

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ BİRİMİ
Birim Yön. : Doç. Dr. M. Kemal Aktan

616-888'A
G74 N 8
1983

**YATARAK TEDAVİ GÖREN ŞİZOFREN HASTALARIN KLİNİK
TİPLERİYLE ; BİYOLOJİK, SOSYAL ÖZELLİKLERİNİN
ETKİLEŞİMİNİN PROSPEKTİF BİR YÖNTEMLE SAPTANMASI**

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. ALİ GÖK

DİYARBAKIR 1983

37192

İ Ç İ N D E K İ L E R

Sayfa

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
GEREÇ VE YÖNTEM	13
BULGULAR	15
TARTIŞMA	41
SONUÇ	49
ÖZET	52
KAYNAKLAR	53

PARL EN Di

T. C.	
DİCLE ÜNİVERSİTESİ	
KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	0037192
Tasnif No.	616.8982
	60K
	1983

psikiyatri

37192

ÖNSÖZ

Yıllarca tartışılan sosyal ve medikal bir sorun olan, günümüzde önemli araştırma alanlarından birini oluşturan şizofreni, erken teşhis ve uygun şekilde tedavi edildiği takdirde üstesinden gelinebilecek bir hastalıktır. Ailenin umursamazlığı, bilgisizliği, hastalığı çocuklarına yakıştıramama ve çağdaş olmayan tedavi yöntemleriyle vakit geçirme sebebiyle, şizofreni epidemik hastalıklar kadar yıkıma neden olabilmektedir.

Prospektif olarak yapılan bu çalışma hastaların sosyal, biyolojik ve medikal verilerinin değerlendirilmesi amaç edinilmiştir.

Bu araştırmayı yöneten ve bana rehberlik eden Sayın Hocam Doç.Dr. M. Kemal Aktan'a ve bu çalışmanın hazırlanmasında yardımlarını gördüğüm Dr.Mansur Yumuşak'a Ar.Gör.Yusuf Çelik'e teşekkür ederim.

Diyarbakır, Ocak 1983

Dr.Ali Gök

GİRİŞ VE AMAÇ

Bugün en az bir enfeksiyon epidemisi kadar yıkım yapan şizofreni Tıp'ın önemli sorunlarından biridir. Şizofreni belli bir nozolojik antite değildir, daha çok bütün bir hastalıklar grubunu kapsamaktadır. Bundan dolayı değişik ekoller tarafından farklı şekillerde anlaşılmış ve tarif edilmiştir.

Yıllarca akıl hastanesinde bitkisel bir hayat geçiren ve en ufak bir heyecan bile göstermeyen hasta ile normal toplumsal yaşamda herhangi bir kişinin, ortak noktaları dolayısıyla şizofreni olarak kabul edilmeleri mümkündür. İşte böylesine değişik bir hastalık olan şizofreniye insanlığın dikkati uzun zamandan beri çevrilmiştir.

Günümüze kadar çeşitli yönleriyle incelenen bu hastalık; Psikiyatriye biyolojik yöntemlerin girmesi, yeni araştırma metodlarının bulunması ve psikofarmakolojide meydana gelen büyük gelişmelerle giderek daha çok dikkati üstüne çekmektedir. Zamanında farkedildiği ve iyi tedavi edildiği takdirde, topluma kazandırılması mümkün olan şizofreni üzerinde ne kadar durulsa ve ne kadar çalışılrsa azdır. Bu konuda, bir hekimin, bir araştırmacının bütün hayatını doldurabilen araştırmalar bir araya getirildiğinde şizofrenideki esrar perdesi kısmen olsun aralanabilecektir.

Şizofreni etyolojisinin temelinde somatik veya psikolojik faktörlerin olduğu kanıtlansa bile, bu mental çözülmenin sosyal, kültürel ve medikal önlerini incelemek yine de önemli olacaktır. Birçok kültür ortamlarında hastalık öncesi kişilik ve hastalık öncesi öyküsünün bilgisini saptamak çok kez güçtür. Her kültürel ortamda ruh hekimlerinin kullanabileceği tek ip şizofren kavramı; Temelde belirtilere dayalı kalmaktadır. Hastayla örüşmek ve gözlemekle elde edilmektedir.

Hastane ve ruh sağlığı merkezlerinde hastalar üzerinde yapılan incelemeler hiçbir zaman hastalık-sağlık durumu bakımından toplumu tam anlamıyla yansıtmış sayılmazlar. Psikiyatri bilim dalında uzmanlık tezi sunulan bu ęalıřma; Sosyal, kültürel ve ekonomik gelişme bakımında farklı özellikler gösteren bölgemizde, sosyal ve ailevi yaklaşımları geliştirebilmek, tedaviyi daha ekonomik hale getirmek, hastanede kalış süresini kısaltmak, tedavi sonrası hastaya daha faydalı olabilecek metodları araştırmak, ruh hastalıklarından korunmak ve ruh sağlığı planlamasına azda olsa katkıda bulunabilmek amacı ile yapılmıştır.

GENEL BİLGİLER

Şizofreni oldukça sık rastlanan ciddi bir mental bozukluktur. Herkesçe kabuledilecek bir tanımı henüz yapılmamıştır. Ancak şizofreniyi; Kişinin yaşam şartlarına göstermiş olduğu reaksiyonlardaki bir güçlük olarak tanımlamak yönünde gelişen eğilimler vardır (15).

Geçen yüzyıldan beri ruh hekimliğini en çok uğraştıran, fakat bugün bile çeşitli yönleri tam açıklanmamış bir ruhsal bozukluktur. 19.yüzyıldan kalma bir etkiyle halk arasında korku uyandıran "erken bunama" diye bilinen bu hastalık; Bir nevi tükenmişlik periyodu, garip ve tuhaf davranışlar, şüphe, duygusal abartmalı ve ambivalan davranışlar, kendine özgü bir içe-kapanım (withdrawal) dünyasında yaşadığı, düşünce, duygu ve davranışlarda önemli bozukluklarla belirli bir psikozdur.

Şizofrenik hastalar isteklerini sosyal adaptasyon ve savunmalarında etkili bir şekilde armonize edemiyen kişiler olarak bilinirler. Bu konuda yeterli bir düşünce geliştirememişlerdir, kendine güvenden yoksundurlar. Amaçları belirsiz, yönelimleri yeteneklerini ortaya koyacak şekilde esnek değildir. Olayları ve dünya gerçeklerini açık seçik olarak kabul edecek durum ve kapasitede değildirler (15).

Şizofrenik psikozlara tüm kültür ve toplumlarda rastlanır. Kültürel güçler sadece hezeyan ve hallusinasyonların muhtevasına etki şeklinde klinik görünümü etkilerler. Bu yüzden batı toplumunda dinsel ve cinsel hezeyanlar yüzyıl önce şimdikinden daha yaygındı. Şizofreni bütün sosyo-ekonomik tabakalarda görülür. Bununla beraber muhtelif epidemiyolojik çalışmalar, şizofrenide yüksek prevalans ile düşük sosyo-ekonomik tabakalar arasında bir ilişki olduğunu belirtiyor (15).

Genel araştırmalarda akıl hastanelerindeki şizofreni sıklığı tüm hastaların yarısı kadardır. Yapılan birçok araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre A.B.D.'de sıklık (incidence), yani bir yılda ortaya çıkan yeni vakalar binde 0.4-0.7 arasındadır. Prevalans, yani bir yılda karşılaşılan tüm vakalar %0.23-0.47 arasındadır. Ömürlük prevalans (morbidity risk) yani her doğan çocuk 55 yaşına dek yaşarsa, şizofreniye yakalanma olasılığı %1 dolaylarındadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre Avrupa ve Amerika'da sıklık oranı %0.85'dir (22).

Ülkemizde hastalığın sıklığı konusunda ruh hastalıkları merkezlerinde yapılan araştırmalarda; AÜTF'de %24, Bakırköy Akıl Hastanesinde %37, Maniç Akıl Hastanesinde %33 tür (29). Aktan'ın kentleşme sürecindeki yeni birleşim yerinde yaptığı çalışmada yaşayan toplumdaki şizofreni prevalansı 0.23 olarak saptamıştır(3).

Şizofreni genç yaş gruplarının hastalığıdır. Kadın erkek arasında sıklık bakımında önemli fark görülmemektedir. Şizofrenide hastane kabulleri 20-40 yaşlar arasında yoğunlaşır ve 25-34 yaşlar zirveyi oluşturur. Düşük sosyo-ekonomik gruplarda şizofreniklerin daha çok oluşma nedeni henüz aydınlatılmamıştır. Acaba bu düzeydeki toplum kesiminde daha çok stres ve yoksunluk faktörleri mi bu oranı yükseltmektedir ? Yoksa, ağır ruhsal bozukluklar nedeniyle bu tür hastalar düşük sosyo-ekonomik kesimlere mi kaymaktadırlar (aynı varsayımı) (22).

E t i y o l o j i :

Şizofreni etiyolojisi henüz aydınlanmamıştır. Mevcut bilgilerimizin ışığında şizofrenik reaksiyonların, değişik biyolojik ve sosyal güçlerin kompleks etkileşimine bağlı bir sendrom olduğuna inanılmaktadır. Şizofreninin meydana gelişini etkileyen ve kabul ana etkiler; Genetik güçler, anne ve çocuk arasındaki kalitatif defektler, daha sonraki aile etkileşimi ve psikodinamiğinin tabiatı, aile dışındaki sosyal fırsat ve stresler bu gelişimde etkilidir (15).

Geniş kitle taramaları şizofreninin etyolojisinde genetik etkenlerin önemli bir rol oynadığı kanısını vermektedir. Bu konudaki çalışmalar tek ve çift yumurta ikizlerinde başlamış ve giderek yoğunluk kazanmıştır. ESSEN-MÖLLER (1953) 'in çalışmalarında aynı cinsten olan tek yumurta ikizlerinde şizofreninin görülme oranı %69, çift yumurta ikizlerinde ise %13 bulundu. Japon araştırmacıları INOUE ve KURIHARA (1961) de benzer sonuçlar elde ettiler: Çift yumurta ikizlerinde %18 ve tek yumurta ikizlerinde %60. KALLMANN yaptığı geniş bir çalışmada tek yumurta ikizlerinde şizofreninin görülme sıklığını %85.5 oranında bulurken, çift yumurta ikizlerindeki bu oranın, ikiz olmayan kardeşler arasında görülene eşit olduğunu bildirmiştir %14(29).

Güncel olarak şizofreninin oluşmasında ya da belirtilerin ortaya çıkmasında geçerli olan iki biyokimyasal varsayım vardır. Bunlardan biri transmetilasyon, ikincisi dopamin varsayımdır.

Transmetilasyon Varsayımı: Bugün için dopamin varsayımı kadar önemli olmayan bu görüşe göre, şizofrenide, indolamin N-Metil transferans enziminin etkisiyle serotoninin ön maddesi olan triptaminden dimetiltriptamin oluştuğu kabul edilmekte, bu maddenin birikimi sonucunda da şizofreninin

geliştiği ileri sürülmektedir.

Dopamin Varsayımı: Şizofreninin oluşmasında ya da belirtilerin ortaya çıkmasında geçerliliğini sürdüren biyokimyasal varsayım beyinde dopamin içeren sinaps kavşağında dopamin etkinliğinin artması doğrultusundadır. FUXE ve arkadaşları, şizofrenide dopamin içeren sinaps kavşağında etkinliğinin artmasını, mezolimbik ve nigrostriyal sistemde bulunan dopamin içeren beyin hücreleri üzerinde GABA'nın yatıştırıcı işlevinin azalmasına bağlamıştır. Bu yatıştırıcı etkinin azalmasına mezolimbik sistemdeki dopamin içeren hücreler daha duyarlı olup dopaminin etkinliği artmaktadır. Böylece, dolaylı olarak GABA'da şizofreninin biyokimyasında yer almış oldu (16).

Klasik olarak bilinen şizofrenlerin beden yapılarının astenik, ruhsal yapılarının da şizoid özellikler taşıdığıdır. Bugün beden yapısı ile şizofreni arasında etiyolojik birilişki genellikle kabul edilmemektedir(22).

Psikoanalitik kurama göre, şizofrenide erken narsistik düzeye uzanan bir regresyon söz konusudur. Şizofrenideki, ego'nun temel fonksiyonu olan gerçeği değerlendirmenin ani çöküşü ve kişiliğin sürekliliğinde ciddi bir kopukluğa varan 'egonun çözülmesi', benzer şekilde egonun henüz kurulmamış veya tam kuruluş halinde bulunduğu çağa bir dönüş olarak yorumlanabilir.

Bazı şizofreni semptomları, ego'nun regresif bir yıkılışının ve mental gelişim boyunca kazanılmış farklılaşmaların yitmesinin (bir ilkelleşme) doğrudan belirtileridir. Diğer semtomlar ise onarım çabalarıdır. Birinci grupta dış dünyanın yıkımı fantazileri, fizik duyular, depersonalizasyon, büyüklük delirileri, arkaik düşünce ve konuşma, hebefrenik ve bazı katatonik semptomlar gibi fenomenler bulunur. İkinci grup hallüsinas-

yonları, şizofrenik sosyal tutum ve konuşma özelliklerinin çoğunu ve diğer katatonik semptomları kapsar (11).

H.S. Sullivan şizofreniğin ailesini inceleyerek, ailedeki bozuklukların hastalıkla ilişkisi üzerinde durmuştur. Yazara göre ebeveyn-çocuk ilişkilerindeki bozukluk 'self sistemin' kuruluşunu, panik ve dissosiyasyona yol açmaktadır. Birçok araştırmacılar, şizofreniklerde aile-içi iletişimi ve anne-baba özelliklerini incelemeye yöneltmiştir. T.Lidz (1958) şizofrenik ailelerde önemli 'yarılma' ve bozulma olduğunu, şizofren çocuklara annelerince özel bir önem verildiğini ileri sürmüştür (31).

B a ş l a n g ı ç

Şizofreni her çeşit psikolojik stresle başlayabilir. Kişinin benliğine darbeler, dürtülerin aşırı şiddet kazanması, enfeksiyon ve lohusalığın şizofrenide kamçılayıcı etken olup olmadığı kesinlikle belirlenmemiştir. İlk nöbetlerin %50'sinde , hiçbir kamçılayıcı etken bulunmayabilir.

Şizofreni genel olarak sinsi bir şekilde başlayan bir hastalıktır. Başlangıç safhasından itibaren affektivite bozukluğu göstermeğe ve la-kayt bir durum almağa başlar. Düşünce bozuklukları, fikirler arasında bağlantılar bozulmağa ve fikir yarıkları ortaya çıkmaya başlar. Şahıs düşüncelerini dışarı aksettirmekte büyük bir güçlük çeker. Hastanın söylediklerinden bir mana çıkarmak oldukça güçtür. Konular üzerinde analizler yaparken, zaman zaman absürd izahlarda bulunurlar. Başlangıç esnasında , çeşitli organlarında değişiklikler olduğunu ifade ederler (depersonalisation). Değişiklikler sebebiyle sık sık aynaya bakarlar (ayna delili) (19).

S e m p t o m a t o l o j i

Şizofreni gösterdiği semptomlar bakımından oldukça zengin bir hastalıktır. Günümüzdeki bilgi seviyesi ile yapılabilecek olan, farklı mental fonksiyonları etkiledikleri için esas psikolojik anormallikleri bir araya toplamak ve bunlardan en tipik sendromları kurmaktır (47).

E. Bleuler şizofreninin en esaslı semptomunun düşünce sistemindeki yarıklık ve fikir asosiasyonlarındaki (bağlantılarındaki) bozukluk olduğunu kabul eder. Bleuler şizofreni semptomlarını primer ve sekonder olmak üzere iki grupta toplamıştır.

Primer Belirtiler:

- 1- Affektivitede bozukluk
- 2- Association'larda bozukluk
- 3- Ambivalans
- 4- Autizm

Sekonder Belirtiler:

- 1- Düşünce içeriğinde hezeyanlar, stereotipik fikirler ve uğraşlar.
- 2- Hallüsinasyonlar, illüzyonlar.
- 3- Hareket bozuklukları: Katatoni, katalepsi, flexibilitas cerea, garip duruşlar, yüz hareketleri, telkine yatkınlık, negativizm.

Bleuler'den sonra şizofreni semptomlarını belirlemede en etkin kişilerden biri K.Schneider olmuştur. Son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD/9 (1978), Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM/3 (1980) tanı ölçütlerinde Schneider'in etkisi büyük olmuştur. Ancak şizofreni tanısı koyabilmek için iki ana koşul konmuştur: a) Açık şizofrenik belirtilerin en az altı ay sürmesi, b) Hastalığın 45 yaşından önce başlaması.

Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD/9 (1978), Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM/3 (1980) tanı ölçütlerinde belirtilerin tanımlanması aşağıdaki sıraya göre gruplandırılmıştır:

- I-Duygusal Tepkilerde Bozukluk,
- II-Düşüncede Bozukluk,
- III-Algı Bozuklukları,
- IV-Davranış Bozuklukları,
- V-Ambivalans,
- VI-Autizm

Sayılan belirtiler yanında hastanın bilinci açıktır. Oryantasyon yerindedir. Zekada, bellekte bozukluk genellikle görülmez.

Psikolojik testlerde, (zeka oranı, Rorschach, TAT gibi) dağınıklık, bulama, soyut düşüncede zayıflama, düşünce ve duygulanım bozukluğuna ilişkin belirtiler bulunur (22).

K l i n i k Ş e k i l l e r

Şizofreni klinik şekillerinin sınıflandırılması değişik yapılmıştır, bunu belirtmek gerekir ki, şizofreninin bu klinik formları birbirinden kesin olarak ayrılmış tablolar değildir. Daima şizofreninin ana semptomlarını ihtiva ettikleri gibi, bir klinik formdan diğerine geçişte her zaman mümkündür.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin son sınıflandırmasında (DSM-III, 1980) Şizofrenik Bozukluklar: 1. Dezorganize, 2. Katatonik, 3. Paranoid, 4. Ayrışmamış, 5. Rezidüel tipler olarak belirlenmiştir (22).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (1978) Şizofrenik Psikozlar Sınıflaması;

Basit

Hebefrenik

Katatonic

Paranoid

Tipler

Kraepelin

Sınıflaması

Akut Şizofrenik Nöbet

Gizli Şizofreni

Rezidül Şizofreni

Şizo-Affektif Tip

Başka Atipik Türler

Dünya Sağlık Örgütü

Sınıflandırması

1978

Çocukluk şizofrenisi

Psödonörotik Şizofreni ya da Sınır Durumlar

Şizofrenik fenomenlerin çeşitliliği bunların anlaşılmasını güçleştirir. Zaman zaman bu fenomenlerin anlaşılmasını sağlayacak bir yönelimin olanaklı olup olmadığı ve çeşitli şizofrenik fenomenlerin gerçekten ortak bir yönü bulunup bulunmadığı konusunda kuşkuya düşülmüştür. 'Şizofreni' etiketi o denli farklı şeylere uygulanmıştır ki, prognoz yönünde bir değeri kalmamıştır. Hastalık dönemlerinden önce ve sonra tamamen normal olan kimselerde 'şizofrenik epizodlar' olduğu gibi, kalıcı bir demansla sonlanan ciddi psikozlarda vardır (11)...

Bütün grubu tek bir formüle sokmak güç olmakla birlikte, bu grup bazı ortak özelliklerle karakterizedir. Ortak yönler, semptomların yabancı ve garip niteliğini, duyguların ve entellektüel fikirlerin tutarsızlığı ve önceden kestirilemezliğini ve fikirlerle duygular arasındaki açık uyumsuzluğu kapsar (11).

P r o g n o z

Cinsiyetin ve zeka düzeyinin önemli rol oynamadığı kabul edilen prognoz için; Hastalığın ani başlaması, kişinin ortamla ilişkilerinin süremesi, anksiyetenin varlığı, emosyonel sorunlara ilginin varlığı, duygusal öğelerin belirginliği, hastalık öncesi kişiliğin siklotimik özellikte olması, klinik şeklin katatonik ya da paranoid olması olumlu kabul edilmektedir. Buna karşılık başlama yaşının erken olması, hastalık öncesi kişilik yapısının şizoid oluşu, belirtilerin sinsi başlaması, belirtilerin şiddetinin az oluşu, hipokondriak belirtiler ve kendini itham hezeyanlarının varlığı, hallüsinasyonların ısrarlı oluşu, regresyonun varlığının derinliği, enfanitil postür ve davranış örneklerinin varlığı, klinik şeklin basit ya da hebefrenik tipte oluşu genellikle prognozu kötüleştirir (12).

M.Bleuler'e göre hastaların 1/4'ü iyileşir, 1/4'ünde hafif bir defekt kalır, 1/4'ünde kişilikte çökme ve yıkılma, 1/4'ünde de bunama olur. Bu oranların yeni tedavi yöntemleriyle değişebileceği kanısındayız. Klinik tanı güçlükleri, hastanelerin durumu, iyileşme kavramındaki belirsizlik, izleme bulgularının yetersizliği, sonuçlar üzerinde toplumsal değer ve kabullenişlerin etkisi, araştırma yöntemlerinin yetersizliği ve çok değişik olması gibi nedenler yüzünden istatistiksel yayınların değeri ve güvenilirliği oldukça kuşkuludur (22).

T e d a v i

Şizofreni tedavisinde egemen olan temel ilke; Hastaya bireysel ve toplumsal yönden, hastalık öncesi yeteneklerini kazandırabilmek, bu gerçekleşmezse, bu yeteneklere en yakın olanı sağlayabilmektir (26).

Şizofrenide tedavi aşağıdaki düzen içinde özetlenebilir:

A- Biyolojik tedavi yöntemleri

1. İlaçla tedavi
2. İnsulin Koması ile tedavi (I.C.T., Sakel kürü, İnsulin Şoku)
3. Elektroşok (ECT)
4. Psiko-şirürji

B- Psikoterapiler

C- Sosyoterapi ve ergoterapi

Kanıtlar şizofreninin şizojenik bir bozukluk olduğunu, kişiler arası bozuklukların öneminin büyüklüğünü göstermektedir. İnsan doğa yasalarını değiştirmek olanağına sahip değildir. Ancak bu yasaları anlar, onları yenme çabaları gösterir ve kendine zarar veren olaylardan korunma yöntemlerini bulabilir. Korunma sorununda psikoloji, psikiyatri ve sosyal hizmet alanları ve belki de 'gerçek anne-baba, mantıklı anne-baba' konularına yönelmelidir.

Sevgi sağlıklı, nefret ise sağlıklı gelişime yol açar. Çocuk birbirini seven anne-baba'nın oluşturduğu sevgi dolu bir ortamda büyürse mutlu olur, sağlıklı gelişir. Aksi halde ise solar, karanlıklara gömülür, mutluluğu zedelenir, davranışları bozulur (21).

GEREÇ VE YÖNTEM

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde 1.12.1981 ve 1.9.1982 tarihleri arasında yatarak tedavi gören, gözlem ve sonuçlarına dayanılarak kesin 'şizofreni' tanısı konulan 28'i kadın, 72'si erkek toplam 100 hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

Bu çalışma prospektif bir araştırma olarak yapılmıştır. Olgularımızın anamnezindeki araştırmamızla ilgili veriler, hasta ve hastanın yakınlarıyla bizzat konuşularak, amacımıza uygun olarak anket forumlarına aktarılacak istatistiksel analizleri yapılmıştır. Açık şizofrenik belirtilerin en az altı ay sürmediği ve 45 yaşından büyük olan hastalar, Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-9'un tanı kriterleri esas alınarak araştırma kapsamına alınmamışlardır. Ayrıca gözlem, tanı ve araştırma için yeterli bilgi vermediği için 7 günden daha az bir süre klinikte yatan hastalar değerlendirmeye alınmamışlardır.

Esas araştırmaya başlamadan önce, bir yıl önceden form hazırlanmış ve yatan hastalar üzerinde bir aylık deneme özelliğinde uygulama çalışması yapılmıştır. Bu ön çalışma süresinde, geliştirilmiş formun arzu edilen bilgileri elde etmedeki geçerliliği test edilmiş olup, sonuç olarak gereken düzeltmeler yapılarak form örneği bastırılmıştır.

Araştırma 10 aylık süre içinde şizofreni tanısı ile tedavi gören hastaları kapsamıştır. Hastalar klinik tanı bakımında uzmanların tasvibinden geçirilmiş, şüpheli ve sınır vakalar araştırma kapsamına alınmamıştır. Birinci aşamada hasta, hasta yakınlarından, klinik gözlem ve sonuçlarından alınan bilgiler form'a geçirildi. Bilgiler değerlendirilip analizleri yapıldı.

Adı ve Soyadı: _____
Cinsi: K () E ()
Geldiği Ortam: Kent () Kırsal ()
Göç: Var () Yok ()
Yaş Grupları: 5-14 () 15-24 () 25-34 () 35-44 () 45 ve / ()
Meslek: Ev kadını () İşçi () İşsiz () Memur () Öğrenci ()
Çiftçi () Serbest ()
Medeni Durum: Evli () Bekar () Dul ()
Öğrenim Durumu: Öğrenimi olmayan () İlkokul ()
Orta-Lise () Yüksek ()
Toksik Madde Alışkanlığı: Yok ()
Varsa adı: ()
Sosyo-ekonomik düzey: Fakir () Orta ()
İyi () Çok iyi ()
Ceza ve tutukluluk durumu: Var ()
Yok ()
I. II. III. derece akrabalarında şizofreni hastalığı :
Yok ()
Var ise yakınlık derecesi ()
Hastanın üyesi olduğu aile tipi: Geniş aile ()
Çekirdek aile ()
Hasta evli ise ne zaman evlendiği:
Hastalıktan önce evli ()
Hastalandıktan sonra ()
Kreschmer'in sınıflandırmasına göre beden yapısı:
Astanek () Piknik ()
Atletik () Displastik ()
Hastalık süresi:
6ay-1 yıl () 1-5 yıl () 5 yıldan fazla ()
Psikiyatri kliniklerinde yatış sayısı:
İlk yatış ()
Yineleyen yatış ()
Organik bir sakatlık durumu:
Var ()
Yok ()
Kliniğimize gelmeden önce geleneksel tedaviye gitme durumu:
Geleneksel tedaviye başvurdu ()
Geleneksel tedaviye başvurmadı ()
Patolojik laboratuvar bulgusu:
Var ()
Yok ()
Psikometrik lab. sonuçları:
Şizofreninin klinik tipi:
Basit ()
Katatonik ()
Hebefrenik ()
Paranoid ()
Bizo-afektif ()
Diğer tipler ()
Klinikte yatış süresi: 1-15 gün () 16-30 gün () 31 gün ve daha fazla ()
Klinikte gördüğü tedavi şekli:
ilaç () İlaç+ECT ()
Klinikten çıkış durumu: Sosyal adaptasyon yok ()
Sınırlı sosyal adaptasyon ()
İleri derecede sosyal adaptasyon ()
Tam sosyal adaptasyon ()

Tam sosyal adaptasyon deyimi, beş senelik süre içinde, ailesine, çevresine ve iş hayatına tam uyum gösterebilen, ve bu süre içinde idame tedavisine ihtiyaç hissetmeyen olgular için kullanılmıştır. Ancak biz, hastane dışında beş sene süre ile izlemek şansına sahip olmadığımızdan hiçbir düzelme için tam sosyal adaptasyon diyemedik. İstatistik değerlendirmeler göz önüne alınarak, 3 öğrenci işsizler, 2 dul vaka bekar grup içinde değerlendirilmiştir.

Klinik tiplerine göre olguların tasnifinde Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-9'un tanı kriterleri ve sınıflandırması esas alınmıştır. Bulgular-
daki değerlendirmelerde istatistikî bir anlam taşımadığından, DSÖ'nün Kre-
apelin 'in sınıflamasına ilave ettiği tipler, diğer tipler adı altında değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Tıp Fakóltesi Psikiyatri Kliniğinde 1.12.1981 ve 1.9.1982 tarihleri arasındaki on aylık süre içinde klinik gözlem ve sonuçlara göre şizofreni tanısı konulan 100 olgu alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 24.62'dir. Bunların % 28'i kadın, % 72'si erkektir. Erkeklerin yaş ortalaması 25.5 kadınların yaş ortalaması 22.26'dır.

Hastaların ortalama yatış süresi 16.59 gündür. Yalnız ilaç tedavisi gören hastaların ortalama yatış süresi 12.90 gün, ilaç+ECT kombine tedavi gören hastaların ortalama yatış süresi 21.27 gündür. Kadın hastaların % 28.57'si ilaç ve %71.42'si ilaç+ECT tedavisi, erkek hastaların % 59.72'si ilaç ve %40.27'si ilaç+ECT tedavisi görmüştür. Kırsal alandan gelen hastaların % 45.45'i ilaç ve % 54.54'ü ilaç+ECT tedavisi görmüştür. Kentsel alanda gelen hastaların % 55.35'i ilaç ve % 44.64'ü ilaç+ECT tedavisi görmüştür. Evli hastaların % 41.50'si ilaç, bekar hastaların % 57.44'ü ilaç+ECT tedavisi görmüştür.

Kadın hastaların % 67.85'i evli ve % 32.14'ü bekardır. Erkek hastaların % 47.22'si evli ve % 52.77'si bekardır. Kadın hastaların % 82.14'nün öğrenimi yoktur, % 14.28'i ilkokul ve % 3.57'si orta-lise öğrenimlidir. Erkek hastaların % 18.05'nin öğrenimi yoktur, % 41.66'sı ilkokul, % 26.38'i orta ve % 13.88'i yüksek öğrenimlidir.

Kalıtsal yüklülük taşıyan hastaların % 37.93'ü sosyal adaptasyon sağlamadan yani haliyle, % 51.72'si sınırlı sosyal adaptasyon, % 10.34'ü ileri derecede sosyal adaptasyon ile klinikten çıkış yapmışlardır. Kalıtsal yüklülük taşımayan hastaların % 18.30'u sosyal adaptasyon sağlamadan, % 63.38'i sınırlı sosyal adaptasyon ve % 18.30'u ileri derecede sosyal adaptasyon ile klinikten çıkış yapmışlardır.

Hastaların klinik tiplerine göre dağılımı tablo 1'de verilmektedir.

TABLO 1. Hastaların Klinik Tiplerine Göre Dağılımı

KLİNİK TİP	SAYI	%
Basit Tip	35	35
Hebefrenik Tip	8	8
Katatonik Tip	11	11
Paranoid Tip	38	38
Diğer Tipler	8	8
TOPLAM	100	100

Hastaların klinik tiplerine göre verilen yüzde sütununda en yüksek oranı paranoid tip şizofren vakalar oluşturmaktadır. Ardından sırayla basit, hebefrenik, katatonik ve diğer tipler takip etmektedir. Hebefrenik ve diğer tipler adı altında topladığımız grup yüzde oranları eşit bulunmuştur.

Dr. M. Tosun ve arkadaşları, (1982) araştırmalarında buldukları sonuçlar bulgularımızı doğrulamaktadır(30).

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı tablo 2'de verilmektedir.

TABLO 2. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

CİNSİYET	SAYI	%
Kadın	28	28
Erkek	72	72
TOPLAM	100	100

Şizofreni kadın erkek arasında sıklık bakımından önemli fark görülmemektedir (22). Ancak kadınlarda ortalama ömür daha uzun olduğundan ruh hastanelerinde genellikle kadın sayısı fazladır (34).

Tablo 2'nin yüzde sütununda görüldüğü gibi hastaların cinsiyetlerine göre dağılışı, erkekler % 72 gibi yüksek bir oranla birinci sırayı almaktadırlar. Bunun nedeni bölgemizde kadınların ruh hastalıkları kliniklerine yatırılmasından kaçınılması ve aile içinde tedaviye yöneldiği düşünülmektedir.

Hastaların geldikleri yerleşim ortamına göre dağılışı tablo 3'de verilmektedir.

TABLO 3. Hastaların Geldikleri Yerleşim Ortamına Göre Dağılımı

YERLEŞİM ORTAMI	SAYI	%
Kent	56	56
Kırsal	44	44
TOPLAM	100	100

Psikozlar kent ve kırsal alanlarda görülüş sıklığı bakımında önemli fark göstermemektedir. Bu durum tablo 3'de yüzde sütununda açık bir şekilde görülmektedir.

A.B.D.'de 9 eyalette yapılan bir incelemeye göre, devlet hastanelerinde tüm ruh hastalarının her 100.000 nüfusa düşen oranı şöyle ayrılmaktadır: Kentlerde 70, köylerde 80 (34).

Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı tablo 4'de verilmektedir. Tablo 5'in yüzde sütununda görüldüğü gibi en yüksek hastalık oranı 15-24 yaş grubunda toplanmıştır. En büyük hastalık yayılımı 15-34

yaşlar arasında %88 gibi yüksek bir oranda dağılış göstermektedir.

L.Bellak (1964)'de hastaneye yatan şizofrenlerde yaş gruplarına göre dağılımında bulduğu sonuçlar (5) araştırmamızdaki bulguları doğrulamaktadır.

TABLO 4. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	SAYI	%
5-14 yaş	2	2
15-24 yaş	54	54
25-34 yaş	34	34
35-44 yaş	10	10
TOPLAM	100	100

Hastaların medeni durumlarına göre dağılımı tablo 5'de verilmektedir. i

TABLO 5. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

MEDENİ DURUM	SAYI	%
Evli	53	53
Bekar	47	47
TOPLAM	100	100

Tablo 5'in yüzde sütununda görüldüğü gibi evli hastalar daha yüksek bir oranda bulunmuştur. J.Nystrup (1976) da yaptığı çalışmada şizofrenlerde evlilik oranını daha düşük bulmuştur (18). J.Nystrup'un bulguları sonuçlarımızı doğrulamamaktadır.

Bunun nedeni toplumumuzda erken yaşta başlayan şizofreni ve diğer psikotik durumlar için erken evlendirme ciddi bir tedbir olarak görülmekte ve uygulamasının yapılması olarak değerlendirilmiştir.

Hastaların uğraş durumlarına göre dağılımı tablo 6'da verilmektedir.

TABLO 6.Hastaların Uğraş Durumlarına Göre Dağılımı

UĞRAŞ DURUMU	SAYI	%
Ev kadını	26	26
İşsiz	20	20
İşçi	13	13
Memur	17	17
Çiftçi	13	13
Serbest	11	11
TOPLAM	100	100

Özel ruhsal bozukluklara yol açan meslek yoktur. Ancak kurşunla çalışılan işçilerde olduğu gibi kronik zehirlenmeler ruhsal bozukluk yapabilir. İnsanın kişiliği kendi çalışma şeklini ve ağırlığını tayin edici etkidir. İşsizlik, emeklilik gibi durumlar kişinin ruhsal uyumunu aşırı çalışmadan çok daha fazla etkilerler (34).

Tablo 6'nın yüzde sütununda görüldüğü gibi en yüksek oranı ev kadını hemen ardından işsiz grubunun takip etmesi ve birlikte dağılım oranının % 46 olması ilgi çekicidir.

Hastanın günlük yaşamda belirli bir uğraşta bulunmaması, üretici olmaması kişinin yaşamını etkilemektedir ve ruhsal yapısını bozmaktadır.

Tablo 6'nın yüzde sütununda görüldüğü gibi işçi, memur, çiftçi ve serbest meslek sahiplerinin yüzde oranları birbirlerine yakın bulunmuştur.

Hastaların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablo 7'de verilmektedir.

TABLO 7. Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

ÖĞRENİM DURUMU	SAYI	%
Öğrenimi olmayan	36	36
İlkokul	34	34
Orta	20	20
Yüksek	10	10
TOPLAM	100	100

Tablo 7'de hastaların öğrenim durumları yüzde sütununda görüldüğü gibi en yüksek oranı öğrenimi olmayan, hemen ardında ilkokul öğrenimlilerin takip etmesi ve birlikte %70 gibi yüksek bir oran oluşturması ilgi çekicidir.

Zeka düzeyi yüksek olanlarda, ruh hastalıkları oranı normal popülasyona göre farklı değildir. Geri zekalı insanlarda da psikoz normallere yakın oranda görülmektedir (34).

Araştırmamızda böyle bir tablonun oluşumuna etki eden faktör olarak; Ruhsal yaşamdaki en küçük rahatsızlığın bile öğrenimi dolaylıda olsa etkiliyeceğini düşünmekteyiz. Ayrıca özellik bölgemizde eğitim olanaklarının kısıtlı olması ve bilhassa kırsal alanda okuma ve yazma oranının düşük oluşu olgularımızda neden olarak değerlendirildi.

Hastaların sosyo-ekonomik düzeylerine göre dağılımı tablo 8'de verilmektedir.

TABLO 8.Hastaların Sosyo-Ekonomik Düzeylerine Göre Dağılımı

SOSYO-EKONOMİK DÜZEY	SAYI	%
Fakir	56	56
Orta	30	30
İyi	14	14
TOPLAM	100	100

Tablo 8'de hastaların sosyo-ekonomik düzey durumları yüzde sütununda görüldüğü gibi en yüksek oranı fakir hastalar oluşturmaktadırlar. Ardında orta derecede sosyo-ekonomik yapıya sahip hastalar takip etmektedir.

Faris ve Dunham (1956-1958), Srole ve arkadaşları (1962), Hollingshead ve Redlich ekibinin (1958), yaptıkları araştırmalarda elde ettikleri sonuçlar (13, 27, 34) bulgularımıza uygunluk göstermektedir.

Sosyo-ekonomik yönden düşüklük ya da düzensizlik gösteren kimselerde daha sık görüldüğüne değin bulgular vardır. Ancak, düşük sosyo-ekonomik düzeyde şizofreniklerin daha çok oluşma nedeni henüz aydınlatılmamıştır. Acaba bu düzeydeki toplum kesiminde daha çok stres ve yoksunluk etkenleri mi bu oranı yükseltmektedir? Yoksa, ağır ruhsal bozukluk nedeni ile bu tür hastalar düşük sosyo-ekonomik kesimlere mi kaymaktadırlar (22).

Hastaların klinikte yatış sürelerine göre dağılımı tablo 9'da verilmektedir.

TABLO 9. Hastaların Klinikte Yatış Süresi Dağılımı

KLİNİKTE YATIŞ SÜRESİ	SAYI	%
1-15 gün	45	45
16-30 gün	53	53
31 gün ve daha fazla	2	2
TOPLAM	100	100

Tablo 9'un yüzde sütununda görüldüğü gibi klinikte yatış bakımında en yüksek oranı 16-30 gün arasında yatanlar ve hemen ardında 16-30 gün yatan hastalar takip etmektedir. Bu bulgular kliniğimizde şizofrenlerin kısa süreli yatırıldığını vurgulamaktadır. Literatür bilgilere uygunluk göstermemektedir.

Hastaların göç durumlarının dağılımı tablo 10'da görülmektedir.

TABLO 10. Hastaların Göç Durumlarının Dağılımı

GÖÇ DURUMU	SAYI	%
Göç edenler	23	23
Göç etmeyenler	77	77
TOPLAM	100	100

Tablo 10'un yüzde sütununda görüldüğü gibi en yüksek oranı göç etmeyen veya yer değiştirmeyen vakalar oluşturmıştır. Buna rağmen göç

eden vakalarda anlamlılık ifade etmektedir.

J.D.Roff (1976) da yaptığı çalışmada göç olayı ile şizofreni arasında bir ilişki olmadığını ifade etmektedir (24). Buna karşılık İs- viçre'ye 1946-1948 yılları arasında gelen her 1000 göçmenden 7.8'inin hastaneye yattığı saptanmıştır. Bu oran yerli nüfusta binde 1,4'dür. Göçmenler arasında ruh hastalıklarının daha sık görülmesi bir ölçü- de zorunlu göçün doğurduğu güvensizlik, tedirginlik ve yurdundan kül- türünden kopmaya bağlanabilir (34).

Sanayileşme ile birlikte gelen, köyden şehire ve gecekondu bölge- lerine olan göç sonucu yaşam biçiminde ve değer yargılarındaki hız- lı değişim kişilerde özgüveni sarsmaktadır. Bu durumda eski uyumunu bozarak ruhsal bunalımlara yol açmaktadır.

Hastalarda toksik madde alışkanlık durumunun dağılımı tablo 11'de verilmektedir.

TABLO 11.Hastalarda Toksik Madde Alışkanlık Durumunun Dağılımı

TOKSİK MADDE	SAYI	%
Alanlar	8	8
Almayanlar	92	92
TOPLAM	100	100

Tablo 11'in yüzde sütununda görüldüğü gibi hastaların toksik bir madde kullanmayanlar % 92 gibi bir oranla birinci sırayı almaktadırlar.

Hastaların kliniğe yatış sayısı dağılımı tablo 12'de verilmektedir.

TABLO 12.Hastaların Kliniğe Yatış Sayısı Dağılımı

YATIŞ SAYISI	SAYI	%
1. Yatış	57	57
Yineleyen yatışlar	43	43
TOPLAM	100	100

Tablo 12'nin yüzde sütununda görüldüğü gibi en yüksek oranı 1.yatış yapan vakalar oluşturmalarına rağmen, bu orana yakın vakalarda yineleyen yatışlar yapmışlardır.

H.Akimoto ve arkadaşları (1974) Tokyo'da yaptıkları araştırmada tekrar hospitalizasyon oranını % 48.7 olarak bulmuşlardır (2). Vardığı sonuçlar bulgularımızı doğrulamıştır.

Böyle bir tablonun oluşumunda, hasta taburcu edilirken iyileşmez diye prognoz konulmuş olması, klinik şeklin basit ya da hebefrenik tipte oluşu, regresyonun derinliği ve hastalığın erken başlaması olarak düşünüldü.

Hastaların ceza ve tutukluluk durumlarının dağılımı tablo 13'de verilmektedir.

TABLO 13.Hastaların Ceza ve Tutukluluk Durumunun Dağılımı

CEZA VE TUTUKLULUK DURUMU	SAYI	%
Ceza veya tutuklu olanlar	4	4
Ceza veya tutuklu olmayanlar	96	96
TOPLAM	100	100

Tablo 13'ün yüzde sütununda görüldüğü gibi suç işleyip tutuklanan veya ceza alan şizofreni oranı %4'tür. Şizofreniklerin suçla olan kesin bir ilişki tesbit edilememiştir. Akıl hastası olan ve olmayan suçlular üzerinde yapılan araştırmalar sınırlı olmuştur. İngiltere'de Dr. EAST ceza evlerine suçlular üzerinde 1923-1926 yılları arasında yaptığı araştırmada suçluların %1.3 ünün akıl hastası olduğunu tesbit etmiştir.

Hastaların kliniğimize gelmeden önce geleneksel tedaviyle olan ilişki dağılımı tablo 14'de verilmektedir.

TABLO 14.Hastaların Geleneksel Tedavi ile İlişki Dağılımı

GELENEKSEL TEDAVİ	SAYI	%
Başvuranlar	80	80
Başvurmayanlar	20	20
TOPLAM	100	100

Tablo 14'ün yüzde sütununda görüldüğü gibi araştırmamızı oluşturan olguların %80'i kliniğimize gelmeden önce çeşitli geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmuştur. Bu durum dikkat çekicidir, anlamlılık ifade etmektedir.

Böyle bir tablonun oluşumunda sebep olarak; Feodal sosyal yapıdan kaynaklanan kültürel yapı ve dini inanışın sonucu olarak değerlendir-
mek gerekir. Buradan hareketle bir toplumda başarılı sosyal ve kültürel değişim ancak, bu değişimin mümkün olduğu kadar yavaş ve değişikliklerinde toplum tarafından benimsemesiyle mümkündür.

Hastaların I. II. ve III. derecedeki akrabalarında kalıtsal yük dağılımı tablo 15'de verilmektedir.

TABLO 15. Hastaların I. II. ve III. Derecedeki Akrabalarında Kalıtsal Yük

KALITSAL YÜK	SAYI	%
Taşıyanlar	29	29
Taşımayanlar	71	71
TOPLAM	100	100

Tablo 15'in yüzde sütununda görüldüğü gibi %29 gibi kalıtsal yük anamnezi veren olgular çok anlamlı bulunmuştur.

Literatür bilgileri, şizofreni etyolojisinde genetik birfaktör olduğunu ikna edici bir düzeyde göstermektedir. Hastalığın ortaya çıkışı ve klinik belirtileri ise çevresel ve yaşımsal faktörlere bağlı olmaktadır (17).

Hastaların hastalık süreleri bakımında dağılımı tablo 16'da verilmektedir.*

TABLO 16. Hastaların Hastalık Süreleri Dağılımı

HASTALIK SÜRESİ	SAYI	%
6 ay- 1 yıl	51	51
1-5 yıl	32	32
5 yıldan fazla	17	17
TOPLAM	100	100

Tablo 16'nın yüzde sütununda görüldüğü gibi hastalık süreleri dağı-

limında 6 ay-1 yıl grubu oluşturan hastalar birinci sırayı oluşturmaktadırlar. Buna göre kliniğimizde yatan vakaların yarısından fazlasını akut vakalar oluşturmaktadır. Dikkati çeken bir durumda önemli oranda kronik hastalarda yatmaktadır.

Hastalara kliniğimizde uygulanan tedavi yöntemlerinin dağılımı tablo 17'de verilmektedir.

TABLO 17.Hastalara Kliniğimizde Uygulanan Tedavi Yöntemleri

TEDAVİ ŞEKLİ	SAYI	%
İlaç	51	51
İlaç+ECT	49	49
TOPLAM	100	100

Tablo 17'nin yüzde sütununda görüldüğü gibi kliniğimizde uygulanan ilaç veya ilaç+ECT tedavi yöntemlerinin eşit oranda uygulandığı bulunmuştur.

Literatürde ilaç ile birlikte psikoterapi uygulanması ECT'ye üstün bulunmuştur. ECT uygulanımı için şizofreni tanısı çağdaş bir kriter olarak kabul edilmiyor (25).

Şizofrenide ilaçlarla tedavi geliştikçe, son 20-25 yıl boyunca ECT uygulanımı giderek azalmış, fakat tümünden bırakılmamıştır. Kliniğimizde ECT'nin fazla uygulanmasını alternatif tedavi yöntemlerinin ve kadro yetersizliğiyle izah edebiliriz.

Hastalarımıza tek başına hiç elektroşok uygulanmamıştır. R.D.Weiner A.B.D.'de şizofreni tanısı alan ve yatarak tedavi gören hastaların %25'ine ECT uygulandığını bildirmiştir (32).

Hastaların çıkış durumlarına göre dağılımı tablo 18'de verilmektedir.

TABLO 18. Hastaların Çıkış Durumlarına Göre Dağılımı

ÇIKIŞ DURUMU	SAYI	%
Sosyal adaptasyon yok	24	24
Sınırlı sosyal adaptasyon	60	60
İleri derecede sosyal adapt.	16	16
TOPLAM	100	100

Tablo 18'in yüzde sütununda görüldüğü gibi hastaların çıkış durumları incelendiğinde sınırlı sosyal adaptasyon ile çıkış yapan hastaların en büyük oranı oluşturduğu görülmektedir. Bunu hiç sosyal adaptasyon göstermeyen hastalar takip etmektedir. İleri derecede sosyal adaptasyon ile çıkanlar en düşük oranı oluşturmuştur.

Hiçbir düzelme için tam sosyal adaptasyon diyemedik. Bunun için çıktıktan sonra, beş senelik süre içinde, ailesine, çevresine ve iş hayatına tam uyum gösterebilen, ve bu süre içinde idame tedavisine ihtiyaç hissetmeyen vakalar için tam sosyal adaptasyon deyimini kullanabiliriz. Bir hastayı hastane dışında beş yıl izleme şansına sahip değiliz.

G.Roccatagliata ve arkadaşlarının (1973) yaptıkları araştırmada buldukları sonuçlar bulgularımızı desteklemektedir (23).

Klinikten çıkışta yalnız tedavinin değil, iyileşmeye olumlu etki eden veya prognozu kötüleştiren çeşitli faktörlerin varlığının göz önüne alınması gerektiğini düşünmekteyiz.

Hastaların klinik tiplerine göre cinsiyet dağılımı tablo 19'da verilmektedir.

TABLO 19. Hastaların Klinik Tiplerine Göre Cinsiyet Dağılımı

KLİNİK TİP	C İ N S İ Y E T				T O P L A M	
	Kadın s.	%	Erkek s.	%	s.	%
Basit tip	14	40	21	60	35	100
Hebefrenik tip	2	25	6	75	8	100
Katattonik tip	5	45.45	6	54.54	11	100
Paranoid tip	4	10.52	34	89.47	38	100
Diğer tipler	3	37.5	5	62.5	8	100
TOPLAM	28	28	72	72	100	100

Tablo 19 genel olarak incelendiğinde cinsiyete göre klinik tiplerin analizinde, yüzde oranlarının erkek hastalarda daha yüksek bulunduğu görülmektedir. Hebefrenik ve paranoid tiplerde daha yüksektir.

Klinik Tiplerine göre medeni durum dağılımı tablo 20'de verilmektedir.

TABLO 20. Hastaların Klinik Tiplerine Göre Medeni Durum Dağılımı

KLİNİK TİP	M E D E N İ · D U R U M				T O P L A M	
	Evli s.	%	Bekar s.	%	s.	%
Basit tip	17	48.57	18	51.42	35	100
Hebefrenik tip	4	50	4	50	8	100
Katattonik tip	5	45.45	6	54.54	11	100
Paranoid tip	24	63.15	14	36.84	38	100
Diğer tipler	3	37.5	5	62.5	8	100
TOPLAM	53	53	47	47	100	100

Medeni durum dikkate alınarak klinik tipler tablo 20'de incelendiğinde; Basit, hebefrenik ve katatonik tiplerde evli ve bekar grupları arasında yüzde oranları bakımında aşırı bir farklılık görülmemektedir. Paranoid tip şizofrenlerde ise evlilerin daha yüksek bir oran oluşturması beklenen sonucu vermektedir.

Klinik tipler dikkate alınarak hastaların geldikleri yerleşim ortamı dağılımı tablo 21'de verilmektedir.

TABLO 21. Klinik Tiplerine Göre Hastaların Yerleşim Ortamı Dağılımı

KLİNİK TİP	YERLEŞİM ORTAMI					
	Kentsel s.	%	Kırsal s.	%	TOPLAM s.	%
Basit tip	16	45.71	19	54.28	35	100
Hebefrenik tip	5	62.5	3	37.5	8	100
Katatonik tip	7	63.63	4	36.36	11	100
Paranoid tip	21	55.26	17	44.73	38	100
Diğer tipler	7	87.5	1	12.5	8	100
TOPLAM	56	56	44	44	100	100

Tablo 21'de hastaların geldikleri yerleşim ortamları dikkate alınarak klinik tiplerine göre incelenmesinde; Katatonik, hebefrenik, paranoid ve diğer tip şizofrenlerde kentsel alanda gelen hastaların yüzde oranlarındaki yükseklik dikkati çekmektedir.

Basit tip şizofrenlerde ise aşırı bir farklılık yoktur. Genel olarak bulgularımız kentsel ve kırsal alanlarda şizofreninin görülüş sıklığı önemli fark göstermemektedir.

Klinik tipler dikkate alınarak hastaların meslek dağılımı tablo 22' de verilmektedir.

TABLO 22.Klinik Tiplerine Göre Hastaların Meslek (uğraş) Dağılımı

KLİNİK TİP	M		E		S		L		E		K		Memur		Çiftçi		Serbest		TOPLAM		
	Ev	kadını	s.	%	İşsiz	s.	%	İşçi	s.	%	İşçi	s.	%	s.	%	s.	%	s.	%	s.	%
Basit tip	14	40			6	17	14	3	8	6	2	5	7	1	4	2	5	14	28	35	100
Hebefrenik t.	2	25			2	25			2	25	1	12	5	1	12	5	-	-	8	100	
Katatolik tip	4	36	36		3	27	27	3	27	27	1	9	0	9	-	-	-	-	11	100	
Paranoid tip	4	10	52		8	21			4	10	5	11	29	7	18	4	10	5	38	100	
Diğer tipler	2	25			1	12	5	1	12	5	2	25	-	-	-	2	25		8	100	
TOPLAM	26	26			20	20			13	13	17	17	13	13	11	11			100	100	

Tablo 22'de hastaların meslek durumları dikkate alınarak klinik tiplere göre değerlendirilmesinde; Ev kadını, işsiz gibi üretici olmayan veya herhangi bir geliri olmayan grubun yüzde oranı ile üretici veya geliri olan dört grubun yüzde oranından daha yüksek çıkması dikkati çekmekle birlikte beklenen sonucu arz etmiştir.

Şizofrenide kişisel yaşantılar semptomatolojiye rengini verir. Şizofreniyi, etyolojik faktörlerin bir varyetesinin kombinasyonlarından sonuçlanan bir semptomlar kompleksi olarak ele alma konusunda artan bir eğilim vardır (5).

Mental hastanelere başvurma yönünden işsizlik ve emeklilik gibi durumlar yüksek risk grubundadırlar.

Hastaların klinik tiplerine göre sosyo-ekonomik düzey dağılımı yönünde incelenmesi tablo 23'de verilmektedir.

TABLO 23. Hastaların Klinik Tiplerine Göre Sosyo-Ekonomik Dağılımı

KLİNİK TİP	S O S Y O - E K O N O M İ K				D Ü Z E Y		TOPLAM	
	F a k i r s.	%	O r t a s.	%	İ y i s.	%	s.	%
Basit tip	22	62.85	7	20	6	17.14	35	100
Hebefrenik tip	3	37.5	5	62.5	-	-	8	100
Katatonik tip	7	63.63	3	27.27	1	9.09	11	100
Paranoid tip	18	47.36	15	39.47	5	13.15	38	100
Diğer tipler	6	75	-	-	2	25	8	100
TOPLAM	56	56	30	30	14	14	100	100

Tablo 23'de hastaların sosyo-ekonomik düzey dağılımının klinik tiplerine göre incelenmesinde; Bulgularımızdaki bütün klinik tiplerde yüzde oranları bakımında çok açık bir farkla olguların fakir ve orta sosyo-ekonomik yapıya sahip gruplar içinde toplandığı görülmektedir.

Klinik tiplerine göre hastaların göç durumu tablo 24'de verilmektedir.

TABLO 24. Klinik Tiplerine Göre Hastaların Göç Durumu

KLİNİK TİP	G Ö Ç		D U R U M U		TOPLAM	
	Göç edenler s.	%	Göç etmeyenler s.	%	s.	%
Basit tip	6	17.14	29	82.85	35	100
Hebefrenik tip	1	12.5	7	87.5	8	100
Katatonik tip	2	18.18	9	81.81	11	100
Paranoid tip	12	31.57	26	68.42	38	100
Diğer tipler	2	25	6	75	8	100
TOPLAM	23	23	77	77	100	100

Hastaların göç veya yer değıştirme faktörü dikkate alınarak klinik tiplerine göre incelenmesinde; Göç etmeyen grubun bütün klinik tiplerde yüksek bir oran bulunmasına rağmen, göç eden gruptaki yüzde oranları dikkati çekmektedir.

Birçok çalışmalar göçeden nüfuslarda şizofreni oranının daha yüksek olduğunu gösteriyor (20). Göçedenlerde şizofreninin fazla görülmesinin birçok nedenleri vardır. Bir faktörde şudurki, presizoid devrede bireyler hastalıkları nedeniyle göçmen olabilirler. Bir diğeri yeni bir kültür ve çevreye hareket etme ve uyma ile ilgili streslerin şizofrenik bir atağı presipite etmesidir (5).

Hastaların klinik tiplerine göre yaş gruplarının dağılımı tablo 25'de verilmektedir.

TABLO 25.Klinik Tiplerine Göre Hastaların Yaş Gruplarının Dağılımı

KLİNİK TİP	Y A Ş		G R U P L A R I				TOPLAM	
	5-14 yaş	s. %	15-24 yaş	s. %	25-34 yaş	s. %	35-44 yaş	s. %
Basit tip	-	-	26 74.28	8 22.85	1 12.85	35 100		
Hebefrenik tip	-	-	7 87.5	1 12.5	- -	8 100		
Katatonik tip2	18.18	7 63.63	2 18.18	- -	11 100			
Paranoid tip	-	-	6 15.78	23 60.52	9 23.68	38 100		
Diğer tipler	-	-	8 100	- -	- -	8 100		
TOPLAM	2 2	54 54	34 34	10 10	100 100			

Tablo 25'de yaş grupları dikkate alınarak klinik tiplerin incelenmesinde; Olgularımızdaki hebefrenik, basit, katatonik ve diğer tiplerin 15-24 yaş grubunda toplandığı ve yüzde oranları bakımında açık bir şekilde yüksektir. Paranoid tip şizofrenler incelendiğinde 25 ve daha yukarı yaş gruplarında toplandığı görülmektedir.

Klinik tipleri dikkate alınarak hastaların yatış sayısı dağılımı tablo 26'da verilmektedir.

TABLO 26. Klinik Tiplerine Göre Hastaların Yatış Sayısı Dağılımı

KLİNİK TİP	Y A T I Ş		S A Y I S I		TOPLAM	
	1. Yatış s.	%	Yineleyen Yatış s.	%	s.	%
Basit tip	20	57.14	15	42.85	35	100
Hebefrenik tip	4	50	4	50	8	100
Katatonik tip	8	72.72	3	27.27	11	100
Paranoid tip	22	57.89	16	42.10	38	100
Diğer tipler	3	37.5	5	62.5	8	100
TOPLAM	57	57	43	43	100	100

Hastaların hastanede yatış sayısı klinik tipleri dikkate alınarak tablo 26'da incelendiğinde; Katatonik tip şizofrenlerin daha az oranda yineleyen yatışlar yaptığı görülmektedir. Diğer klinik tiplerde ise belirgin bir fark saptanamadı.

Evli 53 hastanın klinik tiplerine göre hastalık ve evlenme durumu arasındaki ilişki dağılımı tablo 27'de verilmektedir.

TABLO 27. Evli 53 vakanın Klinik Tiplerine Göre Hastalık-Evlilik İlişki Dağılımı

KLİNİK TİP	E V L İ L İ K		D U R U M U		TOPLAM	
	H. Önce s.	Evliliği %	H. Sonra s.	Evliliği %	s.	%
Basit tip	11	64.70	6	35.29	17	100
Hebefrenik tip	3	75	1	25	4	100
Katatonik tip	4	80	1	20	5	100
Paranoid tip	12	50	12	50	24	100
Diğer tipler	2	66.66	1	33.33	3	100
TOPLAM	32	32	21	21	53	100

Tablo 27'de evli şizofreniklerin hastalık durumu ile evlenme durumu klinik tipleri dikkate alınarak incelenmesinde; Basit, hebefrenik ve katatonik tiplerde hastalıktan önce evlenme oranı yüksek bulunmuştur. Paranoid tip şizofrenlerde ise hastalıktan önce evli olanlar ile hastalıktan sonra evlenen vakalar arasındaki oran eşit bulunmuştur.

R.C.Bland ve arkadaşları yaptıkları çalışmada evlenme ve boşanma oranlarında genel nüfusa göre bir farklılık saptanmamış (6).

Bulgularımızın değerlendirilmesinde toplumun ruh hastasına bakış ve değerlendirilmesi ile sosyal ve kültürel faktörlerin dikkate alınması gerekir.

Hastaların I. II. ve III. derecedeki akrabalarında klinik tipler dikkate alınarak psikoz görülme durumunun dağılımı tablo 28'de verilmektedir.

TABLO 28.Hastaların I. II. ve III. Derecedeki Akrabalarında Kalıtsal yüklülük dağılımı

KLİNİK TİP	K A L I T S A L		Y Ü K L Ü L Ü K		TOPLAM	
	Taşıyanlar S.	%	Taşımayanlar S.	%	S.	%
Basit tip	9	25.71	26	74.28	35	100
Hebefrenik tip	4	50	4	50	8	100
Katatonik tip	4	36.36	7	63.63	11	100
Paranoid tip	10	26.31	28	73.68	38	100
Diğer tipler	2	25	6	75	8	100
TOPLAM	29	29	71	71	100	100

Tablo 28'de hastalarda kalıtsal faktör dikkate alınarak klinik tiplerine göre genel olarak incelenmesinde; Olgularımızın I. II. ve III.

derecedeki akrabalarında psikoz tarif etmeyen vakalar ağırlıkta ve yüzde oranları bakımından da yüksektir. Ancak %29 oranında akrabalarında psikoz tarif eden vakalar bu konuda yapılan çalışmalara uygunluk göstermektedir (4, 29, 30, 33).

Hastaların klinik tiplerine göre klinikte yatış süresi dağılımı tablo 29'da verilmektedir.

TABLO 29. Hastaların Klinik Tiplerine Göre Klinikte Yatış Süresi Dağılımı

KLİNİK TİP	K L İ N İ K T E		Y A T I Ş		S Ü R E S İ		TOPLAM	
	1-15 gün	16-30 gün	31 ve daha fazla					
	S.	%	S.	%	S.	%	S.	%
Basit tip	16	45.71	18	51.42	1	2.85	35	100
Hebefrenik tip	5	62.5	3	37.5	-	-	8	100
Katattonik tip	3	27.27	8	72.72	-	-	11	100
Paranoid tip	18	47.36	19	50	1	2.63	38	100
Diğer tipler	3	37.5	5	62.5	-	-	8	100
TOPLAM	45	45	53	53	2	2	100	100

Tablo 29'da hastaların klinik tiplerine göre klinikte yatış süresi dağılımı incelendiğinde; Yüzde oranları bakımında hebefreniklerin 1-15 günlük süreler içindeki gruplarda toplandığı görülmektedir. Diğer klinik tiplerin 16-30 gün grup içinde yığılma göstermektedir. Dikkati çeken bir durumda uzun süreli hasta yatırmadığımızdır. Bu durumun prognozu olumsuz yönde etkileyeceği kanısı taşımaktayız.

Klinikte yatış süresi vakaların büyük çoğunluğunda gidiş ve sonuçlanışın, tedavi biçimine ve hastaya gösterilen özene sıkıca bağlı olduğu bilinmektedir(21).

Hastaların klinik tiplerine göre hastalık süresi dağılımı tablo 30'da verilmektedir.

TABLO 30. Hastaların Klinik Tiplerine Göre Hastalık Süresi Dağılımı

KLİNİK TİP	H A S T A L I K S Ü R E S İ						TOPLAM	
	6 ay-1 yıl s.	%	1 yıl-5 yıl s.	%	5 yıldan fazla s.	%	s.	%
Basit tip	17	48.57	16	45.71	2	5.71	35	100
Hebefrenik tip	6	75	2	25	-	-	8	100
Katatonic tip	8	72.72	1	9.09	2	18.18	11	100
Paranoid tip	17	44.73	11	28.94	10	26.31	38	100
Diğer tipler	3	37.5	2	25	3	37.5	8	100
TOPLAM	51	51	32	32	17	17	100	100

Tablo 30'da hastaların hastalık süresi dikkate alınarak klinik tiplerine göre yorumlanmasında; Eğer 6 ay-1 yıllık süreden beri hasta olanları akut vaka, diğer geri kalanı eski veya kronik vakalar olarak ele alırsak, olgularımızda akut ve kronik vakalar eşit bir oran oluşturmuşlardır.

Gidiş bazı vakalarda devamlı ilerleyicidir, bazılarında kesiklidir. İyileşme umudu her 1 yıl geçişte daha da azalır. Hastalıklarının ilk 1 yılında hospitalize edilenlerin 1/3'i oldukça tam iyileşir, 1/3'ü dışarı gidip hasarlı bir kişilikte yaşamını sürdürür ama zaman zaman hastaneye dönebilir, kalan 1/3'i devamlı hastane bakımı gerektirir (15).

Hastaların klinik tipleriyle geleneksel tedavi arasındaki ilişki dağılımı tablo 31'de verilmektedir.

TABLO 31. Hastaların Klinik Tipleriyle Geleneksel Tedavi Arasındaki İlişki Dağılımı

KLİNİK TİP	GELENEKSEL TEDAVİ DURUMU					
	Başvuranlar		Başvurmayanlar		TOPLAM	
	s.	%	s.	%	s.	%
Basit tip	30	85.71	5	14.28	35	100
Hebefrenik tip	8	100	-	-	8	100
Katatolik tip	8	72.72	3	27.27	11	100
Paranoid tip	27	71.05	11	28.94	38	100
Diğer tipler	7	87.5	1	12.5	8	100
TOPLAM	80	80	20	20	100	100

Tablo 31'de hastaların klinik tipleri dikkate alınarak, geleneksel tedavi yöntemlerine başvurma durumlarının değerlendirilmesinde; Dikkati çeken bir durumun bütün klinik tiplerde geleneksel tedaviye başvurma oranlarının çok farklı bulunmuş olmasıdır. Bu oran hebefreniklerde %100'ü bulmuştur.

Şizofrenik psikozlara tüm kültürlerde rastlanır (15). Kültürel güçler, toplumun sosyal yapısı, inanç, gelenek ve görenekler kişinin yaşamında önemli bir yer tutmaktadırlar.

Yukarıdaki tablonun oluşumunda içinde bulunulan toplumun ve bölgenin kültürel, sosyal ve dini inanışın kompleks rolüne bağlı oluşan bir durum olarak değerlendirebiliriz.

Hastaların klinik tiplerine göre uygulanan tedavi şeklinin dağılımı tablo 32'de verilmektedir.

TABLO 32. Hastaların Klinik Tiplerine Göre Uygulanan Tedavi Dağılımı

KLİNİK TİP	T E D A V İ		Ş E K L İ		TOPLAM	
	İ l a ç	%	İ l a ç + E C T	%	s.	%
Basit tip	15	42.85	20	57.14	35	100
Hebefrenik tip	3	37.5	5	62.5	8	100
Katatonik tip	4	36.36	7	63.63	11	100
Paranoid tip	25	65.78	13	34.21	38	100
Diğer tipler	4	50	4	50	8	100
TOPLAM	51	51	49	49	100	100

Tablo 32'de hastalara uygulanan tedavi yöntemleri klinik tipler dikkate alınarak incelenmesinde; Basit, hebefrenik ve katatonik tip şizofrenlerde ilaç+ECT kombine tedavinin, paranoid tip şizofrenlerde ise ilaçla tedavinin uygulama oranları daha yüksek bulunmuştur.

ECT şizofreni tedavisinde ilk seçilmesi gereken bir tedavi yöntemi değildir. ECT, şizofreni tedavisinde yerini nöroleptiklere bırakmıştır (25).

Bu bilgiler tablo 32'deki bulgularımızı desteklememektedir. Bunun nedeni kliniğimizde şizofreni tedavisinde alternatif diğer psikiyatrik tedavi yöntemlerinin yeterince gelişmemesine bağlandı.

Bugünkü ölçülere göre şizofreni tedavisinde ECT İngilizce literatürde pek makbul görülüyor. Böylece ECT mi, nöroleptikler mi sorusu

cevapsız kalıyor. ECT'ye klinik cevap şizofreniklerin semptomlarının süresiyle ters orantılıdır. Affektif ve katatonik semptomlu hastalar en iyi cevap verir. ECT, şizofrenideki temel psikopatolojiyi değiştirmez (25).

Hastaların klinik tiplerine göre çıkış durumları tablo 33'de verilmektedir.

TABLO 33. Hastaların Klinik Tiplerine Göre Çıkış Durumları

KLİNİK TİP	Ç I K I Ş D U R U M U							
	Sos. s.	adap. %	yok	Sınırlı s.	sos. %	adap. İ.derec. s.	sos. %	ad. TOPLAM s. %
Basit tip	7	20	22	62.85	6	17.14	35	100
Hebefrenik tip	5	62.5	2	25	1	12.5	8	100
Katatonik tip	-	-	9	81.81	2	18.18	11	100
Paranoid tip	9	23.68	25	65.78	4	10.52	38	100
Diğer tipler	3	37.5	2	25	3	37.5	8	100
TOPLAM	24	24	60	60	16	16	100	100

Hastaların hastaneden çıkış durumlarının prognoz için bir ayıraç olabileceği düşüncesinden hareketle, olgularımızın çıkış durumları analiz edildiğinde; Klinik tipler arasında yüzde oranları bakımında fark bulunmaktadır. Katatonik tip şizofrenlerin genel olarak tedaviye daha iyi cevap verdiği görülmektedir. Katatonik tip şizofrenlerde sınırlı sosyal adaptasyon ve ileri derecede sosyal adaptasyon durumlarının toplamı % 100'lük bir oran oluşturmaktadır. Tedaviye en az hebefrenik tip şizofrenler cevap vermektedirler.

Katatonik ve şizo-affektif tiplerin basit, hebefrenik, paranoid tiplerden daha iyi sonuçlanmış gösterdiği şeklindeki literatür bilgileri (12) bulgularımızı doğrulamaktadır.

TARTIŞMA

Şizofreni, özellikle gençleri tutan ve genellikle 15-30 yaşlarında ortaya çıkan bir ruhsal bozukluktur. Her iki sextede, şizofrenide hastane kabulleri 20-40 yaşları arasında yoğunlaşır. Her iki cinsi eşit olarak tuttuğu, 14 yaşından önce pek görülmediği, 35 yaşından sonra ise seyrek olarak görüldüğü ve tartışmalı da olsa 50 yaşının üzerinde de ortaya çıktığı bildirilmiştir (1, 12, 22, 26).

Şizofreni, gerek başlangıcı sırasında ve gerekse seyri esnasında, şizofreniye özgü ana semptomları ve karakteristik çizgileri taşımak şartıyla, çeşitli klinik tablolar gösterir ve bu bakımdan bazı klinik tipler tarif ve tasnif edilir. Bunların en klasığı Kreapelin sınıflamasıdır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD/9 (1978), Amerikan Psikiyatri Birliğinin DSM/3 (1980), Sovyetler Birliği Tıp Bilimleri Akademisi Psikiyatri Enstitüsü'nün sınıflamaları sayılabilir (8, 22, 21).

Şizofreni sıklık bakımında kadın ve erkek arasında fark göstermemektedir (8). Tablo 2'nin yüzde sütununda kadın hastaların düşük bir oran oluşturması, bölgenin sosyal ve kültürel faktörlerin etkiyle kadın hastaların ruh hastalıkları kliniklerine yatırılmasından kaçınılması ve aile içinde tedaviye yöneldiği düşünülmektedir.

Araştırmamızı oluşturan olgular cinsiyete göre klinik tip gözönüne alınarak incelendiğinde erkeklerde paranoid tipin (%89.47), kadınlarda basit tipin (%40) ve genelde ise paranoid tipin (%38) daha çok görüldüğü müşahade edilmektedir.

Şizofreni, kent ve kırsal kesimlerde eşit sıklıktadır (15). Hastalarımızda geldikleri yerleşim ortamıyla hastalığın görülüş sıklığı arasında önemli bir fark görülmedi (tablo 3 ve 21).

Şizofreni genç yaş gruplarının hastalığıdır. Hastalığın klinik tiplerine göre, ortaya çıkışı yaşları hususunda kesin görüş olmamakla birlikte çeşitli rakamlar verilmekte ve sinsi başlangıç sebebiyle basit tipin başlangıç yaşının gözden kaçabileceği hebefrenik ve katatonik tipin daha erken yaşlarda, paranoid tipin ise daha geç yaşlarda başladığı bildirilmektedir (26).

Hastalarımızın yaş ortalaması 24.62 yıl olarak bulunmuştur. Hastaların %90'ı 14-34 yaş gruplarında toplanmışlardır (tablo 4). Araştırmamızda hebefrenik ve katatoniklerin yaş ortalamaları basit ve paranoid tiplere göre daha düşük bulunmuştur (tablo 25). Bulgularımız klasik bilgilere uygunluk göstermektedir.

Hastalarımızın meslek durumları ve klinik tiplerine göre meslek dağılımı (tablo 6 ve 22) incelendiğinde; Dikkate değer bir husus 28 kadın hastanın % 92.85'i ev hanımıdır. Bu durum toplumsal ve sosyal yapının sonucu olarak değerlendirildi. Ev kadını ile birlikte işsiz grup birlikte hatırı sayılır yüksek bir oran oluşturmuşlardır. Ayrıca, meslek sahibi olanların mesleklerine ne ölçüde sahip çıktıkları ve yürütebildikleri düşündürücü olmalıdır.

Bu çalışmayı oluşturan hastaların öğrenim düzeylerinin çok düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların % 70'nin ya öğrenimi yoktur veya ilkökul öğrenimlidir. Böyle bir tablonun oluşumunda özellikle kırsal kesimlerde olmak üzere bölgenin okuma ve yazma oranının genel olarak düşük oluşu neden olarak belirtilebilir.

Faris ve Dunham 40 yıl önce Şikago'da yaptıkları bir araştırmada şizofreniklerin kentin en yoğun ve en yoksul bölgelerinde toplandığı sonucuna varmışlardır. Dunham 1956-1958'de Detroit'in iki ayrı bölgesinde benzer bir araştırma yapmış, alt sosyo-ekonomik düzeydeki bölgede şizof-

reni ensidans hızının binde 2.7 , orta sosyo-ekonomik düzeydeki bölgede ise binde 1 olduğunu göstermiştir (34). Srole ve arkadaşlarının araştırmalarında psikotik belirtiler üst sınıflarda % 4 oranında, alt sınıflarda % 13 oranında çıkmaktadır (28).

Hollingshead ve Redlich ekibinin yaptığı araştırmada şizofreninin sosyal sınıflara göre dağılımında açık bir fark bulunmuştur. Şizofrenik hastaların % 0.7'si en üst sınıfta, % 45.2'si ise en alt sınıftan çıkmaktadır (13).

Araştırmamızı oluşturan hastaların sosyo-ekonomik düzeylerine bakılacak olursa (tablo 8) % 86'sının düşük ve orta sosyo-ekonomik düzeyde olduğu tesbit edilmiştir. Şizofreni her sosyal sınıfta görülmekte ancak kişilikte yaptığı yıkım dolayısıyla şizofreniklerin sosyal ve ekonomik durumları bozulmakta, bu da aşağı sınıflara doğru bir kaymaya yol açmaktadır (22).

Şizofreni, din, ırk ve etnik ayırım yapılmaksızın göçmenler arasında çok yüksek bulunmuştur. Göçmenler arasında ruh hastalıklarının daha sık görülmesi bir ölçüde zorunlu göçün doğurduğu güvensizlik, tedirginlik ve kendi yurdundan kültüründen kopmaya bağlanabilir(34). Büyük bir şehire göç ve şehrin sosyal talepleri, şizofrenideki önemli patojenik faktörler olarak görülmüştür.

Hastalarımızın göç veya yer değiştirme durumları analiz edildiğinde % 23 gibi bir oran bulunmuştur (tablo 10). Klinik tipler bakımında en büyük göç oranı paranoid tiplerde tesbit edildi. Toplumumuzda sanayileşmenin getirdiği köyden şehire ve gecekondu bölgelerine olan göç sosyal bir gelişmenin sonucudur. Bu ve buna benzer göç sonucu kişilerin yaşam biçimlerinde ve değer yargılarında değişmeler olmaktadır. Bu değişme

kişilerde özgüveni sarsmakta, eski uyumunu alt üst ederek bunalımlara yol açmaktadır. Bir faktörde, preşizoid devredeki bireyler hastalıkları nedeniyle genellikle göçmen olabilirler.

Kişisel alışkanlıkların ruhsal durumu etkilemesi doğaldır. Ancak kişinin daha önceki ruhsal durumunda alışkanlıkları tayin ettiğini unutmamak gerekir. Toksik madde alışkanlığı olan toplam 8 vakanın 6'sı alkol, 1'i esrar, 1'i esrar+alkol kullanmaktadır. Ayrıca kadın hastalarımızın hiçbirinde toksik madde alışkanlığının bulunmadığı tesbit edildi. Bu durum bölgenin kültürel ve sosyal tutumunun yansıması olarak değerlendirildi.

Şizofren hastaların büyük bir çoğunluğu hiç olmazsa hayatlarında bir veya birkaç defa hastanede yatarak tedavi görmekte, bir kısmı ise hayatının büyük bir kısmını veya tamamını bir akıl hastanesi veya bakım evinde geçirmektedir. Hastanede kalış süresinin uzaması hem ekonomik yükü artırmakta ve hemde kötü prognozun işareti sayılmaktadır. Modern psikofarmakolojinin bağlaması hastanede kalış süresini kısaltmışsada, mükerrer yatışlar çoğalmıştır. Rehospitalizasyonda önemli faktörler şunlardır: Hasta taburcu edilirken iyileşmez diye prognoz konulmuş olması, klinik şeklin basit ya da hebefrenik tipte oluşu, regresyonun derinliği, hastalığın erken bağlaması (2, 12, 27),

Hastalarımızın ortalama yatış süresi 16.19 gün olup, büyük çoğunluğu 16-30 gün yatmıştır (% 53). Vakalarımızın % 43'ü (tablo 12) yineleyen yatışlar yapmışlardır. Klinik tiplerine göre hastalarımızda en fazla yineleyen yatışları basit ve hebefrenikler yapmışlardır.

Araştırmamızı oluşturan adli durumları incelendiğinde vaka sayısının azlığı dikkati çekmektedir (%4). Şizofrenide hastalığın başlangıç döne-

minde işlenen suçlar oldukça sıktır. Bununla beraber hastalık belirtilerinin tam olarak ortaya çıktığında hasta ya tedavi altına alınmakta veya hastaneye yatırılmaktadır. Dolayısıyla suç işleme şansı azalmaktadır. Şizofrenler içinde en tehlikeli ve ağır suçları hebefrenikler işlemektedir.

Kültürel özelliklerin kişilik oluşumunda önemli katkısı olduğu bilinen bir gerçektir. İnanç, gelenek ve görenekler gerek ilkel toplumlarda gerek gelişmiş toplumlarda önemli bir yer tutmaktadırlar. Bu geleneksel uygulama ve inançlar belirli bölgeler için çok farklı kitlepsikolojisi ve davranışı oluşturabilir (35).

Araştırmamızı oluşturan hastaların % 80'i Psikiyatri kliniklerine gelmeden önce uzak veya yakın yerlerdeki şeyh, hoca, dede, ziyaret, üfürükçü vs. geleneksel tedavi diyebileceğimiz tedavilere başvurdukları tesbit edilmiştir (tablo 14). Şizofreniye her sosyal sınıf ve katmanlarda, tüm kültürlerde rastlanmaktadır. Klinik tipler bakımında hebefreniklerin % 100'ü, basit tip şizofrenlerin % 85.71'i ile en yüksek oranı oluşturmaktadırlar (tablo 31). Böyle bir tablonun oluşumuna tesir eden faktörler; Bölgenin toplumsal, kültürel, sosyal ve dini inanışlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Şizofrenlerde evlilik öncesi kültürün aile ve çevre telkinlerinin evlilik oranlarına tesir ettiği gösterilmiştir. Evliliğin ve cinsel münasebetin hoş ve güzel şeyler olduğu, insanı dinlendirdiği ve rahat ettirdiği telkinleri yapılmış kişilerde fertilite oranının yüksekliği dikkati çekmiştir. Bizim kültürümüzde de bu gibi hastalıklı kimselere kara sevdalı gözüyle bakıldığı ve evlenirse birşeyi kalmaz düşüncesiyle hareket edildiği çok sık görülmektedir (35).

Araştırmamızı oluşturan hastaların % 53'ü evlidir (tablo 5). Bunun nedeni toplumda şizoreni ve diğer psikotik durumlar için erken evlendirmenin bir tedbir olarak düşünülmesidir. Bunun bariz örneği tablo 27 de görüldüğü gibi evli 53 vakanın % 39.33'ünün hastalandıktan sonra evlendiği tesbit edilmiştir. Bu şekilde şizofreni ve diğer psikozlar için erken evlendirmenin ciddi bir tedbir olarak görülmesi ve uygulamasının yapılması ile hastalıklı kişilerin erken yaşta ve çok uzun bir fertilitate periyoduna imkan verecek , ayrıca evlendirilmeleri sonucu çok sayıda hasta namzedi dünyaya gelmektedir.

Şizofreninin patogeneğinde herediter ve çevresel etkenler içiçe girmiştir. Bilgilerimiz şizofreni etyolojisinde genetik bir faktörün olduğunu ikna edici bir düzeydedir. Hastalığın ortaya çıkışı ve klinik belirtiler ise çevresel ve yaşamsal faktörlere bağlı olmaktadırlar (29).

Hastalarımızın I. II. ve III. derecedeki akrabalarında kalıtsallık oranlarının analizinde; I. derecede akrabalarda (anne, baba, kardeş, çocuk vs) 19 vaka, II. derecedeki akrabalarda (amca, dayı, teyze, hala) 4 vaka, III. derecedeki akrabalarda (yeğen, kuzen vs) 6 vaka saptanmıştır. Bu araştırmada I. derecedeki akrabalarda beklenen şizofreni oranı, II. ve III. dereceden akrabalarda beklenen şizofreni oranından daha yüksektir.

Araştırmamızı oluşturan hastaların % 51'i 6ay-1 yıl süreli hastalardan oluşmuştur (tablo 16). Bu duruma göre kliniğimizde yatan şizofrenlerin yarısından fazlasının akut vakalardan oluştuğunu göstermektedir.

Literatürde ilaç ile birlikte psikoterapi uygulanışı şizofrenlerde ECT'ye üstün bulunmuştur (26). ECT uygulaması için şizofreni tanısı çağdaş bir kriter olarak kabul edilmiyor ve şizofreni tedavisinde ilk

verilmesi gereken bir tedavi yöntemi değildir ve ECT şizofrenideki temel psikopatolojiyi değiştirmez (25). A.B.D.'de şizofreni tanısı alan ve yatarak tedavi gören hastaların % 25'ine elektroşok uygulandığı bildirilmiştir(14).

Kliniğimizde tedavi yöntemi olarak ya ilaç ya da ilaç+elektroşok birlikte uygulaması yapılmaktadır. Bulgularımız her iki tedavi yöntemlerinin eşit oranda uygulandığını göstermektedir (tablo 17). Klinik tipler bakımında tedavi yöntemleri farklılıklar göstermektedir. İlaç+ECT kombine tedavi % 63.63 ile katatonik tip şizofrenlere uygulanmıştır. İlaçlara bağlı ciddi yan etkiler nöroleptikler karşısında ECT'nin faydalılık ve toxitesi sorununu gündeme getirmektedir ? Bulgularımız 1 yıldan fazla sürelili hastalarda, diğer tedaviler gibi ECT'de pek etkili olmaz. Ama katatonik semptomlarda etkindir.

Şizofreninin prognozu hakkında görüşler değişiktir. Eskiden beri kötü sonuçlu bir hastalık olarak kabul edilmişse de , sosyal adaptasyonunu oldukça yeterli bir şekilde yapabilmiş, iş ve güç sahibi olarak hayatını yaşamış pek çok vaka vardır. Şizofreninin gidiş ve sonuçlanması hakkında çeşitli istatistik veriler, iyi ve kötü gidiş için bir takım indikatör bilgiler verilmiştir. Cinsiyetin ve zeka düzeyinin önemli rol oynamadığı kabul edilen prognoz için; Hastalığın ani başlaması, kişinin ortamla ilişkilerinin süregelmesi, anksiyetenin varlığı, emosyonel sorunlara ilginin varlığı, duygusal öğelerin belirginliği, hastalık öncesi kişiliğin siklotimik özellikte olması olumlu kabul edilmekte (31).

Prognoz için; Başlama yaşının erken olması, hastalık öncesi kişilik yapısının şizoid oluşu, belirtilerin sinsi başlaması, belirtilerin şiddetinin az oluşu, hipokondriak belirtiler ve kendini itham hezeyanlarının varlığı, hallüsinasyonların ısrarlı oluşu, regresyonun derinliği, infantil

postür ve davranış örneklerinin varlığı genellikle prognozu kötüleştir-
mektedir (31).

Araştırmamızı oluşturan hastaların çıkış durumları analiz edildiğin-
de, çıkış durumları açısından klinik tipler arasında fark vardır. Kata-
tonik tip şizofrenlerde sınırlı ve ileri derecede sosyal adaptasyon ha-
li diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur. Hastalarımızdaki klinik so-
nuçlanışta; %16 iyileşme, % 60 hafif iyileşme, % 24 iyileşmeyen oran
bulunmuştur. Roccatagliata ve arkadaşlarının (1973) 100 şizofren hasta
takibinde buldukları sonuçlar bulgularımızı desteklemektedir (23).

SONUÇ

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde 1.12.1981 ve 1.9.1982 tarihleri arasında yatarak tedavi gören, gözlem ve sonuçlarına dayanılarak kesin 'şizofreni' tanısı konulan 100 hasta üzerinde prospektif olarak yapılan bu çalışmada; Şizofren hastaların yaş, cins, tip, meslek, medeni durum, geldikleri yerleşim ortamı, öğrenim durumları, sosyo-ekonomik düzey, göç, toksik madde alışkanlıkları, yatış süresi ve sayısı, ceza ve tutukluluk durumu, geleneksel tedavi ilişkileri, hastalık süresi, uygulanan tedavi yöntemleri, çıkış durumlarının belirlenmesi ve bunların klinik tipleriyle olan etkileşimini araştırmak amacıyla, bir durum tesbiti mahiyetinde olan bu çalışmada;

1- Hastalarımızın klinik tiplerine göre dağılışında; Erkeklerde paranoid tipin % 89.47, kadınlarda basit tipin % 40 ve genelde ise paranoid tipin % 38 oranında daha çok görüldüğü,

2- Hastalarımızın yaş ortalamasının 24.62 yıl, bölgemizde kadın hastaların ruh hastalıkları kliniklerine yatırılmasından kaçınıldığı ve aile içinde tolere edilmeye çalışıldığı,

3- Hebefrenik ve katatonik tip şizofrenlerde yaş ortalamasının basit ve paranoid tipten daha düşük olduğu, paranoid tip şizofrenlerin 25 ve daha yukarı yaş gruplarında toplandığı,

4- Şizofren hastalarda, kent ve kırsal alanlardan geliş ve görülüş sıklığı bakımında bir farklılığın olmadığı,

5- Kadın hastaların % 92.85'inin ev hanımı olduğu,

6- Hastalarımızın % 70'inin öğrenimi olmayan veya ilkökul öğrenimlilerin oluşturduğu ve genelde öğrenim düzeyinin düşük olduğu,

7- İşsizlik gibi üretici olmamanın kişilerin ruhsal dengesini bozduğu, hastalarımızın % 86'sının orta ve düşük sosyo-ekonomik düzeyde oldukları ve alt sosyal sınıflarda toplandıkları,

8- Sanayileşmenin getirdiği ve köylük bölgelerden şehirlere özellikle gecekondu bölgelerine olan göç sonucu, kişilerin yaşam biçimi ve değer yargılarında hızlı değişmelere yol açtığı, özgüveni sarstığı, eski uyumunu bozarak ruhsal bunalımlara yol açtığını,

9- Hastaların yatış süresi çok kısadır. Ortalama yatış süresinin 16.19 gün olup ve hastaların % 43'ünün yineleyen yatışlar yaptığı, en fazla yineleyen yatışları hebefren ve basit tip şizofrenlerin yaptığı,

10- Şizofreniklerin suçla olan kesin bir ilişkisi tesbit edilememiştir. Hastalığın başlangıç döneminde işlenen suçlar oldukça sıktır. Cezaevlerindeki suçlular üzerinde psikotik hastalarla ilgili bir araştırma varsayımının tez sonucu olarak yapılması gerektiği,

11- İnanç, gelenek ve göreneklerin toplum yaşamında çok önemli bir yer tuttuğu ve bunun sonucu olarak hastaların % 80'i psikiyatri kliniklerine gelmeden önce geleneksel tedavi yöntemlerine başvurduğu, bunun sosyal yaşamın, kültürel yapının ve dini inançlara bağlı olduğu,

12- Aktan'ın Pincus ve Tucker'e atfen belirttiği gibi araştırma amaçlarına uygun düştüğü genellikle kabul edilen Feighner'in şizofreni tanı ölçütlerinden biride, hastanın bekar olması gerektiğidir (3). Bu anlayış bulgularımıza göre tanı ölçütü olarak alınamaz. Çünkü toplumumuzda bazı psikotik hastalara kara sevdalı gözüyle bakılmakta ve düzelir düşüncesiyle evlendirmeyi tedbir olarak görmektedir. Bu tür uygulamaların çok yüksek oranda yapıldığını araştırmamızda tesbit etmiş bulunmaktayız. Bu şekilde hastalıklı kişilerin erken yaşlarda ve çok uzun bir fertilitite

periyoduna imkan verecek şekilde evlendirilmeleri sonucu fertilité yükselmekte ve çok sayıda hasta namzedi dünyaya gelmektedir. Bu hastaların sosyal uyumlarını tamamen kaybetmiş olanlarının evlendirilmelerine mutlaka kanuni yoldan engel olunmalı, uyumunu koruyabilmiş olanların ise kadın ve erkek olmak üzere durdurulmalıdır.

13- Şizofreninin patogeneğinde kalıtsal ve çevresel etkenler içiçe girmiştir. Vakaların % 29'u 'çok hastalı aileler' içinde yoğunlaşmıştır. Bir şizofrenin diğer bir şizofren veya psikoza bir ev içinde ya da akrabalık ilişkisi içinde bulunduğu saptanmıştır. İleri ve ülkemizi kapsıyacak çalışmalar sonucu bu oranın daha belirli bir şekilde ortaya çıkacağı ve ışık tutacağı,

14- Kliniğimize yatarak tedavi gören şizofreniklerin oran bakımında akut ve kronik (veya eski) vakaların eşit oran oluşturduğu,

15- İlaç ve ilaç+ECT kombine şekildeki tedavi yöntemleri kliniğimizde yatan şizofrenlerde eşit oranda uygulandığı ve ECT alternatifi diğer psikiyatrik tedavi yöntemlerinin yeterince gelişmediği,

16- Çıkış durumları bakımında hastaların klinik tipleri incelendiğinde, 'sınırlı sosyal adaptasyon' ve 'ileri derecede sosyal adaptasyon' durumlarının katatonik ve basit tiplerde, hebefrenik ve paranoid tiplerden daha yüksek oranda olduğu, aile grubunun varlığı, presipitan faktörlerin varoluğu ve katatonik tipte oluşu iyileşmeye olumlu etki eden faktörler, hastalığın 2 yıldan fazla sürmesi, ailevi yük varlığı, sinsî başlangıç, presipitan faktörlerin olmayışı, paranoid veya hebefrenik tipte oluşu prognozu kötüleştiren faktörler olduğu,

Sonuçlarına varılmıştır.

ÖZET

Tıp Fakóltesi Psikiyatri Kliniğinde 1.12.1981 ve 1.9.1982 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 100 şizofren üzerinde prospektif olarak yapılan bu çalışmada; Olgularımızın anamnezlerindeki araştırmamızla ilgili veriler, hasta ve hasta sahipleriyle görüşmek suretiyle konuşularak, amacımıza uygun olarak hazırlanmış anket formlarına aktarılmıştır. Şizofren hastaların yaş, cins, tip, meslek, medeni durum, geldikleri yerleşim ortamı, öğrenim durumları, sosyo-ekonomik düzeyleri, göç ve yer değiştirme durumları, toksik madde alışkanlıkları, yatış süresi, uygulanan tedavi yöntemleri, çıkış durumlarının irdelenmesi, bu değişkenlerin klinik tipleriyle olan etkileşimi araştırılmış, bulgular literatür verileri ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

K A Y N A K L A R

- 1- Adasal,R.:Ruh Hastalıkları.A.Ü.Tıp Fak. Yayınları, Ankara, 1976 (s:237-253).
- 2- Akimoto,H., Ando,S., Fujisawa,T.: Therapeutics (Tokyo), 1974, 86/6,(480). (Exc.Med.Vol. 32/2,1975)
- 3- Aktan,M.K.: Ruh Hastalıklarının Sıklık ve Dağılımının Kentleşme Sürecindeki Yeni Bir Yerleşme Yerinde Saptanması, (Doçentlik Tezi), Diyarbakır, 1977.
- 4- Arkanoc,O.: Şizofreni. Meslek Lisesi, İstanbul, 1976.
- 5- Bellak,L., Leob,L.: The Schizophrenic Syndrome, Genu and Stratton: New York, 1969.
- 6- Bland,R.C., Parker,J.H., Orn,H.: Arch. Gen. Psychiat. 1976 33/8 (949-954) (Exc. Med. 1977, Vol.35/5 s:319)
- 7- Bleuler,M.: On Schizophrenic Psychoses. Amer. J. Psychiatry. 136/11, 1979 (1403).
- 8- Crocetti,G.M., Lemkau,P.V.: Schizophrenia Epidemiology. Comprehensive Textbook of Psychiatry (Ed. Freedman,A.M., Kaplan,H.I., Kaplan,H.S.), Williams and Wilkins: Baltimore 1967.
- 9- Dinçmen,K.: Deskriptiv ve Dinamik Psikiyatri. Atlas Kitapevi, İstanbul, 1969 (s:70-95)
- 10- Drake,R.M.(Çev.N.Arkun): Anormal Davranışlar Psikolojisi, 2.Baskı, İst.Ün. Edebiyat Fak. Yayınları, No:840, İstanbul. 1970
- 11- Fenichel,O.(Çev.S.Tuncer): Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Ege Ün. Matbaası, No:98, İzmir, 1977 (s:378-411)

- 12- Freedman,A.A., Kaplan,H., Sadock,B.J.: Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry 2nd ed. Williams and Wilkins Co, Baltimore 1978
- 13- Holligshead,A., Redlich,F.C.: SocialClass and Mental İllness, New York, 1958
- 14- King,P.D.: Chlorpromazine and Electroconvulsive Therapy İn The Treament of Newly Hospitalized Schizophrenics. J.Clin.Exp. Psychopathol. 21/101-105, 1960
- 15- Kolb,L.C.: Noyes' Modern Clinical Psychiatry. W.B.Saunders:1968
- 16- Köknel,Ö.: Klinik Psikofarmakoloji, Bozak Mat. İstanbul,1981(71-77)
- 17- Nystруп,J.: Acta Psychiat. Scand. 1976 53/3(211) (Exc. Med.1977, Vol.35)
- 18- Kraus,R.F.: Psychiat. Quatr. 1973, 47/4 (s:546-558)
- 19- Noyan,B.: Psikiyatri. İst.Tıp Fak. Klinik Ders Kitapları, Cilt 7, Düzenleyen: S.Özaydın, 1975 (s:49-63)
- 20- Odegard, O.: Emigration and insanity. Acta Psychiat. et Neurol. 1932 (Ed.L.Bellak)
- 21- Örnek,T.: Şizofreni Kavramı, (ed.O.Tuncer)'Şizofrenik Reaksionlar' Ege Ün. Matbaası, İzmir, 1977
- 22- Öztürk,M.O.: Skizofreniler.(ed.M.O.Öztürk) 'Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını,No:7, Ankara, 1981 (137-161)
- 23- Roccatagliata,G., Montero,M., Regesto,G.:Riv. Sper. Freniat. 1973 97/5 (927) (Exc. Med. 1975 Vol.31.4)
- 24- Roff,J.D.: J.Clin. Psychol. 1976 32/3 (519) (Exc.Med.1977 Vol.35.5)
- 25- Salzman,C.: The Use of ECT in the Treament of Schizophrenia, Amer. J. Psychiatry 137:1032-1041, 1980

- 26- Solomon,P., Glasner,S.: Tha Schizophnias. Handbook of Psychiatry, Ed.P.Solomon,3.Baskı, Lange Medicales Publications, California,1974
- 27- Songar,A.:Psikiyatri,Modern Psikobiyoloji ve Ruh Hastalıkları. Geçit Kitapevi, İstanbul, 1977. (s:266-348)
- 28- Srole,L.: Mental Health in the Metropolis, The Midtown Manhattan Study, New York, 1962
- 29- Tangör,A.: Epidemiyoloji,Şizofreni Ety. Kalıtım. Ed.O.Tuncer, 'Şizofrenik Reaksionlar' Ege Ün.Matbaası. İzmir, 1977 (s:17-35)
- 30- Tosun,M., Özden,S.Y., Kalyoncu,C., Ziyalar,A.: Şizofrenlerin Yaş Cins Tip Meslek Yatış Süresi, Çıkış Hali Ve Hastane Masraflarının Araştırılması. Yeni Symposium, Cerrahpaşa Tıp Fak.Psk.Kl.Yayın organı, Ay Matbaası, İstanbul. 1982
- 31- Tuncer,O.: Psikojenik Faktörler, Ed.O.Tuncer.'Şizofrenik Reaksionlar' Ege Ün. Matbaası, İzmir, 1977 (s:31-35)
- 32- Weiner,R.D.: The Psychiatric Use of Electrically. Induced Seizures, Amer. J. Psychiatry 136:1507-1517, 1979
- 33- Yolles,S.F., Kramer,M.: Vital Statistics. The Schizophrenic Sydrome (ed.L.Bellak, L.Leob), Grune and Stratton: New York 1969 (s:66-105)
- 34- Yörükoğlu,A.: Ruh Hastalıklarının Epidemiyolojisi (ed.M.O.Öztürk) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği yayını, No:7, Ankara, 1981 (s:383-396)
- 35- Ziyalar,A.: Sosyal Psikiyatri. Cerrahpaşa Tıp Fak. Kl. Vakfı Yayınları. No:2 İstanbul, 1980 (s:58-122)