

## Şizofrenide remisyon: Hayal mi, hedef mi?

Sunar Birsöz<sup>1</sup>, Erdal Işık<sup>2</sup>, İlhan Yargıç<sup>3</sup>, Haluk Savaş<sup>4</sup>, Haşmet Işıklı<sup>5</sup>

### ÖZET:

Şizofrenide remisyon: Hayal mi, hedef mi?

Remisyon tanımıyla, duyu durum ve anksiyete bozukluklarında gerçekçi bir tedavi hedefi sağlanmış olup, uygulanan tedavi yaklaşımlarının, karşılaştırmalı etkinlik ve yararlarının daha iyi anlaşılmasına fırsat verilmiştir. Şizofrenideki remisyon ölçütlerinin belirsizliği, son yıllarda bu konuya olan ilgiyi artırmış ve buna ilişkin uzman çalışma grupları, uzlaşma sonuçlarını tartışmaya açmışlardır. Bu makalede, böyle bir çalışma grubunda yer alan yazarların ortak görüşleri belirtilip, remisyon tanımının getireceği olası yararlar değerlendirmeye alınmıştır.

Şizofrenide remisyon ölçütlerinin belirlenmesiyle, hasta ve hekim açısından objektif bir hedef belirlenecek ve bunun sonucu varolan tedavi yaklaşımlarının karşılaştırmalı değerlendirmesi mümkün olacaktır. Ancak şizofrenide bilişsel ve işlevsel düzelmelerin değerlendirilmesi, hastalığa ilişkin pozitif ve negatif belirtilerin ölçümü kadar basit olmadığından bu alanlar –şimdilik- remisyon kavramının dışında tutulmuştur. Dolayısıyla bu ölçütler, remisyonun tanımlanması yolunda bir ön adımdır. Remisyon ölçütlerine ilişkin ilk değerlendirmeler semptomatik remisyon sağlanmasının, yaşam kalitesi, sosyal ilişkiler, iş yaşamı gibi diğer alanlar da etkili sonuçlar verebileceğini düşündürmektedir. Tedavide böyle bir objektif hedef saptanıp bunun sayısal değerlendirilmesinin yapılması, hastalar, aileler ve toplum kadar, klinik araştırmaların düzenlenme ve karşılaştırılmasında da etkili bir yöntem oluşturacaktır.

Şizofrenide tam iyilik hali olasılığı halen uzak görülürken, remisyon sağlanması ve bunun sürdürülmesi gerçekçi bir hedef olarak ele alınabilir. Süresi ve belirtilerin sayısal ölçümü tanımlanmış bir remisyon kavramı için, terapötik etkinliği belirleyen klinik ve kontrollü çalışmalar gereksinim vardır.

**Anahtar sözcükler:** Şizofreni, remisyon, remisyon ölçütleri, prognoz, uzman uzlaşması

**Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006;16:128-132**

### ABSTRACT:

Remission in schizophrenia: A utopia or a goal?

Remission has provided a realistic treatment goal in mood and anxiety disorders and led to an improved understanding of the relative benefits of available approaches to treatment. The concept of symptomatic remission in schizophrenia has recently been the subject of renewed interest and our aim was to evaluate the potential benefits of this development. In this article, the consensus of opinions of the authors taking part in such a study group is presented and the probable benefits of a definition of remission are taken into evaluation. We critically reviewed a recently proposed consensus definition on the concept of remission.

By establishing the remission criteria in schizophrenia, an objective goal will be set for the patient and the psychiatrist and, consequently, a comparative assessment of the current therapeutic approaches will be possible. However, since the evaluation of cognitive and functional improvement in schizophrenia is not as simple as measuring the positive and negative symptoms of the disease, these areas were kept out of the concept of remission – for the time being. Therefore, these criteria are an initial step in the way to the definition of remission. The first evaluations concerning remission criteria suggest that achieving symptomatic remission could also lead to efficient results in other areas such as quality of life, social relations and professional life. Setting such an objective goal in treatment and grading this goal will create an efficient method for the patients, families and the community as well as for designing and comparing clinical studies.

While the possibility of recovery in schizophrenia still seems out-of-reach, achieving and maintaining remission may be considered a realistic goal. More widespread use of these criteria, particularly in controlled clinical trials is required to fully define how they might be used in standard clinical practice.

**Key words:** Schizophrenia, remission, remission criteria, prognosis, expert consensus

**Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006;16:128-132**

## GİRİŞ

Şizofreni uzun yıllar boyunca, hemen kaçınılmaz olarak yineleme (relaps) ve düzelmeye (remisyon) döngüleriyle tanımlanan, ancak sürekli remisyon veya tam iyileşme için çok az umut veren kronik bir hastalık olarak belirlenmiştir. Bugüne kadar şizofreninin farmakolojik tedavisi esas olarak yinelemenin önlenmesi üzerinde yoğunlaşmıştır. Ancak farma-

kolojik ve psikososyal yaklaşımlardaki gelişmeler, tedavi sonuçlarına ilişkin daha büyük beklentilerimizin oluşmaya başladığını ve artık yaşam kalitesi ve işlevsellikte daha uzun dönemli ve fonksiyonel düzelmelerin olabileceğini göstermektedir. Şizofreninin gidişi son derece değişken olmakla birlikte, en azından bazı hastalarda, artık remisyonun gerçekçi bir hedef olarak kabul edilebilmesi mümkündür. Bu ölçütler yeniden tanımlanırken, remisyon kavramı, şizof-

<sup>1</sup>Prof. Dr., Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri AD, Antalya-Türkiye

<sup>2</sup>Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Psikiyatri AD, İzmir-Türkiye

<sup>3</sup>Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, İstanbul-Türkiye

<sup>4</sup>Doç. Dr., Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri AD, Gaziantep-Türkiye

<sup>5</sup>Uzm. Dr., Kasımpaşa Asker Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Prof. Dr. Sunar Birsöz, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Antalya-Türkiye

Telefon / Phone: +90-532-447-2919

Elektronik posta adresi / E-mail address: sbirsöz@yahoo.com, sunarbirsoz@akdeniz.edu.tr

Kabul tarihi / Date of acceptance: 2 Mayıs 2005 / May 2, 2005

reni tedavisinin yalnızca hastanın ilaçla stabilizasyonundan ibaret olmadığı düşüncesini ortaya koymaktadır. Hastalar, aileler ve klinisyenler için, remisyona girme olasılığı, bu hastalığın tedavisi için uzun dönemli bir perspektifin yanı sıra, objektif olarak ölçülebilen, ulaşılabilecek bir hedef sağlamaktadır. Literatürde hem erken epizod/ akut şizofreni (1,2) hem de kronik şizofreniyi (3,4) kapsayan bir dizi potansiyel tanımın açıklanmasına karşın, şizofrenide remisyon tarihsel olarak iyi tanımlanmamıştır. Yaygın kabul gören bir remisyon tanımı olmaksızın, bu hedefe ulaşmanın olası yararlarını sistematik olarak değerlendirmek mümkün değildir ve bu da farklı girişimlerin etkinliğine ilişkin genel beklentilerimizi yükseltme olanağımızı sınırlamaktadır.

Şizofrenide remisyon kavramının klinik açıdan çeşitli yararlarının olabileceği, duygu durum ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde remisyon ölçütlerinin geliştirilmesi ve uygulanmasıyla açıkça gösterilmiştir (5,6). Özellikle depresyonda, remisyon ölçütlerinin kullanımı ulaşılabilir bir hedef sağlamış (5), hasta sonuçlarının daha doğru değerlendirilmesine olanak vermiş ve böylece tedaviler arasında daha net ayırım yapılmasına imkan sağlamış, dolayısıyla gelecekte ilaç geliştirme standartlarını yükseltmiştir. Benzer yararlar umularak, şizofreni tanısı olan hastalarda remisyonun değerlendirilmesi için önerilen ölçütler kısa süre önce bir ABD uzman çalışma grubu tarafından geliştirilmiş ve yayımlanmıştır (7). Bu ölçütler daha sonra bir Avrupa çalışma grubu tarafından nitel olarak gözden geçirilmiştir. Bu grup da, önerilen ölçütleri kavramsal olarak tutarlı bulmuş; klinik çalışmalarda ve klinik uygulamada kolaylıkla kullanılabileceği sonucuna varmıştır (8).

Eylül 2005 tarihindeki Dünya Psikiyatri Kongresinde, bu makalenin yazarlarının da dahil olduğu çok uluslu bir uzmanlar grubunun katıldığı bir çalışma grubu semineri düzenlenmiş ve önerilen remisyon ölçütlerinin olası kullanımı tartışılmıştır. Bu makalede, bu ölçütlerin geliştirilmesine kısaca değinilmekte ve bu çalışmanın tartışmalarından kısa bir özet sunulmaktadır.

## Şizofrenide remisyon ölçütlerinin geliştirilmesi

Şizofrenide Remisyon Çalışma Grubu, ABD'nin şizofrenide önde gelen fikir liderlerinden oluşmuştur (7). Bu Çalışma Grubunun benimsediği yaklaşım, son on yıl

içinde duygudurum ve anksiyete bozukluklarında yürütülen uzlaşma çalışmasını temel almıştır (7). Bu grup, belirlenecek ölçütlerin şu amaçları karşılaması gerektiğini vurgulamıştır: ulaşılabilir bir klinik hedef olması, kolay ölçülebilir olması, hastalığın tanı sistemiyle ilişkili olması, uzun dönemdeki muayenelerde (ilk epizod veya erken epizodlardan öteye) karşılaştırma ölçütleri sağlayarak hastalığın süresi boyunca uygulanabilir olması, toplam ölçek skorlarını değil tanıya özgü maddeleri dikkate alması, bir zaman bileşeni kullanması (etkinliğin sürdürülmesi), hastalar, hastaya bakan kişiler ve klinisyenlerin görüşlerine uygun olması (6).

### Remisyon - tam iyileşme karşılaştırması

Çalışma Grubu remisyonu şu şekilde tanımlamayı tercih etmiştir: 'Hastaların temel belirti ve semptomlarında, tipik olarak ilk şizofreni tanısının konmasında kullanılan eşliğin altında olmasını sağlayacak derecede' bir düzelme. Bu düzelme sayesinde semptomlar, davranışı anlamlı derecede etkilemeyecek kadar düşük yoğunlukta olmalıdır (7). Dolayısıyla remisyon, tam iyileşmeden belirgin ölçüde farklıdır. Tam iyileşmeden bahsetmek için, devam eden hiçbir semptomun olmaması; bilişsel ve işlevsel sonuç ölçütlerinde (örn. okul/iş vb) anlamlı düzelmelerin olması gerekmektedir. Herhangi bir "tam iyileşme" tanımına, güçlenme ve yaşam kalitesi gibi diğer alanlar da dahil edilebilir. Dolayısıyla remisyon, daha yüksek çatal ve daha uzun dönemli bir hedef olan tam iyileşme yönünde gerekli (ancak yeterli olmayan) bir adım olarak kavramlaştırılmaktadır. Seçilen bu remisyon tanımını karşılamak için, önerilen ölçütler iki bileşenden oluşmaktadır: biri semptom temelli bileşen ve diğeri zaman temelli bileşen (7). Nörogelişimsel bir patolojinin yol açabildiği şizofreni hastalığında, bugünkü bilgilerimizle tam iyileşme gerçek dışı ve düşük oranlı bir ümit olarak görülürken, sınırları ve süresi ölçülüp belirlenebilen "remisyon", gerçekçi bir hedef olarak ele alınabilmektedir.

### Remisyon ölçütlerinin semptom temelli bileşeni

Belirlenen remisyon tanımına uygun olarak, ABD Çalışma Grubu, hem özgüllük hem duyarlılık sağlamak amacıyla, remisyonu değerlendirmede yalnızca temel tanısal semptomların dikkate alınmasını önermiştir (7). Bu, depresyon için remisyon ölçütleri geliştirilirken de kullanılmış olan bir yaklaşımdır (6). Dolayısıyla, önerilen

semptom temelli bileşen, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı, 4. baskı (DSM-IV) tanımına göre şizofreninin temel semptomlarını kapsamaktadır. Bu semptomlar psikopatolojinin sıklıkla örtüşen üç boyutu içinde yer almaktadır (negatif semptomlar, dezorganizasyon ve gerçek algılamasında bozukluk) (Tablo 1) (7). Bu semptomları değerlendirme yöntemleri; geçerlilikleri (klinik çalışmalarda yaygın kullanım, vb) ve kul-

Çalışma Grubu daha sonra, remisyon için bir eşik düzey tanımlamıştır. Yukarıda verilen remisyon tanımına göre, 8 maddenin tümünde eşzamanlı olarak 3 skoru (hafif veya daha az) seçilmiştir (7). Bu eşikğin “çok düşük” olduğu düşünülebilir, ancak burada söz konusu olan 8 PANSS maddesinin her biri için “3 veya daha düşük” bir skorla psikiyatriste başvuran hastalara şizofreni tanısı koyulmayacağını ve dolayısıyla bu hastaların

**Tablo 1: Önerilen remisyon ölçütleri ve tanısal ölçütlerle ilişkisi**

	Tanısal ölçütler		Remisyon ölçütleri
Psikopatoloji boyutları	DSM-IV (en az 2'si var)	ICD-10	PANSS maddeleri (tüm maddelerde skor 3 veya daha düşük)
Psikotizm (gerçek algılamasında bozukluk)	Sanrılar	Sanrılar Düşünce yankılanması, sokulma veya geri çekilme; düşünce yayımı	P1. Sanrılar G9. Olağandışı düşünce içeriği
	Varsanılar	Varsanılar	P3. Varsanlı davranış
Dezorganizasyon	Dezorganize konuşma	Düşünce ilerleyişinde kopukluklar; tutarsız veya anlamsız konuşma	P2. Düşünce dağınıklığı
	İleri derecede dezorganize veya katatonik davranış	Katatonik davranış	G5. Postür ve kişiye özgü hareketler
Negatif semptomlar (psikomotor zayıflık)	Negatif semptomlar	Negatif semptomlar (apati, konuşamama, duygulanımda küntleşme veya uygunsuzluk)	N1. Duygulanımda küntleşme
		İlgi kaybı; amaçsızlık; boşluk; içine kapanma; sosyal geri çekilme	N4. Sosyal geri çekilme N6. Spontanlıkta azalma

lanımları (klinik uygulamada kullanımı kolay olmalı) temel alınarak seçilmiştir. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinde (PANSS) tanısal açıdan anlamlı 8 semptom seçilmiştir: 1. Sanrılar; 2. Olağandışı düşünce içeriği; 3. Varsanlı davranış; 4. Düşünce dağınıklığı; 5. Postür ve kişiye özgü hareketler; 6. Duygulanımda küntleşme; 7. Sosyal geri çekilme; 8. Spontanlıkta azalma). Bu semptomlar, Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği (BPRS) ya da Pozitif Semptomları Derecelendirme Ölçeği (SAPS) ile Negatif Semptomları Derecelendirme Ölçeğinin (SANS) bir kombinasyonu kullanılarak da değerlendirilebilir. PANSS ve diğer derecelendirme ölçeklerinde şizofreni için belirleyici olmayan (depresyon, anksiyete ve suçluluk duygusu gibi) diğer maddeler dahil edilmiştir. Özellikle bilişsel bozuklukların, şizofrenide temel bir bozukluk olduğu ve her remisyon tanımına dahil edilmesi gerektiği savunulabilir. Ancak, bu henüz araştırılan bir konudur ve mevcut bilgi düzeyi bu maddenin kolaylıkla ölçülebilmesine ya da tanısal ölçütlere dahil edilmesine olanak vermemektedir. Daha ileri veriler elde edildikçe, önerilen ölçütlerin tekrar ele alınıp, bu maddenin de eklenmesi uygun olabilir.

gerçekçi olarak remisyonunda kabul edilebileceğini göz önünde bulundurmaktır. Ancak, bu işlevsellik düzeyinin günlük etkinlikleri anlamlı ölçüde engellemesi beklenmemekle birlikte, pek çok hastada hala gözle görülür biçimde bir miktar bozukluğun olabileceğini akılda tutmak da gerekir.

### Remisyon ölçütlerinin zaman bileşeni

Uzun süreli semptomatik remisyonun, günlük yaşam ve işlevsellikte kazanımlar elde etmek ve ‘iyilik haline’ ulaşmak için en sağlam temeli sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle Çalışma Grubu’nda, remisyon ölçütlerine bir sürdürülebilirlik süresinin dahil edilmesi gerektiği konusunda anlaşmaya varılmıştır. Yani, ‘remisyonunda’ olmak, semptomların düşük bir düzeyde olduğu ve stabil olduğu anlamına gelecektir ve her ikisi de günlük işlevsellikteki düzelmeler için gereklidir. Çalışma Grubu, remisyonunda kabul edilebilmek için, hastaların tanımlanan semptomatik düzelmeyi sürdürmeleri gereken minimum süreyi altı ay olarak belirlemiştir (7). Bu tartışılabilir bir süre olmakla birlikte, klinik bakış açısından anlamlı olabilecek kadar uzun ol-

duğu kabul edilebilir. Daha kısa bir süre, remisyonun yararlarının değerlendirilebilmesine olanak vermede yeterli olmayacaktır.

Belirlenen bu süre ölçütünün kullanımı, remisyon ölçütlerinin geçerliliğini araştırarak bazı çalışmalar tarafından da desteklenmektedir (ayrıntıları aşağıda verilmektedir) (9-11). Ancak bazı araştırmacıların bu süre ölçütünü dahil etmeksizin ve dolayısıyla ulaşılan remisyonun stabilitesine ilişkin hiçbir ölçüm olmaksızın remisyon tanımına ilişkin değerlendirme yaptıkları da belirtilmelidir (12). Sonuçların yorumlanmasında süre faktörünün göz önünde bulundurulması gerektiği inancını paylaşıyoruz.

## Görüş birliği sağlanan remisyon ölçütlerinin değerlendirilmesi

Seçilen ölçütlerin tartışma yaratacak bazı yönleri bulunabilir (örneğin, değerlendirilen semptomların ve ya remisyonun ulaşılan eşik düzeyinin kesin seçimi). Ancak bunların pratik kullanım ve olası yararlarını değerlendirmenin tek gerçek yolu planlı bir değerlendirme sürecidir ve önerilen ölçütler bu süreci başlatmak için bir temel oluşturmaktadır. Bu değerlendirmede, remisyon kavramının, güncel tedavi kılavuzları bağlamında geçerli ve araştırmalarda kullanım için uygun olup olmadığı, klinik açıdan ise anlamlı bir tedavi hedefini belirleyip belirlemediğinin test edilmesi önem kazanmaktadır. Bu yöndeki araştırmaların, remisyonun yanıt, relaps ve yaşam kalitesi gibi klinik sonuç ölçütleriyle ilişkisine dair bir fikir sağlayacağı umulmaktadır. Remisyon ölçütlerinin uygulanabilirliğini araştırarak ilk çalışmalar bildirilmiştir ve bu kavrama yönelik ilgi düzeyini gözler önüne sermektedir. Bu öncü araştırmalar, bu kavramın klinik açıdan anlamlı bir hedef olabileceği görüşünü desteklemektedir (9-12).

Bu çalışmalardan birinde, bipolar bozukluk dışındaki psikotik bozukluğu olan temsili bir hasta örneklemini (n=317) kullanılmıştır. Uzunlamasına yapılan bu çalışmada, remisyon durumundaki değişikliklerin, klinisyen tarafından bildirilen karşılanmamış gereksinimler ve Global İşlevsellik Değerlendirmesi (GAF) skorlarıyla (psikopatoloji ve bozukluk aynı olarak), hasta tarafından bildirilen yaşam kalitesi ve hizmetlerden memnuniyet skorlarındaki değişikliklerle ilişkili olup olmadığı araştırılmıştır (11). Zaman içinde remisyon durumunda gözlenen deği-

şimler, daha düşük ölçüde etkilenen yaşam kalitesi dışında tüm bu parametrelerdeki önemli değişikliklerle ilişkili bulunmuştur. Remisyon ölçütlerinin, depresyon ve intihar düşüncesi de eklenecek şekilde değiştirilmesinin, sonuçları etkilemediği belirtilmiştir. Kuşkusuz bu bulguları doğrulamak için daha ileri araştırmalar gerekmektedir. Bu ilk değerlendirmeler önerilen semptom seçiminin klinik açıdan anlamlı olabileceğini düşündürmektedir.

Remisyon ölçütlerinin, şizofrenide ilaç tedavisini araştırarak bir yıllık geniş ölçekli bir çalışmada elde edilen verilere retrospektif olarak uygulanması da, remisyonun ulaşılan tedavi beklentilerinde artış ve düzelmeye bağlantılı olduğu gerçeğini göstermiştir (10). Bu çalışmada, başlangıçta klinik olarak 'stabil' olduğu kabul edilen hastaların yaklaşık üçte ikisi remisyon ölçütlerine uymamış, ancak bir yıllık yeterli tedaviden sonra bu hastaların yaklaşık %30'u remisyonun ulaşılmıştır. Bu durumun, hastalardaki iyileşmeler ve klinisyen tarafından bildirilen yararlarla anlamlı bir ilişkisi saptanmıştır (10). Uygun ilaç tedavisi verildiğinde, başlangıçta remisyon ölçütlerine uymayan hastaların %31'inin 12 aylık tedaviyi takiben remisyonun ulaşıldığını kabul edilebildiğini saptayan ikinci bir post-hoc analizde de benzer sonuçlar elde edilmiştir (9). Bu veriler, klinik çalışmalarda remisyon ölçütlerinin uygulanmasının, gerçekçi ve daha titiz bir tedavi başarısını değerlendirme ölçümünü sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak bu ilk veriler, remisyon ölçütlerinin uygulanmasının son derece yararlı olabileceğini ve halen 'stabil' olarak kabul edilen hastalarda daha ileri semptomatik düzelmelerin ölçülmesine olanak sağlayabileceğini düşündürmektedir. Bu düzelmelere, karşılanmamış gereksinimler ve yaşam kalitesi gibi diğer alanlarda klinisyen ve hasta tarafından bildirilen yararların eşlik ettiği de düşünülmektedir.

## Gelecekteki yönelimler

Remisyon ölçütlerinin kullanıldığı ilk değerlendirmeleri doğrulamak ve diğer parametrelerdeki düzelmeler ile semptomatik remisyon arasındaki korelasyona ilişkin daha fazla bilgi sağlamak için ek araştırmalar ve analizlerin gerektiği açıktır. İdeal koşullarda, geçerli onaylanmış ölçütler dikkate alınarak, şizofrenide tedavi girişimlerinin hedefi, remisyonun ulaşıma (ve daha sonra tam iyileşme) olacaktır. Ancak, şizofreni son derece heterojen bir hastalık olup, sonuç ölçütlerinin, sağ-

lanan sağlık hizmetleri, aile tutumları, kültürel konular ve keyif verici ilaç kullanımıyla, coğrafi ve sosyoekonomik değişkenlik gösteren diğer hususlardan büyük ölçüde etkilendiği kabul edilmektedir. Bu değişkenlikten dolayı, remisyonun tüm hastalar için gerçekçi bir hedef olamaması kabul edilebilir. Bununla birlikte, remisyonu değerlendirmek için tanımlanan ölçütler, bize düzelmüş ve/veya daha kötü sonuç ölçütleriyle ilişkili tanısallık etkenleri daha iyi ayırt etme olanağı sağlayabilir ve dolayısıyla bu son derece heterojen grup içindeki hasta alt gruplarını kavramamıza katkıda bulunabilir. Remisyonun uzun süredir hastalığı olan hastalar için ulaşılabilir bir hedef olmadığını teorik olarak varsaymakla birlikte, uygun destekleyici veriler ve tedavi yaklaşımları sağlanmadan bundan tam emin olamayız.

Remisyon durumunun değerlendirilmesini klinik uygulamada yararlı hale getirebilmek için, henüz remisyonu ulaşmamış olan hastaların bu hedefe ulaşmalarına yardımcı olmak amacıyla uygulamamız gereken farklı yaklaşımlarla ilgili daha fazla bilgiye sahip olmamız gerekir. Örneğin; henüz hiçbir araştırmada psiko-sosyal girişimlerin remisyon durumu üzerindeki etkisinin değerlendirilmemiş olması önemli bir eksikliktir. Psikososyal ve farmakolojik yaklaşımların görece ya-

rarlarını değerlendirmek ancak geniş ölçekli uzunlamasına çalışma sonuçları ile sağlanabilir.

Daha pratik bir açıdan bakıldığında, hastalarımızın remisyon ölçütlerine göre değerlendirilmesini gündelik uygulamamıza dahil edebilmek için, uygun eğitimin sağlanması ve ayrıca bunun için gerekli olan ekstra değerlendirme süresinin dikkate alınması gerekmektedir. Remisyon durumunu süre açısından en etkili biçimde değerlendirmeye yardımcı olacak basit bir yöntemin geliştirilmesi bu bakımdan yararlı olabilir. Remisyon durumunu ölçüp, tedaviyi gereğince ayarlamının maliyetinin, yineleme ve yeniden hastaneye yatışın önlenmesiyle nasıl dengelenebileceğini değerlendirmek üzere ileride yapılacak araştırmalar da önemli olacaktır.

## SONUÇLAR

Daha yapılması gereken çok iş olmakla birlikte, ilk veriler, remisyon ölçütlerinin geliştirilmesinin, şizofrenideki tedavi hedeflerimizi en azından bazı hastalarda tekrar gözden geçirmemiz için bir fırsat sağladığını düşündürmektedir. Böyle bir gelişme memnuniyetle karşılanmalıdır ve bu vesileyle, bu ölçütlerin değerlendirilmesini amaçlayan başka çalışmalara da gereksinim vardır.

## Kaynaklar:

1. Amminger GP, Resch F, Mutschlechner R, Friedrich MH, Ernst E. Premorbid adjustment and remission of positive symptoms in first-episode psychosis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997; 6: 212-218
2. Lieberman J, Jody D, Geisler S, Alvir J, Loebel A, Szymanski S. Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:369-376
3. Curtis CE, Calkins ME, Grove WM, Feil KJ, Iacono WG. Saccadic disinhibition in patients with acute and remitted schizophrenia and their first-degree biological relatives. *Am J Psychiatry* 2001;158:100-106
4. Yen CF, Chen CS, Yeh ML, Yen JY, Ker JH, Yang SJ. Comparison of insight in patients with schizophrenia and bipolar disorder in remission. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:847-849
5. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K, Stein DJ, Wittchen HU. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (Suppl 11):53-58
6. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, Rush AJ, Weissman MM. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1991 ;48:851-855
7. Andreasen NC, Carpenter WT, Jr., Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005;162:441-449
8. van Os J, Burns T, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J, Helldin L, Bernardo M, Arango C, Fleischacker W, Lachaux B, Kane JM. Standardised remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:91-95
9. Kissling W, Heres S, Lloyd K, Sacchetti E, Bouhours P, Medori R, Llorca PM. Direct transition to long-acting risperidone - analysis of long-term efficacy. *J Psychopharmacol* 2005 ;19 (Suppl.5):15-21
10. Lasser RA, Bossie CA, Gharabawi GM, Kane JM. Remission in schizophrenia: Results from a 1-year study of long-acting risperidone injection. *Schizophr Res* 2005 15; 77:215-227
11. van Os J, Drukker M, Driessen G, Campo J, Meijer J, Bak M. Validation of remission criteria for schizophrenia. *TBC* 2005;Submitted paper
12. Sethuraman G, Taylor CC, Enerson M, Dunayevich E. A retrospective comparison of cumulative time spent in remission during treatment with olanzapine or risperidone among patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2005; 79:337-340