

Şizofreni ve Şizoaffektif Bozuklukta Bilişsel İşlevlerin Karşılaştırılması

Gülfizar Sözeri Varma¹,
Osman Özdel², Filiz Karadağ²,
Selim Tümkaya³, Demet Kalaycı⁴,
Simge Kaya⁵

¹Yrd. Doç. Dr., ²Doç. Dr., ³Öğr. Gör. Dr., ⁵Psikolog,
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,
Denizli - Türkiye
⁴Psikiyatrist, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Antalya - Türkiye

ÖZET

Şizofreni ve şizoaffektif bozuklukta bilişsel işlevlerin karşılaştırılması

Amaç: Bu çalışmada, şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda bilişsel işlevlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, remisyon dönemindeki 48 şizofreni hastası, 35 şizoaffektif bozukluğu olan hasta ve 48 sağlıklı kontrol alındı. Hastalara, Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SAPS), Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SANS) ve Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS) uygulandı. Nöropsikolojik değerlendirmede, Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET), Stroop Testi, Sözel Bellek Süreçleri Testleri (SBST) kullanıldı.

Bulgular: Gruplar arasında, WKET'de kategori oluşturma, perseveratif hata sayısı, perseveratif hata yüzdesi, kavramsal düzey tepki sayı ve yüzdesi; Stroop testi süre farkı; SBST öğrenme puanı, en yüksek öğrenme puanı, uzun süreli bellek kendiliğinden hatırlama puanları yönünden anlamlı farklılık bulundu. Yapılan post hoc analizlerde; şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu bulunan hastaların nöropsikolojik test puanları arasında farklılık olmadığı, her iki hasta grubunun kontrol grubuna göre daha düşük performans gösterdiği tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışmada, şizoaffektif bozukluk ve şizofreni hastalarının bilişsel işlev düzeylerinin benzer özellik gösterdiği ve sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, yürütücü işlevler, dikkat, sözel bellek

ABSTRACT

The comparison of cognitive functions in schizophrenia and schizoaffective disorder

Objective: The aim of this study was to investigate cognitive function in individuals with schizophrenia and schizoaffective disorder.

Method: Research participants included 48 outpatients with a diagnosis of schizophrenia, 35 outpatients with schizoaffective disorder, and 48 non-patients from the community. Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS), Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS), and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) were applied to the patients. Neuropsychological evaluation included Wisconsin Card Sorting Test (WCST) for executive functions, Verbal Memory Processes Test (VMPT) for verbal memory and Stroop Test (ST) for attention tasks.

Results: There were significant differences among the groups in the number of categories completed, number of perseverative error, percentage of perseverative error, number of conceptual level responses and percentage of conceptual level responses in WCST; time difference in Stroop test; score of learning, score of maximum learning and long term memory-recall in VMPT. A post hoc analysis (Turkey) was performed. It was determined that there was no difference between schizoaffective and schizophrenia patients on neuropsychological tasks. However, schizoaffective and schizophrenia patients had significantly poorer performance than control group on neuropsychological tests.

Conclusion: Our study show that cognitive functions in patients with schizoaffective disorder and schizophrenia are similar and that they are both impaired compared with healthy controls.

Key words: Schizophrenia, schizoaffective disorder, executive function, attention, verbal memory

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Yrd. Doç. Dr. Gülfizar Sözeri Varma, Pamukkale
Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,
Doktorlar Cad. Denizli - Türkiye

Telefon / Phone: +90-258-444-0728

Elektronik posta adresi / E-mail address:
gvarma@pau.edu.tr

Geliş tarihi / Date of receipt:
11 Aralık 2010 / December 11, 2010

Kabul tarihi / Date of acceptance:
11 Şubat 2011 / February 11, 2011

GİRİŞ

Emil Kraepelin, gençlerde görülen, iyileşmeyen ve yıkıma yol açan hastalığı şizofreni olarak tanımlayarak, bugün bipolar bozukluk olarak adlandırdığımız hastalıktan ayırmıştır (1). Aynı zamanda şizofreni ve

bipolar bozukluğa uymayan hastaların bulunduğunu da gözlemlemiştir. Bleuer, affektif bileşenler içerse bile, psikotik belirtiler gösteren hastaları şizofreni olarak nitelendirmiştir (1). George Kirby ve August Hoch, şizofreni ve affektif belirtilerin karışık bir şekilde görüldüğü hastaları daha net olarak tarif etmişlerdir (1). Kasanin, bu

tür hastaları tanımlamak için 1933 yılında ilk olarak şizoaffektif psikoz terimini kullanmıştır (1). Şizoaffektif bozukluk, tanımı uzun yıllar önce yapılmış olmasına ve klinik pratikte kullanılmasına karşın tanısız karmaşanın sürdüğü bir hastalıktır. Bu tanının geçerlilik ve güvenilirliğine, sürekliliğine, farklı açılardan şizofreni ve duygudurum bozukluklarına, benzerlik ve farklılıklarına yönelik araştırmalar halen devam etmektedir (2). Kendler ve arkadaşları (3) şizoaffektif bozukluğu klinik görünüm, sonlanım, ailesel psikopatoloji açısından incelemiş ve DSM-III'e (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı/ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) göre tanısal geçerliliğini araştırmışlardır. Bu çalışmada, şizoaffektif bozukluğun, psikotik belirtilerin varlığı ve hastalığın sonuçları açısından hem şizofreniden hem de duygudurum bozukluklarından farklı bir seyir gösterdiği ve farklı bir tanı olduğu sonucuna varılmıştır. Şizoaffektif bozukluk DSM-IV'te, psikotik bozukluklar grubu içinde, ayrı bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Tanı, şizofreni (sanrı, varsanı, bizar davranış, negatif belirtiler) ve duygudurum bozukluklarına (depresif veya manik bir dönemin) ait tanı ölçütlerinin birlikte karşılanması ile konulmaktadır. Duygudurum belirtileri hastalığın toplam süresinin önemli bir bölümünde yer almalı ve belirgin duygudurum belirtilerinin olmadığı en az 2 hafta boyunca pozitif psikotik belirtiler bulunmalıdır (4).

Bilişsel bozukluklar şizofreni hastalarında yaygın olarak görülmektedir. Yapılan çalışmalar, şizofrenide yürütücü işlevler, dikkat, çalışma belleği (working memory), sözel bellek, görsel bellek, öğrenme ve işlem hızı gibi birçok bilişsel işlevde bozulma olduğunu göstermiştir (5-7). Şizoaffektif bozukluğun tanı ve sınıflandırılmasındaki güçlükler, bilişsel işlevleri değerlendiren çalışmaları da etkilemiştir. Bu alanda yapılan çalışmalar, genellikle şizoaffektif bozukluğun şizofreni ve duygudurum bozuklukları ile karşılaştırılması şeklindedir. Szoke ve arkadaşları (8), bu üç hasta grubunu yürütücü işlevler açısından karşılaştırmıştır. Bilişsel işlevlerdeki bozulmanın en fazla şizofrenide olduğu, ancak şizoaffektif grubun şizofreniye çok benzer özellik gösterdiği tespit edilmiştir. Goldstein ve arkadaşları (9) şizoaffektif bozukluk hastalarının bilişsel işlevler açısından şizofreni paranoid alt tip hastaları ile benzer olduğunu, bu iki grupta nöropsikolojik olarak normal kümeleşme gösteren

hasta sayısının fazla olduğunu, bir grup şizoaffektif hastanın psikotik olmayan duygudurum bozukluklarından farkı olmadığını bildirmişlerdir.

Bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi, bireyin hayatın problemleriyle karşılaştığında nasıl davranacağı ve işlevsel performansı hakkında ipuçları vermesi bakımından önemlidir (10). Şizoaffektif bozukluğu olan hastaların prognozlarının, sosyal ve mesleki işlevselliklerinin şizofreni hastalarından daha iyi olduğu kabul edilmektedir (11). Bu bağlamda, şizoaffektif bozukluğu olan hastaların bilişsel işlevlerinin şizofreni hastalarına göre daha iyi olacağı beklenilebilir. Bu çalışmada, şizoaffektif bozukluğu olan hastaların yürütücü işlevler, dikkat ve bellek gibi temel bilişsel işlevler açısından şizofreni ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışmaya, 2007-2009 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikoz polikliniğinde takip edilen, DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı konulan ve remisyonda olan hastalar alınmıştır. Akut psikotik dönemde olan ve mental retardasyonu bulunan hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Çalışma, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulu'nca onaylanmıştır. Hasta ve yakınları çalışma hakkında bilgilendirilmiş, gönüllü olan hastalar bilgilendirilmiş rıza belgesi ile birlikte çalışmaya alınmıştır. Klinik değerlendirmeyi takiben bu konuda eğitim almış, deneyimli bir psikolog tarafından nöropsikolojik testler uygulanmıştır.

Klinik Değerlendirme: Hastaların sosyodemografik özellikleri ve kliniğe ilişkin bilgileri mevcut dosyalarından elde edilmiştir. Belirtilerin değerlendirilmesinde Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms-SAPS), Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Negative Symptoms-SANS) ve Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (Brief Psychiatric Rating Scale-BPRS) kullanılmıştır.

Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SAPS): Şizofreninin pozitif belirtilerinin düzeyini,

dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (12). Türkçe formunun geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır (13). Toplam dört alt ölçek ve 34 madde içermektedir. Her madde için 0-5 arasında puan verilmektedir.

Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SANS): Şizofreninin negatif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (12). Türkçe formunun geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır (14). Toplam 5 alt ölçek 25 madde içermektedir. Her madde için 0-5 arasında puan verilmektedir.

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS): Overall ve Gorham (15) tarafından geliştirilmiştir. Psikiyatrik hasta gruplarında kullanılan, şizofrenide ve diğer psikiyatrik bozukluklarda psikiyatrik ve bazı depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini değerlendiren bir ölçektir. Türkçe formunun geçerlilik çalışması yapılmıştır (16). On sekiz maddeden oluşmakta, her madde 0-6 arasında puanlanmaktadır.

Nöropsikolojik Değerlendirme: Yürütücü işlevler Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET), dikkat Stroop Testi, bellek Sözel Bellek Süreçleri Testleri ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme Sözel Bellek Süreçleri Testi ilk aşaması ile başlamış, sonra sırasıyla, Stroop ve WKET'leri uygulanmış, 45 dakika sonra, Sözel Bellek Süreçleri Testi uzun süreli bellek tanıma ve hatırlama aşaması ile değerlendirme tamamlanmıştır.

Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET): Heaton ve arkadaşları (17) tarafından geliştirilmiştir. WKET'de başarı eşleme ilkesinin kavranmasına bağlıdır. WKET performansı, davranışın doğruluğu konusunda verilen geri bildirimden yararlanarak sınıflama ilkesini bulma, uyarıcının bir yönüne seçici olarak dikkat edebilme, geçerli olduğu sürede bu ilkeyi kullanma, yanlış davranışa yol açtığına ise ilkeden vazgeçebilme, yani davranış kurulumunu değiştirebilmeyi içerir. Frontal lob işlevlerini değerlendiren bir test olup çalışma belleği, yürütücü işlevleri ve dikkat performanslarını ölçer. WKET'te başarının değerlendirilmesinde temel ölçüt perseverasyon eğilimidir. Perseverasyon, davranım ilkesi değiştiği halde bireyin daha önceki ilkeler doğrultusundaki davranımında ısrar etmesidir. Türkiye'de standardizasyon çalışması Karakaş (18) tarafından

yapılmıştır.

Stroop Testi: Algısal kurulumu, değişen talepler doğrultusunda ve bir bozucu etki altında değiştirebilme becerisini; alışılmış bir davranış örüntüsünü bastırabilme, olağan olmayan bir davranışı yapabilme yeteneğini ve dikkat sürecini ölçer (19). Hata ve tepki süresi gibi puanlarının hesaplandığı bu testte bozuk performans, okuma gibi alışılmış (ya da otomatik) bir tepkiye karşı koyamama ve bu nedenle, renk söyleme süresinin uzaması veya yanlış rengin söylenmesi şeklinde kendini göstermektedir (18).

Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST): Rey (20) tarafından geliştirilmiş olan bir kelime listesi öğrenme testidir. SBST bellek ile ilgili pek çok parametreyi birbirinden ayırt edebilir. Bunlardan birincisi kişinin anlık belleği, ikincisi öğrenme ya da bilginin edinilmesi-kazanılması süreci, üçüncüsü hatırlama tutma ve geri çağırma hatırlama süreçleridir. Birinci ve ikinci aşamadan sonra teste yaklaşık 45 dakika ara verilir ve üçüncü aşama (uzun süreli bellek) gerçekleştirilir. Hatırlama geciktirilmiş kendiliğinden hatırlama ve geciktirilmiş tanıyarak hatırlama şeklinde iki türlü değerlendirilmektedir. Test, birbiri ile ilişkisiz on beş kelimedenden oluşur. On beş kelime birer saniye aralıklarla deneğe okunur ve daha sonra akılda kalanları söylemesi istenir. Bu, deneğin anlık belleği ve dikkati sürdürebilmesi hakkında bilgi verir. Deneğin doğru cevap sayısı anlık bellek skoru olarak kaydedilir. İlk denemeden sonra aynı liste dokuz kere daha deneğe okunarak, her defasında aklında kalanların tümünü söylemesi istenir. Bu da deneğin öğrenme becerisi hakkında bilgi verir (21). SBST'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Öktem (22) tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme

Veriler Windows için SPSS 10.0 programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel analizlerin yanı sıra, grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizi uygulandı. Tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı veriler için, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde post hoc Tukey analizi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık için, $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Tablo 1: Hastaların klinik özellikleri ve ölçek puanları

Klinik veriler	Şizofreni (Ort.±S.S.)	Şizoaffektif Bozukluk (Ort.±S.S.)	t*
Yaş	38.19±12.55	39.00±11.08	1.399
Eğitim yılı	9.93±3.56	10.47±3.64	0.044
Hastalık süresi (yıl)	13.14±9.53	14.10±9.52	0.418
Yatış sayısı	2.71±3.14	2.68±2.63	0.035
BPRS	27.00±15.02	21.82±13.02	1.330
SAPS	33.72±26.27	24.03±14.83	1.735
SANS	46.62±25.40	40.39±25.67	0.991

BPRS: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, SAPS: Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği, SANS: Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği, *t: Bağımsız gruplar t test, tüm değerlendirmelerde p>0.05. Ort.: Ortalama, S.S.: Standart sapma

Tablo 2: Nöropsikolojik test puanlarının karşılaştırılması

Nöropsikolojik test puanları	Şizofreni (Ort.±S.S.)	Şizoaffektif Bozukluk (Ort.±S.S.)	Kontrol (Ort.±S.S.)	F*
WKET				
Kategori tamamlama	1.95±2.10	2.33±2.00	4.20±1.97	14.784
Perseveratif tepki sayısı	55.28±39.64	50.06±38.37	17.86±16.67	15.990
Perseveratif hata sayısı	43.26±28.51	42.03±30.78	16.02±14.49	15.480
Perseveratif hata yüzdesi	38.64±27.26	35.90±27.68	12.97±11.38	13.024
Kavramsal düzey tepki sayısı	31.53±25.37	34.63±20.72	52.76±19.63	11.014
Stroop Test				
Süre farkı	68.97±43.12	70.77±45.11	41.30±15.43	8.236
SBST				
Öğrenme puanı	80.36±25.73	74.09±21.60	120.26±21.46	40.954
En yüksek öğrenme puanı	10.81±3.07	9.95±3.02	14.78±2.06	31.775
Uzun süreli bellek hatırlama	8.89±3.20	7.85±3.18	12.36±1.80	23.795

WKET:Wisconsin Kart Eşleme Testi, SBST: Sözel Bellek Süreçleri Testi, *F: Tek yönlü varyans analizi, tüm değerlendirmelerde p<0.05. Ort.: Ortalama, S.S.: Standart sapma

BULGULAR

Çalışmaya 35 şizoaffektif bozukluğu olan hasta, 48 şizofreni hastası ve 48 sağlıklı kontrol katıldı. Gruplar arasında eğitim yılı ve yaş açısından bir farklılık yoktu (Tek yönlü varyans analizi, sırasıyla $F=0.265$, $F=1.204$, hepsi için $p>0.05$). Kontrol grubunun yaş ortalaması 35.17 ± 9.92 , eğitim yılı ortalaması 10.07 ± 3.85 idi. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastaları arasında hastalık süreleri, hastaneye yatış sayıları, BPRS, SANS ve SAPS puanları açısından farklılık yoktu ($p>0.05$) (Tablo 1).

Gruplar arasında, WKET kategori oluşturma, perseveratif hata sayısı, perseveratif hata yüzdesi, kavramsal düzey tepki sayısı ve yüzdesinde; Stroop testi süre farkında; SBST öğrenme puanı, en yüksek öğrenme puanı, uzun süreli bellek kendiliğinden hatırlama puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (Tablo 2). Yapılan post hoc Tukey analizlerinde, şizofreni ve şizoaffektif hastaların bilişsel test puanları ara-

sında farklılık olmadığı, gruplar arasındaki farklılığın kontrol grubundan kaynaklandığı ve kontrol grubunun hem şizofreni hem de şizoaffektif hastalara göre daha başarılı performans gösterdiği tespit edildi.

TARTIŞMA

Çalışma grubumuzun çoğunluğu orta erişkin yaşta, ilköğretim mezunu, 13-14 yıllık hastalık öyküsü ve ortalama 2 defa hastane yatışı olan bireylerden oluşmaktaydı. Çalışmaya katılan şizofreni hastalarının ve şizoaffektif hastaların hastalık süreleri, eğitim süreleri, hastaneye yatış sayıları ve uygulanan ölçek puanları benzerdi. Bu iki hastalık grubu arasında yürütücü işlevler, dikkat ve sözel bellek performansları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Bununla birlikte, şizofreni hastalarının ve şizoaffektif hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre WKET'de tamamlanan kategori sayılarının düşük ve perseverasyon puanlarının yüksek olduğu,

Stroop testinde süre farkının fazla olduğu, Sözel Bellek Testinde öğrenme ve hatırlama puanlarının düşük olduğu tespit edildi. Bu sonuçlar, şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda planlama, yeni uyaranlara göre strateji değiştirebilme ve başladıkları işi tamamlama, dikkati odaklama ve sürdürme, yeni bilgiyi öğrenme ve hatırlama alanlarında bozulma olduğuna işaret etmektedir.

Şizofreni hastalarında yürütücü işlevlerde bozulma olduğu, WKET'te ketlemenin yapılamadığı ve perseveratif yanıtların fazla olduğu bilinmektedir (23,24). Gooding ve Tallent (25), 34 şizofreni ve 23 şizoaffektif bozukluk hastasının WKET performanslarını sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmıştır. Sonuçlarımızla benzer olarak, her iki hastalıkta, özellikle kategori tamamlama ve perseveratif hata puanlarında benzer performans elde edildiği, yürütücü işlevlerde sağlıklı kontrol grubuna göre bozulma olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir çalışmada, şizoaffektif bozukluğun nöropsikolojik test profilinin şizofrenide olduğu gibi heterojenite gösterdiği, bir grup hastanın psikotik bulgusu olmayan duygudurum bozukluklarından farkı olmadığı, bir grup hastanın bilişsel performansının ise paranoid tip şizofreni hastaları ile benzer olduğu bildirilmiştir (9). Evans ve arkadaşları (26), şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve psikotik bulgusu olmayan, duygudurum bozukluğu bulunan hastaların psikopatoloji ölçek puanlarını ve temel nöropsikolojik test performanslarını karşılaştırmışlardır. Şizoaffektif bozukluk ve şizofreni hastalarının, duygudurum bozukluğu olan hastalara göre daha şiddetli diskinezi yaşadıkları, ailelerinde duygudurum bozuklukları öyküsünün daha az olduğu, bu hastalarda psikiyatrik nedenlerle hastaneye yatışların fazla olduğu, daha fazla antipsikotik ve antikolinerjik ilaç kullanımının olduğu ve depresif belirtilerin daha az görüldüğü belirlenmiştir. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk grubunun nöropsikolojik test performanslarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmış, şizoaffektif bozukluğun klinik semptomlar ve bilişsel işlevler açısından bir duygudurum bozukluğundan çok, şizofreniye yakın olduğu tespiti yapılmıştır. Benzer olarak, bizim sonuçlarımız da şizofreni ve şizoaffektif bozuklukta temel bilişsel işlevlerde bozulma olduğunu, ancak bozulmanın şiddeti açısından iki hastalık arasında farklılık bulunmadığını desteklemektedir.

Diğer yandan, Reichenberg ve arkadaşları (27) şizofreni hastalarında bilişsel işlevlerdeki bozulmanın daha belirgin olduğunu ve normal test performansı aralığındaki hasta sayısının daha az olduğunu bildirmişlerdir. Heinrichs ve arkadaşları (28) şizofreni ve şizoaffektif bozukluğun nöropsikolojik test performansı açısından ayrılabilirliğini test etmişlerdir. Bu çalışmada, şizofreni hastaları, şizoaffektif bozukluk ve sağlıklı kontrol gruplarına göre tüm testlerde daha düşük performans göstermiştir. Ancak testlerden hiçbirinin bu iki hastalığın ayrımında tek başına belirleyici olmadığı sonucuna varılmıştır. Şizofreni hastalarının şizoaffektiflere göre daha semptomatik olduğu ve sosyal desteğe daha çok ihtiyaç duydukları vurgulanmıştır. Bir başka çalışmada, şizofreni ve şizoaffektif bozukluğun her ikisinde de sözel bellekte bozulma olduğu, ancak şizofrenide sözel bellek geri çağırma alanındaki bozulmanın daha şiddetli olduğu bildirilmiştir (29). Kliniğimizde yapılan bir çalışmada, 15'er kişiden oluşan bipolar bozukluk, şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve sağlıklı kontrol gruplarında Manyetik Rezonans Spektroskopisi (MRS) ile ölçülen metabolit değerleri ve bilişsel yetileri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada, şizoaffektif hastaların yürütücü işlevler açısından şizofreni grubuna, MRS bulgularına göre ise bipolar bozukluğa benzer olduğu tespit edilmiştir. Sonuçta, şizofreni ve duygudurum bozukluğunun aralıksız bir bütünü uç noktalarını oluşturdukları, şizoaffektif bozukluğun bu aralıksız bütünde aracı bir pozisyon aldığı, daha geniş örneklerle uzunlamasına çalışmalara gereksinim olduğu yorumu yapılmıştır (30).

Şizoaffektif hastaların bilişsel işlevlerini değerlendiren çalışmaların az sayıda olması, bazı çalışmalarda şizofreni, bazı çalışmalarda duygudurum bozukluklarına benzer özellikler elde edilmesi bu konunun yeterince anlaşılmasını güçleştirmektedir. Nitekim, şizofreni ve şizoaffektif bozukluğun bilişsel işlevler açısından ayrımında daha farklı bilişsel testlerin uygulandığı çalışmalar mevcuttur. Yapılan bir çalışmada, bu iki hastalık, görsel-motor görevleri içeren bir nöropsikolojik test bataryası (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery, CANTAB) ile karşılaştırılmış ve görsel-uzamsal ve görsel-motor koordinasyonun şizoaffektif grupta daha iyi olduğu tespit edilmiştir (31). Fiszdon ve arkadaşları (32), şizofreni ve şizoaffektif

bozukluğu olan hastaları yürütücü işlevler, sözel ve sözel olmayan bellek, işlem hızı ve sosyal kognisyon açısından karşılaştırmıştır. Sosyal kognisyon; bireyin kendisi, diğerleri, sosyal konumları ve ilişkileri hakkında nasıl düşündüğü olarak tanımlanmıştır. İki grup arasında temel bilişsel testlerde farklılık bulunmazken, sosyal kognisyon alanında şizoaffektif grubun daha iyi performans gösterdiği bildirilmiştir. Sonuçlar, iki hastalığın ayrımında sosyal kognisyonun kullanılabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastaları, çoğunluğu atipik antipsikotikler olmak üzere psikotrop ilaç kullanmaktaydı. İlaç kullanımının olası etkilerinin dışlanamamış olması çalışmamızın bir kısıtlılığıdır. Kesitsel bir araştırma olması çalışmamızın diğer bir kısıtlılığıdır ve sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Şöyle ki, ülkemizde yapılan bir çalışmada şizofreni, bipolar bozukluk ve şizoaffektif bozukluk tanılarının süregenliği geriye dönük olarak incelenmiştir. Şizofreni ve bipolar bozuklukta tanısız stabilitenin yüksek olduğu (sırasıyla %96, %92.5), şizoaffektif bozuklukta ise bu oranın düşük olduğu (%45.5) bildirilmiştir (33). Lake ve Hurwitz (34), bu konuda ilgi çekici bir çalışma yapmışlardır. Yazarlar, 1965-2007 yılları arasındaki şizoaffektif bozukluk ile

ilgili 29.700 çalışmayı incelemiş ve bu hastalığın geçerliliğine dair kanıt aramışlardır. Bu çalışmada, özgün tanısal ölçütlerin olmadığı ve değerlendiriciler arasında güvenilirliğinin (reliability) düşük olduğu tespit edilmiştir. Yapılan epidemiyoloji, klinik, temel bilim, kalıtım ve moleküler genetik çalışmalarında, “şizoaffektif bozukluk şizofrenin alt tipi olduğu”, “bipolar bozukluğun alt tipi olduğu” ya da “ikisi arasında ayrı bir hastalık olduğu” sonuçlarının elde edilmesinin bu tanının varlığına şüphe düşürdüğü ifade edilmiştir. Şizoaffektif bozukluğun şizofreni ve bipolar bozukluk arasındaki boşlukları doldurarak, iki bozukluğu birleştirdiği ve bu nedenle ayrı bir bozukluk olmadığı, şizoaffektif bozukluk tanısı konan hastaların muhtemelen psikotik bir duygudurum bozukluğundan yakındığı öne sürülmüştür. Sonuçlarımız değerlendirilirken, şizoaffektif bozukluğunun tanısız güvenilirliğinin düşük olduğu, bugün şizoaffektif bozukluk tanısı koyduğumuz hastaların bir kısmının zamanla belki de tanısız farklılığa uğrayabileceği dikkate alınmalıdır. Bu bulgular, şizoaffektif bozuklukla ilgili daha fazla araştırma yapmanın gerekli olduğunu düşündürmektedir. Uzun süreli izlem çalışmalarında hastaların tanı, klinik özellikleri ve bilişsel işlevlerinin takibi bu alanda bize daha fazla bilgi sağlayabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Semiz ÜY. Şizoaffektif Bozukluk: İçinde Ceylan ME, Çetin M (editörler). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni. 1.cilt, 4. Baskı, İstanbul: İncekara Kağıt. Mat. San. ve Dış Tic. Ltd. Şti., 2009, 1299-1311.
2. Esen-Danacı A. Şizoaffektif Bozukluk: İçinde Yüksel Ş (editör). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Demeği Yayınları, 2007, 287-301.
3. Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, Walsh D. Examining the validity of DSM-III-R schizoaffective disorder and its putative subtypes in the Roscommon Family Study. *Am J Psychiatry* 1995; 152:755-764.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 4. Baskı (DSM-IV). Köroğlu E (Çeviri Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
5. Mahurin RK, Velligan DI, Miller AL. Executive-frontal lobe cognitive dysfunction in schizophrenia: a symptom subtype analysis. *Psychiatry Res* 1998; 79:139-149.
6. Perlstein WM, Carter CS, Noll DC, Cohen JD. Relation of prefrontal cortex dysfunction to working memory and symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1105-1113.
7. Bechara-Evans L, Iyer S, Lepage M, Malla A. Investigating cognitive deficits and symptomatology across pre-morbid adjustment patterns in first-episode psychosis. *Psychol Med* 2010; 40: 749-759.
8. Szoke A, Meary A, Trandafir A, Bellivier F, Roy I, Schurhoff F, Leboyer M. Executive deficits in psychotic and bipolar disorders - implications for our understanding of schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry* 2008; 23:20-25.
9. Goldstein G, Shemansky WJ, Allen DN. Cognitive function in schizoaffective disorder and clinical subtypes of schizophrenia. *Arch Clin Neuropsychol* 2005; 20:153-159.
10. Niendam TA, Bearden CE, Johnson JK, McKinley M, Loewy R, O'Brien M, Nuechterlein KH, Green MF, Cannon TD. Neurocognitive performance and functional disability in the psychosis prodrome. *Schizophr Res* 2006; 84:100-111.

11. Kaplan HI, Sadock BJ. Diğer Psikotik Bozukluklar. Klinik Psikiyatri. Abay E (Çeviri ed.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, 139-150.
12. Andreasen NC. Methods for assessing positive and negative symptoms. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1990; 24: 73-88.
13. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1991; 4:20-24.
14. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Negatif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1991; 4:16-19.
15. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 1962; 10:799-812.
16. Soykan C. Institutional differences and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment. Master Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 1989.
17. Heaton RK, Chelune GJ, Talley JL, Kay GG, Curtiss G.. Wisconsin card sorting test manual: Revised and expanded. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1993.
18. Karakaş S. BİLNOT Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testler İçin Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları. 2. Baskı, Eryılmaz Ofset, Ankara, 2006.
19. Stroop JR. The basis of Ligon's theory. *Am J Psychol* 1935; 47:499-504.
20. Rey A. L'examen Clinique en Psychologie. Presse Universitaire de France, Paris, Fransa, 1964.
21. Sarıcaoğlu F, Akıncı S B, Gözaçan A, Güner B, Rezaki M, Aypar U. Gece ve gündüz vardiyalı çalışmasının bir grup anestezi asistanının dikkat ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16:106-112.
22. Öktem Ö. Sözel Bellek Süreçleri Testi, Bir ön çalışma. *Nöropsikoloji Arşivi* 1992; 29:196-206.
23. Dieci M, Vita A, Silenzi C, Caputo A, Comazzi M, Ferrari L, Ghiringhelli L, Mezzetti M, Tenconi F, Invernizzi G. Non-selective impairment of Wisconsin Card Sorting Test performance in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 1997; 25:33-42.
24. Martino DJ, Bucay D, Butman JT, Allegri RF. Neuropsychological frontal impairments and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007; 152: 121-128.
25. Gooding DC, Tallent KA. Spatial working memory performance in patients with schizoaffective psychosis versus schizophrenia: a tale of two disorders? *Schizophr Res* 2002; 15;53:209-218.
26. Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS, McAdams LA, Heaton SC, Jeste DV. Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? *J Clin Psychiatry* 1999; 60:874-882.
27. Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, Mojtabai R, Rabinowitz J, Heaton RK, Bromet E. Neuropsychological function and dysfunction in schizophrenia and psychotic affective disorders. *Schizophr Bull* 2009; 35:1022-1029.
28. Heinrichs RW, Ammari N, McDermid Vaz S, Miles AA. Are schizophrenia and schizoaffective disorder neuropsychologically distinguishable? *Schizophr Res* 2008; 99:149-154.
29. Beatty WW, Jovic Z, Monson N, Staton RD. Memory and frontal lobe dysfunction in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181:448-453.
30. Kalaycı D. MR spektroskopisi ve bilişsel işlevler açısından şizoaffectif bozukluğun şizofreni ve bipolar bozuklukla ilişkisi. Uzmanlık tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, 2010.
31. Stip E, Sepehry AA, Prouteau A, Briand C, Nicole L, Lalonde P, Lesage A. Cognitive discernible factors between schizophrenia and schizoaffective disorder. *Brain Cogn* 2005; 59: 292-295.
32. Fiszdon JM, Richardson R, Greig T, Bell MD. A comparison of basic and social cognition between schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2007; 91:117-121.
33. Kuruoğlu A, Önder F, Ankan Z, E Işık. Kronik şizofreni, şizoaffectif bozukluk ve bipolar bozuklukta tanılabilirlik. *Yeni Sempozyum* 2000; 38:20-25.
34. Lake CR, Hurwitz N. Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease--there is no schizoaffective disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:365-379.