

Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar

Yrd. Doç. Dr. Emrah SONGUR

Psikoz nedir?

- Jenerik bir terimdir
- “Gerçeğin algılanmasında bozulma, gerçekle bağlantının kopması”
- Hastalık değil, belirti
- Beynin işlevlerini etkileyen birçok nedene bağlı ortaya çıkabilir

Psikotik Bozuklukların Kategorileri*

Affektif olmayan psikozlar	Affektif psikozlar	Maddenin yol açtığı psikozlar	Genel tıbbi durumlara bağlı psikozlar
<ul style="list-style-type: none"> • Şizofreni • Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk • Şizofrenimsi (şizofreniform) bozukluk • Sanrılı bozukluk • Kısa psikoz bozukluğu • Tanımlanmış diğer bir şizofreni aşımı • Kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk • Tanımlanmamış diğer bir şizofreni aşımı • Kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk 	<ul style="list-style-type: none"> • Bipolar bozukluk (psikotik özelliklerle) • Yegün (Major) depresyon bozukluğu psikotik özelliklerle 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkolün yol açtığı psikotik bozukluk • Diğer maddelerin/ilacın yol açtığı psikotik bozukluk 	<ul style="list-style-type: none"> • Başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu

*. DSM 5'e göre

Şizofreni

- Ruhsal durumun hemen tüm alanlarında belirti ve bulgular gösteren,
- Genellikle gençlik yıllarında başlayan,
- Gidiş ve sonlanışı hastadan hastaya ve süreç içinde değişen,
- Henüz etiyojisi tam olarak bilinmeyen ve
- Önemli ölçüde yeti yitimine yol açan
- Bir toplum sağlığı sorunudur.

Epidemiyoloji

- Şizofreninin yaşam boyu prevalansı %0,5 ile %1,5 (ortalama %1)
 - Şizofreni insidansı, Dünya'nın farklı yerlerinde benzer bulunmuştur.
- K=E
- Erkeklerde 20-25 yaşları arası en yüksek tepe değerine ulaşır.
 - 30-35 yaşları arası yüksek olmayan ikinci bir tepe değeri görülür.
- Kadınlarda hastalık erkekler göre ortalama 5 yıl geç başlar.
- 30'lu yaşlarda erkeklerde sıklık daha fazla iken 40 yaşından sonra kadınlarda iki kat daha fazla görülür.

Bleuler'in 4A Belirtisi

1. **A**ssosiasyon (çağırışım) bozukluğu
2. **A**utizm (otizm)
3. **A**mbivalans
4. **A**ffekt (duygulanım) bozukluğu

Schneider'in birinci sıra belirtileri

1. Kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme
2. Aralarında tartışan sesler işitme
3. Kişinin hareketleriyle ilgili yorumlar yapan sesler işitme
4. Dış güçler tarafından oluşturulan bedensel duyumlar yaşama
5. Sanrılı algılama
6. Düşünce sokulması
7. Düşünce çekilmesi
8. Edilgen olmayla ilgili yaşantılar

Schneider'in ikinci sıra belirtileri

1. Varsanı (Halüsinasyon)
2. Yanılsama (İllüzyon)
3. Alınma (Referans) düşünceleri ve sanrılar
4. İntihar, homisid
5. Ekolali, ekopraksi
6. Negativizm
7. Depersonalizasyon
8. Manyerizm, steriotipi

Psikopatolojik Özellikler

• Psikopatolojik özelliklerin analizi belirtilerin 5 ana kategoride toplanabileceğini göstermiştir.

1. **Pozitif belirtiler**; varsanı ve sanrılar içine alan psikotik belirtiler
2. **Negatif belirtiler**; dürtülerde ve istekte değişiklikleri içeren motivasyon azlığı, spontan konuşmada azalma ve sosyal içe çekilme gibi belirtiler

3. **Bilişsel belirtiler**; bellek, dikkat ve yürütücü işlevlerde bozukluklarla karakterize nörobilişsel değişiklikler
4. Depresif ve manik belirtilere sebep olabilen duygudurum bozuklukları ve duygulanım düzenlenmesinde bozukluklar (**afektif disregülasyon**)
5. **Agresif belirtiler**

Pozitif belirtiler

Sanrılar

- Kötülük görme (perseküsyon)
- Alınma (referans)
- Büyüklük (grandiyözite)
- Kontrol edilme
- Kıskaçlık (jaluzik)
- Suçluluk

- Erotomani
- Somatik sanrılar
- Düşünce okunması
- Düşünce yayınlanması
- Düşünce sokulması
- Düşünce yayınlanması

Varsanılar

- İşitsel
- Görsel
- Koku
- Tat
- Dokunma

Diğer

- Dezorganize konuşma
- Dezorganize davranış
- Katatoni

Negatif belirtiler

- Duygulanımda küntleşme
- Duygusal içe çekilme
- Pasivite
- Apatik sosyal içe çekilme
- Soyut düşünme güçlüğü
- Spontanlıkta kayıp
- Steriotipik düşünce

- Düşünce ve konuşmanın akıcılık ve üretiminde azalma (aloji)
- Amaca yönelik hareketlerin başlatılmasında kısıtlılık (avolüsyon)
- Zevk alamama (anhedoni)
- Dikkatte bozulma

ICD-10'a göre şizofreninin tanı ölçütleri (1/3)

• G1: Aşağıda (1) numara altında sıralanmış semptom ve belirtilerden en az birisinin ya da (2) numara altında sıralanmış belirtilerden en az ikisinin, en az bir ay boyunca devam etmiş olan psikoz atağında zamanın çoğunda görülmüş olması.

1. Aşağıdakilerden en az birisi

- a) Düşüncenin yankılanması, sokulması ya da çekilmesi ya da düşüncenin yayınlanması
- b) Kontrol edilme, etkilenme veya edilgenlik sanrıları ki bunlar beden hareketlerine veya özel düşünce ve eylemlere, duyumlara ait olabilir- ayrıca sanrılı algılama
- c) Hastanın davranışlarını kumanda eden veya hasta hakkında kendi aralarında tartışan işitsel varsanılar veya vücudun bazı kısımlarından gelen başka türde varsanısal sesler
- d) Olması mümkün olmayan tipte ve kültüre uygunsuz nitelikte devamlı sanrılar

ICD-10'a göre şizofreninin tanı ölçütleri (2/3)

2. Aşağıdakilerden en az ikisi

- Herhangi bir duygulanım içeriği olmayan sanrılarla veya sürekli aşırı değerlilik fikirleriyle birlikte giden, en az bir ay süreyle her gün görülen herhangi bir türdeki (işitsel, görsel, dokunsal vb.) devamlı varsanılar
- Neolojizm, ilgisiz ya da enkoheran konuşmaya neden olan düşüncenin devamlılığında kopuşlar
- Balmumu esnekliği, negativizm, postür alma, stupor, eksitasyon ile giden katatonik davranış
- Apati, konuşma fakirliği, emosyonel cevaplarda uygunsuzluk veya körelme (nöroleptik tedavisi veya depresyona bağlı değildir) gibi negatif belirtiler

ICD-10'a göre şizofreninin tanı ölçütleri (3/3)

- G2: En sık kullanılan dışlama kriteri:
 - Eğer hasta manik atak veya depresif atak kriterlerini karşılırsa yukarıdaki kriterlerin mizaç bozukluğu gelişmeden önce bulunması gerekir.
- G3: Bozukluk organik beyin hastalığı, alkol veya ilaç entoksikasyonu, yoksunluğu ya da bağımlılığına bağlı değildir.

Şizofreninin alt tipleri (DSM-IV TR'ye göre)

- Paranoid
- Dağınık (dezorganize/hebefrenik)
- Katatonik
- Ayrışmamış (farklılaşmamış, diferansiye olmamış)
- Kalıntı (rezidüel)
- Diğer alt tipler
 - Bouffee Delirante (Akut delüzyonel psikoz)
 - Latent
 - Oneroid
 - Parafreni
 - Psödonörotik şizofreni
 - Basit deteriyoratif bozukluk (Basit şizofreni)
 - Şizofreninin postpsikotik depresif bozukluğu
 - Erken-başlangıçlı şizofreni
 - Geç-başlangıçlı şizofreni
 - Defisit şizofreni

Paranoid şizofreni

- Bir veya birden fazla hezeyan yanında sıklıkla işitme varsanıları bulunur.
- Klasik olarak kötülük görme ve büyüklük sanrılarının varlığıyla karakterizedir.
- Dezorganize davranış veya konuşma, katatonik (donakalım) görülmez.

Dağınık (dezorganize/hebefrenik) şizofreni

- Dağınık (dezorganize/hebefrenik) tipte hastaların düşünce bozuklukları belirgin ve gerçekle ilişkileri zayıftır.
- Kişisel görünümleri özensiz ve duygusal yanıtları uygunsuzdur.

Katatonik şizofreni

- Stupor,
- Karşıtlılık (negativizm),
- Rijidite,
- Eksitasyon,
- Postür almayı içeren belirtiler görülür.
- Steriotipik davranışlar,
- Balmumu esnekliği eşlik edebilir.
- Mutizm sıklıdır.

Ayrılmamış (farklılaşmamış, diferansiye olmamış) şizofreni

- Ayrılmamış (farklılaşmamış) tipte hastaya açık olarak şizofreni tanısı konulmakla beraber belirti ve bulgular diğer alt tiplerin ölçütlerine uymamaktadır.

Kalıntı (rezidüel) şizofreni

- Kalıntı şizofreni hastalığın sürdüğüne dair kanıtlar olmasına rağmen aktif belirtilerin tamamının olmaması ya da diğer tiplerden birinin tanısını koymaya yetmemesi ile karakterizedir

Şizofreninin -ek- alt tipleri (ICD-10'a göre)

Şizofreni-ardı çökkünlük

- Şizofreni atağından sonraki depresif dönem

Basit şizofreni

- Sanrı ve varsanıların olmadığı, garip davranışlar ve toplumsal ilişkilerde ve diğer becerilerde bozulmanın olduğu

Prodromal dönem belirtileri

- Bireyin hastalık öncesi kişilik, davranış ve düşünce modelinde bir değişikliğin olması.
- Somatik yakınmalar
 - Baş, sırt ve adale ağrısı, güçsüzlük ve sindirim sorunları gibi.
- Garip davranışlar,
- Anormal duygulanım,
- Olağan dışı konuşma,
- Garip düşünceler ve
- Garip algısal deneyimler

Gidiş ve sonlanım

- Bazı hastalar tamamen düzelirken bazılarında hastalık süregelen seyreder.
- Düzeltme oranları literatürde %10-60 arasında bildirilmiştir
- Şizofreni hastalarının %20-30'unun görece normal bir yaşam (bağımsız olarak yaşayabildikleri ve iş buldukları vb.) sürdürdükleri tahmin edilmektedir.
- Hastaların çoğunda daha kötü bir gidiş görülür; %20-30'unda orta derecede, yarısından fazlasında da şiddetli belirtiler erişkinlikleri boyunca devam eder.

İyi prognoz	Kötü prognoz
Kadın cinsiyet	Erkek cinsiyet
Akut/ani başlangıç	Sinsi başlangıç
Geç başlangıç	Erken başlangıç
Ailede duygudurum bozukluğu öyküsü	Ailede şizofreni öyküsü
İyi premorbid, sosyal, cinsel ve mesleki öykü	Kötü premorbid, sosyal, cinsel ve mesleki öykü
Evli olmak	Bekar, boşanmış, ayrılmış olma
Kırsal kesimde yaşama	Şehir merkezinde yaşama
Yüksek zeka düzeyi	Zeka düzeyinin düşük olması
Pozitif belirtilerin (sanrı ve varsanıların) baskın olması	Negatif belirtilerin baskın olması Nörolojik bulgu ve belirtiler Fenotipik travma öyküsü Üç yıl içinde düzelmeme
Az sayıda ve kısa süreli alevli dönem	Çok sayıda ve uzun süreli hastaneye yatışların olması
Katatonik ve paranoid türler	Dağınık belirtilerin olması
Tedaviye erken başlanması ve tedaviye uyumun iyi olması	Tedavi edilmemiş psikozun süresinin uzun olması ve düzenli tedavi alınmaması
Ek tanı olmaması	Ek tanı olması
İyi destek sistemleri	Kötü destek sistemleri
Belirgin presipite edici etkenler	Presipite eden etkenin olmaması
İyi destek sistemleri	Kötü destek sistemleri

Etiyoloji

- Şizofreninin etiolojisi tam olarak bilinmemektedir.
 - Heterojen bir hastalık (Farklı kişilerde farklı etiyojilere bağlı farklı klinik gidiş ve sonlanış görülür.)
 - Tespit edilen her risk faktörü tüm hastalarda görülüyor.
 - Hastalığın patognomonik belirtisi yok.
- Etiyolojiye dair ortaya atılan temel modeller
 - Nörotransmitter modeli
 - Nörogelişimsel model
 - Nörodejeneratif model
 - Kalıtımın katkısı
 - Psikososyal ve çevresel nedenler

Etiyoloji

Nörotransmitter modeli

- Şizofreni etiyojisinde etkili olan nörotransmitterler;
 - Dopamin
 - Serotonin
 - Glutamat
 - GABA

Etiyoloji

Dopamin Hipotezi

- Hastalığın pozitif ve negatif belirtilerinden sorumludur.
- Hastalığın patogeneğinde perfrontal kortekste D₁ reseptörlerinde hipoaktivite → negatif belirtiler
- Subkortikal yapılarda dopamin transmisyonunda artış → D₂ reseptör uyarımında artma → pozitif belirtiler

Etiyoloji

Serotonin Hipotezi

- Serotonin sisteminin şizofreniyle ilgisi serotonini antagonize eden ajanların (D-Liserjik Asid Dietilamid, fenfluramin ve m-klorofenilpiperazin) şizofreniye benzer varsanılara sebep olduğu gözlemine dayanır. → 5-HT_{2A} üzerinden halüsinojenik etki → Atipik antipsikotiklerin etkisi
- Eksitatuvar 5-HT_{2A} ve inhibitör 5-HT_{1A} reseptörleri korteks ve hipokampustaki glutamaterjik nöronlar ve GABAerjik internöronlar üzerinde yerleşmiştir.

Etiyoloji

Nörogelişimsel Model

- İntrauterin dönemde beyin gelişimini olumsuz etkileyen etkenlerin ileride şizofreni oluşumuna neden olduğunu öne süren modeldir.
 - Prenatal stres
 - Yetersiz beslenme ve açlık
 - Gebelikte D vitamini eksikliği
 - İntra uterin enfeksiyonlar
 - Obstetrik anomaliler (preeklempsia, hipoksi, sitotoksik hasar, sinaps sayısında azalma vb.)

Etiyoloji

Nörodejeneratif Model

- Şizofreninin nörodejeneratif hastalıkların özelliklerinin gösterdiği düşünülmüştür;
 - Genetik temel vardır.
 - Biyokimyasal süreçlerle tetiklenir
 - Patofizyolojik değişiklikler belli bir eşiğin üstüne çıkana kadar klinik olarak belirti vermez.
 - Hastalığa özgül olmayan ve her hastada görülmeyen bazı histopatolojik, nörokimyasal ve yapısal bozukluklar vardır.
 - Klinik özelliklerin ve yapısal değişikliklerin ilerleyici özelliktedir.
 - Bu özelliklerin yanında;
 - Beyinde gliozis görülmez
 - Nöron sayısında azalma görülmez (daha çok sinaps sayısı azalır)

Etiyoloji

Kalıtımın Katkısı

- Şizofrenide paylaşılan genler arttıkça risk artar.
 - Şizofreni 3. derece akrabalarda %2,
 - 2. derece akrabalarda %2-6 ve
 - 1. derece akrabalarda %6-17 oranında görülür.
- İkizlerden konkordans
 - Monozigot ikizlerde yaklaşık %50
 - Dizigot ikizlerde yaklaşık %17

Etiyoloji

Psikososyal ve Çevresel Nedenler

- Kalıtım şekline yönelik çalışmalar şizofrenide az sayıda genin (oligogenik) orta şiddette ya da çok sayıda genin (poligenik) hafif düzeyde etkisinin veya her iki şekilde bir etkinin olduğunu düşündürmektedir.
- Şizofrenide 1, 6, 8, 10, 13 ve 22 numaralı kromozomlarda delesyon (kromozomlarda eksilme), translokasyon (karşılıklı parça değiştirme) gibi kromozom anomalilerinin olduğu bildirilmiştir

Etiyoloji

Psikososyal ve Çevresel Nedenler

- Şizofreni gelişim açısından biyolojik etkenlere sahip kişilerde çevresel etkenler hastalığın ortaya çıkmasına katkıda bulunur.
 - Çocuklukta cinsel/fiziksel travmaya uğramış olmak
 - Erken yaşta ebeveyninden ayrı kalma
 - 15 yaşına kadar şehirde yaşamak
 - Esrar ve madde kullanımı vb.

Ayrı Tanı

Tıbbi ve Nörolojik

- Maddeye bağlı
 - Amfetamin
 - Halüsinojenler,
 - Belladonna alkaloidler,
 - Alkolik halüsinozis,
 - Barbitürat çekilmesi,
 - Kokain,
 - Fensiklidin
- Epilepsi – özellikle temporal lob epilepsisi
- Neoplazm, serebrovasküler hastalıklar ya da travma –özellikle frontal veya limbik
- Diğer durumlar
 - Akut intermitan porfiri
 - AIDS
 - Vit B12 eksikliği
 - Karbon monoksit zehirlenmesi
 - Serebral lipidozis
 - Creutzfeldt-Jakop Hastalığı
 - Fabry Hastalığı
 - Fahr Hastalığı
 - Hallervorden-Spatz Hastalığı
 - Ağır metal zehirlenmesi
 - Herpes ensefaliti
- Homosistinüri
- Huntington Hastalığı
- Metakromatik lökodistrofi
- Nörosifiliz
- Normal basıncılı hidrosefali
- Pellegri
- Sistemik Lupus Eritematozus
- Wernicke-Korsakoff Sendromu
- Wilson Hastalığı

Psikotik Bozuklukların Kategorileri*

Affektif olmayan psikozlar	Affektif psikozlar	Maddenin yol açtığı psikozlar	Genel tıbbi durumlara bağlı psikozlar
<ul style="list-style-type: none"> • Şizofreni • Şizodüyanimsal (şizoaffektif) bozukluk • Şizofrenimsi (şizofreniform) bozukluk • Sanrılı bozukluk • Kısa psikoz bozukluğu • Tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk • Tanımlanmamış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk 	<ul style="list-style-type: none"> • Bipolar bozukluk (psikotik özelliklerle) • Yeğin (Major) depresyon bozukluğu psikotik özelliklerle 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkolün yol açtığı psikotik bozukluk • Diğer maddelerin/ilacın yol açtığı psikotik bozukluk 	<ul style="list-style-type: none"> • Başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu

*.DSM 5'e göre

Ayrı Tanı

Psikiyatrik Hastalıklar

- Atipik psikoz
- Otistik bozukluk
- Kısa psikotik bozukluk
- Delüzyonel bozukluk
- Ağır olarak psikolojik belirtiler ve bulgulara sahip yapay bozukluk
- Temaruz
- Duygudurum bozuklukları
- Normal ergenlik
- Obsesif-kompulsif bozukluk
- Kişilik bozuklukları
- Şizoaffektif bozukluk
- Şizofreniform bozukluk

Tedavi

Antipsikotik İlaçlar

- Şizofreni tedavisinin merkezindedirler.
- Hangi antipsikotik ilacın kullanılacağına karar verirken;
 - Hedef alınan belirtiler ve hastalığın dönemi (akut/ilik atak dönemi vs. sürdürüm dönemi)
 - Hastanın kilosu
 - Önceden kullandığı ilaçların etkileri, yan etkileri ve uyum sorunları
 - Ekonomik durumu hesaba katılır.



Tedavi

1. Kuşak Antipsikotik İlaçlar

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol • Klorpromazin • Tiyoridazin • Trifluoperazin • Flufenazin • Pimozid | Özellikleri <ul style="list-style-type: none"> • Ekstrapiramidal sistem belirtileri dikkat çeker. • Klasik, tipik, birinci kuşak • İlaç uyumu kötü • Yan etkileri fazla |
|---|--|

Tedavi

2. Kuşak Antipsikotik İlaçlar

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ziprasidon • Ketiyapin • Risperidon • Paliperidon • Olanzapin • Klozapin • Amisülpirid • Aripiprazol • Zotepin • Sertindol | <ul style="list-style-type: none"> • Lurasidon • Kariprazin • Fanzapin • Klozapin • Blokasetin • Breksiprazol • Zikrozapin • Ekspazamin • Vildiprazin • Frikasasetin • Remakaprid • Moxaprazin | Özellikleri <ul style="list-style-type: none"> • Atipik, klasik olmayan, ikinci kuşak • Yan etkileri klasik antipsikotiklere göre daha az. • Daha az EPS belirtisi yapar. • Pozitif belirtilere 1. kuşak antipsikotikler kadar etkili, ayrıca negatif belirtilere de etki ederler. • Metabolik yan etkileri; <ul style="list-style-type: none"> • Kilo artışı → diabet riskinde artış • Kan lipidlerinde bozulma • Tüberoinfundibüler yolakta dopamin artışı → Prolaktin arttırma <ul style="list-style-type: none"> • Amisülpirid • Risperidon • Paliperidon |
|---|--|---|

Tedavi

Antipsikotik İlaçlar

- Hastanın kişisel özelliklerine dikkat edilerek ilaç tedavisi kararlaştırılır.
- Antipsikotik ilaçların etkileri birkaç gün içinde başlasa da özellikle pozitif belirtilere etkilerinin tam olarak görülmesi için 3-4 hafta gerekir.
- Hastaların akut hastalık döneminde/ilik atak döneminde iğgürüsü az olduğundan veya olmadığından tedavi reddi sık görülür. Bu durumda başlangıçta antipsikotiklerin enjekte edilebilir preparatları kullanılabilir.
 - Norodol® (Haloperidol)
 - Zyprexa® (Olanzapin)
 - Zeldox® (Ziprasidon)
 - Clopixol acuphase® (Zuklopentixol)
 Daha sonra genelde aynı ilacın oral preparatıyla tedaviye devam edilir.
- İdame döneminde ilaç dozları daha azdır.

Tedavi

Antipsikotik İlaçlar

- İlaç tedavisine uyumu kötü olan hastalarda depo antipsikotik preparatları kullanılabilir.
 - Risperdal consta® (Risperidon-consta) – 15 günde bir
 - Xeplion® (Paliperidon palmitat) – 30 günde bir
 - Norodol dekanooat® (Haloperidol dekanooat) – 28 günde bir
 - Clopixol depot® (Zuklopentixol dekanooat) – 14 günde bir
 - Prolixin deconate® (Flufenazin dekanooat) – 14 günde bir
 - Abilify Maintena® (Aripiprazol) – 28 günde bir

Tedavi

İlaç tedavisi ilkeleri

- Düşük doz antipsikotik ilaç kullanımı yüksek doz ilaca tercih edilir.
 - Yüksek dozlar daha fazla EPS yan etkisi ortaya çıkmasına sebep olur.
- EPS ve tardiv diskinezi riski/öyküsü olan hastalarda atipik antipsikotik ilaçlar kullanılır.
- İlaçların etkinliğine karar vermek için yeterli dozda 4-8 hafta beklenmesi gerekir.
- Olabildiğince monoterapi uygulanmaya çalışılır.

Tedavi

ilaç tedavisi ilkeleri

- Tedaviye ilk atakta uyum %40-60
 - Tedaviye uyumu arttıracak müdahaleler yapılmalı
 - Psikoeğitim, yan etkilerin takibi ve tedavisi, depo preparatlar
- İlaçları kestikten sonra %15-20 hastada hastalık stabil kalır
- Hastaların %70-90'ında ilaç kesiminden sonraki 2-5 yılda nüks görülür.
- İkinci atakta birincisinden genelde daha yüksek dozda ilaç kullanmak gerekir.
- Relapsı önleyen en düşük antipsikotik ilaç dozu kullanılır.
- İlk ataktan sonra iki yıl daha fazla atak geçirenlerde 5 yıl süreyle tedavi önerilir.

Tedavi

Diğer ilaç tedavileri

- Antidepresan ilaçlar;
 - Hastalığa eşlik eden depresyon ve onsesif kompulsif bozuk gibi psikiyatrik hastalıkların ve hastalığın negatif belirtilerinin tedavisinde kullanılırlar.
- Antikolinergik ilaçlar
 - Antipsikotik ilaçların yan etkilerinin giderilmesinde kullanılırlar.
 - Biperiden 2 mg tb, 5 mg ampul → Akatizi, termor, akut distoni

Tedavi

Şizofrenide Psikoterapi

- Biyolojik tedaviler genelde pozitif psikotik belirtileri hedefler ve bu belirtilere etki eder.
- Hastalık sebebiyle ortaya çıkan;
 - Kişiler arası ilişkilerde beceri eksikliği,
 - Çekingenlik,
 - Reddedilme korkusu,
 - Başkalarının yanında anksiyete hissetme,
 - Günlük sorunları çözmede yetersizlik
 gibi sorunlara ilaçların etkisi yoktur.

Tedavi

Diğer Tedaviler

- **Destekleyici psikoterapi**
- **Bilişsel Davranışçı Terapi**
- Psikososyal terapiler
- Sosyal Beceri Eğitimi
- Aile Yönelimli Terapiler
- Olgu yönetimi
- Toplum içinde tedavi
- Grup terapisi
- Bireysel Psikoterapi
- Kişisel Terapi
- Diyalektik Davranış Terapisi
- Uğraşı Terapisi
- Sanat Terapisi
- Bilişsel Eğitim

Tedavi

Elektro-Konvülsif Terapi (EKT)

- Günümüzde daha az kullanılmaktadır.
- Şizofrenide EKT kullanılan durumlar;
 - İlaçlara direnç
 - Çok ajite
 - İntihar riski yüksek
 - Katatonik

Sanrılı (Delüzyonel) Bozukluk

- Eskiden paranoya veya paranoid bozukluk adı verilmekteydi.
- Bizar olmayan hezeyanlar;
 - Akla uygun, saçma olmayan, günlük hayatta gerçekleşmesi mümkün olan; takip edilme, aldatılma, düşmanları olma, uzaktan bir aşkla sevilme, bir hastalığı olma gibi hezeyanlar görülür.
- Ortalama başlangıç yaşı 40

Sanrılı (Delüzyonel) Bozukluk

Tanı Ölçütleri

- Süre: en az bir ay süren bizar olmayan hezeyanlar
- Şizofreninin A tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmaz.
 - Hezeyanla uyumlu halüsinasyonlar görülebilir.
- İşlevsellik tam olarak bozulmamıştır. Davranışlar bizar değildir.
- Hezeyanlarla beraber duygudurum belirtileri varsa bunların toplam süresi hezeyanların süresinden kısadır.
- Bozukluğun belirtileri herhangi bir maddenin kullanımı veya tıbbi hastalıkla açıklanamaz.

Sanrılı (Delüzyonel) Bozukluk

Tipleri

- Perseküsyon tipi
- Kıskançlık tipi =Othello Sendromu
- Erotomanik tip =De Clarembo Sendromu= Passionelle psikoza
- Somatik tip = monosemptomatik hipokondriak psikoz
- Grandiyöz tip =megalomani
- Karışık tip
- Ayrışmamış tip

Kaynaklar ve Önerilen Okumalar

- Sadock, B. J., Alcott Sadock, V., & Ruiz, P. (2015). **Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry**. Wolters Kluwer.
- Öztürk O. & Uluşahin A. (2015) **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları** 13. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi.
- Kulaksızoğlu I. B., Tükel R., Üçok A., Yargıç İ. & Yazıcı O. (2009) **Psikiyatri**. İstanbul Üniversitesi Yayınları.