

Şizofreni Tanısı Almış Poliklinik Hastalarında Psikiyatrik Eş Tanılar

Ahmet Tiryaki¹, Evrim Özkorumak², İsmail Ak³

ÖZET:

Şizofreni tanısı almış poliklinik hastalarında psikiyatrik eş tanılar

Amaç: Karma bir klinik görünümü olan şizofreniye, diğer psikiyatrik bozukluklar sıklıkla eşlik etmektedir. Buna rağmen, şizofreniye eşlik eden bu bozukluklar klinikte ihmal edilmektedir. Bu çalışmada amaç, psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran şizofreni hastalarında eş tanı dağılımını belirlemektir.

Yöntem: Araştırmaya ayaktan tedavileri süren, hastalığın aktif döneminde olmayan 16-65 yaşları arasında, okur yazar, zeka geriliği ve alkol-madde kullanımı olmayan 98 şizofreni hastaları alınmıştır. Tüm hastaların birincil ve ek ruhsal bozukluk tanıları yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-I) ile DSM-IV'e göre konmuştur. Hastalar sosyodemografik veri formu, Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya alınan 98 hastanın 26'sı (%26.5) kadın, 72'si (%73.5) erkektir. Tüm grup yaş ortalaması 34±9.57 (aralık=16-61) yıldır. Hastalık başlangıç yaşı 24.09±7.86; toplam hastalık süresi 10.23±6.82 yıldır. Hastanede yatış sayısı ortalama 2.14±2.36 (0-15), NBDÖ ortalama puanı 30.83±20.66, PBDÖ ortalama puanı 9.42±10.55 olarak belirlenmiştir. Hastaların 12'sinde (%12.2) eş tanı saptanmıştır. Eş tanı oranları sırasıyla %7.1 (n=7) depresyon, %3.1 (n=3) obsesif kompulsif bozukluk (OKB), %1 (n=1) sosyal fobi, %1 (n=1) depresyon ve panik bozukluktur. Eş tanı konan ve konmayan hasta grupları arasında hiçbir değişken bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

Sonuç: Bu araştırmanın eş tanı oranları önceki çalışmalara göre düşüktür. Bu araştırmanın temel sonucu alkol madde kullanımı olmayan şizofreni hastalarında eş tanı oranlarının düşük olduğunu gösteren çalışma sonuçları ile desteklenen bir eğilimi ortaya koymasidir.

Anahtar sözcükler: Şizofreni, eş tanı, depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol-madde kullanımı

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007;17:174-180

ABSTRACT:

Psychiatric comorbidities in schizophrenic outpatients

Objective: Schizophrenia which is a heterogeneous disease which has a high comorbidity as compared to any other psychiatric disorders. However comorbidity in schizophrenia is often neglected. The aim of this study is to determine comorbidity distribution in schizophrenic outpatients.

Method: Ninety - eight stable out patients with schizophrenia diagnosed according to DSM-IV diagnostic criteria who were involved in the study. Primary and comorbid psychiatric disorders were diagnosed by using Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Negative and positive symptoms were assessed by Scale for Assessment of Negative and Positive Symptoms (SANS and SAPS) with a comprehensive sociodemographic and clinical data sheet.

Results: Out of 98 schizophrenia patients 26 (26.5%) were female and 72 (73.5%) were male. The mean age of the total whole sample was 34±9.57 (range=16-61) years. Age at onset was 24.09±7.86 years and duration of illness was 10.23±6.82 years. Number of previous hospitalizations was 2.14±2.36 (range=0-15). Mean SANS and SAPS scores were measured as 30.83±20.66 and 9.42±10.55 respectively. The rate of comorbidity was determined as 12.2% (n=12) and the distribution of comorbid disorders were as follows: Seven (7.1%) with depression, 3 (3.1%) with obsessive compulsive disorder, 1 (1%) with social phobia, 1 (1%) with depression and panic disorder together. There was no significant difference between patients with and without comorbidity in any means.

Conclusions: Comorbidity rates of this study were lower than previously reported studies. The comorbidity rates appear to be dependent on alcohol and illicit substance dependence and misuse.

Key words: Schizophrenia, comorbidity, depression, anxiety disorders, alcohol abuse, substance abuse

Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2007;17:174-180

GİRİŞ

Şizofreni toplumda %1 oranında görülen, genellikle 25 yaşından önce başlayıp hayat boyu devam eden, her iki cinsi etkileyen bir hastalıktır (1). Varsanı, dezorganize düşünce, amaca yönelik davranışlarda kayıp gibi belirtiler ve sosyal işlevsellikte bozulma ile seyreden şizofreninin klinik görünümü temelde pozitif ve negatif belirtiler ol-

mak üzere ikiye ayrılır (2).

Psikiyatrik hastalıklar önemli oranda şizofreni ile eş zamanlı olarak ortaya çıkmaktadır (3). Şizofreni ile eşzamanlı görülen psikopatolojik sendromlar literatürde çeşitli isimlerle tanımlanmıştır. Bu adlandırmalar eş tanılı durumlar, ikincil sendromlar, hiyerarşisiz sendromlar, eşlik eden psikiyatrik sendromlar olarak sayılabilir. En sık kullanılan terim olan eş tanı ile genellikle ayrı

¹Yrd. Doç. Dr., ²Prof. Dr., KTÜ Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Trabzon-Türkiye
³Uzm. Dr., Rize Devlet Hastanesi, Rize-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. Ahmet Tiryaki, KTÜ Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Trabzon-Türkiye

Elektronik posta adresi / E-mail address: ahmetiryaki@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance: 1 Kasım 2007 / November 1, 2007

veya örtüşen etiyojileri olan, iki veya daha çok sayıda farklı bozukluğun eşzamanlı ortaya çıkışı ifade edilmektedir. Fakat şizofreni ve eşzamanlı sendromlar konusunda kanıtlanmış bir etiyojoloji yoktur. Bu klinik durumların ayrı bozukluklar mı yoksa şizofreninin farklı boyutları mı olduğu henüz çözümlenememiştir (4).

DSM-IV ile Eksen-I tanıları konulabilmekle birlikte hiyerarşik sistemin birçok kalıntısı da halen devam etmektedir (5). Genellikle daha aşağı sıradaki bir bozukluğun daha yukarıdaki bir bozukluk tarafından "daha iyi açıklanamaz olması" kuralı getirilmiştir. Fakat bu sistem bazı belirtilerin başka bir bozukluk tarafından "daha iyi açıklanamaz" olduğunun nasıl belirleneceğine dair hiçbir yol göstermemektedir. Tanısal indirgemecilik şizofreniyle eş zamanlı ortaya çıkabilecek psikopatolojik sendromların tanınmasının ve araştırılmasının önünde ciddi engeldir (3).

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalar şizofreni hastalarında %60 düzeylerine varan eş tanıli anksiyete ve duygudurum bozukluklarının varlığına işaret etmektedirler (6-8). Bu çalışmaların önemli bir kısmında anksiyete ve depresif bozukluklar bir arada değerlendirilmiştir. Bland ve arkadaşları yaptıkları toplumdan rasgele seçilmiş bir örnekleme şizofreni hastalarının %85'inde bir veya daha çok sayıda eşlik eden psikiyatrik bozukluk tespit etmişlerdir (9). Bermanzohn ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kronik şizofreni örnekleminin %76'sında depresyon, OKB, panik bozukluktan biri ya da daha fazlasına ait belirtiler; %48,6'sında bir ya da daha fazla bozukluk saptanmıştır. Hastaların %27'sinde depresyon, %29,7'sinde OKB, %10,8'inde panik bozukluk bulunurken hiçbir hastada her üçü birden gözlenmemiştir (7). Ayaktan izlenen şizofreni hastalarında anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesine etkilerini değerlendiren bir çalışmada yaşam boyu eş tanıli anksiyete bozuklukları sıra ile sosyal fobi (%17), OKB (%15.1), yaygın anksiyete bozukluğu (%9.4), başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozuklukları (%7.5), panik bozukluğu (%5.7), özgül fobiler (%5.7), posttravmatik stres bozukluğu (%3.8) ve agorafobi (%1.9) olarak belirlenmiştir. Anksiyete bozukluklarının toplam oranı %41.5 düzeyinde tespit edilmiştir (6). Başka bir çalışmada yatan şizofreni hastalarının %44'üne eşlik eden anksiyete bozuklukları %17 agorafobili panik bozukluğu, %22 yaygın anksiyete bozukluğu ve %5 diğer anksiyete bozuklukları olarak sıralanmıştır (10).

Depresyon, OKB, panik bozukluk gibi sendromların şizofrenide önemli düzeyde birlikte ortaya çıkması söz konusudur. Fakat tanı sistemlerindeki dışlama kuralları hem klinikte hem de araştırma alanında çalışanların bu sendromları tespit etmelerini güçleştirmektedir. Şizofreni ve bağlantılı psikiyatrik sendromların ilişkisinde devam eden belirsizlik, yaygınlık tahminlerini ve klinik uygulamaları etkilemektedir. Şizofrenide depresyon ve anksiyete bozukluklarının varlığını değerlendirmek ve tedavi etmek hastaların klinik ve toplumsal sonuçlarını geliştirmede önemli bir katkı sağlayabilir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu varlığının şizofrenide eş tanıli depresyon ve anksiyete bozukluklarının varlığını belirlediğine işaret eden kimi sonuçlar yukarıda sunulan farklı çalışma sonuçlarını daha da karmaşılaştırmaktadır (11-13).

Bu çalışmanın amacı, ayaktan tedavileri üçüncü basamak sağlık kuruluşunda sürdürülen, alkol ve madde kullanımı olmayan bir grup şizofreni hastasında sosyodemografik ve klinik özellikleri ve eş tanı dağılımını belirlemek ve bulgularımızı konu ile ilgili literatür çerçevesinde tartışmaktır.

YÖNTEM

Çalışmaya Mart 2004-Mart 2005 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine ayaktan başvuran ve remisyon durumunda tedavileri devam etmekte olan, yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-I) ile DSM-IV'e göre şizofreni tanısı konulan, 16-65 yaşları arasında, okur yazar, zeka geriliği olmayan 98 şizofreni hastaları alınmıştır. Alkol ve madde kullanımı olan 14 şizofreni hastası çalışmaya alınmamıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla yarı yapılandırılmış bir çizelge kullanılmıştır. Bu çizelgede yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, hastanın ailede kaçınıcı çocuk olduğu, gelir düzeyi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi sosyodemografik verilerle ilgili maddelelere yer verilmiştir. Hastalığın klinik özellikleri ile ilgili olarak şizofreni tipi, hastalığın süresi, yatış sayısı, intihar girişimi öyküsü, varsa yöntemi, aldığı tedaviler ve yan etkiler değerlendirilmiştir. Poliklinikte tedavileri sürdürülen her hasta çalışma düzeni içinde bir kez değerlendirilmiştir. SCID-I ile şizofreni tanısı konan tüm hastalar sosyodemografik veri formu, Negatif Belirtileri

Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ) ve Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ) ile değerlendirilmiştir. KTÜ Tıp Fakültesi yerel etik kurulundan onay alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Tüm hastalardan çalışmaya katılımları hakkında bilgilendirilmiş yazılı olurları alınmıştır.

Veri Toplama Araçları:

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış

Klinik Görüşme: Eksen I psikiyatrik bozukluklar için, psikopatoloji bilen görüşmecilerin uygulayabileceği yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. SCID-I Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (14).

Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği: Ölçek, dilimize Erkoç ve arkadaşları tarafından çevrilerek geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (15). Duygulanımda düzleşme, düşüncenin yoksullaşması, istemsizlik-apati, anhedoni-toplumsal çekilme ve dikkat bozukluğu olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır.

Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği: Ölçek, dilimize Erkoç ve arkadaşları tarafından çevrilerek geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (16). Varsanılar, sanrılar, tuhaf davranış, pozitif yapısal düşünce bozukluğu ve uygunsuz duygulanım olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır.

İstatistiksel Değerlendirme:

İstatistiksel değerlendirmelerde ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. İki grubun (Eş tanısı olan şizofreni hastaları ve eş tanısı olmayan şizofreni hastaları) ölçümsel verilerinin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyanlarda Student t testi, normal dağılıma uymayanlarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi kullanılmıştır.

Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama \pm standart sapma, sayımla elde edilen veriler yüzde (%) olarak gösterilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 98 hastanın %26.5'i (n=26) kadın, %73.5'i (n=72) erkektir. Tüm grup yaş ortalaması

34.01 \pm 9.57 (16-61). Hastaların %67.3'ü (n=66) bekar, %25.5'i (n=25) evli, %7.1'i (n=7) boşanmış ve/veya eş ölmüştür. Tüm örnekleme okuma yazma bilmeyen hasta yoktur. Üniversite mezunu olan hastaların oranı %24.5 düzeyinde bulunmuştur. Değerlendirmeye alınan tüm hastaların çalışma durumları değerlendirildiğinde işsizlik oranları %45.9 olarak belirlenmiştir. Hastalara ait sosyodemografik özellikler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Çalışma grubunun cinsiyet, medeni durum, mesleklerle göre dağılımı (n=98)

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	26	26.5
Erkek	72	73.5
Medeni Durum		
Evli	25	25.5
Bekar	66	67.3
Boşanmış ve/veya ölmüş	7	7.1
Meslek		
İşsiz	45	45.9
Çalışan	15	15.3
Ev Hanımı	18	18.4
Emekli	11	11.2
Öğrenci	5	5.1
Diğer	4	4.1

İncelenen örnekleme hastalık başlangıç yaşı 24.09 \pm 7.87; toplam hastalık süresi 10.23 \pm 6.82 yıldır. Hastanede yatış sayısı ortalama 2.14 \pm 2.46 (0-15) olarak belirlenmiştir. Şizofreni alt tiplerinin dağılımı tüm örnekleme için %58.2 (n=57) paranoid, %33.7 (n=33) rezidüel, %4.1 (n=4) dezorganize, %4.1 (n=4) farklılaşmamış tip şizofreni olarak tespit edilmiştir. Tüm örneklemin PBDÖ ortalama puanı 9.43 \pm 10.56, NBDÖ ortalama puanı 30.84 \pm 20.66 olarak belirlenmiştir. Hastaların % 79.6'sı (n=78) yalnız tipik veya atipik antipsikotik, %20.4'ü (n=20) çoklu antipsikotik tedavi almaktadır. Tedavi alan hastaların %42.9'unda (n=43) yan etki gözlenmiştir. Sedasyon %26.5 (n=26) ile en yüksek sıklıkta bildirilen yan etki iken; ekstrapiramidal yan etkiler %3.1 (n=3) ile en düşük sıklıkta bildirilmiştir. Hastaların %67.3'ünde (n=66) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardır.

Hastaların %12.2'sinde (n=12) eş tanı saptanmıştır. SCID-I ile belirlenen eş tanı oranları sırasıyla %7.1 (n=7) depresyon, %3.1 (n=3) obsesif kompulsif bozukluk, %1 (n=1) sosyal fobi, %1 (n=1) depresyon ve panik bozuk-

Tablo 2: Tüm hastaların tanı dağılımı (n=98)

Tanı	n	%
Şizofreni	86	87.8
Şizofreni + depresyon	7	7.1
Şizofreni + OKB	3	3.1
Şizofreni + SF	1	1
Şizofreni+ depresyon+ PB	1	1

OKB: obsesif kompulsif bozukluk; SF: sosyal fobi; PB: panik bozukluk

luktur (Tablo-2). NBDÖ ve PBDÖ puanları eş tanısı olmayan grupta (n=86) sırasıyla 30.055±19.76, 9.88±11.03; eş tanısı olan şizofreni hastalarında (n=12) 36.50±26.61, 6.17±5.47'dir. İki grup arasında istatistiksel fark yoktur.

TARTIŞMA

Alkol ve madde kullanım bozukları dışlanan şizofreni hasta grubunda diğer ruhsal bozuklukların dağılımı ve klinik özellikleri değerlendiren bu çalışmada, alkol-madde kullanımının dışlanmadığı birçok çalışmanın bildirdiği oranlardan düşük düzeyde eş tanı oranı saptanmıştır (%12.2).

Yapılan çalışmalarda şizofrenide eş tanılı durumların sıklığı geniş bir aralıkta bildirilmektedir. Şizofreni hastalarında karşılaşılan en önemli güçlüklerden biri eşlik eden diğer ruhsal bozuklukları tanımlamak ve uygun tedavilerle ele almaktır. Örneğin şizofreni ve depresyon farklı klinik durumlar olarak tanımlansa da şizofrenide depresyon benzeri birçok belirtinin görülmesi söz konusudur. (17).

Depresyon belirtileri, şizofreninin tüm aşamalarında sıklıkla gözlenir. Depresyon belirtilerinin negatif belirtiler veya ekstrapiramidal yan etkilerden ayrımı güçtür ve özellikle alevli psikotik belirtiler varlığında ayırıcı tanı daha da güçleşir (17). Bu güçlük çalışmaya klinik olarak remisyonda şizofreni hastaları alınarak aşılımaya çalışılmıştır. Bu çalışmada negatif belirti ortalama puanları pozitif belirti ortalama puanlarından belirgin düzeyde yüksek bulunmuştur (sıra ile; 30.83±20.66, 9.42±10.55). Negatif belirti puanı görece yüksek olan bir örneklemede depresyon belirtilerinin ayrımı güçleşir. Daha önce yapılmış çalışmalara kıyasla saptanan düşük depresyon oranı (%7.1) bu güçlüğü yansıtabilir (5,17).

Şizofreni hastalarında sendrom düzeyinde dikkate değer oranda eşlik eden depresyonun ve depresyonda psikotik durumların varlığı bu iki bozukluğun sınırları-

nın belirlenmesi ve tedavi yaklaşımı sorununu gündeme getirmektedir (17). Aydemir ve arkadaşları, şizofrenide depresyonun örtüşen özellikleri ve ayırt eden belirtileri araştırmışlardır. Hem pozitif hem de hem de negatif belirtilerin depresyon ile örtüştüğünü bildirmişlerdir (18). Yapılan çalışmalarda şizofreni ve depresyonun tanımlanması, gözlem aralıkları, değerlendirme yöntemleri, hastaların klinik durumları çeşitlilik göstermektedir. İlk nöbet şizofreni hastalarında uzunlamasına izlem ile depresyon varlığını değerlendiren bir çalışmada %75 gibi yüksek bir oran bildirilirken kronik hasta grubunda kesitsel tek değerlendirmeye dayalı başka bir çalışmada %7 düzeyinde düşük bir oran bildirilmektedir (19,20). Wassink ve arkadaşları yeni başlangıçlı şizofreni hastalarından oluşan bir örneklemede %34 düzeyinde depresyon tespit ettiklerini bildirmişlerdir (21). Bu bulgular tek değerlendirmeye dayanan, kesitsel çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Bu çalışmada alkol ve madde kullanım bozukları dışlanan bir şizofreni hasta grubunda diğer ruhsal bozuklukların dağılımı ve klinik özellikleri değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçları şizofreniye eşlik eden ruhsal bozuklukları, alkol ve madde kullanımının dışlanmadığı birçok çalışmanın bildirdiği oranlardan düşük düzeyde (%12.2) belirlemesi ile farklılaşmaktadır. Bu oran ayaktan izlenen şizofreni hastalarında yalnız anksiyete bozukluklarının toplam oranını %41.5 düzeyinde bildiren sonuçlardan dikkat çekici düzeyde düşüktür (6). Bir ruhsal bozukluğun diğer bir ruhsal bozukluğun varlığına etkileri çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir; özellikle depresyon belirtileri ve psikozu değerlendiren çalışmalarda, depresyon belirtileri ile madde kullanım bozuklukları varlığı arasında ilişki tespit edilmiştir (11,12). Birçok araştırmacı, şizofreni hastalarında duygulanım belirtilerinin madde kullanım bozukluklarıyla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (22-25). Şizofrenide depresyon belirtileri ve madde kullanım bozukluklarının ilişkisini açıklayan etmenler net değildir. Değerlenen bu çalışmalarda çoklu madde kullanan şizofreni hastalarında depresyon belirtilerinin daha şiddetli olduğu, birlikte madde kullanım bozukluğu olan şizofreni hastalarında depresyona yatkınlığın yüksek olduğu, madde kötüye kullanım şiddeti ile depresyon belirtilerinin bağlantılı olduğu vurgulanmıştır. Eşlik eden şimdiki ruhsal bozuklukların düzeylerini ek alkol-madde kullanım bozukluğu olmayan bir örneklemede inceleyen bizim ça-

lişmamızda depresif bozukluk oranının %7.1 gibi dikkat çekici düzeyde düşük bulunması yukarıda değinilen çalışmaların sonuçları ile desteklenebilir.

Erişkinlerde, hem bazı klinik örneklerde hem de genel toplumda anksiyete belirtileri, anksiyete bozuklukları ve madde kullanımının ilişkisi gösterilmiştir (26-28). Genel toplum örneklerinde duygudurumla ilişkiz psikotik bozukluklarla anksiyete belirtileri ve madde kullanım bozukluklarının ilişkisine işaret eden sonuçlar bildirilmiştir (13). Epidemiyolojik çalışmalarda sosyal kaygı bozukluğu %13-39 aralığında bildirilmektedir (7,29,30). Sosyal kaygı bozukluğu genel toplumda da olduğu gibi şizofrenide de, daha yüksek alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı, yüksek dürtü kontrol bozukluğu ve intihar düzeyleri ile ilişkilidir (31). Vurgulanan bu bulgular, alkol ve madde kullanım bozukluklarının dışlandığı bir örnekte şizofreniye eşlik eden anksiyete bozukluklarının %3.1 obsesif kompulsif bozukluk, %1 sosyal fobi, %1 depresyon ve panik bozukluk biçiminde düşük düzeyde tespit eden sonuçlarımızı desteklemektedir.

Madde bağımlılığı temelinde eş tanılı durumların fizyopatolojisini değerlendiren çalışmalarda pozitif belirtilerin ikili tanı grubunda daha yüksek yaygınlık gösterdiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (32,33). Alkol ve madde kullanım bozukluğu ile yüksek pozitif belirti puanlarını ilişkilendiren bu sonuçlar, bizim çalışmamızın negatif belirti ortalama puanlarını pozitif belirti ortalama puanlarından belirgin düzeyde yüksek bulan sonuçları (sıra ile; 30.83 ± 20.66 , 9.42 ± 10.55) ile uyumludur.

Kirkpatrick ve arkadaşları eksiklik sendromu olan şizofreni hastalarında kanabis dışında şimdiki alkol ve madde kullanımının eksiklik sendromu olmayan şizofreni grubuna göre düşük olduğunu bildirmişlerdir (34). Ayrıca eksiklik sendromu olan grupta düşük depresyon ve intihar oranları da bildirilmektedir (35). Bizim çalışmamızda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların çalışma dışı tutulması örnekte eksiklik sendromu olan şizofreni hastalarının kümelenmesi sonucunu doğurmuş olabilir. Tespit edilen düşük eş tanı oranlarının bir ölçüde, olası bu etki ile açıklanması mümkün gözükmemektedir. Ancak eksiklik sendromu olan olmayan ayrımı bu çalışma düzeninde ele alınmamıştır.

Çalışmamızın sonuçlarını değerlendirirken birkaç yöntemsel kısıtlılığa değinmek uygun görünmektedir.

Çalışmada belirlenen düşük eş tanı oranları çalışma desenine ve değerlendirme yöntemine ait özelliklere bağlanabilir. Örneğin yaşam boyu yaygınlığa bakan çalışmalarda hastanın şimdiki ve önceki tanıları bir arada değerlendirmeye alındığından eş tanı oranları yalnız şimdiki eş tanıları dikkate alan çalışmalara göre yüksek bulunmaktadır. Bu çalışmada gösterilen düşük eş tanı oranları geçmiş klinik durumların değerlendirme dışında tutulmuş olmasından etkilenmiş olabilir. Porto ve arkadaşları şizofreni hastalarında obsesif kompulsif bozukluk sıklığını %26, obsesif kompulsif belirti sıklığını %60 olarak bildirmişlerdir (36). Bizim çalışmamızda da belirti dağılımı yerine tanılarının dağılımına bakılmış olması düşük oranların bir diğer nedeni olarak gösterilebilir. Akılda tutulması gereken bir diğer nokta örneklem yanlılığıdır. Bu çalışmanın sonuçları bir üniversite hastanesine ayaktan başvuran bir hasta grubunu temsil etmesi bakımından genellenemez.

DSM-IV ile şizofrenide eş tanılı klinik durumların tespit edilmesine olanak sunulmuş olması önemlidir. Eksen I'de birden çok tanının kullanılabilir olması 'eş tanılı durumların' değerlendirilmesine yönelik çalışmalara yol açmıştır. Bozuklukların birlikte ortaya çıkması hakkındaki farkındalık böylece artmıştır. Ancak DSM-II'ten DSM-IV'e geçişle dışlama kuralları çok büyük değişikliğe uğramadığı gibi klinisyenin dışlanan bozuklukla şizofreni ilişkisini nasıl değerlendireceği de tartışmaya açık bir konu olmayı sürdürmektedir (7). DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme formu olan SCID-I ile eş tanılarının konulduğu çalışmamız dahil bu yaklaşımı temel alan bütün çalışmalar, vurgulanan bu genel kısıtlılık dikkate alınarak değerlendirilmelidir.

Birlikte görülen psikiyatrik sendromların birbirinden tamamen ayrı, birbirine eşlik eden veya 'eş tanılı' durumlar ya da şizofreninin bir parçası olup olmadıkları, 'şizofreninin boyutları' ile açıklanıp açıklanamayacakları sorularına henüz net bir cevap verilememektedir. Şizofrenide birlikte görülen psikiyatrik sendromların hastalığın gidişine etkileri, bu tabloların ailelerde nasıl devamlılık gösterdiği ve tedavi edilebilir olup olmadıkları cevap bekleyen ve bu ayrımın yapılmasının ne denli önemli olduğuna işaret eden sorulardır. Eş tanılı durumlar sıklıkla gözden kaçabilen, ilaç ve diğer sağaltıcı müdahaleler bakımından hakkında pek az bilgiye sahip olduğumuz bir alanı oluşturmaktadır.

Tedavi hizmetleri planlaması kurumsal ya da daha geniş ölçekte bu ve benzeri çalışmalara ihtiyaç göstermektedir. Bu nedenle yukarıda tartışılan tüm kısıtlılıklarına rağmen çalışma verilerinin ülkemizde benzer şartlarda hizmet veren kurumlara bir ölçüde fikir vereceği inancındayız.

Kaynaklar:

- Schultz SK, Andreasen NC. Schizophrenia: Seminar. *Lancet* 1999; 353:1425-1430
- Tsuang MT, Faraone SV, Green AI. In Nicholi AM, eds. *Harvard Guide to Psychiatry, Third edition*, Cambridge, Massachusetts, and London: The Belknap Press of Harvard University Press, 1999:240-280
- Hwang MY, Bermanzohn PC. Şizofreni Tanısında Hiyerarşi, İndirgemecilik ve Eş tanıllık. A Üçok (Çeviren) 1. Baskı, İstanbul, Yelkovan Yayıncılık, 2002:1-23
- Hwang MY, Opler LA. Schizophrenia with obsessive-compulsive features: assesment and treatment. *Psychiatric Annals* 1994; 24:468-472
- Bermanzohn PC, Porto L, Arlow PB, Pollack S, Stronge R, Siris SG. Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: a clinical study of co-occurring syndromes. *Schizophr Bull* 2000;26: 517-525
- Braga RJ, Mendlowicz MW, Marrocos RP, Figueira IL. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *J Psychiatr Res* 2005;39:409-414
- Bermanzohn P, Porto L, Arlow P, Pollack S, Stronger R, Siris S. At Issue: Hierarchical Diagnosis in Chronic Schizophrenia: A Clinical Study of Co-occurring Syndromes. *Schizophr Bull* 2000;26:517-525
- Tibbo P, Swainson J, Chue P, LeMelledo JM. Prevalence and relationship to delusions and hallucinations of anxiety disorders in schizophrenia. *Depress Anxiety* 2003;17:65-72
- Bland RC, Newman SC, Orn H. Lifetime comorbidity in a community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75:383-391
- Garvey M, Noyes RJr, Anderson D, Cook B. Examination of comorbid anxiety in psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 1991;32:277-282
- Nigam R, Scottenfeld R, Kosten TR. Treatment of dual diagnosis patients: a relapse prevention group approach. *J Subst Abuse Treat* 1992;9:305-309
- Franco H, Galanter M, Castaneda R, Patterson J. Combining behavioral and self-help approaches in the inpatient management of dually diagnosed patients. *J Subst Abuse Treat* 1995;12:227-232
- Hambrecht M, Hafner H. Cannabis, vulnerability, and onset of schizophrenia: an epidemiologic perspective. *Aust NZ J Psychiatry* 2000;34:468-475
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:233-236
- Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Pozitif Semptomları değerlendirme Ölçeği'nin (SAPS) geçerlilik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam* 1991;4:20-24
- Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nin (SANS) geçerlilik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam* 1991;4:14-19
- Siris SG. Depression in schizophrenia: perspective in the era of "atypical" antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2000;157:1379-1389
- Aydemir Ö, Danacı EA, Pırıldar Ş. Şizofrenide depresyonu olan ile olmayan hastaların belirti yönünden ayrımı. *Türk Psikiyatri Derg* 2002;13:173-178
- Koreen AG, Siris SG, Chakos M, Alvir J, Mayerhoff D, Lieberman. Depression in first episode psychosis. *Am J Psychiatry* 1993;150:1643-1648
- Hirsch SR, Jolley AG, Barnes TRE, Liddle PF, Curson DA, Patel A. Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1989;2:259-264
- Wassink TH, Flaum M, Nopoulos P, Andreasen NC. Prevalence of the depressive symptoms early in the course of schizophrenia. *Am. J Psychiatry* 1999;156:315-316
- Kovaszny B, Bromet E, Schwartz JE, Ram R., Lavelle J. & Brandon L. Substance abuse and onset of psychotic illness. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44:567-571
- Cuffel BJ, Chase P. Remission and relapse of substance use disorders in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:342-348
- Krausz M, Mass R, Haasen C, Gross J. Psychopathology in patients with schizophrenia and substance abuse. *Psychopathology* 1996;29:95-103
- Brunette MF, Mueser KT, Xie H, Drake H. Relationships between symptoms of schizophrenia and substance abuse. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:13-20
- Goodwin RD, Amador XF, Malaspina D, Yale SA, Goetz RR, Gorman JM. Anxiety and substance use comorbidity among inpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;61:89-95
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke B.Z., Keith B.J., Judd L.L., & Godwin F.K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA* 1990;264:2511-2518
- Segui J, Marquez M, Canet J, Garcia L, Orliz M. Panic disorder in Spanish sample of 89 patients with pure alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend* 2001; 63: 117-121
- Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, Walsh D. Examining the validity of DSM-III-R schizoaffective disorder and its putative subtypes of Roscommon family study. *Am J Psychiatry* 1995;152:755-764
- Cosoff SJ, Hafner RJ. The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Aust NZ J Psychiatry*. 1998;32:67-72

31. Gut-Fayand A, Dervaux A, Olie JP, Loo H, Poirier MF, Krebs MO. Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Res* 2001;102:65-72
32. Scheller-Gilkey G, Thomas SM, Woolwinw BJ, Miller AH. Increased early life stress and depressive symptoms in patients with comorbid substance abuse and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002;28:223-231
33. Rosenthal RN, Hellerstein DJ, Miner CR. Positive and negative syndrome typology in schizophrenic patients with psychoactive substance use disorders. *Compr Psychiatry* 1994; 35:91-98
34. Kirkpatrick B, Amador XF, Flaum M, Yale SA, Bustillo JR, Buchanan RW, Tohen M. The deficit syndrome in the DSM-IV field trial: I. alcohol and other drug abuse. *Schizophr Res* 1996; 20:69-77
35. Fenton WS, McGlashan TH. Antecedents, symptom progression, and long-term outcome of the deficit syndrome in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1994;151:351-356
36. Porto L, Bermanzohn PC, Pollack S, Morrissey R, Sirris SG. A profile of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *CNS Spectr*, 1997;2:21-25