Yine çalışmamızda psikiyatriye yatış sayısı ile grandiyozite, kuşkuculuk, halusinatuvar davranış ve olağan dışı düşünceler arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tanının şizofreni spektrumuna dönmesinin yatışın yapıldığı kurumla ilgili özellikler (şizofreni tanısı, uzun süreli yatış ve taburculukta verilen antipsikotik tedavi), yatış öncesi özellikler (başvurudan 3 ay önce psikotik olma, madde kullanım öyküsü vb.) ve negatif belirtilere bağlı olduğu Schwartz ve arkadaşlarının çalışmasında gösterilmiştir (27). Çalışmamızda hastaların hastanede yatış süreleri incelendiğinde şizofreni tanısı almış olanların toplam yatış süresinin, hastanedeki ilk yatışlarının ortalama süresinin ve tedavisiz geçen psikotik dönemlerinin daha uzun olduğu fakat iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Hastaların ilk kez hastaneye yatmalarını gerektiren atağın süresi ve ilk belirtilerin başlamasından ilk hastaneye yatış tarihine kadar geçen ortalama süreleri karşılaştırıldığında ise şizofreni tanısı ile izlenen gruptaki hastalarda anlamlı derecede yüksek çıktığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Toplam SANS puanları karşılaştırıldığında ise şizofreni tanısı almış olan olgularda skorların yüksekliği ileri derecede anlamlı saptanmıştır ($p<0,001$).

Cannon ve ark. prodromal belirtiler için yapılandırılmış görüşme ölçütlerini karşılayan 291 prodromal psikoz hastasının 2,5 yıllık takibini ve psikoz geçirdiği dönemdeki değerlendirmelerini içeren çalışmalarında prodrom belirtilerinin psikoza dönüşme riskinin %35 olduğunu ve beş özelliğin prediktif özelliği olduğunu göstermiştir: 1. Yeni başlayan işlevsellik kaybı. 2. Olağan dışı düşünce içeriği 3. Şüphencilik, paranoya 4. Sosyal işlevsellikte bozulma 5. Madde kullanım öyküsü (163). Çalışmamızda da tanısı şizofreni spekturumuna dönen hastalarda olağandışı düşünce puanı ortalama 1,58 şizofreni dışı tanılı hastaların puanı ise ortalama 0,18 olarak belirlendi ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Kuşkuculuk puanı şizofreni tanılı hastalarda ortalama 2,86 şizofreni dışı hastalarda ortalama 0,72 olarak belirlendi. İki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi. ($p<0,001$).

Hollis'in çalışmasında çocukluk ve ergenlikte başlayan psikotik bozuklukların ortalama 11 yıllık takibinde şizofreni ve afektif bozuklukta tanı sürekliliği yüksek iken şizoafektif bozukluk ve atipik psikozun tanı sürekliliğinin çok daha düşük olduğu gösterilmiştir (26). Ergenlik döneminde atipik psikoz tanısı almış 7 hastadan hiçbirisi erişkin dönemde aynı tanıyla izlenmemiştir. Sonuçlar ergenlik döneminde tanı alan şizofreni olgularının yüksek olasılıkla aralıksız devam edecek bir hastalık süreci içerisine girdiklerini göstermektedir. Şizofreni tanısı koyulmuş olguların sadece %12'si izlemde tam remisyona girerken şizofreni tanısı koyulmamış olan psikotik olguların %52'sinin tam remisyona girdiklerini göstermektedir. Erken başlangıçlı psikozların, diğer psikozlara göre belirgin oranda kötü gidişata sahip oldukları gözlenmektedir. Çalışmamızda da hastalık şiddetinin şizofreni tanısı alan grupta anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir. Klinik izlemde erken başlangıçlı şizofreni olgularında diğer psikozlara göre daha fazla negatif ve pozitif semptomların gözleendiği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da şizofreni tanısı alan grupta BPRS, SANS, SAPS toplam puanları, şizofreni tanısı almayanlara göre ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

Tablo 31:Çalışmamızda tanıların şizofreni spektrumuna kaymasında etkili olan faktörler

	Şizofreni tanısı alan olgular	Şizofreni dışı olgular	
Eğitim yılı	7,48 (yıl)	9,72 (yıl)	p<0,005
Okul bırakma oranı	%93,1	%63,6	p<0,005
İşlevsellik düzeyi	%6,9	%54,5	p<0,001
İlk yatışı gerektiren psikotik atak süresi	37,37 (gün)	19,63 (gün)	p<0,005
Belirti başlangıcı ile ilk yatış arası süre	26,03 (ay)	12,63 (ay)	p<0,005
Aile ortamı samimiyet ve sıcaklık düzeyi	6,52	8,48	p<0,005
İlk yatış belirtilerinde düşmanca davranış	%82,8	%45,5	p<0,005

ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI:

Çalışmaya katılmayı kabul eden olguların tedavi ihtiyacı olan ve aile desteği devam eden gruptan olması, koruyucu faktörlerin etkilerinin dışlanamamış olması çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Yine hasta sayısının az olması, akut atak ve kronik hastaların tümünü kapsıyor olması çalışmamızın kısıtlılığı olduğundan, çalışmanın sonuçları daha büyük ve homojen bir hasta grubu ile yapılacak araştırmalar ile desteklenmesi gerekmektedir. Hastaların hastaneye yattığı dönemde aldıkları tanıların SCID kullanılarak konulamaması da bir kısıtlılıktır.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

BTA Psikoz tanısı ile 2006-2010 yılları arasında taburcu olan ergenlerin ortalama $25,5 \pm 12,84$ ay süre sonunda, tekrar yapılan klinik değerlendirmesinde 29 (%72,5) hastada şizofreni, 5 (%12,5) hastada bipolar bozukluk, 3 (%7,5) hastada BTA psikotik bozukluk, 1 (%2,5) hastada şizoafektif bozukluk saptandı. Çalışmaya alınan 2 (%5,0) hastada psikiyatrik tanı saptanmadı. Tanının şizofreni spektrumuna kaymasında eğitim düzeyinin düşüklüğü, okul bırakma oranlarının yüksekliği, işlevsellik düzeyinin düşüklüğü, ilk yatışı gerektiren atak süresinin yüksek oluşu, belirti başlangıcı ile ilk yatış arasındaki sürenin yüksekliği, aile ortamı samimiyet ve sıcaklık düzeyinin düşüklüğü, negatif ve pozitif belirtilerin çokluğu, hastalık şiddeti, duygusal içe kapanma, suçluluk duyguları, depresif duygudurum, kuşkuculuk, işbirliği kurmama, olağan dışı düşünce, duygusal küntlük, fiziksel rol güçlüğü, ilk yatış belirtilerinde düşmanca davranış anlamlı düzeyde etkili bulunmuştur.

Çocukluk ve ergenlik çağının ender görülen bozukluklarından biri olan şizofreni, çocuğun sürekli gelişimini sürdürmesi nedeni ile değerlendirmede ve tanı koymada duyarlı olmamızı zorunlu kılmaktadır. Gelişimin her döneminde var olan özelliklerin bilinip, bulguların, özenle ayırılmasına gereksinim vardır.

Genellikle klinisyen ve ailelerin, şizofrenik çocukların tedavisini ayaktan sürdürmeyi tercih etmelerine karşın, özellikle ilk atak sırasında tanısız değerlendirmelerin yapılması ve tedavinin planlanıp tedaviye uyumun denetlenebilmesi için dört haftayı geçmeyen kısa süreli hastaneye yatışların yararlı olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında, psikiyatrik tanı ve sınıflandırma ile ilgili tutumlardaki farklılıklar giderek azalmaktadır. Bozukluğun sıklığı, genetik geçişi, ortaya çıkmasına neden olan ya da koruyucu olan etkenler, ilaç dışı tedaviler, hastaneye yatırma ya da yeni antipsikotik ilaçların çocuk ve ergenlerde kullanımına ilişkin yapılacak araştırma sonuçları yanında, ilaç ve ilaç dışı tedavi yöntemlerinin birlikte kullanıldığı araştırmaların da yapılmasına gereksinim vardır. Erişkin hastalarla yapılan araştırmalarda bozukluğun tedavisinde kullanılan ilaçların oluşturacağı etkiler ve elde edilen bulguların zaman içindeki değişimi gibi karıştırıcı

etkenler şizofreninin nedenleri, kliniği ya da tedavisine ilişkin sonuçları etkilemektedir. Bu nedenlerle ocuk ve ergenlik döneminde şizofreni tanısı konan bireylerle yapılacak araştırma sonuçları doğrudan bozukluğa ilişkin bilgileri verebilmesi açısından son derece önemli olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1) Tyano S. and Apter A. Adolescent psychosis and eight-year follow-up. In A. Z. Schwartzberg (Ed.). *International Annals of Adolescent Psychiatry*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988; 317-324.
- 2) Fennig S, Kovaszany B, Rich C, Ram R, Pato C, Miller A, Rubenstein J, Carlson G, Schwartz JE, Phelan J, Lavelle J, Craig T, Bromet E: Six-month stability of psychiatric diagnoses in first-admission patients with psychosis. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1200-1208.
- 3) Saddock BJ, Saddock VA. *Klinik Psikiyatri*. Aydın H, Bozkurt A(Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2007, 1542-1544.
- 4) Asarnow Asarnow RF, Asarnow JR. Childhood-onset schizophrenia: editors' introduction *Schizophr Bull*. 1994; 20: 591-597.
- 5) Saddock BJ, Saddock VA. *Klinik Psikiyatri*. Aydın H, Bozkurt A(Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2007, 3307-3315.
- 6) Zigler E, Levine J. Age on the first hospitalization of schizophrenia. *J Abnorm Psychology*, 1981; 90: 458-467.
- 7) Uslu R, Demirergi N (1995) Çocukluk başlangıçlı şizofreni: I. Epidemiyoloji, klinik belirtiler ve tanı sorunu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 1995; 2: 164-174.
- 8) Öy B, Gürsoy Rezaki B Erken başlangıçlı şizofreni. *Psikiyatri Temel Kitabı 2, C Güleç, E Köroğlu (Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1998; 1195-1200.*
- 9) Şenol S, Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Şizofreni: Klinik Özellikler Şizofreni Dizisi 1999; 2(1): 14-27.
- 10) Silverstein S, Uhlhaas PJ, Essex B, Halpin S, Schall U, Carr V. Perceptual organization in first episode schizophrenia and ultra-high-risk states. *Schizophr Res*. 2006; 83: 41-52.
- 11) Compton MT, Gordon TL, Goulding SM, Esterberg ML, Carter T, Leiner AS, Weiss PS, Druss BG, Walker EF, Kaslow NJ. Patient-level predictors and clinical correlates of duration of untreated psychosis among hospitalized first-episode patients. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72: 225-232.
- 12) Black K, Peters L, Rui Q, Milliken H, Whitehorn D, Kopala LC. Duration of untreated psychosis predicts treatment outcome in an early psychosis program. *Schizophr Res*. 2001; 47: 215-222.

- 13) Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, Gervin M, McTigue O, Kinsella A, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan E. Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *Br J Psychiatry*. 2009; 194: 18-24.
- 14) Saravanan B, Jacob KS, Johnson S, Prince M, Bhugra D, David AS. Outcome of first-episode schizophrenia in India: longitudinal study of effect of insight and psychopathology. *Br J Psychiatry*. 2010; 196: 454-459.
- 15) Tsuang MT, Woolson RF, Winokur G, Crowe RR. Stability of psychiatric diagnosis. Schizophrenia and affective disorders followed up over a 30- to 40-year period. *Arch Gen Psychiatry*. 1981; 38: 535-539.
- 16) Mason P, Harrison G, Croudace T, Glazebrook C, Medley I. The predictive validity of a diagnosis of schizophrenia. A report from the International Study of Schizophrenia (ISoS) coordinated by the World Health Organization and the Department of Psychiatry, University of Nottingham. *Br J Psychiatry*. 1997; 170: 321-327.
- 17) Helzer JE, Brockington IF, Kendell RE. Predictive validity of DSM-III and Feighner definitions of schizophrenia. A comparison with research diagnosis criteria and catego. *Arch Gen Psychiatry*. 1981; 38: 791-797.
- 18) McGlashan TH. Testing four diagnostic systems for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1984; 41: 141-144.
- 19) Werry JS, McClellan JM, Chard L. Childhood and adolescent schizophrenic, bipolar, and schizoaffective disorders: a clinical and outcome study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991; 30: 457-465.
- 20) Beitchman JH. Childhood schizophrenia. A review and comparison with adult-onset schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. 1985; 8: 793-814.
- 21) Burd L, Kerbeshian J. A North Dakota prevalence study of schizophrenia presenting in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987; 26: 347-350.
- 22) Mojtabai R, Susser ES, Bromet EJ. Clinical characteristics, 4-year course, and DSM-IV classification of patients with nonaffective acute remitting psychosis. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 2108-2115.
- 23) Peralta V, Cuesta MJ. The nosology of psychotic disorders: a comparison among competing classification systems. *Schizophr Bull*. 2003; 29: 413-425.
- 24) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author, (1994).

- 25) Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
- 26) Hollis C. Adult outcomes of child- and adolescent-onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 1652-1659.
- 27) Schwartz JE, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Carlson G, Craig T, Galambos N, Lavelle J, Bromet EJ. Congruence of diagnoses 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57: 593-600.
- 28) Whitty P, Clarke M, McTigue O, Browne S, Kamali M, Larkin C, O'Callaghan E. Diagnostic stability four years after a first episode of psychosis. *Psychiatr Serv*. 2005; 56: 1084-1088.
- 29) WHO: ICD-10 Ruhsal ve Davranış Bozukluklar Sınıflandırması. Çeviri: Öztürk O, Uluğ B (eds). *Medikomat*, Ankara 1993; 143-153..
- 30) Serretti A, Rietschel M, Lattuada E, Krauss H, Schulze TG, Müller DJ, Maier W, Smeraldi E. Major psychoses symptomatology: factor analysis of 2241 psychotic subjects. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001; 251: 193-198.
- 31) Kendler KS, Walsh D. Schizophreniform disorder, delusional disorder and psychotic disorder not otherwise specified: clinical features, outcome and familial psychopathology. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 91: 370-378.
- 32) Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Depend*. 2003; 20; 71: 37-48.
- 33) Wright HH, Cole EA, Batey SR, Hanna K. Phencyclidine-induced psychosis: eight-year follow-up of ten cases. *South Med J*. 1988; 81: 565-567.
- 34) Koseki T, Nabeshima T. Phencyclidine abuse, dependence, intoxication, and psychosis. *Nippon Rinsho*. 2010; 68: 1511-1515.
- 35) Johnsen E, Jørgensen HA. Effectiveness of second generation antipsychotics: a systematic review of randomized trials. *BMC Psychiatry*. 2008; 8: 31.
- 36) Blumenthal SJ. Youth suicide: risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. *Psychiatr Clin North Am*. 1990; 13(3): 511-556.
- 37) Werry JS, McClellan JM. Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31: 147-150.
- 38) Aysev AS, Taner YI, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 2007, 347-359.

- 39) Kolvin I. Studies in the childhood psychoses. I. Diagnostic criteria and classification. *Br J Psychiatry*. 1971; 118: 381-384.
- 40) Cheung C, Yu K, Fung G, Leung M, Wong C, Li Q, Sham P, Chua S, McAlonan G. Autistic disorders and schizophrenia: related or remote? An anatomical likelihood estimation. *PLoS One*. 2010; 18 ;5.
- 41) Pinkham AE, Hopfinger JB, Pelphrey KA, Piven J, Penn DL. Neural bases for impaired social cognition in schizophrenia and autism spectrum disorders. *Schizophr Res*. 2008; 99: 164-175.
- 42) Green WH, Padron-Gayol M, Hardesty AS, Bassiri M. Schizophrenia with childhood onset: a phenomenological study of 38 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31: 968-976.
- 43) McKenna K, Gordon CT, Lenane M, Kaysen D, Fahey K, Rapoport JL. Looking for childhood-onset schizophrenia: the first 71 cases screened. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33: 636-644.
- 44) Carlson GA, Strober M. Manic-depressive illness in early adolescence. A study of clinical and diagnostic characteristics in six cases. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1978; 17: 138-153.
- 45) Ballenger JC, Reus VI, Post RM. The "atypical" clinical picture of adolescent mania. *Am J Psychiatry*. 1982; 139 :602-606.
- 46) Joyce PR. Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as schizophrenia. *Psychol Med*. 1984; 14 :145-149.
- 47) Jacobsen LK, Rapoport JL. Research update: childhood-onset schizophrenia: implications of clinical and neurobiological research. *J Child Psychol Psychiatry*. 1998; 39: 101-113.
- 48) Armenteros JL, Fennelly BW, Hallin A, Adams PB, Pomerantz P, Michell M, Sanchez LE, Campbell M. Schizophrenia in hospitalized adolescents: clinical diagnosis, DSM-III-R, DSM-IV, and ICD-10 criteria. *Psychopharmacol Bull*. 1995; 31: 383-387.
- 49) Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. E Köroğlu (Çev.), dördüncü baskı, 2. cilt, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994;337-363.
- 50) Güz H: Şizofreni ve cinsiyet. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1: 180-185.
- 51) Riecher-Rössler A, Häfner H. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2000;(407):58-62.

- 52) Cetingök M, Chu CC, Park DB. The effect of culture on the sex differences in schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*. 1990; 36: 272-279.
- 53) Tien AY, Eaton WW. Psychopathologic precursors and sociodemographic risk factors for the schizophrenia syndrome. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49: 37-46.
- 54) Takahashi S, Matsuura M, Tanabe E, Yara K, Nonaka K, Fukura Y, Kikuchi M, Kojima T. Age at onset of schizophrenia: gender differences and influence of temporal socioeconomic change. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2000; 54: 153-156.
- 55) Usall J, Araya S, Ochoa S, Busquets E, Gost A, Márquez M; Assessment Research Group in Schizophrenia (NEDES). Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Compr Psychiatry*. 2001; 42: 301-305.
- 56) Gangadhar BN, Panner Selvan C, Subbakrishna DK, Janakiramaiah N. Age-at-onset and schizophrenia: reversed gender effect. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 105: 317-319.
- 57) Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009; 374: 635-645.
- 58) Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay PE. Symptom development in childhood onset schizophrenia. *J Child Psychol Psychiatry*. 1988; 29: 865-878.
- 59) Russell AT, Bott L, Sammons C. The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989; 28: 399-407.
- 60) Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005; 2(5): 141.
- 61) McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med*. 2004; 2: 13.
- 62) Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60: 565-571.
- 63) Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1993; 162: 80-86.
- 64) Güz H, Dilbaz N: Erken başlangıçlı ve yetişkin tip şizofrenide klinik belirtiler. *Yeni Symposium* 2001; 39: 155-159.
- 65) Thomsen PH. Schizophrenia with childhood and adolescent onset--a nationwide register-based study. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 94(3):187-193.
- 66) Russell AT. The clinical presentation of childhood-onset schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1994; 20: 631-646.

- 67) Werry JS. Child and adolescent (early onset) schizophrenia: a review in light of DSM-III-R. *J Autism Dev Disord.* 1992; 22: 601-624.
- 68) McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994; 33: 616-635.
- 69) Fish B. Neurobiologic antecedents of schizophrenia in children. Evidence for an inherited, congenital neurointegrative defect. *Arch Gen Psychiatry.* 1977; 34: 1297-1313.
- 70) Angermeyer MC, Goldstein JM, Kuehn L. Gender differences in schizophrenia: rehospitalization and community survival. *Psychol Med.* 1989; 19: 365-382.
- 71) Evren B, Evren C, Karamustafalıoğlu N, Tomruk N, Alpay N: Şizofrenili hastalarda cinsiyet farklılığı: Sosyodemografik ve klinik açıdan karşılaştırma. *Türkiye’de Psikiyatri* 2002; 2-3: 114-124.
- 72) Doğan O: Şizofrenik bozuklukların epidemiyolojisi. O Doğan (Ed): *Psikiyatrik Epidemiyoloji’de.* Ege PsikiyatriYayınları, İzmir, 2002,15-34.
- 73) Walker E, Bettles BA, Kain EL, Harvey P. Relationship of gender and marital status with symptomatology in psychotic patients. *J Abnorm Psychol.* 1985; 94: 42-50.
- 74) Karamustafalıoğlu N, Tomruk N, Alpay N: Şizofrenide cinsiyet farklılıkları: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam* 1998; 11: 22-32.
- 75) Bhugra D, Hilwig M, Mallett R, Corridan B, Leff J, Neehall J, Rudge S. Factors in the onset of schizophrenia: a comparison between London and Trinidad samples. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 101: 135-141.
- 76) Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence--conditional on genetic risk. *Schizophr Bull.* 2005; 31: 795-799.
- 77) Köroğlu MA, Bilici M, Bekaroğlu M ve ark. Trabzon ili şizofreni prevalansı ve ilişkili sosyodemografik ve klinik özellikler. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, Trabzon,1999, 371-377.
- 78) McGrath J, Scott J. Urban birth and risk of schizophrenia: a worrying example of epidemiology where the data are stronger than the hypotheses. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2006; 15: 243-246.
- 79) Deveci A, Danacı AE, Gürlek E ve ark. Psikiyatri kliniğinde yatarak izlenen şizofreni hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi,* 2005; 13: 49-53.

- 80) Vardar E, Çalıyurt O, Tuđlu C ve ark. Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın 1990 yılından bu yana günümüze ve 1999 yılında yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik ve tedavi özelliklerinin değerlendirilmesi. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Bildiri Özetleri Kitabı, Edirne, 2000, 751-761.
- 81) Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G ve ark. Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2004; 39: 502-506.
- 82) Akvardar Y, Tümöklü M, Akdede BB ve ark. Bir üniversite hastanesinde şizofrenik bozukluğu olan hastalarda madde kullanımı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004; 14: 191-197.
- 83) Uzun O, Cansever A, Basoğlu C, Ozşahin A. Smoking and substance abuse in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up study in Turkey. Drug Alcohol Depend. 2003; 70: 187-192.
- 84) Ögel K, Çorapçioğlu A, Sır A ve ark. (2004) Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Derg, 15: 112-118.
- 85) Türkcan A, Özgen G, Solmaz D Bir ergen ve genç erişkin psikiyatri servisine yatan hastaların tanılarının cinsiyete göre karşılaştırılması. 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Antalya, 2008.
- 86) Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 337-349.
- 87) Isohanni M, Lauronen E, Moilanen K, Isohanni I, Kemppainen L, Koponen H, Miettunen J, Mäki P, Räsänen S, Veijola J, Tienari P, Wahlberg KE, Murray GK. Predictors of schizophrenia: evidence from the Northern Finland 1966 Birth Cohort and other sources. Br J Psychiatry Suppl 2005; 48: 4-7.
- 88) Weinberger DR. From neuropathology to neurodevelopment. Lancet. 1995; 346: 552-557.
- 89) Murray RM, Lewis SW. Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? Br Med J (Clin Res Ed). 1987; 295: 681-682.
- 90) Isohanni M, Murray GK, Jokelainen J, Croudace T, Jones PB. The persistence of developmental markers in childhood and adolescence and risk for schizophrenic psychoses in adult life. A 34-year follow-up of the Northern Finland 1966 birth cohort. Schizophr Res. 2004; 71(2-3): 213-225.
- 91) Akbarian S, Bunney WE Jr, Potkin SG, Wigal SB, Hagman JO, Sandman CA, Jones EG. Altered distribution of nicotinamide-adenine dinucleotide phosphate-diaphorase cells in frontal lobe of schizophrenics implies disturbances of cortical development. Arch Gen Psychiatry. 1993; 50: 169-177.

- 92) Fish B, Marcus J, Hans SL, Auerbach JG, Perdue S. Infants at risk for schizophrenia: sequelae of a genetic neurointegrative defect. A review and replication analysis of pandysmaturation in the Jerusalem Infant Development Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49: 221-235.
- 93) Garner B, Pariante CM, Wood SJ, Velakoulis D, Phillips L, Soulsby B, Brewer WJ, Smith DJ, Dazzan P, Berger GE, Yung AR, van den Buuse M, Murray R, McGorry PD, Pantelis C. Pituitary volume predicts future transition to psychosis in individuals at ultra-high risk of developing psychosis. *Biol Psychiatry*. 2005; 58: 417-423.
- 94) Velakoulis D, Wood SJ, Wong MT, McGorry PD, Yung A, Phillips L, Smith D, Brewer W, Proffitt T, Desmond P, Pantelis C. Hippocampal and amygdala volumes according to psychosis stage and diagnosis: a magnetic resonance imaging study of chronic schizophrenia, first-episode psychosis, and ultra-high-risk individuals. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63: 139-149.
- 95) Vyas NS, Patel NH, Puri BK. Neurobiology and phenotypic expression in early onset schizophrenia. *Early Interv Psychiatry*. 2011; 5: 3-14.
- 96) Eggers C, Bunk D. [Early development of childhood-onset schizophrenia]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2009; 77(10): 558-567.
- 97) Cacabelos R, Martínez-Bouza R. Genomics and Pharmacogenomics of Schizophrenia. *CNS Neurosci Ther*. 2010.
- 98) Seshadri AJ, Hayashi-Takagi A. Gene manipulation with stereotaxic viral infection for psychiatric research: spatiotemporal components for schizophrenia. *Prog Brain Res*. 2009; 179: 17-27.
- 99) McNeil TF, Kaji L. Obstetric factors in the development of schizophrenia. *The Nature of Schizophrenia*. LC Wynne (Ed), New York, John Wiley, 1978; 40-409.
- 100) Owen MJ, Lewis SW, Murray RM. Obstetric complications and schizophrenia: a computed tomographic study. *Psychol Med*. 1988; 18: 331-339.
- 101) Lewis SW, Murray RM. Obstetric complications, neurodevelopmental deviance, and risk of schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 1987; 21: 413-421.
- 102) Werry JS, Taylor E. Schizophrenic and allied disorders. *Child and Adolescent Psychiatry*, 3. Baski, M Rutter, E Taylor (Ed), Hersov, 1994, 594-615.
- 103) Clarke MC, Harley M, Cannon M. The role of obstetric events in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2006; 32: 3-8.

- 104) McNeil TF, Cantor-Graae E, Weinberger DR. Relationship of obstetric complications and differences in size of brain structures in monozygotic twin pairs discordant for schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 203-212.
- 105) Bradbury TN, Miller GA. Season of birth in schizophrenia: a review of evidence, methodology, and etiology. *Psychol Bull*. 1985; 98: 569-594.
- 106) Pulver AE, Brown CH, Wolyniec P, McGrath J, Tam D, Adler L, Carpenter WT, Childs B. Schizophrenia: age at onset, gender and familial risk. *Acta Psychiatr Scand*. 1990; 82: 344-351.
- 107) Eaton WW. Update on the epidemiology of schizophrenia. *Epidemiol Rev*. 1991; 13: 320-328.
- 108) Schlosser DA, Zinberg JL, Loewy RL, Casey-Cannon S, O'Brien MP, Bearden CE, Vinogradov S, Cannon TD. Predicting the longitudinal effects of the family environment on prodromal symptoms and functioning in patients at-risk for psychosis. *Schizophr Res*. 2010; 118(1-3): 69-75.
- 109) Sprong M, Becker HE, Schothorst PF, Swaab H, Ziermans TB, Dingemans PM, Linszen D, van Engeland H. Pathways to psychosis: a comparison of the pervasive developmental disorder subtype Multiple Complex Developmental Disorder and the "At Risk Mental State". *Schizophr Res*. 2008; 99(1-3): 38-47.
- 110) Waddington JL. Neurodynamics of abnormalities in cerebral metabolism and structure in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1993; 19: 55-69.
- 111) Häfner H, Hambrecht M, Löffler W, Munk-Jørgensen P, Riecher-Rössler A. Is schizophrenia a disorder of all ages? A comparison of first episodes and early course across the life-cycle. *Psychol Med*. 1998; 28: 351-365.
- 112) Hollis C. Child and adolescent (juvenile onset) schizophrenia. A case control study of premorbid developmental impairments. *Br J Psychiatry*. 1995; 166: 489-495.
- 113) Alaghband-Rad J, McKenna K, Gordon CT, Albus KE, Hamburger SD, Rumsey JM, Frazier JA, Lenane MC, Rapoport JL. Childhood-onset schizophrenia: the severity of premorbid course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34(10): 1273-1283.
- 114) King RA: Childhood-Onset Schizophrenia: Development and Pathogenesis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1994; 3: I-13.
- 115) McClellan JM, Werry JS, Ham M. A follow-up study of early onset psychosis: comparison between outcome diagnoses of schizophrenia, mood disorders, and personality disorders. *J Autism Dev Disord*. 1993; 23: 243-262.

- 116) Del Beccaro MA, Burke P, McCauley E. Hallucinations in children: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988; 27: 462-465.
- 117) Egdell HG, Kolvin I. Childhood hallucinations. *J Child Psychol Psychiatry*. 1972; 13: 279-287.
- 118) Spencer EK, Campbell M. Children with schizophrenia: diagnosis, phenomenology, and pharmacotherapy. *Schizophr Bull*. 1994; 20: 713-725.
- 119) Bettes BA, Walker E. Positive and negative symptoms in psychotic and other psychiatrically disturbed children. *J Child Psychol Psychiatry*. 1987; 28: 555-568.
- 120) Fields JH, Grochowski S, Lindenmayer JP, Kay SR, Grosz D, Hyman RB, Alexander G. Assessing positive and negative symptoms in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1994; 151: 249-253.
- 121) Andreasen NC. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1982; 39: 784-788.
- 122) Russell AT. Schizophrenia. Assessment and Diagnosis of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: Current Issues and Procedures, SR Hooper ve ark. (Ed), Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1992, 23-63.
- 123) Eggers C. Course and prognosis of childhood schizophrenia. *J Autism Child Schizophr*. 1978; 8: 21-36.
- 124) Power PJ, Bell RJ, Mills R, Herrman-Doig T, Davern M, Henry L, Yuen HP, Khademy-Deljo A, McGorry PD. Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003; 37: 414-420.
- 125) Carlson GA, Fennig S, Bromet EJ. The confusion between bipolar disorder and schizophrenia in youth: where does it stand in the 1990s? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33: 453-460.
- 126) Eggers C. Schizo-affective psychoses in childhood: a follow-up study. *J Autism Dev Disord*. 1989; 19: 327-442.
- 127) Addington J, Chaves A, Addington D. Diagnostic stability over one year in first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2006; 86(1-3): 71-75.
- 128) Nicolson R, Lenane M, Brookner F, Gochman P, Kumra S, Spechler L, Giedd JN, Thaker GK, Wudarsky M, Rapoport JL. Children and adolescents with psychotic disorder not otherwise specified: a 2- to 8-year follow-up study. *Compr Psychiatry*. 2001; 42(4): 319-325.
- 129) Hornstein NL, Putnam FW. Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31: 1077-1085.

- 130) Saddock BJ, Saddock VA. Klinik Psikiyatri. Aydın H, Bozkurt A(Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2007, 3457-3469.
- 131) Remschmidt H, Theisen FM. Schizophrenia and related disorders in children and adolescents. *J Neural Transm Suppl.* 2005; 69: 121-141.
- 132) Konstanteras MM, Hewitt T. Autistic disorder and schizophrenia: Diagnostic overlaps. *J Autism Dev Disord* 2001, 31, 19-28.
- 133) Blackshaw AJ, Kinderman P, Hare DJ, Hatton C. Theory of mind, casual attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism* 2001, 5(2): 147-163.
- 134) Abell F, Hare DJ. An experimental investigation of the phenomenology of delusional beliefs in people with Asperger syndrome. *Autism* 2005, 9: 515-531.
- 135) Lord C, Rutter M. Autism and pervasive developmental disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L, editors. *Child and Adolescent Psychiatry.* 3rd ed. Oxford: Blackwell Science; 1994, 569-593.
- 136) Steinberg D: *Psychotic and Other Severe Disorders in Adolescence.* Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches. Ed: Michael Rutter, Lionel Hersov. Blackwell Scientific Publications, 1985; 567-583.
- 137) Hill J, Rutter M. Personality disorder. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L, editors. *Child and Adolescent Psychiatry.* 3rd ed. Oxford: Blackwell Science; 1994; 688-696.
- 138) Andréasson S, Allebeck P, Engström A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet.* 1987; 2: 1483-1486.
- 139) Paparelli A, Di Forti M, Morrison PD, Murray RM. Drug-induced psychosis: how to avoid star gazing in schizophrenia research by looking at more obvious sources of light. *Front Behav Neurosci.* 2011, 17; 5: 1.
- 140) Volkmar FR. Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996; 35: 843-851.
- 141) Maziade M, Bouchard S, Gingras N, Charron L, Cardinal A, Roy MA, Gauthier B, Tremblay G, Côté S, Fournier C, Boutin P, Hamel M, Mérette C, Martinez M. Long-term stability of diagnosis and symptom dimensions in a systematic sample of patients with onset of schizophrenia in childhood and early adolescence. II: Postnegative distinction and childhood predictors of adult outcome. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 371-378.

- 142) Eggers C, Bunk D. The long-term course of childhood-onset schizophrenia: a 42-year followup. *Schizophr Bull.* 1997; 23: 105-117.
- 143) Röpcke B, Eggers C. Early-onset schizophrenia: a 15-year follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2005; 14: 341-350.
- 144) Eggers C, Klupal M. Diagnostic and follow-up typological characteristics of early schizophrenia. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 1997; 65(4): 154-170.
- 145) Reichert A, Kreiker S, Mehler-Wex C, Warnke A. The psychopathological and psychosocial outcome of early-onset schizophrenia: preliminary data of a 13-year follow-up. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2008; 2(1): 6.
- 146) Gillberg IC, Hellgren L, Gillberg C. Psychotic disorders diagnosed in adolescence. Outcome at age 30 years. *J Child Psychol Psychiatry.* 1993; 34: 1173-1185.
- 147) Kao YC, Liu YP. Effects of age of onset on clinical characteristics in schizophrenia spectrum disorders. *BMC Psychiatry.* 2010; 18; 10: 63.
- 148) Spencer EK, Kafantaris V, Padron-Gayol MV, Rosenberg CR, Campbell M. Haloperidol in schizophrenic children: early findings from a study in progress. *Psychopharmacol Bull.* 1992; 28(2): 183-186.
- 149) Kumra S. The diagnosis and treatment of children and adolescents with schizophrenia. "My mind is playing tricks on me". *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2000; 9: 183-199.
- 150) Ratzoni G, Gothelf D, Brand-Gothelf A, Reidman J, Kikinzon L, Gal G, Phillip M, Apter A, Weizman R. Weight gain associated with olanzapine and risperidone in adolescent patients: a comparative prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002; 41: 337-343.
- 151) Ross RG, Novins D, Farley GK, Adler LE. A 1-year open-label trial of olanzapine in school-age children with schizophrenia. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2003; 13: 301-309.
- 152) Masi G, Liboni F. Management of schizophrenia in children and adolescents: focus on pharmacotherapy. *Drugs.* 2011; 71: 179-208.
- 153) Rund BR, Moe L, Sollien T, Fjell A, Borchgrevink T, Hallert M, Naess PO. The Psychosis Project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents. *Acta Psychiatr Scand.* 1994; 89: 211-218.

- 154) Schimmelmann BG, Conus P, Edwards J, McGorry PD, Lambert M. Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first-episode psychosis. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66: 1239-1246.
- 155) Amin S, Singh SP, Brewin J, Jones PB, Medley I, Harrison G. Diagnostic stability of first-episode psychosis. Comparison of ICD-10 and DSM-III-R systems. *Br J Psychiatry*. 1999; 175: 537-543.
- 156) Veen ND, Selten JP, Schols D, Laan W, Hoek HW, van der Tweel I, Kahn RS. Diagnostic stability in a Dutch psychosis incidence cohort. *Br J Psychiatry*. 2004; 185: 460-464.
- 157) Chang WC, Pang SL, Chung DW, Chan SS. Five-year stability of ICD-10 diagnoses among Chinese patients presented with first-episode psychosis in Hong Kong *Schizophr Res*. 2009; 115: 351-357.
- 158) Subramaniam M, Pek E, Verma S, Chan YH, Chong SA. Diagnostic stability 2 years after treatment initiation in the early psychosis intervention programme in Singapore. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007; 41(6): 495-500.
- 159) Haahr U, Friis S, Larsen TK, Melle I, Johannessen JO, Opjordsmoen S, Simonsen E, Rund BR, Vaglum P, McGlashan T. First-episode psychosis: diagnostic stability over one and two years. *Psychopathology*. 2008; 41: 322-329.
- 160) Valevski A, Ratzoni G, Sever J, Apter A, Zalsman G, Shiloh R, Weizman A, Tyano S. Stability of diagnosis: a 20-year retrospective cohort study of Israeli psychiatric adolescent inpatients. *J Adolesc*. 2001; 24: 625-633.
- 161) Castagnini A, Bertelsen A, Berrios GE. Incidence and diagnostic stability of ICD-10 acute and transient psychotic disorders. *Compr Psychiatry*. 2008; 49: 255-261.
- 162) Ghazan-Shahi S, Roberts N, Parker K. Stability/Change of DSM Diagnoses among Children and Adolescents Assessed at a University Hospital: A Cross-sectional Cohort Study. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 18: 287-289.
- 163) Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, Seidman LJ, Perkins D, Tsuang M, McGlashan T, Heinssen R. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65: 28-37.
- 164) McClellan J, McCurry C. Early onset psychotic disorders: diagnostic stability and clinical characteristics. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 8(1): 13-19.
- 165) First MB, Spitzer RL, Gibbon Misiam, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID). Washington, DC; American Psychiatric Press, 1996.

- 166) Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark.DSM-IV Eksen I Bozuklukları İin Yapılandırılmış Klinik Grüşmenin Türkeye Uyarlanması ve Gvenilirlik Çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12(4): 33-36.
- 167) Overall JE, Gorham DR: The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports 1962; 10: 799-812.
- 168) Soykan C. İnstitutional differences and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment. Master Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 1989.
- 169) Andreasen NC: Methods for assesing positive and negative symptoms. Mod Probl Pharmacopsychiatry 1990;24: 73-88.
- 170) Erkoç ř, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E: Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. Düşünen Adam 1991; 4: 20-24.
- 171) Erkoç ř, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E: Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Güvenilirliği ve Geçerliliği. Düşünen Adam 1991; 4: 14-15.
- 172) Ware JE, Sherbourne CD (1992) The MOS 36 item Short Form Health Survey (SF-36). 1.Conceptual framework and item selection. Med Care, 30; 473-483.
- 173) Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. Kısa Form-36 (KF 36) Türkçe Versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi dergisi 1999; 12: 102-106.
- 174) Guy W Early Clinical Drug Evaluation Unit (ECDEU) assessment manual for psychopharmacology. Revised. NIMH publication DHEW publ NO (Adm) 76-338. Bethesda MD: National Institute of Mental Health, 1976, 217-222.
- 175) Sönmez HM, Başak O, Camcı C: Aydın yöresinde 17 yaş üstü kitlede sigara içimi ve hipertansiyon ile birlikteliği. Ege Tıp Dergisi 2000; 39: 105-122.
- 176) Dixon L, Wohlheiter K, Thompson D: Medikal management of persons with schizophrenia. JA Lieberman, RM Murray (Eds.): Comphrensive Care of Schizophrenia'da, London, Martin Dunitz, 2001, 281-292.

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1) Adı Soyadı: 2) Cinsiyet: E/K
- 3) Doğum Yeri : 4) Doğum tarihi:
- 5) Kimlerle yaşıyor? a) yalnız b) çekirdek aile c) geniş aile d) arkadaş
- 6) Yaşadığı yer: a)kent b) köy
- 7 Ailece bölgesel yer değiştirme (göç) oldu mu?
- 8) Kaçınıcı çocuk/ toplam kardeş sayısı :
- 9) Eğitim düzeyi: Sınıf tekrarı var mı?
- 10) Okul değişikliği var mı? a) ev taşınması nedeniyle b) okulda yaşanan disiplin sorunu
c) diğer
- 11) Okulda disiplin cezası almış mı?
- 12) Okulu bırakma öyküsü var mı?
Varsa nedeni:
a) Ekonomik güçlükler nedeniyle çalışmak zorunda kalma
b) Okuldan atılma (a- madde kullanmak b-kavga etmek c- okul malına zarar vermek d- hırsızlık yapmak e-diğer)
c) Derslerde zorluk yaşama
d) Diğer
- 13) Medeni Durumu: a)bekar b)evli c)boşanmış d) diğer
- 14) İş durumu: a) çalışmıyor b) çalışıyor - yaptığı iş:
- 15) İş değiştirme a) hiç b) nadiren c) sık
- 16) Aylık toplam gelir: a) gelir yok b) 0-500 lira c) 500-1000 lira d) 1000 lira üstü

- 17) Çocuğu var mı: a) var (sayı:) b) yok
- 18) İstenen planlanan gebelik mi?
- 19) Gebelikte sorun var mı? Varsa nedeni:
- 20) Doğumda sorun oldu mu? Varsa nedeni:
- 21) Primer bakımı kim vermiş? a)anne b) büyük ebeveyn c) bakıcı d) kurum e)diğer
- 22) DEHB öyküsü var mı? Tedavi arayışı olmuş mu? Tedavi öyküsü var mı? (İlaçlı ilaçsız)
- 23) 12 yaş öncesi psikiyatrik başvuru var mı? Varsa aldığı tanı: Tedavi öyküsü var mı: (ilaçlı/ilaçsız)
- 24) İlk adet görme yaşı:
- 25) Gebelik öyküsü: a)doğum b)küretaj c)düşük
- 26) Özkıyım girişimi olmuş mu? Kaç kere? Ne şekilde? a- bilek kesisi b- ilaç içimi c-araç önüne atlama d- yüksekten atlama e- diğer
- 27)Madde kullanım öyküsü var mı? Varsa hangi maddeler: başlangıç yaşı: kullanım süresi: başlama nedeni: ilk kullandığı madde: tercih ettiği madde: bırakma girişimi var mı: tedavi başvurusu var mı:
- 28) Alkol kullanım öyküsü var mı? başlangıç yaşı: kullanım süresi: başlama nedeni: bırakma girişimi var mı: tedavi başvurusu var mı:
- 29)Sigara kullanım öyküsü var mı? başlangıç yaşı: kullanım süresi: başlama nedeni: bırakma girişimi var mı: tedavi başvurusu var mı:
- 30) Suç öyküsü var mı? a- yaralama b- öldürme c-hırsızlık d- gasp e- alkol /madde ile araba kullanma f- diğer
- 31) Ceza evi yaşantısı var mı? kaç kere? Süresi : şekli:a- nezarat b- tutuklu c- hükümlü
- 32) Askerlik yapmış mı? Hava değişimi almış mı? Askerde psikiyatrik hastalık nedeniyle başvurmuş mu? Başvurma nedeni: askerde sorun yaşamış mı? yaşamışsa nedeni: a- firar b- kavga c- made kullanımı d- diğer
- 33) İlaç kullanım öyküsü var mı?
Geçmiş kullanım : a) antipsikotik b) antideprasan c) anksiyolitik d) duygudurum dengeleyici e)diğer
Şimdi kullanım: a) antipsikotik b) antideprasan c) anksiyolitik d) duygudurum dengeleyici e)diğer
- 34) Tedaviyi bırakma girişimi var mı? varsa nedeni? a-ilaç kullanım zorluğu b- yan etkileri c- ilaç yazdırmada güçlük d- tedavi reddi e- diğer

- 35) Bilinen tıbbi hastalık öyküsü var mı?
- 36) Anne yaşı : Eğitimi: İş durumu: a- çalışmıyor b- çalışıyorsa işi
- 37) Baba yaşı : Eğitimi: İş durumu: a- çalışmıyor b- çalışıyorsa işi
- 38) Kardeşlerin iş durumu :
- 39) Anne babanın evlilik durumu: a- beraber (resmi/imam nikahı) b-ayrı
- 40) Ebeveyn kaybı var mı? a) yok b) var (anne /baba)
- 41) Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?
a- Anksiyete bozukluğu b- Depresyon c- Duygudurum Bozukluğu d- Psikotik Bozukluk e- Diğer
Hasta/ların yakınlık derecesi: a) 1. derece b) 2. derece c) Uzak akraba
- 42) Ailede intihar öyküsü var mı? yakınlık derecesi: a- a) 1. derece b) 2. derece c) Uzak akraba
- 43) Ebeveyn alkol/ madde /sigara kullanım öyküsü var mı? Varsa hangisi?:
- 44) Kardeş alkol/ madde /sigara kullanım öyküsü var mı? Varsa hangisi?:
- 45) Ebeveyn suç öyküsü var mı?: Kim? Suçu?: a- yaralama b-öldürme c- hırsızlık d- gasp e- alkol/madde ile araba kullanma f- diğer
- 46) Kardeş suç öyküsü var mı?: Kim? Suçu?: a- yaralama b-öldürme c- hırsızlık d- gasp e- alkol/madde ile araba kullanma f- diğer
- 47) Psikiyatri servisine ilk yatış tarihi ?
- 48) Psikiyatri servisine son yatış tarihi ?
- 49) Psikiyatri servisinde yatış sayısı?
- 50) Psikiyatri servisinde yatış süreleri?
- 51) İlk psikiyatri servisinde yatmasını gerektirecek atağın süresi?
- 52) İlk tedaviyle/tedavisiz geçen, belirtilerin bulunduğu süre?
- 53) İlk psikiyatrik yatış ile belirtilerin başladığı dönem arasındaki süre?
- 54) Sizce ‘ aile ortamınız içinde eleştirel tutum’ aşağıdaki gibi ‘0-10’ arasında değerlendirilirse, büyüdüğünüz aile ortamınız içinde eleştirel tutum hangi düzeydeydi?



55) Sizce ‘ aile ortamınız içinde sıcaklık ve samimiyet’ aşağıdaki gibi ‘0-10’ arasında değerlendirilirse, bŸyŸdŸđŸnŸz aile ortamınız içinde sıcaklık ve samimiyet hangi dŸzeydeydi?



EK-2

(SANS / NBDÖ) NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hasta Adı: Tarih: Değerlendiren:.....

0= Yok	1= Şüpheli	2= Hafif	3= Orta	4= Belirgin	5= Şiddetli									
DUYGULANIMSAL DÜZLEŞME VEYA KÜNTLEŞME			AVOLUTION – APATİ / İRADESİZLİK / İLGİSİZLİK İnisiyatif veya Hedefin Olmaması											
1. Değişmeyen Yüz İfadesi	0	1	2	3	4	5	14. Öz bakımı ve Temizlik	0	1	2	3	4	5	
Hastanın yüzü cansız görünür ve konuşmasının duygusal içeriğine bağlı olarak beklenenden daha az değişir.							Hastanın elbiseleri dökük saçık yada kirli olabilir, saçları yağlanmış, kendisi temizlenmeye bağlı kokuyor olabilir.							
2. Kendiliğinden Hareketlerde Azalma	0	1	2	3	4	5	15. İş veya Okulda Sebatsızlık	0	1	2	3	4	5	
Hastanın kendiliğinden hareketleri çok azalmıştır veya hiç yoktur. Konumunu değiştirmez, ekstremitelerini oynatmaz.							Hastanın iş arama ve sürdürmede, okul ödevlerini tamamlamada, evi temizlemede güçlükleri vardır. Eğer hasta hastanede yatıyorsa, örneğin toplu oyun oynama gibi koğu etkinliklerini sürdürmez.							
3. Anlamlı Jestlerin Yokluğu veya Azalması	0	1	2	3	4	5	16. Fiziksel Anergia (Hareketsizlik)	0	1	2	3	4	5	
Hasta fikirlerini ifade etmede bir yardımcı olarak vücut konumunu değiştirmez ve el jestlerini kullanmaz.							Hasta fiziksel olarak hareketsiz olma eğilimindedir. Saatlerce oturabilir ve hiçbir kendiliğinden hareket göstermez.							
4. Zayıf Göz İlişkisi	0	1	2	3	4	5	17. İradesizlik/İlgisizliğin Bütünsel Derecelendirilmesi	0	1	2	3	4	5	
Hasta göz ilişkisinden kaçınır ve konuşması esnasında bile boşluğa dalgın dalgın bakar.							Eğer özellikle belirgin ise, asıl ağırlık bir veya iki önemli belirtiyeye verilmelidir.							
5. Duygulanımsal Yanıtsızlık	0	1	2	3	4	5	ANHEDONİ-ASOSYALLİK/ZEVK ALAMAMA-	0	1	2	3	4	5	
Hasta uyarıldığında gülmez veya gülümsemez.							TOPLUMSAL İLİŞKİ KURAMAMA							
6. Uygunsuz Duygulanım	0	1	2	3	4	5	18. Oyalanıcı İlgı ve Etkinlikler	0	1	2	3	4	5	
Hastanın duygulanımı basit bir biçimde düz veya küntleşmiş olmaktan daha çok uygunsuz veya uyumsuzdur.							Hastanın ilgileri çok az veya hiç yoktur. Bu ilgilerin hem niteliği hem de niceliği dikkate alınmalıdır							
7. Sesteki Esnekliğin Eksikliği	0	1	2	3	4	5	19. Cinsel İlgi ve Etkinlik	0	1	2	3	4	5	
Hasta normal sesle ilgili vurgu kalıplarını kullanmada başarısızdır ve genellikle monoton bir							Hasta cinsel ilgi ve etkinlikte bir azalma gösterebilir							

biçimde konuşur.

veya etkin olduğunda da zevk almada bir azalma

vardır.

8. Duygulanımsal Düzleşmenin Bütünsel 0 1 2 3 4 5

0 1 2 3 4 5

Derecelendirilmesi

Bu derecelendirilme, özellikle yanıtızsızlık, göz ilişkisi, yüz ifadesi ve sesteki esneklik başta olmak üzere belirtilerin ayrıntılı şiddeti üstüne yoğunlaşmalıdır.

20. Yakınlık ve Dostluk Kurma Yeteneği

Hasta, özellikle karşı cins ve ailesiyle başta olmak üzere yakın ve dostça ilişkiler kurmada bir yetersizlik sergiler.

ALOGİA (Düşünce / Fikir Yoksulluğu) 0 1 2 3 4 5

0 1 2 3 4 5

9. Konuşma Yoksulluğu

Hastanın sorulara yanıtları miktar olarak kısıtlıdır; kısa somut ve özensiz olma eğilimi gösterir.

21. Arkadaş ve Akranlar ile İlişkiler

zamanını yalnız geçirmeyi tercih eder.

0 1 2 3 4 5

22. Anhedoni - Asosyalitenin Bütünsel Derecelendirilmesi 0 1 2 3 4 5

10. Konuşma İçeriğinin Yoksulluğu

Hastanın yanıtları miktar olarak yeterlidir; fakat muğlak, aşırı somut veya aşırı genelleme eğilimindedir ve çok az bilgi aktarır.

Bu derecelendirme hastanın yaşı, aile durumu vb.

durumları da hesaba katarak ayrıntılı şiddeti yansıtmalıdır.

0 1 2 3 4 5

DİKKAT 0 1 2 3 4 5

11. Blokaj

Hasta, kendiliğinden veya konuştuğu konu hatırlatıldığında, düşünce dizisinin kesintiye uğradığını ifade eder.

23. Sosyal Dikkatsizlik

Hasta ilgisiz görünür. Uyuşturucu madde etkisindeymişçesine bir görünüm içindedir.

12. Yanıt Süresinde Uzama 0 1 2 3 4 5

duyar. Bu konu hatırlatıldığında, hastanın sorunun

farkında olduğu görülür.

24. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik 0 1 2 3 4 5

7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemli olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi

13. Alogianın Bütünsel Derecelendirilmesi 0 1 2 3 4 5

Alogianın çekirdek özellikleri, konuşma ve düşünce

içeriğinin yoksulluğudur.

25. Dikkatin Bütünsel Derecelendirilmesi 0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirilme, klinik olarak ve testler açısından hastanın ayrıntılı yoğunlaşmasını değerlendirmelidir

PUANLAMA:

Duygulanımsal düzleşme / küntleşme:.....

Alogia:.....

Avolution/Apati:.....

Anhedoni/Asosyalite:.....

Dikkat:.....

EK-3

(SAPS/ PBDÖ) POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0= Yok 1= Şüpheli 2= Hafif 3= Orta 4= Belirgin 5= Şiddetli

Hasta Adı:

Tarih:

Değerlendiren:

VARSANILAR

0 1 2 3 4 5

1. İşitme Varsanıları

Hasta başkalarının duymadığı sesler, gürültüler veya başka sesler duyduğunu bildirir.

2. Yorumlayıcı Sesler

Hasta, davranış ve düşüncelerini yorumlayan sesler duyduğunu bildirir.

3. Kendi Aralarında Konuşan Sesler

Hasta iki veya daha fazla kişinin aralarında konuştuklarını duyduğunu bildirir.

4. Somatik veya Dokunma Varsanıları

Hasta, vücudunda acayip fizik duyumsamalar olduğunu bildirir.

5. Koku Varsanıları

Hasta, başkalarının fark etmediği olağan dışı kokular duyduğunu bildirir.

6. Görme Varsanıları

Hasta, gerçekte var olmayan şekil veya insanları görür.

7. Varsanıların Bütünsel Derecelendirilmesi

Bu Derecelendirme varsanın süresi, şiddeti ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.

HEZEYANLAR

0 1 2 3 4 5

8. Kötülük Görme Hezeyanları

Hasta, kendine yönelik komplo hazırlandığına veya bir yolunun bulunup kendine kötülük yapılacağına inanır.

19. Düşünce Çekilmesi

0 1 2 3 4 5

Hasta, düşüncelerinin kafasından alındığına inanır.

20. Hezeyanların Bütünsel Derecelendirilmesi

0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirilme hezeyanların süresi, ısrarlılığı ve hastanın yaşamına olan etkisi gözönüne alınarak yapılmalıdır.

GARİP (BİZAR) DAVRANIŞ

0 1 2 3 4 5

21. Giyim ve Görünüş

Hasta olağandışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görünüşünü değiştirir.

22. Sosyal ve Cinsel Davranış

0 1 2 3 4 5

Hasta, olağan sosyal normlara göre, uygunsuz şeyler yapabilir. Örn. Ortalıkta mastürbasyon yapma

23. Saldırgan ve Taşkın Davranış

0 1 2 3 4 5

Hasta, sıklıkla önceden tahmin edilemeyen saldırgan ve taşkın davranışlar gösterebilir.

24. Tekrarlayıcı veya Basmakalıp (Stereotipik) Davranış

0 1 2 3 4 5

hareketler veya merasimler geliştirebilir.

25. Garip Davranışın Bütünsel Derecelendirilmesi

0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme, davranış tipi ve sosyal normlardan sapma miktarının yansıtmalıdır.

POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU

0 1 2 3 4 5

26. Düşüncenin Raydan Çıkması (Derailment)

Fikirlerin bir diziden diğerine dolaylı bağlantılı veya bağlantısız olarak kayıp gittiği konuşma şekli.

9. Kıskançlık Hezeyanları	0 1 2 3 4 5	27. Teğetleme (Tangentiality)	0 1 2 3 4 5
Hasta eşinin bir başkası ile ilişkisi olduğunu düşünür.		Dolaylı veya konu dışı tarzda sorulara yanıt verme.	
10. Suçluluk ve Günahkarlık Hezeyanları	0 1 2 3 4 5	28. Dikişsizlik (Kelime Salatısı, Şizofazi)	0 1 2 3 4 5
Hasta bazı kötü günahlar veya affedilemez suçlar işlediğine inanır.		Zaman zaman esas olarak anlaşılmayan konuşma şekli	
11. Büyüklük Hezeyanları	0 1 2 3 4 5	29. Mantık Dışılık	0 1 2 3 4 5
Hasta, özel güç veya yeteneklerinin varlığına inanır.		Mantıklı olarak izlenemeyen sonuçlar çıkarılan konuşma şekli	
12. Dinsel Hezeyanlar	0 1 2 3 4 5	30. Çevresel Konuşma(Circumstantiality)	0 1 2 3 4 5
Hasta, dinsel nitelikli yanlış inançları ile aşırı uğraşır.		Hedef Düşünceye ulaşması çok dolambaçlı olan ve geceiken konuşma şekli.	
13. Somatik Hezeyanlar	0 1 2 3 4 5	31. Basınçlı Konuşmalar	0 1 2 3 4 5
Hasta, her nasılsa vücudunun hasta, anormal veya değişmiş olduğuna inanır.		Hastanın konuşması hızlı ve durdurulması güçtür. Konuşma miktarı normalden çok fazladır.	
14. Alınma Düşünceleri ve Hezeyanları	0 1 2 3 4 5	32. Çelinebilir Konuşma (Distractible Speech)	0 1 2 3 4 5
Hasta, önemsiz işaret veya olayları üzerine alınır veya özel anlamlar çıkarır.		Hasta konuşma akımını kesintiye uğratan yakın uyarınlarca çelinebilir.	
15. Kontrol Edilme Hezeyanları	0 1 2 3 4 5	33. Klang Çağırışım	0 1 2 3 4 5
Hasta, duygularının ve karakterinin bazı dış güçlerce kontrol edildiğini hisseder.		Kelime seçimine anlamsal ilişkilerden çok seslerin yön verdiği konuşma şekli.	
16. Düşünce Okunması Hezeyanları	0 1 2 3 4 5	34. Pozitif Formal Düşünce Bozukluğunun Bütünsel Derecelendirilmesi	0 1 2 3 4 5
Hasta insanların düşüncelerini okuyabildiği veya düşüncelerini bildiğini hisseder.		Bu bütünsel derecelendirilme, anormalliği ve kişinin ilişki kurma yeteneği etkileme derecesini yansıtmalıdır.	
17. Düşünce Yayınlanması	0 1 2 3 4 5		
Hasta, düşüncelerinin yayınlandığını hisseder, böylece kendisi veya diğerleri bunları duyabilir.			
18. Düşünce Sokulması	0 1 2 3 4 5		
Hasta, düşüncelerinin kendisine ait olmadığını, dışarıdan aklına sokulduğuna inanır.			

EK-4**MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU****Adı-Soyadı:****Tarih:**

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürütmek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığımız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığımız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelere (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-5

Hastanın adı soyadı:
Hastanın yaşı ve cinsiyeti:

Tarih:
Değerlendirici:

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini göz önüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını göz ardı ettirecek düzeyde etkiliyor.

EK-6

KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0=yok, 1=çok hafif, 2=hafif, 3=orta, 4=orta-şiddetli, 5=şiddetli, 6=aşırı derecede şiddetli

1. SOMATİK UĞRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis	0	1	2	3	4	5	6
2. ANKSİYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku	0	1	2	3	4	5	6
3. DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontan interaksyonun kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik	0	1	2	3	4	5	6
4. DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: Konfü, kopuk, bağlantısız dezorganize düşünce süreçleri	0	1	2	3	4	5	6
5. SUÇLULUK DUYGULARI: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma .	0	1	2	3	4	5	6
6. GERGİNLİK: Sinirlilik, aşın hareketlilik, gerginliğin fizik ve motor belirtileri	0	1	2	3	4	5	6
7. MANİYERİZM VE POSTÜR: Tuhaf, acayip,doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)	0	1	2	3	4	5	6
8. GRANDİYOZİTE: Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı	0	1	2	3	4	5	6
9. DEPRESSİF DUYGUDURUM: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik	0	1	2	3	4	5	6
10. DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkalarına karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret.	0	1	2	3	4	5	6
11. KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlı olarak kötülük yapacağına inanma	0	1	2	3	4	5	6
12. HALLÜSİNATUVAR DAVRANIŞ: Normal dışı, uyarıcı olmaksızın algılama	0	1	2	3	4	5	6
13. MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
14. İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme	0	1	2	3	4	5	6
15. OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı	0	1	2	3	4	5	6
16. DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
17. TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkisellikte artma	0	1	2	3	4	5	6
18. DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı	0	1	2	3	4	5	6

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU ()

EK-7

BAKIRKÖY RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN PSİKOZ TANISI ALAN ERGENLERDE TANININ SÜREKLİLİĞİ, KLİNİK GİDİŞİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI KONUSU ÇALIŞMANIN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

13. psikiyatri ergen ve genç erişkin kliniğinden davranım bozukluğu tanısıyla taburcu olmuş ergen hastalarla erişkin döneme geldiklerinde klinik olarak tekrar değerlendirmek amacıyla detaylı ve yapılandırılmış bir görüşme yapılacaktır. Bu değerlendirme dahilinde hastalığı etkileyebilecek durumlarla ilgili doldurmanız için sizlere anketler verilecektir. Eşlik eden başka belirtilerin var olup olmadığı bulunacaktır. Yapılan görüşme ve anketler için sizden ücret talep edilmeyecektir. Araştırmanın herhangi bir evresinde vazgeçme hakkına sahipsiniz. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Yukarıda sözü edilen araştırma hakkında tarafıma yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Çalışmaya istersem katılmayabileceğim konusunda bilgi verildi ve katılmazsam da tedavimde aksama olmayacağı konusunda tarafıma güvence verildi. Çalışmada yapılacak harcamalar konusunda sorumluluk almayacağım ve tarafıma da çalışmaya katıldığım için ödeme yapılmayacağı belirtildi.

Dr. Cenk Varlık ve Uzm.Dr. Ahmet Türkcan tarafından , Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili konuda; herhangi bir saatte, Dr. Cenk Varlık'ı , 0212 543 65 65 'ten arayabileceğimi biliyorum. Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllünün Adı ve soyadı:

Araştırmayı yapanlar:

Gönüllünün velisinin Adı ve soyadı:

Uzm.Dr. Ahmet Türkcan

Yakınlığı:

Dr.Cenk Varlık

İmzalar:

Adres:

Tel:

Şahit Ad,Soyad:

İmza:

İmza:

Ulaşılabilecek tel. ve adres: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Zuhuratbaba /Bakıröy 0-212-543 65 65