
Şizofreninin Değerlendirilmesi

Prof. Dr. Birsen CEYHUN*

Şizofreninin farklı klinik görünümleri klinisyenler açısından değerlendirmede sorunlar yaratmaktadır. Bunlardan birincisi şizofreninin ayırıcı tanısının zorluğudur. Özellikle hastalığın erken döneminde bu daha güç olmaktadır. Tanı açısından yaşanan ikilem çoğunlukla bozukluğun klinik heterojenliğinden, sendromun tanımı ve diğer psikotik bozuklukların sınırlarına ilişkin tartışmalardan (Andreasen 1987), prodromal özelliklerin ve işlevsellikteki bozulmanın değerlendirilmesindeki sorunlardan ve doğrulayıcı labratuvar testlerinin eksikliğinden ortaya çıkmaktadır. Tipik tanısal tartışmalar psikotik belirtilerin varolduğu ancak belirli bir tanı kategorisine giremeyen olguları, psikotik semptomları inkar eden paranoid hastaları, geçmiş öykünün eksik olduğu ya da madde kötüye kullanımının ön planda olduğu vakaları içerir. İkincisi hastaneye yatırma ve antipsikotik ilaçlara başlama gibi temel klinik kararların kapsamlı bir değerlendirmeye dayanması gerekliliğidir. Sadece psikotik semptomların değerlendirilmesini değil, tedavi uyumu ve intihar riski gibi başka faktörleri de içermelidir. Bu özelliklerin çoğu psikotik hastaların düşük güvenilirlikleri göz önüne alındığında doğru olmayan biçimde değerlendirilir. Üçüncüsü kro-

nik, görece stabil hastalar için tedavi programlarının planlanması, kişilerarası beceriler, sosyal destekler ve stres etkenleri gibi özelliklerin değerlendirilmesini gerektirir. Sosyal faktörler tedavi programlarının planlanmasında çoğunlukla da relapsları önlemek için hayatidir (Falloon ve ark. 1985, Hogarty ve ark. 1986).

Klinik Değerlendirmede Ölçeklerin Rolü

Klinik değerlendirme araçlarının büyük çoğunluğu orjinal olarak araştırma amaçlı geliştirilmiştir. Ancak şizofren hastaların bakımının niteliği klinik derecelendirme ölçeklerini kullanımı ile büyük ölçüde artırılabilir çünkü bu tür ölçekler değerlendirmenin kapsamını ve değerini yükseltmektedir. Birincisi yapılandırılmış görüşmeler kapsamlı tanısal değerlendirmelere rehberlik edebilirler ve klinik değerlendirmenin güvenilirlik ve geçerliğini arttırabilirler. Standart değerlendirmeler, semptomlar, tedaviye yanıt ve yan etkiler konusunda klinik bilgiyi iletmede değersiz olabilir, özellikle sık sık doktor ve hasta değişimi ile parçalanmış bir bakım alan şizofren hastalar için derecelendirme formlarında kaydedilen şey açık seçiktir ve genel bir klinik dil olarak hizmet verebilir. İkincisi derecelendirme ölçeklerinin kullanımı önemli bir eğitimsel işleve hizmet edebilir. Akademik ortamlarda bu tür ölçekler eğitim alanlar için kolaylaştırıcı olmaktadır. Hemşire ve diğer personel için düzenli

* Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KIRIKKALE

değerlendirme ve hasta raporları için formal bir yapı sağlayabilir.

Değerlendirme ölçekleri o andaki tanı ve tedavi kararlarına uygun olup olmadığı temel alınarak seçilmelidir. Örneğin hastaneye yatırma ya da nöroleptik tedaviyi başlatma konusunda verilecek kararlar gibi. Aksine stabil şizofren hastalar konusundaki klinik kararlar sıklıkla hastaların psikososyal becerileri ve destekleyici sosyal kaynakları, onların tedaviye uyum düzeyleri ve işlevsel kapasitelerinin değerlendirilmesi için daha fazla dikkat gerektirirler. Bu bağımsız alanların her birinin değerlendirmesi üzerinde odaklanan derecelendirme ölçekleri vardır ve ölçeklerin seçimi uygun klinik hedeflere göre yapılabilir.

Klinik Alanda Standart Değerlendirme Araçlarının Kullanımı

Tanısal Değerlendirme: Psikotik hastayı değerlendiren klinisyen birçok tanısal sorunla karşı karşıyadır. Bunlardan birincisi fiziksel bir hastalık ya da madde kötüye kullanımının psikiyatrik semptomlara katkıda bulunup bulunmadığının ya da neden olup olmadığının belirlenmesidir. Semptom profili, son öykü ve psikotik hastaların prodromal gidişine, özellikle ilk epizod vakaları için ya da semptomlarda büyük değişiklikler olduğuna ilişkin tam ve sistematik değerlendirmelerinin yapılması önemlidir. İkinci amaç bir psikoz dönemi sırasında hastanın affektif bir semptomun ölçütlerini karşılayıp karşılamadığını belirlemektir. Eğer böyleyse şizofreninin mani, psikotik depresyon ve şizoaffektif bozukluk ile ayırıcı tanısının yapılmasının gerekliliğidir. Üçüncüsü hafif vakalarda semptomların gerçekten psikotik olup olmadığı (örneğin yanlısamalara karşı halüsinasyonlar, aşırı değerlendirilmiş fikirlere karşı delüzyonlar) konusunda kararlar şizofreni tanısının kesinleşmesi için gereklidir. Dördüncüsü tedrici başlangıçlı vakalarda hastalığın süresinin belirlenmesi zor olabilir. Beşincisi hastalığın "prodromal" ya da "rezidüel" özelliklerinin değerlendirilmesi önemlidir ancak sıklıkla bu zordur çünkü bu semptomlar çok iyi çalışılmakta ve sıklıkla kişilik özellikleri ile karışmaktadır:

Kritere dayalı bir sisteme geçmek, klinik tanı koymak için bazı işaretler ve semptomların varlığını gerektirir. Kritere dayalı tanıların

DSM'lerde kullanılanlar gibi güvenilirliğinin artması ve tanı gruplarının homojenliğidir. Kriter semptomlar psikotik bozuklukların sınırlarının tanımlanmasına hizmet eder: DSM-II'den DSM-III'e geçildiğinde şizofreni tanımı önemli ölçüde daralmıştır. Sadece daha kronik veya daha şiddetli semptomları olan olguları içermektedir (Andreasen 1987).

Tanısal sınırlar ve tedavi ilkeleri devam eden araştırma çabaları ile gelişmeye devam edecek gibi görünmektedir. Bu hem şimdi hem de gelecekteki tanımlar için ayrıntılı semptom değerlendirmelerinin yapılmasını daha da önemli kılmaktadır.

Akut psikotik semptomlar ve affektif özellikleri olan şizofren hastalar için tanı ve tedavi kararları açısından kesin klinik ilkeler yoktur.

Olgu değerlendirmesini standardize etmek ve tanıların güvenilirliğini arttırmak için araştırmacılar yapılandırılmış klinik görüşmeler geliştirmişlerdir. Bunlar kritere dayalı tanı şemaları açısından tanı koymak için gerekli bilgiler elde etmeye yararlar. Bunlardan bir tanesi Research Diagnostic Criteria (RDC) tanımlarını (Spitzer ve ark. 1978) koymak için oluşturulan Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Ölçeğidir (SADS) (Endicott ve ark. 1976).

Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Ölçeği (SADS)

Endicott ve Spitzer (1978) tarafından şizofreni ve duygudurum bozukluklarını ayırt etmek amacıyla geliştirilmiştir. Üç ayrı hasta formu vardır: SADS (halen hasta olanlar için), SADS-L (şu anda bir bozukluğu olmayanlar için yaşam boyu formu) ve SADS-C (değişiklikleri değerlendirmeye uygun form). Türkçeye Uluşahin ve Saka tarafından çevrilmiştir. Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve test tekrar test güvenilirliği çalışmaları yürütülmektedir (Saka ve ark. Basılmamış).

DSM-III ve DSM-III-R tanıları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID) klinik değerlendirme için gereklidir.

DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID)

DSM-III-R'de Eksen I ve II bozukluklarının tanısını koymak amacıyla Spitzer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. SCID'in Eksen I

tanılarını veren üç formunda 8-9 modül bulunmaktadır. Her bir modülde madde kötüye kullanım, duygudurum sendromları ya da anksiyete bozuklukları gibi farklı bozuklukları içeren sorular vardır. Türkçe uyarlaması Sorias ve arkadaşları (1988) tarafından yapılmıştır.

Bu görüşme formu çok karşılaşılan tanısalları azaltabilir. Günümüzde kabul edilen genel bir sınıflamayı garanti eder. Yapılandırılmış tanısalları görüşmeler sadece klinisyenin olası tanı olarak düşündüğü kriterleri değerlendirmeye aynı zamanda da alternatif olan dışlama kriterlerini de değerlendirir. Bu şekilde şizofreninin semptom kriterlerini karşılayan hastalarda affektif bozuklukları dışlayamama gibi hatalar daha az olur.

Yapılandırılmış görüşmelerin klinik olarak kullanımı bir hastalığın belirli bazı özelliklerinin tanısalları öneminin çok fazla vurgulanması şeklindeki herhangi bir eğilimi azaltır. Örneğin DSM şizofreni tanısı koyarken yapılandırılmış klinik görüşmeler mesleki ve/veya sosyal işlevsellikte uzun süreli bir kötüleşme, klinik görüşmelerden uzak olma ya da "gariplik" niteliğinin olması, formal düşünce bozukluğu, ailede psikiyatrik öykü ve belirli bazı psikotik özelliklerin varlığı gibi klinik özelliklerin aşırı vurgulanmasını önleyebilir. Bu faktörlerin çoğu bir tanıya olan güveni etkileyebilir de aşırı vurgulanmasının sınırlanması tanılarının iletişim değeri ve geçerliliğini korur. Ayrıca özel bazı durumlarda DSM kriterlerinden sapan klinik kararlar öne çıkar ve böylece kolayca tanımlanır. Spesifik tanısalları kaygılar nedeniyle SCID'in bölümleri uygulanabilir. Böylece eğer affektif semptomlar ya da madde kötüye kullanım öyküsüne ilişkin endişeler varsa SCID'in ilişkili bölümü verilebilir.

Semptom Değerlendirmesi

Şizofreninin klinik olarak heterojen olduğu Kraepelin ve Bleuler'den bu yana çok iyi bilinmektedir. Bu heterojen tanısalları amaçları nedeniyle sadece geniş temelli semptom değerlendirmesini gerektirmez, ayrıca hastalığın şu andaki durumuna dayanarak hasta özelliklerinin değerlendirmesinde bir esnekliği de gerektirir. Global semptom şiddeti değerlendirmesi için olan klinik derecelendirme araçları bir hastanın zaman içinde tekrarlanan değerlendirmelerinde özellikle yararlıdır. Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği (BPRS) (Overall ve Gorham 1962) gibi ölçekler

bireysel semptom derecelendirmelerinin toplamına dayanan global bir puan verirken Global Değerlendirme Ölçeği (Endicott ve ark. 1976) global işlevsellik ile ilişkili tek bir derecelendirme sağlar. Akut tedavi ortamlarında bu ölçekler tedaviye yanıtın izlenmesinde etkili ve güvenilir bir mekanizma sağlayabilir. Stabilize olmuş ayakta hastalarda bu ölçeklerin düzenli kullanımı açık niceliksel bir temel sağlayabilir ve relapsın herhangi bir erken işareti bununla kıyaslandığında kolayca tanımlanabilir.

Şizofren hastaların değerlendirilmesinin iki ana odak noktası şunlardır:

1. Akut psikotik özellikler (genelde pozitif semptomlar olarak nitelendirilirler).
2. Bilişsel, duygusal ve psikososyal işlevsellikte uzun süreli kalıcı bozulmalar (bunlar "negatif" ya da "deficit" sendrom olarak adlandırılırlar) (Andreasen 1982a, Lewine ve ark. 1983). Pozitif ve negatif semptom kavramları hala geliştirilmekte ve yeniden düzenlenmekte ise de farklı tedavi ve prognostik doğurgulara sahip görünen farklı semptom kategorilerini tanımlamada bu ayırım klinik değere sahiptir.

Pozitif semptomlar özellikle hastalığın gidişi sırasında değişken olan dopaminerjik aşırı aktiviteyi yansıtabilir ve göreceli olarak nöroleptiğe yanıt verirler. Bunun aksine negatif semptomlar daha kronik uyumsuzluk özellikleridir. Negatif semptomlar yapısal beyin atrofisi ile ilişkili olabilirler. Bunların görünümü akut bir epizodun gidişi sırasında değişebilir de (Goldberg 1985) negatif semptomlar genellikle tedaviye daha az yanıt verici ve zaman içinde daha stabil olarak düşünülür.

Pozitif ve negatif semptomların klinik derecelendirmeleri çoğunlukla Nancy Andreasen tarafından geliştirilen iki ölçek kullanılarak yapılır: Pozitif Semptomların Değerlendirilmesi Ölçeği (SAPS) ve Negatif Semptomların Değerlendirilmesi Ölçeği (SANS). Bu ölçekler şizofren hastaların klinik değerlendirilmesinde ileriye yönelik büyük bir adımdır. Her iki ölçeğin yüzeyel geçerliliği iyidir.

Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek 4 özelliği değerlendirmektedir:

- Varsanılar (6 madde, ek 1 madde),

- Hezeyanlar (12 madde, ek 1 madde),
- Garip davranış (4 madde, ek 1 madde),
- Biçimsel düşünce bozukluğu (8 madde, ek 1 madde).

Ölçek 34 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 6 dereceli bir ölçek üzerinde değerlendirilmektedir. Alt ölçekler için ayrı puanlar ve tüm ölçek için toplam puan hesaplanmaktadır. Ölçeğin uyarılma çalışmasında (Özmen ve ark. 1991) test tekrar test güvenilirliği .87, alt ölçeklere göre güvenilirlik ise .74-87 arasındadır. İç tutarlılık katsayısı 84 olarak saptanmıştır.

Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği

Negatif semptomları değerlendirme ölçeği beş özelliği değerlendirmektedir. Affektif küntlük, enerjide azalma, düşüncede fakirleşme, zevk alamama ve dikkat bozukluğudur (Andreasen 1982b). Ölçek 17 madde ve ek 4 maddeden oluşmaktadır (toplam 21 madde). Stabilize hastalarda negatif semptomlar daha güvenilir bir şekilde değerlendirilmektedir. Akut psikotik hastalarda aynı zamanda varolan depresyon, paranoya ve ilacın ortaya çıkardığı akinezi ikincil negatif semptomlara neden olabilir. Bununla birlikte bu özelliklerin bağımsız olarak değerlendirilmesi hangi faktörlerin negatif benzeri semptomlara neden olduğunun anlaşılmasına yardımcı olabilir (Carpenter ve ark. 1985).

Kavramların kesin tanımlarının ve klinik özelliklerinin çok iyi kapsanması Andreasen'in ölçeklerinin en iyi özellikleri arasındadır ancak pozitif ve negatif semptomların nicel değerlendirmeleri için daha açık davranış göstergelerine gereksinim vardır. Yapılan değerlendirmelerde değerlendiriciler arası güvenilirlik negatif semptomlarda pozitif semptomlara göre daha düşük olmaktadır. Bunun nedeni pozitif semptom derecelendirmelerinin daha düşük düzeyde klinik çıkarsama gerektirmesidir. Bu ölçekler klinik olarak çok yararlıdır çünkü bunlar psikotik semptomlardaki değişimleri, sosyal ve duygusal eksikliklerdeki düzelme ya da kötüleşmeyi gözlemeye yardım eder. Stabilize olan hastalarda negatif semptomların değerlendirilmesi klinisyenlere iş ve sosyal sorunlara ilişkin uygun müdahaleler yapmalarında yardımcı olabilir.

Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği (BPRS)

Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği (Overall ve Gorham 1962) 18 maddeden oluşan ve her bir maddede semptom şiddetinin derecelendirilebildiği (1=yok, 7=çok şiddetli, mevcut vs) bir ölçektir. Faktör analizi sonuçları bu ölçekte birbirlerinden farklı semptom kümelerine işaret etmektedir. Negatif semptomlar kümesi (duygusal geri çekilme, künt duygulanım ve motor yavaşlama) ve pozitif semptomlar kümesi (kavramsal düzensizlik, halüsinasyon ifadeleri ve alışılmamış düşünce içeriği). Negatif ve pozitif semptomların ilaca yanıtını değerlendirmek amacıyla sık kullanılmaktadır. BPRS değerlendirmesiyle elde edilen puanlar negatif ve pozitif şizofreni vakalarını ayırtmamakta, bir vaka da görülen hem negatif, hem de pozitif semptomların belirlenmesinde kullanılmaktadır. BPRS'nin Türkçe çevirisinin güvenilirliğine ilişkin ön veriler ülkemizde bildirilmiştir (Soykan 1990).

Kendi Kendini Değerlendirme Ölçümleri

Psikiyatrik semptomların değerlendirilmesinde hastaların kendilerinin doldurduğu araçların kullanımını uzun süredir devam eden bir gelenektir. Bu tür değerlendirmelerde profesyonelin ayıracağı zaman çok azdır, ölçekler nicel ve güvenilir değerlendirmeler sağlarlar. Hastaların doldurduğu ölçeklerin psikotik hastalarda kullanımında potansiyel bazı sorunlar dikkate alınmalıdır. Örneğin akut rahatsızlığı olan bazı hastalar formları dolduramayacak düzeyde dezorganizeler ya da işbirliği yapmaz, formları tamamlamayı istemezler. Bununla birlikte hastaların %70-80'i hastaneye yattıktan sonraki bir hafta içinde Minnesota Çok Yönlü kişilik Envanteri (MMPI) gibi uzun bir ölçeği tamamlayabilmektedir. MMPI çok iyi standardize edilmiştir, hastaların semptomlarını azaltma ya da abartma düzeyini değerlendirmeye yardımcı edecek "geçerlik" ölçeklerine sahiptir.

MMPI Şizofreni Alt Testi (Sc)

Şizofreni alt testi tuhaf düşünme ve algılama, sosyal yabancılaşma, aile ilişkilerinde kopma, dikkatin yoğunlaşması ve tepki kontrolünde güçlükler, derin ilgi kaybı, kendilik değeri ve kimlikle ilgili önemli kuşkular ve cinsel sorunları içeren maddelerden oluşur. Madde sayısı en fazla ve en çok heterojen alt testtir. K alt testi

(düzeltme) puanını ekleme Sc alt testini oldukça düzeltilmektedir (Ceyhun ve Oral 1998).

Şizofreni tanısı almış hastalarla normal grubu birbirinden ayırt eden 152 maddeden, en geçerli alt test geliştirmeye çalışılmıştır. Bu arada karşılaşılan en büyük güçlük, şizofrenik hastaların cevaplarının diğer tanı gruplarının farklılığını göstermek olmuştur. Geliştirilen dört alt testten dördüncüsünün geçerliliğinin diğerlerinden biraz daha üstün olduğu görülmüş ve bu maddeler şizofreni alt testini oluşturmuştur. Şizofreni alt testinde 78 madde bulunmaktadır. Psikiyatrik hastalar için test tekrar test güvenilirliği 1-2 günlük aralarla .75 ve .82'dir ve bir yıllık bir aradan sonra güvenilirlik .54 ve .94'tür (Dahlstrom ve ark. 1972). Şizofreni alt testinin Türk toplumu için ortalama puanları: K Ekleme. Erkeklerde ortalama: 29.82, kadınlarda ortalama: 31.06 (Savaşır 1981).

Yaygın biçimde kullanılan ancak daha kısa olan diğer bir ölçek Semptom Listesi 90'dır (SCL-90-R) (Derogatis ve ark. 1973). Hastanın işlevselliği konusunda daha az güvenilir ancak yaygın nicel değerlendirme sağlayabilir.

Ruhsal Belirtileri Tarama Listesi (SCL-90-R)

Bu ölçek Derogatis (1973) tarafından ruhsal semptomların ne düzeyde olduğunu ve hangi alanlara yayıldığını saptamak amacıyla geliştirilmiştir. 90 maddeden oluşur ve denek tarafından doldurulur. Ölçeğin 9 alt ölçeği vardır. Bunlar:

- Somatizasyon,
- Obsesif kompulsif bozukluk,
- Kişiler arası duyarlılık,
- Anksiyete,
- Öfke,
- Düşmanlık,
- Fobik anksiyete,
- Paranoid düşünce,
- Psikotizmdir.

Kişi son bir aydaki durumuna göre yakınmasının şiddetini 0-4 arasında değişen bir ölçek üzerinde derecelendirir. Her bir maddeye verilen puanlar toplanarak soru sayısına bölünür ve semptomların genel yoğunluğunu gösteren bir sayı elde edilir.

Türkiye'de çeşitli araştırmalarda kullanılmış geçerlilik ve güvenilirlik araştırmaları yapılmıştır (Birsöz 1980, Gökler 1978, Fidaner ve Fidaner 1984, Dağ 1991).

Hastalar tarafından doldurulan ölçekler klinik değişimin kaydedilmesine, test normlarının karşılaştırılmasına izin verir. Depresyon, anksiyete ve psikotik semptomlardaki herhangi bir değişiklik için iyi bir tarama sağlar.

Chapman ve arkadaşları psikoza eğilimin boyutsal değerlendirmesi için ölçekler geliştirmiştir. Bunlar majik düşünce ölçeği, algısal sapma ölçeği ve fiziksel anhedoni ölçeğini içermektedir (Chapman ve Chapman 1980). Psikoz riski taşıyan bireyleri tanımda yardımcı olurlar. Bu ölçekler klinik kullanıma sahip değilse de geçerlilikleri çok iyidir ve şizofreninin prodromal özellikleri ya da iyileşen hastalarda psikoza yakın yaşantıların varlığının değerlendirilmesi söz konusu olduğunda çok yararlı olabilirler.

Majik Düşünce Ölçeği (MIS)

30 maddeden oluşan bu ölçek, psikoza eğilimin genel bir ölçümü olarak düşünülmektedir (Eckblad ve Chapman 1983). Testi alan kişinin kişisel inançlarını ve yaşantılarını değerlendirmektedir. MIS 1512 üniversite öğrencilerine verilerek normlar saptanmıştır. Erkekler (n=682) için ortalama puan 8.56, standart sapma 5.24, kadınlar (n=830) için ortalama puan 9.69, standart sapma 5.93'tür. İç tutarlılık erkekler için .82 ve kadınlar için .85'tir.

İntihar Riski

Şizofrenide intihar olasılığı yüksektir. Şizofreniye özgü semptomlar intihar nedeni olabilir. İntihar göreceli olarak hastalığın erken döneminde olur. Miles (1977) her 10 şizofreni tanısı almış hastadan birinin intihar ettiğini ve çoğunluğunun intihar girişiminde bulunduğunu belirtmektedir. Şizofren hastalar arasında intihar oranı hastanede kısa süreli yatış, toplum içinde yaşamak ve destek sistemlerinin sınırlı olması ile son yıllarda artmış olabilir (Drake ve ark. 1984).

Klinik semptomlara ikincil olan moral çökkünlüğü ve işlevsellikte bozulmanın rolü şizofrenide risk faktörü olabilir. Hastada intihara neden olan durumlar şunlar olabilir:

1. *Yoğun rahatsızlık*: Hasta intihar ederek bundan kaçmaya çalışır.

2. *Persekütör delüzyonlar gibi psikotik fikirler*: Bunlar kendine zarar verme ya da ölümle sonuçlanan davranışlara neden olurlar.

3. *İntihar etmeyi emreden haliisinasyonlar*: Disfori ve gelecek konusunda umutsuzluk tam bir depresif semptom olsun ya da olmasın şizofrenide intihar riski ile bağlantılıdır.

Bu nedenle Beck Depresyon Envanteri (Beck ve ark. 1961), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (Hamilton 1967) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (Beck ve ark. 1974) bu populasyonda depresyon ve intihar riskinin değerlendirilmesinde yararlı olabilir.

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

BDE depresif hastaların sıklıkla gösterdiği semptomların ve depresyona özgü tutumların klinik alanda gözlenmesi ve sıklıkla görülen davranışların bir araya getirilmesi ile oluşturulmuştur (Beck 1961). Klinik gözlemler sistematik olarak 21 semptom altında birleştirilmiş ve tutumlar yoğunluğuna göre 0-3 arasında derecelendirilmiştir. Klinik uygulamada ölçek hem psikiyatrik hastalarda, hem de poliklinik hastalarında depresyonun yoğunluğunu belirlemek için kullanılmaktadır. BDE, depresyonu değerlendiren diğer araçlarla karşılaştırıldığında psikoterapi ve ilaçlarla tedavi sonrası ortaya çıkan değişiklikleri belirlemede çok yararlıdır. BDE'nin Türkiye için güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Hisli 1988).

Yapılan bir çalışmada kronik şizofreni tanısı konulmuş 194 hasta BDE ile değerlendirilmiş ve grubun ciddi depresyonu olduğu saptanmıştır. Deprese olan kronik şizofren hastalarda ciddi intihar düşünceleri ve işitsel halüsinasyonlar vardır. Araştırma bulguları kronik şizofren hastalarda BDE puanlarının deprese duygudurumunun varlığı ya da yokluğu ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Barnes ve ark. 1989).

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDÖ)

Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği kendi alanında ilk ölçektir. 1960'larda geliştirilmiştir (Hamilton 1967). Orjinal HDÖ "affektif depresif tip" tanısı konulan hastalardaki bozukluğun derecesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.

Depresyonun şiddetini belirleyen klinik alanda standart bir ölçektir. Hamilton depresyona ait 21 değişken vermiştir ancak 17'si kullanılmaktadır.

HDÖ kendi alanında yarı yapılandırılmış görüşme biçiminde düzenlenmiştir. 30 dakikada ölçek uygulanabilir ve ek bilgiler diğer kişilerden alınabilir (arkadaşlar, akrabalar, hemşireler).

Hamilton kendisi kesim puanı vermemiştir. Daha sonra yapılan değerlendirmelerde 16 ve üstü puan ciddi depresyon olarak değerlendirilmektedir. Yapılan bir çalışmada şizofreni tanısı almış 94 hastaya HDÖ verilmiş ve yukarıda verilen puana göre değerlendirme yapıldığında ciddi depresyonları olduğu saptanmıştır (Markou 1996).

Düşünce ve Bilişin Değerlendirilmesi

Şizofrenide formal düşünce bozukluğunun değerlendirilmesi uzun süredir devam eden bir çalışma alanıdır. Şizofrenide klinik ayırt edici düşünce bozukluğu formunu tanımlama girişimleri yıllardır şizofreniye ilişkin kuramsal ve araştırma çalışmalarının ana odağıdır. Düşünce bozukluğunun şizofreni için sadece sınırlı tanısal spesifikliğe sahip olduğunun artan bir biçimde fark edilmesi (Andreasen 1979, Harrow ve Quinlan 1977) ve düşünce bozukluğunu tanımlama ve güvenilir biçimde değerlendirme zorluğu şizofreni tanısında düşünce bozukluğunun daha az vurgulanmasına neden olmuştur.

Bununla birlikte düşünce bozukluğunun değerlendirilmesinde psikolojik testlerin kullanımına artan bir ilgi vardır. Holzman (Soloval ve ark. 1987), şizofrenide düşünce bozukluğunun farklı özelliklerinin tanısal spesifikliğinin değerlendirilmesi için çalışma yapmıştır.

Şizofreni ya da affektif bozukluğu olan hastaların geniş bir grubu uzunlamasına bir çalışmada incelenmiştir. Araştırma sonucunda akut epizodun dışında düşünce bozukluğunun şizofrenide daha çok görüldüğü belirtilmiştir. Düşünce bozukluğunun farklı yönlerinin dakik ölçümler kullanılarak ve hastalar görece olarak iyi olduklarında değerlendirilmesi klinik açıdan önemlidir. Ayrıca düşüncenin organizasyonunun değerlendirilmesi, hastalar ve ailelerinde iş kapasitesi ve potansiyel kişiler arası zorluklar açısından rehberlik edilmesine yardımcı olabilir.

Şizofrenide nöropsikolojik değerlendirme önemli

bir araştırma ve klinik uygulamaya sahip olmaya devam etmektedir. Bilişsel değerlendirmeler daha belirgin negatif semptomları, nöroanatomik anormallikleri, hastalığın gidişi kötü olan bir alt grubu belirlemede yardımcı olabilir (Andreasen 1982b, Keilp ve ark. 1988). Nöropsikolojik değerlendirmeler entellektüel kaynaklarda bozulmanın değerlendirilmesinde ve rol işlevselliği bozuk olan hastaları tanımda yararlı olabilir.

Ekstrapiramidal Değerlendirme Ölçekleri

Ekstrapiramidal semptomlar (EPS) şizofrenide morbiditenin kaynağı olduğundan şizofreni değerlendirmelerinde EPS değerlendirmesinin yer alması hem klinik olarak anlamlı, hem de etik açıdan gereklidir. Ne yazık ki şu andaki klinik uygulama ciddi biçimde yetersiz olabilir çünkü klinik olarak EPS oranları %50-90 arasında iken bunlar çok az fark edilmektedir (Weiden ve ark. 1987). Bu sorun kısmen klinisyenlerin standart EPS derecelendirmelerini kullanmamalarından kaynaklanmaktadır. EPS ölçeklerinin rutin klinik uygulamada olmasının tanısal oranları geliştireceği mantıklı görünmektedir.

EPS akut distonik reaksiyonlar, akatizi, akinezi ve tardif diskinezi gibi alt bölümlere ayrılabilir. Akut distonik reaksiyonlar Ekstrapiramidal Semptom Derecelendirme (ESRS) bir bölümü ile değerlendirilebilir.

Bu durumun akut olması ve belli bir alanla sınırlı olması sayılara dökülmesini kolaylaştırır.

Akatizi ESRS ve Simpson Angus Parkinsonizm Ölçeği (Simpson ve Angus 1970) gibi bir çok EPS derecelendirme ölçeklerinin bir bileşenini içerir. Ancak bu ölçekler diğer parkinsonizm semptomları arasında akatiziyi gizleme ve bu yan etki ile bağlantılı ciddi davranışsal toksiteyi azaltma eğilimindedirler. Bu nedenle Van Putten ve May Ölçeği (1978) gibi bağımsız bir akatizi ölçeğinin kullanılması önerilmektedir. Ayrıca akatizi hem motor, hem de subjektif bileşenlere sahiptir ve bunlar herhangi bir hastada her zaman bir arada bulunmazlar. Bu nedenle de akatizi derecelendirmeleri daima subjektif ve motor bileşenleri içermelidir.

Akinezi ya herhangi bir standart parkinsonizmin bir alt bileşeni olarak puanlanabilir ya da parkinsonizm değerlendirilirken ESRS'de bradikinezi, maskeli yüz ve azalmış mimikler gibi belirtiler ayrı olarak puanlanabilir. Simpson-Angus Ölçeği

kullanılırsa akinezi çok fazla vurgulanmaz, bu nedenle akinezi bir akinezi ölçeği ile (örneğin Riflin ve ark. 1975) ya da akinezi ağırlıklı bir parkinsonizm ölçeği ile ayrı olarak değerlendirilmelidir. ESRS ve Webster Ölçeği bir çok akinezi alt bileşenini içermektedir. Diğer parkinsonizm işaretleri tremor, rijidite ve motor güçsüzlük akineziden ayrı olarak değerlendirilmelidir.

Tardif diskinezi (TD) bir hareket bozukluğudur ve ana beden bölgesi bileşenleri, diskinezik hareket tipi ve global şiddet (bu ya sıklık ya da genişlik) ile tanımlanabilir. TD için genel kural ölçülen hareketlerin daha ayrıntılı ve spesifik olması ve derecelendirmenin güvenilirliğinin az olmasıdır (Gardos ve ark. 1977). Ancak global TD puanları çoğunlukla değerlendiriciler arası güvenilirliğe sahiptir. Bu nedenle rutin klinik izlem için AIMS (Abnormal Involuntary Movements Scale) yaygın kabul gören 5 dereceli global beden bölgesi diskinezi ölçümüdür, yaygın olarak kullanılmaktadır.

Geç diskinezi anormal istemsiz hareketlerle karakterize bir hareket bozukluğudur. Geç diskinezide kullanılan ölçekler genellikle iki gruptur. Genel ve çok maddeli ölçekler. Genel ölçeklerin uygulanması kolay olmakla birlikte bunların duyarlılığı düşüktür. Diskinezik hareketler var/yok olarak değerlendirilir. Olağandışı hareketin tipi ya da beden bölgesine göre hareket genel olarak puanlandırılır. Bunların içinde en tanınmış olanı aynı zamanda çok maddeli ölçek olarak kabul edilebilen AIMS (Abnormal Involuntary Movements Scale) sıklıkla kullanılmaktadır (Hall 1974).

Çoğu ölçekler (AIMS ve ESRS hariç) subjektif rahatsızlık değerlendirmelerini içermez. Öykü değerlendirmeleri ya da yetersizlik ölçümleri eksiktir. Bu önemli alanlarda davranışsal toksite değerlendirilmeleri mevcut olsa da klinisyen kendi araçları ile baş başa kalır (Campbell ve Palij 1985, VanPutten 1974).

Çok maddeli ölçekler kapsamlı, duyarlı oluşları nedeniyle klinik araştırmalarda en yaygın kullanılan araçlardır. Klinik değişimleri izlemenin yanı sıra hareketlerdeki değişimleri, belirtiler arasındaki ilişkileri göstermeye de yardımcı olmaktadır. Bu tip ölçekler için en tanınmış olanı Rockland Simpson Geç Diskinezi Ölçeğidir (Simpson ve ark. 1979). Rockland Simpson Geç Diskinezi Ölçeği 43 maddeden oluşmuştur, 13 maddelik kısa formu da vardır. Diskinezik doğada-

ki hemen her hareketi değerlendirecek kadar kapsamlı olması, kullanıcıya yol gösterici ayrıntılı bilgi sağlaması, hareketlerin hem şiddet hem de sıklığının değerlendirilmesi ölçeği diğerlerinden üstün kılmaktadır. Ölçek Türkiye'de ilk kez Çifter ve arkadaşları (1986) tarafından geç diskinezinin yaygınlığını araştıran bir çalışmada kullanılmış ancak bu çalışmada ölçeğin Türkçeye çevrilmiş formunun güvenilirliği verilmemiştir. Noyan ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Türkçe formunun güvenilir bir biçimde kullanılabilmesi saptanmıştır.

EPS için ayrıntılı değerlendirmeler EPS'nin ayırıcı tanısına ilişkin hekim/personel eğitimi ve bilgilendirme ile desteklenmelidir. EPS ölçeklerinin doğruluğu değerlendiricinin tanısıl yetenekleri ile sınırlı ise de zorunlu EPS değerlendirmeleri klinik ilgiyi EPS sendromlarına çekmeye ve standart bir EPS kaydının sağlanması ve hareket bozukluklarını gösteren nörolojik ve psikiyatrik tanılar (örneğin Huntington Koresi, kokain kötüye kullanımı) dışlanması için tüm ilgili EPS ölçekleri uygulanmalıdır. Hastaneye yatışta EPS değerlendirmesinin yapılması ve bir TD muayenesinin rutin fiziksel öykü ve fizik muayene içine alınması önerilmektedir. Bu tür kayıt klinisyenlerin hastada geçmiş EPS öyküsüne (örneğin distoni) ve/veya antikolinergik tedavi gereksinimi konusunda uyanık olmalarına yardımcı olacaktır. Eğer akut bir hasta yakın bir zamanda nöroleptik almışsa psikiyatrik semptomların nedeni olarak kötüleşen EPS'nin (örneğin akinezi ya da nöroleptik malign sendrom) dışlanması önemlidir. Akut olarak hastaneye yatma sırasında distoni, akatizi ve akinezi değerlendirmeleri en azından her hafta yapılmalıdır. TD değerlendirmesinin bu kadar sık yapılması gerekmez. Poliklinik hastalarında periyodik TD (örneğin, her altı ayda bir) incelemesi önemlidir.

Sosyal ve Mesleki İşlevsellik

Şizofreninin belirtilerinden bir tanesi hastalığın bireyin toplum içindeki işlevselliğinde günbegün bozucu etkisinin olmasıdır. Psikotik semptomlar farmakolojik ajanlarla uygun bir biçimde kontrol edilebilirse de kronik sosyal ve mesleki yıkımlar bu tür tedavilerle daha az iyileşirler. Bu tür eksiklikler yaşamın kalitesini düşürür ve sosyal, ailesel, boş zaman ve mesleki rol işlevselliğinde sorunlara neden olur.

Sosyal uyumun daha önceki ölçümleri hastaların

hastaneden taburcu edildikten sonra toplum içindeki tedavi programlarına uyumlarının değerlendirilmesi ile geliştirilmiştir (Weissman ve ark. 1981). Şizofrenide toplum temelli tedavi modalitelerinin yaygınlaşması ve ayaktan tedavi programlarına ailelerin katılması üzerinde durulması ile hastanın sosyal becerileri, sosyal destek sistemi ve hastanın diğerleri ile ilişkilerinin sıklığı ve niteliğinin sonucun önemli boyutlarını oluşturduğu fark edilmiştir.

Hastalık öncesi sosyal uyumun değerlendirilmesi uzun vadeli tedavi sonucunun ve hastalığın gidişinin yordanmasında en güçlü araçlar olabilirler (Strauss ve Carpenter 1977). Hastalık öncesi sosyal becerilerin iyi olması işlevsellikte bozulmaya karşı işleyebilir. Hastanın hastalığının başlamasından önce ve dönemler arasında işlevselliğinin değerlendirilmesi iyi bir klinik tedavi planının yapılması ve hastanın topluma dönüş için hazırlanması için gereklidir. Hasta ve ailesi için prognozun tartışılması açısından önemli bir bilgi sağlar ve rehabilitasyon tedavisi konusundaki kararlara rehberlik edebilir.

Hastanın şu an ve geçmişteki rol işlevselliğine ilişkin bilgi genellikle beş kaynaktan elde edilir:

- Hasta,
- Onun için önemli olan biri,
- Klinisyen,
- Toplumdaki diğer profesyoneller,
- Tıbbi kayıtlar.

Sosyal uyum ölçeği (SAS-II) sosyal uyum görüşmesine dayanır ve şizofrenik bir popülasyonda sosyal, mesleki ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. SAS-II görüşmeden önce iş rolü, evdeki rol, ebeveyn rolü, genişletilmiş aile rolü, evlilik ve evlilikle ilgili olmayan cinsel rol, romantik ilişki, sosyal ve iş aktivitelerinde işlevselliğin ve kişisel refahın 4 haftalık süre ile değerlendirilmesini sağlayan ölçekleri içerir. Sorular her bir alandaki işlevselliğin araçlar ve duygusal bileşenlerin değerlendirilmesi için düzenlenmiştir. Özelliği soruların şizofren hastanın yaşam durumu ve gereksinimlerini dikkate alarak yapılandırılmış olmasıdır.

Şizofren hastalarda işlevsellik düzeyinin değerlendirilmesinde hastanın doldurduğu bir ölçek Toplumsal Uyum Ölçeğidir (CAS) (Burnes ve

Rosen 1967). Ailenin bilgi vermesi amacıyla geliştirilen ölçek Katz Uyum Ölçekleri (KAS-R) (Katz ve Lyerly 1963), Kişisel ve Rol Uyum Ölçeği (PARS) (Ellsworth ve ark. 1968) ve Sosyal Davranışı Değerlendirme Ölçeğidir (SBAS) (Platt ve ark. 1980). Rol Aktivitesi Performans Ölçeği (RAPS) yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir ve birçok rolün her biri üzerinde değişik zamanlarda (1 aydan 18 aya kadar) değerlendirme yapılmasına izin verir. Hasta, ailesi ve başka kaynaklardan toplanan bilginin kullanımına izin verecek şekilde düzenlenmiştir ve klinisyenin kötüleşme ya da düzelmenin uzunlamasına bir gidiş planı yapmasına olanak tanır. Tedavinin erken döneminde hasta ve aileden bilgi verenlere dayanarak bu ölçeğin uygulanması prognostik yargılara rehberlik edebilir. Tedavinin erken döneminde stabil hastaların değerlendirilmesinde de benzer biçimde gerçekçi tedavi amaçlarının geliştirilmesine rehberlik edebilir.

Duygudurum Dışavurum Ölçeği (DD)

Duygudurum dışavurum ölçeği hasta için önemli olan bir kişi ile hasta arasındaki duygusal havayı anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini derecelendirmek üzere Kanada'da Cole ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş öz değerlendirme aracıdır. Ölçeğin her biri 15 maddeyi içeren müdahalecilik, duygusal tepki, hastalığa karşı tutum, hoşgörü/beklentiler olmak üzere 4 alt ölçeği vardır. Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Berksun ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır.

Yaşam Olayları ve Sosyal Çevre

Araştırma bulguları sosyal stres etkenlerinin azaltılmasının relapsı önlemede nöroleptik tedavi kadar etkili olduğunu göstermektedir (Vaughn ve Leff 1976). Bu şizofreninin klinik olarak ele alınmasında farmakolojik tedaviler kadar sosyal ve çevresel faktörlerin de dikkate alınmasının gerektiğinin altını çizer. İki temel çalışma sosyal çevrenin şizofreni üzerinde etkisine ilişkin önemli bilgiler sağlamıştır:

1. Yaşam olayları araştırması dikkati travmatik yaşam olaylarının hassas bireyler üzerindeki etkisine yöneltmiştir.
2. Aile etkileşimi üzerindeki araştırmalar. Sosyal çevrenin düzenlenmesinin relaps oranlarını azaltabileceğini göstermiştir.

Yaşam olayları ve şizofreninin başlangıcı ya da alevlenmesi arasındaki bağlantı farklı araştırmalarla gösterilmiştir (Brown ve Birley 1968, Lukoff ve ark. 1984). Klinisyenler tehdit edici ve son dönemdeki stres etkenleri konusunda tetikte olmalıdır ve yaşam olaylarının sistematik olarak değerlendirmesine ilişkin yöntemleri kullanmalıdırlar. Örneğin standart yaşam olayları görüşme çizelgesi [Sosyal Yeniden Uyum Değerlendirme Ölçeği (Holmes ve Rahe 1967)] çok karşılaşılan stres etkenlerinin ve artmış stres potansiyellerinin değerlendirilmesini sağlar (Uhlenhuth ve Paykel 1973).

Kronik stres etkenlerinin değerlendirilmesi anksiyete ve depresyon gibi psikotik olmayan semptomların profilaktik tedavisinde yararlı olabilir (Harder ve ark. 1980, Uhlenhuth ve Paykel 1973). Ayrıca kronik stres etkenleri ve bireyin stresli yaşam olayları ile başa çıkma kapasitesinin değerlendirilmesi ile ilgili olan bir şey mevcut sosyal destekler ve hastanın bağlantı kuracağı sosyal ağın değerlendirilmesidir (Sarason ve ark. 1983). Sosyal desteklerin ve sosyal ağın yoğunluğunun dikkatli klinik değerlendirilmesi yapılandırılmış bir tedavi ortamı ya da ek destek servislerine gereksinim açısından nelerin beklenmesi gerektiği konusunda bilgi verebilir.

Uzunlamasına Klinik Değerlendirme

Semptomların niceliksel açıdan düzenli olarak gözlenmesi açık uçlu, izlemciliğe dayalı klinik değerlendirmelerden daha güvenilir objektif değerlendirmeler sağlayabilir. Hasta yanıtının zaman içinde lineer bir grafiğinin çizilmesi (standart klinik ölçümler üzerinde nicel değerlendirmelerin kullanımı ile) tedavi planlarının etkinliğinin görsel olarak çok iyi bir kaydı sağlayabilir, taburculukta temel bir rol oynayabilir. Bir hastanın tahmin edilen işlevsellik düzeyinin ve destek sistemlerine olan gereksiniminin doğru bir biçimde belirlenmesi çoğunlukla yeniden hastaneye yatma konusunda açık bir kapı ve ilerleyen biçimde daha yüksek bir işlevselliğe geri dönme arasındaki farkı yaratabilir. Uzunlamasına veriler, hastalar ve onların aileleri ile birlikte gözden geçirilebilir ve ayaktan hasta programlarının kabul görmesini kolaylaştırabilir.

KAYNAKLAR

- Andreasen N (1979) The clinical assessment of thought, language and communication II: Diagnostic significance. *Arch Gen Psychiatry*, 36:1325-1330.
- Andreasen N (1982a) Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 39:784-788.
- Andreasen N (1982b) Negative vs. positive schizophrenia: Definition and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 39:789-794.
- Andreasen N (1987) The diagnosis of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13:9-22.
- Barnes TR, Curson DA, Liddle PF ve ark. (1989) The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic inpatients. *Br J Psychiatry*, 154:486-491.
- Beck A, Ward H, Mendelson M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.
- Beck A, Weissman A, Lester D ve ark. (1974) Measurement of pessimism: The Beck Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*, 42:861-865.
- Berksun O, Soykan Ç, Soykan A ve ark. (1993) Dışavurulan duygulanım ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 8(29): 10-15.
- Birsöz S (1980) Hastalık öncesi yaşam değişimleri ve ruhsal sonuçları üzerine bir inceleme. H.Ü.T.F. Doçentlik Tezi, Ankara.
- Brown G, Birley J (1968) Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *J Health Soc Behav*, 9: 203.
- Burnes A, Rosen S (1967) Social roles and adaptation to the community. *Mental Health J*, 3:153-158.
- Campbell M, Pallij J (1985) Measurement of side effects including tardive dyskinesia. *Psychopharmacol Bull*, 21:1063-1080.
- Carpenter W, Douglas W, Alphas J (1985) Treatment of negative symptoms. *Schizophr Bull*, 3:440-452.
- Ceyhun B, Oral N (1998) MMPI Değerlendirme Kitabı. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi.
- Chapman L, Chapman J (1980) Scales for rating psychotic and psychotic like experiences as continua. *Schizophr Bull*, 6:476-480.
- Cole JD, Kazarian SS (1988) The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. *J Clin Psychol*, 44(3): 392-397.
- Çifter İ, Emerli H, Yüksel N ve ark. (1986) Uzun süreli antipsikotik ilaç kullanan hastalarda geç diskinezi prevalans çalışması. *Gazi Ü.T.F. Dergisi*, 1(1): 121-130.
- Dahlstrom GW, Welsh GS, Dahlstrom EL (1972) An MMPI Handbook I, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Dağ I (1991) Belirti tarama listesi (SCL-90-R) nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(1):5-12.
- Derogatis L, Lipman R, Cow L: SCL-90 (1973) An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary report. *Psychopharmacol Bull*, 9:13-27.
- Drake R, Gates C, Cotton P ve ark. (1984) Suicide among schizophrenics. Who is at risk? *J Nerv Ment Dis*, 172:613-619.
- Eckblad M, Chapman LJ (1983) Magical ideation as an indicator of schizotypy. *J Consult Clin Psychol*, 51:215-225.
- Ellsworth R, Foster L, Childers B ve ark. (1968) Hospital and community adjustment as perceived patients, their families and staff. *J Consult Clin Psychol Monograph*, 32 (5,pt.2).
- Endicott J, Spitzer R, Fleiss J ve ark. (1976) The global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry*, 33:766-771.
- Falloon I, Boyd J, McGill C ve ark. (1985) Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 887-896.
- Fidaner H, Fidaner C (1984) SCL-90 ruh sağlığı testinin uygulanması ve metodolojik sorunlar. XX. Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi'nde sunulmuş bildiri, Bursa.
- Gardos G, Colej O, LaBrie R (1977) The assessment of tardive dyskinesia. *Arch Gen Psychiatry*, 34:1206-1212.
- Goldberg S (1985) Negative and deficit symptoms in schizophrenia do respond to neuroleptics? *Schizophr Bull*, 11:453-460.
- Gökler B (1978) Nevrotik kadın hastaların ilkokul çağındaki çocuklarının ruhsal belirtiler yönünden değerlendirilmesi. H.Ü.T.F. Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Hall JN (1974) Interrater reliability of ward rating scales. *Br J Psychiatry*, 125:248-255.
- Hamilton M (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*, 6:278-296.
- Harder D, Strauss J, Kolles R ve ark. (1980) Life events and psychopathology severity among first psychiatric admissions. *J Abnorm Psychol*, 89:165-180.
- Harrow M, Quinlan D (1977) Is disordered thinking unique to schizophrenia? *Arch Gen Psychiatry*, 34:15-21.
- Hisli N (1988) Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22):118-122.
- Hogarty G, Anderson C, Reiss D ve ark. (1986) Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 43:633-642.
- Holmes TH, Rahe R (1967) The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*, 11: 213-218.
- Katz MM, Lyerly S (1963) Methods for measuring adjustment and social behavior in the community I: Rational, description, discriminative validity and scale development. *Psychol Rep*, 13:503-535.

- Keilp J, Sweeney J, Jacobsen P ve ark. (1988) Cognitive impairment in schizophrenia: Specific relations to ventricular size and negative symptomatology. *Biol Psychiatry*, 24:47-55.
- Lewine R, Fogg L, Meltzer H (1983) Assessment of negative and positive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 9:368-376.
- Lukoff D, Synder K, Ventura J ve ark. (1984) Life events, familial stress and coping in the developmental course of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 10:258-292.
- Markou P (1996) Depression in schizophrenia. A descriptive study. *Aust N Z J Psychiatry*, 30(3):354-357.
- Miles C (1977) Conditions predisposing suicide: A review. *J Nerv Ment Dis*, 164:231-246.
- Noyan A, Akdeniz F, Dođaner İ ve ark. (1999) Rockland Simpson Geç Diskinezi Değerlendirme Ölçeği güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(1):13-20.
- Overall JE, Gorham DR (1962) The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep*, 10:799-812.
- Özmen E, Erkoç Ş, Arkonaç O ve ark. (1991) Kronik şizofreniklerde negatif/pozitif belirtiler ve yumuşak nörolojik işaretler. *Düşünen Adam*, 4(3):32-36.
- Platt S, Weyman A, Hirsch S ve ark. (1980) The social behavior assessment schedule: Rationale, content, scoring, reliability of a new interview schedule. *Soc Psychiatry*, 15:43-55.
- Riflin A, Quitkin F, Klein D (1975) Akinesia. *Arch Gen Psychiatry*, 32:672-674.
- Saka MC, Uluşahin A, Batur S ve ark. Duygulanım bozuklukları ve şizofreni ölçeği güvenilirlik çalışması (Devam eden çalışma).
- Sarason I, Levine H, Basham R ve ark. (1983) Assessing social support: The social support questionnaire. *J Pers Soc Psychol*, 44:127-139.
- Savaşır I (1981) *Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri El Kitabı*. Ankara, Sevinç Matbaası.
- Simpson G, Angus J (1970) Drug induced extrapyramidal disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 45(Suppl 212):11-19.
- Simpson GM, Lee JH, Zoubov B ve ark. (1979) A rating for tardive dyskinesia. *Psychopharmacology*, 84:171-179.
- Soloval M, Shenton M, Holzman P (1987) Comparative studies of thought disorders I: Mania and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 44:13-20.
- Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1988) Yapılandırılmış klinik görüşme Türkçe versiyonu: SCID. İzmir, Ege Üniversitesi Matbaası.
- Soykan Ç (1990) Institutional differences and case typically related to diagnosis, symptom severity, prognosis and treatment. *Basılmamış Uzmanlık Tezi*. ODTÜ Klinik Psikoloji Bölümü, Ankara.
- Spitzer R, Endicott J, Robins E (1978) Research Diagnostic Criteria: Rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 35:773-782.
- Strauss JS, Carpenter WT (1977) Prediction of outcome in schizophrenia III: Two year outcome and its predictors. *Arch Gen Psychiatry*, 34:159-163.
- Uhlenhuth E, Paykel E (1973) Symptom configuration and life events. *Arch Gen Psychiatry*, 28:744-748.
- VanPutten T (1974) Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs. *Arch Gen Psychiatry*, 31:67-72.
- Van Putten T, May P (1978) Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy: The consumer has a point. *Arch Gen Psychiatry*, 35:477-480.
- Vaughn C, Leff J (1976) The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol*, 15:157-165.
- Weiden PJ, Mann J, Haas G ve ark. (1987) Clinical non recognition of neuroleptic induced movement disorders: A cautionary study. *Am J Psychiatry*, 144:1148-1153.
- Weissman M, Sholomskas M, John K (1981) The assessment of social adjustment: An update. *Arch Gen Psychiatry*, 38: 1250-1258.