

Psikoz tanılı hastalarda kritik dönem: "Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi" ve sosyal belirleyicileri

The critical period in patients with psychosis: "Duration of Untreated Psychosis" and social determinants

Gamze Akçay Oruç¹, Bülent Kadri Gültekin²

¹Dr., ²Doç. Dr., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Psikoz tipik bir başlangıç şekli olmayan, farklı biçimlerde karşımıza çıkabilen psikiyatrik bir hastalıktır. Psikotik bozukluklar en fazla yeti yitimine yol açan hastalıklar arasındadır. Psikozun esas yıkıcı etkisi özellikle hastalığın başladığı ilk yıllarda görülmektedir. Dolayısıyla bu süreç müdahale için en kritik dönem olmasına rağmen hastaların çoğunun bu dönemi uzun süre tedavisiz geçirdiği saptanmıştır. Pek çok çalışma tedavisiz geçen psikoz süresinin hastalığın şiddetini, antipsikotik tedavi yanıtını, prognozu, sosyal işlevsellik düzeyini belirgin derecede etkilediğini göstermiştir. Hastalık için oldukça belirleyici olan tedavisiz geçen psikoz süresinin önemli bir diğer yönü ise etkin bir müdahalenin yapılabileceği, değiştirilebilir ve önlenilebilir bir faktör olmasıdır. Tedavisiz geçen psikoz süresini uzatarak tedavide gecikmeye yol açan etkenlerin saptanması ve bu etkenlere yönelik müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi, psikotik bozuklukların seyri- ni olumlu yönde değiştirebilecek bir alan olarak umut vadetmektedir. Yapılan çalışmalar tedavisiz geçen psikoz süresinin hastanın ve ailenin hastalıkla ilgili bilgi ve tutumları, eğitim seviyeleri, sosyoekonomik düzeyleri ile damgala(n)ma, sağlık hizmetine erişim, ailede psikoz öyküsü gibi çok sayıda psikososyal belirleyicisinin olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada tedavisiz geçen psikoz süresinin önemi ve belirleyicileri üzerine yapılan çalışmaların değerlendirilmesi amaçlandı.

Anahtar Sözcükler: Psikoz, tedavisiz geçen psikoz süresi, sosyal belirleyiciler

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:177-183)

DOI: 10.5505/kpd.2018.38258

SUMMARY

Psychosis is a psychiatric disorder that can occur in different forms does not have a typical beginning. Psychotic disorders are amongst the mental illnesses which cause disability mostly. The main destructive effect of psychosis is seen especially in the first years of illness. Although this period was the most critical period for intervention, found that most of the patients have been without treatment for a long time. Many studies have indicated that the duration of untreated psychosis impacts significantly the severity of the disease, response to antipsychotic treatment, prognosis and social functioning. The another important aspect of duration of untreated psychosis, which is quite determinant on the disease, is the malleable and preventable factor with an effective intervention. The identification of the factors that cause delay in treatment which extends the duration of untreated psychosis and the development of interventional methods for these factors are promising as a scope that can positively change the course of psychotic disorders. Studies indicated that, duration of untreated psychosis has many psychosocial determiners such as the knowledge and attitude with respect to disease, the education level and the socioeconomical status of patient and family, stigmatization, access to healthcare service and family history of psychosis. In this study, it was aimed to assess the studies on the importance and determinants of duration of untreated psychosis.

Key Words: Psychosis, duration of untreated psychosis, social determinants

GİRİŞ

Psikotik bozuklukların önemli bir kısmını oluşturan şizofreni, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarında, kişilerarası ilişkilerinde, işe ve topluma uyumunda ağır bozukluk yaratan, her yüz kişiden birinin yaşamı boyunca yakalanma riski taşıdığı kronik bir hastalıktır (1). Şizofreni, genellikle geç ergenlik ve erken erişkinlikte başlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1990 yılındaki Global Hastalık Yüklü çalışmasında 15-44 yaş grubunda en fazla yeti yitimine yol açan on hastalık arasındadır. Aynı çalışmanın 2010 yılındaki güncel tekrarında da en fazla yeti yitimine yol açan ruhsal bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları grubundaki hastalıklar arasında şizofreni yeti yitimi ağırlığı açısından ilk sıradadır (2).

Psikoz nasıl başlar, nasıl seyrederek?

Psikozun tipik bir başlangıcı yoktur; renkli belirtilerle ortaya çıkabileceği gibi çok sinsi olarak da gelişebilir (1). İzlem çalışmaları, ilk psikotik ataktan önce olguların yaklaşık %75'inde yıllarca süren negatif ve özgün olmayan belirtilerle belirgin bir prodromal evre olduğunu göstermektedir (3).

Maurer ve arkadaşlarının ilk başvuru şizofreni tanılı hastalarla yaptıkları çalışma, şizofreni ne zaman, nasıl ve hangi belirtilerle başlar ve ilk başvuruya kadar nasıl seyrederek gibi soruların önemine işaret etmiştir. İlk hastane yatışı öncesinde hastaların %95,7'sinde hezeyanların, %68,5'inde halüsinasyonların ve %61,6'sında düşünce yapısında bozukluğun varlığı saptanmış olup, hastaların %50'sinden fazlasında ise en az iki pozitif belirtinin birlikte başladığı görülmüştür (4).

Kritik dönem -Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi (TGPS)

Kritik dönem hipotezi, psikozun ilk yıllarında bozulmanın agresif bir şekilde gerçekleştiğini ve daha sonra göreceli olarak stabil seyrettiğini belirtmektedir (5). İlk psikotik ataktan sonraki 5-10 yıl içinde hastalık genellikle pozitif psikotik belirtilerin görüldüğü alevlenmeler ve aralarda yatışmalarla gider; bu yatışma dönemlerinde negatif belirtiler

şiddetlenerek sürer. Sonraki dönemde çoğu hastada, "plato etkisi"(6) ile hastalığın stabilize olması, artık alevlenmelerin çok fazla görülmemesi ve işlevsellik düzeyinin fazla değişmemesi nedeniyle, bu ilk 5-10 yıllık dönem "kritik dönem"dir (1,7). Ayrıca erken prodromal evrede de hastalık sürecinin çok yıkıcı olabildiği görülmüştür (8,9). Yeni çalışmalar erken müdahalenin hastalığın gidişatını ve sonucunu önemli ölçüde iyileştirebileceğine dair kanıtlar sunmaktadır (8,10,11); ancak şizofreni tanısı ve tedavisi sıklıkla gecikebilmektedir. Psikotik belirtiler başladıktan sonra ilk kez tanı konup tedavi edilene kadar geçen süre olarak tanımlanan Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi (TGPS) (Duration of Untreated Psychosis; DUP) ortalama 1-3 yıla kadar, hastalığa spesifik olmayan prodromal belirtilerin başlangıcından tedaviye kadar geçen süre olarak tanımlanan Tedavisiz Geçen Hastalık Süresi (TGHS) (Duration of Untreated Illness; DUI) ise ortalama 2-5 yıla kadar uzayabilmektedir (8, 10). Bazı çalışmalarda ise bu süreler çok daha uzun bulunmuştur (12).

TGPS'nin prognoza etkisi

Pek çok çalışma uzun TGPS'nin kötü prognoza yol açtığı konusunda benzer sonuçlar bulmuşlardır. İlk atak şizofreni tanılı hastalarla yapılan çalışmaların meta-analizleri TGPS'nin önemini desteklemiştir. Marshall ve arkadaşlarının ilk atak psikozlarla yapılmış 26 çalışmayı değerlendiren meta-analizinde, TGPS ile 6-12 aylık izlemde bakılan toplam semptomatoloji, depresyon/kaygı belirtileri, negatif ve pozitif belirtiler, genel işlevsellik, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi arasında -premorbid işlevsellikten bağımsız olarak- anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Daha kısa TGPS, daha iyi antipsikotik tedavi yanıtı ve daha iyi işlevsellik düzeyi ile ilişkili bulunmuş, uzamış TGPS ise azalmış iyileşme olasılığı ile ilişkilendirilmiştir. Aynı zamanda TGPS'nin şizofrenide belirtilerin şiddeti üzerine de etkisi saptanmıştır (13,14). TGPS ile şizofreninin erken dönemdeki gidişi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların çoğunda, TGPS uzadıkça tedavi yanıtının daha sınırlı, alevlenmelerin daha sık olduğu bildirilmiştir (15). İzlem çalışmaları, TGPS'si daha uzun olan hastaların remisyona girme olasılığının daha düşük olduğunu göstermiştir (13,16). İlk atak psikoz hastalarıyla yapılan uzunlamasına bir izlem çalışmasında, TGHS kısa

olanlarda ilk tedavi ile sağlanan düzelmelerin 4. ve 8. yıllarda devam ettiği bulunmuştur (5). Bottlender ve arkadaşlarının 15 yıllık izlem çalışmaları sonucunda uzun TGPS, hastalığın uzun vadeli sonuçlarıyla ilişkili olabilecek muhtemel diğer faktörlerin etkileri kontrol edildikten sonra bile daha belirgin negatif, pozitif ve genel psikopatolojik semptomlarla ve ilk psikiyatrik başvurudan 15 yıl sonra daha düşük işlevsellikle ilişkilendirilmiştir (17).

TGPS ve özkıyım

Ruh sağlığı alanındaki en ciddi sorunlardan biri olan özkıyım, toplum ortalamasının yirmi katı oranla, şizofreni hastalarının en sık ikinci ölüm nedenidir (1). Hastalığın başlangıç dönemi özkıyım riskinin en yüksek olduğu dönemdir (18). Hastaların bir bölümü henüz hekime/tedaviye başvurmadan özkıyım ile kaybedilmektedir. Bir bölümünde ise tedaviye ilk başvuru sebebi, özkıyım girişimi olabilmektedir (19). Yapılan bir çalışmaya göre ilk tedavi başvurusundan önce, ilk atak psikoz hastalarının % 14-28'inde (20), bir başka çalışmaya göre ilk hastane yatışı öncesinde erkeklerin %7'sinde, kadınların ise %10'unda özkıyım girişimi öyküsü bulunmaktadır (21). Bazı çalışmalarda ise şizofrenide en önemli ölüm nedenlerinden biri olan özkıyım riski uzamış TGPS ile ilişkili bulunmuştur (22, 23). Dolayısıyla psikoz hastalarında özkıyım riski, özellikle en sık görüldüğü dönem olan hastalığın ilk yıllarında dikkatle ele alınmalıdır.

Koruyucu hekimlik bakışıyla TGPS'nin önemi

Ruhsal sorunların risk faktörlerinin bir kısmı değiştirilebilir bir kısmı ise değiştirilemez faktörlerdir. Koruyucu müdahalelerde ele alınan faktörlerin değiştirilebilir olması, hastalığa özel ya da genel risk faktörlerini ve koruyucu faktörleri kapsamaması zorunludur. TGPS'yi koruyucu hekimlik açısından önemli kılan faktörler, belirleyicilerinin saptanmış olması ve bunların değiştirilebilir olmasıdır. TGPS'yi uzatan her faktör uygun ve etkin müdahaleler yapılabilecek niteliktedir. Klasik halk sağlığı sınıflamasına göre TGPS'ye müdahale ikincil önleme çerçevesinde ele alınmaktadır (24). Bu çerçevede erken tanı ve tedaviyle hastalığın prognozuna ve sosyal işlevselliğe önemli katkılar

yapılarak ciddi bir halk sağlığı sorunu olan psikotik hastalıkların toplumsal yükü hafifletilebilir.

TGPS'nin belirleyicileri

TGPS'nin prognostik önemi üzerinde son 20 yılda oldukça fazla durulmuş olup, tedaviden yararlanma şansının en yüksek olduğu bu dönem, aynı zamanda paradoks olarak hastanın ve hasta yakınlarının tanıyı kabullenme ve tedavi işbirliği konusunda en isteksiz olduğu dönem olarak tariflenmiştir (21). Şizofreni sağaltımı hastanın kendisinin, ailesinin ve toplumun tutumlarına, inançlarına ve ön yargılarına da bağlıdır. Hastaların önemli bir kısmı damgalanma korkusu ve bilim dışı inançlar ya da ekonomik nedenlerle evlerinde saklı tutulmakta tedaviye bile götürülmemektedir (1).

2016 yılında yapılan güncel bir meta-analizde hastanın ve ailesinin hastalığı inkarı, ruh sağlığı tedavi hizmetlerine şüpheci yaklaşımı, sosyal izolasyon gibi negatif belirtilerin baskınlığı veya tanı hataları gibi birden fazla faktöre bağlı olarak TGPS'nin uzayabileceği öne sürülmektedir (25).

Birçok sosyokültürel (örneğin; hasta ve aile üyelerinin eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey, sağlık hizmetine erişim, ruhsal hastalık hakkında inanç ve bilgi, sosyal destek ağı) ve psikopatolojik (örneğin; hastalığın sinsi başlangıcı, tuhaf ve yıkıcı davranışlar, iç görü ve tedavi ihtiyacı) faktör tedavi arama davranışlarını dolayısıyla TGPS'yi birlikte etkileyebilir (26).

Uzun TGPS ile hastalığın sonuçları arasındaki ilişkiyi araştıran hatırı sayılır derecede araştırma olmasına rağmen, TGPS'nin belirleyicilerine odaklanan çalışma sayısı oldukça sınırlıdır.

TGPS'nin psikososyal belirleyicileri

Morgan ve arkadaşlarının geniş hasta örneğinde yaptıkları ilk atak psikoz çalışmasında, TGPS'nin klinik ve sosyal belirleyicileri araştırılmış, sinsi başlangıç, işsizlik ve yardım arayışında aile desteğinin olmayışı uzun TGPS ile ilişkili bulunmuştur (27). Japon popülasyonunda TGPS'nin klinik ve sosyal belirleyicilerini araştıran bir çalış-

mada, çalışan ya da öğrenci olan hastaların anlamlı olarak daha kısa TGPS'ye sahip olduğu görülmüştür (28). Bir başka çalışmada bekar, işsiz ve tedaviye polis tarafından getirilmiş olan hastaların TGPS'yi önemli ölçüde daha uzun, işlevselliği daha iyi olanların ise daha kısa bir TGPS'ye sahip olduğu bulunmuştur (29). 2014 yılında yapılan bir çalışmada da uzun TGPS, işsizlik, iç görü azlığı ve istemsiz tedavi ile ilişkilendirilmiştir (12).

Ağırlıklı olarak siyahi Amerikalı, düşük geliri ve sosyal olarak dezavantajlı olan, ilk atak psikoz hastalarında TGPS ile ilgili değişkenleri değerlendiren bir çalışmada psikozun başlama şekli, cezaevi öyküsü ve çocuklukta/ergenlikte kötü muamele düzeyi TGPS'nin bağımsız ön gördürücüleri arasında anlamlı bulunmuş, premorbid madde kullanımı ile ilgili olarak esrar kullanımı ve alkol kullanım miktarı TGPS ile anlamlı derecede ilişkili olduğu görülmüştür (30). Araştırmalar, etnisitenin psikiyatrik semptom etiyojisinin yorumlanmasını ve profesyonel ruh sağlığı tedavisine yönelik tutumları etkileyebileceğini göstermiştir (31). Gallo ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi çeşitli araştırmalarda, siyahi Amerikalıların beyazlara göre daha az ruh sağlığı hizmeti arayışına girdikleri gösterilmiştir (32).

TGPS'yi etkileyen aile ile ilişkili belirleyiciler

Şizofreni genellikle henüz aile içinde yaşamakta olan genç kişide ortaya çıkar. Hastalığın başlangıç belirtilerini, bu kişideki değişimleri en çok aile fark eder; ancak maalesef hastalık aile yaşamı içinde uzun yıllar sürebilir. Aileler suçluluk ve utanç duyabilir, bu nedenle hastalarını gizlemeye çalışabilirler; damgalanmayla ilgili kaygılar ve tedaviyle ilgili olumsuz atıflar nedeniyle, hastalarını tedaviye götürmekten çekinebilir (1).

-Psikiyatrik yardım arama davranışına ailenin katkısı: TGPS'nin önemi arttıkça psikiyatrik yardım arama tutumu da önemli bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Erken psikotik belirtileri yaşayan insanlar nadiren kendi başlarına tedavi arayışındadırlar. Aile üyelerinin genellikle ilk atak psikozu olan bireylerin tedavisine başlanmasında önemli bir rol oynadıkları düşünülmektedir (27,33,34).

-Ailenin bilgi ve tutumu: Sosyal desteği daha iyi olan hastalarda TGPS daha kısa bulunmuştur (35). Destekleyici ve pozitif aile ortamının daha eleştirel, düşmanca veya aşırı müdahaleci tutum seviyeleri olan aile ortamlarının aksine, şizofreni hastalığının klinik sonuçlarını ve prognozunu iyileştirdiği gösterilmiştir. Aileleri bu yönde yaklaşıma teşvik etmek ve ailelerde ifade edilen olumsuz duyguları azaltmak için tasarlanan psikososyal müdahale biçimleri önerilmiştir (36).

Kognitif fonksiyonlarda bozulma prodromal dönemde başlar, sosyal ve mesleki işlevsellikte azalmaya neden olur (9). Ancak bu olumsuz etkilerine karşın prodromal belirtiler, psikoz kadar dramatik olmadığı için çoğunlukla tanınmaz ya da görmezden gelinirler (37). Erken psikotik semptomlar da hasta yakınları tarafından sıklıkla depresyon, motivasyon kaybı ve benzeri durumlarla açıklanmaktadır. Aile üyelerinin yardım aramaya karar vermeleri, genellikle dayanılmaz psikotik belirtilerin veya sosyal yıkıcı davranışların ya da özkıyım davranışının ortaya çıkmasından sonra pekişmektedir (38,39). Bergner ve arkadaşlarının aile bireylerinin bakış açısını inceleyen çalışmasında, ailelerin tedavi arayışını olumsuz yönde en sık etkileyen faktörler: 1) belirtilerin veya davranış problemlerinin hatalı olarak depresyon, madde kullanımı veya ergenliğe bağlanması, 2) tedavinin ancak pozitif belirtilerin (sıklıkla olağandışı ve tehlikeli olabilen) görülmesi ile başlatılması, 3) ergen veya yetişkin olan hastanın özerkliği ile ilgili ikilem, 4) sağlık hizmetine erişememe veya tedavi ekibinin yetersizliği algısı gibi tedavi arayışını geciktirebilecek sağlık sistemiyle ilgili faktörler olarak belirlenmiştir (40).

Corcoran ve arkadaşlarının çalışmasında da, aile bireylerinin psikotik süreçte ortaya çıkan davranış değişiklikleri ve çeşitli hastalık belirtilerini, psikoz tanısı yerine stres, madde, ergenlik gibi çok çeşitli nedenlerle açıkladıkları görülmüştür. Aynı çalışmada ailelerin öncelikle akrabalar, arkadaşlar ve din adamlarına danıştıkları, ancak son çare olarak psikiyatrik yardım için başvurdukları ortaya çıkmıştır (41).

De Haan ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin yaklaşık %57'si psikotik belirtiler ilk ortaya çık-

tığında çocuklarının psikotik bir hastalığı olabileceğini düşünmediğini göstermiştir. Çocuklarının psikotik bozukluğu olduğunu düşünen annelerin çoğu ise bunu madde kullanımına bağlamıştır. Ancak annelerin çoğu tedavi gecikmesinin sağlık hizmet sunumundan kaynaklandığını söylemiş ve kendi rollerini görmezden gelmişlerdir (37).

Singapur'da yapılan bir çalışmada; hastaların %24'ünün bir psikiyatriste danışmadan önce geleneksel bir şifacıya başvurduğu bulunmuştur. Bu çalışmaya alınan hastaların TGPS Avrupa'da yapılan çalışmalara göre daha uzun bulunmuş ve Asya toplumundaki ailelerin tutum ve inançlarının hastaların tedavi almasındaki önemi belirtilmiştir (42).

Compton ve arkadaşları da tedavisiz geçen süreçte, ailenin bilgi ve tutumunun önemli bir belirleyici olduğu üzerinde durmuş; aileye ilişkin etkenler arasında ailenin yetersiz desteğini, hastalık ve tedavisi konusunda yetersiz bilgiyi, olumsuz inanç ve tutumlara sahip olmasını ve hastalıkla etiketlenme korkusunu sıralamış, kapsamlı ileri çalışmalar önermiştir (38).

-Aile öyküsü ile TGPS ilişkisi: Aile öyküsü de tedavi arayışını ve dolayısıyla TGPS'yi etkileyen önemli faktörlerdendir. Ailede diğer psikotik hastaların bulunmasının, kullanılan ilaçların benzerliğinin ve yan etkilerinin gözlenmesinin, hastada tedavi ile ilgili olumsuz düşüncelere yol açtığı ve uyumsuzluğu arttırdığı gözlenmiştir (43). Ancak aile öyküsü ile TGPS ilişkisini araştıran çalışmalarda gelişmiş sonuçlar elde edilmiştir. Bir çalışmada aile öyküsünün varlığı ile TGPS arasında ilişki saptanmazken (34), başka bir çalışmada daha uzun TGPS ile (44), bir başkasında ise tam tersine daha kısa TGPS ile ilişkili saptanmıştır (45). Esterberg ve Compton, aile öyküsünün hastalık başlangıcı, semptomatoloji ve TGPS üzerine etkisine dair ilk atak psikozlarla yaptıkları çalışmada, prodromal dönem ve psikozun daha erken yaşta başlamasının ve sadece erkek hastalarda daha uzun TGPS'nin aile öyküsü ile ilişkili olduğunu bulmuştur (46).

TGPS'yi uzatan bir etken olarak 'damgalanma'

Ruhsal hastalıkların tedavisinde en büyük engeller-

den biri damgalanmadır. Damgalanma, bireyler ruhsal hastalık tanısı ya da tedavisi ile ilgili etiketlenmekten kaçındıklarından yardım arama davranışını engelleyebilir (47).

Birinci basamak tedavi kurumundan psikiyatrye yönlendirilen ve %80 gibi bir oranla hastaların büyük çoğunluğunun bir psikiyatriste gitmeyi reddettiği bir çalışmada, bunun en sık sebebi olarak ruhsal hastalığa bağlı damgalanma korkusu olduğu ifade edilmiştir (48).

Henderson ve arkadaşlarının damgalama karşıtı kampanyaların psikiyatrik yardım arama davranışını artırıp artırmayacağını araştırdıkları çalışmada, tedaviden kaçınma veya tedaviye gecikme ile ilgili olduğu gösterilen kanıtlar: 1) ruhsal hastalıkların özelliklerini belirlemede bilgi eksikliği, 2) tedaviye nasıl erişileceği ile ilgili bilgi eksikliği, 3) ruhsal hastalığı olanlara karşı önyargı ve 4) ruhsal hastalık tanısı konan kişilerin ayrımcılığa uğrayacağı beklentisidir (49).

Link ve arkadaşları da damgalamanın tedavi gecikmesini etkileyebileceğini belirtmiştir (50). Damgalamanın TGPS'yi uzatan belirleyicilerden biri olduğunu söyleyen bir diğer çalışmada Franz ve arkadaşları 1) toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili inançları, 2) ailenin ruhsal hastalıklarla ilgili inançları, 3) 'akıl hastalığı' etiketinden korkma, 4) tedavinin başlatılması için yüksek eşik (örneğin; ancak polis zoruyla, özkıym ya da şiddet davranışı nedeniyle tedaviye getirilme) olarak damgalamayla ilgili dört ana tema belirlenmiştir (33). Damgalanma korkusu aile bireylerinin bazı işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri geliştirmelerine ve hastalığın uzun yıllar göz ardı edilmesine yol açabilir.

Araştırmalarda TGPS'nin saptanmasının zorluğu

Literatüre bakıldığında TGPS'nin çalışmalar arasında oldukça değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Psikozun başlangıcından tedaviye kadar geçen bu süre, araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlanmış, başlangıç ve bitiş noktası olarak farklı kriterler kullanılmıştır. TGPS'yi tespit etmek için halihazırda farklı gruplarca oluşturulmuş standardize yaklaşım sağlayan birkaç gereç

mevcut olsa da, evrensel olarak geçerli kabul edilen bir ölçüm aracı henüz geliştirilmemiştir (10).

TGPS'nin saptanması, geriye dönük bir sorgulama sonucu elde edilen bilgilere dayandığı için hatalı hatırlama olasılığı nedeniyle, ilk atağın üzerinden geçen zaman uzadıkça elde edilen bilgilerin güvenilirliği azalmaktadır. Perkins ve arkadaşlarının çalışmasında, ilk atağın üzerinden uzun zaman geçtiğinde hastanın, ailenin ve araştırmacının hastalık başlangıcı olarak gördüğü tarihler arasındaki farkın büyüdüğü saptanmıştır (39).
SONUÇ

TGPS hastalığın şiddetini, tedaviye yanıtı, prognozu ve işlevsellik düzeyini belirleyen en önemli

faktörlerden biridir. TGPS'yi daha önemli kılan bir diğer unsur ise müdahale edilebilir ve önlenebilir olmasıdır. Bu çalışmada TGPS'yi etkileyen psikososyal belirleyicilerden hastanın ve ailenin bilgi ve tutumu, damgalanma, hastanın ve ailenin eğitim seviyesi, sağlık hizmetine ulaşım, ekonomik seviye, ailede psikoz öyküsü gibi çok sayıda faktörün olduğu görüldü. TGPS'yi tüm boyutlarıyla ele alan klinik düzeyde ve toplum temelli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yazışma adresi: Dr. Gamze Akçay Oruç, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul, Türkiye
gamzeakcay1@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitapları; 2015.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;382:1575-86.
3. Hafner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999;100:105-18.
4. Maurer K, Häfner H. Methodological aspects of onset assessment in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 1995;15:265-76.
5. Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, Gervin M, McTigue O, Kinsella A, Waddington JL, Larkin C. Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;194:18-24.
6. Bleuler M. *The schizophrenic disorders: Long-term patient and family studies*: Yale University Press; 1978.
7. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis: the critical-period hypothesis. *International Clinical Psychopharmacology*. 1998;13:31-40.
8. Riecher Rösslner A, Gschwandtner U, Borgwardt S, Aston J, Pflüger M, Rösslner W. Early detection and treatment of schizophrenia: how early? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;113:73-80.
9. Fusar-Poli P, Deste G, Smieskova R, Barlati S, Yung AR, Howes O, Stieglitz RD, Vita A, McGuire P, Borgwardt S. Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*. 2012;69:562-71.
10. Norman RM, Malla AK. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological medicine*. 2001;31:381-400.
11. McGorry PD. The recognition and optimal management of early psychosis. *World Psychiatry*. 2002;1:76-83.
12. O'donoghue B, Lyne J, Kinsella A, Turner N, O'callaghan E, Clarke M. Detection and characteristics of individuals with a very long duration of untreated psychosis in an early intervention for psychosis service. *Early intervention in psychiatry*. 2014;8:332-9.
13. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of general psychiatry*. 2005;62:975-83.
14. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162:1785-804.
15. Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177:511-5.
16. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;205:88-94.
17. Bottlender R, Sato T, Jäger M, Wegener U, Wittmann J, Strauß A, Möller HJ. The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2003;62:37-44.
18. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Lester D, Shrivastava A, Girardi P, Nordentoft M. Suicide risk in first episode psychosis: a selective review of the current literature. *Schizophrenia research*. 2011;129:1-11.
19. Melle I, Johannesen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, Vaglum P. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163:800-4.
20. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschlaeger J, Le Quach P, Christensen TØ, Krarup G, Jørgensen PER, Nordentoft M. Suicidal behaviour and mortality

- ty in first-episode psychosis: the OPUS trial. *The British journal of psychiatry*. 2007;191:140-6.
21. Üçok A. Şizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellikler ve Tedavi İlkeleri. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11:3-8.
22. Melle I, Ann Barrett E. Insight and suicidal behavior in first-episode schizophrenia. *Expert review of neurotherapeutics*. 2012;12:353-9.
23. Clarke M, Whitty P, Browne S, Mc Tighe O, Kinsella A, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan, E. Suicidality in first episode psychosis. *Schizophrenia research*. 2006;86:221-5.
24. Gültekin BK. Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2:583-594.
25. Souaiby L, Gaillard R, Krebs M. Duration of untreated psychosis: A state-of-the-art review and critical analysis. *L'Encephale*. 2016;42:361-6.
26. Ho B-C, Andreasen NC, Flaum M, Nopoulos P, Miller D. Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157:808-15.
27. Morgan C, Abdul-Al R, Lappin JM, Jones P, Fearon P, Leese M, Croudace T, Morgan K, Dazzan P, Craig T. Clinical and social determinants of duration of untreated psychosis in the AESOP first-episode psychosis study. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;189:446-52.
28. Nishii H, Yamazawa R, Shimodera S, Suzuki M, Hasegawa T, Mizuno M. Clinical and social determinants of a longer duration of untreated psychosis of schizophrenia in a Japanese population. *Early intervention in psychiatry*. 2010;4:182-8.
29. Pek E, Mythily S, Chong S. Clinical and social correlates of duration of untreated psychosis in first-episode psychosis patients. *ANNALS-ACADEMY OF MEDICINE SINGAPORE*. 2006;35:24.
30. Broussard B, Kelley ME, Wan CR, Cristofaro SL, Crisafio A, Haggard PJ, Myers NL, Reed T, Compton MT. Demographic, socio-environmental, and substance-related predictors of duration of untreated psychosis (DUP). *Schizophrenia research*. 2013;148:93-8.
31. Alvidrez J. Ethnic variations in mental health attitudes and service use among low-income African American, Latina, and European American young women. *Community mental health journal*. 1999;35:515-30.
32. Gallo JJ, Marino S, Ford D, Anthony JC. Filters on the pathway to mental health care, II. Sociodemographic factors. *Psychological medicine*. 1995;25:1149-60.
33. Franz L, Carter T, Leiner AS, Bergner E, Thompson NJ, Compton MT. Stigma and treatment delay in first episode psychosis: a grounded theory study. *Early intervention in psychiatry*. 2010;4:47-56.
34. De Haan L, Peters B, Dingemans P, Wouters L, Linszen D. Attitudes of patients toward the first psychotic episode and the start of treatment. *Schizophrenia Bulletin*. 2002;28:431-42.
35. Ruiz-Veguilla M, Barrigón ML, Diaz FJ, Ferrin M, Moreno-Granados J, Salcedo MD, Cervilla J, Gurpegui M. The duration of untreated psychosis is associated with social support and temperament. *Psychiatry research*. 2012;200:687-92.
36. Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. Family intervention (brief) for schizophrenia. *The Cochrane Library*. 2014.
37. De Haan L, Welborn K, Krikke M, Linszen D. Opinions of mothers on the first psychotic episode and the start of treatment of their child. *European Psychiatry*. 2004;19:226-9.
38. Compton MT, Kaslow NJ, Walker EF. Observations on parent/family factors that may influence the duration of untreated psychosis among African American first-episode schizophrenia-spectrum patients. *Schizophrenia Research*. 2004;68:373-85.
39. Perkins DO, Leserman J, Jarskog LF, Graham K, Kazmer J, Lieberman JA. Characterizing and dating the onset of symptoms in psychotic illness: the Symptom Onset in Schizophrenia (SOS) inventory. *Schizophrenia research*. 2000;44:1-10.
40. Bergner E, Leiner AS, Carter T, Franz L, Thompson NJ, Compton MT. The period of untreated psychosis before treatment initiation: A qualitative study of family members' perspectives. *Comprehensive psychiatry*. 2008;49:530-6.
41. Corcoran C, Gerson R, Sills Shahar R, Nickou C, McGlashan T, Malaspina D, Davidson L. Trajectory to a first episode of psychosis: a qualitative research study with families. *Early intervention in psychiatry*. 2007;1:308-15.
42. Chong S-A, Mythily, Lum A, Chan YH, McGorry P. Determinants of duration of untreated psychosis and the pathway to care in Singapore. *International Journal of Social Psychiatry*. 2005;51:55-62.
43. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*. 2003;16:211-8.
44. Norman RM, Malla AK, Manchanda R. Delay in treatment for psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42:507-12.
45. Chen EY-H, Dunn EL-W, Miao MY-K, Yeung W-S, Wong C-K, Chan W-F, Chen RY-L, Chung K-F, Tang W-N. The impact of family experience on the duration of untreated psychosis (DUP) in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005;40:350-6.
46. Esterberg M, Compton M. Family history of psychosis negatively impacts age at onset, negative symptoms, and duration of untreated illness and psychosis in first-episode psychosis patients. *Psychiatry research*. 2012;197:23-8.
47. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*. 2004;59:614.
48. Ben-Noun L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 1996.
49. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American journal of public health*. 2013;103:777-80.
50. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*. 2001;27:363-85.