

İlk Atak Şizofreni: Tekrarlayan Yatışlarda Servis, Tanı ve Tedavi Değişiklikleri

Seher AYAN *, Aytül GÜRSU HARİRİ **, Gülcan UZUNER ÖZER ***, Osman ÖNAL **,
M. Emin CEYLAN ****, Nihal CEYLAN **

ÖZET

Bu çalışma, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne ilk başvurularında "İlk Atak Şizofreni" tanısı alıp, süreç içinde tekrarlayan yatışları da olan ve rasgele örneklem yöntemi ile seçilmiş 175 olguyu kapsamaktadır. Çalışmanın amacı, tekrarlayan yatışlardaki tanı değişikliklerini, bu değişikliklerin nedenlerini ve şizofreni tanısının süreklilik gösterip göstermediğini incelemektir.

Bu amaçla 175 olguya ait yatış dosyalarındaki bilgilerin geriye dönük olarak değerlendirilmesi yapıldı. Tekrarlayan yatışlardaki tanı değişikliklerinin nedenleri açısından özellikle, hastanın her defasında yatarak tedavi gördüğü psikiyatri birimi değişiklikleri, bu farklı birimlerdeki ekibin tedavi yaklaşımlarındaki değişiklikleri ve hastalığa ikincil olarak başlamış bir psikoaktif madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olup olmadığı araştırıldı. Sonuçlar, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programı içinde Mantel-Haenszel, Ki kare ve Fisher's Exact (one-tail) test'leri kullanılarak değerlendirildi.

Sonuç olarak, tekrarlayan yatışa sahip 89 olguda birim değişikliğinin, tanı değişikliğine istatistiksel açıdan anlamlı derecede etki ettiği; oysa, tedavi yaklaşımındaki değişiklik ya da ikincil psikoaktif madde kullanımının etkisinin bulunmadığı belirlendi. En dikkat çekici bulgumuz ise, tekrarlayan yatışlarda farklı tanılar ile taburcu edilen tüm hastaların son yatış tanılarının yeniden "Şizofrenik Bozukluk" olması idi. Sonuçlar, konu ile ilgili literatür bilgileri temel alınarak tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, ilk atak, premorbid, prognoz, tanı, tedavi, süreç

Düşünen Adam; 2000, 13(3): 155-160

SUMMARY

This work covers 175 randomly selected cases taken under observation in "Bakırköy State Hospital of Psychiatric and Neurological Disorders" with the diagnosis of first episode schizophrenia on different dates. The aim of the study is to investigate the diagnostic differences between the repeated hospitalisations, the causes of these differences (clinic changes, treatment differences, secondary psycho-active matter using) and whether the schizophrenia diagnosis shows a continuity or not. For the statistical analyses have been used Mantel-Haenszel, Chi square and Fisher's Exact (one-tail) testings. Finally in 89 cases having repeated hospitalisations whilst the clinic change has a meaningful effect on the diagnostic differences statistically, a treatment difference or secondary psycho-active matter using has not been encountered.

It is noteworthy to mention that different diagnosis in our study and the last hospitalisation diagnosis of all patient, discharged from the hospital, is schizophrenia.

Key words: Schizophrenia, first episode, premorbidity, prognosis, diagnosis, therapy, course

* Aile Hekimliği Uzmanı, ** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı (BRSHH 4. Psikiyatri Birimi), *** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı (Kocaeli Üniv. Medikososyal Birimi), **** Doç. Dr. (BRSHH 4. Psikiyatri Birim Şefi)

GİRİŞ ve AMAÇ

Şizofeni, MÖ 1400 yılından bu yana bilinmesine karşın gizemini hala koruyan, hastaların semptomoloji açısından çeşitlilik göstermeleri nedeniyle, standart biçimde tanımlanması ve sınıflandırılması konusunda güçlükler yaşanan, üstelik her toplumda ve her sosyoekonomik düzeyde görülebilen bir hastalıktır. Yapılan çeşitli çalışmalarda (1,2,3), şizofreninin yıllık insidansı % 0.1, yaşam boyu prevalansı % 1-1.4, nokta prevalansı ise % 0.09-1.1 olarak bulunmuş olup, bugün için şizofreninin nokta prevalansı % 0.6-% 7.1 arasında kabul edilmektedir. Bir yıllık prevalansı ise % 2.7-7 arasındadır.

Şizofrenin başlangıç yaşınının 15-45 yaşları arasında olduğu kabul edilmektedir. Ancak bazı yeni veriler, 45 yaşından sonra da hastalığın başlayabileceğine işaret etmektedir (geç başlangıçlı şizofreni). Kadınlarda ortalama 28-29, erkeklerde ortalama 18-19 yaşlarında başlar. Şizofreni insidansı şehirlerde ve endüstriyel bölgelerde, köylere göre daha yüksektir (4).

Psikozların tanı ölçütleri, hastalığın başlangıç zamanının belirlenmesini gerektirir. Şimdiye kadar yapılan çeşitli çalışmalarda (5-7), hastalığın başlangıcıyla ilgili olarak farklı tanımlamalar yapılmış ve belirgin hastalık belirtilerinin başlamasından önce bir öncül dönemin varlığından bahsedilmiştir. Vaillant (8), hastalığın başlangıcının öncül belirtiler ile pozitif psikotik belirtilerin oluşumu arasındaki süre olduğunu bildirmiştir. Diğer bazı araştırmacılar (9,10) ise, hastalığın başlangıcını "psikotik belirtilerin oluşumu ile tedavi başlangıcı arasındaki zamandır" şeklinde tanımlamışlardır. Görüldüğü gibi, şizofrenin ilk ataklarında başlangıcı belirlemek konusunda tam bir görüş birliğine varılamamıştır.

Şizofrenin öncül dönemi, birkaç günden birkaç yıla kadar değişkenlik gösterebilir. Yaklaşık olarak altı ay içinde hastaların % 25'inin başlangıç tanısının değişmekte olduğu, bazı hastaların ise altı ay sonra bile tanılarının hala netlik kazanmadığı bildirilmiştir (11). Şizofreninin tipik bir başlangıç biçimi yoktur ve klinik tablo, en az hastalığın etyolojisi ile ilgili kuramlar, tanı ve sınıflandırması ile ilgili sistemler ve gitkiçe artan tedavi seçenekleri kadar zengindir (12).

Her iki cins için tüm yaşlarda, şizofreninin başlangı-

cında öncelikli olarak negatif belirtiler ve onu takiben pozitif belirtiler ortaya çıkar. Negatif belirtilerin pozitif belirtilere göre hastalık süreci ve prognozu ile daha yakından ilgili olduğu düşünülmektedir (13). Negatif belirtileri saptanan hastada, prognozun daha kötü ve hastalık öncesi işlevselliğinin daha bozuk olduğunu bildiren araştırmalar vardır (14). İlk atak şizofreninin prognozu konusunda yapılmış çalışmalarda, bir iki sene içinde atağı tekrarlayan hastaların ileride tedaviye dirençli vakalar grubuna girdikleri görülmüştür (15,16).

İlk atak şizofreni tanısı koyduktan sonra tedaviye geç başlanan olgularda, relaps oranının arttığı ve hastalığın seyrinin kötü etkilendiği gösterilmiştir (18,19). Tedavideki diğer bir aşama da, hastanın hastalığına uyum sağlanmasıdır (20). Şizofreni tedavisinde aile ile işbirliği içinde olmanın bir gereklilik olduğu kabul edilmektedir. Yüksek duygu dışı vuru mu olan aileye sahip ilk atak şizofreni hastalarının, kronik hastalardakine benzer şekilde kötü seyir gösterdikleri saptanmıştır (21).

"İlk Atak Şizofreni ve Tekrarlayan Yatışlarda Servis, Tanı ve Tedavi Değişiklikleri" başlığı altında yapılan bu geriye dönük çalışmanın amacı, "ilk atak şizofreni" tanısıyla klinik gözlem altına alınan hastaların hem taburculuk tanısındaki değişikliklerini hem de tekrarlayan yatışlarındaki farklı psikiyatri biriminin, dolayısıyla da farklı tedavi yaklaşımlarının tanı ve tedavi üzerine etkilerini araştırmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

"İlk Atak Şizofreni ve Tekrarlayan Yatışlarda Tanı Değişiklikleri" başlığı altında yapılan bu çalışma, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde farklı tarihlerde "ilk atak şizofreni" tanısıyla klinik gözlem altına alınan ve rasgele örneklem yöntemiyle seçilmiş 175 olguyu kapsamaktadır.

Hastalar, ilk başvurularında poliklinik ve acil ayakta tedavi ünitesinde ICD-10 ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiş ve ilk atak şizofreni tanısı ile yatarak tedavi görmeleri uygun bulunmuştur. 175 olgunun bir kısmının (n: 89), zaman içinde tekrarlayan yatışlara sahip hastalardan oluştuğu görülmüştür.

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler.

	<15	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	>60
Başlangıç yaşı	1 % 0.5	17 % 10	74 % 42	48 % 28	26 % 15	8 % 4	1 % 0.5
Cinsiyet	K:0 E:1	K: 2 E: 15	K: 17 E: 57	K: 14 E: 34	K: 10 E: 16	K: 5 E: 3	K: 0 E: 1
Medeni durum							
- Evli	0	0	8	13	15	2	0
- Dul	0	0	4	7	5	5	0
- Bekar	1	17	62	28	6	1	1
	Eğitimsiz	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite		
Eğitim durumu	18	84	27	36	10		
Meslek	Var 30 (% 17)		Yok 145 (% 83)				
Yerleşim yeri	Kent 148 (% 85)		Köy 27 (% 15)				

Çalışma, geriye dönük olarak yatış dosyalarının taranması ve elde edilen bilgilerin değerlendirilmesi yöntemine dayanmaktadır. Çalışmaya dahil edilen olgularda, yaş ve cinsiyet sınırı aranmamıştır.

İstatistiksel analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programı ile yapılmış, anlamlılık sınırı 0.05 olarak alınmıştır. Mantel-Haenszel testi, Ki kare testi ve Fisher's Exact testi (one-tail) kullanılmıştır.

Çalışmanın amacı tekrarlayan yatışlarda tanı değişikliklerini, bu değişikliklerin nedenlerini araştırmak ve bu değişkenlerin etkisi ile ilk başvuruda konmuş olan şizofreni ön tanısının sonraki kontrol ve yatışlarda süreklilik gösterip göstermediğini incelemek olduğundan, incelenen her yatış dosyasında hastanın sosyodemografik verileri, tekrarlayan yatışlarda hangi psikiyatrik birimde tedavi gördüğü, farklı tedavi yaklaşımları, süreç içinde -tanı, tedavi şekli ve prognozu etkileyebileceği düşüncesinden yola çıkarak- ikincil bir psikoaktif madde kullanımı olup olmadığı ve son yatış tanısının ilk başvurudaki tanı ile benzerliği ayrıntılı olarak araştırılmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik veriler: Olgularımızda "İlk atak şizofreni" tanısı konduğu zamanki hasta yaşı, şizofreni başlama yaşı olarak kabul edildi. Buna göre, en sık görülen yaş grubu 20-29 arasındır (% 42). En az 15 yaş altı (1 olgu, % 0.5) ve 60 yaş üstüdür (1 olgu, % 0.5). Olguların 38'i evliken (% 22), 137'si (% 78) evli değildi (Tablo 1).

Tüm olgular cinsiyet, medeni durum ve ilk atak şizofreni başlangıç yaşına göre değerlendirildiğinde, her iki cinste de en sık görülme yaşı 20-29 yaş grubundaydı (erkek 57 olgu: % 32, kadın 17 olgu: % 9). Yine aynı yaş grubunda en fazla bekar oranı mevcuttu (62 olgu: % 35). Evli oranının en yüksek olduğu yaş grubu 40-49'du (15 olgu: % 8). İlk yatış tanısı şizofren olan erkek hastaların % 58'i bekarken, kadınlarda bu oran % 42 olarak belirlendi (Tablo 1).

Çalışma kapsamına dahil edilebilen olguların öğretim düzeyine bakıldığında en fazla ilkökul mezunu olduğu görüldü (Tablo 1).

Hastalar çok çeşitli meslek gruplarında dağılım gösterirken toplamın % 83'ü herhangi bir mesleğe sahip değildi. Aile ve ekonomik desteğe sahip olan hastaların sayısı (% 92) ise fazla bulundu (Tablo 1).

Tüm olgular yerleşim yeri açısından değerlendirildiğinde: Kentli % 85, köylü % 15 olarak saptandı (Tablo 1).

Tüm olgular yerleşim yeri açısından değerlendirildiğinde: Kentli % 85, köylü % 15 olarak saptandı (Tablo 1).

Tablo 2. İlk yatış yılı ve tanı değişikliği.

Tanı değişikliği	1995 öncesi	1995 sonrası	Toplam
Var	16 (% 66.7)	8 (% 33.3)	24 (% 27)
Yok	38 (% 58.5)	27 (% 41.5)	65 (% 73)
Toplam	54 (% 60.7)	35 (% 39.3)	89 (% 100)

Tablo 3. Farklı çıkış tanıları ve sayısı.

→ Atipik psikoz	21
→ BTA psikoz	10
→ Atipik mizaç bozukluğu	6
→ Kısa psikotik bozukluk	1
→ Paranoid bozukluk	4
→ İki uçlu mizaç bozukluğu	6
→ Atipik depresyon	2
→ Madde ve alkol kullanımına bağlı psikoz	3
→ Atipik anksiyete bozukluğu	1
→ Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk	1

Yatışa ait veriler: İlk başvuru sonrası klinik gözlem altına alınan hastaların hastanede kalış süreleri incelendiğinde, 122 olgunun (% 70) 20 günün üzerinde yattığı görüldü. Tanı değişikliği olan 11 olgunun 20 gün ve altı; 13'ünün de 20 günün üzerinde yattığı görüldü. Bu karşılaştırma istatistiksel olarak değerlendirildiğinde elde edilen sonuç anlamlı bulunmadı ($p=0.53$). Sonuç olarak hastanede kalış süresinin tanı üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı belirlendi.

"İlk atak şizofreni" tanısıyla yatırılan hastaların taburculuk tanıları ile yatış tanısı karşılaştırıldığında, 55 olguda (% 30) farklı çıkış tanısı saptandı (Tablo 2 ve 3).

1981-1998 yılları arasında hastaneye başvuran olguların incelenmesinde, ilk taburculuk sonrasında tekrarlayan yatışa sahip 89 (% 51) olgu belirlendi. Tekrarlayan yatışlı tüm olguların, hastanede yatış sayısının ortalaması 2.82 olup, bunların hepsinde 1 yıl içinde en az 1 kez hastaneye yatışı bulunduğu saptandı. Çoklu yatışla içinde en fazla tekrarlayan yatışa bakıldığı zaman, 1 olgunun 21 kez yattığı görüldü.

Çoklu yatışlarda 70 olguda (% 79) psikiyatri birimi ve 19 olguda (% 21) tanı değişikliği tespit edildi. Mükerrer yatışlı olgularda tanı değişiklikleri incelendiği zaman, 24 olgudan 22'sinde psikiyatri birim değişikliği de vardı ($p=0.002$). Servis ve tanı değişikliklerle

Tablo 4. İlk tanı, taburculuk tanısı ve tanı değişikliği.

Tanı değişikliği	İlk tanı ve taburculuk tanısı	
	Aynı	Farklı
Var	9 (% 37.5)	15 (% 62.5)
Yok	54 (% 83.1)	

rine bağlı beklenen tedavi değişikliği, sadece 4 olguda (% 4.5) mevcuttu.

Tekrarlayan yatışlar içinde (n: 89) tanı değişikliği olan 24 olguda, ilk tanı ile taburculuk tanısı arasındaki benzerlik/farklılık yönünden karşılaştırma yapıldığı zaman, tanı değişikliği olan 9 olguda ilk tanı ile taburculuk tanısı aynı iken, 15'inde farklı bulundu. Yine aynı şekilde mükerrer yatışlarda tanı değişikliği olmayan 65 olgunun 54'ünde, ilk tanı ile taburculuk tanısı aynı, 11'inde farklıydı ($p=0.00003$) (Tablo 4).

Ailesinde yüksek duygu dışı vurumu olan 30 olgu için, aile beklentisinin tekrarlayan yatış üzerine etkisi incelendiğinde, aile beklentisi olan 22 olguda (% 24.7) tekrarlayan yatış varken, 8'inde yoktu (% 93, $p=0.004$).

Tanı ve tedavi üzerinde önemli etkisi olduğu düşünülen psikoaktif madde ve alkol kullanımı, ancak 7 olguda tespit edildi. Bu 7 olgunun 5'inde (% 5.6) tanı değişikliği mevcuttu ($p=0.11$).

İlk hospitalizasyon sonrası farklı çıkış tanısına sahip olguların dökümü Tablo 3'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Toplumsal ve tıbbi anlamda insan yaşamında büyük değişikliğe neden olan şizofreni konusunda çok çeşitli araştırmalar yapılmaktadır. Literatür gözden geçirildiğinde, birbirini destekleyen araştırmaların yanısıra çelişkili sonuçlar da görmek olasıdır.

Bu çalışmamızda, olgularda ilk atak başlangıç yaşı 20-39 yaş grubunda en fazladır. Bu sonuç, literatür ile uyumludur⁽⁴⁾. Ancak çalışmamızda her yaş grubunda da hastalık görülmüştür. Buradan çıkarımla şizofreninin her yaşa ait bir hastalık olduğu söy-

lenebilir. Zaten geç başlangıçlı şizofreni kavramı da artık geniş bir kesimde kabul görmekte olup, yeni sınıflandırma sistemlerinde hastalığın başlangıç yaşı ile ilgili kriter kaldırılmıştır^(4,21).

Çalışmamızda, evli hastalardaki oranlar daha düşüktür. Ayrıca bekar şizofreni oranı erkek lehine bulunmuştur. Buna göre, "şizofreni, daha çok genç ve bekar erkeklerde görülmekte; evlilik ise, hastalık için koruyucu bir yol oynamaktadır" denilebilir. Hem kadınlarda hem de erkeklerde bekarların daha fazla yatarak tedavi görmeleri, evliliğin hastalığa karşı koruyucu ve destekleyici bir kurum olmasından kaynaklanabilir. Fakat bunun yanısıra, şizofren bir kişinin evlenemeyip, bekar bir hayat sürdürmeye mahkum olması da olasıdır. Bu nedenle şizofreni, bekarlar arasında daha yaygın görülmekte olabilir⁽⁴⁾.

Kadınlarda başlama yaşının erkeklere göre daha ileri yaşlarda olması, toplumun beklenti düzeyi ve sorumlulukların erkekler lehine daha fazla olması ile açıklanabilir. Nitekim bizim toplumumuzda kadınlar daha genç yaşlarda evlendirilmektedir ve eğer evlilik kurumu şizofreni için iyi bir prognoz kriteri olmaktaysa, bu durum da neden kadınlarda şizofreninin erkeklerle nispeten daha az görüldüğünü ve neden daha geç yaşlarda başladığını bir ölçüde açıklayabilir.

Bulunan sonuçlarda hastaların % 85'i kentlidir. Bu sonuç, literatürle uyumludur⁽⁴⁾. Şizofreni insidansı, şehirlerde ve endüstriyel bölgelerde daha yüksektir. Çünkü, gelişmiş bölgelerde kişilerden iş ve güç beklentisi de yüksektir. Yeterli performans göstermesini engelleyen bir rahatsızlığı olduğu için, şizofren hastanın stresör yüklenmesi daha fazla olacak ve gitikçe daha düşük seviyede bulunan bölgelerde yaşamaya mahkum olacaktır (kayma fenomeni). Bunun nedeninin, şehirlerdeki sosyal yapının hızlı değişimi ve düzensizliği yanısıra, köylerdeki yapının daha durağan olması, insanlar arası iletişimin desteği de beraberinde getirmesi olabileceği gibi, stresör faktörlerin azlığı ve doktor başvurusunun daha az olması da olabilir. Yani, köylerdeki destek ve koruyuculuğa bağlı olarak, "hastaların kendi içlerinde saklı tutulması ve idare edilmesi" gerektiği düşüncesiyle - çok mecbur kalmadıkça- doktora götürülmedikleri ve bu nedenle köylerde şizofreni oranının rölatif olarak daha düşük olduğu düşünülebilir.

Olgularımızın % 48'i ilkökul mezunu ve ancak % 17'si meslek sahibidir. Eğitim ve meslek alanındaki bu dağılım, ülke sonuçları ile uyumludur (DİE, 1998). Ancak, özellikle erken başlangıç yaşına sahip şizofrenlerde meslek sahibi olmama oranının yüksekliği, hastalığın oluşturduğu yeti yitimi ile ilişkili olarak değerlendirilebilir.

Hastaların % 92'si aile desteğine sahiptir. Bu durum, Türkiye'de toplumsal yaşam için aile kavramının ön planda olması, ayrıca "iyi ve kötünün mutlaka aile içinde saklı kalması" yaklaşımı ile bağlantılıdır. Korunan aile yapısı yanında, taburculuk sonrası ülkemizde sosyal hizmet ve bakım yapılanmasının bulunmaması da hem hastaya hem de aileye, hastaya sahip çıkmaktan başka bir seçenek bırakmamaktadır.

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 1995 yılından beri DSM-IV kullanılmaktadır. Çalışmamızda, 1995 yılı öncesi ve sonrası tanı değişiklikleri açısından istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.48$). Bunun nedeni daha önce kullanılan sınıflandırma sistemi olan ICD-10'un da kesin kriterler içermesidir.

"İlk atak şizofreni" tanısı verildikten sonra, yatarak klinik gözlem altına alınan hastaların, hastanede kalış süreleri tanı farklılıkları açısından karşılaştırıldığında, istatistiksel anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($p=0.53$). Buna bakarak, hastanede yatış süresinin tanı üzerinde etkili olmadığı söylenebilir.

İlk yatarak tedavi süresince, ilk yatış tanısı ve taburculuk tanısı arasındaki uyum/uyumsuzluk, daha sonraki tekrarlayan yatışlardaki tanı değişikliği açısından incelendiğinde, elde edilen sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.00003$). Bunun nedeni, hastaların her yatışta farklı klinik tablolar sergilemeleri olabilir. Çünkü şizofreni kliniği oldukça farklılıklar gösterebilmekte olup, şizofreni bir semptomlar topluluğu, yani bir sendrom ya da durum şeklinde de kabul edilebilmektedir. Ayrıca çalışmamızda, çıkış tanı farklılığı olan tüm olgulardaki son yatış tanısının tekrar şizofreni yönünde olduğu gözlenmiştir (% 100).

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde hastalar tekrarlayan yatışları süresince farklı servislerde takip edilmektedirler. Çalışmamızdaki olgu-

lar bu açıdan incelenerek, aynı hasta için her bir yatışındaki servis (psikiyatri birimi) değişikliğine bağlı tam farklılıkları karşılaştırıldığında, oldukça anlamlı istatistiksel bir sonuç elde edilmiştir ($p=0.002$). Her ne kadar global olarak hastanemizde DSM-IV tanı kriterleri kullanılmaktaysa da, klinik görüş, gözlem ve tedavi yaklaşımları arasında farklılıklar olabilmektedir. Fakat yine de, son yatış tanısının ilk tanı ile aynı olması gözönüne alındığında, farklı psikiyatri birimlerinde değişik tanımlara gidilmiş olma sebebinin daha çok şizofrenik bozukluğun semptomatoloji zenginliğine bağlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda, 7 olguda alkol ve psikoaktif madde (PAM) kullanımı saptanmıştır. Bu 7 olgunun 5 tanesi, 89 tekrarlayan yatışa sahip olgular arasında bulunmaktaydı. Fakat, sekonder PAM kullanımına bağlı tanı değişikliğine bakıldığında, anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p: 0.11$). Aslında, sekonder PAM kullanımının tanı koymada güçlükler yarattığı, semptomatolojiyi karıştırdığı bilinmektedir. Bizde anlamlı bir istatistiksel değer bulunmamasının nedeni, genel olgu sayısına ($n: 175$) göre, PAM kullananların sayısının ($n: 7$) azlığı olabilir. Fakat, bu sonuç aynı zamanda, sekonder PAM kullanımının -diğer rahatsızlıklarda olduğu gibi- şizofrenik bozuklukta da tabloyu olumsuz etkileyerek, tekrarlayan yatışlara sebep olabileceğini göstermektedir.

SONUÇ

Şizofreni, psikiyatri bilim dalında ve günlük yaşam pratiğinde ayrıcalıklı bir önem ve ilgiye sahiptir. Yapılan araştırmalar sonucunda sınıflandırma, tanı ve tedavi alanında elde edilen sonuçlar hastalığa daha standart bir yaklaşım getirmiştir. Yeni sınıflandırma sistemleri daha kesin kriterler içermektedir. Fakat bunun yanı sıra, bu kadar zengin ve farklılıklar içeren bir semptomlar kompleksi olan şizofreni hastalığı, belirli kriterlere hapsoldüğünde, zaman zaman görülen klinik farklılıklar, tanı değişikliğine gidişi de kaçınılmaz bırakmaktadır. Ancak sosyal yeti yetimi gelişen vakalarda bu derece farklı kliniğe rağmen, kesin ve esas tanı konulabilmektedir. Şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklar, topluma, kültüre, dine, göreneklere ve diğer çeşitli faktörlere göre çok farklılıklar gösterebilmektedir. Standardizasyon ise bu farklılıkları gözardı etmektedir.

İlk atak şizofreni tanısı ve tekrarlayan yatışlarda tanı değişiklikleri incelendiği zaman, bu değişikliklerin servis değişikliğine bağlı olması yanında, hastalığın zengin klinik tablosu ile de ilgili olduğu da söylenebilir.

Hastane sonrası hastalık ile uyum sürecinde aile desteği önemli yer tutar. Bu nedenle ailenin de içine dahil edildiği bir sosyal hizmet ağının yapılandırılması, ailenin hastaya ve hastalığa yaklaşımı, tutum ve davranışı, hastalığı kabullenışı yönünde bilgilendirilmesi, ayrıca beklenti düzeyini ve yüksek duygu dışı vurumunu azaltması açısından eğitilmesi oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al: Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization: Ten country study. *Psychol Med Monogr Suppl* 20:1-97, 1992.
2. Karno M, Norquist GS: Schizophrenia: Epidemiology in Comprehensive Textbook of Psychiatry, Ed by HI Kaplan, BJ Sadock, Sixth Edition. Williams and Wilkins Baltimore 902, 909, 1995.
3. Karno M, Norquist GS: Schizophrenia: Epidemiology in Comprehensive Textbook of Psychiatry, Ed by HI Kaplan, BJ Sadock. Williams and Wilkins Baltimore 1985.
4. Ceylan ME: Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 1. Baskı, İstanbul 1993.
5. Bleuler M: The Schizophrenic Disorders: Long-term Patient and Family Studies. New Haven, Yale University Press, 1978.
6. Wing J: Comments on the long term outcome of schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 14:669-673.
7. Dawson D, Monroe-Blum H, Bartolucci G: Schizophrenia in focus. New York, Human Sciences Press, 1983.
8. Vaillant GE: Prospective prediction of schizophrenic remission. *Arch Gen Psychiatry* 11:509-518, 1964.
9. Johnstone EC, Crowe TJ, Jonson AL, et al: The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 148:115-120, 1986.
10. Gift TE, Strauss JS, Harder DW, et al: Established chronicity of psychotic symptoms in first admission schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 138:779-784, 1981.
11. Beiser M, Erickson D, et al: Establishing the onset of psychotic illness. *Am J Psychiatry* 150:1349-1354, 1993.
12. Kaplan H, Sadock B: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sixth edition, Williams and Wilkins Baltimore 1:889-910, 1995.
13. Hafner H: The influence of age and sex on the onset and early. *J Pract Psychiatry Behav Health* 2:10-15, 1996.
14. Mayerhoff DI, Loebel AD, Alvir MJ, et al: The deficit state in first episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 151:1417-1422, 1994.
15. The Scottish Schizophrenia Research Group. The scottish first episode schizophrenia study VIII. Five-year follow-up: clinical and Psychosocial findings. *Br J Psychiatry* 161:496-500, 1992.
16. Spitzer R, Endicott J: Research Diagnostic criteria instrument. No. 50, New York: New York State Psychiatric Institute 1978.
17. Remington G: Topical issues on the diagnostic and drug treatment of first episode schizophrenia. *J Pract Psychiatry Behav Health* 2:2-9, 1996.
18. Loebel A, Lieberman J: Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia. *Am J Psychiatry Behav Health* 149:1183-1118, 1992.
19. Birchwood M, Macmillan F: Early intervention in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 27:374-378, 1993.
20. McGorry P, Chane A: Post traumatic stress disorder following recent onset psychosis. *J Nerv Ment Dis* 179:353-358, 1992.
21. Hafner H, Maurer K, Löffler W, et al: The Epidemiology of early schizophrenia influence of age and gender on onset and early course. *Br J Psychiatry* 29-38, 1994.