

T1414



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

+

ŞİZOFRENİDE OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERİN VE BOZUKLUĞUN KLİNİK ANLAMI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Aziz BAKLACI

T1414/1-1

Tez Danışmanı : Prof.Dr.Taha KARAMAN

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ KÜTÜPHANESİ

"Tezimden Kaynakça Gösterilerek Faydalanılabilir"

Antalya, 2002

Eğitimimde ve tezimde bana yardımcı olan değerli hocalarım

Prof.Dr .Çetin Büyükberker
Prof.Dr.Sunar Birsöz
Prof.Dr.Taha Karaman
Doç.Dr.M.Kadri Gücer
Yrd.Doç.Dr.MehmetEryılmaz'a

Sonsuz teşekkürler .

TABLO DİZİNİ

	<u>SAYFA</u>
Tablo 1: Deneklere ait demografik veriler	18
Tablo 2: Obsesif kompulsif belirtileri olan ve olmayan hastalarda yaş, eğitim durumu, başlama yaşı özellikleri	22
Tablo 3: Cinsiyetin obsesif kompulsif belirtilere etkisi	23
Tablo 4: Cinsiyetin hastalık üzerine etkisi	23
Tablo 5: Obsesif kompulsif belirtilerin hastalık süresi ile ilişkisi	24
Tablo 6: Obsesif kompulsif belirtileri olan ve olmayan hastaların görüşme ölçeklerindeki değerler	24
Tablo 7: Medeni durumla obsesif kompulsif belirtiler arası ilişki	25
Tablo 8: Atipik ve klasik antipsikotik ilaç kullanan hastaların özellikleri	26
Tablo 9: Atipik ve klasik antipsikotiklerin obsesif kompulsif belirtilerle ilişkisi	26
Tablo 10: Obsesif kompulsif belirtilerle şizofreni tipleri arasındaki ilişki	27
Tablo 11: Değişkenler arası ilişkiler	27

GİRİŞVE AMAÇ	<u>SAYFA</u>
1.2GENEL BİLGİLER	2
1.2.1.Şzofreni	
1.2.2 .Tanım ve tarihçe	
1.2.3.Tanı kriterleri	4
1.2.4 Şzofrenide dopamin serotonin etkileşimi	7
1.2.5.Obsesif kompulsif bozuklukta serotonin ve dopamin	9
1.2.6.Şzofrenide semptom dağılımı	11
1.2.7.Şzofreni ve obsesif kompulsif belirtilerin birlikteliği	13
2.GEREÇ VE YÖNTEM	16
2.1 DENEKLER	
2.2 .ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI	17
2.3.ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER	17
3.BULGULAR	19
4.TARTIŞMA	28
5.SONUÇ VE ÖNERİLER	30
6.KAYNAKLAR	32

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışma şizofreni hastalarında obsesif kompulsif semptomların klinik anlamı,oranı, tedavide kullanılan ilaçlarla ilişkisini ve komorbid bir durum olarak obsesif kompulsif bozukluğu(OKB) araştırmayı amaçlamaktadır.

Şizofreni çok değişik etiolojiler,değişik semptomlar,klinik türler,gidiş ve sonlanış gösteren,düşünce,duygu ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü bir bozukluklar kümesi kabul edilmektedir.Şizofreninin farklı nörobiyolojik mekanizmalara bağlı olarak gelişen heterojen bir bozukluk olduğu düşüncesi,hastalığın alttiplerini araştırma çalışmalarına önem kazandırmıştır. Obsesif kompulsif belirtilerin veya bozukluğun birlikte görüldüğü şizofreni hastalarındaki araştırmalarda da, şizofreni spektrumu içinde farklı bir alt grup arayışı vardır.(40)

Obsesyon ve kompulsiyonlar obsesif kompulsif bozukluk dışında Şizofreni,Tourette sendromu ,trikotilomani,beden dismorfik bozukluğu,major depresif bozukluk gibi pekçok psikiyatrik bozuklukta görülmektedir.(1) Psikotik bozukluklarda obsesif kompulsif belirtiler 1900' lü yıllardan beridir tanımlanagelmektedir. Westphal'in 1878 obsesif kompulsif sendromu şizofreninin bir türü ya da habercisi olarak tanımlamasından(46), günümüze değin bu konuda pek çok araştırma yapılmıştır.

İlk araştırmalarda obsesif fenomen ile depresif durumlar arasındaki yakın ilişki bildirilmiş, bazı araştırmalarda da şizofreni ile olan ilişkiye dikkat çekmişlerdir.(2). Gordon ve Lewis hem depresif durumlarda hemde şizofrenide obsesif kompulsif semptomların alabileceğini işaret etmişlerdir(3,4).

Stengel ve Rosen obsesif kompulsif belirtilerin şizofrenide daha iyi bir prognozu gösterdiğini savundular fakat daha sonraki çalışmalar bu hastaların daha kötü prognoz ve tedavilerinde farklı seçeneklerin gerektiğini gösterdi.(10,11,12,33)

Atipik bir antipsikotik olan Klozapin'in kullanılmaya başlamasıyla birlikte, klozapin kullanan şizofrenlerde obsesif kompulsif belirtilerde artış olduğu gözlenmiş ve bu konudaki araştırmalar artmıştır.(36,38)

Son zamanlarda özellikle seratonin dopamin sistemleri arasındaki etkileşme üzerinde durulmakta ve bunun semptomların üstüste binmesine neden olabileceği üzerinde durulmaktadır.(39)

Çalışmanın izleyen bölümlerinde şizofreni,obsesif kompulsif semptomlar ve birbirleriyle olan ilişkileri konularında genel bilgiler verilecek ardından çalışma yöntemi özetlenerek, elde edilen veriler yardımıyla yorum ve öneriler üzerinde durulacaktır.

1.2.GENEL BİLGİLER

1.2.1.Şizofreni

1.2.2.Tanım ve tarihçe

Şizofreni son yüzyıl içinde psikiyatride üzerinde en çok araştırma yapılan hastalıklardan biridir. Çalışmalardan elde edilen sonuçlar bize yol gösterse de hastalığın etyolojisi, klinik görünümündeki çeşitliliğin nedenleri ,klinik gidişi , tedavi yöntemleri konusunda tartışmalar halen devam etmektedir.(5)

Şizofreni , kişinin alışagelmış algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasına çekildiği bir ruhsal bozukluktur. Şizofrenik belirtileri konu alan ilk metinler M.Ö 15. yüzyıla kadar uzanmaktadır. M.S birinci ve ikinci yüzyılda ,eski yunanda büyüklük ve kötülük görme sanrılarının yanı sıra bilişsel işlevlerde ve kişilikte yıkımla giden ruhsal bozukluklar tanımlanmıştır.(6)

1856' da Morel babasından nefret etmeye başlayıp,okuluna olan ilgisini yitiren,gittikçe kendi içine çekilerek en sonunda tüm yeteneklerini kaybeden bir olgusunu bildirdi. Erken yaşta ortaya çıkması ve entelektüel,duygulanımında yoksullaşma gösteren bu klinik tabloya 'demence precoce' erken bunama adını vermiştir(22).Psikiyatride modern anlamda sınıflandırma çalışmalarının Emil Kraepelin ile başladığı görülür(23).Krapelin psikiyatrik hastalıkları iki büyük gruba ayırdı:Manik depresif psikoz ve dementia precox.Bu iki grubu ayıran prognozları arasındaki farktı. Dementia precox için uzun dönemde kötü ve yıkımla giden

prognoz öngörülürken , manik depresif psikoz için göreceli olarak yıkım olmadan seyreden bir özellik öne sürülmekteydi.1919 yılında yayınlanan 'Dementia Praecox ve parafreni 'adlı kitabında Krapelin iki temel patoloji tanımlamıştır: Bir yandan iradenin temellerini oluşturan emosyonel aktivitelerde zayıflama gözlenmekte ,bununla ilişkili olarak zihinsel işlevler ve iş görebilme yetileri durağanlaşmaktadır. Bu durağanlaşma sonucunda duygusal donukluk,zihinsel aktivitelerde çökme,irade ve özerk davranış üzerindeki kontrolün kaybıdır.Özet olarak kişiliğin temel özellikleri tahrip olmaktadır. Hastalığın diğer boyutu zeka ,duygu ve irade arasındaki etkileşimin kaybı,yani intrapsişik koordinasyonun bozulmasıdır. Düşünce de enkoherans,mizaçta değişimler,davranışlarda sapma,duyguların düşüncelere eşlik etmemesi tanımlanmıştır(24).

Bleuler bu hastaların organik beyin hasarı ve akıl zayıflığı olanların basit tepkilerden farklı olarak çevrelerine karşı daha kompleks reaksiyonlar gösterdiğini ,demans precoxun, demansın karakteristik özelliklerine sahip olmadığını , hastaların yaşantısını esasen düşünce sürecindeki asosiasyon kaybının, amvibalansın etkilediğini saptamıştır.1911 yılında görüşlerini yayınlarken aklın yarılması anlamına gelen 'şizofreni' teriminin kullanılmasını önermiştir. Bleuler primer ve sekonder şizofrenik semptom kavramını ortaya koyarak şizofrenide dört temel semptomun(4 A) anormal asosiyasyon ,otistik davranış ve düşünce,anormal affekt ve amvibalans olduğunu bildirmiştir(25).

Kurt Schneider işitme varsanıları, kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme ,dış güçler tarafından beden etkilenmesi,düşünce çalınması ve sokulması gibi sanrı ve varsanılardan oluşan bir grup belirtiyi 'birinci sıra belirtiler' olarak adlandırmış ve şizofreni tanısında bunlara öncelik vermiştir (26).

1980 'de DSM –III(Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı 3. baskı) ile şizofreniye eşlik eden zihinsel süreçler konusundaki tartışmalı çıkarımlar ve düşünce bozukluğu ,otizm amvibalans gibi bulanık tanımlamalar tanı ölçütleri dışında bırakılırken ,tanımlayıcı düzeyde sınırlı bir şizofreni kavramı yeniden ön plana çıktı(6).

1.2.3. Tanı kriterleri

DSM-VI (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal el kitabı,Dördüncü baskı)'te şizofreni tanı kriterleri şu şekilde tanımlanmıştır(32).

A.Karakteristik semptomlar :Bir aylık dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin(yada fazlasının) bulunması:

- 1.Hezeyanlar(sanrılar)
- 2.Halüsinasyonlar (varsanılar)
- 3.Dezorganize(karmakarışık) konuşma (çağrışımlarda dağınıklık,sık sık konu dışı sapmalar gösterme) yada enkoherans
- 4.İleri derecede dezorganize yada katatonik davranış
- 5.Negatif semptomlar,yani afektif donukluk(tek düzelik),alojia(konuşamazlık) yada avolisyon

Not:Hezeyanlar bizar ise yada halüsinasyonlar kişinin davranış yada düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden yada iki yada daha fazla sesin birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütünden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal / mesleki işlev bozukluğu ;İş, kişiler arası ilişkiler yada kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir yada birden fazlası,bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır.(başlangıcı çocukluk yada ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişiler arası ilişkilerde , eğitimle ilgili yada mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir.)

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az altı ay süreyle kalıcı olur. Bu altı aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan semptomları kapsamalıdır; prodromal yada rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir.Bu bozukluğun belirtileri , prodromal yada rezidüel dönemlerde ,sadece negatif semptomlarla ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle (örn.acayip inanışlar, olağan dışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilirler.

D.Şizoafektif bozukluğun ve duygudurum bozukluğunun dışlanması:Şizoafektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya(1) aktif evre semptomları ile birlikte aynı zamanda major depresif ,manik ya da mikst epizodlar ortaya çıkmıştır yada (2) aktif evre semptomları sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E.Madde kullanımının /genel tıbbi durumun dışlanması:Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç,tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir yaygın gelişimsel bozuklukla olan ilişkisi:Otistik bozukluk yada diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa ,ancak en az bir ay süreyle(başarıyla

tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hazeyan ya da halüsinasyonlar da varsa 'şizofreni' ek tanısı konabilir.

Dünya sağlık örgütü (WHO) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması ile şizofreni tanısı için şu ölçütleri getirmiştir.(35)

A.

-Düşünce yankılanması,düşünce sokulması ya da çekilmesi ve düşünce yayımlanması

-Kontrol edilme ,etkilenme ya da edilgenlik sanrıları(beden hareketlerini,özel düşünceleri,eylemleri yada duyuları etkileyen); sanrılı algılama

-Hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanıları ya da bedenin belli bölgesinden gelen varsanısal sesler

-Tümüyle olanak dışı ,kültüre uygun olmayan ,süreklilik gösteren başka sanrılar.Örn.Dinsel/siyasal kimliğe ya da insanüstü güç ve yeteneklere sahip olma (hava durumunu denetleme,başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme gibi)

B.

-Herhengibir türden inatçı varsanılar;bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen gelip geçici yada yarı sistemli sanrılarla yada aşırı yüklü fikirlerle birlikte olmalı;ya da haftalarca ,aylarca kesintisiz olarak hergün bulunmalıdır.

-Düşünce akımında kopma ve başka düşünce sokulmaları,bunun sonucu olan çağrışımlarda dağınıklık(enkoherans);uygunsuz konuşma ya da neolojizm

-Katotonik davranış,Örn eksitasyon,bedeni belli bir pozisyonda tutma,balmumu esnekliği,negativizm,mutizm ve stupor

-Negatif belirtiler ,örn belirgin apati,konuşma azlığı,duygusal tepkilerde küntleşme yada uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ve sosyal

performansın düşmesine yol açar; bu belirtiler depresyona ya da nöroleptik tedaviye bağlı değildir.

Şizofreni tanısı koyabilmek için :A grubu belirtilerden en az 1 tanesi açıkça ;eğer belirtiler açık değilse en az 2 tanesi; yada B grubu belirtilerden en az 2 tanesi ;en az 1 aydır zamanın büyük kısmında sürmelidir.

1.2.4 Şizofrenide dopamin serotonin etkileşimi

1950' li yıllarda LSD kullanan hastalarda psikotik belirtilerin ortaya çıkmasına dayanarak öne sürülen 'şizofrenide serotonin varsayımı'ndan sonraki yirmi yıllık dönemde şizofreni biyolojisi ile ilgili araştırmalar dopamin üzerine odaklanmıştır.(48)

Şizofrenide dopamin varsayımı üç bulguyla desteklenmektedir:

1.Nöroleptikler genellikle D 2 reseptör antagonistleridir.

2.Şizofrenide beyin dopaminerjik işlevlerinde değişiklikler olduğu gösterilmiştir.

3.Beyinde dopamin aktivitesini arttıran ilaçlar normal kişilerde psikotik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olurken,şizofrenik hastalarda belirtilerin alevlenmesine yol açmaktadır.(49)

Atipik antipsikotik ilaçların ortaya çıkmasından sonra serotonin üzerinde en çok çalışılan nörotransmitterlerden biri olmuştur.Özellikle 5 HT 2 reseptör antagonizmasının psikotik semptomların azalmasında etkin olduğu ,D2 antagonizmasının ise hareket bozuklukları ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir.(6,24)Atipik antipsikotiklerin klasik antipsikotiklere göre ,D 2 reseptörlerine bağlanma oranı daha düşük serotonin reseptörlerine bağlanma oranı

daha yüksektir. Bu durum şizofrenide serotonin ve dopamin sistemleri arasındaki etkileşimde bir bozukluk olduğu düşüncesine yol açmaktadır.

Serotonin dopamin etkileşiminin önemli nedenlerden biri her iki sisteme ait nöronların anatomik olarak yakın yerlerde bulunmalarıdır. Dopaminerjik sistem ortabeyindeki bir grup hücreden doğar. D1 kortikal bölgelerde, D2 striatumda, D3 ve D4 reseptörleri limbik sistemde daha yoğundur. Serotonerjik nöronlar da orta beyinden doğar, dorsal rafe nucleusundan korteks ve striatuma, orta rafe nukleusundan limbik sisteme yayılırlar.

Dopamin serotonin ilişkisinde diğer ortak özellik ikisinin de ikincil haberci sistemle çalışmalarıdır. Dorsal rafe çekirdeklerinden doğrudan substansiya nigraya yayılan serotonerjik hücreler, dopaminerjik hücrelerin ateşlenmesini engeller, böylece dopamin tarafından belirlenen davranışlar ortadan kalkmış olur. Ayrıca rafe striatal nöronlarının ateşlenmesinin engellenmesi ile sinaptik dopamin azalacaktır. Bu etkinin 5-HT₂ reseptörleri aracılığı ile olduğu düşünülmektedir. İn vivo çalışmalarda 5-HT₂ antagonisti olan altanserinin maymunlarda endojen dopamin salınımını arttırdığı, seçici bir serotonin geri alım blokörü (SSRI) olan sitalopramın endojen dopamin salınımını azalttığı gösterilmiştir. Bu bulgular dopamin işlevlerinin serotonerjik bir modülasyon altında bulunduğu kavramını desteklemektedir. (50)

Şizofrenik hastalarda, 5-HT metaboliti olan 5-HIAA ve dopamin metaboliti olan homovalinik (HVA) asitin birlikte çalışılması, şizofreni etyolojisinde serotonin-dopamin etkileşimi konusunda yeni ipuçları vermiştir. BOS 5-HIAA ve HVA düzeyleri ile prefrontal bölgede kan akımı ve Wisconsin kart tarama testi arasında olumlu bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Bu veriler ile birincil sorumlunun dopamin ve HVA olduğu öngörülmüştür (51).

Şizofreni etyolojisinde dopaminerjik ve serotonerjik etkinlik oranının önemine ilişkin kanıtlar da vardır. BOS HVA/5-HIAA oranları ile beyin / ventrikül oranları arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu da şizofrenide yapısal beyin bozukluklarının artmış serotonin ve azalmış dopamin etkinliği ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir(52).

Serotonin şizofrenide bozulmuş algılama, dikkat, duygudurumu, saldırganlık, cinsel işlev ve iştah bozuklukları, motor davranış ve uyku, bellek bozuklukları ve somatik işlevlerde katkısı bulunmaktadır

1.2.5. Obsesif kompulsif bozuklukta serotonin ve dopamin

OKB tedavisinde denenen birçok ilaç içinde ,sadece güçlü serotonin geri alım inhibitörlerinin etkili oluşu ,bozukluğun patofizyolojisinde serotonin dizgesinin rolü olduğunu düşündürmüştür. Postsinaptik membranda down regülasyonla receptör sayısı azalmasıyla terapötik etki gösterirler. Trazodon metaboliti ve bir serotonin agonisti olan meta kloro piperazin(m-CPP) verildiğinde sağlıklı kişilerde bir değişiklik oluşturmazken ,OKB'lu hastalarda semptomları ağırlaştırmaktadır. Eğer klomipramin kullanımından sonra verilirse bu etki gözlenmez çünkü klomipramin serotoninin obsesyonlarla ilgili reseptörlerini duyarsızlaştırır. Başka serotonin agonistleri(ipsapiron),serotonin sentezini arttıran triptofan gibi maddeler,geri alım engelleyici zimelidin ve hem geri alım engelleyici,hem de serotonin saliverici fenfluramin gibi ilaçlarla yapılan çalışmalar benzer sonuçlar vermemektedir. Bu da OKB' de diğer nörotransmitter sistemlerin de rolü olabileceğini düşündürmektedir.(6)

Santral serotonerjik reseptörleri antagonize eden klozapinle obsesif kompulsif belirtileri olan şizofrenlerin belirtilerinde artma görülmesi ve şizofrenide klozapin verildiğinde obsesyoneel belirtilerin ortaya çıkması da OKB' de alta yatan serotonerjik dizge bozukluğunu destekler.

OKB'nin tik bozukluğu ile ilişkisi ve bu bozukluklarda temel patolojinin bazal ganglionların motor komponentleriyle ilgili olması, dopaminin rolünü düşündürmektedir. Beyin görüntüleme çalışmalarında serotonerjik ve dopaminerjik nöronlardan zengin kaudat ve orbitofrontal tutulumun gösterilmesi, dopamini bloke edici ilaçların tedavi yanıtını yükseltmeleri bu görüşü destekler. Dopaminerjik ajanların yüksek dozlarda hayvanlarda yineleyici davranışlara yol açtığı gözlenmiştir. Bu görüş, bazı bipolar bozukluklu hastaların, depresif epizodlarda (dopaminerjik hipoaktivitenin olduğu epizod) belirgin obsesif kompulsif semptom göstermelerine karşın manik epizodda (dopaminerjik hiperaktivitenin olduğu epizod) bu semptomların kaybolması gözlemleriyle uyumludur. (53)

Dopaminerjik dizgenin etkilendiği ağır kokain ve mariuana bağımlılarında kişinin anlamsız bulduğu, ancak önüne geçemediği yineleyici, istem dışı birilerine zarar verme düşüncelerinin, kompulsif kokain arama davranışının ve saymayla ilgili kompulsiyonların sık görüldüğü bildirilmektedir.

Bu veriler serotonerjik ve dopaminerjik dizgeler arasında işlevsel ve anatomik ilişkiler olduğunu ortaya koymaktadır. Bu transmitterler arası etkileşim hem şizofreni hemde OKB patofizyolojisinde ve semptomlarında rol oynar.

1.2.6.Şizofrenide semptom dağılımı

Şizofreni için patognomonik olan hiçbir klinik bulgu veya semptom yoktur, her bulgu ve semptom diğer psikiyatrik ve nörolojik hastalıklarda da görülebilir. Hastadan alınan öykü tanı için temeldir. Öğrenme ,kişisel bakım,meslek,kişiler arası ilişkiler gibi pekçok işlevsel alanda bozulmalara neden olmasına rağmen hastalık bireyler arasında ve aynı bireyde zaman içinde değişkenlik gösterebilmektedir.(24)

Hastalığın prodromal belirtileri sıklıkla güç farkedilen ,sinsi gidişli ve ilerleyicidir. Şizofren hastalar geriye dönük olarak incelendiğinde bir kısmının içe dönük oldukları ,zor ilişki kurdukları ,stres karşısında kolay incindikleri ,motor beceriksizlikler gösterdikleri ,sosyal uyumlarının bozuk olduğu saptanmıştır(5,6).

Duygulanım bozuklukları Bleuler tarafından tanımlanan 4 A belirtisinden biridir. Duygulanımda sığlaşma veya küntleşme ,uygunsuz duygulanım,zevk alamama ve toplumsal çekilme gözlenir.(6)

Şizofrenide görülen düşünce bozuklukları temel semptomlardandır ve düşünce süreci(yapısal düşünce bozukluğu) ve düşünce içeriği bozuklukları şeklinde iki başlık altında değerlendirilebilir. Konuşma miktarındaki azalma ve konuşma içeriğinin yoksullaşması negatif yapısal düşünce bozukluklarıdır. Düşünce akımında durmalar (blok),tamamıyla karışık anlaşılmaz konuşma (enkoherans),yeni sözcük üretme(neolojizm),kafiyeli konuşma (klang çağrışım),çevresel konuşma,kalıplaşmış yineleyici

konuşmalar(perseverasyon),mantıkdışılık gibi pozitif yapısal dışunce bozuklukları görülür.(24)

şizofrenide gözlenen algı bozuklukları varsanılar ve yanılısamalardır. En sık işitsel varsanılar görülmektedir,bunlar genellikle olumsuz sözler ,yönlendirici komutlar , yorumlar şeklinde olmaktadır. Daha az sıklıkla dokunma varsanıları, koku varsanıları, görsel varsanılar görülmektedir.(6)

şizofrenide gözlenen hareket bozuklukları pek çok farklı türde olabilmektedir. Garip yüz hareketleri(manyerizm),kalıplaşmış,anlamsız,yineleyici el,kol hareketleri(stereotipi),donmuş gibi aynı durumlarını sürdürme (katatoni), verilen pozisyonu saatlerce devam ettirme(katalepsi) ve bazen bu durumda ani taşkınlık(katatonik eksitasyon) gösterebilirler.

Son yıllarda ,şizofreni kavramına ve sağaltımına yanıt konularına açıklık getirmek amacıyla değişik belirti kümelerine dikkat çekilmiştir. En yaygın kabul gören yaklaşımlardan biri Crow tarafından geliştirilen Tip I ve Tip II şizofreni modelidir. Tip I sendromu,pozitif belirtilerin fazla olması,akut başlangıç antipsikotiklere iyi yanıt,yapısal beyin anormalliklerinin olmaması ile karakterizedir. Tip II sendrom ise negatif belirtiler ,sinsi başlangıç,entelektüel işlevlerde bozulma ,yapısal beyin anormallikleri(ventrikül genişlemesi gibi),antipsikotiklere kötü yanıt ile karakterizedir ve nöronal kayıp nedeniyle olduğu bu nedenle geri dönüşümsüz bir durum olduğu ileri srlmştir.(41)

şizofreni semptomlarının pozitif,negatif(defisit) ve dezorganize semptomlar olarak ayıran çalışmalar vardır. Pozitif semptomlar sanrı ve varsanıları içermektedir. Dezorganize semptomlar dışunce bozukluğunu, dezorganize davranışları ve dikkat bozukluğundan oluşmaktadır. Negatif (defisit) semptomlar ise duygusal dışa vurumun şiddetinde kısıtlılığı(afektif düzleşme), dışunce ve

konuşmada azalma (alogia), ilgi ,istek azalması(anhedoni), amaca yönelik davranışları başlamada azalma (avolition) olarak tanımlanmaktadır.(6,42)

1.2.7.Şizofreni ve obsesif kompulsif belirtilerin birlikteliği

Janet ve Schneider 1900'lü yılları başında obsesif kompulsif nevrozu ,kesin ölçütlerle ayrı bir klinik durum olarak belirlerken obsesyonun içeriğinin saçma ,egoya yabancı olarak algılanmasının gerekliliğini belirtmişlerdir. Oysa Pinel,Esquiral, Falret, Bumke gibi klinisyenler ,obsesif kompulsif nevrozun gidişi sırasında en azından belli noktalarda ,psikozla sıkı bir ilişkisinin olduğunu farketmiş ve obsesyon ile sanrılar arasında zaman zaman sadece derece farkı olduğunu vurgulamışlardır.(27,28) P.Janet. obsesif kompulsif bozukluğu nevrozlara yerleştirmesine rağmen 300 hastanın yer aldığı çalışmasında obsesif kompulsif bozukluklu hastaların 23(% 7.7)'ünün psikotik belirtiler gösterdiklerini ,afektif psikozların ve paranoid sanrılarının da gelişebileceğini belirtmiştir.(29) Freud , obsesyonları nedeniyle izlediği bir hastada daha sonra sanrılı bozukluk geliştiğini belirtmiştir.(30) 1911 'de Bleuler obsesif kompulsif bozukluğun şizofreninin değişik bir formu yada prodromal dönemi olabileceğini belirtmiştir.(28) Günümüzde obsesif kompulsif bozukluk Freud'un kullandığı biçimde nevrozlar grubu içinde ele almak gelenek halini almıştır.

Şizofrenide obsesif kompulsif fenomen yaklaşık 100 yıl öncesinde tanımlanmasına karşın(7) bu konuda sistemli yapılan araştırmalar Gordon(1926) ve Lewis(1936) ile başlamaktadır.Şizofreni ile obsesif kompulsif nevroz arasında pekçok ortak yönlerin olduğunu dikkat çekmişlerdir. Lewis'in bazı hastaların

semptomlarını daha az egodistonik bulduklarını ve bunlara direnemediklerini belirtmesinden sonra obsesif kompulsif bozukluk ve psikozun sınırlarının belirlenmesine yönelik çalışmalar artmıştır (31).

1945'te Stengel obsesif kompulsif semptomların şizofrenide varlığının kişilikte bölünmeyi önlediği veya geciktirebildiğini öne sürmüştü dolayısıyla obsesif kompulsif belirtileri iyi prognoz belirtisi olduğunu vurgulamıştır. Stengel ayrıca obsesif kompulsif belirtileri olan hastalarda daha sonra şizofreni gelişebileceğini belirtmiştir. Daha sonraki izlem çalışmalarında Muller 1953 ve Rosenberg 1968 obsesif kompulsif bozukluklu % 1- 16 hastada sonradan şizofreni geliştiğini bildirdiler. Benzer şekilde çapraz karşılaştırmalı çalışmalarda şizofrenik hastalarda % 1-3,5 oranında obsesif kompulsif belirtiler tanımlanmıştır.(8,9)

1957'de Rosen 848 şizofren hastanın 30'unda obsesif kompulsif semptomlar saptamış ve bu hastaların sadece 7'sinde psikozun başlamasından birkaç yıl önce aşikar obsesif kompulsif semptomları olduğunu gözledi. Bu örneklemin gözleminde ortalama 5,3 yıl sonra remisyon eğilimi gösterdiklerini ,malign şizofrenik gelişimin olmadığını gösterdi.

1986'da Fenton ve McGlashan uzun süreli izlem çalışmalarında 163 şizofreni hastasından 21 'inde (% 12,9) belirgin obsesif kompulsif semptomları olduğunu ve bu semptomların kötü bir prognozun belirleyicisi olduğunu saptadılar.(10)

Son yıllardaki çalışmalarda şizofrenide obsesif kompulsif belirtilerin sıklığı % 7,8-25 arasında verilmekte ve obsesif kompulsif belirtileri olan hastaların belirtisi olmayan şizofrenili hastalara göre sosyal ilişkiler,iş,psikopatoloji ve genel

işlevsellik açısından daha kötü olduğu ve tedavilerine eklenen seratonin geri alım inhibitörlerinin faydalı olduğu belirtilmektedir.(10,11,12,33)

Yeni atipik antipsikotiklerin şizofreni tedavisinde yoğun şekilde kullanıma girmesiyle birlikte,şizofreni hastalarında obsesif kompulsif semptomların ortaya çıktığına ilişkin vaka raporları bildirilmektedir.(36,38)

Risperidon,Clozapin gibi yeni antipsikotikler seratonin (5 HT 2)reseptörlerine yüksek afinite göstermektedirler.(37) Serotonin antagonizmasının antipsikotik özelliğe katkıda bulunmasının yanısıra , şizofrenide obsesif kompulsif semptomlara neden olduğu veya şiddetlenmesine yol açtığı görülür.(36,38) Bu vakalarda tedaviye selektif geri alım inhibitörlerinin eklenmesi obsesif kompulsif belirtilerin düzelmesinde etkili olduğu bildirilmiştir.(36)

En son gözden geçirme çalışmalarında şizofreni obsesif kompulsif bozukluk birlikteliği beklenilenden çok daha fazla yaygın olduğunu göstermektedir. Özellikle serotonin dopamin sistemleri arasındaki etkileşim sonucu semptomların üstüste binmesine neden olabileceği üzerinde durulmaktadır.(39)

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 DENEKLER

Araştırmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında ayaktan takip edilen ve DSM –IV kriterlerine göre ‘Şizofreni’ tanısı alan 18 hasta alınmıştır.

Çalışmaya alınma ölçütleri olarak ; çalışmayı gönüllü olarak kabul ediyor olma,okur yazar olma,uygulanan testlere tolere edebilme,18-60 yaş arası olma koşulu arandı. Hasta ve ailelerine araştırmanın amacı ve uygulanışı ile ilgili bilgi verildi ve onayları alındı.

Hastadaki psikotik bozukluk major duygulanım bozukluktan, intoksikasyondan, tıbbi hastalıktan ,alkol ,madde çekilmesinden kaynaklanıyorsa hasta çalışma dışında bırakıldı.

Hastalara ilişkin demografik veriler **Tablo 1** ‘de verilmiştir.

Tablo 1. Deneklere ait demografik veriler

Sayı	18
Yaş	29,89±7,89
Cinsiyet	
Erkek	8
Kadın	10
Eğitim durumu(yıl)	9,78±2,96
Hastalık başlama yaşı	23,50±4,87

Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir

2.2. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmaya alınan Şizofreni hastalarına hasta bilgi formu, SCİD-1(DSM-IV eksen 1 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği), YBOCS(Yale Brown obsesif kompulsif belirti ölçeği) ve YBOCS semptom kontrol listesi, HAM-D (Hamilton depresyon ölçeği), SANS, SAPS (negatif ve pozitif belirtileri değerlendirme ölçekleri ve GDÖ(genel değerlendirme ölçeği) uygulandı.

Obsesyonlar; hastanın sanrıları ile ilgili olmayan devamlı, tekrarlayan, zihne zorla giren ve sıkıntı yaratan düşünceler olarak değerlendirildi.

Kompulsiyonlar; klinik olarak şizofrenik mannerizm ve postür almadan ayırt edilebilir tekrarlayıcı ritüeller olarak değerlendirdi.

2.3.ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

2.3.1.Hasta bilgi formu

Tüm hastalar için sosyodemografik özellikler ile hastalığın başlama yaşı,hastane yatış sayısı,ailede ruhsal öykü gibi bilgiler içeren form araştırmacı tarafından dolduruldu.

2.3.2 SCID-I DSM- IV Eksen 1 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği

Geçerlilik ve güvenilirliği ülkemizde A.Çorapçıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır.(34) DSM IV ' e göre eksen 1 tanıları konması amacıyla geliştirilmiştir.

2.3.3.Yale-Brown obsesif kompulsif belirti ölçeği(YBOCS) ve semptom kontrol listesi

Obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve ark.(15) Tarafından 1989 'da geliştirilmiş, değerlendirici tarafından puanlanan bir ölçektir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği 1993 yılında Karamustafahoğlu OKve ark. (13) ile 1995 yılında Tek C ve ark.(14) tarafından yapılmıştır.

2.3.4.Hamilton depresyon ölçeği(HAM-D)

Hastada depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla M.Hamilton tarafından geliştirilmiş ve B.W. Willams tarafından yapılandırılmış, klinisyen tarafından puanlanan bir ölçektir.(16) Geçerlilik ve güvenilirliği A.Akdemir ve ark. tarafından 1996 'da yapılmıştır.(17)

2.3.5.Pozitif ve Negatif belirtileri değerlendirme ölçeği (SANS-SAPS)

Şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerinin düzeyini,dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılır. Andreasen NC (18,19) tarafından geliştirilen bu ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliğini Erkoç ve ark(20,21) yapmıştır.

2.3.6.Genel değerlendirme ölçeği(GDÖ)

Mental hastalığın sürekliliği üzerinde psikolojik,toplumsal ve mesleki işlevselliği değerlendiren bir ölçektir.0-100 arası puanlanır(34).

2.4.İstatistiksel çözümleme

Gruplar arası karşılaştırmalar nonparametrik 'Wilcoxon Rank Sum testi' ile yapılmıştır.Belirtiler arası ilişkiler ' Pearson Product Moment' korelasyon katsayısı ile araştırılmıştır. Gerekli yerlerde X2 analizine başvurulmuştur.

3.BULGULAR

Toplam 18 şizofreni hastası çalışma kriterlerini karşıladı. Denek grubu 10 (%55,5) kadın, 8 (% 44,4) erkekten oluşmuştur. Yaşları 20-42 arasında , ortalaması 29,89 du. Hastalık başlama yaşı ortalama 23,50' idi. Deneklere ilişkin bilgiler **Tablo 1** de özetlenmiştir.

7 hasta (% 38) paranoid tip diğer 11 hasta undiferansiye tip şizofreniydi. 3 hastada obsesyonlar, 2 hastada kompulsiyonlar ,6 hastada hem obsesyon hemde kompulsiyonlar vardı. En sık görülen obsesyon Kirlenme obsesyonlarıydı 7 hastada vardı. En sık kompulsiyon temizlik ve yıkama idi, 5 hastada vardı.

18 hastadan 3 tanesinde intihar girişimi vardı;bu hastaların 2 tanesinde obsesyon ve kompulsiyonlar,1 tanesinde sadece obsesyonlar vardı.

Hastalar obsesif kompulsif belirtileri olan ve olmayan şeklinde ikiye ayrıldı.18 hastadan 11 tanesinde (% 61) obsesif kompulsif belirtiler saptandı. Bu 11 hastadan sadece 3 tanesi(% 16,6) SCID -1 OCD modülüne göre obsesif kompulsif bozukluk kriterlerini karşılıyordu. Diğer 8 hastada semptomlar önemli sıkıntı ve bozulmaya neden olmuyordu.7 hastada (% 38) obsesif kompulsif belirtilere rastlanmadı.

Hastaların yaş, eğitim ve şizofreni başlama yaşı ile belirtileri arasındaki ilişki **Tablo 2** de verilmiştir.

Tablo 2: Obsesif kompulsif belirtileri olan ve olmayan hastalarda yaş, eğitim durumu, başlama yaşı özellikleri

	obs-komp belirti yok	obs-komp belirti var	Z	P
Sayı	7	11		
Yaş	34,14±8,36	27,18±6,57	2,00	0,044
Eğitim durumu(yıl)	9,86±3,63	9,73±2,65	0,293	0,791
Hastalık başlama yaşı	25,71±3,45	22,09± 5,24	1,869	0,069

Değerler ortalama ±standart sapma olarak verilmiştir. Wilcoxon Rank Sum W testi

Obsesif kompulsif semptomlu hastalar semptomu olmayanlara göre daha gençtir .

($p < 0,05$)

Obsesif kompulsif semptomu olan ve olmayan hastalar arasında eğitim farklılığı

yoktur. ($p > 0,05$)

Gruplar arasında hastalığın başlama yaşı açısından farklılık yoktur. ($p > 0,05$)

Cinsiyete göre obsesif kompulsif belirtilerin dağılımı ve ilişkisi Tablo 3' te verilmiştir.

Tablo 3: Cinsiyetin obsesif kompulsif belirtilere etkisi

	Obsesif kompulsif belirti var	Belirti yok
Total	11	7
Erkek	5	3
Kadın	6	4

$X^2=0,012$ $p>0,05$

Kadın ve erkek arasında obsesif kompulsif belirtilerin olup olmaması yönünden fark bulunmadı.

Tablo 4: Cinsiyetin hastalık üzerine etkisi

	Erkek	Kadın	Z	P
Hasta sayısı	8	10		
Yaş	29,75±6,23	30,00±9,35	0,089	0,965
Hast başlama yaşı	23,88±5,91	23,20±4,16	0,134	0,897
YBOCS	7,38±11,96	5,10±7,02	0,229	0,829
HAM-D	5,88±4,19	3,80±3,16	1,483	0,146
SANS	55,63±14,80	33,00±16,79	2,356	0,016
SAPS	18,50±12,18	16,80±12,62	0,133	0,897
GDÖ	55,50±6,46	58,60±4,45	1,081	0,315
GDÖ1	57,75±9,53	51,60±5,06	1,533	0,146

Değerler ± standart sapma olarak verilmiştir. 'Wilcoxon Rank Sum W test'

Erkeklerde SANS puanları kadınlara göre anlamlı fazla bulundu.(P<0,05)

Tablo 5:Obsesif kompulsif belirtilerin hastalık süresi ile ilişkisi

	Total	Hastalık süresi
Obs-komp belirti var	11	5,09±3,67
Obs-komp belirti yok	7	8,43±6,00

Değerler ±standart sapma olarak verilmiştir. 'Wilcoxon Rank Sum W test' Z:-1,325;
p:0,211 p>0,05

Hastalık süresi ile obsesif kompulsif belirtilerin olup olmaması arasında ilişki bulunamadı.(Tablo 5)

Hastaların görüşme ölçekleri puanları ve belirtilerle ilişkisi Tablo 6' da verilmiştir.

TABLO 6-Obsesif kompulsif belirtileri olan ve olmayan hastaların görüşme ölçeklerindeki değerler

	Total	Obs-komp belirti yok	Belirti var	Z	p
YBOCS	6,11±9,29	0,00	10,00±10,20		
HAM-D	4,72±3,69	3,43±1,72	5,55±4,41	1,008	0,328
SANS	43,06±19,32	36,29±13,57	47,36±21,71	1,450	0,151
SAPS	17,56±12,09	13,86±6,34	19,91±14,45	0,862	0,425
GDÖ	57,22±5,49	61,14±1,77	54,73±5,64	2,387	0,015
GDÖ1	54,33±7,80	59,14±7,17	51,27±6,78	2,114	0,035

Değerler ortalama ±standart sapma olarak verilmiştir. 'Wilcoxon Rank Sum W test'

YBOCS(Yale Brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeği):Obsesif kompulsif belirtileri olan ve olmayan hastalar arasında YBOCS puanları arasında fark bulunmadı.

HAM-D(Hamilton depresyon ölçeği):Obsesif kompulsif belirtileri olan ve olmayan hastalar arasında HAM-D puanları arasında fark bulunmadı.

SANS(Negatif semptomları değerlendirme ölçeği): Obsesif kompulsif belirtileri olan ve olmayan hastalar arasında SANS puanlarında fark bulunmadı.

SAPS(Pozitif semptomları değerlendirme ölçeği):Obsesif kompulsif belirtileri olan ve olmayan hastalar arasında SAPS puanlarında fark bulunmadı.

GDÖ(İşlevselliğin genel değerlendirme ölçeği):Obsesif kompulsif belirtileri olan hastalarda hem 1 yıl önceki hemde görüşme sırasındaki GDÖ puanları Obsesif kompulsif belirtileri olmayanlara göre anlamlı düşük bulundu.(Tablo 6)

Tablo 7. Medeni durumla obsesif kompulsif belirti arasındaki ilişki

	Total	Obsesif kompulsif belirti var	yok
Evlenmemiş	11	9	2
Evlenmiş	7	2	5

$$X^2=5,103 \quad p<0,05$$

Evlenmemiş olan hastalarda hem obsesyonlar hemde kompulsiyonlar evlenmiş hastalara göre anlamlı daha fazla bulundu.(Tablo 7)

Tablo 8-Atipik ve klasik antipsikotik ilaç kullanan hastaların özellikleri

	Total	Klasik AP	AtipikAP
Yaş	30,35±7,87	28,83±6,21	31,18±8,81
Eğitim durumu	10,05±2,79	9,66±3,44	10,27±2,53
Başlama yaşı	23,64±4,97	23,33±3,61	23,81±5,74
YBOCS	4,41±6,04	4,33±8,26	4,45±4,92
HAM-D	4,58±3,75	6,5±5,39	3,54±2,16
SANS	41,05±17,89	33,33±20,34	45,27±15,81
SAPS	16,64±11,81	15,83±14,13	17,09±11,07
GDÖ	57,94±4,71	59,5±5,57	57,09±4,20
GDÖ1	54,52±7,99	52,16±10,81	55,81±6,21

Değerler ± standart sapma olarak verilmiştir. 'Wilcoxon Rank Sum W test'

Kullanılan ilaçlarla hastaların yaşı, eğitim durumu , hastalığın başlama yaşı ve kullanılan ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı.(Tablo 8)

Tablo 9: Atipik ve klasik antipsikotiklerin obsesif kompulsif belirtilerle ilişkisi

	Klasik A. psikotik	Atipik A. Psikotik	Total
Obs-komps belirti yok	3	4	7
Obs-komps belirti var	3	7	10
Total	6	11	17

$X^2=0,298$ $p>0,05$

Kullanılan klasik ve atipik antipsikotiklerin obsesif kompulsif belirtilerle ilişkisi saptanamadı.

Tablo 10: Obsesif kompulsif belirtilerle şizofreni tipleri arasındaki ilişki

	Paranoid Şizofreni	Nonparanoid Şizofreni	Total
Obs-komp belirti yok	4	3	7
Obs-komp belirti var	3	8	11

$$X^2=1,1606 \quad p>0,05$$

Şizofreni tipleri arasında obsesif kompulsif belirtilerin olup olmaması arasında ilişki saptanmadı.(Tablo 10)

Tablo 11: Değişkenler arası ilişkiler

	Yaş	Baş yaşı	YBOCS	SANS	SAPS	GDÖ
YBOCS r	-0,30	-0,08				
p	0,23	0,75				
SANS r	0,02	0,05	0,44			
p	0,95	0,84	0,07			
SAPS r	0,04	0,09	0,69	0,35		
p	0,87	0,74	0,00	0,16		
GDÖ r	0,40	0,42	-0,76	-0,67	-0,55	
p	0,10	0,09	0,00	0,00	0,02	
GDÖ1 r	0,13	0,29	-0,41	0,05	-0,50	0,44
p	0,61	0,24	0,09	0,84	0,04	0,07

YBOCS: Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Skalası Puanları

SANS ve SAPS: Şizofrenide Negatif ve Pozitif Semptom Skalası Puanları

GDÖ: İşlevselliğin Genel Değerlendirme Ölçeği

GDÖ1: İşlevselliğin Genel Değerlendirme Ölçeği (1 yıl önce)

Yaş ve hastalık başlama yaşı arasında ilişki yoktur. Obsesif kompulsif semptomlar ile pozitif belirtiler arasında pozitif ilişki vardır; yani pozitif belirtiler arttıkça obsesif kompulsif semptomların şiddeti artmaktadır. Buna karşılık negatif belirtilerle obsesif kompulsif semptomlar arası ilişki yoktur.

Obsesif kompulsif belirtilerin şiddetinde artma ile işlevsellikte düşme arasında anlamlılık bulundu.

İşlevsellikte düşme şizofrenideki hem pozitif hem negatif belirtilerle ilişkilidir.

4.TARTIŞMA

Bu çalışmada obsesif kompulsif belirtileri olan şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtileri olmayanlara göre hem çalışma anında hemde 1 yıl öncesinde genel işlevselliklerinde anlamlı bozulma saptandı. Bu bulgu daha önce yapılan Fenton WS,Mc Glashan TH,Berman ve Strobel'in belirttikleri çalışma sonuçlarıyla uyumludur.(10,11,12)

Fakat Stengel ve Rosen'in çalışma sonuçlarıyla uyuşmamıştır.Stengel ve Rosen çalışmalarındaki obsesif kompulsif belirtileri olan şizofren hastaların depresif ve paranoid özellikler göstermeleri nedeniyle daha iyi prognoza sahip oldukları belirtmekteydiler,fakat depresif ve paranoid olarak belirtilen bu hastalar bugünkü sınıflamaya göre duygudurum bozukluğu yada paranoid bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tanı farklılığı da belli ölçüde farklı sonuçları açıklamaktadır.

Şizofrenide kötü gidişi gösteren hastane yatışları,alevlenmelerle obsesif kompulsif belirtiler arasında ilişki bu çalışmada bulunamadı.Bu muhtemelen hasta grubunun küçüklüğünden kaynaklanmaktadır.

Obsesif kompulsif belirtilerin kötü gidişli bir şizofreniyi işaret etmesine karşın spesifik nedensel bağlantılar açık değildir. Bu tür hastaların belki de şizofreni spektrumu içinde bir subgrub olabileceği yönünde görüşler vardır.(40) İki psikopatolojinin birbiri üzerine eklendiği yada birbirleriyle etkileşerek durumu kötüleştirdiği savı ortaya atılabilir. Bozulmanın şizofrenin kendisinden mi yoksa obsesif kompulsif belirtilerden mi kaynaklandığını anlamak için sadece obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarla şizofreni ile birlikte obsesif kompulsif bozukluklu hastaları karşılaştıran uzun süreli izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

Yine bu çalışmada obsesif kompulsif belirtileri olan hasta grubunda evlenmemişliğin daha fazla bulunması, işlevselliğin bu hastalarda kötü olmasıyla ilişki olabileceği gibi şizofrenide evlenmemişlerde prognozun kötü oluşundan da kaynaklanabilir.

Bu çalışma şizofreni hastalarında aynı zamanda obsesif kompulsif bozukluğun önemli oranda (% 16,6) olduğunu gösterdi. Bu oran Fenton ve Mc Glashan'ın(10) belirttiği kronik şizofrenlerdeki obsesif kompulsif bozukluklu hastalardaki %12,9' luk orana benzemektedir fakat Berman ve ark.'nın bildirdiği %25-46'lık orandan daha azdır. 1997 yılında özet rapor şeklinde Eisen JL. ve ark. tarafından bildirilen % 7,8'lik oran bu çalışmadaki orandan daha düşüktür, bu farklılık aynı zamanda şizoafektif hastaları da içermesinden kaynaklanıyor olabilir. Yine Poyurovsky M ve ark.'nın ilk epizod şizofrenlerde yaptıkları çalışmada bildirdikleri % 14' lük oranla da benzeşmektedir(33). Bazı antipsikotiklerin obsesif kompulsif belirtilere yol açtıkları düşünüldüğünde ilk epizod şizofrenlerdeki bu oranın daha gerçekçi olduğunu söyleyebiliriz.

Ülkemizde A. Üçok ve ark.(1998) tarafından yapılmış çalışmada şizofrenide OKB oranı % 9,6 ,obsesif kompulsif belirti sıklığı ise % 31,5 bulunmuştur.(47)

Bu çalışmada obsesif kompulsif belirtileri olan hastalar göz önüne alındığında ise bulunan oran % 61 diğer çalışmalardan fazladır. Bu durum SCID-I 'e göre obsesif kompulsif bozukluk tanı kriterlerini karşılayan ve karşılamayan hastaların birlikte değerlendirilmesinden ayrıca hasta grubunun küçüklüğünden kaynaklanıyor olabilir.

Erkeklerde negatif belirtilerin daha fazla olması kadınlarda şizofreninin prognozunun daha olumlu olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Son zamanlardaki atipik antipsikotiklerin obsesif kompulsif belirtilere neden oldukları yada belirtileri şiddetlendirdikleri bildirilmesine karşın (36,38), bu çalışmada atipik antipsikotik kullanan hastalarda, klasik kullananlara göre obsesif kompulsif belirtileri fazla bulunmadı. Bu sonuçta SCID-1 'e göre şizofreni ile birlikte OKB olan hasta grubunun küçük olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada intihar girişimi olan 3 hastanın hepsinde de obsesif kompulsif belirtilerin olması, gene bu hastaların kötü prognozlu olduklarını göstermektedir. Bu bulgu daha önce ülkemizde yapılan A.Üçok ve ark.'nın araştırmalarında da gösterilmiştir (47).

Obsesif kompulsif belirtilerin şiddetinde artış ile işlevsellikte düşme görülmesi diğer çalışmalarla uyumludur. Fakat işlevsellikte düşmenin şizofrenin hem pozitif hem negatif belirti şiddetiyle de ilişkili olması bunun şizofreniden kaynaklanan bir durum olabileceğini düşündürmektedir. Bu konuda örneklem sayısının fazla olduğu, izlem süresinin uzun tutulduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçta şizofreni ve obsesif kompulsif belirtiler ve bozukluk çok karmaşık olmakla birlikte merak uyandırıcı bir konu olmaya devam etmektedir.

Şizofreninin farklı nörobiyolojik mekanizmalara bağlı olarak gelişen heterojen bir bozukluk olduğu ve obsesif kompulsif belirtilerin varlığı hastalığın bu heterojen doğasını yansıttığı söylenebilir. Serotonin ve dopaminin hem şizofrenide hem OKB etiolojisinde etkili olmaları, iki hastalığın birlikte olmalarını anlamada bize yol göstermektedir.

Obsesif kompulsif belirtiler ve bozukluk şizofrenide daha kötü bir gidişi gösterdiği çalışmaların göstermesine karşın ,olası serotonin dopamin sistemindeki etkileşimin bozulmanın nedenleri henüz tam olarak gösterilebilmiş değildir.

Bu hastaların ayrı bir şizofreni alt grubu olabileceği yönündeki görüşler henüz geçerli değildir. Buna benzer görüşlerin kontrollü geniş hasta gruplarında test edilmeye gereksinimi vardır.

6. KAYNAKLAR

- 1.İnsel TR,Akiskal HS(1986).Obsessive –Compulsive disorder with psychotic features.Am J Psychiatry 143,1527-1533
- 2.Stengel E:A study on some clinical aspect of the relationship between obsessional neurosis and psychotic reaction types.J Ment Sci 91:166-187,1945
- 3.Gordon A:Obsessions in their relation to psychoses.Am J Psychiatry 82:647-659,1926
- 4.Lewis A:Problems of obsessional illness.Proc R Soc Med 29:325-336,1936
- 5.Öztürk O,Şizofreni,Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 5.Baskı 1994
- 6.Kültür S,Mete L;Temel Psikiyatri Kitabı Güleç C,Köroğlu E(ed) Cilt 1,1997,Ankara
- 7.Bleuler E:Demans Praecox or the Group of Schizophrenias,New York,International University Press,1956
- 8-Rosen I:The clinical significance of obsessions in schizophrenia.J.Ment Sci 103:778-785,1957
- 9-Jahrreiss W:Obsessions during schizophrenia .Arch Psychiatr 77:740-780,1926

10. Fenton WS, McGlashan TH: The Prognostic Significance of Obsessive - Compulsive Symptoms in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986;143:437-441
11. Berman I, Kalinowski A, Berman SM, Lengua J, Green AI: Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1995;36:6-10
12. Stroebel CF, Szarek BL, Grueck BC: Use of clomipramine in treatment of obsessive-compulsive symptomatology. *J Clin Psychopharmacol* 1984;4:98-100
13. Karamustafalıoğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmn H: Yale-Brown obsesyon-Kompulsiyon derecelendirme ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Bursa, 1993. s:86
14. Tek C, Ulug B, Rezaki BG, Tanrıverdi N, Mercan S, Demir B, Vargel S: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reality and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:410-413
15. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark: The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, I: Development, use, and reability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:1006
16. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatr* 1978;45:742-747

- 17.A.Akdemir,S.Örsel,İ.Dağ,H.Türkçapar,N.İşcan,H.Özbay.Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği.Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996;4(4):251-259
- 18.Andreasen NC(1984).Scale for the assesment of negative symptoms(SANS).Department of Psychiatry College of Medicine,The University of Iowa
- 19.Andreasen NC(1984).Scale for the assesment of possitive symptoms(SAPS).Department of Psychiatry College of Medicine, The University of Iowa
- 20.Erkoç Ş,Arkonaç O,Özmen E:Pozitif semptomları değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliği.Düşünen Adam 1991;4:20-2
21. Erkoç Ş,Arkonaç O,Özmen E:Negatif semptomları değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliği.Düşünen Adam 1991;4:16-19
- 22.Erkoç Ş,Aker T;Tarihçe.Erkoç Ş,Oral T(ed):Şizofreni/1,Okyanus yayın,İstanbul 1998
- 23.Kaplan HI,Sadock BJ;Synopsis of Psychiatry,Eighth Edition,Mass Publishing,Egypt,1998

24. Carpenter WT;Buchanan RW.Schizophrenia:Introduction and Overview.Kaplan HI,Sadock BJ(ed):Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI,Williams&Wilkins,Baltimore,1995

25.S.Battal,N.Özmenler ..Şizofreni tarihçesi.N.Yüksel(ed)Şizofreni dizisi cilt 1,sayı 1,1998

26. Andreasen NC,Moussaoui D;Nakane Y;Clinical Presentation. Teaching and Learning about Schizophrenia,A WPA Educational Program.

27.Insel RT:Obsessive compulsive disorder-five clinical questions and suggested approach.Comp Psychiatry 1982;23:241-51

28.Akgün N.Obsesyonel nevroz saplantı zorlantı bozukluğu:1.Baskı.1989 İstanbul

29.Pitman KR.Pierre Janet on obsessive compulsive disorder .Arch Gen Psychiatry 1987;44:226-32

30.Eisen JL,Rasmussen SA:Obsessive compulsive disorder with psychotic features.J Clin psychiatry 1993;54:373-9

31.Hwang MY,Hollander E:Schio-obsessive disorder,Psychiatric Annals 23:7 July 1993

32. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı,dördüncü baskı(DSM-IV),Washington DC,1994'ten çeviren Köroğlu E,Hekimler Yayın Birliği Ankara 1994
33. Poyurovsky M,Fuchs C, Weizman A. Obsessive-Compulsive Disorder in Patients with First-Episode schizophrenia. Am J Psychiatry 156:12,brief reports. 1999
34. A. Çorapçioğlu, Ö. Aydemir, M. Yıldız, A. Esen, E. Köroğlu. DSM IV Eksen I bozuklukları için klinik görüşme ,1999,Hekimler yayın birliği
35. Dünya sağlık örgütü ;ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması:Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu.Cenevre,1992' den çeviren yayın yönetmenleri Öztürk O;Uluğ B.Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları,Ankara ,1993
36. Kopala L,Horner G. W. Risperidon,serotonerjik Mechanisms and Obsessive – Compulsive Symptoms in Schizophrenia. Am J Psychiatry 151:11,1714-1715
37. Leysen JE,Jansen PMF,Schotte A,Luyten WHML,Megens AAHP:İnteraction of antipsychotic drugs with neurotransmitter receptor sites in vitro and invivo in relation to pharmacological and clinical effects:role of 5HT 2 receptors.Pschopharmacology 1993;112:540-554
38. Steingard S,Chengappa KNR;Baker RW,Schooler NR:Clozapine,obsessive symptoms and serotonergic mechanisms(letter)Am J Psychiatry 1993;150:1435

39. Tibbo P, Warneke L. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap. *J Psychiatry neurosci* 1999 Jan;24(1) 15-24
40. Hwanh MY. Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: A pilot study. *J neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 12(1):91-94
WIN 2000
41. Green M, Walker E. Neuropsychological performance and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 94:4,460-469 1985
42. American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 154:4 supp April 1997
43. Jenike A.M. Obsessive Compulsif disorder. Theory and management. 1986
- 44-E. Işık . Nevrozlar, Obsesif kompulsif bozukluk. 1996
45. Solyom L, Dinicola VF, Phil M. Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive compulsive neurosis. *Can Psychiatry* 1985;30:372-9
46. Westphal K. Ueber zwangsvorstellungen. *Archiv Fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1878,8:734-750
47. A. Üçok ve ark. Şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin ve bozukluğun sıklığı. *3 P dergisi* 1998,107-110

48. Iqbal N, Goldsamt LA, Schwartz B ve ark (1993) Serotonin and schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 23:186-192
49. Kahn RS, Davis KL. New Developments in Dopamine and Schizophrenia. *Psychopharmacology* (1995) Lippincott-Raven Publishers. New York
50. Ceulemans DL, Gelders YG ve ark. Effect of serotonin antagonism in schizophrenia. *Psychopharmacology*. 85:329-332. 1996
51. Weinberger DR. (1988) Physiological dysfunction of dorsolateral cortex in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 45:609-615
52. Lewine RR, Risch SC, Risby E ve ark (1988): Neuroendocrine responses in chronic Schizophrenia: Evidence for a serotonergic dysfunction. *Schiz Res* 1:405-410
53. Marazziti D, Hollander E, Lensi P ve ark: Peripheral markers of serotonin and dopamine function in obsessive-compulsive disorder: *Psychiatry Research* 42:41-51, 1992

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) Ölçeği

İşlevsellik hastalığın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve fiziksel işlevselliği gözönünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalarla işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

İGD değerlendirmesi:

Şu anda: — —

geçen yıl — — —

(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72)

Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhani bir semptomu yoktur.

Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).

Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)

Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişilerarası ilişkileri vardır.

Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşlarıyla çatışmaları vardır).

Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz)

Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zamanı mantıksız, çapraşık) ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmâl eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşigilir ve okulda başarısızdır)

Davranışları hezeyanlar ve hallüsinasyonlardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen ekkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevsel değildir (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi evi ya da arkadaşları yoktur)

Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizmde)

Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.

HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)
 0. Yok
 1. Yalnızca soruların cevaplarırken anlaşılıyor.
 2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
 3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
 4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.
2. Suçluluk duyguları
 0. Yok
 1. Kendi kendini kırıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
 2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
 3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırma. Suçluluk hezeyanları.
 4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.
3. İntihar
 0. Yok
 1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
 2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
 3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
 4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).
4. Uykuya dalamamak
 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
 1. Bazen gece yatışında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
 2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor.
5. Geceyarısı uyanmak
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
 2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).
6. Sabah erken uyanmak
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
 2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
7. Çalışma ve aktiviteler
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
 2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
 3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.

Retardasyon

(Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

Ajitasyon

Psşik anksiyete

Somatik anksiyete

Somatik semptomlar

Gastrointestinal

Somatik semptomlar

Genel

Genital semptomlar

(libido kaybı, adet bozuklukları vb.)

Hipokondriyaklık

Zayıflama

(A ya da B'yi doldurunuz)

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

0. Düşünceleri ve konuşması normal.

1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor

4. Tam stuporda.

0. Yok.

1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Subjektif gerilim ve iritabilite.

2. Küçük şeylere üzüliyor.

3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

0. Yok

1. Hafif

2. İlimli

3. Şiddetli

4. Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:

Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma

Terleme

0. Yok.

1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

0. Yok.

1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

0. Yok

1. Hafif.

2. Şiddetli.

3. Anlaşılamadı.

0. Yok

1. Kuruntulu

2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.

3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.

4. Hipokondriyaklık delüzyonları.

A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0. Kilo kaybı yok.

1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.

2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

17. Durumu hakkında görüşü

- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği - I

Hasta Adı Soyadı: _____

No: _____ Tarih: ___/___/___

Dosya No: _____ Dr.: _____

Tanı: _____

DUYGULANIMDA SİĞLAŞMA veya KÜNTLEŞME

Değişmeyen yüz görünümü

0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5

Kendiliğinden hareketlerde azalma

Beden dilini kullanmada azlık

Göz göze gelmede azalma

Duygusal tepkisizlik

Vokal değişme eksikliği

Duygulanımda sığlaşmanın global olarak değerlendirilmesi

ALOGIA

Konuşma fakirliği

Konuşma içeriğinde fakirleşme

Blok

Tepkiler arası mesafenin uzaması

Alogia'nın global olarak değerlendirilmesi

0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5

İSTENÇ YİTİMİ-APATI

Üst baş özeni ve temizlik

İş veya okulda sebatsızlık

Fiziksel enerji azalması

İstenc yitimi apatinin global olarak değerlendirilmesi

0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5

TOPLAM SKOR

ANHEDONİ - ASOSYALLİK

Eğlenceye ilişkin ilgi ve etkinlikler

Cinsel ilgi ve ilişki

Yakınlık ve dostluk duyabilme

Arkadaş ve akranlarıyla ilişkiler

Anhedoni asosyalliğin global olarak değerlendirilmesi

0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5

YOK: 0; KUŞKULU: 1; HAFİF: 2; ORTA: 3; BELİRGİN: 4; ŞİDETLİ: 5

Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği - II

DİKKAT

Toplumsal dikkatsizlik

Ruhsal durum testlerinde dikkatsizlik

Dikkatin global olarak değerlendirilmesi

0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5

VARSANILAR

İşitsel varsanılar

Yorum yapan sözler

Karşılıklı konuşma sesleri

Bedensel veya dokunma varsanıları

Koku varsanıları

Görsel varsanılar

Varsanıları şiddetinin global olarak değerlendirilmesi

0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5

SANRILAR

Perseküsyon sanrıları

Kıskançlık sanrıları

Günahkarlık veya suçluluk sanrıları

Büyüklük sanrıları

Dinsel sanrılar

Bedensel sanrılar

Referans fikirleri ve sanrıları

Kontrol edilme sanrıları

Düşüncelerin okunması

Düşünce yayınlanması

Düşünce sokulması

Düşünce çekilmesi

Sanrıların şiddetini global olarak değerlendirilmesi

0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5

YOK: 0; KUŞKULU: 1; HAFİF: 2; ORTA: 3; BELİRGİN: 4; ŞİDDETLİ: 5

Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği - III

GARİP DAVRANIŞ

Giyim ve görünüş

Toplumsal ve cinsel davranış

Şiddetli ve taşkın davranış

Yineleyici ve stereotipleşmiş davranış

Garip davranışın şiddetinin global olarak değerlendirilmesi

0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5

POZİTİF YAPISAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU

Yoldan çıkma (Çağrışımda kopukluk)

Yandan yanıt

Enkoherans

Mantıksızlık

Çevresel konuşma

Konuşmada hızlanma

Dikkatin çabuk dağılması

Klang çağrışım

Pozitif yapısal düşünce bozukluğunun global olarak değerlendirilmesi

0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5

UYGUNSUZ DUYGULANIM

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

YOK: 0; KUŞKULU: 1; HAFİF: 2; ORTA: 3; BELİRGİN: 4; ŞİDDETLİ: 5

MALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (9/89)

ADI: _____
OKUL: _____

Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 toplamı) _____
TARİH: _____
HEKİM: _____

OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4
1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	Semptom yok 0	Ortalama uzun 1	Uzun 2	Çok kusa 3	Kısa 4
OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4
OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4
OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0	1	2	3	Tam teslimiyet 4
OBSESYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4
OBSESYON ALTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____					

KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4
6. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	Semptom yok 0	Uzun 1	Ortalama uzun 2	Kısa 3	Çok kusa 4
KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4
KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4
KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0	1	2	3	Tam teslimiyet 4
KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4
KOMPULSİYON ALTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____					

OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	Mükemmel 0	1	2	3	Yok 4
---	---------------	---	---	---	----------

KAÇINMA	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4
KARARSIZLIK	0	1	2	3	4
PATOLOJİK SORUMLULUK	0	1	2	3	4
YAVAŞLAMA	0	1	2	3	4
PATOLOJİK KUŞKU	0	1	2	3	4

GLOBAL CİDDİYET	0	1	2	3	4	5	6
GLOBAL DÜZELME	0	1	2	3	4	5	6

GÜVENİRLİK MÜKEMMEL = 0 İYİ = 1 ORTA = 2 ZAYIF = 3

İsim:

Tarih:

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz.
(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyazise ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "s" ile işaretlenen semptomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir)

Şimdi

Geçmişte

SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

Kendine zarar vereceğinden korkma

Başkalarına zarar vereceğinden korkma

Şiddet içeren veya korkutucu imgeler

Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu

Utanılacak bir şey yapmaktan korkma*

İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örn. arkadaşını yaralama)

Çalacağından korkma

Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu
(örn. çarpma/kaçma, motorlu araç kazası)

Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu
(örn. yangın, hırsızlık)

Diğer

KİRLENME OBSESYONLARI

Vücut atık veya salgılarından (örn. idrar, dışkı, tükürük)
kaygılanmak veya öğrenmek

Kir veya mikroplardan kaygılanmak

Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak
(örn. asbestoz, radyasyon, toksik atıklar)

Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak
(örn. temizlik maddeleri, çözücüler)

Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı

Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örn. böcekler)

Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak

Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)

Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak,
sonuçları düşünmemek

Diğer

CİNSEL OBSESYONLAR

Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler

Çocuklar veya inest ilişki ile ilgili

Homoseksüel ilişkili ile ilgili*

Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*

Diğer

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)

DİNİ OBSESYONLAR

Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili

Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi

Diğer

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

Doğaüstü düşünce ile birlikte (örn. eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği)

Doğaüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

Bilme veya hatırlama ihtiyacı

Belirli şeyleri söyleme korkusu

Doğru şeyi söyleyememe korkusu

Birşeyler kaybetme korkusu

İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler

Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma

Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*

Uğurlu veya uğursuz sayılar

Özel anlamı olan renkler

Batıl itikatlar

Diğer

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

SOMATİK OBSESYONLAR

Hastalık ile ilgili*

Vücutun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgili
(örn. dismorfofobi)

Diğer

TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

Aşırı veya törensel el yıkama

Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat

Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin aşırı temizliği ile ilgili

Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler

Diğer

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

Kilit, ocak, alet vb. lerinin kontrolü

Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek

Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek

Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek

Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek

Somatik obsesyonlara bağlı kontroller

Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

Tekrar okuma veya yazma

Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi

(örn. kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma)

Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobilerden, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır (örn. eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek).]

DİĞER KOMPULSİYONLAR

Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)

Aşırı liste hazırlama

Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi

Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*

Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*

Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)

Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*

Batıl davranışlar

Trikotillomani*

Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*

Diğer

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü:

EKT öyküsü:

Hastane yatışları: Süreleri:

Önceki ilaç tedavileri:

Kullandığı ilaçlar:1-İlaç almıyor 2-Klasik AP 3-Atipik AP 4-AP+AD

Şimdiki tedavi durumu:1-Şu an hastanede yatıyor 2-Ayaktan hasta 3-Şu an tedavi almıyor

Daha önceki alevenmeler:

Obsesif-kompulsif semptom başlangıç yaşı:

Hastalığın(sch) başlangıç yaşı: İlk epizod:

Hastalığı:1-Sch 2-Sch atektif Disorder 3-Schiform disorder

Meslek:

Medeni durum:1-Evli 2-Dul 3-Bogammiş 4-Aynı yaşıyor 5-Hiç evlenmemiş

Eğitim:

Cinsiyet:

Yaş:

Adı soyadı:

DN:

Tel: