

# Kronik Şizofren Hastalarda Ortaya Çıkabilen Depresyonun Parkinsonizm ve Negatif Belirtilerden Ayırdedilmesi

İlhan ESLEK, Cem İLNEM, Ferhan YENER

## ÖZET

Çalışmaya Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Kronik Psikoz servislerinde yatan ve sürekli gidiş gösteren 105 şizofrenik hasta alınmıştır. Yaş ortalamaları 50 olan hastaların 25'i (% 24) kadın, 80'i (% 76) erkektir. Bu çalışmada şizofrenikler için depresyonun nokta prevalansı % 38 olarak tespit edilmiştir. HDÖ'ne göre depresyon saptanan hasta grubuyla depresyon saptanmayan hasta grubu uygulanan tedavi açısından karşılaştırıldığında, antipsikotik dozu ve antipsikotik türü ile depresyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Depresif grup ile depresif olmayan grup, EBDÖ'nin parkinsonizm ve akatizi toplam puanlarına göre karşılaştırıldıklarında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir. HDÖ ile EBDÖ'nin parkinsonizm alt ölçeği arasında korelasyon olup olmadığına bakıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. HDÖ'ne göre depresyon saptanan hastaların, depresyon düzeyleri bir ay sonra HDÖ ile tekrar değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Yukarıdaki bulgular, çalışmaya alınan hastalarda saptanan depresif belirtilerin, postpsikotik, akinetik ve farmakojenik depresyon olarak değerlendirilemeyeceğini, bu belirtilerin şizofrenik sendromun bir parçası olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlardan birisi de; KPDÖ'nin şizofrenide depresif ve negatif semptomları ayrı ayrı değerlendirebildiği ve KPDÖ depresyon alt ölçeğinin şizofrenideki depresyonun değerlendirilmesinde, daha uzun ve karmaşık olan HDÖ kadar da güvenilir olduğudur.

Anahtar kelimeler: Kronik şizofreni, depresyon, negatif semptomlar, parkinsonizm

Düşünen Adam; 1998, 11 (2): 9-21

## SUMMARY

In this study, 105 chronic schizophrenic patients at Bakırköy State Hospital for Psychiatric and Neurologic Diseases were evaluated. The patient group consisted of 25 (24 %) females and 80 (76 %) males with a mean age of 50. The point prevalence of schizophrenia was 38 %. Comparing the therapeutic regimens of the patients groups with and without depression according to HDS did not reveal statistical difference between the doses and types of antipsychotic drugs. Comparing the total points of parkinsonism and akathisia according to ESDS of the patient groups with and without depression did not reveal statistical difference. Also, parkinsonism subclass of HDS and ESDS were not statistically correlated. The depression level according to HDS of the depressed patient group was significantly lower one month later. These results show the depressive symptoms of the patients may not be considered as postpsychotic, akinetik or pharmacologic depression, but these symptoms may be regarded as a part of schizophrenic syndrome. Conclusively, depressive and negative symptoms of schizophrenia can be differentiated using BPRS and the depression subscale of BPRS is as reliable as HDS to evaluate the depressive symptoms of schizophrenia.

Key words: Chronic schizophrenia, depression, negative symptoms, parkinsonism

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 7. Psikiyatri Kliniği

## GİRİŞ

Şizofreni, geçen yüzyıldan beri ruh hekimliğini en çok uğraştıran, fakat bugün bile çeşitli yönleri tam açıklanamamış ruhsal bozukluklardan biridir. Bleuler'in 1911 yılında şizofreni adını verdiği ve ruhsal işlevlerde parçalanma olduğunu belirttiği bu hastalık; genç yaşta başlayan, insanın kişilerarası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı, düşüncüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü bir psikozdur<sup>(18)</sup>.

Şizofrenik süreçte gözlenen depresyon ile şizofrenin avolüsyon, aloji, duyulanımda düzleşme, anhedoni gibi negatif şizofreni itemlerinin psikiyatrik ölçeklerde örtüşüğü, literatür bilgilerinden ve kendi klinik pratiğimizden bilinmektedir. Ayrıca, şizofrenik hastaların tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar; dopamin blokajı yoluyla akinezi, maske yüz, apati, halsizlik ve disfori gibi belirtilerden oluşan parkinsonizm tablosuna veya yerinde duramama ile birlikte bireyi özkıyım girişimlerine zorlayacak şekilde derin bir sıkıntı ve huzursuzluk durumu gibi belirtilerden oluşan akatizi tablosuna neden olabilirler. Bu tabloların şizofreni sürecinde gözlenebilen depresyonun psikomotor yavaşlama, anhedoni, konsantrasyon kusurları, özkıyım düşünceleri ve anksiyete gibi belirtilerinden ayırımı güçtür.

Ayırıcı tanıdaki bu karmaşa ve şizofrenik süreçte gözükülen depresyonun en azından bir kısmının farkedilemeyip atlanması nedenleriyle planlanan bu çalışmada; hasta gruplarının bazı sosyodemografik özellikleri, şizofrenide gözlenen depresyonun nokta prevalansı, şizofrenik hastalardaki özkıyım düşüncelerinin depresyonla ilişkisi, şizofrenide ortaya çıkabilen depresyonun negatif semptomlar ve parkinsonizmden ayırımı, Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ) ile Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği (KPDÖ) itemleri ve toplam puanları arasında korelasyonu olup olmadığı, şizofrenide ortaya çıkabilen depresyonun şizofrenik sendromun bir parçası olup olmadığı araştırılmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi kronik psikoz servislerinde yatan 80 erkek, 25

kadın toplam 105 sürekli gidiş gösteren şizofren hastanın "gelişigüzel örnekleme" yöntemiyle seçilmesiyle yapılmıştır.

### A) Dışlama ölçütleri

1. DSM-IV şizofreni tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan ruhsal bozukluklar
2. Öykü, fizik muayene, nörolojik muayene ve laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir organik etmen saptananlar
3. Herhangi bir sistemik hastalığı nedeniyle ilaç kullananlar
4. Psikoaktif madde kullanım öyküsü olanlar
5. Son 6 ay içinde EKT yapılmış olanlar

### B) Kabul ölçütleri

1. DSM-IV'e göre şizofreni tanısını koydurtacak ölçütleri karşılayanlar
2. Günlük antipsikotik ilaç dozu dışında, ek antipsikotik ilaç enjeksiyonu yapılmayan, görece stabil olanlar

## Değerlendirme

### A) Psikiyatrik görüşme ve tanı

Görüşmelerde Spitzer ve ark. tarafından geliştirilen ve Soria ve ark. tarafından Türkçeye çevrilen DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi yatan hasta formu (Structured Clinical Interview for DSM-III-R, SCID-P) kullanılmıştır. Elde edilen veriler DSM-IV tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir<sup>(28)</sup>.

### B) Tedavi

Hastalara tedavide uygulanan antipsikotik dozları, antipsikotik terapötik eşdeğer doz cetveli üzerinden mg/gün olarak haloperidole çevrilerek hesaplanmış (100 mg klorpromazin=2 mg, haloperidol=95 mg, tiyoridazin=2 mg, flufenazin=1 mg pimozid) ve antipsikotik alan tüm hastaların tedavilerine, ekstrapiramidal yan etki oluşmaması için biperiden eklenmiştir.

### C) Uygulanan ölçekler

1. Hamilton depresyon ölçeği (Hamilton depression

rating scale-HDÖ)

2. Negatif belirtileri değerlendirme ölçeği (Scale for the assessment of negative symptoms-NBDÖ)

3. Ekstrapiramidal belirtileri değerlendirme ölçeği (Chouinard ve Ros-chouinard-EBDÖ)

4. Kısa psikiyatrik derecelendirme ölçeği (Brief psychiatric rating scale-KPDÖ)

### Araştırmanın tasarımı

Çalışmaya alınacak hastaların seçimi yapıldıktan sonra, hastalara HDÖ verilerek depresif semptomların derecesine bakıldı. Bu çalışmada HDÖ'den sekiz puan ve üzerini alan hastalar depresyonda kabul edildiler ve şizofren hastalar depresyonda olanlar ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrıldılar. Bu iki grup NBDÖ, EBDÖ, KPDÖ ile HDÖ itemleri ve toplam puanları açısından karşılaştırıldı ve depresif belirtiler, negatif belirtiler ve antipsikotik ilaç kullanımına bağlı ekstrapiramidal yan etkiler arasında ilişki olup olmadığı araştırıldı. Bir ay sonra, depresyonlu olan gruba HDÖ verilerek depresyon düzeyleri tekrar değerlendirildi ve iki değerlendirme arasında farklılık olup olmadığı araştırıldı.

### İstatistiksel değerlendirme yöntemleri

Araştırmada SPSS 5.0 istatistik programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Student-t testi, Ki-kare testi, bağıntı analizi, nonparametrik testler uygulanmıştır.

### BULGULAR

#### 1. Örneklemin tanımı

Çalışmaya Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi kronik psikoz servislerinden, şizofreni tanısı konmuş ve sürekli gidiş gösteren 105 hasta alınmıştır. Olguların cinsiyet dağılımına bakıldığında, 25'i (% 24) kadın, 80'i (% 76) erkektir. Örneklem grubunun yaş ortalaması 50±10 olup, 30-60 yaşları arasında kümelenme görülmüştür. Örneklem grubunda haloperidol eşdeğeri şeklinde hesaplanan ortalama ilaç dozu 16±11 mg olarak saptanmıştır.

#### 2. Hamilton depresyon ölçeğine göre depresyon saptanan olgularla, depresyon saptanmayan olguların karşılaştırılması

Hamilton depresyon ölçeğine göre; 0-7 puan depresyon yok, 8-15 puan hafif depresyon, 16 puan ve üzeri majör depresyon olarak kabul ediliyor. İlk görüşmede 8 ve üzerinde puan alan 40 olgu depresyon olarak kabul edildi. Bu grubun yaş ortalaması 47.5±10, depresif olmayan grubun ise 47.7±10 olarak saptandı. Her iki grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $t=0.05$ ,  $df=40$ ,  $p=0.95$ ).

Depresif grubun haloperidol eşdeğeri ilaç dozu ortalaması 12.4±2.6 mg, depresif olmayan grubun ise 18±2.2 mg olarak saptandı. Her iki grubun ilaç dozlarının ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $t=1.84$ ,  $df=40$ ,  $p=0.073$ ). Her iki grup sosyodemografik özellikleri yönünden karşılaştırıldığında, hiç evlenmemişlerin yüzdesi depresif olan grupta daha yüksekti ve boşanmış ya da ayrı yaşayanlara bu grupta rastlanmadı. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Özkıyım girişiminde bulunanların oranı yine depresif olarak değerlendirilen grupta istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdi. Bu grupta özkıyım girişiminde bulunma oranı, depresif olmayan gruptan daha yüksekti. Tablo 1'de tüm hastaların ve her iki grubun sosyodemografik açıdan karşılaştırılması özetlenmektedir.

#### 3. Hamilton depresyon ölçeğine göre depresyon saptanan olgularla, depresyon saptanmayan olguların NBDÖ, Parkinsonizm ile akatizi ve KPDÖ puanlarına göre karşılaştırılması

Depresif grubun HDÖ toplam puanı ortalaması 14.8±3, depresif olmayan grubun HDÖ toplam puan ortalaması ise 3±0.6 olarak saptanmıştır. Örneklemin % 62'si HDÖ'de 0-7 puan olarak depresif olmayan grupta yer almış, % 22'si 8-15 puan olarak hafif depresyon, % 16'sı ise 16 ve üzeri puan olarak majör depresyon olarak değerlendirilmiştir.

Depresif olan grupla depresif olmayan grup HDÖ nin itemlerine göre karşılaştırıldığında; depresif ruh hali, suçluluk duygusu, özkıyım, sabah erken uyanma, çalışma ve aktiviteler, retardasyon, ajitasyon, psişik anksiyete, genital semptomlar ve durumu hakkında görüşü itemlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Depresif grupta bu itemlerin puanları daha yüksektir. Uykuya

Tablo 1.

	Depresif grup	Depresif olmayan grup	Toplam (n)
<b>Cinsiyet</b> $X^2=0.61, sd=1, p=0.43$			
Erkek	33 (% 82)	47 (% 72)	80 (% 76)
Kadın	7 (% 18)	18 (% 28)	25 (% 24)
<b>Medeni durum</b> $X^2=8.63, sd=3, p=0.03^*$			
Bekar	35 (% 88)	44 (% 68)	79 (% 75)
Dul	5 (% 12)	3 (% 4)	8 (% 8)
Boşanmış	-	13 (% 20)	13 (% 12)
Ayrı yaşıyor	-	5 (% 8)	5 (% 5)
<b>Öğrenim durumu</b> $X^2=7.35, sd=4, p=0.12$			
Okur-yazar değil	9 (% 41)	5 (% 8)	14 (% 13)
Okur-yazar	-	13 (% 20)	13 (% 12)
İlkokul	17 (% 41)	23 (% 36)	40 (% 39)
Ortaokul	7 (% 18)	8 (% 12)	15 (% 14)
Lise	7 (% 18)	16 (% 24)	23 (% 22)
Yüksekokul	-	-	-
<b>Önceki işi</b> $X^2=9.85, sd=3, p=0.13$			
Hiç çalışmamış	19 (% 47)	31 (% 48)	50 (% 48)
İşçi	9 (% 23)	10 (% 16)	19 (% 18)
Memur	5 (% 12)	-	5 (% 5)
Serbest	5 (% 12)	8 (% 12)	13 (% 12)
Ev kadını	2 (% 6)	10 (% 16)	12 (% 11)
Malulen emekli	-	6 (% 8)	6 (% 6)
<b>Uygulanan tedavi</b> $X^2=4.16, sd=2, p=0.12$			
Antipsikotik+antikolinerjik	28 (% 69)	55 (% 84)	83 (% 79)
Atipik antipsikotik	2 (% 6)	8 (% 12)	10 (% 10)
Antipsikotik verilmeyenler	10 (% 25)	2 (% 4)	12 (% 11)
<b>Sosyal desteği</b> $X^2=1.27, sd=1, p=0.26$			
Sosyal desteği var	9 (% 23)	26 (% 40)	35 (% 33)
Sosyal desteği yok	31 (% 77)	39 (% 60)	70 (% 67)
<b>Özkiyim girişimi</b> $X^2=5.86, sd=1, p=0.015^*$			
Özkiyim girişimi yok	28 (% 69)	62 (% 96)	90 (% 86)
Özkiyim girişimi var	12 (% 31)	3 (% 4)	15 (% 14)
<b>Ailede psikiyatrik öykü</b> $X^2=3.54, sd=2, p=0.17$			
Şizofreni öyküsü var	12 (% 29)	18 (% 27)	30 (% 29)
Mizaç bozukluğu öyküsü var	10 (% 24)	3 (% 5)	13 (% 12)
Psikiyatrik öykü yok	18 (% 24)	44 (% 68)	62 (% 59)
<b>Hospitalizasyon süresi</b> $X^2=1.04, sd=3, p=0.79$			
1-5 yıl	5 (% 12)	3 (% 4)	8 (% 8)
6-10 yıl	5 (% 12)	10 (% 16)	15 (% 14)
11-15 yıl	11 (% 29)	18 (% 28)	29 (% 28)
16 yıl ve üzeri	19 (% 47)	34 (% 52)	53 (% 50)

\* İstatistiksel olarak anlamlı fark.

dalamama, gece yarısı uyanma, somatik anksiyete, somatik gastrointestinal semptomlar, hipokondriyaklık ve zayıflama itemleri için ise böyle bir farklılık söz konusu değildir.

Tablo 2,3,4,5 ve 6'da depresif olan grubun ve depresif olmayan grubun NBDÖ toplam ve NBDÖ alt ölçeklerine göre aldıkları ortalama puanların karşılaştırılması özetlenmiştir. Duygulanımsal düzleşme bölümünde zayıf göz ilişkisi, duygulanımsal yanıt-

sızlık, sesteki esnekliğin eksikliği dışındaki diğer 5 item açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Uygunsuz duygulanım dışında, depresif grupta bu itemlerin puanları daha yüksektir.

Aloji iletiminden Tablo 3'de belirtilen üçü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Depresif grupta puanların ortalamaları depresif olmayan gruptan daha yüksektir.

Tablo 2.

NBDÖ	Depresif olan grup		Depresif olmayan grup	
	ort.	sd	ort.	sd
<b>Duygulanımsal düzleşme</b>				
Değişmeyen yüz ifadesi t=2.65, df=40, p=0.03*	2.8	0.4	1.4	0.3
Kendiliğinden hareketin azalması t=4.37, df=40, p=0.0001*	2.6	0.3	0.6	0.2
Anlamlı jest yokluğu t=2.76, df=40, p=0.005*	3.1	0.4	1.7	0.3
Zayıf göz ilişkisi t=1.24, df=40, p=0.21	1.6	0.4	1	0.2
Duygulanımsal yanıtızlık t=1.33, df=40, p=0.18	2.4	0.4	1.6	0.3
Uyumsuz duygulanım t=2.42, df=40, p=0.015*	1.1	0.5	2.7	0.4
Sesteki esneklik eksikliği t=1.85, df=40, p=0.14	3.1	0.3	2.2	0.4
Duygulanımsal düzleşmenin bütünsel derecelendirilmesi t=1.48, df=40, p=0.023*	2.9	0.2	1.9	0.3
Duygulanımsal düzleşme toplam puanına göre t=2.10, df=40, p=0.03*	19.6	1.6	13.2	1.9

\* p<0.05

Tablo 3.

NBDÖ	Depresif olan grup		Depresif olmayan grup	
	ort.	sd	ort.	sd
<b>Aloji</b>				
Blokaj t=2.25, df=40, p=0.024*	1.1	0.3	1.1	0.3
Yanıt süresinin uzaması t=2.83, df=26, p=0.004*	2.1	0.4	2.1	0.4
Aloji toplam puanına göre t=2.17, df=40, p=0.03*	11.9	1.1	11.9	1.1

\* p<0.05

Avolüsyon/apati iteminden Tablo 4'de belirtilen ikisi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Depresif grupta puanların ortalamaları depresif olmayan gruptan daha yüksektir.

Anhedoni/asosyallik iteminden Tablo 5'de belirtilen dördü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Depresif grupta puanların

Tablo 4.

NBDÖ	Depresif olan grup		Depresif olmayan grup	
	ort.	sd	ort.	sd
<b>Avolüsyon/Apati</b>				
İsteksizlik-apatinin bütünsel değerlendirilm. t=2.48, df=40, p=0.013*	3.1	0.3	1.6	0.4
Fiziksel enerji t=2.75, df=26, p=0.005*	3.2	0.3	1.5	0.3
Avolüsyon toplam puanına göre t=1.89, df=40, p=0.05*	11.1	1	6.9	1.3

\* p<0.05

Tablo 5.

NBDÖ	Depresif olan grup		Depresif olmayan grup	
	ort.	sd	ort.	sd
<b>Anhedoni/Asosyallik</b>				
Eğlenceli ilgi ve etkinlikler t=3.18, df=40, p=0.0015*	3.6	0.3	2.1	0.3
Yakınlık-dostluk kurma yeteneği t=2.26, df=26, p=0.023*	3.6	0.4	2.2	0.4
Arkadaş-akranlarla ilişki t=2.11, df=40, p=0.035*	3.5	0.4	2.2	0.4
Anhedoni/asosyallik bütünsel derecelendirilmesi t=2.48, df=40, p=0.013*	3.4	0.3	2	0.3
Anhedoni toplam puanına göre t=2.25, df=40, p=0.024*	10.9	1.7	6.9	1.6

\* p<0.05

ortalama depresif olmayan gruptan daha yüksektir. Depresif olan grupla depresif olmayan grup akatizi ve parkinsonizm toplam puanları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Soru formundaki; rutin işlerin yapılmasında yavaşlama, zaafiyet ve güçlük çekildiği izlenimi ve parkinsonizm bölümündeki; ekspresif otomatik hareketler (maske yüz, konuşma) itemleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0.02). Deprese olan grupta bu itemlerin ortalaması deprese olmayan gruptan daha yüksek bulundu (Tablo 7).

Depresif olan ve depresif olmayan gruplar KPDÖ'nin itemleri açısından karşılaştırıldığında; depresif

Tablo 6.

NBDÖ	Depresif olan grup		Depresif olmayan grup	
	ort.	sd	ort.	sd
Dikkat toplam puanına göre t=0.05, df=46, p=0.095	3.5	0.7	4	0.8
NBDÖ toplam puanına göre t=2.11, df=40, p=0.034*	62.6	4.5	42	4.5

\* p<0.05

Tablo 7.

EBDÖ	Depresif olan grup		Depresif olmayan grup	
	ort.	sd	ort.	sd
Distoni-parkinsonizm soru formu toplam puanına göre t=1.06, df=46, p=0.28	1.5	0.4	1	0.4
Parkinsonizm toplam puanına göre t=0.72, df=40, p=0.47	8.7	2.9	6.4	1.7
Akatizi puanına göre t=0.31, df=17, p=0.75	0.3	0.2	0.04	0.04

grupta bedensel yakınma, ruhsal anksiyete, coşkusal içe kapanıklık, kendini yeme ve suçluluk duygusu, bedensel anksiyete, depresif mizaç ve psikomotor aktivite azalması itemlerinde daha yüksek puanlar; depresif olmayan grupta ise abartılmış benlik saygısı, düşmanlık, şüphencilik, varsanıllı davranış, garip düşünce içeriği, psikomotor aktivite artışı itemlerinde daha yüksek puanlar elde edilmiştir. Bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıydı. Düşüncenin dağılımı, özgül motor bozukluklar, işbirliği etmeme, körleşmiş ve uygunsuz duygulanım, yönelim bozukluğu ve konfüzyon itemlerinden aldıkları puanlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı.

Tablo 8'de depresif olan ve olmayan grupların KPDÖ toplam ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması özetlenmiştir. KPDÖ depresyon puanı ve KPDÖ şizofreni puanı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Depresif grupta KPDÖ depresyon puanı, depresif olmayan grupta KPDÖ şizofreni puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 8.

KPDÖ	Depresif olan grup		Depresif olmayan grup	
	ort.	sd	ort.	sd
KPDÖ depresyon t=5.37, df=19, p=0.0001*	8.6	0.8	1	0.2
KPDÖ negatif t=1.24, df=28, p=0.21	5.2	0.9	3.8	0.6
KPDÖ şizofreni t=3.05, df=40, p=0.002*	9.4	1.4	16.5	1.4
KPDÖ toplam t=0.39, df=40, p=0.069	18.6	1.6	17.5	1.5

\* p<0.05

#### 4. Depresyon saptanan olgular Hamilton depresyon ölçeği ile bir ay sonra tekrar değerlendirildiğinde, iki ölçüm arasındaki farklılığın araştırılması

Bir ay arayla Hamilton depresyon ölçeğiyle yapılan iki değerlendirmenin arasındaki farklılık Tablo 9'da özetlenmiştir. Uykuya dalmama, gece yarısı uyanma, somatik anksiyete, somatik gastrointestinal semptomlar, genel somatik semptomlar ve hipokondriyaklık itemlerinin puan ortalamalarındaki iki ölçüm arasında farklılık gözlenmezken, diğer itemlerin puanlarında istatistiksel olarak bir düşüş olmuştur. İkinci ölçümde grubun sadece % 12'si HDÖ'ye göre depresif olarak değerlendirilmiştir.

#### 5. Ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki korelasyon

• Hamilton depresyon ölçeği ve negatif belirtileri değerlendirme ölçeği arasındaki bağlantı

NBDÖ itemleri ve Hamilton depresyon itemleri arasında ilişki araştırıldığında, Hamilton depresyon ölçeğinin çalışma ve aktiviteler, retardasyon, depresif ruh hali ve psişik anksiyete itemlerinin sıklıkla NBDÖ itemleriyle korele olduğu görüldü. Tablo 10'da özetlendiği gibi dikkat toplamı dışında NBDÖ toplam puanı ve NBDÖ alt ölçeklerinin toplam puanı ile Hamilton depresyon ölçeğinin toplam puanı arasında, zayıf-orta derecede korelasyon saptanmıştır.

• Hamilton depresyon ölçeği ve kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği arasındaki bağlantı

Tablo 9.

	Birinci ölçüm ortalamaları		İkinci ölçüm ortalamaları	
	ort.	sd	ort.	sd
Toplam puana göre z=-3.62, p=0.0003*	14.7	1	3.8	0.7
Depresif ruh hali z=-3.62, p=0.003*	2.5	0.2	0.4	0.1
Suçluluk duygusu z=-2.93, p=0.033*	1.3	0.3	0.05	0.05
Özkıyım z=-2.37, p=0.018*	0.8	0.2	0.06	0.06
Uykuya dalamama z=-1.40, p=0.16	0.6	0.2	0.3	0.2
Gece yarısı uyanmak z=-1.47, p=0.14	0.4	0.1	0.2	0.1
Sabah erken uyanmak z=-2.36, p=0.018*	0.5	0.1	0	0
Çalışma ve aktiviteler z=-2.93, p=0.00033*	1	0.2	0.06	0.06
Retardasyon z=-2.22, p=0.026*	1.2	0.2	0.5	0.2
Ajitasyon z=-1.98, p=0.046*	1	0.3	0.2	0.1
Psşik anksiyete z=-2.55, p=0.01*	1.2	0.2	0.3	0.1
Somatik anksiyete z=-1.21, p=0.22	0.2	0.01	0.06	0.06
Somatik gastrointestinal semptomlar z=-0.27, p=0.78	0.2	0.1	0.2	0.1
Genel somatik semptom. z=-0.36, p=0.71	0.2	0.2	0.1	0.08
Genital semptomlar z=-2.49, p=0.012*	1.7	0.3	0.8	0.2
Hipokondriyaklık z=-1.60, p=0.11	0.4	0.2	0	0
Durumu hakkında görüşü z=-2.80, p=0.005*	1.2	0.2	0.5	0.1
Zayıflama z=-1, p=0.32, *p<0.05	0.2	0.1	0.1	0.1

Tablo 11'de KPDÖ toplam ve KPDÖ alt ölçek puanları ile Hamilton toplam puanı arasında bağıntı analizinin sonuçları özetlenmiştir. KPDÖ depresyon puanı ile Hamilton toplam puanı arasında çok iyi derecede doğrudan bir ilişki, KPDÖ şizofreni ile Hamilton toplam puanı arasında zayıf-orta derecede ters bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 10.

	Depresif grubun HDÖ toplam puanı	
	r	p
NBDÖ toplam	0.39	0.012*
Duygulanımsal düzleşme	0.34	0.025*
Aloji toplam	0.44	0.003*
Avolüsyon toplam	0.35	0.024*
Anhedoni toplam	0.36	0.018*
Dikkat toplam	-0.01	0.92

\*p<0.05

Tablo 11.

	Depresif grubun HDÖ toplam puanı	
	r	p
KPDÖ toplam	0.12	0.44
KPDÖ depresyon	0.83	0.0001*
KPDÖ şizofreni	-0.39	0.009*
KPDÖ negatif	0.28	0.068

\*p<0.05

Tablo 12 ve 13'de KPDÖ ve HDÖ itemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olan korelasyonlar özetlenmiştir. KPDÖ depresyon alt ölçeğinin, bedensel yakınma itemi ile HDÖ'nin 6 ayır itemi, KPDÖ depresyon alt ölçeğinin ruhsal anksiyete itemi ile HDÖ'nin 7 ayır itemi, KPDÖ depresyon alt ölçeğinin kendini yerme ve suçluluk duygusu itemi ile HDÖ'nin 6 ayır itemi, KPDÖ depresyon alt ölçeğinin bedensel anksiyete itemi ile HDÖ'nin 9 ayır itemi, KPDÖ alt ölçeğinin depresif mizaç itemi ile HDÖ'nin 9 ayır itemi ve KPDÖ-depresyon alt ölçeğinin psikomotor aktivite yavaşlaması itemi ile HDÖ'nin 10 ayır itemi arasında ilişki saptanmıştır.

Bu anlamlı korelasyonlardan; KPDÖ'nin kendini yerme ve suçluluk duygusu itemi ile HDÖ'nin suçluluk itemi arasında, KPDÖ'nin depresif mizaç itemi ile HDÖ'nin depresif ruh hali itemi arasında ve KPDÖ'nin psikomotor aktivite azalması itemi ile HDÖ'nin depresif ruh hali itemi arasında çok iyi derecede doğrudan korelasyon saptanmıştır.

KPDÖ'nin depresif mizaç itemi ile HDÖ'nin suçluluk duygusu, sabah erken uyanma, çalışma ve aktiviteler, retardasyon, psşik anksiyete durumu hakkında görüşü itemleri arasında KPDÖ'nin psikomotor aktivite azalması itemi ile HDÖ'nin çalışma ve aktiviteler, retardasyon, durumu hakkında görüşü itemleri arasında KPDÖ'nin bedensel anksiyete itemi ile

Tablo 12.

	HDÖ1	HDÖ2	HDÖ3	HDÖ5	HDÖ6	HDÖ7	HDÖ8
KPDÖ1	r=0.39 p=0.01	r=0.52 p=0.0001			r=0.33 p=0.035		
KPDÖ2	r=0.63 p=0.0001	r=0.37 p=0.014			r=0.32 p=0.035	r=0.55 p=0.0001	
KPDÖ3						r=0.31 p=0.047	r=0.55 p=0.0001
KPDÖ4	r=-0.36 p=0.019					r=-0.44 p=0.004	
KPDÖ5	r=0.49 p=0.001	r=0.75 p=0.0001			r=0.37 p=0.015		r=0.35 p=0.024
KPDÖ6	r=0.57 p=0.0001	r=0.41 p=0.007	r=0.33 p=0.035		r=0.37 p=0.015	r=0.57 p=0.0001	
KPDÖ7					r=0.34 p=0.028		
KPDÖ8	r=-0.60 p=0.0001	r=-0.42 p=0.006			r=-0.34 p=0.027	r=-0.47 p=0.001	r=-0.45 p=0.003
KPDÖ9	r=0.83 p=0.0001	r=0.62 p=0.0001	r=0.38 p=0.013		r=0.50 p=0.001	r=0.54 p=0.0001	r=0.51 p=0.001
KPDÖ10	r=-0.52 p=0.0001	r=-0.41 p=0.007					r=-0.44 p=0.004
KPDÖ11	r=-0.42 p=0.006						r=-0.35 p=0.022
KPDÖ12	r=-0.45 p=0.003		r=-0.34 p=0.026			r=-0.43 p=0.004	
KPDÖ13	r=0.76 p=0.0001	r=0.38 p=0.013	r=0.39 p=0.01		r=0.45 p=0.003	r=0.65 p=0.0001	r=0.55 p=0.0001
KPDÖ14				r=0.34 p=0.025			
KPDÖ15	r=-0.51 p=0.001				r=-0.39 p=0.011	r=-0.47 p=0.001	r=-0.52 p=0.0001
KPDÖ16	r=-0.33 p=0.035			r=0.33 p=0.033			
KPDÖ17	r=-0.57 p=0.0001	r=-0.36 p=0.018					r=-0.47 p=0.001

HDÖ'nin depresif ruh hali, çalışma ve aktiviteler, durumu hakkında görüşü itemleri arasında, KPDÖ'nin suçluluk duygusu itemi ile HDÖ'nin durumu hakkında görüşü itemi arasında, KPDÖ'nin ruhsal anksiyete itemi ile HDÖ'nin depresif ruh hali, çalışma ve aktiviteler, durumu hakkında görüşü itemleri arasında, KPDÖ'nin bedensel yakınma itemi ile HDÖ'nin suçluluk duygusu itemi arasında ve KPDÖ'nin coşkusal içe kapanıklık itemi ile HDÖ'nin retardasyon itemi arasında iyi derecede doğrudan korelasyon saptanmıştır.

KPDÖ depresyon alt ölçeği ile HDÖ arasındaki tabloda belirtilen diğer doğrudan korelasyonlar zayıf-orta derecede ilişkilidir.

• Hamilton depresyon ölçeği ve Parkinsonizm arasındaki bağıntı

Tablo 14'de parkinsonizm toplam ve akatizi puanları ile HDÖ toplam puanı arasındaki bağıntı analizinin sonuçları özetlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.



Tablo 13.

	HDÖ9	HDÖ10	HDÖ11	HDÖ13	HDÖ14	HDÖ15	HDÖ17
KPDÖ1			r=0.32 p=0.036	r=0.35 p=0.025		r=0.37 p=0.015	
KPDÖ2	r=0.44 p=0.003	r=0.34 p=0.025					r=0.65 p=0.0001
KPDÖ3	r=0.41 p=0.006						
KPDÖ4				r=0.31 p=0.041			
KPDÖ5			r=0.32 p=0.041				r=0.52 p=0.0001
KPDÖ6	r=0.38 p=0.013	r=0.36 p=0.019	r=0.33 p=0.032				r=0.52 p=0.0001
KPDÖ7	r=0.33 p=0.031			r=0.38 p=0.014			
KPDÖ8		r=0.46 p=0.002					r=0.48 p=0.001
KPDÖ9		r=0.52 p=0.0001			r=0.43 p=0.004		r=0.62 p=0.0001
KPDÖ10					r=0.39 p=0.01		
KPDÖ12		r=0.33 p=0.033					r=0.40 p=0.009
KPDÖ13	r=0.45 p=0.003	r=0.48 p=0.001			r=0.42 p=0.005		r=0.65 p=0.0001
KPDÖ15		r=0.34 p=0.028		r=0.32 p=0.038			r=0.32 p=0.039
KPDÖ18				r=0.38 p=0.014			

**KPDÖ İTEMLERİ:** 1. Bedensel yakınma, 2. Ruhsal anksiyete, 3. Coşkusal içe kapanıklık, 4. Düşüncelerin dağınıklığı, 5. Kendini yeme ve suçluluk duygusu, 6. Bedensel anksiyete, 7. Özgül motor bozukluklar, 8. Abartılmış benlik saygısı, 9. Depresif mizaç, 10. Hostilite, 11. Şüphencilik, 12. Varsanlı davranış, 13. Psikomotor aktivite yavaşlaması, 14. İşbirliği etmeme, 15. Garip düşünce içeriği, 16. Körleşmiş veya uygunsuz duygulanım, 17. Psikomotor aktivite artışı, 18. Yönelim bozukluğu ve konfüzyon.

**HDÖ İTEMLERİ:** 1. Depresif ruh hali, 2. Suçluluk duygusu, 3. Özkiyım, 4. Uykuya dalamama, 5. Geceyarısı uyanmak, 6. Sabah erken uyanmak, 7. Çalışma ve aktiviteler, 8. Retardasyon, 9. Ajitasyon, 10. Psikik anksiyete, 11. Somatik anksiyete, 12. Somatik gastrointestinal semptom, 13. Genel somatik semptomlar, 14. Genital semptomlar, 15. Hipokondriyaklık, 16. Zayıflama, 17. Durumu hakkında görüşü.

Tablo 14.

	Depresif grubun HDÖ toplam puanı	
	r	p
Distoni-parkinsonizm soru formu toplamı	0.19	0.22
Akatizi puanı	0.05	0.75
Parkinsonizm toplamı	0.22	0.17

\*p<0.05

## TARTIŞMA

Çalışmaya alınan 105 hastanın 40'ında (% 38) HDÖ'ne göre depresyon saptanmıştır. Depresyon görülmesi açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu, şizofrenik hastalarda depresyonun her iki cinsiyette de eşit oranda görüldüğü doğrultusundaki literatür bilgisi ile uyumludur<sup>(7)</sup>.

Hiç evlenmemişlerin yüzdesi depresif olan grupta daha yüksekti ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu konuda literatürde farklı sonuçlar bildirilmekle birlikte, depresyonun yalnız yaşayan şizofrenik hastalar arasında daha yaygın olduğuna dair yayınlar ağırlıktadır (23).

Her iki grup öğrenim durumları açısından karşılaştırıldıklarında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatür bilgilerinde çoğunlukla yüksek öğrenim görmüş şizofrenik hastalar arasında depresyonun daha sık olduğu, bunun da hastalıklarını ve verilen testleri daha iyi algılamaları ile ilgili olduğu bildirilmektedir (9). Kronik servislere yatan hastalardan gelişigüzel seçilen hasta grubumuzda ise yüksek okul mezunu hasta bulunmaması bu farklılığı açıklayabilir.

Depresyon saptanan hastalara uygulanan ilaç tedavilerine bakıldığında; 28'i (% 69) antipsikotik ve antikolinerjik, 2'si (% 6) atipik antipsikotik alıyorlardı ve 10'u da (% 25) ilaçsız gözlem altındaydı. Depresif olmayan grupta 55'i (% 84) antipsikotik ve antikolinerjik, 8'i (% 12) atipik antipsikotik alıyordu ve 2'si (% 4) de ilaçsız gözlem altındaydı. Hastalara uygulanan antipsikotiklerin, haloperidol eşdeğeri şeklinde hesaplanan ortalama ilaç dozu  $16 \pm 11$  mg, deprese grupta hesaplanan eşdeğer ilaç dozu  $12.4 \pm 2.6$  mg, deprese olmayan grupta ise  $18 \pm 2.2$  mg'dır ve antipsikotik uygulanan tüm hastalar aynı zamanda depo antipsikotik tedavi de uygulanmıştır.

Depresyon saptanan hasta grubuyla depresyon saptanmayan hasta grubu uygulanan tedavi açısından karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak antipsikotik dozu ve antipsikotik türü ile depresyon arasında ilişki olmadığı bulundu. Bu bulgu 1967'de Hlmchen ve Hippus'un önerdiği farmakojenik depresyon tanımı ile çelişir. Nitekim 1988 yılında Siris ve ark. depresyonu olan ve olmayan şizofrenik hastaları karşılaştırarak yaptıkları çalışmada da antipsikotik tedavi ile depresyon düzeyi arasında ilişki saptamamışlar ve farmakojenik depresyon kavramını reddetmişlerdir (25).

Depo formu da dahil düzenli antipsikotik tedavi uygulanan 93 hastanın 30'unda (% 32.2) depresyon saptanırken, antipsikotik tedavi uygulanmayan 12 hastanın 10'unda (% 83.3) depresyon saptanmıştır.

Bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da düzenli antipsikotik tedavi ile depresyonun ortaya çıkmasının engellendiği öne sürülebilir. Nitekim, literatür bilgileri de düzenli antipsikotik ilaç uygulanan şizofrenik hastalarda depresyon ortaya çıkma oranının çok düşük olduğunu bildirmektedir (4,7,22).

Yapılan çalışmaların bazılarında, uzun süreli uyaran eksikliğinin şizofreniklerde depresyon ortaya çıkmasında bir faktör olduğu söylenebilir de, uzun süredir hastanede yatarak tedavi gören şizofrenik hastalarla yapılan bu çalışmada, hastanede kalış süresi ile depresyon görülmesi arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 1).

Depresyonda olan hastalar ile depresyonda olmayan hastalar, öykülerine göre özkiyim girişimi açısından karşılaştırıldıklarında, depresif grupta özkiyim girişi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, depresyonu olan şizofreniklerde özkiyim girişiminin hem normal popülasyona, hem de depresif olmayan şizofreniklere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu şeklindeki literatür bilgisi ile de uyumlu bulunmuştur (2,7,9).

HDO'ne göre depresyon saptanan şizofreniklerle, depresyon saptanmayan şizofrenikler NBDÖ toplam puanları ve NBDÖ'nün alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlara göre karşılaştırıldıklarında;

• Duygulanımsal düzleşme bölümünde, azalmış kendiliğinden hareketler, anlamlı jestlerin yokluğu, uygunsuz duygulanım, duygulanımsal düzleşmenin bütünsel derecelendirilmesi itemleri ile duygulanımsal düzleşme toplam puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Uygunsuz duygulanım dışında depresif grupta da bu itemlerin puanları daha yüksektir (Tablo 2).

• Aloji bölümünde; blokaj, yanıt süresinin uzaması itemleri ve aloji toplam puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 3). Depresyonlu grupta puanların ortalamaları daha yüksektir.

• Avolüsyon/apati bölümünde, isteksizlik, apatinin bütünsel derecelendirilmesi, fiziksel enerji, avolüsyon toplam puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Depres-

yonlu grupta puanların ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4).

- Anhedoni/asosyallik bölümünde, eğlence ile ilgili etkinliklere katılma, yakınlık-dostluk kurma yeteneği, arkadaş-akranlarla ilişkiler, anhedoni/asosyallik bütünsel derecelendirilmesi itemleri ve anhedoni toplam puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Depresif grupta puanların ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5).

- Dikkat toplam puanına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

- NBDÖ toplam puanına göre, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Depresif grupta puanların ortalamaları daha yüksektir (Tablo 6).

HDÖ'ne göre depresyon saptanan şizofreniklerde NBDÖ puanlarının, depresyon saptanmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek çıkması, negatif belirtilerin depresif belirtilerden ayırımının güç olduğunu gösterir. Literatür bilgileri de, muhtemelen farklı patolojilerden köken alsalar da şizofrenideki depresif ve negatif belirtilerin benzer görünümde olduğu ve ayırımının güç olduğu yönündedir (16,18,19,21,29).

HDÖ ile NBDÖ arasında yapılan korelasyon çalışmasında ise HDÖ toplam puanı ile NBDÖ toplam ve NBDÖ'nin duygulanımsal düzleşme, aloji, avolüsyon, anhedoni alt ölçeklerinin toplam puanları arasında zayıf-orta derecede korelasyon saptanmıştır. HDÖ'nin depresif ruh hali, retardasyon, psikik anksiyete, çalışma ve aktiviteler itemlerinin, NBDÖ itemleri ile korelasyon göstermesi, bu çalışmada HDÖ'nin şizofrenideki depresyonu ölçmede yetersiz kalacağı şüphesini uyandırmaktadır.

Bizim çalışmamızda uyumlu olmak üzere Goldman ve ark. 1992 yılında şizofrenik hastalarda depresif semptomatolojinin ölçümü için HDÖ'nin geçerliliğini araştırmamışlar, HDÖ'nin KPDÖ depresyon, KPDÖ negatif alt ölçekleri ve NBDÖ ile korelasyon gösterdiğini tespit etmişlerdir. Bu sonuçlardan yola çıkarak, şizofreniklerde HDÖ kullanıldığında, sonuçların depresif popülasyondaki gibi yorumlanamayacağını bildirmişlerdir (10).

Yapılan bazı çalışmalarda araştırmacılar, şizofreniklerde HDÖ itemleri ile negatif semptomlar arasında bir örtüşme saptadıklarında, bunu şizofreniklerin de, depresyonda görülen vejetatif bulguları gösterdikleri şeklinde yorumlamışlardır (1,3). Bu yorum, HDÖ'nin şizofreniklerde depresiflerde olduğu gibi bazı ortak özellikleri ölçtüğüne dayanmaktadır. Ancak çalışmamız şizofreniklerde kullanılan HDÖ'nin depresiflerde değerlendirildiği gibi değerlendirilmemesi gerektiğini göstermiştir.

Eğer bu sonuç daha başka çalışmalarda da tekrarlanırsa, şizofrenik hastalarda depresyon ve negatif semptomları ayırmak için HDÖ kullanan araştırmacıların, skaladaki bu kontaminasyonu gidermek için depresyon ve negatif semptomları daha iyi tanımlamaları gerekecektir.

Depresif grup ile depresif olmayan grup, EBDÖ'nin parkinsonizm ve akatizi toplam puanlarına göre karşılaştırıldıklarında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 7). HDÖ ve EBDÖ'nin parkinsonizm alt ölçeği arasında korelasyon olup olmadığına bakıldığında da (Tablo 14), istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar, çalışılan hasta grubunda akinetik depresyonun, depresif özelliklerin gelişmesinde önemli bir faktör olmadığını düşündürmektedir. Barnes ve ark. 1989 yılında yaptıkları benzer bir çalışmanın sonuçları da bu çalışmanın sonuçlarına paraleldir (5).

Soru formundaki rutin işlerin yapılmasında yavaşlama, güçlük çekildiği izlenimi ve parkinsonizm bölümündeki maske yüz itemleri ise depresyon saptanan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.02). Bu çalışmada antipsikotik tedavi verilen hastalara aynı zamanda antikolinerjik bir ilaç olan biperiden de verilmesine rağmen, maske yüz oluşmuştur. Bu sonuç, maske yüzün depresif duygulanımdan ayırımının güç olması nedeniyle, şizofrenide depresyon tanısının sadece "depressi-ve affect" ile konulamayacağını ve suçluluk düşüncesi, özkıyım düşünceleri gibi başka depresif belirtilerin varlığı ile daha sağlıklı depresyon tanısının konulabileceğini düşündürür. Literatür de, parkinsonizm semptomları ile depresif semptomlar arasında bir birliktelik olduğundan ve ayırıcı tanının zor olduğundan söz etmektedir (6,8,13,14,25).

Bu çalışma ile uyumlu olmak üzere, Halstead ve ark. 1994 yılında yaptıkları bir çalışmada, akatizinin, kronik şizofreniklerde ortaya çıkabilen depresyon ile ilişkisi olmadığını bildirdiler <sup>(11)</sup>. Ancak ekstrapiramidal bir yan etki olan ve derin bir disfori duygusuna yol açan akatizinin ajite depresyonu taklit edebileceği literatürde sıkça bahsedilmektedir <sup>(6,15,26)</sup>.

Depresyonda olan grup ile depresyonda olmayan grup KPDÖ toplam puan ve KPDÖ alt ölçeklerinden elde edilen puanlar açısından karşılaştırıldıklarında, gruplar arasında KPDÖ depresyon alt ölçeği puanı ve KPDÖ şizofreni alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. KPDÖ depresyon alt ölçeği puanı depresif olan grupta, KPDÖ şizofreni alt ölçeği puanı ise depresif olmayan grupta daha yüksekti (Tablo 8). HDÖ toplam puanı ile KPDÖ toplam puanı ve KPDÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyon araştırıldığında; KPDÖ depresyon alt ölçeği puanı ile HDÖ toplam puanı arasında çok iyi derecede doğrudan bir ilişki, KPDÖ şizofreni alt ölçeği puanı ile HDÖ toplam puanı arasında zayıf-orta derecede ters bir ilişki saptanmıştır (Tablo 11).

KPDÖ negatif alt ölçeği puanı ile HDÖ toplam puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı. KPDÖ depresyon alt ölçeğinin itemleri ile HDÖ itemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olan korelasyonlar araştırıldığında; KPDÖ'nin bedensel yakınma itemi HDÖ'nin 6 itemi ile, ruhsal anksiyete itemi HDÖ'nin 7 itemi ile, kendini yerme ve suçluluk duygusu itemi HDÖ'nin 6 itemi ile, bedensel anksiyete itemi HDÖ'nin 9 itemi ile, depresif mizaç itemi HDÖ'nin 9 itemi ile ve psikomotor aktivite yavaşlaması itemi, HDÖ'nin 10 itemi ile doğrudan ilişki bulundu (Tablo 12,13).

Bu sonuçlar KPDÖ'nin şizofrenide depresif ve negatif semptomları ayrı ayrı değerlendirebileceğini, KPDÖ depresyon alt ölçeğinin şizofrenideki depresyonun değerlendirmesinde daha uzun ve karmaşık olan HDÖ kadar yeterli ve güvenilir olduğunu göstermektedir. KPDÖ negatif alt ölçek puanının HDÖ toplam puanı ile örtüşmediğini ve HDÖ'nin NBDÖ ile örtüştüğünü de gözönüne alındığında KPDÖ'nin negatif belirtilerle depresyonu ayırt etmede daha yararlı olabileceği ileri sürülebilir (Tablo 8,10,11,12 ve 13).

Ancak HDÖ'nin depresif ruh hali itemi ile KPDÖ negatif alt ölçeğinin körleşmiş veya uygunsuz duygulanım itemi arasında korelasyon olup olmadığı araştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. HDÖ'nin depresif ruh hali itemi ile KPDÖ'nin körleşmiş veya uygunsuz duygulanım itemi arasındaki zayıf-orta derecede olan ters ilişki, depresif duygulanımın depresyona özgü olduğunu ve künt duygulanımdan ayırt edilebileceğini gösterir (Tablo 12).

HDÖ'ne göre depresyon saptanan hastaların depresyon düzeyleri bir ay sonra, tedaviye antidepresan eklemeyen HDÖ ile tekrar değerlendirildiğinde, depresif ruh hali, suçluluk duygusu, özkıyım, sabah erken uyanma, çalışma ve aktiviteler, retardasyon, ajitasyon, psikik anksiyete, genital semptomlar ve durumu hakkındaki görüşü itemlerinden aldıkları puanlar, ikinci değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 9). Antidepresan tedavi verilmemesine rağmen, ilk yapılan değerlendirmede % 38 olan depresyon görülme oranının % 12'ye düşmesi ve şiddetinin azalması ilgi çekicidir.

Bir başka deyişle, antipsikotik tedavi ile depresif belirtiler kaybolmuştur veya gerilemiştir. Bu nedenle çalışmaya alınan hastalarda saptanan depresif belirtilerin, postpsikotik depresyon olarak değerlendirilmeyeceği ve daha önce de tartışıldığı üzere akinetik ve farmakojenik depresyon da olmadığı söylenebilir. Hasta grubumuzda saptadığımız depresif belirtilerin, postpsikotik depresyon, akinetik depresyon ve farmakojenik depresyon tanımları ile açıklanamaması, bu belirtilerin şizofrenik sendromun bir parçası olduğunu düşündürür.

Bu çalışmanın sonuçları ile uyumlu olmak üzere son zamanlarda yapılan çalışmalarda depresif ve psikotik belirtileri birlikte barındıran şizofrenik hastalarda, antipsikotik tedavi uygulanması ile her iki grup belirtilerinin iyileşmesi <sup>(14)</sup>, akut psikotik devrede görülen depresif belirtilerin antidepresan tedaviden yararlanmaması <sup>(17,27)</sup> ve kronik şizofreniklerde görülen depresif belirtilerin, farmakojenik, postpsikotik ve akinetik depresyonla açıklanamaması <sup>(5,18)</sup>, depresif belirtilerin şizofrenik sendromun bir parçası olabileceği görüşünü öne çıkarmıştır.

Yaptığımız bu çalışmada depresyon saptadığımız hastalar HDÖ ile bir ay sonra ikinci kez değerlendirilmişlerdir. Elde edilen sonuçların sağlıklı biçimde irdelenmesi için de, bu çalışmadaki kontrol değerlendirmesinin tüm hasta grubu alınarak, daha uzun bir süre sonra ve HDÖ'nin yanısıra EBDÖ parkinsonizm alt ölçeği, KPDÖ ve NBDÖ de kullanılarak yapılması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Addington DE, Addington JM: Depression dexamethasone nonsuppression and negative symptoms in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 35:430-33, 1990.
2. Allebeck P, Varia A, Wisiedt B: Suicide and violent death among patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scand* 74:43-9, 1986.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. DSM-IV American Psychiatric Association Washington DC 1994.
4. Barnes TRE, Curson DA, Liddle PF, Patel M: The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic in-patients. *Br J Psychiatry* 154:486-91, 1989.
5. Barnes TRE, Liddle PF, Curson DA, Patel M: Negative symptoms, tardive dyskinesia and depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 155(Suppl 7):99-103, 1989.
6. Bartels SJ, Drake RE: Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Comp Psychiatry* 29:467-83, 1988.
7. Berrios GE, Bulbena A: A postpsychotic depression: The fulbourn cohort. *Acta Psychiatrica Scand* 76:89-93, 1987.
8. Craig TJ, Richardson MA, Pass R: Measurement of mood and affect in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 142:1272-77, 1985.
9. Drake R, Cotton P: Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 148:554-59, 1989.
10. Goldman RS, Tandon R, Liberzon I, Greden JF: Measurement of depression and negative symptoms in schizophrenia. *Psychopathology* 25:49-56, 1992.
11. Halsted SM, Barnes TRE, Speller JC: Akathisia: prevalence and associated dysphoria in an in-patient population with chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 164:177-83, 1994.
12. Harrow M, Yonan CA, Sands JR, Marengo J: Depression in schizophrenia: are neuroleptics, akinesia, or anhedonia involved?

Such Bull 20:327-38, 1994.

13. Hirsch SR, Jolley A, Barnes T, Liddle PF, et al: Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia. *Such Res* 2:259-64, 1989.
14. House A, Bostock J, Cooper J: Depressive syndromes in the year following onset of a first schizophrenic illness. *Br J Psychiatry* 151:773-79, 1987.
15. Kane JM, Dauphinals D: Assessing negative symptoms and extrapyramidal symptoms in schizophrenia: workshop report. *Psychopharmacol Bull* 29:45-9, 1993.
16. Kitamura T, Sugar R: Depressive and negative symptoms in major psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry* 32:88-94, 1991.
17. Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, et al: Antidepressants in depressed schizophrenic in patients. *Arch Gen Psychiatry* 46:922-27, 1989.
18. Kulhara P, Avasthi A, Chadda R, Chandrimani, K, et al: Negative and depressive symptoms in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 154:207-11, 1989.
19. Lindenmayer J, Kay SR, Plutchik R: Multivalent assessment of depression in schizophrenia. *Psychiatry Res* 42:199-207, 1992.
20. Öztürk O: Şizofreni. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği 175-210, 1995.
21. Prosser ES, Csernansky JG, Kaplan J, et al: Depression parkinsonian symptoms and negative symptoms in schizophrenics treated with neuroleptics. *J Nervous Mental Dis* 175:100-5, 1987.
22. Roy A: Do neuroleptics cause depression? *Biol Psychiatry* 19:777-81, 1984.
23. Roy A: Relationship between depression and suicidal behavior in schizophrenia. *Depression in schizophrenia* ed. DeLisi LE. Am Psychiatric Press Inc 39-58, 1990.
24. Sevinçok L, Kayah M, Yüksel N, Çifter I: Şizofrenide depresyon konusunda tanı sorunları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 5:36-9, 1994.
25. Siris SG, Adan F, Cohen M, Mandeli J, Anderson A, et al: Postpsychotic depression and negative symptoms: an investigation of syndromal overlap. *Am J Psychiatry* 145:1532-37, 1988.
26. Siris SG: Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-IV. *Such Bull* 17:75-98, 1991.
27. Siris S, Morgan V, Fagerstrom R: Adjunctive imipramine in the treatment of postpsychotic depression. *Arch Gen Psychiatry* 44:533-39, 1987.
28. Spitzer LR, Williams JBW: SCID-P. Çeviri editörü, Soria S. İzmir, Ege Üniversitesi Matbaası; 1988.
29. Whiteford HA, Peabody CA: The differential diagnosis of negative symptoms in chronic schizophrenia. *Aus and New Zel J Psychiatry* 23:491-96, 1989.