



KAVRAMSAL MAKALE

**Şizofreni Bozukluğunun Tarihi, Epidemiyolojisi, Etiyolojisi ve Tedavisi**

Aygül ÇATALOLUK, Yüksek Lisans Öğrencisi, Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa, KKTC, e-posta: [aygucataloluk@gmail.com](mailto:aygucataloluk@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4602-3187>

Dr. Ayşe BURAN, Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Lefkoşa, KKTC, e-posta: [ayse.buran@neu.edu.tr](mailto:ayse.buran@neu.edu.tr)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9697-7101>

**Öz**

Toplumdaki yayınlığının %0,4 ile %0,7 arasında olduğu bildirilen ve bireyde gerçeklik algısının kaybıyla ilerleyen şizofreni, sanrı, varsanı, dağınık konuşma, dağınık eylemler veya negatif belirtilerin görüldüğü ağır ruhsal bir bozukluktur. İnsanlık tarihinde ulaşılan kaynaklar ve aktarmalar, şizofreninin yüzyıllardır var olan bir bozukluk olduğunu göstermektedir. Çok eski dönemlerden 1800'lü yıllara kadar doğa üstü güçler üzerinden açıklanmaya çalışılmışsa da yapılan araştırmalarla bilimsel temelli birçok yaklaşım geliştirilmeye başlanmıştır. Ortaya çıkışındaki esas neden henüz kesin anlaşılamamış olsa da biyopsikososyal faktörlerin etkisiyle oluştuğu kanaati genel olarak kabul görmektedir. Araştırmalar bozukluğun oluşum süreçleri gibi bireylerdeki ilerleyişinin de birbirinden farklı olduğunu göstermiştir. Bu bilgilerse uzmanlarda tedavi süreçlerinde de farklı yaklaşım ve uygulamaları birlikte uygulayabilecekleri anlayışını doğurmuştur. Günümüzde şizofreninin birey bazlı yöntemlerle tedavi edilebilmesi ve bu bireylerin topluma kazandırılabilmelerine yönelik çalışmaların yapılması önem arz etmektedir. Bu makale çalışmasında da yukarıda kısa bir özeti aktarılan şizofreni bozukluğunun, tarihsel süreci, epidemiyolojisi, etiyolojisi ve tedavi yaklaşımları ele alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Şizofreni, Tedavi, Psikoterapi.

**Makale Gönderme Tarihi:** 28.04.2023

**Makale Kabul Tarihi:** 09.07.2023

**Önerilen Atf:**

Çataloluk, A. ve Buran, A. (2023). Şizofreni Bozukluğunun Tarihi, Epidemiyolojisi, Etiyolojisi ve Tedavisi, *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(7): 916-933.



**Journal of Social, Humanities and  
Administrative Sciences**

2023, 6(7): 916-933. DOI:[10.26677/TR1010.2023.1256](https://doi.org/10.26677/TR1010.2023.1256)

ISSN: 2667-422X Dergi web sayfası: [www.sobibder.org](http://www.sobibder.org)



**CONCEPTUAL PAPER**

**The History, Epidemiology, Etiology and Treatment of Schizophrenia Disorder**

Aygül ÇATALOLUK, MSc. Student, Near East University, Institute of Social Sciences, Nicosia, TRNC, e-mail: [aygulcataloluk@gmail.com](mailto:aygulcataloluk@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4602-3187>

Dr. Ayşe BURAN, Near East University, Faculty of Arts and Sciences, Nicosia, TRNC, e-mail: [ayse.buran@neu.edu.tr](mailto:ayse.buran@neu.edu.tr)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9697-7101>

**Abstract**

Schizophrenia, which is reported to be between 0.4% and 0.7% in the society and progresses with the loss of the perception of reality in the individual, is a severe mental disorder in which delusions, hallucinations, disorganized speech, disorganized actions or negative symptoms are seen. The sources and transmissions reached in the history of humanity show that schizophrenia is a disorder that has existed for centuries. Although it has been tried to be explained through supernatural powers from ancient times to the 1800s, many scientific-based approaches have begun to be developed with the researches. Although the main reason for its emergence has not yet been clearly understood, it is generally accepted that it is caused by the effect of biopsychosocial factors. Researches have shown that the progression of the disorder in individuals is different from each other, as are the formation processes. This information has led to the understanding that specialists can apply different approaches and practices together in the treatment processes. Currently, it is important that schizophrenia can be treated with individual-based methods and that studies are carried out to ensure that these individuals can be brought into society. In this article study, the historical process, epidemiology, etiology and treatment approaches of schizophrenia disorder, a brief summary of which was mentioned above, have been compiled.

**Keywords:** Schizophrenia, Treatment, Psychotherapy.

**Received:** 28.04.2023

**Accepted:** 09.07.2023

**Suggested Citation:**

Çataloluk, A. and Buran, A. (2023). The History, Epidemiology, Etiology and Treatment of Schizophrenia Disorder, *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 6(7): 916-933.

## GİRİŞ

Toplum içindeki prevalansının %0,4 ile %0,7 arasında olduğu bildirilen şizofreni, kişinin gerçekte var olan ve olmayan durumları birbirinden ayırt edemediği düşünce, davranış ve de duygularındaki bozulma şeklinde tanımlanabilir (Mortan ve Tekinsav-Sütçü, 2011; Kring vd., 2019). Bu genel tanıma rağmen şizofreni için henüz üzerinde uzlaşılan bir tanımlama yapılamamış ve bireylere tanı konulabilmesinde Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanmış tanı kitabı DSM-V-TR içerisindeki kriterleri karşılama durumu etkili olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Şizofreni çok eski dönemlerden beri insanlığın karşılaştığı ağır ruhsal bir bozukluktur. Bozuklukla ilgili bilimsel çalışmaların yapılmadığı dönemlerde, doğaüstü güçlerin neden olduğuna yönelik yargılar, toplumun bu bireylere korkuyla yaklaşmasına, bireylerinde izole bir hayat yaşamasına neden olmaktadır. Günümüzde dahi toplum içerisindeki yanlış bilgi ve inanışlar, bu bireyleri damgalamakta ve tedavi süreçlerinde engel oluşturmaktadır (Özdemir, 2010). Haricinde şizofreni bozukluğu sadece bireyleri değil, bozukluk sonucunda oluşan gerçeklik algısı kaybı ve diğer yetilerdeki bozulmalar bireyle birlikte bakım verenlerini de ruhsal ve maddi açıdan olumsuz etkilemektedir (Seki-Öz ve Kılıç, 2022).

Şizofreni ile ilgili yapılan onlarca araştırmaya rağmen bilim insanları halen bozukluğun ortaya çıkışındaki neden ya da nedenleri tam anlamıyla aydınlatamamışlardır. Genel olarak kabul edilen husus, bu bozukluğun bir beyin sorunu olduğu ve biyolojik bazı durumlar neticesinde oluştuğu yönündeyse de yine araştırma sonuçları stres, ani kayıp ve travma gibi çeşitli çevresel ve psikolojik etmenlerinde bozukluğun başlamasına ya da sürecin seyrinde etkisi olduğunu göstermektedir. Bu nedenle şizofreninin biyopsikososyal faktörlerden etkilenen bir bozukluk olduğu düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Bireylerdeki oluşum nedenleri ve süreçlerinin birbirinden farklı oluşu, tedavi sürecinde de farklı yöntemleri beraberinde getirmiştir. İlaç tedavisinin çok önemli bir yer tuttuğu tedavi sürecinde elektrokonvülsif tedavi (EKT), psikoterapiler gibi çeşitli yöntemlerinde eş zamanlı olarak uygulanmasının tedavi ilerleyişini olumlu etkilediğine dair çalışmalar mevcuttur. Bu derleme çalışmasında literatür bilgileri kapsamında şizofreni bozukluğunun tarihi, epidemiyolojisi, oluşum nedenlerini ve tedavi yaklaşımları üzerinde durulacaktır.

## ŞİZOFRENİ BOZUKLUĞUNUN TARİHSEL SÜREÇLERİ

Tarihsel açıdan incelendiğinde çok eski dönemlerdeki bazı yazın çalışmalarında şizofreni belirtilerinin bulunduğu hastaların tasvir edildiği görülmektedir. Milattan önce 1550'lü yıllara ait Mısır metinleri, şizofreni belirtileriyle ilgili olduğu düşünülen ilk yazılı kaynaklardandır. Haricinde yine milattan önceki döneme ait Hint kaynaklı Veda metinleri ile eski Yunan doktorlarının yazınları bu alanda karşılaştığımız örneklerden bazılarıdır. Karanlık Çağ olarak anılan Orta Çağ'da, ruhsal bozukluklara sahip bireylerin, şeytan vb. doğaüstü güçlerin etkisi altına girdiklerine inanılır ve bu kişilerin çeşitli işkencelerle cezalandırıldığı aktarılmaktadır (Yurt, 2006; Soygür vd., 2007; Özdemir, 2010).

Bilimsel olarak şizofreniyi 1860 yılında ilk tanımlamaya çalışan kişi Morel' dir. Morel, bozuklukla ilgili erken bunama anlamına gelen "Démence Précoce" ifadesini kullanmıştır. Devamında ise Hecker "Hebefreni", Kahlbaum ise "Katatonik" tanımlarını bozukluk kapsamında kullanmıştır. 1896 senesine gelindiğinde Alman psikiyatr Emil Kraepelin, "Dementia Praecox (Erken Bunama)" tanısı çerçevesinde bozukluğu; paranoid, hebefrenik ve katatonik olarak üç sınıfta toplamıştır (Aschauer vd., 1994). Bu tanımlamaya göre bozukluğun, ilk olarak erken yaşta başlaması, ikinci olarak ise demansla sonuçlanması gereklidir. Bozukluğun sonlanması, yıkımla

sonuçlanırsa “Dementia Praecox”, yıkımla sonuçlanmazsa “Manik Depresif Psikoz” olarak tanımlamıştır (Yurt, 2006; Erkin, 2018).

Uzun yıllar Burgholzi hastanesinde şizofreni hastaları ile çalışmış İsviçreli Eugen Bleuler 1911 senesinde çıkardığı “Erken Bunama ve Şizofreniler Grubu” isimli eseriyle hastalığın tanısına olan yaklaşımı değiştirmiş ve Kraepelin’in aksine erken başlangıcın ya da demansla sonlanımın zorunlu olmadığını aktarmıştır. Bozukluk için akıl yahut zihin bölünmesi anlamına gelen ve günümüzde de halen kullanılmakta olan “Schizophrenia” terimini kullanmıştır (Ceylan ve Çetin, 2005; Kocal vd., 2017).

Gabriel Langfeldt, bozukluk için ampirik deneyimleri kullanarak bazı kriterler açıklamıştır. Bozukluğu “Gerçek Şizofreni” ve “Şizofreniform Psikoz” olarak ayırmıştır (Yurt, 2006). Sonraki dönemlerde bozukluğun tanısına dair diğer önemli çalışmalar psikiyatrist Kurt Schneider tarafından 1930’lu dönemlerde gerçekleştirilmiştir. “Schneider Belirtileri” olarak bilinen ilk sıra belirtilerini belirlemiş ve bu belirtilerin bozukluk tanısını koymada etkili olduğunu açıklamıştır. Öyle ki bu belirtiler DSM-IV tanı kriterleri arasında da yer almaktadır (Erkin, 2018). Crow 1980’de, aslında Kraepelin’den beri bilinen negatif ve pozitif iki türü biyolojik olarak tanımlamıştır (Tan Kartal, 2013).

Şizofreninin DSM yolcuğuna gelecek olursak; 1950’ li yıllarda çıkan DSM-I ile süreç başlamıştır. Ancak DSM-I içerisinde şizofreni bir bozukluk olarak değil, bir tepki davranışı olarak geçmektedir. 1968 senesinde çıkan DSM-II ile birlikte DSM-I içinde kullanılan reaksiyon kavramı dünya genelinde bir birliğin sağlanabilmesi amacıyla ICD-8 baz alınarak terk edilmiştir. Devamında 1980 senesinde yayınlanan DSM-III ile birlikte şizofreni de çok büyük değişiklikler yapılmış ve şizofreninin tanı kriterleri ve süreci tanımlanmıştır. Tanı ölçütleri için altı kriter belirlenmiştir. DSM-III-R’ de ise tanı kriterleri detaylandırılmıştır. Hezeyanlar bizar ve nonbizar olarak ayrılmış ve işitsel olmayan halüsinasyonlar kriterler arasına alınmıştır. Yayınlanan DSM-IV’ te ise belirlenen şizofreni tanı kriterlerinin geçerli ve güvenilir olduğu, yapılan çalışmalarca tasdiklenmiştir. Ekstra olarak ekşi belirtiler kriterler arasına dahil edilmiştir. DSM-IV içerisinde bozukluğun farklı biçimlerini açıklayabilmek için alttürler belirlenmiştir. Bu türler; paranoid, dağınık, katatonik ve ayrışmamış olarak ayrılmıştır. 2013 yılında yayınlanan DSM-V-TR’ de şizofreni tanımı genel hatlarıyla aynı kalmıştır. Ancak DSM-IV’ te bozukluk tanısını almada esas alınan A kriterlerinden en az iki, Schneider ilk sıra kriterlerinden ise bir tanesinin olma gerekliliği kaldırılmıştır. Bireyin tanı almasında hezeyan, halüsinasyon ve dağınık konuşma kriterlerinden sadece bir tanesinin varlığı yeterli kabul edilmiştir. Ayrıca DSM-V-TR içerisinde geçerlilik ve güvenilirliklerinin az olması sebebiyle alttürlerle de yer verilmemiştir (Doğan, 2019; Zorlu, 2020).

2013 senesinde son versiyonu yayımlanan DSM-V-TR’ ye göre ise şizofreni tanısı verilebilmesi için gerekli kriterler aşağıdaki biçimdedir:

- A. Ayırt Edici Belirtiler (Bir aylık süre zarfında aşağıdaki belirtilerden iki veya daha fazlasının olması ve bu belirtilerden en az birinin ilk üç alt kriterden biri olması gerekmektedir.)
  1. Hezeyan (Sanrı),
  2. Halüsinasyon (Varsanı)
  3. Dağınık Konuşma,
  4. Dağınık Davranış,
  5. Negatif Belirtiler.
- B. Bozukluk başladıktan sonraki süre zarfında çalışma çevresi, kişilerarası iletişim veya öz bakım vb. ana alanda yaşanan bir veya daha fazla işlevsellik bozulması.
- C. Bozukluk ile ilgili belirtiler en az altı aydır devam etmelidir. Bu süre zarfında A sınıfı içerisindeki belirtilerin de en az bir ay sürmesi gerekmektedir. Prodromal ve rezidüel evreleri

- de içerebilmektedir. Bozukluk, prodromal veya rezidüel süreçte, bireyde sadece negatif belirtiler veya A sınıfındaki iki ve üstü belirtinin eşik altı şekilleri ile varlığını sürdürebilir.
- D. Şizoafektif bozukluk veya psikoz eşikli depresyon veya bipolar bozukluklar dışında tutulur. Bunun nedeni;
1. Açık evre belirtileri ile aynı zamanda mani süreci veya majör depresyon yoktur.
  2. Açık evre esnasında duygudurumlar oluşmuşsa dahi, bozukluğun genel süresinde kısa bir süre yer edinmiştir.
- E. Bir madde yahut diğer sağlık sorunlarının fizyolojik etkilerine bağlanamaz.
- F. Çocuk yaşta ortaya çıkan iletişim sorunu veya otizm kapsamında bir bozukluk öyküsü varsa, bozukluk tanısı alabilmesi için gereken belirtiler dışında net hezeyan veya halüsinasyonlar da en az bir ay süre mevcutsa bozukluk tanısı konulur.

## ŞİZOFRENİ BOZUKLUĞUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Yapılan araştırmalar bu bozukluğun önemli oranlarda bireysel ve ekonomik problemlere neden olan, topluluk ve bölgelere göre farklılık gösterse de tüm bölgelerde görülen, ciddi bir halk sağlığı problemi olduğunu göstermektedir (Barbato, 1997).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nun 2022' de resmi web sayfasında yayınladığı bilgiye göre şizofreni bozukluğu, dünya genelinde yaklaşık 24 milyon bireyi etkilemektedir. Bozukluk uzun süreli ve kalıcı hasara neden olan ilk on hastalıktan biri olup, 15 ile 35 yaş aralığındaki prevalansı %0,7' dir (Cortesi vd., 2013). Türkiye için yapılan epidemiyolojik çalışmalar sınırlı olsa da toplumdaki prevalansının %0,8 olduğu ve kalıcı hasar oluşturan dokuzuncu hastalık olduğu bildirilmektedir (Yüksel ve Oflaz, 2012; Kocal vd.,2017). Haricinde Binbay ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları araştırmada toplumdaki yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda her 1000 kişide 6,5 iken erkeklerde her 1000 kişi için 11,6 olduğu belirtilmektedir. Genel toplum içindeki prevalansının ise her 1000 kişide 8,9 kişi olduğu belirtilmektedir.

Cinsiyete göre incelendiğinde her iki cinsiyette yaygınlığının aynı düzeylerde olduğu görülmektedir. Bozukluk her iki cinsiyette farklı yaş ve süreçlere sahiptir. Erkeklerde 15-25 yaş aralığında ortaya çıkmakta iken, kadınlarda bu aralık 25-35 yaşdır. Haricinde kadın cinsiyette ikincil olarak en sık başlangıç görülen yaş aralığı 55-64 yaşdır. Bozukluğun 10 yaşından daha evvel ya da 45 yaşından daha sonra bir başlangıca sahip olması ender görülmektedir (Soygür vd., 2007; Kocal vd., 2017). Erken başlangıcından ötürü erkek bireylerde bozukluk, negatif belirtiler ağırlıklı ve daha ağır bir sürece sahipken, kadın bireylerde kısmen de olsa negatif belirtiler açısından sonlanımı daha iyidir (Karamustafalıoğlu vd., 1998).

Şizofreni sürecinde mevcut bozukluğa paralel diğer bir tıbbi hastalığında görülme olasılığı da oldukça yüksektir. Genellikle şeker, uyku apnesi, kalp ve damar hastalıkları ile metabolik bozukluklar görülen ikincil hastalıklardır (Songur vd., 2012; Scheewe vd., 2019). Özellikle kalp ve damar bozukluklarının görülmesi kullanılan antipsikotik ilaçların yan etkisine bağlanmaktadır (Oh vd., 2017). Metabolik bozuklukların ise şizofreni varlığında genele kıyasla 1,5 ile 2 kat fazla ortaya çıktığı bildirilmektedir. Bunun nedeni olarak antipsikotik kullanımı gösterilse de bozukluk neticesinde oluşan fiziksel hareketlilikteki azalmalar, kötü beslenme biçimleri ile alkol ve madde kullanımlarındaki artışlarında etkenler arasında olduğu aktarılmaktadır (Mitchell vd., 2011; Wang vd., 2014).

Diğer bir epidemiyolojik farklılık ise benlik saygısı oranlarındadır. Şizofreni hastalarındaki olumlu benlik saygısı düzeyinin genele göre daha az olduğu bildirilmektedir (Borras vd., 2009). Burada özellikle bozukluğun sebebiyet verdiği işlevsellik düzeyindeki azalmalar, bakım verene ihtiyaç hali ve geleceğe yönelik oluşan umutsuzluk halinin etkili olduğu düşünülmektedir

(Blankertz, 2001). Olumsuz benlik algısı ise beraberinde intihar düşüncesinde, depresyon oranlarında ve semptomlarda artışı doğurmaktadır (Oh vd., 2017).

## **ŞİZOFRENİ BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ**

Şizofrenin neden ortaya çıktığı, hangi etmenlerin buna yol açtığıyla ilgili olarak çok sayıda araştırma gerçekleştirilmektedir. Ancak henüz asıl faktörler bulunamamıştır. Bozukluğun aslında nedeninin tam olarak bilinmeyen bir beyin sorunundan oluştuğu görüşü esas olarak benimsense bile gerek başlangıcında gerekse ilerleyişinde çevresel ve ruhsal etmenlerin etkili olduğu görüşü de kabul edilmektedir. Bu kapsamda; kalıtım, beyindeki işlevsel ve yapı sorunları, doğum süreci ve devamındaki travmalar, biyokimyasal farklılıklar, viral enfeksiyonlar, kayıp, istismar vb. psikolojik etmenler araştırmalara konu olmuş nedenler arasındadır (Koroğlu ve Güleç, 2007).

### **Genetikle İlgili Çalışmalar**

Bozukluğun bilimsel açıdan ilk değerlendirildiği dönemlerden beri, genetik etmenlerin varlığına dair görüşler savunulmaktadır. Yapılan aile, ikiz ve evlat edinme araştırmaları şizofreni bozukluğunda kalıtımın önemli bir yeri olduğunu göstermektedir. Genetik yatkınlık her ne kadar önemli bir risk faktörü olsa da her şizofreni vakasında genetik yatkınlık olgusundan bahsedilememektedir. Haricinde genlerdeki yatkınlıklar genellikle çevresel faktörler aracılığıyla kendisini göstermekte olup, genetik yatkınlık taşıyan her bireyin de şizofreni tanısı alacağı düşünülmemelidir (Binbay vd., 2011; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Yapılan aile araştırmaları sonuçlarına göre ebeveynleri veya akrabaları arasında bozukluk öyküsü olmasının, şizofreni riskini arttıran bir etmen olduğu görülmüştür. Ebeveynleri sağlıklı olan bireylerde şizofreni görülme olasılığı %1 düzeylerinde iken ebeveynlerden birinde şizofreni bozukluk öyküsü varsa bu olasılık %12,5 düzeylerine çıkmaktadır. Eğer her iki ebeveynde birden şizofreni bozukluk öyküsü varsa o zaman risk %35 düzeylerine çıkmaktadır. Danimarka'da Gottesman ve arkadaşlarının 2010'da yaptığı bir çalışmaya göre ise ebeveynlerden birinin şizofreni tanısı almış, diğerinin bipolar bozukluğa sahip olması durumunda ise çocuğun şizofreniye yakalanma riskinin %15,6 düzeylerinde olduğu belirtilmiştir (Songur, 2015; Kring vd., 2019; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Kalıtımın etkisini araştırmada kullanılan bir diğer önemli yöntem ise ikiz çalışmalarıdır. İkiz araştırmaları sayesinde bozukluğun genetik faktörlerle mi yoksa çevresel faktörlerle mi oluştuğu konusunda önemli veriler elde edebilmekteyiz. Şizofreniyle ilgili yapılan tek ve çift yumurta ikiz çalışmaları ile tek yumurta ikizlerinden birinde bozukluğun olması durumunda diğer ikizde de bozukluk görülme riskinin %31 civarlarında olduğu görülmektedir. Çift yumurta ikizlerinde ise bu risk aynı cinsiyette %12 civarındadır. Aynı zamanda tek yumurta ikiz çalışmalarında pozitif belirtilere nazaran negatif belirtilerin genetiksel yönden daha fazla aktarıldığı bildirilmektedir (Kring vd., 2019; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Yine genetiğin etkisini belirlemeye yönelik bebeklik dönemlerinden itibaren evlatlık verilen ailelerde yetişmiş bireyler üzerinde yapılan çalışmalar, bu alanda yapılan diğer araştırma türüdür. Bu kapsamda 1966'da gerçekleştirilen bir çalışmada şizofreni tanısı alan annelerin evlatlık verilmiş çocuklarında ileride şizofreni çıkma oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yapılan farklı bir araştırmada ise yine biyolojik annesi şizofreni tanısı almış evlatlık 164 bireyde ilerleyen süreçte şizofreniye yakalanma riskinin %8,1 olduğu gözlenmiştir. Danimarka'da 500 birey üzerinde yapılan bir araştırmada ise evlat edinilmiş bireylerden şizofreni tanısı konanların

biyolojik akrabalarındaki şizofreni sıklığının daha fazla olduğunu görülmüştür. (Kring vd., 2019; Ketre-Akbaş, 2022).

### **Nöroileticiler Hakkında Çalışmalar**

Şizofreni bozukluğu ve tedavisinde nöroileticilerin yeri ve öneminin tespit edilebilmesi adına çeşitli araştırmalar yapılmaktadır. Özellikle bozuklukla ilgili olduğu üzerine durulan nörotransmitterlerse dopamin, serotonin ve glutamattır.

Araştırmalar neticesinde bilişsel süreçleri ve hareketler üzerinde belirleyici olan dopamin nöroileticisinin şizofrenideki pozitif ve negatif belirtilerin ortaya çıkmasında etken olduğunu göstermektedir (Polat, 2020). Özellikle beş dopamin yolağından mezolimbik ve mezokortikal yolakları bu noktada öne çıkmaktadır. Mezokortikal yolaktaki dopamin seviyesindeki eksilmelerin bireydeki bilişsel süreçleri ve negatif belirtileri tetiklediği düşünülürken, mezolimbik yolaktaki dopamin değişimlerinin ise varsanı gibi pozitif belirtileri tetiklediği üstüne durulmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Yapılan araştırmalarda öne çıkan bir diğer nöroiletici ise serotonindir. Araştırmalar serotoninin dopamini etkileyerek düzenlediğini bildirmektedir. Serotonin fonksiyonlarındaki eksilmelerin ise özellikle belirtilerin şiddetlenmesinde etken olabileceği üzerinde durulmaktadır. Haricinde negatif ve akut seyirli şizofreni hastalarında serotonin fonksiyonlarında daha fazla bozulma gözlenmektedir (Kocal vd., 2017; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Son dönemlerde glutamat nöroileticisi üzerine yapılan araştırmalar, nöronlara uyarıcı etkisinden dolayı özellikle psikofarmakolojik yönden hız kazanmıştır. Glutamatın NMDA reseptörünün bloke edilmesinin şizofreni belirtilerine benzer etkiler yaratması ve şizofrenisi tanısı almış bireyde bozukluğu şiddetlendirmesi nedeniyle şizofreni üzerinde etkili bir nöroiletici olduğu düşünülmektedir (Kocal vd., 2017; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

### **Beynin İşlev ve Yapısı ile İlgili Çalışmalar**

Beyin anormallikleri bozukluğun incelenmesindeki ilk dönemlerden beri gündemde iken, ancak beyin görüntüleme ekipmanlarının kullanımı ile bu noktada detaylı verilerin elde edilmesine başlanabilmiştir. Görüntüleme çalışmalarında temporal ve prefrontal korteksteki gri maddelerin azaldığı, limbik yapıdaki alanlarda ise hacimde azalmaların olduğu görülmektedir. Özellikle prefrontal korteks ve limbik yapıdaki bu farklılıkların bireyde belirtilerin oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir (Polat, 2020).

Hastalığın başlangıç ve ilerleyen aşamasında yapılan görüntüleme çalışmaları ventriküllerin ilk döneme göre genişlediğini, gri maddenin ise daha fazla azaldığını göstermekte, bu da şizofreni bozukluğunun kademeli bir süreçte ilerlediğini düşündürmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

### **Çevresel Etmenlerle İlgili Çalışmalar**

Şizofreni bozukluğunda farklı çevresel faktörlerin de etkileri bulunmaktadır. Araştırmalar belli çevresel etkenlere maruziyetin beyni etkileyerek devamında şizofreni riskini arttırdığını göstermektedir. Hamileliğin özellikle ilk üç ayının kış ve ilkbahar süreçlerine denk gelmesi ve bu dönemlerde geçirilen viral enfeksiyonların bebeğin ilerleyen süreçte şizofreniye yakalanma riskini %5-15 oranlarında arttırdığı bildirilmektedir. Bunun haricinde hamilelikte yahut doğum

esnasında gerçekleşen komplikasyonların, beyne ulaşan oksijen miktarını etkilemesinden dolayı, beyindeki kortikal gri maddede azalmaya ve şizofreni riskini arttırmaya sebebiyet verdiği bildirilmektedir. Araştırmalar hamilelikteki oksijen yetersizliği ve travmalara neden olan asfiksi, hipoksi vb. perinatal anomalilerin özellikle 25 yaş altında bozukluk başlama riskini 1,3 ile 2 kat arasında arttırdığını da göstermiştir (Kotlicka vd., 2001; Kocal vd., 2017; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

### **Psikoanalitik Yaklaşım**

Şizofreninin oluşumundaki temel nedenin tam olarak açıklanamamış olması, psikolojik açıdan da süreç hakkında yaklaşımlar geliştirilmesini sağlamıştır. Psikoanalitik yaklaşıma göre anne, çocuk ya da ailedeki bozulmuş ilişkilerle çocukluk travmaları şizofreni için bir risk faktörüdür. Burada bozulmuş kendilik düşüncesiyle çocukluk travmalarının bireyde gerçeklik algısında kayba neden olacak kadar büyük bir kaygıya neden olduğu görüşü hakimdir (Ketre Akbaş, 2022).

### **Stres Diaztez Yaklaşımı**

Bu varsayım bozukluğun oluşumunda biyopsikososyal faktörleri birlikte ele almaktadır. Yani bireyler kalıtsal açıdan yatkınlığa sahip olabilir, ancak bozukluğun ortaya çıkmasında tek başına yatkınlık yeterli olmamakta farklı faktörlerin bu yatkınlığı etkilemesiyle bozukluk oluşmaktadır (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Travmalar, ilaçlar, doğumdan önce ve doğum esnasındaki sorunlar vb. etmenler bu stres kaynağını oluşturabilmektedir (Mortan ve Tekinsav Sütçü, 2011). Stres durumunda salgılanan yüksek kortizolün dopamin düzeyi üzerinde etkisi olup, yoğun stresin şizofreni ve beraberindeki tekrarlamaların riskini iki katına kadar arttırdığını da belirtmektedir (Kocal vd., 2017).

## **ŞİZOFRENİ BOZUKLUĞUNUN SEYRİ**

### **Bozukluk Başlangıcından Öncesi**

Şizofreni bozukluğu bireylerde ortaya çıkmadan öncesinde, buna yönelik yatkınlığı gösterebilecek çeşitli belirtilerle karşılaşabilmekteyiz. Bu bireyler, ailesi ve yakın çevresi tarafından bozukluk ortaya çıkmadan öncesi için sessiz, yalnızlığı seven, şüpheli, güvensiz ve değişik davranışlar sergileyen kişiler olarak tanımlanmaktadır. Bu özellikler özellikle bozukluğun ayrıntı tanısının konulabilmesinde çok önemlidir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

### **Bozukluk Başlangıcı ve Gidişatı**

Şizofreni bozukluğu sinsi ya da ani bir başlangıç özelliği gösterebilir. Bozukluğun başlangıcıyla ilgili fikir birliğine varılmış net bir belirti bulunmamaktadır. Bozukluk ilk psikozdan sonrasında 5 ile 10 yıl içerisinde bazen net pozitif belirtilerin görüldüğü ataklar bazen de negatif belirtilerin yoğun olduğu yatışma döngüleri ile devam etmektedir. Nüksler ne kadar fazla olursa bozukluğun uzama riski de artmaktadır. Şizofreni bozukluğunda süreçteki olumlu gidişata yönelik olarak aşağıdaki verilen bazı göstergeler mevcuttur (Soygür vd., 2007; Üçok, 2008; Aşkın, 2019).

1. Kadın olmak,
2. Ani başlangıç,
3. Bozukluğun daha geç yaşta ortaya çıkması,



4. Bozukluk öncesi yüksek işlevsellik,
5. Bekar olmama,
6. Kentsel bölgelerde yaşamama,
7. Zekâ seviyesinin yüksek oluşu,
8. Hezeyan ve halüsinasyonların fazla olması,
9. Kısa süreli ve az atak,
10. Tedaviye erken dönemde başlanması ve uyum gösterilmesi,
11. Eş tanı almaması,
12. Ailenin sürece uyum göstermesi,
13. Şizofrenin katatonik veya paranoid türü olması.

### **Bozukluğun Sonlanması**

Şizofreni bozukluğunun sonlanması da süreci gibi bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Bazı bireylerde neredeyse tamamen iyileşme görülebilmekteyken, bazı bireylerde iyileşme ve tekrar alevlenme gibi bir döngüyle devam edebilmektedir. Bazı bireyde ise ağırlıklı negatif belirtilerin olduğu rezidüel bir bozukluğa dönüşebilmektedir. Literatürdeki araştırmalarda bozukluktaki iyileşme olasılığının %10-60 aralığında olduğu bildirilirken, iyileşme sağlanan bireylerinden %20-30 aralığındakilerinin gündelik yaşantılarını normal olarak sürdürebildiklerini aktarmaktadır (Köroğlu ve Güleç, 2007).

### **ŞİZOFRENİ BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ**

Tedavi sürecinde birden fazla belirti ve sorunla karşılaşmaktadır. Bireyler özellikle içgörü becerilerinin zayıflaması nedeniyle bozukluğu kabul etmemekte ve tedaviye karşı çıkmaktadır. Tanı alan bireylerin her birinde farklı belirtilerle sürecin başlaması ve ilerlemesi, beraberinde farklı tedavi biçimlerini doğurmuş, bu da şizofreni için kesin bir tedavi yönteminin bulunmadığını göstermektedir. Bundan dolayı şizofreni tedavilerindeki esas amaç hastalığı tümüyle ortadan kaldırma üzerine değildir. Uygulanan tüm tedavilerde benimsenmiş iki amaçtan bir tanesi bozukluk belirtilerini ortadan kaldırmakken diğeri bireydeki işlevsellik düzeyini arttırabilmektir (Kentre Akbaş, 2022).

Tedavi sürecinde benimsenen bazı temel ilkeler mevcuttur. Bu ilkelerden bazılarında aşağıda bahsedilmiştir (Aşkın, 2019).

1. Tedavi süresi boyunca amaç sadece ortaya çıkan belirtilerin bastırılması olmamalıdır. Aynı zamanda da bireyde oluşabilecek yıkıcı etkenlerin azaltılıp, işlevselliğinin artırılması hedeflenmelidir.
2. Bozukluğun tek bir tedavi şekli bulunmamaktadır. Bu nedenle bireye uygun tedavi biçiminin belirlenebilmesi hedeflenmelidir.
3. Güven ortamı bireyin tedaviye uyum sürecini destekleyen faktörlerden biri olduğundan, bireyle doktor arasında güven ilişkisinin kurulabilmesi hedeflenmelidir.
4. Birey ve ailesine bozukluğun zorluğu ve yaşanılacak süreç ve uyumun önemi konusunda psikoeğitim verilmelidir.
5. Psikozdaki ilk nöbetini geçiren bireyin hastane ortamında tedavi görmesinin daha uygun olduğu unutulmamalıdır. Ancak her bireyin farklı olduğu ve ayaktan tedavi ile de bu sürecin tedavi edilebileceği de atlanmamalıdır.
6. Akut sürecin bitmesinin hemen ardından ilaç tedavisi sonlandırılmamalıdır.
7. Bireyin sosyoekonomik özellikleri dikkate alınarak tedaviye uyumu sağlayacak yöntemler bulunmalıdır.

8. Tedavi sürecindeki doktorların, bireydeki güven bağlarının zedelenmemesi adına sık değiştirilmemesi önemlidir.

### **İlaç Tedavileri**

İlaç tedavisi şizofreni bozukluğunun tedavisinde çok önemli bir yer tutmaktadır. İlaç tedavileri neticesinde özellikle pozitif belirtilerin bireylerde baskılanabilmesiyle birlikte, bireyler uzun süreli izolasyonlardan kurtulmuşlardır (Çetin, 2015). 1950'li yıllarda keşfedilip, kullanılmaya başlanan ve psikoz etkilerini kaldırmalarından dolayı antipsikotik ilaçlar olarak isimlendirilen bu ilaçlar, bozukluğun tedavisinde çok önemli bir rol üstlenmiştir (Yıldız, 2018). Bu ilaçlar dopamin, noradrenalin, serotonin vb. nörotransmitterleri etkilemektedir. Tipik ve atipik olarak iki türde karşımıza çıkmaktadır. Beyindeki dopamin seviyesini baskılaması ve böylelikle pozitif belirtileri azaltması için önceleri tipik antipsikotikler kullanılmaktaysa da tipik antipsikotiklerin negatif belirtileri yeterli oranda baskılayamadığının anlaşılması üzerine günümüzde daha az tercih edilmektedir. 1990'lı yıllarda atipik antipsikotiklerin keşfi ile hem negatif hem de pozitif belirtiler aynı anda baskılanabilmiştir. Bu sebeple tedavi aşamasında atipik antipsikotiklerin kullanımının bozukluk seyri ve yaşam kalitesi açısından daha avantajlı olduğu belirtilmektedir. İlaçların hap, sıvı, iğne biçiminde farklı formları mevcuttur ve hastaya en uygun olanı tercih edilmektedir. Kullanılan tipik antipsikotikler için klorpromazin, haloperidol ilaçları sayılabilirken, klozapin, olanzapin, risperidon, ketiapin ilaçları da kullanılan atipik antipsikotik ilaçlar arasında sayılabilir (Soygür vd., 2000; Plotnik, 2020; Çetin, 2015).

İlaçlarla ilgili olarak Amerika'da Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü öncülüğünde gerçekleştirilen bir araştırma sonucuna göre atipik antipsikotik ilaçlar arasındaki ketiapin ve olanzapin çok fazla kilo alınımına ve metabolik sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle her iki ilacında ilk epizod sürecinde ilk seçenek olarak kullanılmaması önerilmektedir (Çetin, 2015). İlaç tedavisi sürecinde dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri de seçilecek ilacın hastanın belirtilerine ve fizyolojik yapısına uygun şekilde seçilebilmesi ve ilaca uyumun sağlanabilmesidir. Çünkü tedavi süresince gerek içgörü azlığı gerek yan etkileri gerekse aile gibi sosyal destekleyicilerin eksik olması, ilacın düzenli kullanımına engel yaratmaktadır. Bu da devamında belirtilerin baskılanamaması ya da daha ağır nöksleri ortaya çıkarmasına neden olmaktadır (Üstünsoy Çobanoğlu vd., 2003).

### **Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)**

1800'lü yılların sonlarında psikiyatristler tarafından benimsenen, bireyde aynı anda hem şizofreni hem de epilepsinin olamayacağı yönündeki düşünceler neticesinde 1934 yılında nöro psikiyatr Meduna tarafından bu bireylerde farmakolojik maddelerle epilepsi nöbetleriyle konvülsiyon yaratılmıştır. Ancak kullanılan maddelerin istenilen konvülsiyonları oluşturmasındaki zorluklar üzerine 1938'de Cerletti ve Bini tarafından EKT cihazı icat edilmiştir. EKT uygulaması önceleri sadece şizofreni tedavisinde kullanılıyorken, İkinci Dünya Savaşı ile birlikte tedavideki etkisi ve kolaylığından dolayı diğer ruhsal bozukluklarda da kullanılmaya başlanmıştır. Devamında ilaç sektöründeki gelişmeler neticesinde kullanımı azalmış, günümüzdeyse destekleyici uygulamada yararlanılmaya devam etmektedir (Zeren vd., 2003).

Elektrokonvülsif tedavi şizofrenide intihar gibi hayati durumlarda, katatonik tepkisizlik, seçici konuşmamazlık gibi negatif belirtilerin azaltılmasında ve ilaca karşı direnç gösteren bireylerde kullanılmakta ve süreci hızlandırması hedeflenmektedir (Yıldız, 2018).

## Psikoterapiler

Şizofreni gibi psikotik bozuklukların biyolojik etkenlerle daha fazla bağdaştırılması, ilk dönemlerde bu bozukluğun yalnızca ilaç vb. şeylerle tedavi edilebileceği görüşünü hâkim kılmıştır. Heinrichs' in 1986 yılında, şizofreni tedavisinde psikoterapilerin etkili olmadığına ilişkin açıklama yazısıyla, psikoterapi çalışmaları hızını kesmiştir. İlerleyen süreçlerde yapılan araştırmalar göstermiştir ki ilaç tedavileri her ne kadar birincil tedavi yöntemi olsa da ilaç tedavisine rağmen bireylerin yarısından fazlasında semptomlar devam etmektedir. Haricinde bozukluğun biyopsikososyal etmenlerin birleşimi neticesinde ortaya çıkması ve temelinde hatalı düşünce biçimlerinin de yer aldığı görülmesi, psikoterapi uygulamalarının da tedavi sürecine dahil edilmesi görüşünü desteklemiştir (Sungur, 2000). Bununla ilgili son dönemlerde gerçekleştirilen çalışmalarda sadece ilaç tedavisi gören bireylerin bir yıl içerisinde nüks ve yeniden yatış olasılıklarının %40 düzeyinde olduğunu gösterirken iken hem ilaç hem de psikoterapilerin uygulandığı durumlarda nüks ve yeniden yatış oranının %20' lere düştüğünü bildirmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2010).

Bozukluk tedavisinde uygulanan psikoterapi yöntemlerine bakıldığında ağırlıklı olarak belirtilerin tedavisi yani sanrılar, halüsinasyonlar, bilişsel ve işlevsel bozulmalar üzerine odaklandığı görülmektedir. Bu durumsa şizofreni hastalarında semptomları azaltmada ve umut düzeyini arttırmada ana etkenlerden biri olan bireysel mutluluk duygusunun göz ardı edilmesine neden olabilmekte ve bireydeki tam iyileşme gereksinimi giderilememektedir. Şizofreni tanısı almış bir birey için iyileşme; kendisini bağımsız olarak idame ettirebilme, geleceğine yönelik umutlu olabilme, problemler karşısında çözüm üretebilme ve benlik saygısının olması gibi etkenlerin gerçekleştirilebilmesidir. Şizofreni tanılı bireyler üzerinde yapılan bazı araştırmalarda mutluluk düzeyinin düşük olmasıyla bireylerdeki tedavi uyumsuzluğunun ve intihar oranlarının ilişki olduğu bildirilmektedir. Yine, bireydeki mutluluk düzeyinin yüksekliğiyle nüks oranlarının azlığı arasında da ilişki olduğu aktarılmaktadır (Şahin ve Şahin Altun, 2022). Bu nedenlerledir ki şizofreni tedavisinde psikoterapi seanslarında sadece belirtilerinin giderilmesinin değil, mutluluk ve benlik saygısı kavramlarının da odak noktasında tutulması önem arz etmektedir.

Burada terapi süreçlerindeki en önemli unsurlardan biri de psikoeğitimlerdir. Psikoeğitimler, birey ve ailelerinin hastalık hakkında doğru bilgilendirilmesini, süreçte onları neler beklediğini ve etiketleme durumlarını içeren bir bilgilendirme eğitimidir. O sebeple şizofreni de dahil bütün psikolojik bozukluklara ilişkin terapilerde psikoeğitim öncelikli olarak verilmelidir.

### *Bilişsel ve Davranışçı Terapi*

İngiltere'de 20 senedir gerçekleştirilen çalışmalar bilişsel davranışçı terapinin (BDT) şizofreni tedavisi içerisinde önemli bir yeri olduğunu göstermektedir. Bilişsel ve davranışçı terapide amaç bireydeki işlevsiz inanç ve düşünce biçimlerini, daha doğru inanç ve düşünce biçimleriyle değiştirebilmektir. Bilişsel davranışçı terapiyle, bireyin bozuklukla ilgili algısını değiştirebilmesi, belirti sıklığı, anksiyete ve kendisine yönelik damgalamayı azaltması amaçlanmaktadır. Bireyin belirtilerle ilgili daha akılcı düşünce biçimleri geliştirmesi ve sosyal işlevselliğini artırması da yine amaçlanan noktalardandır (Çetin, 2010; Mortan ve Tekinsav Sütçü, 2011). Terapiler bireysel olarak uygulanabildiği gibi özellikle hastane gibi yoğun ortamlarda grup şeklinde de uygulanabilmektedir. Yapılan bir araştırmada ilaç tedavisiyle eş zamanlı uygulanan bilişsel davranışçı terapi uygulamasının, bozukluğun hastane yatışında ve süresinde azalma sağladığı bildirilmektedir (Bechdolf vd., 2004; Valencia vd., 2007). Ancak yine araştırmalarda eş zamanlı olarak kullanılan antipsikotiklerin kilo alımını ciddi oranda etkilemesinden dolayı, terapide

yeme üzerine bir ödüllendirme yerine egzersiz, oyun ve aktivite gibi ödüllendirmelerin tercih edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Çetin, 2015).

### *Grup Terapisi*

Grup terapisi, şizofreni bozukluğunda son 25 - 30 senedir kullanılmakta olan bir yöntemdir. İlaç tedavisiyle eş zamanlı uygulanan grup terapisindeki asıl amaç, bireylerdeki sosyal işlevselliği arttırabilmektir. Terapi sürecinde bireye, ortaya çıkan varsanılarla nasıl mücadele edebileceğine yönelik teknikler gösterilmektedir. Ayrıca grup içinde benzer kişilerle birlikte olmak, bireylerin kendilerini yalnız hissetmemelerini sağlamaktadır (Çağlar, 2018; Summakoglu ve Ertuğrul, 2018).

### *Destekleyici Psikoterapi*

Destekleyici psikoterapide amaç hastaların ilaç tedavi süresince veya sonrasında toplumda kendilerini yalnız ve farklı hissetmelerini engellemek ve toplum içindeki rollerini öğretmektir. Terapide kullanılan model alma, sınır belirleme ve reality testi gibi teknikler ile bireylere az da olsa içgörü kazandırılması hedeflenmektedir (Çağlar, 2018).

### *Aile Psikoterapisi*

Bu terapinin ortaya çıkışındaki ana etken bireyde ortaya çıkan bozukluğun ailedeki süreçlerden bağımsız ele alınamayacağı düşüncesidir. Geçmişten beri psikiyatrik bozukluklarda bireylerin içinde bulunduğu aile yapısının bozukluk süreçlerine etki ettiği bilirse de aile terapi uygulamalarının gelişimi, antipsikotik ilaçlarının uygulanmaya başlandığı psikolojide yeni bir dönem olarak nitelendirilen yatışsız takip anlayışıyla olmuştur (Samancı ve Ekici, 1998). Şizofreni bozukluğu açınsansa gerek bozukluğun gerekse tedavi sürecinin uzun ve meşakkatli olması bu süreçte birey kadar ailelerinin de desteklenmesini kaçılmaz kılmaktadır (Özkan ve Eskiuyurt, 2016). Aileler genellikle bozukluk hakkında çok az bilgiye sahip olduklarından, bilhassa da damgalanma çekincesiyle süreci gizlemeye çalışmakta bu da ailelerin sürece verdikleri katkılara zarar vermektedir (Haley vd., 2011). Ancak bozukluğun belirtilerinin genellikle aileyle yaşanan erken dönemlerde ortaya çıkması, bozukluğun ilk tespiti aşamasında aileleri daha etkin kılmaktadır (Lieberman ve Fenton, 2000). Tedavi sürecinde ise bireylerin tedaviye uyum sağlamasında ailenin önemi çok büyük olduğundan bu süreçte ailelerin bozukluk hakkında bilgilendirilmeleri ve süreç içerisinde ruhsal açıdan desteklenmeleri oldukça önemli olmaktadır. Bu nedenle 1960'lı yıllarla yayımlaşmaya başlayan aile psikoterapileri, şizofreni tedavisinde önemli bir yer edinmeye başlamıştır. Bu terapiyle temelde amaçlanan hususlar; aile içindeki mevcut sorunları çözümlenmek, sözel ve duygusal iletişimi artırabilmek, aile üyeleri arasındaki rolleri ve güç dengesini ayarlayabilmektir. Bu terapilerle ailelerin bozukluk hakkında bilgi düzeyleri artmakta, hasta bireyle baş etme yöntemlerini öğrenmekte, bireyin tedavi süreciyle sosyal hayata adaptasyonuna destek olmakta ve kendi dinamik yapılarındaki duygusal yükü azaltabilmektedirler (Samancı ve İkinci, 1998; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Bir araştırmada bu ailelerde ruhsal sorunların ortaya çıkma riskinin %56,7 düzeylerinde olduğunu, bu oranında da yaklaşık %40' lık düzeyinin depresyon bozukluğundan oluştuğunu göstermektedir (Sintayehu vd., 2015). Bir diğer araştırmada ise bakım verenlerde ortaya çıkan ruhsal sorunların sebepleri arasında etiketlenme çekincesi, mali sorunlar ve sosyal değişiklikler gösterilmektedir (Madianos vd., 2004). Bu araştırmalarla da desteklenmektedir ki aile terapileri günümüzde şizofreni bozukluğu için önemli bir terapi yöntemi konumundadır.

### *Müzik Terapisi*

Eski dönemlerden beri hastalıkların tedavisinde kullanılan müzik terapi, Raudnitz tarafından 1848 senesinde psikotik bozukluklar üzerinde kullanılmaya başlanmış bir sanat terapi yöntemidir. Bu terapi yönteminde danışanın müzikal bir yeteneğe sahip olması beklenmediği gibi terapideki amaç şizofreni tanısı alan bireylerin tedavisini desteklemek, gelişim ve iyileşmelerine katkı sağlayarak işlevselliklerini arttırabilmektir. Literatürdeki müzik terapinin eş zamanlı uygulandığı bazı çalışmalarda, bu yöntemin bireylerin iyileşmelerinde ve işlevselliklerinde artış yarattığını bildirmektedir. Morgan ve arkadaşlarının Avustralya'daki bir hastanede yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre farmakolojik tedaviye ek olarak uygulanan müzik terapinin şizofrenili bireydeki belirtileri azaltmada efektif olduğunu göstermiştir. Yine 2017 yılında yapılan bir sistematik incelemede ise müzik terapi uygulamasının bireydeki negatif belirtilerin azalmasında ve işlevsellik düzeyinin artmasında etkili olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda bu çalışmada seans süreleri ile etkililik düzeyi arasında da pozitif yönlü bir ilişki olduğu da bildirilmiştir (Yalabık, 2021). Ülkemizde ise Salur tarafından 2016'da yapılan bir çalışmada müzik terapi uygulanan altı olgunun ilk ve son test aşamalarında anlamlı farklar olduğu ve bu terapinin etkili bir yöntem olduğu aktarılmıştır (Salur, 2016).

### **TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER**

Şizofreni, bireyin gerçeklik algısının azaldığı, sanrı, varsanı gibi çeşitli belirtilerle karşılaştığı, işlevsellik düşüşü ile devam eden ağır ruhsal bir bozukluktur. Biyopsikososyal faktörlerden kaynaklı çok yönlü bir bozukluk olduğu düşünülse de ortaya çıkış nedeni henüz tam aydınlatılamamış ve kesin bir tedavi yöntemi belirlenememiştir. İlaç tedavisi bireylerin en önemli birincil tedavi unsuru olsa da henüz kullanılan ilaçlar bireylerdeki tam yönlü iyileşmeyi sağlayamamaktadır. Haricinde araştırmalar kullanılan ilaçlara ilişkin önemli yan etkiler olduğunu göstermektedir. Bu yan etkiler arasındaki obezite, kardiovasküler vb. hastalıkların etkilerini azaltabilmeye yönelik bireylere çeşitli yaşam değişiklikleri konusunda bilgilendirmeler ve desteklemeler sağlanabilir. Özellikle süreçteki azalan fiziksel aktiviteye yönelik spor kurslarına katılımın yahut günlük yürüyüşün desteklenmesi gibi adımlarla, bireylerde kilo alım çekincesinden kaynaklı ilaca uyumsuzluğun ve obezite gelişiminin önüne geçilebilir. Bu spor kurslarının toplu sağlığı merkezleri aracılığıyla desteklenmesi ve bireylere ücretsiz olarak sunulmasının ailelerde yaratacağı maddi yükün önlenmesi açısından önemli olacaktır.

Araştırmalar ilaç tedavisine eş zamanlı olarak verilecek psikoterapi uygulamalarının önemini de vurgulamaktadır. Uygulanan terapilerle bireylerin tedaviye uyumu ve işlevselliğini arttırmada önemli ilerlemeler sağlanmakta, ailelerin süreç içerisindeki ruhsal yükü azaltılabilmektedir. Ancak terapi süreçlerinde sadece uyum ve belirtilerin giderilmesine yönelik olan odağın esnetilip, bireylerdeki mutluluk ve olumlu benlik algısını da yükseltebilmeye yönelik olmasının tedavi sürecine önemli katkılar sağlayabileceği son dönemdeki araştırmalarla gösterilmektedir. Ancak henüz bununla ilgili çok fazla araştırma olmamasından dolayı ilerleyen süreçlerde bu konu üzerine yapılacak araştırmaların verileri terapi süreçlerinin iyileştirilmesi hususunda önemli olacaktır.

Yaygınlığıyla ilgili ülkemizde henüz yeterli düzeyde çalışma olmamakla birlikte, oranın binde 8,9 düzeylerinde olduğu bildirilmektedir (Binbay vd., 2011). Ancak bozukluğun diğer ruhsal bozukluklara kıyasla daha ağır olması hem birey hem de bakım verenlerini önemli oranda etkilemesinden dolayı toplumdaki yaygınlık oranının tespiti noktasında araştırmaların

arttırılmasının toplum yükü ve ülke ekonomisindeki boyutlarını görebilmemiz için önemli olacağı kanaatini oluşturmaktadır.

Bozukluğun tedavi sürecinde hem bireylerin hem de bakım verenlerin yaşayabilecekleri önemli sorunlar arasında iş kayıpları da gelmektedir. Bu durum birey ve bakım verenleri açısından hem maddi yük hem de ruhsal açıdan sorunları beraberinde getirmektedir. Bu nedenle ilgili bakanlıkların bu bozukluğa sahip bireylerin tedavi sürecinde bakım verenleri üzerinde oluşan maddi yükü gidermeye yönelik destek planlamaları önemli bir husustur. Örneğin bakım veren aileden bir kişinin kamuda istihdamı sağlanabilirken, tanı alan bireylerinse tedavileri ardından yine kamu da belirli pozisyonlarda istihdamı sağlanabilir. Böylelikle tedavi süreci sonunda hem bireyler iş bulma kaygısı taşımayacak hem de toplum içindeki işlevselliklerini arttırabileceklerdir. Ekonomik boyutu dışında bozukluk hakkında toplumdaki yanlış inanç ve bilgi kirlilikleri bu bireylerin ve ailelerinin damgalanmasına toplumdaki izole olarak yaşamalarına neden olmaktadır. Bu durum ruhsal açıdan önemli sorunlar yarattığı gibi bireylerin süreçteki tedavileri içinde önemli engeller oluşturmaktadır. Bu durumun ve sürecin aile içindeki ruhsal boyutunun azaltılabilmesi konusunda toplum ruh sağlığı merkezleri aracılığıyla ailelere düzenli olarak aile terapilerinin verilmesi önemlidir. Haricinde toplumun ruhsal bozukluklarla ilgili ilköğretim döneminden itibaren bilgilendirilmesi, konuyla ilgili kamu spotlarının yayınlanması bilgi kirliliğinin azaltılması açısından önemli olacaktır. Araştırmalarda göstermektedir ki doğru tedavi süreçleriyle bireylerin %25' i gündelik yaşamlarını bağımsız olarak devam ettirebilme düzeyine geri dönebilirken, %50' si ise orta düzeyde destekle gündelik yaşamlarına geri dönebilmektedir (Summakoglu ve Ertuğrul, 2018).

Tüm bu veriler ışığında ilerleyen süreçte aile ve toplumun bilinç düzeylerinin arttırılmasının ve devamında yapılacak çalışmalarla bozukluğun doğasının daha iyi anlaşılmasının, bireylerin tedavi süreçlerinin daha fonksiyonel ilerlemesine ve tam iyileşme durumunun sağlanabilmesine katkı verebileceği düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. (Beşinci Basım). (Çeviren, Köroğlu, E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Aschauer, H. N., Meszaros, K., Willinger, U., Reiter, E., Heiden, A. M., Lenzinger, E. and Resinger, E. (1994). The Season of Birth of Schizophrenics and Schizoaffectives. *Psychopathology*, 27(6): 298–302. <https://doi.org/10.1159/000284887>

Aşkın, R. (2019). *Şizofreni*. [Online] <http://rustemaskin.com/sizofreni/> [Erişim Tarihi: 25.10.2022].

Bademli, K. ve Çetinkaya-Duman, Z. (2013). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4): 461-478.

Barbato, A. (1997). WHO Nations for Mental Health Initiative & World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Schizophrenia and Public Health. Switzerland: World Health Organization.

Bechdolf, A., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., Klosterkötter, J., Hambrecht, M. and Pukrop, R. (2004). A Randomized Comparison of Group Cognitive-Behavioural Therapy and Group Psychoeducation in Patients with Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1): 21–28. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00300.x>

- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H. ve Alptekin, K. (2011). Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1): 40-52. <https://doi.org/10.5080/u6244>
- Blankertz, L. (2001). Cognitive Components of Self Esteem for Individuals with Severe Mental Illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(4): 457-465. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.4.457>
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N. and Huguelet, P. (2009). Increasing Self-Esteem: Efficacy of a Group Intervention for Individuals with Severe Mental Disorders. *European Psychiatry*, 24(5): 307-316. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.01.003>
- Ceylan, M. E. ve Çetin, M. (2005). *Şizofreni-I. (Üçüncü Baskı)*, İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık.
- Cortesi, P. A., Mencacci, C., Luigi, F., Pirfo, E., Berto, P., Sturkenboom, M. C., Lopes, F. L., Gisustra, M. G., Mantovani, L. G. and Scalone, L. (2013). Compliance, Persistence, Costs and Quality of Life in Young Patients Treated with Antipsychotic Drugs: Results from The COMETA Study. *BMC Psychiatry*, 13(98), 1-16. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-98>
- Çağlar, A. (2018). *Şizofreni Tanısı Alan Bireylerin Algıladıkları Duygu Dışavurumu ile İçselleştirilmiş Damgalanma Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Çetin, M. (2010). Şizofreni Tedavisinde Geline Nokta: Tipik ve Yeni Antipsikotikler Ne Kadar Başarılılar? *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 3(2): 45-53.
- Çetin, M. (2015). Şizofreni Tedavisi: Geçmiş, Bugünü ve Geleceği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 25(2): 95-99. <https://doi.org/10.5455/bcp.20150630080048>
- Doğan, O. (2019). *Tanı ve Şizofrenik Bozukluk Tipleri*. [Online] <https://www.e-psikiyatri.com/tani-ve-sizofrenik-bozukluk-tipleri> [Erişim Tarihi: 26.10.2022].
- Erkin, E. (2018). *Şizofreni Hastalarında Depresyon ve İçgörü Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Haley, C., O’Callaghan, E., Hill, S., Mannion, N., Donnelly, B., Kinsella, A., Murtagh, A. and Turner, N. (2011). Telepsychiatry and Career Education for Schizophrenia. *European Psychiatry*, 26(5): 302-304. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.12.021>
- Karamustafaloğlu, N., Tomruk, N. ve Alpay, N. (1998). Şizofrenide Cinsiyet Farklılıkları: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam*, 11(2): 22-32.
- Kentre-Akbaş, L.B. (2022). *Şizofreni Hastalarının Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Sosyal Destek Sistemleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: İstanbul İli Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Yalova Üniversitesi, Yalova.
- Kocal Y., Karakuş, G. ve Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2): 251-267. <https://doi.org/10.17827/aktd.303574>
- Kotlicka-Antczak, M., Gmitrowicz, A., Sobow, T. M. and Rabe-Jablonska, J. (2001). Obstetric Complications and Apgar Score in Early-Onset Schizophrenic Patients with Prominent Positive and Prominent Negative Symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, 35(4): 249-257. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(01\)00022-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(01)00022-X)
- Koroğlu, E. ve Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı. (İkinci Baskı)*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davinson, G. C. ve Neale, J. M. (2019). *Anormal psikoloji / Psikopatoloji*. (On İkinci Basım). (Çeviren, Şahin, M.). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Lieberman, J. A. and Fenton, W. S. (2000). Delayed Detection of Psychosis: Causes, Consequences, and Effect on Public Health. *American Journal of Psychiatry*, 157(11): 1727–1730. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1727>
- Madianos, M., Economou, M., Dafni, O., Koukia, E., Palli, A. and Rogakou, E. (2004). Family Disruption, Economic Hardship and Psychological Distress in Schizophrenia: Can They Be Measured? *European Psychiatry*, 19(7): 408–414. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.028>
- Mitchell, A. J., Vancampfort, D., Sweers, K., van Winkel, R., Yu, W. and De Hert, M. (2011). Prevalence of Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities in Schizophrenia and Related Disorders—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2): 306–318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr148>
- Mortan, O. ve Tekinsav-Sütçü, S. (2011). İştisel Varsanılarda Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4): 647-663. <https://doi.org/10.5455/cap.20110329>
- Oh, E., Song, E. and Shin, J. (2017). Individual Factors Affecting Self-esteem, and Relationships Among Self-esteem, Body Mass Index, and Body Image in Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6): 588–595. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.08.007>
- Özdemir, H. İ. (2010). *Şizofrenide, Beyinde Görülen Yapısal Değişikliklerin Manyetik Rezonans Görüntüleme ile Voksel Tabanlı Morfometrik Analizi*, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Özkan, B. ve Eskiuyurt, R. (2016). Şizofreni Hastalarının Ailelerine Yönelik Telepsikiyatrik Müdahalelerin Etkinliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3): 228-243. <https://doi.org/10.18863/pgy.238185>
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2020). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (On Altıncı Baskı), Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Plotnik, R. (2020). *Psikolojiye Giriş*. (Çeviren, Geniş, T.) İstanbul: Kaknüs Yayıncılık.
- Polat, D. (2020). *Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerine Verilen Psikoeğitim Workshop Programının Bakım Yüklü, İlaç Uyumunu Değerlendirme ve Problem Çözme Becerilerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
- Salur, M. Ö. (2016). *Aiming for Change: Exploring the Benefits of Music Therapy on Patients Diagnosed with Schizophrenia in a Turkish University Hospital*, Unpublished Master's Thesis, University of Jyväskylä, Finland.
- Samancı, A.Y. ve Ekici, G. (1998). Aile Terapisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 11(3): 45-51.
- Scheewe, T. W., Jörg, F., Takken, T., Deenik, J., Vancampfort, D., Backx, F. J. G. and Cahn, W. (2019). Low Physical Activity and Cardiorespiratory Fitness in People with Schizophrenia: A Comparison with Matched Healthy Controls and Associations with Mental and Physical Health. *Frontiers in Psychiatry*, 10(87), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00087>
- Seki-Öz, H. ve Kılıç, N. (2022). Ebeveyni Şizofreni Hastası Olan Bireylerin Psikiyatrik Belirtilerinin İncelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 3(2): 129–148.
- Sintayehu, M., Mulat, H., Yohannis, Z., Adera, T. and Fekade, M. (2015). Prevalence of Mental Distress and Associated Factors Among Caregivers of Patients with Severe Mental Illness in the Outpatient Unit of Amanuel Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2013: Cross-Sectional Study. *Journal of Molecular Psychiatry*, 3(9), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40303-015-0014-4>



- Songur, E., Karşlıoğlu, E.H., Soygür, H., Kaymak, S.U., Özalp, E. ve Cankurtaran, E.Ş. (2012). Şizofreni ve Şizoaffektif Bozuklukta Metabolik Sendrom. *Klinik Psikiyatri*, 15: 80-91.
- Songur, E. (2015). Çocukluk Çağı Başlangıçlı Şizofreni, Seminer, Gaziosmanpaşa Üniversitesi 25 Mart 2015. Tokat.
- Soygür, H., Aybaş, M., Hınçal, G. ve Aydemir, Ç. (2000). Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliđi Ölçeđi: Güvenirlik ve Yapısal Geçerlik Çalışması. *Düşünen Adam Dergisi*, 13(4): 204-210.
- Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, C. E. ve Herken, H. (2007). *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneđi Yayınları.
- Summakoglu, D. and Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 2(1): 43-61.
- Sungur, M. (2000). Şizofreni: Mitler ve Gerçekler. *Klinik Psikiyatri*, 1(1): 5-12.
- Şahin, F. ve Şahin-Altun, Ö. (2022) Şizofreni Hastalığında Mutluluk Kavramı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(3): 291-298.
- Tan-Kartal, N. (2013). *Şizofreni Hastalarında İlgörünüün Yaşam Niteliđi, Depresyon ve Belirti Örüntüsü ile İlişkisi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Üçok, A. (2008). Şizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellikler ve Tedavi İlkeleri. *Klinik Psikiyatri*, 11(1): 3-8.
- Üstünsoy-Çobanoğlu, Z. S., Aker, T. ve Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam Dergisi*, 16(4): 211-218.
- Valencia, M., Rascon, M. L., Juarez, F. and Murow, E. (2007). A Psychosocial Skills Training Approach in Mexican Out-Patients with Schizophrenia. *Psychological Medicine*, 37: 1393-1402. <https://doi.org/10.1017/s0033291707000657>.
- Wang, P. S., Wu, S. L. and Ching, H. Y. (2014). The Use of Psychiatric Drugs and Worsening Body Mass Index Among Inpatients with Schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, 29(4): 235-238. <https://doi.org/10.1097/YIC.000000000000027>
- World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. [Online] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> [Erişim Tarihi: 25.10.2022].
- Yalabık, R. (2021). *Şizofreni Tanılı Bireylerle Yapılan Ritm-Müzik Grubunun Umut, Kaygı, Depresyon, Duygu Düzenleme, İşlevsellik ve Bilişsel İşlevler Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Yıldız, M. (2018). *Şizofreni: Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- Yurt, E. (2006). *Şizofreni Hastalarında Aleksitimi; Negatif Belirtiler, İlaç Yan Etkileri, Depresyon ve İlgörü ile İlişkisi*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Yüksel, Ç. T. ve Oflaz, F. (2012). Antipsikotik İlaç Kullanan Bir Grup Yatan Hastada İlaç Yönetimi Eğitiminin Değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2): 67-74.
- Zeren, T., Tamam, L. ve Evlice, Y. E. (2003). Elektrokonvülsif Terapi (EKT): Bir Genel Değerlendirme. *Arşiv*, 12: 340-378.

Zorlu, S. (2020). *Şizofreni – DSM-I'den DSM-V'e*. [Online] <https://sevilayzorlu.com/sizofreni-dsm-iden-dsm-ve/> [Erişim Tarihi: 26.10.2022].