

Şizofrenide Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Açısından Cinsiyet Farklılıkları

Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU*, Hakan ATALAY**, Figen ATALAY***, Nihat ALPAY

ÖZET

Şizofreni, erken yaşta başlayan, yaşam boyu süren, kişiyi toplumdan ve gerçeklerden uzaklaştıran, çeşitli patolojilerin rol aldığı heterojen bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı, hastalığın çeşitli boyutlarında ortaya çıktığı öne sürülen cinsiyet farklılıklarını araştırarak, bunların şizofreninin etyopatogenezini, kliniğini ve seyrini anlamada yardımcı olabileceğini göstermektedir. Çalışmaya Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yatmakta olan ve DSM-IV şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan 15-60 yaş arasındaki 40 kadın, 40 erkek hasta alınarak; bu hastalara hastanın kendisi ve hastalığıyla ilgili bilgiler içeren soru formu, SANS, SAPS ve BPRS uygulanmıştır. Bu çalışmada kadınların daha çok evli, işlevsellik düzeylerinin daha iyi, aile yükülerinin daha büyük oranda pozitif ve intihar girişimi oranlarının daha yüksek olduğu bulundu. Erkeklerde hastalık daha erken başlıyordu, tedaviye kadar geçen süre daha kısaydı ve ilk tedavi yaşları daha erkendi. Yine erkeklerde SANS, SAPS ve BPRS toplam değerleri daha yüksek olarak saptandı. Hastaneye yatış sayıları daha fazla, anlamlı oranda olmasa da toplam yatış süreleri daha uzundu, adli sorunları ve psikoaktif madde kullanımı daha fazlaydı. Şizofreni alt tiplerinde kadınların paranoid, erkeklerin dezorganize alt tipte yoğunlaştıkları görüldü.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, cinsiyet farklılıkları, semptomatoloji

Düşünen Adam; 2000, 13 (1): 4-11

SUMMARY

Schizophrenia is a heterogeneous disease with a life time course, that usually begins in the early period of life and withdraws the patient from the society and the reality. In this study it was aimed to investigate influence of gender differences on clinical features and the course of schizophrenia. 40 male and 40 female inpatients who were admitted to Bakırköy Neuropsychiatric Hospital met the DSM-IV diagnostic criteria for schizophrenia included in this study and SANS, SAPS, BPRS and a questionnaire which gathers information about the patient's past history, family history and sociodemographic features were administered to these subjects. The female patients were more frequently married, had a higher level of functioning and had more positive family history than the male patients in terms of schizophrenia spectrum disorders. The suicide attempts were also more frequent in the female group. In contrast, men had an earlier age of onset. The time past from the onset of disease to first admission to treatment were shorter in males. Men were more hospitalized, though not significant, the overall hospitalization periods of men were long-lasting than women. Moreover, males had more frequent forensic and psychoactive substance use problems. Paranoid subtype for women and disorganized subtype for men were the leading subtype of schizophrenia.

Key words: Schizophrenia, gender differences, symptomatology

GİRİŞ

Kraepelin'in "dementia praecox'u "genç erkeklerde

görülen yozlaştırıcı bir hastalık" olarak tanımlamasından bu yana şizofrenide cinsiyet farklılıklarına ilgi duyulmuş, ancak bu konudaki yaklaşımlar bi-

*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uz. Dr. **Beyoğlu Devlet Hastanesi, Uz. Dr. ***Haydarpaşa Numune Hastanesi, Uz. Dr.

limsel ve sistematik olmamıştır. Psikoanalitik literatürde "kadınlarda daha zayıf olan süperego organizasyonunun, impulsların nötralize edilmesini engellediği" savunulmaktadır (1). Ancak psikoanalitik kuramın bütünsel yapısı; başlangıç, semptomatoloji ve sonlanıştaki cinsiyet farklılıklarını açıklamadan bırakmaktadır. Psikopatolojinin açığa çıkmasına yol açan, hastanın dışındaki ailevi ya da kültürel etkenler üzerinde duran "çevresel kuramlar" da bu farklılıkları açıklamada benzer güçlükleri içermektedir.

Bugün şizofrenide cinsiyet farklılıklarını başarılı bir şekilde açıklayan "biyolojik modeller" başlıca nöroloji ve nöroendokrinoloji alanlarında yoğunlaşmaktadır (1). Konuyla ilgili literatür gözden geçirildiğinde -hepsinde aynı düzeyde olmamakla birlikte- hastalığın başlama yaşı, tedaviden önce geçen süre, premorbid işlevsellik, semptomatoloji, tedaviye yanıt, hastaneye yatış sayısı, hastanede kalış süresi, sonlanış ve beyinde yapısal anormallikler açılarından erkekler ve kadınlar arasında farklılıklar bulunduğu dair bir anlayış birliği vardır.

Çalışmaların büyük bir bölümünde erkeklerin daha erken yaşta hastalandığı (1-17), hastaneye başvuru- rının daha erken gerçekleştiği (2,8,11), premorbid işlevselliklerinin düşük olduğu (1,15,17,19,20,21), ağırlıklı olarak negatif belirtiler sergiledikleri (22,23), tedaviye daha yüksek dozlarda yanıt verdikleri (6,24), daha sık hastaneye yatıp daha uzun süre kaldıkları (25,26,27), beyin görüntüleme yöntemlerinde daha fazla morfolojik değişikliklere rastlandığı (28,29,30) ve sonlanışlarının daha kötü olduğu (3,15,21,25,27, 31,32) belirtilmektedir. Ayrıca kadın şizofren hastaların akrabalarında şizofreni ve şizofreni spektrumu bozuklukların daha sık gözleendiği ve aile öyküsünde şizofreni olanlarda başlangıç yaşı açısından cinsiyet farklılığı bulunmadığı öne sürülmektedir (6,12).

Bu çalışmada psikiyatri kliniklerinde yatmakta olan aynı sayıda erkek ve kadın şizofren hastada, hastalığın başlangıç yaşı, başlangıçtan tedavi başvurusuna kadar geçen süre, hastaneye toplam yatış sayısı ve süreleri, premorbid ve toplumsal işlevselliğin (eğitim, medeni durum, çalışma durumu gibi) kimi yönleri, semptomların dağılımı ve şiddeti, intihar girişimi, psikoaktif madde kullanımı, adli so-

run, aile öyküsü konularında cinsiyet farklılıklarının araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmaya Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yatmakta olan hastalar arasından DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olan ve rastgele seçilen 40 erkek (yaş ortalaması 34.42, SD: 8.47), 40 kadın (yaş ortalaması 37.25, SD: 10.86) hasta alınmıştır. Hastaların çalışmaya dahil edilmesi için 15-60 yaş arasında olup DSM-IV şizofreni tanı ölçütlerini karşılamaları yeterli bulunmuştur. Ancak mental retardasyonu bulunanlar, alkol ya da başka herhangi bir psikoaktif madde kullanımının hastalığın ortaya çıkmasıyla ilişkili olabileceği düşünülenler, kendisi ya da yakınlarıyla yeterli iletişim kurulamaması ya da eski tıbbi kayıtlarının yetersizliğinden dolayı hastalık öyküsü hakkında tatminkar bilgi alınamayanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Hastaların tümüyle yüzyüze görüşülmüş, çalışmada kullanılan soru formu ve ölçekler de yüzyüze görüşme yoluyla değerlendirilmiştir. Oluşturulan soru formunda, hastaya ait demografik özellikler, hastalık öyküsü, klinik durum, uygulanan tedaviler ve soygeçmişi ile ilgili sorular mevcuttur. Ayrıca her hastaya SANS (Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği) (33,34), SAPS (Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği) (35,36), BPRS (Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği) (37,38) ölçekleri uygulanmıştır.

Çalışma sonuçlarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde hasta dağılımı gözönünde bulundurularak gerektiği yerlerde Student's t testi, Mann-Whitney U ve Pearson ya da Fisher's Ki-kare testleri kullanılmıştır (39,40).

BULGULAR

Çalışmadaki 40 kadın, 40 erkek toplam 80 hastanın yaş dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Kadın ve erkek hastaların medeni ve eğitim durumları Tablo 2'de verilmiştir. Hastalar evli, boşanmış ve dul olanlar -en az bir kere evlenmiş olduklarından- aynı grupta toplandıklarında; kadınların erkeklerden anlamlı oranda daha fazla evli oldukları görülmüştür (p:0.002).

Tablo 1. Çalışmaya alınan kadın ve erkek olguların yaş ortalamaları ve standart sapmaları (p=0.198 olduğundan kadın ve erkek olgular arasında anlamlı yaş farkı yoktu).

	Kadın		Erkek	
	Ortalama	SD	Ortalama	SD
Yaş	37.25 (15-60)	10.86	34.42 (21-60)	8.47

Tablo 2. Hastaların medeni ve eğitim durumlarının kadın ve erkekler arasında dağılımları ve yüzdeleri.

		Kadın		Erkek	
		Olgu sayısı	%	Olgu sayısı	%
Medeni Durum	Bekar	19	47.5	32	80.0
	Evli	12	30.0	3	7.5
	Boşanmış	8	20.0	5	12.5
	Dul	1	2.5	-	-
Eğitim Durumu	Yok	5	12.5	1	2.5
	İlkokul	20	50.0	23	57.5
	Ortaokul	4	10.0	7	17.5
	Lise	10	25.0	8	20.0
	Yüksekokul	1	2.5	1	2.5

Premorbid uyum ve hastalığın işlevsellik üzerine etkilerini değerlendirmek için hastaların çalışma yaşantılarına bakıldığında ve işlevselliğin global değerlendirilmesi ölçeği uygulandığında ortaya çıkan sonuçlar kadınların daha az çalışma yaşamına sahip olduğunu, ancak bu farklılığın kadınların daha çok ev kadını olarak işlev görmelerine bağlı olabileceğini göstermektedir (Tablo 3). Nitekim kadın hastalar işlevselliğin global değerlendirilmesinde, erkeklerden daha yüksek skorlar almıştır. Ayrıca çalışmaya nedenleri araştırıldığında, erkeklerde ne-

Tablo 3. Kadın ve erkek hastaların çalışma yaşantıları ve işlevsellik düzeyleri.

		Kadın		Erkek	
		Olgu	%	Olgu	%
Çalışma Yaşantısı	Var	1	2.5	6	15
	Yok	39	97.5	34	85
Çalışmama Nedeni	Hastalıkla ilgili	19	47.5	33	82.5
	Diğer (Ev hanımı, emekli, v.b.)	20	50	1	2.5
İşlevselliğin Global Değerlend.	İyi (40-31)	9	22.5	1	2.5
	Orta (30-21)	26	65	15	37.5
	Kötü (20-11)	5	12.5	24	60

Tablo 4. Kadın ve erkek olguların başlama yaşı (psikotik belirtilerin ilk başladığı yaş), hastalığın başlangıcından ilk tedaviye kadar geçen süre (ay olarak) ve tedaviye ilk kez başlanan yaş açılarından karşılaştırılmaları.

	Kadın		Erkek		p
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
Başlama yaşı	24.67	6.60	21.60	5.36	0.025
Tedavi öncesi süre	48.50	67.44	16.07	17.25	0.001
İlk tedavi yaşı	28.77	9.28	22.92	6.08	0.001

denlerin daha çok hastalıkla ilgili olduğu görülmektedir.

Kadın ve erkek hastalar arasında hastalığın başlangıç yaşı, başlangıçtan tedavi başvurusuna kadar geçen süre ve ilk tedavi yaşı açısından anlamlı farklılıklar bulunduğu saptanmıştır (Tablo 4). Ancak aile yükünün pozitif ya da negatif oluşu, her iki cinste de başlangıç yaşı açısından anlamlı bir fark oluşturmamaktadır. Tablodan da anlaşılacağı gibi, hastalarda psikotik belirtilerin ilk başladığı yaş erkeklerde ortalama 21.60 iken, kadınlarda 24.67'dir (p<0.05). Aynı şekilde psikotik belirtilerin ilk kez ortaya çıktıkları yaş ile tedaviye kadar geçen süre kadınlarda anlamlı oranda daha yüksektir (p<0.001). Bu farklılık kadınların daha geç yaşlarda tedaviye başvurduklarını gösteren sonuçlarda da anlamlı oranda gözlenmektedir (p<0.001).

Kadın ve erkek hastaların ailelerinde affektif bozukluk, alkolizm, şizofreni, belirlenmemiş psikotik bozukluk da araştırılmıştır. Sonuçlar Tablo 5'de ve-

Tablo 5. Kadın ve erkek hastaların ailelerinde affektif bozukluk, alkolizm, belirlenmemiş psikotik bozukluk öykülerinin dağılımı.

	Kadın	Erkek
Affektif bozukluk	1	1
Alkolizm	1	2
Şizofreni	7	6
Belirlenmiş psikoz	7	4
Diğer	1	-

Tablo 6. Kadın ve erkek olguların ailede hastalık öyküleri açısından karşılaştırılması (Pearson ki-kare testinde anlamlılık 0.33. Kadınlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Ailede hastalık öyküsü	Kadın		Erkek	
	Olgu sayısı	%	Olgu sayısı	%
Ailede şizofreni spektrum hast. yok	26	65.0	30	75.0
1. derece akrabada var	9	22.5	6	15.0
2. derece akrabada var	5	12.5	4	10.0

rilmiştir. Aile öyküleri sadece şizofreni ve belirlenmemiş psikotik bozukluk açısından karşılaştırıldığında kadın hastaların ailelerinde bu bozuklukların daha fazla bulunduğu görülmekle birlikte, farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 6).

Kadın ve erkekler arasında klinik görünüm bakımından herhangi bir farklılık bulunup bulunmadığını araştırmak için her hastaya SANS, SAPS ve BPRS ölçekleri verilmiştir. Kadın ve erkek hastalar başlangıç yaşları açısından anlamlı bir fark göstermelerine rağmen, hastalık süreleri arasında bir farkın olmaması, semptomatolojilerinin değerlendirilmesinde hastalığın kronisiteyle ilgili olabilecek etmenin önlenmesinde yararlı olmuştur. Hastaların hastalık süreleriyle SANS, SAPS ve BPRS toplam skorları Tablo 7'de gösterilmiştir.

SANS'ın dikkat alt ölçeği dışındaki diğer tüm alt ölçeklerinde kadınlarla erkekler arasında anlamlı fark bulunurken, SAPS'ın pozitif formal düşünce bozukluğu alt ölçeği dışında hiçbir alt ölçeğinde anlamlı fark görülmemiştir (Tablo 8).

Tablo 7. Kadın ve erkek hastaların hastalık süresi, SANS, SAPS ve BPRS toplam değerlerinin karşılaştırılması. Erkeklerde SANS, SAPS ve BPRS toplamı istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek bulundu.

	Kadın		Erkek		p
	Ort.	SD	Ort.	SD	
Hastalık süresi (yıl)	12.47 (n=40)	8.18	12.70 (n=40)	8.23	0.90
SANS toplamı	12.92 (n=40)	4.21	15.85 (n=40)	4.01	0.002
SAPS toplamı	11.22 (n=40)	3.89	13.12 (n=40)	2.86	0.01
BPRS toplamı	26.85 (n=40)	4.47	30.87 (n=40)	4.95	0.001

Tablo 8. Kadın ve erkek hastaların semptomatolojilerinin SANS ve SAPS ölçekleri aracılığıyla karşılaştırılması (BPRS skorlarında her iki cins arasında anlamlı bir fark bulunmadığından tabloya alınmamıştır). (A.D.: Anlamlı Değil).

	Kadın	Erkek	p
S Duygulanım düzleşmesi	2.75	3.50	0.001
A Alogi	2.35	2.97	0.01
N Avolüsyon-Apati	3.12	3.70	0.01
S Anhedoni-Asosyallik	3.50	4.22	0.001
Dikkat	1.57	1.57	A.D.
S Varsanı	2.87	3.25	A.D.
A Hezeyan	3.52	3.85	A.D.
P Garip davranış	3.00	2.52	A.D.
S Pozitif formal düş. boz.	2.12	2.85	0.02

Şizofreni alt tipleri karşılaştırıldığında kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Pearson Ki-kare: 0.04). Bu farklılığın kadınlarda paranoid alt tipin erkeklerle göre daha sık (21'e karşılık 14), dezorganize alt tipin ise erkeklerde kadınlara göre daha sık (13'e karşılık 4) görülmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

İntihar girişimlerinin kadın hastalarda erkek hastalardan anlamlı oranda daha sık görüldüğü saptanmıştır (Tablo 9). Erkeklerde adli sorunlara daha sık rastlanmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (6 erkek hastaya karşılık 2 kadın hastada adli soruna rastlanmıştır). Alkol ya da başka herhangi bir psikoaktif madde kullanımının erkeklerde belirgin şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. 11 erkek hastada (hastalığın başlamasından sonra ya da hastalığın başlamasıyla ilişkili olmayan bir şekilde) alkol ya da başka herhangi bir psikoaktif madde kullanımı varken, kadın hastaların hiçbirinde alkol ya

Tablo 9. Kadın ve erkek hastalarda intihar girişiminin karşılaştırılması ($p<0.05$). Kadınlarda erkeklere göre intihar girişimi istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek bulundu.

	Kadın		Erkek	
	Olgu	%	Olgu	%
◆ Daha önce intihar girişimi	11	27.5	4	10
◆ İndeks epizodda intihar girişimi	2	5	0	0

Toplam 10. Toplam yatış süresi, indeks epizottaki yatış süresi ve toplam yatış sayılarının her iki cins arasındaki dağılımı.

	Kadın		Erkek		p
	Ortal.	SD	Ortal.	SD	
Toplam yatış sayısı (ind. ep. dahil)	4.72	5.09	7.62	5.74	0.02
Toplam yatış süresi (gün)	105.3	113.0	185.0	196.0	0.10
İndeks epizotta yatış süresi (gün)	18.6	5.75	28.0	14.2	0.001

da başka bir psikoaktif madde kullanımı mevcut değildi ($p<0.001$).

Hastalığın seyrinin kadın ve erkekler arasında nasıl bir farklılık gösterdiğini araştırmak için yatış sayıları, indeks epizoddaki yatış süreleri ve toplam yatış sürelerine bakılmış ve erkeklerin daha sık hastaneye yattıkları, hastanede daha uzun süre kaldıkları tesbit edilmiştir (Tablo 10).

TARTIŞMA

Literatürde şizofrenik erkek ve kadın hastaların karşılaştırıldığı çalışmaların büyük bir çoğunluğunda erkek hastaların ağırlıklı olarak bulunduğu, olguların kronik hastalardan seçildiği, örneklemin yeterli sayıda olgu içermediği ve tanı ölçütlerinin belirsiz olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada eşit sayıda (40'ar) kadın ve erkek hastanın akut psikoaktif servislerinden ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre tanı konmuş hastalardan seçilmesi sözü edilen yetersizlikleri büyük oranda gidermektedir. Ayrıca kadın ve erkek hasta grupları arasında anlamlı bir yaş farkının bulunmaması da kar-

şılaştırmanın güvenilirliğini arttırmaktadır.

Gözden geçirilen çalışmalarda eğitim durumu, medeni durum, çalışma yaşantısı, ikamet etme şekli premorbid uyum ve işlevsellik ölçütleri olarak kullanılmıştır ve bunların hemen hepsinde sonuçlar kadınlarda daha iyi işlevsellik olduğunu göstermiştir. Kadınların premorbid evlilik oranları yüksek, çalışma yaşantıları daha iyi bulunmuştur (1,15,17). Daha iyi eğitilmiş oldukları, daha yüksek oranda evlendikleri, çalıştıkları, bağımsız yaşadıkları bildirilmiştir (9).

Chaves'in çalışmasında da, erkeklerin daha az oranda evli oldukları saptanmıştır (20). Test ve ark. kadınların daha çok eşleriyle yaşadıklarını belirtmiştir (41). Çalışmamızda da kadınların anlamlı oranda daha fazla evli oldukları görülmüş, ancak eğitim durumu ve gelir düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatüre uygun olmayan bu sonuç, her iki grupta da eğitim düzeyinin genel olarak düşük olmasına bağlı olabilir. 25 kadın ve 24 erkek eğitimsizdi ya da ilköğretim düzeyinde eğitim görmüştü.

Nitekim bazı çalışmalarda da eğitim düzeyleri arasında fark bulunmadığı belirtilmektedir (21). Bu çalışmada kadınlar daha az oranda iş sahibi olmakla birlikte, ev kadını olarak çalışmaları iş yaşamına dahil olarak kabul edildiğinde, bu farklılık ortadan kalkmaktadır. Ayrıca erkeklerin çalışmama nedenleri kadınlara göre anlamlı oranda hastalıkla ilişkili nedenlere bağlı görünmektedir. Thara ve Rajkumar da erkeklerin daha fazla iş sahibi olmalarını kadınların ya ev kadını ya da ekonomik olarak ailelerine bağımlı olmalarına bağlamıştır (32).

Kadınlarda premorbid uyum yanında işlevselliğin de daha iyi bir düzeyde olduğunu gösteren çalışma sonuçları da bu çalışmada doğrulanmıştır. Örneğin, yalnız ya da eş ve çocuklarla yaşama literatürde olduğu gibi (19) iyi bir işlevsellik göstergesi olarak alınır, kadınların erkeklere göre daha iyi bir işlevsellik gösterdikleri söylenebilir. Kadınların İGD (İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi) ölçeğinde erkeklerden anlamlı oranda daha yüksek skor almaları da bunu göstermektedir.

Literatürün hemen tümü hastalığın erkeklerde daha erken başladığını belirtmektedir (1-18). Kadınlarda er-

kekler arasında başlangıç yaşı açısından ortalama fark 4-5 yıldır (3). Başlangıç yaşının hastalığın belirtilerinin ilk kez başladığı yaş mı, yoksa ilk tedavi yaşı mı olduğu tartışılmakla birlikte, her ikisinin de hastalığın başlangıcının güvenilir kanıtları olduğu tesbit edilmiştir (42). Çalışmaların çoğunda erkeklerin daha erken hastaneye yattıkları görülmektedir (2,8,11).

Çalışmamızda da ilk psikotik belirtilerin başladığı yaş, ilk belirtilerden tedaviye kadar geçen süre ve ilk tedavi yaşı araştırılmış ve her üçünde de anlamlı bir fark bulunmuştur. Şöyle ki, belirtiler kadınlarda daha geç ortaya çıkmakta, tedaviye başvuru daha geç olmakta ve ilk tedavi daha geç yaşlarda başlamaktadır. Faraone ve ark. psikotik belirtilerin başlaması ile hastaneye başvuru arasında geçen süre açısından iki cins arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (5).

Angermeyer de gözden geçirmesinde, hastalığın başlangıcı ile ilk tedavi başvurusuna kadar geçen sürenin erkeklerde -toplumsal roller vb.- nedenlerle daha kısa olduğunu düşünmüş, ancak bu varsayımın doğrulanmadığını görmüştür (3). Bu çalışmada erkek hastaların hem ilk tedavi yaşları (erkeklerde yaklaşık 23 yaşa karşılık kadınlarda 29 yaş), hem de tedaviye kadar geçen süreleri (erkeklerde 16 aya karşılık kadınlarda 49 ay), kadınlardan anlamlı oranda daha kısadır.

Bu durum, toplumumuzda erkeklerle yüklenen ailevi, mesleki ve toplumsal roller gereği hastalığın işlevsellikte oluşturduğu kayıpların aile ve sosyal çevre tarafından daha çabuk farkedilmesine ve hastalık öncesi konumlarını yeniden kazandırabilme çabalarına bağlanabilir. Hem kadın, hem de erkek olguların şizofreni ve spektrum bozukluklar açısından aile öyküsü pozitif olanlarda başlangıç yaşının daha erken olduğu yönündeki literatür bulgusu (2,11,18) bu çalışmada doğrulanmamıştır.

Gorwood, pozitif aile öyküsü olanlarda başlangıç yaşı açısından cinsiyet farkı bulunmadığını belirtirken, negatif aile öyküsü olan grupta kadınlarda hastalığın geç başladığı eklenmiştir (6). Leboyer ve ark. da pozitif aile öyküsü olanlarda başlangıç yaşı açısından anlamlı bir fark bulunmamışlardır (12). Bizim çalışmamızda, aile öyküsünün pozitif veya

negatif oluşunun her iki cinsten de başlangıç yaşı açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı gözlenmiştir.

Ayrıca literatüre uygun olarak (26,43,44) kadınlarda aile öyküsünde şizofreni ve belirlenmemiş psikotik bozukluk daha fazlaysa da, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuç Goldstein'in psikotik bozukluk spektrumu genişletildiğinde (yani şizofreni, şizofreniform bozukluk ve şizoaffektif bozukluğa, paranoid bozukluk, atipik psikoz ve şizotipal kişilik bozukluğu da eklendiğinde) aile öyküsü açısından cinsiyetler arası farkın azaldığı sonucuna uymaktadır (26).

Her iki grubun hastalık süreleri arasında anlamlı bir fark bulunmaması, semptomatolojinin karşılaştırılmasında güvenilirliği artırmaktadır. Çalışmamızda negatif ve pozitif belirtileri ölçen SANS'da ve SAPS'da her iki cins arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Hastalık şiddeti hakkında bilgi veren BPRS ölçeği toplam puanında da anlamlı fark bulunmasına rağmen, alt itemlerde düşünce dağınıklığı ve abartılmış benlik saygısı itemlerinin erkeklerde daha yüksek skor alması dışında anlamlı fark yoktu. Literatürün büyük bölümü erkeklerde SANS skorlarının daha yüksek olduğu şeklindedir. Örneğin, Shtasel ve ark. belirtilerin toplam şiddeti açısından erkeklerle kadınlar arasında bir fark olmadığını, ancak erkeklerde SANS skorlarının yüksek olduğunu belirtmektedirler (23). Andia ve ark. ile Perry de BPRS kullanarak belirtilerin şiddeti açısından her iki cins arasında bir fark bulunmamışlardır (19,45). Chaves ve ark. ortalama pozitif ve negatif puanlarda cinsiyet farkı olmadığını göstermişler (20), Dworkin de kadın ve erkek hastalarda pozitif ve negatif belirtiler arasında fark olmadığını bulmuştur (46). Buna rağmen Ring'in çalışmasında erkeklerde negatif belirtiler kadınlardan iki kat sıktır (22).

Nitekim çalışmamızda da SANS'ın dikkat alt ölçeği dışında bütün alt ölçeklerde ve toplamda erkekler kadınlardan anlamlı oranda daha yüksek skorlar almışlardır. SAPS ölçeğinde SANS ölçeğindeki kadar yüksek olmamakla birlikte gözlenen farkın pozitif formal düşünce bozukluğu skorlarının erkeklerde çok yüksek olmasına bağlı olduğu görülmektedir ve bu veriler Perry'nin çalışmasında gözlenen, erkeklerin daha fazla düşünce bozuklukları gösterdiği sonucuya uyumludur (45).

Şizofreni tipleri açısından yapılan değerlendirmede, Andia ve ark. kadınlarda paranoid alt tipin daha fazla görüldüğünü belirtmiştir (19). Buna uygun olarak çalışmamızda şizofreni tipleri açısından her iki cins arasında anlamlı bir fark bulunmuş; kadınlarda paranoid, erkeklerde ise dezorganize alt tipin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.

Şizofrenik kadınlarda intihar girişiminin erkeklerle eşit ya da daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar (21,47) yanında, erkeklerde daha sık olduğunu söyleyen çalışmalar da vardır (41). Ancak bu son çalışma istatistiksel bir sonuca varmak yerine çalışılan 122 olgudan 9'unun intihar ettiğini ve bunların 8'inin erkek olduğunu belirtmekle yetinmektedir. Çalışmamızda gösterildiği gibi, kadınlarda intihar girişiminin daha sık olmasının ve erkeklerde daha yüksek oranda alkol ya da başka bir psikoaktif madde kullanımına rastlanmasının literatürdeki çalışmalara uyum olduğu görülmektedir (21,41).

Hastalık seyri bakımından literatür gözden geçirildiğinde erkeklerin daha sık ve daha uzun süre hastaneye yattıkları (27); yeniden yatışların kadınlarda daha az olduğu (48); bu farklılığın özellikle hastalığın erken dönemlerinde belirgin olduğu (31); kadınların yatış sürelerinin kısa olup yaş ilerledikçe bu farkın azaldığı (48,49) görülmektedir. Bu durum östrojenin postsinaptik antidopaminerjik etkileri olduğu ve kadınların menopoz dönemine kadar hastalıktan koruduğu varsayımını desteklemektedir (49).

Kadınların daha olumlu bir hastalık seyri gösterdiklerini belirten çalışmalara uygun olarak bu çalışmada da erkeklerin daha sık hastaneye yattıkları bulunmuştur, ancak hastanede daha uzun süreler kaldıkları şeklindeki literatür bulgusu doğrulanmakla birlikte fark istatistiksel olarak anlamlılık göstermemektedir. Bu sonucun erkeklerin toplumsal rolleri gereği bir an önce topluma geri dönerek işlevlerini sürdürme zorunluluğuyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızdaki olgular orta yaş ile sınırlandırıldığı için, postmenopozal olgu sayısı istatistiksel olarak karşılaştırma yapacak düzeyde değildir.

SONUÇ

Günümüzde şizofreni tek bir hastalık olmaktan çok,

çeşitli genetik, biyokimyasal, psikolojik, toplumsal etkenlerle ortaya çıkan farklı davranışsal/duygusal/düşünsel belirtilerin ortak tanınan ölçütlerle/ortak bir klinik tabloyla tanımlandığı bir sendrom olarak kabul edilmektedir. Kadın ve erkeklerde şizofreninin premorbid özellikler, klinik durum, seyir ve sonlanış gibi parametreler açısından sergilendiği farklı görünümünün anlaşılması, hastalığın altında yatan patogenetik, psikolojik, toplumsal etkenlerin anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

Birkaç on yıl önce bu farklılıkların her iki cinsin zihinsel örgütlenmesindeki farklılıklarla açıklanmaya çalışılırken; bugün artık biyokimyasal, nörofizyolojik varsayım öne çıkmaktadır. Kadınlarda hastalık öncesi uyum düzeyinin yüksekliğini, hastalığın geç başlamasını ve daha olumlu seyretmesini açıklayan varsayımlardan önde gelen ikisi; kadınlarda östrojenin koruyucu etkisi olduğunu ve erkeklerde doğum travmalarının fazlalığı nedeniyle hastalığa yakınlığın arttığını öne sürmektedir.

Çalışmamızda da literatürdeki bu bulgular büyük oranda doğrulanmıştır. Şizofrenide kadın ve erkek hastalar arasında görülen sosyodemografik, semptomatolojik ve sonlanışla ilgili farklılıkların araştırılmasında, biyokimyasal, genetik, toplumsal etkenler üzerinde odaklanmanın, şizofreni etyolojisinin, kliniğin ve prognozun anlaşılmasına katkısı büyük olacaktır. Bu alandaki gelişmeler halen önemli bir sorun olmaya devam eden şizofreninin tanı ve tedavisinde de önemli adımlar atılmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Barderstein KK, McGlashan TH: Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders: a review. *Schizophr Res* 3:159-72, 1990.
2. Albus M, Scherer J, Hueber S, et al: The impact of familial loading on gender differences in age at onset of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 89:132-34, 1994.
3. Angermeyer MC, Kühn L: Gender differences in age at onset of schizophrenia: an overview. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 237:351-64, 1988.
4. Carpenter Jr WT, Buchanan RW: Schizophrenia: An introduction and overview. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed. Kaplan HI and Sadock BJ (eds). Williams and Wilkins 1:890, 1995.
5. Faraone SV, Chen WJ, Goldstein JM, et al: Gender differences in age at onset of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 164:625-29, 1994.
6. Gorwood P, Leboyer M, Jay M, et al: Gender and the age at onset in schizophrenia: Impact of family history. *Am J Psychiatry* 152:208-12, 1995.

7. Gureje O: Gender and schizophrenia: Age at onset and sociodemographic attributes. *Acta Psychiatr Scand* 83:402-5, 1991.
8. Hafner H, Riecher A, Maurer K, et al: How does influence age at first hospitalization for schizophrenia? *Psychol Med* 19:903-18, 1989.
9. Hambrecht M, Maurer K, Hafner H: Evidence for a gender bias in epidemiological studies of schizophrenia. *Schizophr Res* 8:223-31, 1992.
10. Karno M, Norquist GS: Schizophrenia: Epidemiology. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed. Kaplan HI and Sadock BJ (eds). Williams and Wilkins 1:908, 1995.
11. Kirov G, Jones PB, Harvey I, et al: Do obstetric complications cause the earlier age at onset in male than female schizophrenics? *Schizophr Res* 20:117-24, 1996.
12. Leboyer M, Filteau MJ, Jay M, et al: No gender effect on age at onset in familial schizophrenia? *Am J Psychiatry* 149:1409, 1992.
13. Lindamer LA, Lohr JB, Harris MJ, et al: Gender, estrogen and schizophrenia. *Psychopharm Bull* 2:221-28, 1997.
14. Maziade M, Gingras N, Rodrigue C, et al: Long-term stability of diagnosis and symptom dimensions in a systematic sample of patients with onset of schizophrenia in childhood and early adolescence. I: Nosology, sex and age of onset. *Br J Psychiatry* 169:361-70, 1996.
15. Nicole L, Shriqui CL: Gender differences in schizophrenia. In: *Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia*. Shriqui CL, Nasrallah HA (eds). American Psychiatric Press, Washington DC 225-43, 1995.
16. Szymanski S, Lieberman JA, Alvir JM, et al: Gender differences in onset of illness, treatment response, course and biologic indexes in first-episode schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 152:698-703, 1995.
17. Szymanski S: Sex differences in schizophrenia. In: *Psychopharmacology and women-sex, gender and hormones*. Jensvold MF, Halbreich U, Hamilton JA (eds). American Psychiatric Press, Washington DC, 287-97, 1996.
18. Walsh C, Asherson P, Castle P, et al: Familial schizophrenia shows no gender differences in age at onset. *Schizophr Res* 2-3:127-28, 1993.
19. Andia AM, Zisook S, Heaton RK, et al: Gender differences in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 183:522-28, 1995.
20. Chaves AC, Seeman MV, Mari JJ, et al: Schizophrenia: Impact of positive symptoms on gender social role. *Schizophr Res* 11:41-45, 1993.
21. McGlashan TH, Bardenstein KK: Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. *Schizophr Bull* 16:319-29, 1990.
22. Ring N, Tantam D, Montague L, et al: Gender differences in the incidence of definite schizophrenia and atypical psychosis: Focus on negative symptoms of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 84:489-96, 1991.
23. Shtasel DL, Gur RE, Gallacher F, et al: Gender differences in the clinical expression of schizophrenia. *Schizophr Res* 7:225-31, 1992.
24. Yonkers KA, Kando JC, Cole JO, et al: Gender differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics in psychotropic medication. *Am J Psychiatry* 149:587-95, 1992.
25. Angermeyer MC, Goldstein JM, Kühn L: Gender differences in schizophrenia: Rehospitalization and community survival. *Psychol Med* 19:365-82, 1989.
26. Goldstein JM, Santangelo SL, Simpson JC, et al: The role of gender in identifying subtypes of schizophrenia: A latent class analytic approach. *Schizophr Bull* 16:263-75, 1990.
27. Solokangas RKR: Prognostic implications of the sex of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 142:145-51, 1983.
28. Cowell PE, Kostianovsky DJ, Gur RC, et al: Sex differences in neuroanatomical and clinical correlations in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 153:799-805, 1996.
29. Nasrallah HA, Schwarzkopf SB, Olson SC, et al: Gender differences in schizophrenia on MRI scans. *Schizophr Bull* 16:205-10, 1990.
30. Nopoulos P, Flaum M, Andreasen NC: Sex differences in brain morphology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 154:1648-54, 1997.
31. Goldstein JM: Gender differences in the course of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 145:684-89, 1988.
32. Thara R, Rajkumar S: Gender differences in schizophrenia: Results of a follow-up study from India. *Schizophr Res* 7:65-70, 1992.
33. Andreasen NC: The scale for assessment of negative symptoms (SANS). Iowa City, University of Iowa, 1983.
34. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C ve ark: Negatif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. 26. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, İzmir, 1990.
35. Andreasen NC: The scale for the assessment of positive symptoms (SAPS). Iowa City, University of Iowa, 1984.
36. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C ve ark: Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. 26. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, İzmir, 1990.
37. Bech P, Kasrup M, Rafaelsen OJ: Mini-compendium of rating scales for states anxiety, depression, mania and schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes. *Acta Psychiatr Scand* 73(Suppl 326):32-36, 1986.
38. Overall JE, Gorham DE: The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 10:799-812, 1966.
39. Hayran M, Özdemir O: Bilgisayar, İstatistik ve Tıp. 2. baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996.
40. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V: Biyoistatistik. 6. baskı. Özdemir Yayıncılık, Ankara, 1995.
41. Test MA, Burke SS, Wallish LS: Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. *Schizophr Bull* 16:331-44, 1990.
42. Beiser M, Erickson D, Fleming J, et al: Establishing the onset of psychotic illness. *Am J Psychiatry* 150:1349-54, 1993.
43. Bellodi L, Bussoleni C, Scorza-Smeraldi R, et al: Family study of schizophrenia: Exploratory analysis for relevant factors. *Schizophr Bull* 12:120-28, 1986.
44. Nasrallah HA, Wilcox JA: Gender differences in the etiology and symptoms of schizophrenia. Genetic versus brain injury factors. *Ann Clin Psychiatry* 1:51-53, 1989.
45. Perry W, Moore D, Braff D: Gender differences on thought disturbance measures among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 152:1298-1301, 1995.
46. Dworkin RH: Patterns of sex differences in negative symptoms and social functioning consistent with separate dimensions of schizophrenic psychopathology. *Am J Psychiatry* 147:347-49, 1990.
47. Black DW, Fisher R: Mortality in DSM-III-R schizophrenia. *Schizophr Res* 7:109-16, 1992.
48. Angermeyer MC, Kühn L, Goldstein JM: Gender in the course of schizophrenia: Differences in treated outcomes. *Schizophr Bull* 16:293-306, 1990.
49. Opjordsmoen S: Long-term clinical outcome of schizophrenia with special reference to gender differences. *Acta Psychiatr Scand* 83:307-13, 1991.