

Şizofrenide Anksiyete Bozuklukları Eştanısı: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi

Emine Belene¹, Ali Belene²,
Fulya Algin³, Armağan Samancı⁴,
Hüsnü Erkmen⁵

¹Kızıltepe Devlet Hastanesi, ²Mardin Devlet Hastanesi,
³Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, ⁴Bağcılar Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, ⁵Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh
Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma
Hastanesi

ÖZET

Şizofrenide anksiyete bozuklukları eştanısı: sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi

Amaç: Bu çalışmada, şizofreni tanılı hastalarda anksiyete bozukluğu eştanısının araştırılması, anksiyete bozukluğu olan ve olmayan şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikler ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Tedavi Eğitim ve Araştırma Merkezi tarafından takip edilen, DSM-IV TR'ye göre şizofreni tanılı 105 hasta bu çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) ve Barnes Akatizi Ölçeği (BAÖ) görüşmecisi tarafından uygulanmıştır.

Bulgular: Olguların %23,80'inde (n=25) herhangi bir anksiyete bozukluğu saptanmazken, %47,6'ında (n=50) birden fazla anksiyete bozukluğu, %4,76'sında (n=5) panik bozukluğu, %0,95'inde (n=1) obsesif kompulsif bozukluk, %0,95'inde (n=1) agorafobi, %4,76'sında (n=5) sosyal anksiyete bozukluğu, %4,28'inde (n=15) özgül fobi ve %2,85'inde (n=3) başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu olan ve olmayan olgular arasında cinsiyet, yaş, aile öyküsü, şizofreni alt tipi, alkol ve madde kullanım öyküsü ve kendine zarar verici davranış, patolojik ebeveynin varlığı, bir ebeveynin yokluğu, PANSS-pozitif, PANSS-negatif, PANSS-genel ve PANSS-total puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Okul fobisi veya başka bir fobinin varlığı ve çocuklukta kötü muamele öyküsü anksiyete bozukluğu olan olgularda, anksiyete bozukluğu olmayan olgulara göre anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur.

Sonuç: Bu sonuçlar şizofrenide anksiyete bozukluğu eştanısının önemini vurgulamakta, tedavi yaklaşımlarında yeni arayışları gündeme getirmektedir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, anksiyete bozukluğu, eştanı

ABSTRACT

Comorbidity of anxiety disorders in schizophrenia: relationship with sociodemographic and clinical variables

Objective: In this study, we aimed to investigate the frequency of comorbidity of anxiety disorders and schizophrenia and to assess its relation with sociodemographic and clinical variables

Methods: One hundred five patients diagnosed as having schizophrenia according to DSM-IV were recruited from Bakırköy Research and Training Hospital for Psychiatry, Neurology and Neurosurgery, Treatment Education and Research Center for Psychotic Disorders. The data from the participants were collected using sociodemographic data form, Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Barnes Akathisia Rating Scale (BARS). The collected data has been evaluated by using SPSS 10.0.

Results: Among the participants, 23,80% (n=25) had no anxiety disorders whereas 47,61% (n=50) had diagnosis for more than one anxiety disorder; 4,76% (n= 5) had panic disorder, 0,95% (n=1) had obsessive-compulsive disorder, 0,95% (n=1) had agoraphobia, 4,76% (n=5) had social anxiety disorder, 4,28% (n=15) had special phobia, and 2,85% (n=3) had anxiety disorder otherwise unspecified as comorbid diagnosis along with schizophrenia. Anxiety symptoms were more frequent in patients with a story of childhood separation anxiety, school phobia and childhood maltreatment.

Conclusion: These results emphasize the importance of screening for comorbid anxiety disorders in the prognosis and treatment of schizophrenia and display the need for new contemporary treatment modalities.

Key words: Schizophrenia, anxiety disorder, comorbidity

DOI: 10.5350/DAJPN2010230103

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Emine Belene, Kızıltepe Devlet Hastanesi
Psikiyatri Polikliniği Kızıltepe, Mardin-Türkiye

Telefon / Phone: +90-505-385-2415

Elektronik posta adresi / E-mail address:
emineozcan78@myynet.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
28 Şubat 2010 / February 28, 2010

GİRİŞ

Anksiyetenin şizofreni psikopatolojisinde önemli bir yer tuttuğu uzun süredir bilinmesine rağmen,

anksiyete belirtilerinin veya bozukluklarının şizofrenide ortaya çıkışıyla ilgili veri eksikliği söz konusudur. Psikotik bozukluklarda anksiyete ve anksiyetenin psikotik belirtilerle ilişkisi ile ilgili yapılmış az sayıda çalış-

ma vardır. Bunun önemli bir nedeni, psikiyatrik tanımlar için geçerli ölçütlerin hiyerarşik biçimde yapılandırılmış olması ve hiyerarşik olarak altta olan bozukluğun temel tanıya eştani olarak eklenememesidir (1). Bununla beraber değerlendirme ile ilgili çeşitli güçlükler de vardır. Öncelikle psikotik olmayan popülasyonda anksiyete düzeyini ölçmek için geliştirilmiş olan Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği gibi ölçütler şizofreni için özgün değildir (2). Bazı çalışmalar, şizofreni hastalarındaki anksiyetenin hem pozitif (3) hem de negatif (4) belirtilerle ilişkili olabileceğini öne sürmüştür. Ayrıca nöroleptik tedaviye ikincil gelişen ekstrapiramidal belirtiler de anksiyete belirtileri ile çakışabilir (5).

Epidemiyolojik olarak, şizofreni hastalarında anksiyete bozukluklarının arttığını gösteren belirli çalışmalar mevcuttur. Klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda, şizofreni hastalarında anksiyete bozuklukları eştanısı %60'ın üzerinde bildirilmektedir. Goodwin ve arkadaşlarının hastaneye yatan 60 şizofreni hastasında anksiyete bozukluklarının yaygınlığını araştırdıkları çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) %5.4, panik bozukluk %7.1, sosyal fobi %8.2, agorafobi %8.2, özgül fobi %13.60 oranında bildirilmiştir (6). Tibbo ve arkadaşları, ayaktan takipli 32 şizofreni hastasının %3.3'ünde panik bozukluğu, %13.3'ünde sosyal fobi, %16.7'sinde yaygın anksiyete bozukluğu, %16.7'sinde agorafobi bildirmişlerdir (7). Pallanti ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, ayaktan takipli 80 şizofreni hastasında obsesif kompulsif bozukluk %22.5, panik bozukluğu %13.8, sosyal fobi %36.3, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) %1.3, yaygın anksiyete bozukluğu %2.5 ve agorafobi %3.8 oranında bildirilmiştir (8).

Şizofrenide anksiyete ile ilişkili belirtiler sık görülse de, hangi anksiyete belirtilerinin hastalıkla ilişkili olduğu ve bu belirtilerin işlevselliği etkileyip etkilemediği açık değildir. Şizofrenide anksiyete belirtileri, pozitif ve negatif belirtilerin şiddetini arttırmakta ve hastaların işlevselliğini bozmaktadır (1,7,9,10). Şizofreni hastalarında anksiyete belirtileri ya da bozuklukları yineleme ve özkiyım riskini arttırmaları, sosyal, mesleki işlevlerde ve yaşam kalitesinde bozulmaya yol açmaları nedeniyle önemlidirler (11-14).

Bu araştırmada, DSM IV-TR'ye göre şizofreni tanısı almış hastalarda anksiyete bozukluğu eştanısının araştırılması, anksiyete bozukluğu olan ve olmayan şizofreni hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Katılımcılar

Araştırmaya, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikotik Bozukluklar Tedavi Eğitim ve Araştırma Merkezi'nde takip edilen, DSM-IV TR'ye göre şizofreni tanılı 105 hasta dahil edilmiştir. Ciddi fiziksel ya da nörolojik hastalığı bulunan, alkol ya da madde kullanım bozuklukları olan, son 6 ay içerisinde EKT tedavisi görmüş hastalar ve Barnes Akatizi Ölçeği'nden yüksek puan alan olgular çalışmaya alınmamıştır. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin etik kurulundan ve yazılı olarak bilgilendirilmiş tüm katılımcılardan onay alınmıştır.

Ölçekler

1. Sosyodemografik veri formu: Hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalıklarının geçmiş ve güncel durumunu, aldıkları tanı ve tedaviyi, eştanılı durumlarını, aile öykülerini, yasal sorunları değerlendirmek için kullanılan sosyodemografik veri formuna, çocukluklarıyla ilgili öykülere yönelik [patolojik ebeveynin (kaygılı, aşırı koruyucu ya da yetersiz bakım veren anne baba) varlığı, şiddet, taciz gibi kötü muamele öyküsü, anne babanın ayrılığı ya da birisinin ölümü gibi bir ebeveynin yokluğu, okul fobisi veya başka fobilerin varlığı gibi] sorular eklenmiştir.
2. DSM-IV Eksen I Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I); First ve arkadaşları tarafından 1997'de, DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmedir (16). SCID I, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak, tanının güvenilirliğinin ve DSM-

IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırıp tanılmanın geçerliğinin artırılması ve belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I'in Türkiye için uyarılma ve güvenilirlik çalışmaları, 1999 yılında Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (17). SCID-I, birinci eksen tanısının herhangi bir zamanda var olup olmadığını (yaşam boyu prevalans) ve son 1 ay içinde bozukluk semptomlarının varlığını ya da yokluğunu saptar (17).

3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS); Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren, yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (18). Otuz psikiyatrik parametreden yedisi pozitif belirtiler alt ölçeğine, yedisi negatif belirtiler alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması, Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (19).
4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A); Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilmiş olan bu ölçek, ruhsal ve bedensel belirtileri sorgulayan 14 soru içermektedir (20). Beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hastalardaki anksiyete düzeyini, belirti dağılımını tesbit eder ve şiddet değişimini ölçer. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (21). Türkiye'de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır.
5. Barnes Akatizi Ölçeği (BAÖ); antipsikotik tedavi alan hastalarda akatizinin ölçümü için yaygın olarak kullanılan bir ölçektir (22). Psödoakatizi ve hafif, orta, ağır akatizi için tanısal ölçütleri içerir. Ölçek hem gözlenen hareketleri hem de subjektif huzursuzluk deneyimini ölçer.

İstatistiksel Değerlendirme:

Bu çalışmada istatistiksel analizler, SPSS for Windows 10.0 paket programı ile yapılmıştır. Demografik özelliklerin ve hastalığa ilişkin özelliklerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar için t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare ve Fisher kesin olasılık testi uygulanmıştır. Sonuçlar, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hasta grubunun 25'i kadın (%23,8), 80'i erkekti (% 76,2). Hastalar 21-56 yaşları arasındaydı. Kadınlarda yaş aralığı 22-52, erkeklerde yaş aralığı 21-56 olarak tespit edildi. Genel yaş ortalaması 35.08 (SD±8.29) yıl olarak hesaplanırken, kadınların yaş ortalaması 35,77 (SD±8,30) yıl, erkeklerin yaş ortalaması ise 34,85 (SD±8,33) yıl bulundu. Hastaların eğitim durumları 8 yıllık kesintisiz zorunlu eğitim uygulamasına göre sınıflandırıldı. İlköğrenim mezunu ya da ilköğrenimi tamamlayamamış hasta sayısı 46 (%43.8), lise veya lise dengi okul mezunu hasta sayısı 28 (%26.7), üniversite mezunlarının sayısı ise 31 (%29.5) olarak bulundu. Hastaların 81'i (%77.1) bekar, 15'i (%14.3) evli, 9'u (%8.6) dul ya da boşanmıştı.

Çalışmaya alınan olgular, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) Kılavuzu'na göre yaşam boyu ve halen bir anksiyete bozukluğu eştanısı alan ve almayan olgular olarak gruplandırılmıştır. Olguların %23,80'inde (n=25) herhangi bir anksiyete bozukluğu saptanmazken; %47,61'inde (n=50) birden fazla anksiyete bozukluğu, %4,76'sında (n=5) panik bozukluğu, %0,95'inde (n=1) obsesif kompulsif bozukluk, %0,95'inde (n=1) agarofobi, %4,76'sında (n=5) sosyal anksiyete bozukluğu, %14,28'inde (n=15) özgül fobi, %2,85'inde (n=3) başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu bulunmuştur. Olgularımızdan hiç biri, travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunu tek başına karşılamamıştır; ancak birden fazla anksiyete bozukluğunu karşılayan olguların içinde yer almıştır (Tablo 1).

Şizofrenide anksiyete bozukluğu ile cinsiyet ve

Tablo 1: Çalışmaya alınan olgularda anksiyete bozukluğu sıklığı

Anksiyete Bozuklukları	Sıklık (%)
Birden fazla anksiyete bozukluğu (Miks tip)	%47,61 (n=50)
Sosyal anksiyete bozukluğu	%4,76 (n=5)
Özgül fobi	%14,28 (n=15)
Panik bozukluğu	%4,76 (n=)
Obsesif kompulsif bozukluk	%0,95 (n=1)
Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu	%2,85 (n=3)
Agorafobi	%0,95 (n=1)

Tablo 2: Yaşam boyu ve halen anksiyete bozukluğu gösteren olgular ile göstermeyen olguların aile öyküsü, şizofreni alt tipi, alkol madde kullanım öyküsü ve kendine zarar verici davranış açısından karşılaştırılması.

Özellikler	Anksiyete Bozukluğu				Ki-kare	p
	Yok		Var			
	n	%	n	%		
Aile öyküsü					0,01	0,930
Var	11	44,0	36	45,0		
Yok	14	56,0	44	55,0		
Şizofreni alt tipi					0,05	0,808
Paranoid	14	56,0	47	58,8		
Nonparanoid	11	44,0	33	41,3		
Alkol, madde kullanım öyküsü						-
Var	2	8,0	8	10,0		
Yok	23	92,0	72	90,0		
Kendine zarar verici davranış						-
Var	3	12,0	11	13,8		
Yok	22	88,0	69	86,3		

Tablo 3: Yaşam boyu ve halen anksiyete bozukluğu gösteren olgular ile göstermeyen olguların aile özellikleri açısından karşılaştırılması.

Özellikler	Anksiyete Bozukluğu				Ki-kare	p
	Yok		Var			
	n	%	n	%		
Patolojik ebeveyn					2,62	0,105
Var	5	20,0	30	37,5		
Yok	20	80,0	50	62,5		
Anne-baba ölümü, boşanma					3,32	0,068
Var	2	8,0	20	25,0		
Yok	23	92,0	60	75,0		
Okul fobisi yada başka fobi varlığı					12,07	0,001*
Var	1	4,0	33	41,3		
Yok	24	96,0	47	58,8		
Çocuklukta kötü muamele öyküsü					4,94	0,026*
Var	2	8,0	24	30,0		
Yok	23	92,0	56	70,0		

*p < 0.05 anlamlılık düzeyi

yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). Anksiyete bozukluğu eştanısı olan hastalarda, lise mezunu olanların oranı anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur ($p < 0.05$).

Anksiyete bozukluğu gösteren ve göstermeyen olgular arasında, ailede şizofreni öyküsü, şizofreni alt tipi, alkol ve madde kullanım öyküsü ve kendine zarar verici davranış açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 2). Anksiyete bozukluğu gösteren ve göstermeyen olgular arasında, patolojik ebeveyn (aşırı koruyucu, kaygılı veya yeterli bakım veremeyen), anne babanın ayrılığı ya da ölümü gibi bir

ebeveynin yokluğunun, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır (Tablo 3).

Okul fobisi veya başka bir fobinin varlığı, çocuklukta kötü muamele öyküsü anksiyete bozukluğu olan olgularda, anksiyete bozukluğu olmayan olgulara göre anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur ($p < 0.05$), (Tablo 3).

Anksiyete bozukluğu gösteren ve göstermeyen olgular arasında, hastalık süresi, tedavi süresi ve yatış sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Anksiyete bozukluğu gösteren ve göstermeyen olgular arasında, PANSS-pozitif, PANSS-

Tablo 4: Yaşam boyu ve halen anksiyete bozukluğu gösteren olgular ile göstermeyen olguların PANSS puanları karşılaştırılması.

	Anksiyete Bozukluğu				p
	Yok		Var		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
PANSS pozitif	12,88	5,95	12,20	4,33	0,534
PANSS negatif	17,60	5,80	17,44	5,41	0,898
PANSS genel	31,28	7,38	31,81	6,25	0,723
PANSS toplam	61,76	16,08	61,21	12,91	0,862

negatif, PANSS-genel ve PANSS-toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızda, şizofreni tanılı hastaların %86.2'sinin anksiyete bozukluğu ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır. Hastaların %47,61'i, birden fazla anksiyete bozukluğu ölçütlerini karşılamaktadır. Bu oran, literatürdeki oranlara göre yüksek bulunmuştur. Ancak bu farklılığın sebepleri arasında, ülkeler arası yaşamsal şartlar, rehabilitasyon ve destek sistemleri değişkenleri göz önüne alınmalıdır. Huppert ve arkadaşlarının şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı alan 32 hasta ile yaptıkları çalışmada, 9 hastada (%28.1) iki anksiyete bozukluğu eştanısı, bir hastada (%3.1) üç anksiyete bozukluğu eştanısı ve bir hastada (%3.1) dört anksiyete bozukluğu eştanısı ve toplam %34.37'sinde birden fazla anksiyete bozukluğu eştanısı saptanmıştır (10). Seedat ve arkadaşlarının yaptığı, 70 şizofreni hastasının dahil olduğu çalışmada, 16 (%22.9) hastanın en az bir anksiyete bozukluğu tanısı aldığı, bu hastaların da 4'ünün (%5.7) iki ve üzerinde anksiyete bozukluğu tanısı aldığı tesbit edilmiştir (5). Çalışmamızda hastaların %4,76'sı sosyal fobi ölçütlerini karşılamıştır ve bu oran Seedat ve arkadaşları tarafından bildirilen orandan çok farklı değildir (5). Birkaç çalışmada ise, sosyal fobi oranlarının %13.3 ile 37.5 arasında olduğu bildirilmiştir (7,10,23-25).

Katılımcıların %4,76'sının panik bozukluğu DSM-IV SCID'in ölçütlerini karşılamıştır. Bu oran, Tibbo ve arkadaşları ile Braga ve arkadaşlarının çalışmalarıyla da uyumludur (7,23). Bir başka çalışmada ise, 40 şizofreni hastasının 19'unda (%47.5) geçirilmiş panik

atak bulunmuş ve bunların 14'ünün panik bozukluk ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır. On dokuz hastanın 7'sinin panik ataklarının kendiliğinden geliştiği, herhangi bir korku hali, hezeyan ya da paranoid fikirlere bağlı olmadığı bildirilmiştir (26). Çalışmamızda %0,95 bulunan OKB (obsesif kompulsif bozukluk) sıklığı, %4.3 ile %37.5'lara varan diğer bildirimler göz önüne alındığında oldukça düşüktür (5,10,23,27,28). Ülkemizde, Üçok ve arkadaşlarının ayaktan takipli 73 şizofreni hastayla yaptıkları çalışmada, 23 hastada (%31.5) OKB belirlenmiştir (29). Çalışmamızda YAB (yaygın anksiyete bozukluğu) tanısını tek başına alan hastaya rastlanmamıştır. Ancak miks grupta YAB ölçütlerini taşıyan 11 (%10.47) hasta bulunmuştur. Bu da literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur (5,7,10,23,24). Çalışmamızda TSSB tanısını karşılayan hasta görülmemiştir. Huppert ve arkadaşlarının, şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı almış 32 hastayla yaptıkları çalışmada da TSSB bildirilmemiştir (10). TSSB oranı, Seedat ve arkadaşlarının ayaktan takip edilen 70 şizofreni hastasında yaptıkları çalışmada %4.3 olarak bildirilmiştir (5).

Katılımcıların %0.95'inde agorafobi saptanmıştır, bu daha önce yapılan çalışmalara göre düşük bir orandır. Braga ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %1.9 iken, Tibbo ve arkadaşlarının çalışmasında %13.7 olduğu bildirilmiştir (7,23). Özgül fobi hastalarının %14.28'inde saptanmıştır. Ancak miks grup içinde de özgül fobi tanısı bulunanlar olduğu düşünülürse, bu oran daha da yüksektir. Ayrıca çalışmamızda hastaların %2.85'inde başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu bulunmuştur. Bu oran, Braga ve arkadaşlarının çalışmasındaki orana (%7.5) göre düşüktür (23).

Çalışmamızda, yaşam boyu ve halen herhangi bir anksiyete bozukluğu eştanısı olanlarda, cinsiyet ve yaş

açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamız literatür ile uyumludur, bir çok çalışmada hastaların cinsiyeti ve yaşı ile anksiyete bozukluğu eştanısı arasında ilişki bulunmamıştır (23,24). Ancak Lysaker ve arkadaşlarının 128 şizofreni veya şizoaffektif bozukluk hastası ile yaptıkları çalışmada, kadınların (%75) erkeklerle (%46) göre daha fazla cinsel travmaya maruz kaldıkları saptanmış ve kadınlardaki anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (9). Çalışmamızda lise mezunu olanların oranı, yaşam boyu ve halen herhangi bir anksiyete bozukluğu eştanısı olanlarda, anksiyete bozukluğu eştanısı olmayanlara göre anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur. Literatürde yeterli veri bulunmamaktadır. Bunun nedeni, çalışmalara katılan olgu sayısının az olması ve eğitim düzeylerinin bizim gruplandırılmamıza göre daha yüksek olması olabilir. Yaşam boyu ve halen herhangi bir anksiyete bozukluğu eştanısı olan ve olmayan olgular arasında, ailede şizofreni öyküsü, şizofreni alt tipi, alkol ve madde kullanım öyküsü ve kendine zarar verici davranış açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bir çalışmada, panik atak eştanısı alan şizofreni hastalarında alkol kullanımının daha fazla olduğu bildirilmiştir (30). Çalışmamızda, yaşam boyu ve halen herhangi bir anksiyete bozukluğu eştanısı olan ve olmayan olgular arasında aşırı koruyucu, kaygılı veya yeterli bakım veremeyen patolojik ebeveyn özelliklerinin varlığı, anne ya da babanın ölümü ya da ayrılığı gibi bir ebeveynin yokluğunun doğurduğu anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yaşam boyu ve halen herhangi bir anksiyete bozukluğu eştanısı olan olgularda, olmayan olgulara göre çocuklukta kötü muamele, okul fobisi ya da başka bir fobinin varlığının daha yüksek oranlarda olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar, literatürdeki az sayıda çalışmayla uyum sağlamaktadır (13,30). Araştırmalar birçok şizofreni hastasının, hastalık öncesi ve sonrasında önemli derecede travmaya maruz kaldıklarını göstermektedir. Ancak şizofrenide

travma belirtilerinin pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi tam olarak bilinmemektedir. Yeni yapılan bir çalışmada, 81 şizofreni hastasının 68'inde en az bir travmatik olay yaşandığı, bunların 2/3'sinde klinik olarak anlamlı travma belirtisi olduğu saptanmıştır (31).

Çalışmamızda, yaşam boyu ve halen herhangi bir anksiyete bozukluğu eştanısı olan ve olmayan olgular arasında PANSS puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çoğu çalışmada, anksiyete bozukluğu eştanısı gösteren şizofreni hastalarında pozitif ve negatif belirti puanlarının yüksek olduğu saptanmasına rağmen, bazı çalışmalarda pozitif ve negatif belirtiler ile anksiyete bozukluğu eştanısı arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır (1,7,10). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, panik belirtileri olan şizofreni hastalarında pozitif belirtiler yüksek bulunmuştur (32).

Çalışmanın kesitsel olması, özgül anksiyete bozukluklarına yönelik ölçeklerin uygulanmaması ve dolayısıyla buna ilişkin daha ayrıntılı özelliklerin tayin edilmemiş ve özellikle antidepresan kullanan olguların dışlanmamış olması çalışmayı ve sonuçları sınırlandırmaktadır.

SONUÇ

Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre, şizofreni tanı hastalarda anksiyete bozuklukları eştanısı yüksektir. Çalışmamızda anksiyete bozuklukları, çocuklukta kötü muameleye maruz kalmış, okul fobisi veya başka bir fobisi olan şizofreni hastalarında daha fazla bulunmuştur. Özetle anksiyete belirtileri ya da anksiyete bozukluğu eştanısı olan hastalarda özkıyım girişimi, özkıyım düşüncesi, depresif belirtiler belirgin artış göstermektedir ve anksiyete belirtileri yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır. Bu sonuçlar, şizofrenide klinik gidiş ve tedavide anksiyete belirtilerinin ve anksiyete bozukluğunun eştanısının önemini vurgulamakta, tedavi yaklaşımlarında yeni arayışları gündeme getirmektedir.

KAYNAKLAR

1. Braga RJ, Petrides G. Anxiety disorders in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 460-468.
2. Craig T, Hwang MY, Bromet EJ. Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first admission psychosis. *Am J Psychiatry* 2002; 159:592-598.
3. Norman RMG, Malla AK, Cortese L, Diaz F. Aspects of dysphoria and symptoms of schizophrenia. *Psychol Med* 1998; 28: 1433-1441.
4. Siris SG. Postpsychotic depression and negative symptoms: An investigation in symptom overlap. *Am J Psychiatry* 1998; 145: 1532-1537.

5. [Seedat S, Fritelli V, Oosthuizen P, Emsley RA, Stein DJ. J Nerv Ment Dis 2007; 195: 320-324.](#)
6. [Goodwin RD, Amador XF, Malaspina D Yale SA, Goetz RR, Gorman JM. Anxiety and substance use comorbidity among inpatients with schizophrenia. Schizophr Res 2003; 61:89-95.](#)
7. [Tibbo P, Swainson J, Chue P, LeMelledo JM. Prevalence and relationship to delusions and hallucinations of anxiety disorders in schizophrenia. *Depress Anxiety* 2003; 17: 65-72.](#)
8. [Pallanti S, Quercioli L, Hollander E MD. Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *Am J Psychiatry* 2004; 161:53-58.](#)
9. [Lysaker PH, Salyers MP. Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 290-298.](#)
10. [Huppert JD, Smith TE. Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectr* 2005; 10: 721-731.](#)
11. [Lucoff D, Liberman RP, Nuechterlein KH. Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1986; 12: 578-602.](#)
12. [Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res* 2001; 51:171-180.](#)
13. [Goodwin R, Stayner DA, Chinman MJ, Davidson L. Impact of panic attacks on rehabilitation and quality of life among persons with severe psychotic disorders. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 920-924.](#)
14. [Wetherell JL, Palmer BW, Thorp SR, Patterson TL, Golshan S, Jeste DV. Anxiety symptoms and quality of life in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:1476-1482.](#)
16. [First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM IV Axis Disorders \(SCID-1\) Clinical version. Washington D.C. and London: American Psychiatric Pres. 1997](#)
17. [Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999; 12: 233-236.](#)
18. [Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale \(PANSS\) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-275.](#)
19. [Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin \(PANSS\) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14: 23-32.](#)
20. [Hamilton M. The assesment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959, 32:50-55.](#)
21. [Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9:114-117.](#)
22. [Barnes TRE. A rating scale of drug-induced akathisia. *Br J Psychiatry* 1984;154:672-676.](#)
23. [Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP, Figueira IL. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *J Psychiatr Res* 2005; 39: 409-414.](#)
24. [Cosoff SJ, Hafner RJ. The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 67-72.](#)
25. [Voges M, Addington J. The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis. *Schizophr Res* 2005; 15; 76: 287-292.](#)
26. [Bayle FJ, Krebs MO, Epelbaum C, Levy D, Hardy P. Clinical features of panic attacks in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 349-353.](#)
27. [Fenton WS, McGlashan TH. The prognostic significance of obsessive compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 437-441.](#)
28. [Eisen JL, Beer DA, Pato MI, Venditto TA, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 271-273.](#)
29. [Üçok A, Tükel R, Özgen G, Saylan M, Uzuner G. Şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin ve bozukluğun sıklığı. *3 P Dergisi* 1998; 6: 107-110.](#)
30. [Goodwin R, Davidson L. Panic attacks in psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 14-19.](#)
31. [Lysaker PH, Larocco VA. The prevalence and correlates of trauma-related symptoms in schizophrenia spectrum disorder. *Compr Psychiatry* 2008; 49: 330-334.](#)
32. [Ulas H, Alptekin K, Akdede BB, Tumuklu M, Akvardar Y, Kitis A, Polat S. Panic symptoms in schizophrenia: comorbidity and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 61: 678-680.](#)