

T.C.
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK'UN EŞLİK ETTİĞİ
ŞİZOFRENİ HASTALARINDA KLİNİK VE
NÖROPSİKOLOJİK ÖZELLİKLER:
KARŞILAŞTIRMALIBİR ÇALIŞMA**

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. İsmail ÖZEL

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Bülent KAYAHAN

İzmir

Şubat 2015

TEŞEKKÜR

Tez hazırlama sürecimin her aşamasında beni destekleyen, cesaretlendiren, değerli tez danışmanım Prof. Dr. Bülent Kayahan'a,

Çalışmamızın psikolojik testlerini büyük özveriyle yapan çok değerli psikolog arkadaşımız Uzm.Psikolog Ayşe Eryavuz'a

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda çalışmaya başladığım ilk günden itibaren bana desteğini ve ilgisini esirgemeyen, çok saygıdeğer hocam Prof.Dr.Hakan Coşkunol'a

Uzmanlık eğitimim boyunca bilimsel bakış, etik, iyi hekimlik sanatı gibi önemli donanımlar konusunda çok şeyler öğrendiğim Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Benimle görüşmeyi kabul eden, sabırla ve özveriyle görüşme nezaketinde bulunan hastalar ve ailelerine,

Uzmanlık eğitimimin her aşamasında her zaman yanımda ve destek olan, bugünlere gelmemde çok emeği olan sevgili aileme,

Klinikte beraber çalıştığım çok değerli ve saygıdeğer asistan arkadaşlarıma ve herbirisiyle çalışmaktan büyük keyif aldığım değerli hemşire arkadaşlarıma,

Bu klinikte büyük uyum içerisinde çalıştığım değerli sekreter ve personel arkadaşlarıma,

Psikolojik testleri uygulamamızda bize yardımcı olan psikoloji bölümü öğrencisi Gevher Gündüz'e çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ	1
1.1. Fenomenoloji	2
1.2. Epidemiyoloji	5
1.3. Etiyoloji	6
1.3.1. Genetik Faktörler	6
1.3.2. Çevresel Faktörler	7
1.4. Nöroanatomi ve Nöronal Devreler	8
1.4.1. OKB'nin Nöroanatomik Yerleşimi	8
1.4.2. Şizofreninin Nöroanatomik Yerleşimi	9
1.4.3. Şizo-obsesif Bozukluğun Nörobiyolojisi	10
1.5. Atipik Antipsikotikler ve Şizofrenide OK Belirtiler	12
1.6. Atipik Antipsikotiklerle OK Belirtilerin Ortaya Çıkma Mekanizması	12
1.7. Nöro-Görüntüleme Çalışmaları	15
1.8. Klinik Özellikler	15
1.9. Nöropsikolojik Değerlendirmeler	17
1.10.Amaç	20
1.11. Varsayımlar	20
2. YÖNTEM	20
2.1. Katılımcılar	20
2.2. Çalışmaya alma kriterleri	21
2.3. Çalışmadan Dışlama Kriterleri	21
2.4. Veri Toplama Araçları	21
2.5. Çalışma Basmakları	28
3. BULGULAR	29
3.1. Sosyo Demografik Özellikler	29
3.2. Klinik Özellikler	32

3.3. Nöropsikolojik Özellikler	40
4.TARTIŞMA.....	42
5.SONUÇ	52
VII. KAYNAKLAR	53
EKLER	68
ÖZET	144
ABSTRACT	147

TABLULAR

Tablo 1: Tablo 1: Literatürde nöropsikolojik karşılaştırmanın yapıldığı çalışmalar...20	
Tablo 2: Tablo 2 : Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması..... 31	
Tablo 3: İki grubun eğitim durumları yönünden karşılaştırılması.....32	
Tablo 4: İki grubun medeni durumları yönünden karşılaştırılması.....32	
Tablo 5: İki grubun çalışma durumlarının karşılaştırılması.....33	
Tablo 6: İki grubun sosyal güvence yönünden karşılaştırılması.....33	
Tablo 7: Klinik özellikler yönünden iki grubun karşılaştırılması.....34	
Tablo 8: Şizofreni alt tipi yönünden iki grubun karşılaştırılması.....34	
Tablo 9: Öz kıyım, şiddet davranışı ve yasal sorun yaşama yönünden iki grubun karşılaştırılması35	
Tablo 10: Ailede psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerin akrabalık derecesi yönünden karşılaştırılması.....35	
Tablo 11: Ailede psikiyatrik hastalığı olan kişilerin tanı açısından karşılaştırılması..36	
Tablo 12: Sigara kullanımını açısından iki grubun karşılaştırılması.....37	
Tablo 13: Kullanılan ilaç tedavileri yönünden iki grubun karşılaştırılması.....37	
Tablo 14: Toplam PANNS ölçek puanları yönünden iki grubun karşılaştırılması.....38	
Tablo 15: Hastalık şiddeti, düzelme,ilaç yan etkileri, calgary depresyon ölçeği toplam puanları, ekstrapiramidal belirtileri değerlendirme ölçeği yönünden iki grubun karşılaştırılması.....39	
Tablo 16: Şizofrenide sosyal işlevsellik ölçeği puanları yönünden iki grubun karşılaştırılması.....40	
Tablo 17: Şizofrenide yaşam kalitesi ölçek puanları yönünden iki grubun karşılaştırılması.....41	
Tablo 18: Y-BOCS toplam puanları yönünden iki grubun karşılaştırılması.....41	
Tablo 19: REY işitsel-sözel bellek testi puanları yönünden iki grubun karşılaştırılması.....43	
Tablo 20: Stroop dikkat testi ile ilgili değerlerin iki grup arasında karşılaştırılması....44	

Tablo 21: Sözel akıcılık toplam puanları yönünden iki grubun karşılaştırılması.....	44
Tablo 22: İz sürme testi toplam süreleri yönünden iki grubun karşılaştırılması.....	44
Tablo 23: Wechsler bellek skalası toplam puanları yönünden iki grubun karşılaştırılması.....	45

ŞEKİLLER

Şekil 1: OKB ve şizofreni arasında önerilen spektrum.....	5
Şekil 2: Obsesif belirtilerin psikotik belirtilere göre başlangıç zamanı (OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk).....	37
Şekil 3: Obsesif-Kompulsif hastalığın eşlik ettiği şizofreni hastalarında obsesyon içerikleri.....	43
Şekil 4: Obsesif-Kompulsif hastalığın eşlik ettiği şizofreni hastalarında kompulsiyon içerikleri.....	43

KISALTMALAR

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OK: Obsesif Kompulsif

DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV

DSM-III: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- III

SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV

Y-BOCS: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale

İGD: İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi Ölçeği

COMT: Katekol-O-Metil Transferaz

DLPFK: Dorso-Lateral Prefrontal Korteks

VMPK: Ventro-mediya Prefrontal Korteks

WKET: Wiskonsin Kart Eşleme Testi

GT: Gambling Task

GABA: Gamma Amino Bütirik Asit
5-HT1A: 5 HidroksiTriptofan 1 A
SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
MRI: Manyetik Rezonans Imaging
fMRI: fonksiyonel MRI
DRT: Discriminative Response Task
ERP: Event Related Potential
ICD-10: International Classifiacation of Diseases
TMT-B: Trail Making Test B
COWAT: Controlled Oral Word Assosiaciton Test
GOP: Genel Obsesyon Puanı
GKP: Genel Kompulsiyon Puanı
GTOP: Genel Toplam Puan
CGI: Clinical Global Impression
BİLNOT: Bilişsel Potansiyeller için Nöropsikolojik Test
AVLT: Auditory-Verbal Learning Task
WMS: Wechsler Memory Scale
SPSS 18: Statistical Package for the Social Sciences 18

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK' un EŞLİK ETTİĞİ ŞİZOFRENİ HASTALARINDA KLİNİK ve NÖROPSİKOLOJİK ÖZELLİKLER: Karşılaştırmalı Bir Çalışma

1 GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve şizofreni, bilinen en eski psikiyatrik hastalıklardandır. Bu iki eski hastalık, aslında birbirinden çok farklı gibi gözükseler de, şizofrenide obsesif kompulsif (OK) öğelerin varlığına ilişkin ilk yayınlar seksen yıl öncesine dayanmaktadır (1). On dokuzuncu yüzyıl Fransız psikiyatri kaynaklarını inceleyen çalışmalarda aynı hastada hem psikotik, hem de OK belirtilerin tanımlandığı görülmüştür (2). Yine benzer bir başka yayın 1926'da Almanya'da yapılmış ve şizofrenide obsesif belirtilerin %1 oranında görüldüğü belirtilmiştir (3). Şizofrenide OK öğelerin olması da, OKB'de psikotik bulguların olması da eskiden beri bilinen bir durumdur. Her iki bozukluk için de düşünce sürecindeki bozukluk, algı patolojisi ve klinik gidiş açısından örtüşmeler olabileceği ve birinden diğerine geçişin mümkün olduğuna ilişkin yayınlar vardır (4,5). Gerek şizofrenide OK belirtilerin görülmesi, gerekse OKB'de psikotik belirtilerin olması her iki hastalık arasında yakın bir ilişki olduğunun düşünülmesine yol açmıştır. Şizofreni hastalarının neredeyse yarısından fazlasında OK belirtiler görülebilmektedir (6). Şizofreni ile OKB komorbiditesi görülen hastaların şizofreni hastalarının özel bir sınıfını temsil ediyor olabileceği yolunda kanıtlar artmaktadır. Bazı araştırmacılar OKB ve şizofrenide örtüşen bazı belirtilerin olmasını, her bir bozukluk için gösterilen nörolojik devreler, anatomik yapılar ve nörotransmitterlerdeki benzerliklere bağlı olabileceğini öne sürmüşlerdir(7). Yirmi yıldır kullanılmaya başlanan atipik antipsikotiklerin şizofreni hastalarında OK belirtileri alevlendirdiğine ilişkin yayınlar ve OKB ile şizofreni arasında belirli bir biyolojik bağlantı olabileceğine ilişkin bulguların ortaya çıkması, bu alana ilginin artmasına neden olmuştur (8,9)

1.1 Fenomenoloji:

Westphal, OK fenomenlerin şizofreninin bir parçası veya hastalık öncesi dönemi olduğunu düşünmüştür (10). Bumke, obsesyonların, sanrılarının öncüsü olduğunu öne sürmüştür(11). Stengel, OKB'nin gidişi sırasında ortaya çıkan nörotik görünüm ve psikotik reaksiyonlar arasındaki olası ilişkinin savunma mekanizmasının bir parçası olabileceğini belirtmiş, ayrıca bu tür hastaların yapısal duruma göre iki uçlu bozukluğa veya şizofreniye ilerleyebileceklerini söylemiştir(12). Sigmund Freud, OK belirtilerin her zaman bir nevrozun bulgusu olmayabileceğini öne sürmüş ve psikozun bir formu olabileceğini söylemiştir(13)

Rosen, psikotik semptomların ve sanrılarının obsesyonlarla ilişkili olduğunu ve obsesyonların sanrılara dönüşebildiğini öne sürmüştür(14). DSM-IV'ün OKB tanısı için "yetersiz içgörülü" belirteci olarak tanınması ve OKB'nin psikotik bozukluklardan geleneksel ayrımında içgörünün olmasının esas alındığı düşünüldüğünde; yetersiz içgörülü bir obsesyonu sanrıdan ayırmadaki güçlük artar. Kozac ve Foa OKB'si olan hastaların büyük çoğunluğunun, en azından bazen, içgörülerini kaybettiğini ve obsesyonlar, aşırı değerlendirilmiş düşünceler ve sanrılarının ayırımının yeterli tanısız yarar sağlayacak kadar net olmadığını öne sürmüşlerdir (15). Tam içgörü kaybı olduğunda psikotik OKB'den sözedilir.

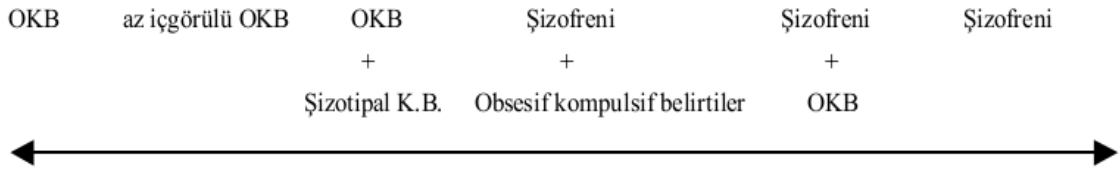
Aubrey Lewis, içgörü varlığı temeline dayanan tartışmalara yeni bir boyut katmıştır. Lewis'e göre obsesyonun anlamsız olduğunun anlaşılması temel özellik değildir. Bunun yerine asıl olması gereken, hastanın obsesyona direnmek zorunda olduğunu hissetmesi ve bunu dile getirmesidir. Bu yaklaşıma göre "öznel zorlantı deneyimi" merkezdedir . Obsesyon, içsel kökenli olup içgörü ve direnç bu kökenin iki temel ögesidir. Oysa sanrının dışarıdan geldiğine inanılır ve bu nedenle hasta sanrıya direnmez(16)

Şizofreni hastalarında psikotik temalı obsesyonlara ilişkin bildirimler klinik ayrımı daha da karmaşıktır. Bu obsesif sanrılar melez fenomenlerdir; şekli obsesif, içeriği psikotiktir. Sanrılı hastalar da geniş değişkenlikte içgörü, sergileyebilirler. Spitzer iyileşen sanrılardan bahsetmiş; bu süreçte hastanın tümüyle inanarak sanrıyı koruma evresinden, sanrının hastanın hayatına hiç etkisi olmadığı evreye ilerlediğini

belirtmiştir. Sanrılardaki içgörü değişikliği sistematik olarak araştırılmamıştır. Obsesyonlar ve sanrılar arasındaki içgörü değişkenliği göz önüne alınırsa içgörünün ayırım yapmada güvenilir bir temel oluşturmadığı anlaşılır(17)

Bazı yazarlar şizofreni ve OKB birlikteliğinin farklı bir psikopatolojiyi yansıttığı ileri sürmüş ve bu farklı gruba şizo-obsesif alt tip tanımlamasını önermişlerdir(18,19,20). Weiss ve ark. şizo-obsesyon yelpazesini tanımlamışlar, birliktelik gösteren hastalar için ‘‘obsesif psikoz’’ kavramının uygun olacağını belirtmişlerdir(18). Poyurovsky ve ark. OKB ve şizofreni arasında spektrum bozukluklarını tanımlamışlardır. Bu yelpazede OKB’den şizofreniye doğru gidildikçe psikotik belirtiler artar(21)

Şekil 1: OKB ve şizofreni arasında önerilen spektrum



Çağdaş araştırmacılar önceki çalışmalarda yapılanlardan daha net belirti tanımlamaları, standart tanısal ölçütler ve protokoller oluşturduklar. Tanısal netliği artırmaya yönelik bu çabalara rağmen obsesyonlu olma durumu ile psikotik düşünce arasındaki ayırım halen bulanıktır. Şizofrenide olan OK belirtilerin, en azından bazılarının, tanımlayıcı olarak psikotik fenomenolojiyle çakışması muhtemel olduğuna göre, şizofrenideki bu belirtilerin yalnızca früst bir psikoz türü olmadığını nereden biliyoruz? Klinik kanıtların bir çoğu şizofrenideki OK belirtilerin sıklıkla süregelen psikozun bir ifadesinden daha fazlasını temsil ettiğini desteklemektedir. Bu kanıtlar arasında geleneksel antipsikotik tedavinin şizofrenideki OK belirtilerin tedavisinde etkisinin sınırlı olduğu, psikotik semptomların başarıyla tedavisinden sonra dahi OK belirtilerin sürdüğü gözlemleri ve şizofreni olan hastalardaki OK belirtilerin tedavisinde seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin etkinliği bulunmaktadır(7)

Psikozun varlığında OK belirtilerin tanımlanması için öneriler:

- Şizofrenide gözlenen obsesyon ve kompulsiyon tipleri saf OKB’de bulunanlarla, DSM-IV’te tanımlandığı üzere, fenomenolojik olarak benzerdir.
- Bir tekrarlama davranışı psikotik düşünceye değil de yalnızca bir obsesyona yanıt olarak geliştiğinde bir kompulsiyon olarak düşünölmelidir (örneğin, paranoid korkulara yanıt olarak tekrarlayıcı kontrol etme bir kompulsiyon oluşturmaz).
- Tekrarlayıcı, zorlayıcı, ego-distonik bir düşünce özellikle varolan sanrı konularının etrafında dönüyorsa bir obsesyon olarak düşünölmemelidir (Örneğin, OKB’deki yaygın obsesyon tiplerinden birini oluşturan korkutucu imgeler psikotik düşüncenin bir parçası olabilir). Akut psikotik evrede sorgulanabilir ‘‘obsesyonları’’ dışlamak ve psikotik semptomlar tedavi edildikten sonra bunları yeniden değerlendirmek gerekebilir.
- Düşünce biçimindeki bozuklukların varlığında OK belirtilerin ayrımı güç olabilir; bu nedenle tedavi ile düşünce biçim bozukluğu normale döndükten sonra obsesif kompulsif belirtilerin yeniden değerlendirilmesi gerekebilir.
- Birincil obsesyon yavaşlığı yanlışlıkla prodromal şizofreni veya düşünce bozukluğu ile karışabilir; böyle hastalar herhangi bir obsesyonu dile getiremezler ve kompulsiyon göstermezler.
- Bazen psikoz varlığında açık OK belirtilerin, gerçek OK belirtileri temsil edip etmediğini tanımlamak mümkün olmayabilir; böyle durumlarda bir antipsikotik ve bir seçici serotonin geri alım inhibitörü (OKB’de standart tedavi) ile ampirik tedavi gerekebilir(7).

DSM IV’e göre OKB’nin temel özellikleri yineleyici, inatçı ve zorlayıcı düşünceler, dürtüler ve imgeler (obsesyonlar); obsesyonlardan kaynaklanan anksiyete ve sıkıntıyı azaltmaya ya da önlemeye yönelik olan yineleyici eylemler ya da zihinsel ritüellerdir (kompulsiyonlar). Obsesif düşüncelerin, şizofrenideki düşünce sokulması sanrısının tersine mantıksız ve aşırı olduğu kabul edilir(22)

Genellikle obsesyonların sanrılardan ayrımı; içerikleri (örn. bulaşma, saldırganlık ve cinsel obsesyonlar, alınma, kötülük görme sanrıları), kişinin hastalığa yönelik içgörüsü (ego-distonik obsesyonlar, ego-sintonik sanrılar), eşlik eden duygulanım (obsesyonda anksiyete, sanrılarda paranoid duygulanım) ve diğer eylemlerle (yineleyici davranışlar, sanrısız kötülük görme davranışı) yapılır(17,22).

1.2 Epidemiyoloji

Erken dönem yapılan kesitsel çalışmalarda, şizofrenide OK belirtilerin oranı % 1 ile % 3.5 arasında bulunmuş ve OK belirtilerin şizofreni başlangıcından önce veya eşzamanlı ortaya çıktığı belirtilmiştir. Yeni epidemiyolojik çalışmalarda şizofrenide OK belirtilerin varlığı %10 ile % 52 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. OK belirtilerin sıklığını değerlendirmek için operasyonel ölçütler kullanılarak yapılan ilk çalışma Fenton ve McGlashan'ın çalışmasıdır. DSM-III tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konmuş 163 hasta ile yapılan bu dosya tarama çalışmasında OK belirtiler DSM-III tanı ölçütleri kullanılmadan davranışsal olarak değerlendirilmiş ve hastaların %12.9'unda OK belirtiler saptanmıştır. Bu çalışma bir dosya tarama çalışması olduğu için, OK belirti ölçütü olarak DSM-III ölçütleri kullanılamamıştır. Özellikle OK belirtilere içgörü ve direnç gösterme ölçütlerini hasta dosyalarından saptamak zor olacağından, araştırmacılar OK belirtileri davranışsal olarak tanımlamayı ve sınıflandırmayı seçmişlerdir. En az iki OK belirtisi olan ve bu belirtileri en az 6 ay sürmüş olan hastalar "belirgin OK belirtileri" olan hastalar olarak sayılmıştır. Çalışmada bu grup hastanın, OK belirtileri olmayan şizofreni hastalarına göre işlev düzeyi zayıf ve klinik gidişi daha kötü olan hastalar olduğu belirtilmiştir (1). DSM-IV için yapılandırılmış Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) kullanılan ilk çalışmada kronik şizofrenisi olan 37 hasta araştırmaya dahil edilmiş ve bunların 16'sının (% 43,2) OK belirtiler gösterdiği, 11 hastaya (% 29,7) ise OKB tanısı konduğu belirtilmiştir(23). Yine DSM-IV için yapılandırılmış SCID ve Y-BOCS kullanılan bir diğer çalışmada 52 şizofrenik hastanın % 25'inde OKB saptanmış olup hem OK belirtileri gösteren hem de şizofrenik olan hastalarda Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği (PANSS) negatif skorunun daha düşük olduğu ve İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi Ölçeği'nde (İGD) işlev düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmanın ilginçliği son yıllarda yapılan birçok yayının aksine, OKB ve şizofreni beraberliğinde daha olumlu bir prognoz ileri sürmesidir (3) Her bir bozukluğun yaşam boyu prevalansı (OKB için %2-3; şizofreni için %1) ile komorbidite oranları karşılaştırıldığında bu iki hastalığın birliktelik sıklığının, her bir hastalığın genel popülasyondaki yalnız görülme sıklıklarının toplamından daha yüksek olduğu görülmektedir(24). Bu fark iki hastalığın birlikte görülmesinin rastlantı olmadığını düşündürmektedir.

1.3 Etyoloji

Şizofreni hastalarının neredeyse % 60'ında görülen OK belirtilerin etyolojisi konusunda 1990'lı yıllara kadar fazla bir bilgi yoktur (25). Yakın zamanda hem OKB hem de şizofrenide yapısal ve işlevsel anomalileri açıklamak konusunda belirgin ilerlemeler olmuştur.

1.3.1 Genetik Faktörler

OK özelliklerin şizofrenideki etyolojisi üzerine genetik etkenlerin katkısı konusunda yapılan çalışmalar kısıtlıdır ve katekol-O-metiltransferaz (COMT) gen polimorfizminin araştırılması ve OK spektrum ilişkili bozuklukların ailesel geçişinin değerlendirilmesi ile sınırlı kalmıştır. Yapılan bir çalışmada OKB olan ve olmayan hastaların birinci derece yakınlarında şizofreni-spektrum bozuklukları ve obsesif-kompulsif spektrum ilişkili bozukluklar açısından morbidite riskleri araştırılmıştır(26). OKB'si olan şizofreni hastalarının yakınları OKB'si olmayan şizofreni hastalarının yakınları ile karşılaştırıldığında şizo-obsesif bozukluk ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu açısından belirgin derecede daha yüksek morbidite riskine sahip oldukları ve OKB eğilimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca OKB olan ve olmayan şizofreni hastalarının yakınları arasında şizofreni-spektrum bozukluğu ya da başka bir Eksen I veya Eksen II bozukluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (26). Bu ön bulgular şizo-obsesif hastaların şizofreni hastalarından ailesel kümelenme ve obsesif-kompulsif spektrum ilişkili bozuklukların geçişi açısından daha farklı olabileceğini düşündürmektedir.

Son zamanlarda, şizo-obsesif bozukluk için özgül gen araştırmaları yürütölmektedir. Dopaminerjik nörotransmiyonda temel rol oynayan katabolik enzimi kodluyor olması nedeniyle COMT geni hem şizofreni hem de OKB için aday bir gen olarak görölmektedir. Bu gen 22. Kromozomun q11 bandında yerleşmiştir. COMT geni aktivitesinde değişikliğe neden olan(val/val yüksek aktivite, val/met orta düzeyde aktivite, met/met düşük aktivite) ortak bir polimorfizm (158. Kodonda valin metiyonin değişikliği) içermektedir (27). Şizofreni ve OKB’de bu polimorfizmin olası katkısının ileri sürölmelerinden beri valin-metiyonin 158 polimorfizmi şizo-obsesif hastalarda çalışılmaktadır.

Bir vaka kontrol çalışmasında COMT valin-metiyonin 158 polimorfizmi OKB’si olan şizofreni hastalarında, OKB hastalarında ve sağlıklı kontrol grubunda değerlendirilmiş ve bu üç grup arasında COMT geninin genotipik ve allel dağılımı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (27). Buna karşın yeni başlangıçlı erkek şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada COMT genotipinin obsesif-kompulsif belirtiler üzerine anlamlı bir etkisinin olduğu gösterilmiştir (28). Bu çalışmada şizofreni hastaları COMT genotipine(val/val, val/met, met/met) göre üç gruba ayrılmış ve yüksek aktiviteli val/val allelinin daha şiddetli OK belirtilerle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Tekrarlanması gerekirse de bu bulgular şizo-obsesif varsayımının geçerliliğine ek katkı sağlamaktadırlar.

1.3.2 Çevresel Faktörler

Şizofrenideki OK belirtilerin etyolojisindeki çevresel etkenleri araştıran çalışmalar antipsikotik ilaç kullanımının rolünün değerlendirilmesi ile sınırlıdır. Atipik antipsikotik ilaç kullanımının şizofreni hastalarında OK özellikleri tetiklediği ve/veya artırdığı yönündeki bulgular bu alandaki çalışmaların artışına neden olmuştur (29). Öte yandan yapılan bazı ileriye dönük çalışmalar atipik antipsikotik kullanımı ile OK özelliklerin başlangıçlı veya şiddetlenmesi arasında bir ilişki bulamamışlardır (30,31). Bu konuda daha kesin sonuçlar için farklı atipik antipsikotik ilaçlarla, bu ilaçların farklı dozlarının kullanılarak yürütölecek daha uzun süreli gözlemlerin yapıldığı kontrollü ve ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

1.4 Nöroanatomi ve Nöronal Devreler

1.4.1 OKB'nin Nöroanatomik Yerleşimi:

Lateral orbital devrenin hasar görmesi sonucu OK belirtilerin ortaya çıktığı iddia edilmiştir. Bu iddia, orbitofrontal alan ve orta hat talamik nukleus cerrahisi sonrası OKB bulgularının gerilemesi ile destek bulmuştur (32). OK belirtilerin orbitofrontal alanla, anksiyete belirtilerinin ise daha geleneksel olarak bilinen Papez devresiyle ilgili olduğu bu nedenle bu devrenin alt bölümlere ayrılması gerektiği düşünülmüştür (33). Sözü geçen devrenin OK belirtilerle ilgili olduğuna ilişkin diğer bir kanıt da, singulat korteksin uyarılmasının stereotipik hareketlere ve tipik kompulsiyonlara yol açmasıdır (33). OKB devresinin işlevsel teorisi ise şöyledir: orbitofrontal-singulat korteksten artmış uyarın veya artmış kaudat aktivite, dorsal talamusun inhibisyonuna, böylelikle korteksin artmış uyarılmasına yol açarak obsesyonel düşünelere neden olmaktadır (3). Yapılan bir çalışmada OKB'de bazal gangliyonların önemine dikkat çekilerek putamenin motor işlevlerle ilgili olduğu, kaudatın ise daha çok bilişsel işlevlerle ilgili görev aldığı belirtilmiştir (34). Sağaltım çalışmalarından elde edilen sonuçlara göre, hem farmakolojik hem de davranışçı sağaltımlar sonrasında kaudat, orbitofrontal korteks ve singulat korteks, hatta talamusta bölgesel kan akımında bir normalleşme olmaktadır (35,36).

Talamusun duyusal veya motor bilgiye süzgeç görevi aldığı, böylelikle davranışlarımızın kontrolünde önemli bir işlevi olduğu sanılmaktadır. Talamusu oluşturan çekirdeklerin korteksin çeşitli bölgelerine uzantıları vardır. Aynen kaudata benzer şekilde, dorsal nukleus, orbitofrontal alan ve mediyo-dorsal prefrontal kortekse uzantıları vardır. Talamus, hem OKB hem de şizofreni etyolojisinde adı geçen bir bölgedir. Talamusun dejeneratif hastalıklarının ve infarktlarının "frontal lob sendromuna" benzer bir şekilde içgörünün kaybolduğu, apatik ve dürtüsel davranışlarla karakterize bir tablo ortaya çıkardığı bilinmektedir (37,38).

1.4.2 Şizofreninin Nöroanatomik Yerleşimi:

Şizofrenide Dorso-Lateral Prefrontal Korteks (DLPFK) devresi, OKB'nin orbito-frontal devresine benzer şekilde, aynı anatomik yapıları kullanır. Literatürde OKB'nin orbito-frontal devresine göre daha az söz edilmiş olsa da, şizofrenide DLPFK devresi tanımlanmıştır (39). Bu devre prefrontal kortikal alandan başlayarak (Brodmann 9 ve 10. alanlar), ilk önce kaudatın dorsolateral bölümüne doğru uzanır (OKB devresinde ise ventro-mediya bölüme uzanır). Buradan globus pallidusa geçen lifler, aynen OKB devresinde olduğu gibi ventro-anterior ve medyo-dorsal talamusa uzanır ve oradan da geriye dorsolateral prefrontal kortekse dönerler. Çok iyi tanımlanmış olan dorsolateral prefrontal sendromda, yüksek yönetici işlevlerde belirgin bozulmalar vardır (3). Şizofreni hastalarında yapılan PET çalışmalarında talamusta bellek işlevleri sırasında anomaliler saptanmıştır (40). Talamusun gereksiz bilgiyi engelleyerek sadece gerekli bilginin işlenmesi için bir süzgeç görevi yaptığı iddia edilmektedir. Bu süreçteki bir bozulmanın pozitif psikotik belirtilere yol açtığı söylenmektedir. Şizofreni ile ilgili birçok teorik açıklamalar bir yana, "girdi fazlalığı" veya bilginin süzgeçlenmesinde bozukluk düşüncesi OKB'nin etiyolojisine çok benzemektedir.

Cavallaro ve arkadaşları (2003) yaptıkları bir araştırmada DLPFK işlev bozukluğu ile şizofreni ve ventro-mediya prefrontal korteks (VMPK) işlev bozukluğu ile OKB arasındaki ilişkiyi göstermişlerdir. 110 şizofreni hastası ve 67 OKB hastası ve 56 kontrol ile yaptıkları çalışmada, deneklere DLPFK işlevini değerlendiren Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET), VMPK işlevini değerlendiren Kumar İşlemi Testi (Gambling Task) (GT) ve genel prefrontal korteks işlevini değerlendiren Hanoi Kulesi Testi-dört disk versiyonu nöropsikolojik testlerini uygulamışlardır. Şizofreni hastalarının, OKB hastaları ve kontrollere göre WKET'de anlamlı olarak daha kötü performans gösterdiği, OKB hastalarının, şizofreni hastaları ve kontrollere göre GT testinde anlamlı olarak daha kötü performans gösterdiği ve hem şizofreni, hem de OKB hastalarının, kontrollere göre Hanoi Kulesi Testi'nde anlamlı olarak daha kötü performans gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışma, şizofreni ve OKB' de prefrontal korteks işlev bozukluğu olduğunu ve bu işlev bozukluğunun şizofreni ve OKB'de

birbirinden kısmen bağımsız, iki farklı frontal lob alt nöroanatomik sistemiyle (DLPFK-şizofreni ve VMPK-OKB) bağlantılı olduğu hipotezini desteklemiştir (41).

1.4.3 Şizo-obsesif Bozukluğun Nörobiyolojisi

Şizofreni ve OKB patofizyolojisinde temel nörotransmitterler olarak serotonin ve dopaminin gösteriliyor olmasından beri şizofreni ve OKB'deki nörotransmitter sistemlerinde bir örtüşme olduğu, nöroanatomik yapılar ve işlevsel devrelerde ortaya konan benzerliklerin nörotransmitter patolojileri için de olabileceği ileri sürülmektedir (3,7). Psikotik ve OK belirtilerin varlığını basit bir nörotransmitter teorisine indirgemek yanlış olur. Her iki hastalığı bu düzeyde incelerken, dopamin, serotonin, norepinefrin ve GABA'nın uzantılarını, reseptör alt tiplerini ve bunların klinik anlamını iyi bilmek gerekir. Dopamin sistemi şizofrenide çok çalışılmakla birlikte, OKB'deki olası rolü hakkında sınırlı sayıda çalışma vardır. Bunun tam tersi serotonin ve şizofreni için geçerlidir. İlk bakışta raphe nukleusundan köken alan serotonin nöronları, beyne yaygın olarak dağılır. Ancak aynı işlevsel devreler gibi, bunlar arasında da farklılaşmalar vardır. Korteks göz önüne alındığında, kortekste serotonin nöronları, dopamin ve norepinefrine göre çok daha fazladır (3)

Serotonin reseptör alt tiplerinden en fazla çalışılmış olanlar 5-HT1A ve 5-HT2'dir. 5-HT1A reseptörü hem pre hem de post sinaptiktir. Presinaptik olduğunda serotonerjik nöronların ateşleme hızını düzenler. 5-HT1A post sinaptik reseptörü sadece limbik alana sınırlı gibi gözükmektedir. 5-HT2 reseptörü ise esas olarak serebral kortekste postsinaptik olarak bulunur; daha az miktarlarda ise amigdala, singulat ve hipotalamus gibi limbik yapılarda izlenir. Ayrıca serotonerjik sistem içinde karşılıklı inhibisyonlar, alt tipler arasında düzenleme ilişkileri gibi karmaşık olaylar da söz konusudur (3)

Serotonin sisteminin karmaşıklığı göz önüne alındığında, dopamin ve serotonin ilişkisi OKB ve şizofreni açısından önem kazanmaktadır. Anatomik yapılar ve işlevsel devrelerde ortaya çıkan benzerlik ve örtüşmeler, nörotransmitter patolojisi için de geçerli olabilir. Dopamin nöronları üzerindeki 5-HT2 reseptörleri aracılığıyla, striatum ve kortekste, dopamin düzeyinin, serotonin tarafından azaltılabileceği ve ateşleme hızının düşürülebileceği gösterilmiştir (42). Bu nedenle, SSRI'lar gibi serotonerjik

seviyede artma yapan ajanlar, beynin belirli bölgelerinde dopaminerjik iletimi baskılayabilirler. Bunun tam tersi şekilde, 5-HT1A agonistleri (pre-sinaptik) ve 5-HT2 antagonistleri serotonin seviyesini düşürerek, dopaminerjik sistemde sentez ve salınımı artırabilirler (3). OKB’de serotonerjik işlev bozukluğunun kanıtı serotonerjik maddelerin iyileşme sağlamasıdır. Ancak bu hastalıkta dopaminin rolü konusundaki bilgilerimiz sınırlıdır. Pittman ve arkadaşları (1989), bazal ganglionlardaki hiperdopaminerjik durumun, kompulsiyonlara yol açtığını iddia etmişlerdir (43). Ancak bazal ganglionlardaki dopamin nöronlarının fazlalığı nedeniyle, OKB’de birincil patolojinin dopamine ait olduğunu söylemek pek doğru olmaz, çünkü bu durum beyinde herhangi başka bir yerde serotonin sisteminin dopamin üzerine etkisinin bir sonucunu yansıtmıyor olabilir.

Şizofrenide tipik antipsikotiklerin D2 dopamin reseptörlerini bloke edici özellikleri bu hastalıkta ilgiyi dopaminerjik sistem patolojilerine yönlendirmiş olsa da yeni çıkan ve daha etkili atipik antipsikotikler 5-HT2 antagonizması yaparak ve dopaminerjik reseptörleri daha az bloke ederek etki göstermektedirler. Böylece serotonin azalması aracılığıyla, özellikle frontal kortekste dopamin üzerindeki baskı kalkmakta ve bu da negatif belirtilerin azalmasına yol açmaktadır. Yeni ilaç araştırmaları 5-HT2/dopamin antagonizması oranlarına odaklanmış durumdadır (3).

Bir çalışmada OK belirtileri olan ve olmayan şizofreni hastaları, OKB hastaları, OK belirtiler gösteren ve göstermeyen klozapin kullanan hastalar ve sağlıklı hasta grubu kan serotonin düzeyleri açısından karşılaştırılmıştır (44). OK fenomenleri olan gruplarda serotonin konsantrasyonları diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. OK belirtili tüm hastalar benzer serotonin kan düzeyleri göstermişlerdir. Bu sonuçlar OK belirtiler ile düşük serotonin düzeyleri arasında bir ilişki olduğunu; kökeni ne olursa olsun (OKB, şizo-obsesif bozukluk, klozapin kullanımı) OK belirtilerin altta yatan bazı ortak nörobiyolojik mekanizmalarla ortaya çıktığına işaret etmektedir (44). Bu bulgulara karşın, şizo-obsesif bozukluk patofizyolojisi hakkında herhangi bir sonuç çıkarmak için hastalığa özgü nörobiyolojik çalışmalar ve veriler halen yeterli değildir.

1.5 Atipik Antipsikotikler ve Şizofrenide OK Belirtiler

Şizofreni tedavisinde atipik antipsikotik ilaçların kullanıma girmesiyle şizofreni hastalarındaki OK belirtiler daha çok dikkat çekmiş ve tanınmaya başlamıştır. Atipik antipsikotik tedavisi sonucu şizofreni hastalarında OK belirtiler ortaya çıktığını veya daha önceden var olan OK belirtilerin şiddetlendiğini bildiren çok sayıda olgu bildirimleri vardır. Literatürde bu konuyla ilgili az sayıdaki araştırmada ise değişik sonuçlar elde edilmiştir. Baker ve arkadaşları (1992) tarafından yapılan bir çalışmada klozapinle tedavi edilen 49 şizofreni hastası gözden geçirildiğinde, beş hastada OK belirtilerin ortaya çıktığı veya daha önceden var olan obsesif-kompulsif belirtilerin şiddetlendiği saptanmıştır (8). Ghaemi ve arkadaşlarının (1995) yaptığı bir çalışmada klozapin kullanan ve randomize olarak seçilen 142 şizofreni hastasının hastane kayıtları geriye dönük olarak gözden geçirildiğinde, klozapin tedavisi sonucu OK belirtiler görülen ya da mevcut belirtileri kötüleşen hiçbir hastaya rastlanmamıştır (45). Baker ve arkadaşlarının (1996) yaptığı bir başka çalışmada 25 şizofreni hastasında, olanzapinin iki farklı dozu ve plasebo OK belirtilere yol açmaları yönünden karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda farklı olanzapin dozları ve plasebo arasında OK belirtilerin sıklığı ve şiddeti bakımından anlamlı fark saptanmamıştır (46). Risperidon ve olanzapinle yapılan ileriye dönük ve kör olmayan bir çalışmada ise, şizofreni hastaları ve diğer psikotik bozukluk tanıları alan hastalarda OK belirtilerin sıklığında ve şiddetinde bir artış saptanmamıştır (30). Veznedaroğlu ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmada da risperidon kullanan ve şizofreni tanısı alan 40 hastanın iki aylık izlemi sonucunda, hastaların OK belirtilerinin şiddetinde risperidon tedavisiyle artış değil tersine anlamlı bir azalma saptanmıştır (31). Görüldüğü gibi atipik antipsikotik kullanımı ile OK belirtilerin ortaya çıkması veya önceden varolan OK belirtilerin şiddetlenmesi arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan ileriye dönük ve kontrollü çalışmalar çok az sayıdadır ve bu ilişkiyi açıklamakta yetersizdir.

1.6. Atipik Antipsikotiklerle OK Belirtilerin Ortaya Çıkma Mekanizması

OKB'nin, serotonin iletimindeki anormallik sonucu oluşabileceği gösterilmiştir. Ancak OK belirtilerin ortaya çıkmasını, sadece beyinde serotonin aktivitesinin

azalmasıyla açıklamaya çalışmak, bu konuyu çok basitleştirmek olur. Çünkü OKB'si olan hastaların % 40-60'ı SSRI'lara klinik olarak yanıt vermemektedir. Atipik antipsikotikler ve SSRI'ların serotonin reseptörleri üzerinde zıt etkileri vardır. Atipik antipsikotikler yüksek oranda 5-HT₂ reseptör antagonizmasına neden olurlar ve bu açıdan baktığımızda özellikle yatkınlığı olan şizofreni hastalarında OK belirtilerin gelişmesine neden olabilirler (9,47,48)

Atipik antipsikotiklerin, yatkınlığı olan şizofreni hastalarında OK belirtilerin ortaya çıkmasına neden olması, serotonin–dopamin sistemleri arasındaki etkileşimin OK belirtilerin gelişimine neden olabileceğini düşündürmüştür. Beyinde serotonerjik sistem ile dopaminerjik sistem arasında güçlü bağlar mevcuttur. Dorsal raphe çekirdeği kortikal ve striatal bölgelere uzantılar gönderirken, medyan raphe çekirdeği limbik bölgelere uzantılar gönderir. 5-HT₂ reseptörleri dorsal raphe çekirdeği ile substantia nigra arasındaki iletme aracılık eder ve dopaminerjik nöronların ateşlenmesini inhibe eder. 5-HT₂ antagonizması dopaminerjik sistem üzerindeki baskının kalkmasına neden olur ve özellikle striatumda dopaminerjik sistemin aşırı aktif hale gelmesi OK belirtilerin ortaya çıkışına neden olabilir (48,49).

Atipik antipsikotiklerle OK belirtilerin ortaya çıkmasından sorumlu tutulan 5-HT₂ reseptörünün alt tipiyle ilişkili olarak da değişik görüşler vardır. Bazı araştırmacılar, atipik antipsikotik kullanımı sonrasında ortaya çıkan veya şiddetlenen OK belirtilerin 5-HT_{2A} reseptör antagonizmasına bağlanamayacağını ileri sürmüşlerdir. Bu araştırmacılara göre, klorpromazin, flufenazin, loksapin ve tiyoridazin gibi diğer bazı antipsikotik ilaçların da belli oranda 5-HT_{2A} reseptörlerine antagonistik etkisi vardır, fakat bu ilaçların OK belirtilerin ortaya çıkmasına veya var olan belirtilerin şiddetlenmesine yol açtığı bildirilmemiştir. Bu araştırmacılara göre OK belirtilerin gelişiminde özellikle 5-HT_{2C} reseptörleri rol oynamaktadır. Antipsikotik ilaçlar arasında 5-HT_{2C} reseptörlerine en yüksek bağlanma oranına sahip olan klozapindir. Özellikle kronik klozapin kullanımı sonucu 5-HT_{2C} reseptörlerinde blokaj meydana gelmekte olup D1 ve 5-HT₂ reseptörlerinde uyumsuz değişiklikler oluştuğuna ilişkin kanıtlar da vardır. Radyografik çalışmalar farelerde klozapinle kronik tedavi (üç hafta süreyle 30 mg/kg/g) sonucu bazal ganglia ve mezolimbik bölgelerdeki D1 reseptör

yoğunluğunda % 30-40 civarında artış saptarken, korteksin değişik bölgeleri ile ventral striatumda 5HT2 reseptör yoğunluğunda azalma olduğunu göstermiştir. Bu azalma sonucunda 5-HT2C reseptörlerinde aşırı duyarlılık gelişeceği ve aşırı duyarlı 5-HT2C reseptörlerinin OK belirtilerin ortaya çıkmasına veya var olan belirtilerin şiddetlenmesine neden olabileceği ileri sürülmüştür (47,50,51). Aksi görüşü savunan araştırmacılara göre ise, klorpromazin gibi ilaçlar 5-HT2A reseptör antagonizması yapsa da, ilaçların in vivo etkileri, in vitro etkilerinden farklı olabileceğinden, bu ilaçlar atipik antipsikotik ilaçlar gibi OK belirtilerin gelişmesine yol açmayabilir (52).

Bir başka görüşe göre ise, SSRI'lar uzun süreli ve yüksek dozda kullanıldıklarında atipik antipsikotiklere benzer etki göstermektedir. SSRI'lar uzun dönemde birçok presinaptik ve postsinaptik serotonerjik reseptörde duyarlılığın azalmasına neden olurlar. Atipik antipsikotik ilaçlar da serotonin reseptörlerinde blokaja neden olurlar. Benzer etki mekanizmaları, atipik antipsikotik ilaçların OKB'nin tedavisinde de etkili olabileceğini veya SSRI'ların etkisini artırabileceğini düşündürmektedir (53). O halde atipik antipsikotikler şizofrenide OK belirtilerin ortaya çıkmasına veya var olan belirtilerin şiddetlenmesine neden olurken, OKB'de sınırlı da olsa nasıl tedavi edici etki göstermektedir? OKB ve şizofreni, etyopatogenezi farklı iki hastalıktır. Yapılan çalışmalarda bu iki hastalıkta reseptör işlevlerinin birbirinden farklı olduğu gösterilmiştir. Bu yüzden atipik antipsikotik ilaçlar OKB'de sınırlı tedavi edici etki gösterirken, bazı şizofreni hastalarında OK belirtileri şiddetlendirmektedir. Bu ilaçların şizofrenisi veya başka bir psikotik hastalığı olan hastalarda, OKB veya Tourette Bozukluğu olan hastalara göre OK belirtilere daha sık neden olduğu belirtilmektedir (54).

Şizofreni hastalarında atipik antipsikotiklerin etkisiyle OK belirtilerin ortaya çıkmasına veya kötüleşmesine neden olabilecek serotonerjik sistem anomalisi bulunabilir. Şizofreni hastalarının bir bölümünde OK belirtiler zaten hastalığın bir parçasıdır. Belki de şizofreninin etiyolojik bakımdan birçok alt grubu bulunmaktadır ve bu alt gruplardan birinde etiyolojiden beyindeki serotonerjik sistem sorumludur. Tedaviye dirençli olup, klozapin tedavisine iyi yanıt veren hastaların da böyle bir alt

grubu oluşturduğu düşünülebilir. Bu hasta grubu atipik antipsikotik tedaviyle OK belirtilerin şiddetlenmesi yönünden özellikle risk altındadır (48,53,55).

1.7 Nöro-Görüntüleme Çalışmaları

Nörogörüntüleme çalışmaları şizo-obsesif bozukluğa özgül bir nöroanatomik işlev bozukluğunun bulunabileceğine işaret etmektedir (7). OK belirtileri olan erken başlangıçlı şizofreni hastalarının manyetik rezonans görüntüleme (MRI) çalışmalarında OK belirtileri olmayan şizofreni grubuna ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede küçük sol hippokampus belirlenmiştir (56). Bu araştırmacılar OK belirtileri olan şizofreni grubunda, OK belirtileri olmayan gruptan farklı olarak; hastalık süresi ile frontal lob büyüklüğü arasında ters yönde bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Bu anlamda bu hastaların frontal lob atrofisi açısından yatkınlık geliştirdikleri ileri sürülmektedir

OK belirtileri olan şizofreni hastalarında yapılan başka bir MRI çalışmasında OK belirtileri olmayan şizofreni grubuna oranla lateral ventrikül ön boynuzunda ve üçüncü ventrikülde belirgin büyüme olduğu bildirilmiştir (57). Çeşitli derecelerde OK belirtileri olan şizofreni hastalarında yapılan fonksiyonel MRI (fMRI) çalışmasında sol dorsolateral prefrontal korteks aktivitesi ile OK belirtilerin şiddeti arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (58). Bu bulgular her bir bozuklukta gözlenen farklı olarak, şizo-obsesif grupta özgül nöroanatomik anomalilerin olabileceğine işaret etmektedir.

1.8.Klinik Özellikler

Şizofreni tanısı ile birlikte OK belirtileri olan hastalarda sonlanımın daha kötü olduğuna ilişkin fazla sayıda kanıt bulunmaktadır. OK belirtileri olan ve olmayan kronik şizofreni hastalarının hastalığın seyri ve hastaların işlevsellik düzeyleri açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada; OK belirtilerin şizofrenide daha erken başlangıç, daha uzun süreli hastane yatışları, yaşa göre olan işlevsellik düzeylerinin düşük olması, çalışma ve evlilik oranlarında düşüklük, başkalarına bağımlılıkta artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur (59). Başka bir araştırmada ise OKB olan şizofreni hastalarında OKB olmayanlara göre daha fazla özkıyım girişim ve düşüncesinin olduğu bildirilmiştir (60).

OK belirtileri olan şizofreni hastalarının OK belirtileri olmayan şizofreni hastalarına oranla daha uzun süreli hastane yatışlarının olduğu, her iki grup için benzer antipsikotik dozları kullanılmasına rağmen benzodiyazepin ve antidepresanlarla kombine tedavilerin daha sık kullanıldığı, özellikle özbakım ve sosyal yetkinlik açısından daha düşük işlevsellik düzeylerinin olduğu, tedaviye uyumlarının daha zayıf olduğu saptanmıştır (61). Ayrıca bu grubun daha fazla negatif belirtilerinin bulunduğu ve yürütücü işlevlerde daha fazla bozukluğunun olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte OK belirtiler ile şizofrenik belirtiler arasında önemli bir ilişki saptanmamış olması, OK belirtili şizofreni hastalarının belki de şizofreni spektrumu içinde bir alt grup oluşturan, klinik ve nöropsikiyatrik özellikleri atipik olgular olabileceğini düşündürmektedir (61,62).

OKB'si olan şizofreni hastalarının şizofreni belirtilerinin şiddeti, daha fazla OKB spektrum bozukluğu görülmesi ve daha fazla klozapin ve SSRI kullanımı açısından farklılıklar gösterdiği vurgulanmaktadır (63). Son dönemde Şizofreni ve OKB için DSM-IV tanı ölçütlerini karşılayan ergen hastalarla yapılan bir çalışmada; şizo-obsesif hastalarda şizofreni belirtileri için erken başlangıç yaşı, daha fazla obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları (başlıca tik bozuklukları) görüldüğü ancak şizofreni belirtilerinin şiddetinde bir farklılık olmadığı dikkat çekmiştir. Ayrıca, şizo-obsesif bozukluğu olan hastaların OKB'si olmayan şizofreni hastalarına göre daha sıklıkla kombine anti-obsesyonel ajanlarla tedavi edildiği görülmüştür (64).

Bu bulgular ergen şizo-obsesif hastaların klinik özelliklerinin daha önce elde edilen erişkin verileri ile genel anlamda benzer olduğunu göstermektedir. Bir diğer çalışmada OK belirtilerin başlangıç yaşının psikotik belirtilerin başlangıcından belirgin derecede erken olduğu; ilk atak şizofreni hastaları değerlendirildiğinde bu sürenin yaklaşık 3 yıl olduğu; şizo-obsesif hastalarla yaş,cinsiyet ve hastane yatışları bakımından uygun OK belirtileri olmayan başka bir şizofreni hasta grubu ile karşılaştırıldığında ilk psikotik belirtilerin şizo-obsesif grupta daha erken başladığı bildirilmiştir (65). Ayrıca şizo-obsesif hastalarla OK belirti/bozukluk olmayan şizofreni hastaları arasında pozitif, negatif ve dezorganize şizofreni belirtileri açısından fark bulunmadığı; yine şizo-obsesif hasta grubu ile OKB hasta grubunun klinik ve demografik özellikler açısından

karşılaştırıldığı bir çalışmada ise iki grup arasında OK belirtilerin sıklığı ve şiddeti açısından fark olmadığı gösterilmiştir(62,66)

1.9 Nöropsikolojik Değerlendirmeler

Şizo-obsesif hastalarla yalnızca şizofrenisi olan hastaları nörokognitif profil açısından karşılaştıran çok sayıda çalışma yapılmıştır (25,67,68,69). Çoğu çalışmada şizo-obsesif grupta daha fazla nöropsikolojik bozukluklar saptanmıştır. Şizo-obsesif hastalarla yapılan ilk nöropsikolojik çalışma bu hastaların saf şizofreni hastalarına göre sözel olmayan bellek ve bilişsel geçiş yetilerini gecikmeli gösterdiklerini ve görsel-uzaysal yetenekler açısından daha kötü performans sergilediklerini ortaya koymuştur (25). Ayrıca şizo-obsesif hastalarda yürütücü işlevler açısından daha ciddi bozulmalar olduğu, bu hastaların Winconsin Kart Eşleme Testinde (Winconsin Card Sorting Test-WCST) daha düşük başarı gösterdikleri saptanmıştır (67). Bununla birlikte yürütücü işlevlerdeki bozulma ile OK belirtiler arasındaki ilişki yakın zamanlı başka bir çalışmada değerlendirilmiş, yürütücü işlevlerdeki bozukluğun hem o an için hem gelecekte OK belirtilerin yüksek düzeyde olacağı yönünde bir işaret olduğu bildirilmiştir (68).

Şizofreni, OKB ve şizo-obsesif hastaların frontal lob testlerindeki performansları açısından karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada, şizofreni grubu en kötü performansı gösterirken, OKB grubu en başarılı grup olmuştur. Şizo-obsesif grup ise bu iki grup arasında bir performans göstermiştir (69). Bu durum araştırmacılar tarafından OK belirtilerin hastalık seyrine etkisinin şizofrenik hastalığın evresine göre değişebildiği şeklinde yorumlanmıştır. Bu varsayımına göre OK belirtiler kronik şizofreni hastalarında frontal lob işlevleri üzerinde bozulmaya neden olurken, şizofrenin erken dönemlerinde koruyucu etki göstermektedir.

Bu bulguları destekleyen yakın zamanlı başka bir çalışmada ise şizofreni, OKB ve şizo-obsesif hasta grupları ayırt edici tepki görevi (discriminative response task-DRT) sırasında bilişsel olayla ilişkili potansiyeller (event related potentials-ERP) açısından karşılaştırılmıştır. Şizo-obsesif grubu diğer gruplardan farklı ve şizofreni ile OKB grubu arasında kalan bir ERP örüntüsü göstermiştir (70).

Cunill ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları bir sistematik gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasında OKS/OKB eşlik eden şizofreni hastalarının OKS/OKB eşlik etmeyen şizofreni hastalarına göre yürütücü fonksiyonlarında daha fazla eksiklik olduğu hipotez edilmiştir. Meta analize çalışma kriterlerine uygun 11 çalışma alınmış ve bu çalışmalarda soyut düşünme, kategori değiştirme, bilişsel esneklik, bilişsel engellenme ve sözel akıcılık gibi yürütücü işlevler değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda OKB/OKS eşlik eden şizofreni hastalarının soyut düşünme yetisinin OKB/OKS eşlik etmeyen hastalara göre daha kötü olduğu ve WCST’ de daha az kategoriye tamamlayabildikleri görülmüş. Bu yürütücü işlevde daha çok bozulma olmasının ‘‘ikili hasar’’ hipotezini desteklediği düşünülmüş. Şizoobsesif hastalarda iş ve sosyal yaşam ile ilgili işlevsellikte bozulmanın daha fazla olmasının soyut düşünme yeteneğinin bozulması ile ilgili açıklanabileceği düşünülmüştür. Kategori değiştirme, bilişsel esneklik, bilişsel engellenme ve sözel akıcılık gibi yürütücü işlevler içinse tutarsız olan sonuçlar bulunmuş ve şizoobsesif hastalar için bir açık bir patern betimlemenin mümkün olamadığı söylenmiş. (71)

Tablo 1: Literatürde nöropsikolojik karşılaştırmanın yapıldığı çalışmalar

Çalışmanın yazarları	Çalışmanın deseni	Çalışmanın örneklemi	Tanı koyma ölçeği	Yapılan Nöropsikolojik testler
Berman ve ark. (1998)	Kesitsel	N=30 Şizofreni Kronik,yatan hastalar	Şizofreni: DSM III-R OKS: YBOCS ölçeği ve total YBOCS 10’un altında olması	WCST,TMT-B COWAT
Barkowska ve ark (2003)	Kesitsel,katılımcılar yaş ve eğitim düzeyine göre uygun 4 gruba ayrıldı: OK-Sch, OK olmayan Sch, OKB ve sağlıklı	OK-Sch (N=13) OK olmayan Sch (N=15), OKB (N=15) ve sağlıklı katılımcılar (N=15) Yatan ve ayaktan hastalar	Şizofreni: DSM-IV ve ICD-10 OKB: DSM-IV ve ICD-10	Stroop test TMT-B COWAT
Hermesh ve ark. (2003)	Kesitsel, Katılımcılar yaş, IQ, depresyon ve psikoz şiddetine uygun olarak 2 gruba ayrıldı: OK-Sch, OK olmayan Sch	N= 40 Sch-OKB (N=21), OK olmayan Sch (N=19)	Şizofreni: DSM-IV (SCID ile değerlendirildi) OKB: DSM-IV (SCID ile değerlendirildi)	WCST, Alternation learning task

Hwang ve ark. (2000)	Kesitsel Katılımcılar yaş ve eğitim düzeyine göre uygun 2 gruba ayrıldı: OK-Sch, OK olmayan Sch	N=20 Sch-OKB (N=10)OK olmayan Sch (N=10)	Şizofreni: DSM-III-R OKB: Son 6 ay içerisinde Fenton ve Mcglashan tarafından tanımlanan semptomlardan en az 3 tanesinin olması	WCST
Lee ve ark (2009)	Kesitsel Randomize olmayan örneklem	N=27 Ayaktan hastalar	Şizofreni: DSM-IV OKB: DSM-IV	Stroop test COWAT
Lysaker ve ark (2000)	Kesitsel Sıralı Örneklem	N=46 Şizofreni (N=35) ve Şizoaffektif bozukluk (N=11) Ayaktan hastalar Stabil ya da akut faz sonrasındakiler	Şizofreni ve Şizoaffektif bozukluk: DSM-IV OKB: YBOCS ölçeğinde obsesyonlar veya kompülsiyonlardan en az 8 puan almış olması	WCST
Lysaker ve ark (2004)	Kesitsel,Katılımcılar yaş ve eğitim düzeyine göre uygun 4 gruba ayrıldı: OK-Sch/iyi işlevsellik, OK-Sch/kötü işlevsellik,OK olmayan Sch/İlmlı işlevsellik ve OK olmayan Sch/kötü işlevsellik	N=66 Şizofreni (N=41), Şizoaffektif bozukluk (N=25) Ayaktan hastalar Stabil ya da akut faz sonrası	Şizofreni ve Şizoaffektif bozukluk: DSM-IV (SCID ile değerlendirildi) OKB: YBOCS toplam skorları kullanılarak küme analizi yapıldı)	WCST
Ongür ve Golf (2005)	Kesitsel Sıralı Örneklem Ayaktan hastalar Stabil hastalar	N=118 Şizofreni ve Şizoaffektif bozukluk	Şizofreni ve Şizoaffektif bozukluk: OKS: YBOCS toplam skoru 1 ve 11 arasında	WCST Stroop test TMT-B
Schirmbeck ve ark (2012)	İleriye dönük Randomize olmayan örneklem	N=80 Şizofreni (N=75), Şizoaffektif bozukluk (N=6) Ayaktan ve yatan hastalar Son 2 hafta içerisinde stabil antipsikotik doz alanlar	Şizofreni ve Şizoaffektif bozukluk: DSM-IV-R OKS: YBOCS en az 8 puan almış olması	WCST Stroop test TMT-B
Tiryaki ve ark (2010)	Kesitsel Randomize olmayan örneklem	N=62 Şizofreni Ayaktan takip edilen Son 3 ay içerisinde stabil antipsikotik düzeyi	Şizofreni: DSM-IV (SCID ile değerlendirildi)	Stroop test TMT-B COWAT
Whitney ve ark (2004)	Kesitsel Randomize olmayan örneklem	N=65 Şizofreni (N=40), Şizoaffektif bozukluk (N=14) Ayaktan ve stabil olan hastalar	Şizofreni ve Şizoaffektif bozukluk: DSM-IV (SCID ile değerlendirilen) OKB:YBOCS ölçeğinde obsesyonlar veya kompülsiyonlardan en az 8 puan almış olması	WCST Bechara kumar testi

1.10 Amaç

Bu çalışmada amaç, OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastaları ile OKB'nin eşlik etmediği şizofreni hastalarını sosyo-demografik, klinik ve nöropsikolojik özellikler açısından karşılaştırmaktır. Literatürde bu iki hasta grubunun karşılaştırıldığı çalışmalarda bu özellikler açısından çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Çalışmamız bu çelişkilerin giderilmesinde önemli rol oynayacaktır.

1.11 Varsayımlar

1. OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastaları, OKB'nin eşlik etmediği şizofreni hastalarına göre daha kötü klinik özelliklere (erken hastalık başlangıç yaşı, daha fazla hastaneye yatış sayısı ve süresi, daha şiddetli negatif ve depresif semptomlar, ilaç yan etkilerine daha fazla duyarlılık, daha yüksek sayı ve dozda ek ilaç tedavisi..vb) sahiptir.
2. OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastaları, OKB'nin eşlik etmediği şizofreni hastalarına göre daha kötü nöropsikolojik işlevlere sahiptir.
3. OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastaları, OKB'nin eşlik etmediği şizofreni hastalarına göre daha kötü yaşam kalitesine ve sosyal işlevselliğe sahiptir.

2. YÖNTEM

2.1 Katılımcılar

Çalışma grupları Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde ayaktan tedavisini sürdüren şizofreni hastalarından oluşturulacaktır. Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra, bilgilendirilmiş onam formunu imzalamayı kabul eden hastalar çalışmaya dahil edilecektir. Her iki gruba en az 30 hasta alınması planlanmaktadır.

2.2 Çalışmaya Alma Kriterleri

1. Çalışma hakkında bilgilendirilerek çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra bilgilendirilmiş onam formunu okuyup imzalamış olan hastalar
2. 18-65 yaş arası olmak
3. DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulan hastalar
4. DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni ve OKB tanısı (Y-BOCS \geq 8) konulan hastalar
5. En az 3 aydır klinik durum ve tedavi açısından stabil durumda olan hastalar
6. Kafa travması öyküsü, Nörolojik Hastalığı ve Mental Retardasyonu olmayan hastalar
7. Alkol ve Madde kullanım bozukluğu olmayan hastalar
8. Ciddi genel tıbbi hastalığı olmayan hastalar

2.3 Çalışmadan Dışlama Kriterleri

1. Ciddi genel tıbbi hastalığın olması
2. Alkol ve/veya Madde kötüye kullanım bozukluğu olanlar
3. Herhangi bir nörolojik hastalık ya da 3 dakikadan uzun süren bilinç kaybı ile giden kafa travması öyküsünün olması
4. Mental Retardasyon olması
5. Klinik ve tedavi açısından stabil durumda olmayan hastalar

2.4 Veri Toplama Araçları

2.4.1 Olgu Rapor Formu (Sosyo-demografik ve Klinik Özellikler)

Hasta, ailesi ile görüşerek ve geçmiş poliklinik izlem kayıtları, yatış dosyası incelenerek doldurulacaktır.

2.4.2 DSM-IV Eksen I Bozuklukları için yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

DSM-IV Eksen I tanılarının konması için First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen, tanısal değerlendirme standart bir biçimde uygulanması, tanının güvenilirliğinin ve geçerliliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. Belirtilerin var veya yok şeklinde değerlendirildiği ölçeğin Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çorapçoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

2.4.3 Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Kay SR ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen, şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler, genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek için kullanılmaktadır. Toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içermektedir. Bu 30 maddenin 18'i Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, 12'si ise Psikopatoloji değerlendirme ölçeğinden uyarlanmıştır. Maddelerin 7 tanesi pozitif belirtileri, 7 tanesi negatif belirtileri, 16 tanesi ise genel psikopatoloji belirtilerini içermektedir. Türkçe formunun adı Pozitif ve Negatif Sendrom ölçeği olup, Türkçe uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır.

2.4.4 Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)

Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (Y-BOCS) Goodman ve ark. (1989) tarafından geliştirilmiştir. 1989 'dan beri bir çok çalışmada yayın olarak kullanılmakta olan bu ölçek, DSM-IV saha çalışmalarında da kullanılmıştır. Y-BOCS, obsesif kompulsif semptomların şiddetini ölçmek, klinik seyri ve tedavinin sonuçlarını değerlendirme duyarlılığı ile diğer ölçeklere üstünlük sağlamaktadır. Y-BOCS' de obsesyonlar ve kompulsiyonlara yönelik sınıflandırma başlıkları altında her biri değişen sayıda olmak üzere toplam 74 soruluk bir semptom kontrol listesi vardır. Bu semptom kontrol listesi, ayrıntılı semptom tarama ve bunların şiddetini değerlendirme imkanı sağlar. Ölçeğin değerlendirilmesi klinisyen tarafından yapılır. Semptom şiddetleri

değerlendirilirken semptom tipi, sayısı ya da içeriği dikkate alınmaz. Her bir semptomun hastanın ne derecede zamanını aldığına, normal yaşamını etkilediğine, öznel rahatsızlığa neden olduğuna, bunlara hastanın ne oranda aktif direnç gösterdiğine ve ne kadar kontrol edebildiğine göre; 0-4 arasında değişen puanlar alır. Daha sonra klinisyen tarafından genel obsesyon puanı (GOP), genel kompulsiyon puanı (GKP) ve toplam puan (GTOP) hesaplanır. Y-BOCS ölçeğine göre hastaların GOP ve GKP için alabilecekleri en yüksek puan 20'dir. GTOP, GOP VE GKP 'nin toplamıdır ve hastaların alabildiği en yüksek puan 40' tır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu O. ve arkadaşları(1993) tarafından yapılmıştır.

2.4.5 Klinik Global İzlem Ölçeği (CGI-Severity, CGI-Recovery)

Guy ve arkadaşları (1976) tarafından, her yaşta tüm psikiyatrik bozuklukların klinik araştırma amaçlı olarak seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. CGI, üç boyutlu bir ölçektir ve psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin sağaltıma yanıtlarını değerlendirmek amacıyla hekim tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Ruhsal rahatsızlığı olanlarda hastalığın şiddetini, iyileşme düzeyini ve ilaç yan etkisini değerlendirmek için kullanılabilen bir ölçektir.

A. Hastalık şiddeti (CGI-SI): Toplam yedi değerlikli bir ölçektir. Psikiyatrik bozukluğu olan kişi, ölçeğin doldurulduğu sıradaki rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1=Normal, hasta değil, 2=Ruhsal hastalık sınırda, 3=Hafif derecede hasta, 4=Orta derecede hasta, 5=Belirgin derecede hasta, 6=Şiddetli derecede hasta, 7=En ağır derecede hasta.

B. Düzeltme (CGI-GI): Toplam yedi değerlikli bir ölçektir. Psikiyatrik bozukluğu olan kişinin, çalışmaya girdiği zamanki durumuna göre ne kadar değiştiği 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1=Çok fazla iyileşti, 2=Oldukça iyileşti, 3=Minimal iyileşme, 4=Değişiklik yok, 5=Minimal kötüleşme, 6=Oldukça kötüleşti, 7=Çok fazla kötüleşti.

C. Yan etki şiddeti (CGI-EI): Toplam dört değerlikli bir ölçektir. Kullanılan ilaç tedavisi sonrasında gelişen yan etkilerin şiddetini ölçer. 1= Hiç yok, 2= Hastanın

işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor, 3= Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor, 4= Terapötik etkinin yararlarını göz ardı ettirecek düzeyde etkiliyor.

2.4.6 Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Addington ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen bir ölçektir. Bu ölçeğin Türkçe’de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Aydemir ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır. Ölçek görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir ve dörtlü Likert tipinde değerlendirilen 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıyım ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. CSDÖ geliştirilirken ölçeğin şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerinden ya da ekstrapiramidal yan etkilerden etkilenmemesi hedeflenmiştir ve bunu sağladığına dair çalışmalar bulunmaktadır. CSDÖ’nün Türkçe versiyonunun depresif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni için kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir.

2.4.7 Ekstrapiramidal Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

Chouinard ve Ross-Chouinard tarafından 1984 yılında geliştirilen, nöroleptik kullanan denekte ekstrapiramidal yan etkilerin değerlendirilmesi ve ölçülmesi amacıyla kullanılan toplam 4 bölümde 22 sorudan oluşan bir ölçektir. Türkçe’ye uyarlaması Oğuz Arkonaç tarafından yapılmış olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

2.4.8 Sosyal İşlevsellik Ölçeği

Max Birchwood ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Yaprak Erakay (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçek hasta ve hastayla birlikte yaşayan bir aile bireyi tarafından doldurulur. Altı alt alandan oluşur: Sosyal uğraşı/sosyal geri çekilme, kişiler arası davranış, öncül sosyal etkinlikler, boş zaman etkinlikleri, bağımsızlık, iş/meslek. Her alt ölçekten alınan toplam puanların yüksek olması işlevsellikte olumluya doğru gidişin olduğunu düşündürmektedir.

2.4.9 Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği

Sürdürüm tedavisi altında ki şizofreni hastalarının yaşam niteliğini değerlendirmek amacıyla Heinrich ve arkadaşları(1984) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Türkçe çeviri, güvenirlik ve yapısal geçerlik çalışması Soygür ve arkadaşları(2000) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek, hastaların kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişiler arası ilişkilerinin niteliğini, meslek rollerdeki üretkenlik düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek yarı yapılandırılmış bir görüşme biçiminde uygulanmakta ve görüşmeci (ruh sağlığı çalışanı) tarafından değerlendirilmektedir. Toplam 4 alt boyut ve 21 sorudan oluşan ölçekte her bir madde için üç bölüm vardır. Birinci bölümde görüşmecinin değerlendirme yapılacak parametreyi anlaması ve bunun üzerinde yoğunlaşmasına yardımcı olmak üzere kısa bir tanımlama yapılmakta, ikinci bölümde görüşmecinin hastayı incelemesinde yardımcı olmak üzere birkaç örnek soru verilmekte, üçüncü bölümde de değerlendirmeyi yapmak için 7 dereceli likert tipi bir skala verilmektedir. Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı ise 126 dır. Ölçeğin alt boyutları: I- Kişilerarası ilişkiler, II- Mesleki rol, III- Ruhsal bulgular, IV- Günlük eşya kullanımı ve faaliyetler biçimindedir.

2.4.10 Stroop Testi TBAG Formu

Stroop Testi ilk olarak Stroop tarafından 1935 yılında geliştirilmiştir. Stroop Testi TBAG (TÜBİTAK “Temel Bilimler Araştırma Grubu”) formuysa orijinal Stroop testiyle, Victoria formunun birleştirilmesinden oluşturulmuştur ve Bilişsel Potansiyeller için Nöropsikolojik Test (BİLNOT) bataryasında yer almaktadır. 4 karttan oluşmaktadır, kritik yeri 2. kartın ikinci kez okunduğu kısımdır. Bu sırada denek renk ismi olan kelime rengini söylemeye çalışır ama her renk, kendinden farklı renkle yazılmıştır. 4 kartın beş kez okunduğu test sırasında, mümkün olduğunca hızlı şekilde okuyan deneğin kartı okumayı bitirme süresine bakılır. Böylece 5 tane süre puanı (STROOP1-5) elde edilir. Renk ismi olan kelime renginin söylendiği kısım (5. Bölüm) süre puanından, Şekil renginin söylendiği kısım (3. Bölüm) süre puanının çıkarılmasıyla Fark 3 puanı elde edilir ve bu puan bozucu etkinin (Stroop etkisi) belirlenmesinde önemlidir. Stroop testi frontal lob ve pek çok beyin bölgesiyle yakından ilişkilidir.

Seçici dikkat, odaklanmış dikkat, tepki ketlemesi (response inhibition), bozucu etkiye direnç (interference control) ve bilgi işleme hızı gibi pek çok bilişsel süreç hakkında bilgi verir.

2.4.11 İz sürme Testi (Trail-Making Test-B)

Reitan tarafından 1958'de geliştirilmiştir. Dikkat hızını, motor hızı, görsel tarama, mental esneklik, sebatlılık, cevap inhibisyonu ve enterferansa yatkınlığı değerlendirmektedir. Testin A bölümünde, numaralandırılmış ve düzensiz olarak yerleştirilmiş 25 daire içeren bir sayfa hastaya verilir. Hastadan bu daireleri sırasıyla çizgilerle kalemi kaldırmadan birleştirmesi istenir. B bölümünde ise aynı sayfa üzerinde yine daireler içerisinde hem sayılar hem de harfler karışık olarak yerleştirilmiştir. Hastadan daireleri her seferinde değişerek birbiriyle birleştirmesi istenir (1-a-2-b gibi). Yürütücü işlevlerin göstergesi olarak kabul edilen B bölümündeki perseverasyon hataları hastayı yalnızca sayıları veya yalnızca harfleri birleştirmeye yönlendirebilir. Değerlendirmede toplam süre hesaplanır.

2.4.12 Sözel Akıcılık Testi

Newcombe tarafından 1969 yılında geliştirilmiştir. F, A, S harfleriyle başlayan özel isim ya da eylem olmayan kelimelerden bir dakika içinde mümkün olduğunca fazla söylenmesine dayanır. Her harf için 1 dakika verilir. Toplam puan tüm harflerde söylenen kelimelerin tamamı kadardır. Sözel-fonemik akıcılığı ölçer. Türkçe standardizasyon çalışmasında kullanılan K,A,S harfleri ile başlayan kelimeler üretmesi istenir

2.4.13 Sözel-İşitsel Bellek Testi (REY)

Kelime listelerinden oluşan Auditory- Verbal Learning Task (AVLT)' nin orijinal formu Rey (1964) tarafından geliştirilmiş, Taylor (1959) ve Lezak (1983) tarafından İngilizce'ye uyarlanmıştır. AVLT sözel malzemeye ilişkin bilgi işleme süreçlerini çok yönlü olarak ölçen bir testtir. Bu süreçler arasında sözel öğrenme, anlık bellek uzamı (immediate memory span), geriye bozucu etki (retroactive interference), serbest hatırlama (free recall) ve tanıma (recognition) belleği bulunmaktadır. Yaşla azalan,

zekayla artan ve kadınlarda daha yüksek bulunan AVLT performansındaki düşüklük, sol hemisfer hasarları için güvenilir bir bulgu niteliğindedir

Testin uygulanmasında on beş kelimededen oluşan bir liste hastaya okunur ve ilk 5 okuma sonrasında tekrar etmesi istenir. Toplam öğrenme skoru; 1-5 deneme arasında hatırlanan toplam kelime sayısını ifade eder. 6. ve 7. denemede liste okunmadan hastanın hatırladığı kelimeleri söylemesi istenir (geç hatırlama skoru). Tanıma bölümünde ise hastanın verilen liste içerisinde kendisine önceden okunan 15 kelimeyi bulması istenir (doğru tanıma skoru). Doğru ayırt etme skoru; Harris ve ark.10 tarafından önerilen ve doğru pozitif +doğru negatif/50 formülü ile hesaplanan skordur. 1 mükemmel sonucu 0 en kötü sonucu ifade eder.

2.4.14 Görsel Bellek (Wechsler Memory Scale-Revised alt testi)

WMS-R, Wechsler Bellek Ölçeğinin (Wechsler Memory Scale: WMS), pek çok bakımdan yeniden düzenlenmiş olan son şeklidir (Wechsler 1987). D'Elia ve arkadaşlarına (1989) göre WMS-R, belleği en kapsamlı biçimde değerlendiren, psikometrik bakımdan da en gelişmiş olan ölçme aracıdır. WMS-R'deki 13 alt test yoluyla sözel ve görsel bellek anlık (immediate) veya gecikmeli (delayed) olarak ölçülmekte, test ayrıca, bellek süreçleriyle yakından ilişkili olan dikkat ve konsantrasyon konusunda ölçümler sağlamaktadır.

Testten elde edilen 21 puan kullanılarak, genel bellek ve dikkat/konsantrasyon adı verilen iki özet puan da hesaplanmaktadır. Bu iki puan arasındaki fark amneziyi demanstan ayırmakta; testten hesaplanan 16 temel puan, Alzheimer tipi demans, multipl skleroz, Korsakoff sendromu, alkolizm ve depresyon gibi hastalıkların herbirine özel öğrenme ve bellek bozukluklarının tanımlanmasında kullanılabilir. WMS-R'nin, beynin temporal ve hippokampal bölgelerinin işlevselliğiyle ilgili olduğu kabul edilmektedir.

Yukarıda belirtilen kapsamıyla WMS-R, şizofreninin alt gruplarında gözlenen farklı türden bellek bozukluklarının büyük bir grubunu ölçmektedir. Bu nedenle de test, şizofreninin değerlendirilmesinde büyük önem taşımaktadır.

2.5 Çalışma Basamakları

1. Çalışmanın tanıtımı ve gönüllü olur formunun imzalanması
2. Tanısal değerlendirme açısından SCID-I yapılandırılmış görüşmenin uygulanması ve olgu rapor formunun doldurulması
3. Çalışmada kullanılacak ölçeklerin tanıtımı, çalışma basamaklarının açıklanması, formlardaki terimlerin gereği halinde açıklanması ve katılımcının sorularının yanıtlanması
4. Çalışma ölçeklerinin hastaya uygulanması
5. Ölçekler uygulandıktan en geç 1 hafta içinde nöropsikolojik testlerin uygulanması (Hastanın hangi gruba ait olduğuna kör klinik psikolog tarafından)
6. İstatistiksel Yöntem

Çalışmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20.0) bilgisayar istatistik programı kullanılarak istatistiksel olarak değerlendirilecektir. Gruplar arası karşılaştırmalarda kategorik değişkenlerde Ki-kare, sayısal değişkenlerde bağımsız t testi uygulanacaktır. Alt gruplar arasında yeterli sayı ve normal dağılım sağlanamazsa gruplar Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılacaktır.

3. BULGULAR

3.1.Sosyodemografik Özellikler:

Çalışmaya Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Psikoz polikliniğinde takip edilen ve DSM-IV'e göre şizofreni tanısı ile izlenen 29 hasta ve şizofreni-OKB tanısı alan 44 hasta dahil edilmiştir.

Tablo 2 : Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

		Şizofreni	Şizofreni-OKB	İstatistik	Anlamlılık
Cinsiyet	Kadın	18	8	X ² =14,682	P=0,000*
	Erkek	11	36		
Yaş		36,27 (SD:10,84)	33,11 (SD:10,18)	U=524,5	P=0,200
Toplam eğitim süresi		10,48 (SD: 4,20)	11,31 (SD:3,06)	U=621,0	P=0,841
Toplam çalışma süresi		4,51 (SD:6,3)	5,09 (SD:7,5)	t=-0,343	P=0,733
Kişi başına düşen aylık gelir		867 (SD:959,05)	772 (SD:453,59)	U=524,5	P=0,563

Kısaltmalar (K: Kadın; E: Erkek)

Tablo 3: İki grubun eğitim durumları yönünden karşılaştırılması

	Şizofreni	Şizofreni-OKB	Toplam	İstatistik	Anlamlılık
Okur-yazar değil	1 (%3,4)	0 (%0)	1 (%1,4)	X ² =5,103	P=0,403
İlkokul mezunu	5 (%17,2)	4 (%9,1)	9 (%12,3)		
Ortaokul mezunu	4 (%13,8)	8 (18,2)	12 (%16,4)		
Lise	8 (%27,6)	19 (%43,2)	27 (%37)		
Üniversite	11 (%37,9)	12 (%27,3)	23 (%31,5)		
Yüksek lisans	0 (%0)	1 (%2,3)	1 (1,4)		

Tablo 4: İki grubun medeni durumları yönünden karşılaştırılması

	Şizofreni	Şizofreni-OKB	Toplam	İstatistik	Anlamlılık
Bekar	19 (%65,5)	31 (%70,5)	50 (%68,5)	X ² =4,413	P=0,220
Evli	5 (%17,2)	9 (%20,5)	14 (%19,2)		
Boşanmış	5 (%17,2)	2 (%4,5)	7 (%9,6)		
Dul	0 (%0)	2 (%4,5)	2 (%2,7)		

Tablo 5: İki grubun çalışma durumlarının karşılaştırılması

	Şizofreni	Şizofreni-OKB	Toplam	İstatistik	Anlamlılık
Sürekli işte çalışan	3 (%10,3)	11 (%25)	14 (%19,2)	X ² =3,300	P=0,348
İşsiz	24 (%82,8)	29 (%65,9)	53 (%72,6)		
Malulen emekli	2 (%6,9)	3 (%6,8)	5 (%6,8)		
Normal emekli	0 (%0)	1 (%2,3)	1 (%1,4)		

Tablo 6: İki grubun sosyal güvence yönünden karşılaştırılması

	Şizofreni	Şizofreni-OKB	Toplam	İstatistik	Anlamlılık
SSK	15 (%51,7)	13 (%29,5)	28 (%38,4)	X ² =7,702	P=0,173
Bağ-Kur	2 (%6,9)	7 (%15,9)	9 (%12,3)		
Emekli Sandığı	7 (%26,9)	19 (%43,2)	26 (%35,6)		
Yeşil Kart	1 (%3,4)	2 (%4,5)	3 (%4,1)		
Özel sigorta	4 (%13,8)	3 (%6,8)	7 (%9,6)		

Sosyo-demografik özellikler açısından iki hasta grubu karşılaştırıldığında sadece cinsiyet açısından iki hasta grubu arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Şizofreni hasta grubunda erkek hasta oranı şizofreni-OKB hasta grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunurken, kadın hasta oranı anlamlı olarak düşük bulunmuştur (**p=0.000**).

Diğer tüm sosyo-demografik özellikler açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

3.2 Klinik Özellikler

Tablo 7: Hastalığa ait özellikler yönünden iki grubun karşılaştırılması

	Şizofreni	Şizofreni-OKB	İstatistik	Anlamlılık
Hastalık Başlangıç Yaşı	21,53 (SD:6,8)	20,18 (SD:5,6)	U=556,0	P=0,486
Toplam hastane yatış sayısı	2,07 (SD:2,08)	1,47 (SD:1,3)	U=548,5	P=0,419
Toplam hastane yatış süresi	2,9 ay (SD:4,84)	2,29 ay (SD:2,28)	U=633,5	P=0,959
İlk Psikotik Bulgunun ortaya çıkma yaşı	22,88 (SD:7,32)	21,63 (SD:5,98)	U=561,5	P=0,699
Toplam hastalık süresi	14,69 (SD:8,93)	14,15 (SD:10,00)	t=0,224	P=0,824
Motor-Vokal Tik	0 (%0)	2 (%4,5)	X ² =1,355	P=0,244
Defisit Sendrom	10 (%34,5)	27 (%61,4)	X²=5,053	P=0,025

Tablo 8: Şizofreni alt tipi yönünden iki grubun karşılaştırılması

	Şizofreni	Şizofreni-OKB	Toplam	İstatistik	Anlamlılık
Paranoid	25 (%86,2)	32 (%72,7)	57 (%78,1)	X ² =2,134	P=0,344
Rezidüel	4 (%13,8)	11 (%25)	15 (%20,5)		
Dezorganize	0 (%0)	1 (52,3)	1 (%1,4)		
Ayrılaşmamış	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)		

Tablo 9: Öz kıyım, şiddet davranışı ve yasal sorun yönünden iki grubun karşılaştırılması

	Şizofreni		Şizofreni-OKB		Toplam		İstatistik Anlamlılık	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		
Öz kıyım girişi	12 (%41,4)	17 (%58,6)	12 (%27,3)	32 (%72,7)	24 (%32,9)	49 (%67,1)	X ² =1576	P=0,209
Şiddet Davranışı	15 (%51,7)	14 (%48,3)	24 (%54,5)	20 (%45,5)	39 (%53,4)	34 (%46,6)	X ² =0,56	P=0,813
Yasal Sorun	2 (%6,9)	27 (%93,1)	8 (%18,2)	36 (%81,8)	10 (%13,7)	63 (%86,3)	X ² =1,883	P=0,170

Tablo 10: Ailede psikiyatrik hastalık varlığı ve akrabalık derecesi yönünden iki grubun karşılaştırılması

	Şizofreni	Şizofreni-OKB	Toplam	İstatistik	Anlamlılık
1.derece	8 (%44,4)	13 (%41,9)	21 (%42,9)	X ² =1,303	P=0,728
2.derece	5 (%27,8)	8 (%25,8)	13 (%26,5)		
3.derece	4 (%22,2)	5 (%16,1)	9 (%18,4)		
4.derece	1 (%5,6)	5 (%16,1)	6 (%12,2)		

Tablo 11: Ailede psikiyatrik hastalık tanıları açısından iki grubun karşılaştırılması

	Şizofreni	Şizofreni-OKB	Toplam	İstatistik	Anlamlılık
Demans	0 (%0)	1 (%3,2)	1 (%2)	X ² =8,358	P=0,213
Alkol madde kullanım bozukluğu	1 (%5,6)	0 (%0)	1 (%2)		
Şizofreni ve diğer psikotik bzk.	9 (%50)	17 (%54,8)	26 (%53,1)		
Bipolar bozukluk	1 (%5,6)	5 (%16,1)	6 (%12,2)		
Depresif bozukluk	6 (%33,3)	5 (%16,1)	11 (%22,4)		
OKB	0 (%0)	3 (%9,7)	3 (%6,1)		
Diğer anksiyete boz.	1 (%5,6)	0 (%0)	1 (%2)		

Hastalığa ait özellikler açısından iki hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ailede psikiyatrik hastalık tanıları açısından şizofreni-OKB grubunda 3 hastada OKB varlığı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da dikkat çekici bulunmuştur.

Tablo 12: Sigara kullanımı açısından iki grubun karşılaştırılması

Sigara	Şizofreni	Şizofreni-OKB	İstatistik	Anlamlılık
Günlük sigara sayısı	7,86 (SD:10,75) adet	14,43 (SD:20,32)	U=576,5	P=0,453

Sigara tüketimi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 13: Kullanılan ilaç tedavileri yönünden iki grubun karşılaştırılması

	Şizofreni		Şizofreni-OKB		Toplam	
	N	Ort.doz	N	Ort.doz	N	Ort.doz
Klozapin	11	218,18 mg	33	262,87mg/g	44	249 mg/g
Amisülpirid	5	550 mg/g	13	615,384mg/g	18	632 mg/g
Aripiprazol	8	13,12mg/g	22	22,5 mg/g	30	20,33 mg/g
Risperidon	6	4 mg/g	8	4,75 mg/g	14	4,37 mg/g
Olanzapin	5	11mg/g	8	14,37mg/g	13	13,07 mg/g
Paliperidon	5	7 mg/g	2	6 mg/g	7	6,75 mg/g
Zuklopentiksol	3	2 mg/g	5	20,3 mg/g	8	7,87 mg/g
Haloperidol	0		4	20 mg/g	4	20 mg/g
Ketiapin	2	25mg/g	3	216,66mg/g	5	140 mg/g
Sertralin	5	125mg/g	7	157,14mg/g	12	133,33mg/g
Sitalopram	5	20 mg/g	1	20 mg/g	6	20mg/g
Essitalopram	3	10mg/g	1	20 mg/g	4	12,5mg/g
Fluoksetin	0		4	40mg/g	4	40 mg/g
Fluvoksamin	0		11	209mg/g	11	209 mg/g
Klomipramin	0		5	165 mg/g	5	154,1 mg/g
Paroksetin	0		6	35mg/g	6	35 mg/g
Biperiden	8	3 mg/g	14	4,14mg/g	22	3,72mg/g
Na Valproat	4	1000mg/g	6	1166 mg/g	10	1100 mg/g
Diazepam	0		3	3,3 mg/g	3	3,3 mg/g

Psikofarmakolojik tedavi açısından karşılaştırıldığında şizofreni-OKB grubunda belirgin olarak daha fazla hastanın klozapin, amisülpirid, aripiprazol, haloperidol, antidepresan, biperiden ve diazepam kullandığı görülmüştür.

Tablo 14: PANNS toplam puanı ve alt ölçek puanları yönünden iki grubun karşılaştırılması

PANNS Anlamlılık	Şizofreni	Şizofreni-OKB	İstatistik	
Pozitif semptomlar	12,68 (SD:5,78)	18,65 (SD:5,81)	U=227,0	P=0,000*
Negatif semptomlar	20,55 (SD:8,13)	25,70 (SD:5,48)	t=-3,236	P=0,02*
Genel psikopatoloji	34,00 (SD:8,89)	44,97 (SD:9,05)	U=208,0	P=0,000*
PANSS toplam puan	66,37 (SD:20,51)	89,79 (SD: 16,76)	U=180,0	P=0,000*

PANNS toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Şizofreni-OKB grubunda PANNS toplam puanı (p=0.000), pozitif semptomlar alt ölçek puanı (p=0.000), negatif semptomlar alt ölçek puanı (p=0.02) ve genel psikopatoloji alt ölçek puanı (p=0.000) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 15: CGI-S/R, CGI-İlaç Yan Etkisi, Calgary Depresyon Ölçeği Ekstrapiramidal Belirtileri Değerlendirme Ölçeği yönünden iki grubun karşılaştırılması

	Şizofreni	Şizofreni-OKB	İstatistik	Anlamlılık
CGI-S (Hastalık Şiddeti)	3,44 (SD:1,12)	4,36 (SD:1,08)	U=355,0	P=0,001*
CGI-R (Düzelme)	2,48 (SD:0,91)	2,79 (SD:0,85)	U=468,5	P=0,034*
CGI-İlaç yan etki	1,48 (SD:0,70)	1,79 (SD:0,90)	U=521,0	P=0,141
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	3,93 (SD:4,21)	5,86 (SD:4,73)	U=475,0	P=0,066
Ekstrapiramidal Yan Etkiler Ölçeği	4,13 (SD:3,07);	5,72 (SD:3,13)	t=-2,134	P=0,036*

CGI-S/R:(Hastalık şiddeti /düzelme),

İki grup arasında CGI-S (Hastalık Şiddeti), CGI-R (Düzelme) ve Ekstrapiramidal Yan Etki Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Şizofreni-OKB grubunda CGI-S ve CGI-R ölçekleri ortalama puanı ve Ekstrapiramidal Yan Etki Ölçeği ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,01 ve p=0,036).

Tablo 16: Şizofrenide Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları yönünden iki grubun karşılaştırılması

Sosyal İşlevsellik				
Ölçeği	Şizofreni	Şizofreni-OKB	İstatistik	Anlamlılık
Sosyal uğraşı/Sosyal çekilme	9,82 (SD:2,82)	9,23 (SD:2,07)	t=0,911	P=0,366
Kişilerarası işlevsellik	5,45 (SD:1,50)	5,72 (SD:1,30)	t=-0,714	P=0,478
Öncül sosyal etkinlikler	13,13 (SD:10,99)	13,44 (SD:8,78)	U=355,5	P=0,563
Boş zamanları değerlendirme	13,82 (SD:8,57)	14,78 (SD:6,58)	t=-0,475	P=0,637
Bağımsızlık düzeyi-yetkinlik	31,65 (SD:6,95)	31,35 (SD:5,81)	U=360,5	P=0,618
Bağımsızlık düzeyi-performans	22,95 (SD:11,56)	22,93 (SD:9,08)	t=0,006	P=0,995
SIÖ Toplam puan	95,95 (SD:35,39)	96,50 (SD: 26,6)	t=-0,66	P=0,947

İki grup arasında Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

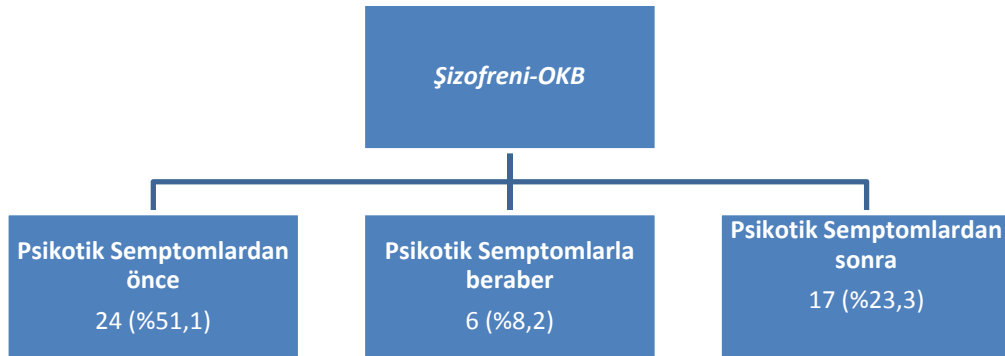
Tablo 17: Şizofrenide Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları yönünden iki grubun karşılaştırılması

	Şizofreni	Şizofreni-OKB	İstatistik	Anlamlılık
Kişilerarası ilişkiler	23,34 (SD:7,63)	16,85 (SD:7,21)	t=3,637	P=0,001
Kişisel eşya/faaliyet	11,31 (SD:3,30)	8,97 (SD:2,69)	t=3,270	P=0,002
Ruhsal bulgular	12,13 (SD:3,31)	10,38 (SD:3,09)	t=2,286	P=0,025
Mesleki rol	13,72 (SD:5,08)	11,11 (SD:4,89)	U=414,0	P=0,020
Toplam	60,86 (SD:17,23)	47,38 (SD:15,43)	t=3,449	P=0,001

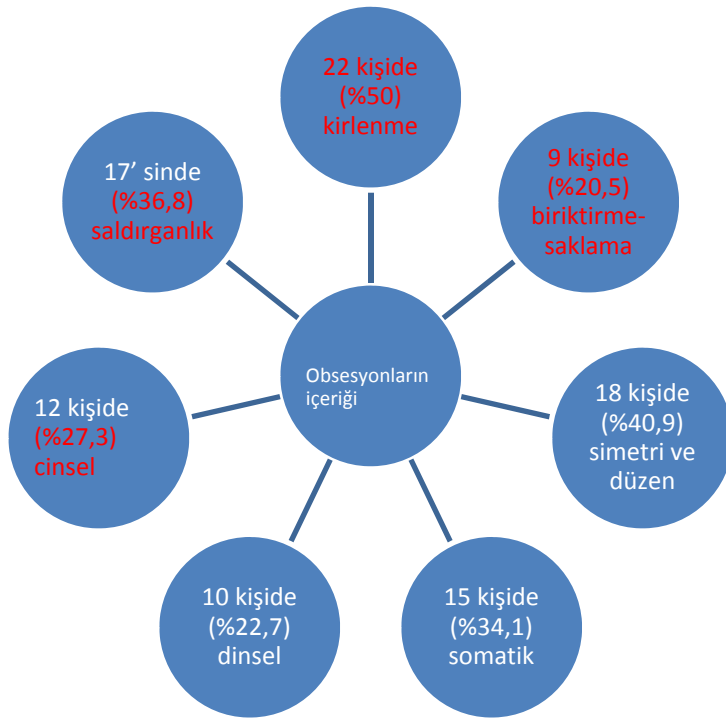
Şizofrenide Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Şizofrenide Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları şizofreni-OKB grubunda anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,001, p=0,002, p=0,025, p=0,033, p=0,001).

Şizofreni-OKB grubunda obsesif-kompulsif semptomların başlangıç zamanlarına bakıldığında hastaların 24'ünde psikotik bulgulardan önce başlamış olduğu, 6'sında psikotik bulgularla aynı zamanda başladığı ve 17'sinde de psikotik semptomlardan sonra başlamış olduğu saptandı. Obsesif-kompulsif semptomların psikotik bulgulardan ortalama 7,04 yıl (SD:5,12) önce başladığı bulunmuştur.

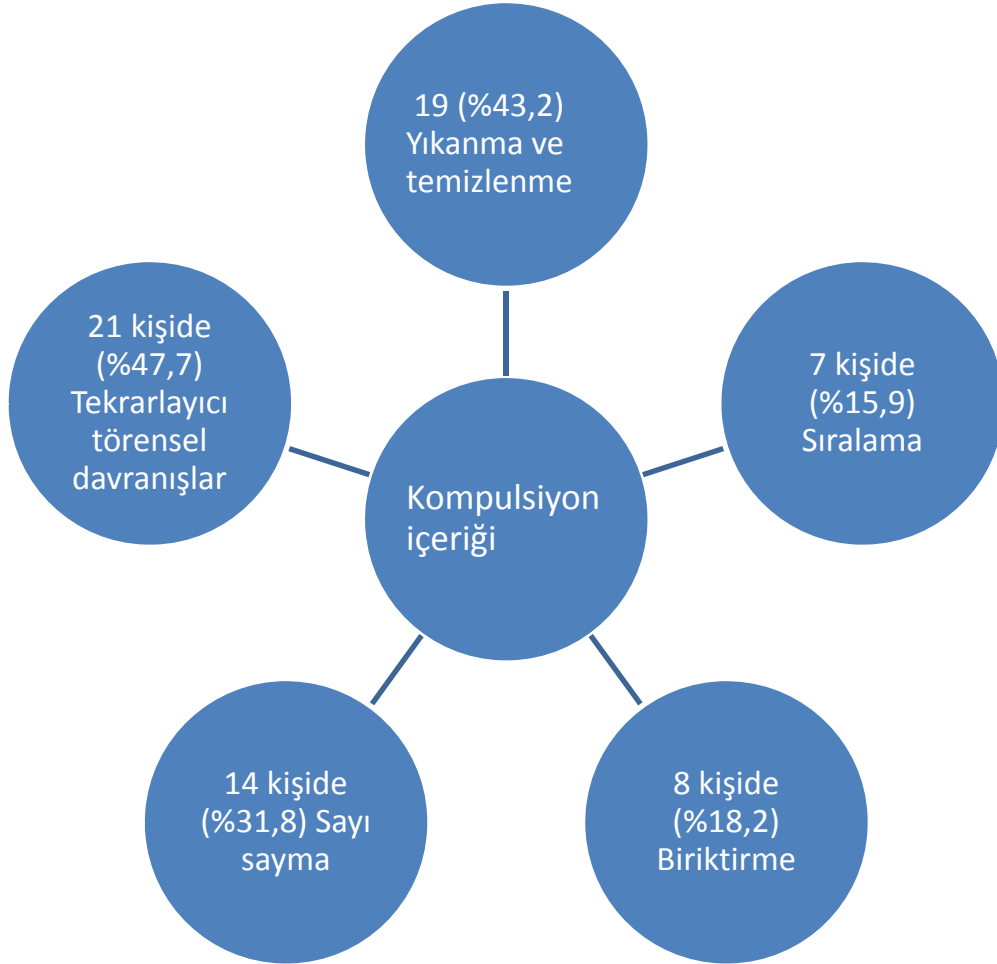
Şekil 2: Obsesif belirtilerin psikotik belirtilere göre başlangıç zamanı (OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk)



Şizofreni-OKB grubunda hastaların yarısında (%52,4) obsesif-kompulsif semptomların psikotik bulgulardan daha önce başladığı saptanmıştır.



Şekil 3: Obsesif-Kompulsif Bozukluk'un eşlik ettiği şizofreni hastalarında obsesyon içerikleri



Şekil 4: Obsesif-Kompulsif hastalığın eşlik ettiği şizofreni hastalarında kompulsiyon içerikleri

Şizofreni-OKB grubunda en sık görülen obsesyon “kirlenme” ve en sık görülen kompulsiyon “yıkama ve temizlenme” olarak saptanmıştır.

3.3 Nöropsikolojik Özellikler

Tablo 19: REY İşitsel-Sözel Bellek Testi puanları yönünden iki grubun karşılaştırılması

REY işitsel-sözel bellek testi	Şizofreni	Şizofreni-OKB	İstatistik Anlamlılık	
Toplam öğrenme skoru (1-5)	39,10 (SD: 10,83)	38,85 (SD:11,25)	U=384,0	P=0,802
Geç hatırlama skoru (6-7)	14,70 (SD:5,36)	15,07 (SD:6,21)	t=0,819	P=0,819
Tanıma puanları	12,45 (SD:2,35)	12,37 (SD:2,59)	U=395,0	P=0,943

REY İşitsel-Sözel Bellek Testi puanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 20: Stroop Dikkat Testi ile ilgili değerlerin iki grup arasında karşılaştırılması

STROOP testi	Şizofreni	Şizofreni-OKB	İstatistik Anlamlılık	
Stroop RKOS	38,00 sn (SD:13,70)	40,09 sn (SD:23,14)	U=378,5	P=0,736
Stroop RKRS	106,10 sn (SD:49,54)	97,46 (SD:41,84)	U=368,0	P=0,725
Stroop etkisi	68,15 sn (SD:43,18);	60,69 sn (SD:35,31)	U=368,5	P=0,731

(RKOS: Renkli Kelimeleri Okuma Süresi, RKRS: Renkli Kelimelerin Rengini söyleme Süresi)

Stroop Testi süreleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 21: Sözel Akıcılık Testi toplam puanları yönünden iki grubun karşılaştırılması

Sözel Akıcılık Testi	Şizofreni	Şizofreni-OKB	İstatistik	Anlamlılık
Toplam kelime sayısı	27,60 (SD:11,19)	26,95 (SD:12,87)	U=569,5	P=0,391

Sözel Akıcılık Testinde iki grup arasında toplam kelime sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 22: İz Sürme Testi toplam süreleri yönünden iki grubun karşılaştırılması

İz Sürme Testi B	Şizofreni	Şizofreni-OKB	İstatistik	Anlamlılık
Toplam süre	202,17 sn (SD:196,59)	167,92 sn (SD: 113,46)	U=367,5	P=0,838

İz Sürme testi toplam süreleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 23: Wechsler Bellek Skalası toplam puanları yönünden iki grubun karşılaştırılması

Wechsler Bellek Skalası	Şizofreni	Şizofreni-OKB	İstatistik	Anlamlılık
Anlık bellek skoru	8,35 (SD:4,90)	8,46 (SD:4,45)	U=383,0	P=0,910
Geciktirilmiş kendiliğinden hatırlama skorları	2,10 (SD:1,16)	2,02 (SD:1,04)	U=344,5	P=0,648

Wechsler Bellek Skalası toplam süreleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

4. TARTIŞMA

Şizofreni ve Obsesif-Kompulsif Bozukluğun bir birleri ile ilişkili oldukları çok uzun senelerden beri bilinmektedir (2). Bu ilişkiye dair ilk yayınlar 19.yüzyılın sonlarında ortaya çıkmasına rağmen, 20.yüzyılın ilk çeyreğine kadar bu ilişki doğrulanamamıştır. 1960 ve 70'li yıllarda bu alanda çalışmalara ilgi azalmıştır. Bu dönemde hastalara kolaylıkla uygulanabilecek, psikopatolojiyi tanımlayan bir sınıflandırma sisteminin olmaması bu araştırmaların önündeki en büyük engel olarak düşünülmektedir (14). DSM-III (1980) tanı sınıflandırma sistemi ile birlikte ilk deneysel çalışmalar başlamıştır. Ancak zaman içerisinde birçok çalışma yapılmasına rağmen iki hastalık arasındaki var olan ilişki halen daha tartışmalıdır. Bu ilişki anlaşıldığında OKB veya obsesif-kompulsif belirtileri olan şizofreni hastalarının farklı bir hastalık mı, şizofreninin farklı bir alt tipi mi veya iki ayrı hastalığa da sahip ek tanılı hastalar olup olmadığı sorusu açıklanmış olacaktır.

Bu kesitsel çalışmamızda iki hasta grubu (şizofreni ve şizofreni+OKB) sosyo-demografik, klinik ve nöropsikolojik özellikleri açısından kapsamlı bir şekilde karşılaştırılmıştır. Literatürde iki hasta grubunun karşılaştırılmış olduğu çalışmaların çelişkili sonuçları olduğu ve çalışmamızda bu çelişkili sonuçların giderilmesine katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Hasta grupları Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı TRSM'ye bağlı ayaktan tedavi birimine başvuran ve DSM-IV kriterlerine göre şizofreni tanısı alan 29 hasta ile şizofreni+OKB tanısı alan 44 hastadan oluşturulmuştur.

Her iki hasta grubu sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırıldığında; cinsiyet dağılımı açısından iki hasta grubu arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Şizofreni+OKB grubunda kadın hasta sayısının anlamlı olarak düşük, erkek hasta sayısının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin erkeklerde anlamlı oranda fazla olduğunu belirten bir çalışma (5) ve kadınlarda fazla olduğunu bildiren çalışmalar olmakla birlikte (61, 72), çok sayıda çalışmada obsesif kompulsif belirtiler açısından cinsiyet farklılığı saptanamamıştır (62,73,74,75,76,77). Şizofreni sıklığının erkek ve kadınlar arasında

farklı olduğu; erkek/kadın oranının 1.4 olduğu bildirilmiştir (78,79). Şizofreni sıklığı erkeklerde 25-35 yaş arasında, kadınlarda ise yaklaşık 5 yıl sonra zirve yapmaktadır. Literatürde erişkin yaşta OKB'nin kadın ve erkeklerde eşit bir dağılım gösterdiğini bildiren (80,81,82) araştırmalar olduğu gibi, kadınlarda sıklığın daha yüksek olduğunu bildiren araştırmalar (83,84,85,86) da mevcuttur. Çalışmamızın sonucu literatürde obsesif-kompulsif belirtilerin erkek şizofreni hastalarında daha fazla olduğunu bildiren çalışmanın sonuçları ile uyumludur.

Obsesif kompulsif belirtilerin eşlik ettiği şizofreni hastalarında çalışma ve evlilik oranlarının eşlik etmeyen şizofreni hastalarına göre daha düşük olduğu yapılan önceki çalışmalarda bildirilmiştir (1,59,61,87). Tam tersi sonuç olarak Tibbo ve ark. (2000) ise OKB ek tanısı olan şizofreni hastalarının daha iyi mesleki işlevsellik gösterdiğini saptamışlardır (88). Literatürdeki diğer çalışmalarda şizofrenide eşlik eden obsesif kompulsif belirtiler ile mesleki işlevsellik arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (62,74,75,76,89,90). Bizim çalışmamız da her iki hasta grubu arasında evlilik ve çalışma durumları açısından anlamlı fark saptamamış olan çalışmalar ile uyumlu sonuç göstermiştir.

Çalışmamızda medeni durum açısından iki hasta grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuç daha önce yapılan çoğu çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur (62,73,75,76,77,90). Literatürde obsesif kompulsif belirtiler veya OKB ek tanısı olan şizofreni hastalarının daha düşük oranda evli olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (59,91).

Çalışmamızda Toplam eğitim süresi açısından iki hasta grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Hwang ve ark. (2000) ile Lysaker ve ark. (2006), obsesif kompulsif belirtilerin eşlik ettiği şizofreni hastalarında eğitim düzeyinin daha düşük olduğunu bildirirken (61,77), diğer birçok çalışmada obsesif kompulsif belirtilerin eşlik ettiği şizofreni hastalarında OKB ile eğitim süresi arasında anlamlı ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (62,73,74,75,76,77,90,92). Çalışmamız da bu yönüyle literatürdeki diğer birçok çalışmanın sonuçlarıyla uyum göstermektedir.

Çalışmamızda psikotik bulguların başlangıç yaşı açısından iki hasta grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde bazı çalışmalarda OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastalarında psikotik bulguların anlamlı olarak daha erken yaşta ortaya çıktığı gösterilirken (1,59,64,65,87,93), bazı çalışmalarda ise iki grup arasında anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir (74,90,94). Çalışmamızın sonuçları da anlamlı fark bulmayan çalışma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda toplam hastalık süresi açısından iki hasta grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Poyurovsky ve ark. (2006) OKB ek tanısı eşlik eden ve etmeyen şizofreni hasta gruplarının karşılaştırıldığı çalışmada, OKB ek tanısının eşlik ettiği şizofreni hasta grubunda ortalama hastalık süresini anlamlı olarak daha fazla bulmuşlardır (73). Çalışmamızın sonucu bu çalışma ile uyumlu bulunmamıştır.

Çalışmamızda toplam hastaneye yatış sayısı ve hastane yatış süresi açısından iki hasta grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde bazı çalışmalarda obsesif kompulsif belirtilerin eşlik ettiği şizofreni hastalarında hastaneye yatış sayısının anlamlı olarak farklı olmadığı bildirilirken (61,67,72,73,74), bazı çalışmalarda bu hasta grubunda özellikle hastane yatış süresinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (73,74,76). Çalışmamızın sonuçları hastaneye yatış sayısı ve süresi açısından iki grup arasında anlamlı fark bulmayan çalışmalar ile uyumludur.

Çalışmamızda şizofreni alt tipleri açısından iki hasta grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde obsesif kompulsif belirtilerin eşlik ettiği şizofreni hastalarında paranoid (73,92) ve ayrışmamış (61,97) şizofreni alt tiplerinin daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar bulunmaktadır.

Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü açısından iki hasta grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Şizofreni hastalarının yaklaşık %40-50'si yaşam boyu en az bir kez intihar girişiminde bulunmakta, bu intihar girişimlerinin %10-15'i ölümlle sonuçlanmaktadır (17). Ülkemizde yapılan iki çalışmada (60,96) obsesif kompulsif belirtilerin eşlik ettiği ya da OKB ek tanısı olan şizofreni hastalarında intihar girişimi öyküsünün anlamlı olarak daha fazla olduğu gösterilmiştir. Literatürdeki diğer

çalışmalarda ise intihar girişimi açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (87, 132). Çalışmamızın sonucu bu araştırmaların sonucu ile uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda aile öyküsünde psikiyatrik bozuklukların varlığı açısından iki hasta grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hasta grubunda 3 hastanın aile öyküsünde OKB bulunduğu halde, OKB'nin eşlik etmediği şizofreni hasta grubunda hiçbir hastanın aile öyküsünde OKB olmaması dikkate değer bir bulgudur. Ancak ailede psikiyatrik hastalık varlığının sadece hastalar ile görüşülerek saptanmış olması, bu hastalık tanılarının güvenilirliği açısından yeterli değildir. Hastaların özellikle birinci derece akrabaları ile yapılacak psikiyatrik görüşmeler ile tanıların konması daha doğru sonuçlara ulaşılmasını sağlayacaktır.

Çalışmamızda OKB'nin eşlik ettiği şizofreni grubunda 2 hastada vokal-motor tik bozukluğu saptanmış olması da anlamlı olmasa da dikkate değer bir bulgu olarak görünmektedir.

OKB veya obsesif-kompulsif semptomların eşlik ettiği şizofreni hastalarında, eşlik etmeyen şizofreni hastalarına göre farklı komorbid psikiyatrik bozukluklar olduğu gösterilmiştir. Bu hasta grubunda özellikle OKB spektrum bozukluklarının (beden dismorfik bozukluk, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları) eşlik ettiği saptanmıştır (73). OKB'nin eşlik ettiği ve etmediği şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında OKB spektrum bozuklukları ve OKKB'nun daha yüksek olduğu ancak her iki grubun şizofreni spektrum bozuklukları açısından anlamlı fark göstermedikleri saptanmıştır (26). OKB spektrum bozukluklarının OKB'nin eşlik ettiği hastalarda ve birinci derece akrabalarında daha yüksek oranda görüldüğüne dair elde edilen bu sonuçlar, bu hasta grubunun şizofreni hastalarından farklı bir klinik antite teşkil ettiğine dair kanıtlardır.

Çalışmamızda alkol ve sigara kullanımı açısından iki grup hasta arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Şizofreni-OKB grubunda sigara kullanım miktarının daha fazla olduğuna dair bilgiler olmasına rağmen literatürde sigara kullanımı açısından iki grup

arasında fark olmadığına dair yayınlar mevcuttur. Çalışmamızın sonuçları bu literatür sonuçlarıyla uyumludur (99,100).

Çalışmamızda psikofarmakolojik tedavi açısından karşılaştırıldığında şizofreni-OKB grubunda belirgin olarak daha fazla klozapin, amisülpirid, aripiprazol, haloperidol, antidepresan, biperiden ve diazepam kullanıldığı görülmektedir. Atipik antipsikotik kullanan şizofreni hastalarında, tipik antipsikotik kullanan şizofreni hastalarına göre obsesif kompulsif semptomların prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (29,87,130).

Literatürde özellikle şizofreni hastalarında sonradan başlayan obsesif kompulsif semptomlar ile klozapin kullanımı ilişkili olarak bulunmuştur (130, 131). Çalışmamızda şizofreni-OKB grubunda özellikle daha fazla klozapin kullanımı obsesif-kompulsif semptomların bu grupta ortaya çıkmasına ya da var olan obsesif-kompulsif semptomların şiddetlenmesine neden olmuş olabilir. Ancak şizofreni-OKB grubunda hastaların yarısından fazlasında (%52.4) obsesif-kompulsif semptomların psikotik bulgulardan önce ortaya çıktığı görülmektedir. Bu yüzden şizofreni-OKB grubunda daha fazla klozapin kullanımının hastalık şiddetinin daha fazla olmasıyla bağlantılı olduğu düşünülmüştür. Bu grupta daha fazla amisülpirid, aripiprazol, antidepresan ve anksiyolitik kullanımı da bu görüşümüzü desteklemektedir. Özellikle antidepresan ilaçların obsesif-kompulsif semptomları tedavi etmek amacıyla kullanıldığı düşünülmektedir (1,25,59,61,62,73). Çalışmamızda şizofreni-OKB grubunda daha fazla biperiden kullanımı görülmektedir. Bu sonuçta bu hasta grubunun ekstrapiramidal yan etkilere daha duyarlı olduğunu ve daha çok bazal gangliyon hasarına sahip olduğu teorisini ileri süren çalışma sonuçlarıyla uyumludur (3,94,102).

Çalışmamızda Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS) toplam puanı ve pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında iki hasta grubu arasında anlamlı fark saptanmıştır. OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastalarında PANNS toplam ölçek puanı ve tüm alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Literatürde bazı çalışmalarda, obsesif-kompulsif belirtilerin eşlik ettiği şizofreni hastalarında özellikle yapısal düşünce bozukluğu ve sanrı alt puanlarında belirgin olmak üzere pozitif belirtilerin daha şiddetli olduğu bildirilirken (75,1,1,102,103), bazı çalışmalarda ise obsesif kompulsif belirtilerin eşlik ettiği şizofreni hastalarında pozitif belirtilerin şiddetinde anlamlı fark saptanmamıştır (25,61,62,73,74,76,94).

Yine literatürdeki çalışmalarda negatif belirtiler ile obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisine dair sonuçlar çelişkilidir. Bazı çalışmalarda duygulanımda düzleşme ve küntleşme alt puanlarında belirgin olmak üzere negatif belirtilerin daha şiddetli olduğu bildirilirken (61,74); bu hastalarda negatif belirtiler açısından fark olmadığını (25,62,75,76,90,94) ya da negatif belirtilerin daha az şiddetde olduğunu bildiren çalışmalar da (3,92,104) vardır. Obsesif kompulsif belirtilerin eşlik ettiği şizofreni hastalarında negatif belirtilerin daha şiddetli olduğunu bildiren çalışmalarda, bu hasta grubunda daha erken hastalık başlangıç yaşı, daha şiddetli bilişsel bozukluk, daha fazla erkek ve bekar hasta, daha fazla çalışmayan hasta, daha fazla sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma olduğu da bildirilmiştir. 2009 yılında yapılan bir meta analiz çalışmasının sonuçlarına göre şizofreni-OKB grubunda daha yüksek pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji ölçek puanları olduğu görülmüştür (71). Çalışmamızın sonuçları OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastalarında daha şiddetli pozitif, negatif ve genel psikopatoloji belirtileri olduğunu bildiren çalışma sonuçları ile uyumludur. Bu sonuçlar OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastalarının semptom şiddeti olarak daha ağır bir hastalığa sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda bu hasta grubunun daha ağır negatif semptom şiddetine sahip olmasına rağmen sadece daha fazla erkek hasta dışında daha fazla bekarlık, işsizlik, sosyal işlev bozukluğu, bilişsel işlev bozukluğu ve daha erken hastalık başlangıç yaşı gibi olumsuz klinik özelliklere sahip olmadığı bulunmuştur. Bu sonuç negatif semptom şiddetiyle bağlantılı olarak bu alanlarda da daha fazla bozukluk saptayan çalışmalar ile uyumlu bulunmamıştır.

Çalışmamızda Klinik Global İzlem Ölçeği-Şiddet ve Düzeltme alt ölçekleri toplam puanı açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır. OKB'nin eşlik ettiği hasta grubunda hastalık şiddetinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Yan etki şiddeti puanları açısından ise iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Bu sonuçlar toplam PANSS puanı ile tutarlı görünmektedir ve şizofreni-OKB grubunda daha ağır bir klinik tablo olduğunu desteklemektedir. Literatürde Klinik Global İzlem Ölçeği puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark olmadığını bildiren çalışmalar kadar (65,90,106,107), Klinik Global İzlem Ölçeği puanlarına göre şizofreni-OKB grubunun daha kötü klinik tablo gösterdiğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (71,105).

Çalışmamızda Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları açısından depresif belirtilerin şiddeti iki hasta grubu arasında anlamlı olarak farklı bulunmamıştır. Anlamlı olmasa da OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastalarında depresyon şiddeti daha fazla bulunmuştur.

Şizofrenide depresyonun görülme sıklığı ortalama %25 olarak belirtilmiştir (17). Bir çalışmada depresif belirtilerin % 38'inin şizofreni belirtileri ile birlikte, % 33'ünün hastalık öncesi ve ilk atak döneminde, % 29'unun ise süregen dönemde görüldüğü saptanmıştır (108). Birçok çalışmada obsesif kompulsif belirtilerin eşlik ettiği şizofreni hastalarında depresif belirtilerin daha şiddetli olduğu bildirilirken (73,75,104,108), bazı çalışmalarda ise obsesif kompulsif belirtilerin eşlik ettiği şizofreni hastalarında depresif belirtilerin şiddeti açısından anlamlı fark bildirilmemiştir (61,62,73). Literatürde depresif belirtilerin şiddeti açısından anlamlı fark bulan çalışmalarda Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) kullanıldığı görülmüştür. HDÖ şizofreni hastalarında depresif belirtileri ve şiddetini ölçmede yeteri kadar duyarlı bir ölçek değildir.

Çalışmamızda Ekstrapiramidal Belirtilerin varlığı ve şiddeti açısından iki hasta grubu arasında anlamlı fark saptanmıştır. OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastalarının ekstrapiramidal yan etkilere daha duyarlı olduğu görülmüştür.

OKB ve şizofreninin fizyopatolojisinde bazal gangliyonlarla ilgili varsayımlara dayanarak obsesif kompulsif belirti gösteren şizofreni hastalarının daha ağır bir bazal ganglion patolojisi gösterdiği ve artmış ekstrapiramidal tutulum riskine sahip oldukları öne sürülmüştür. Tibbo ve Warneke (2000) parkinsonizm belirtilerinde artma eğiliminden bahsetmişler, Kruger ve arkadaşları (2000), birliktelik gösteren hasta grubunda daha fazla akatizi ve anormal istemsiz hareket saptadıklarını bildirmişlerdir

(3,94,102). Çalışmamızın sonuçları bu literatür bulguları ile uyumlu görünmektedir. Şizofreni-OKB grubundaki hastalarda daha yüksek sayıda biperiden kullanımı da bu sonucu desteklemektedir.

Çalışmamızda Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından iki hasta grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Literatürde bazı çalışmalarda, obsesif kompulsif belirtilerin eşlik ettiği şizofreni hastalarının kişisel bakım ve sosyal yetkinlik alanında daha düşük performans gösterdikleri, mesleki ve sosyal işlevselliklerinin daha düşük olduğu bildirilmişse de, başka çalışmalarda bu bulgular doğrulanmamıştır (1,23,59,62,109,110). Çalışmamızın sonuçları da OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastalarının daha düşük sosyal işlevsellik gösterdiğini desteklemektedir.

Şizofrenide Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından iki hasta grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ve şizofreni hasta grubunda toplam ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür. OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastaları anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesine sahiptirler.

Literatürde şizofreniye eşlik eden obsesif kompulsif belirtileri olan hastaların daha kötü yaşam kalitesi olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi (61,62,93,104,111,112,113,114), iki grup arasında herhangi bir fark olmadığını bildiren çalışma (90) da mevcuttur. Çalışmamızın sonuçları literatürdeki çalışmalar ile uyumludur.

Şizofreni-OKB grubunda daha kötü yaşam kalitesinin olmasının nedeni, pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptomlarının daha şiddetli olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastalarının Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ile saptanmış olan obsesyon ve kompulsiyonlarının içeriği değerlendirildiğinde bulaş (%50), simetri (%40,9) ve saldırganlık (%36,8) obsesyonlarının daha sık olduğu, yıkanma ve temizlenme (%43,2), tekrarlayıcı-törenselle davranışlar (%47,7) gibi kompulsiyonlarının daha sık olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar Porto ve ark. (1997) yaptıkları kohort çalışmanın sonuçları ile uyumlu görünmektedir.

Krüger ve ark. (2000). şizofreni hastalarında en sık görülen obsesyonların bulaş, saldırganlık ve somatik; en sık görülen kompulsiyonların ise yıkama/temizleme olduğunu bildirmişlerdir(102).

Şizofreni hastalığının erken dönemlerinde başlayan bilişsel işlevlerdeki bozukluğun tam olarak ne zaman başladığı, seyri ve ilk psikotik epizodla bağlantısı tam olarak anlaşılammıştır. Ayrıca ilk epizodda görülen bilişsel işlev bozukluğunun önemi net olmamakla birlikte hastalıktan önce görüldüğüne dair kanıtlar vardır. Dikkat, bellek ve yürütücü işlevlerde eksikliklerin olduğu ve bunun da pozitif ve negatif belirtilere göre klinik gidişle daha güçlü bir ilişkisi olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (115).

Şizofrenide en sık etkilendiği düşünülen bilişsel işlevler; yürütücü işlevler, dikkat, algısal/motor işleme, vijilans (dikkati sürdürme), sözel öğrenme ve bellek, sözel ve uzamsal işlem belleği, sözel akıcılık işlevleridir. Şizofrenide tüm bu bilişsel alanları etkileyen yaygın bir bozukluk söz konusudur. Bu yaygın bilişsel bozukluk şizofrenide kortikoserebellar-talamik-kortikal döngüleri içine alan bir etkilenmeyi gösteriyor olabilir. Hem bilişsel hem de görüntüleme yöntemleri ile yapılan çalışmalarda özellikle prefrontal korteks, talamus ve serebellumun şizofreni hastalarında etkilenen bölgeler oldukları gösterilmiştir (116).

Bilişsel işlevlerin farklı alanlarını ölçen testlerdeki performansın pozitif belirtilerin şiddetinden çok negatif belirtilerin şiddeti ile ilişkili olması olasıdır (117). Bunun bir açıklaması bilişsel testlerdeki düşük performansın negatif belirtilerin bir işlevi olması ve ikisinin aslında birbirinden tam ayırt edilemediğidir. Birçok çalışma şizofreni hastalarının görsel ve işitsel bilgi işleme, sözel beceriler ve çalışma belleğini ölçen testlerde ayırt ettirici defisitler gösterdiklerini saptamıştır (118). Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında şizofreni hastalarının entelektüel işlevleri ölçen testlere göre bellek işlevlerini ölçen testlerde daha düşük performans gösterdikleri bulunmuştur (119).

Bunu destekleyen çok az veri olmasına rağmen antipsikotik tedavinin bilişsel işlevlerdeki bozuklukların nedeni olduğu inancı da yaygındır. Ampirik literatür göstermektedir ki gerçekte tipik antipsikotik ilaçlar şizofrenideki önemli bilişsel işlevlerinin çoğu üzerinde etki göstermemektedir (120). Antipsikotik tedavinin bilişsel

işlevlerdeki bozulmadan sorumlu olmadığını gösteren tarihsel bir gerçek de, şizofrenide bilişsel bozuklukların antipsikotik ilaçların kullanılmaya başlanmasından önce geniş bir şekilde tanımlanmış olmasıdır.

OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastaları ile sadece şizofrenisi olan hastaları nörokognitif profil açısından karşılaştıran çok sayıda çalışma yapılmıştır (67,68,69,121). Çoğu çalışmada OKB'nin eşlik ettiği grupta daha fazla nöropsikolojik bozukluklar saptanmıştır. Bu grup hastalarla yapılan ilk nöropsikolojik çalışma bu hastaların şizofreni hastalarına göre sözel olmayan bellek ve bilişsel geçiş yetilerini gecikmeli gösterdiklerini ve görsel-uzaysal yetenekler açısından daha kötü performans sergilediklerini ortaya koymuştur (67). Ayrıca bu gruptaki hastalarda yürütücü işlevler açısından daha ciddi bozukluk olduğu, Winconsin Kart Eşleme Testinde (Winconsin Card Sorting Test-WCST) daha düşük başarı gösterdikleri saptanmıştır (67). Bununla birlikte yürütücü işlevlerdeki bozukluk ile obsesif-kompulsif belirtiler arasındaki ilişki yakın zamanda başka bir çalışmada değerlendirilmiş, yürütücü işlevlerdeki bozukluğun hem kesitsel olarak hem de gelecekte obsesif-kompulsif belirtilerin yüksek oranda ortaya çıkacağını öngören bir işaret olduğu bildirilmiştir (68).

Literatürde bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça çelişkilidir. Çalışmaların büyük çoğunluğu şizofreni-OKB grubunda bilişsel işlevlerde daha fazla yıkım olduğunu bildirirken; özellikle bilişsel esneklik (122,123), görsel bellekte bozulma (25), yürütücü işlevlerde bozukluk (61,67,68) gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda ise şizofreni-OKB grubunun bilişsel işlevlerde daha iyi performans sergilediği belirtilmiştir (124,125).

Bizim çalışmamızın sonuçları iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığını bildiren çalışmalarla uyum göstermektedir (75,111,112,126,127,128,129).

4.8 Çalışmanın güçlü yanları ve kısıtlılıkları

Çalışmamızın kesitsel olması, özellikle klozapinle belirgin olmak üzere atipik antipsikotik ilaçların kullanımıyla ortaya çıkan obsesif kompulsif belirtilerin dışlanamamış olması, çalışmaya alınan gruplarda bulunan hastaların hepsine nöropsikolojik testlerin yapılamamış olması, hasta örnekleminin şizofreni hasta

evreninin tamamını temsil etmemesi, hastalar ile ilgili retrospektif verilerin değerlendirmeye alınmış olması ve hastaların tek görüşmeci tarafından değerlendirilmiş olması ve hastaların hangi grupta olduğunu görüşmeci tarafından bilinmesi, özellikle klinik değerlendirme ölçeklerinin uygulanmasında bias etkisi yaratmış olma ihtimali çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Şizofreni ve şizofreni-OKB hasta gruplarının sosyo-demografik, klinik ve nöropsikolojik özellikler açısından en kapsamlı şekilde karşılaştırıldığı literatürdeki ender araştırmalardan biri olması, özellikle şizofreni-OKB grubuna alınan yüksek hasta sayısı, nöropsikolojik testleri uygulayan uzmanın hastaların ait olduğu gruba kör olması çalışmamızın güçlü yönlerindedir.

5. SONUÇ:

Bu çalışmada şizofreni-OKB birlikteliğinin erkek hastalarda daha yüksek oranda görüldüğü, şizofreni-OKB grubunun daha kötü bazı klinik özelliklere (daha şiddetli negatif, pozitif ve genel psikopatoloji semptomları, ekstrapiramidal yan etkilere daha fazla duyarlılık, daha şiddetli hastalık, daha yüksek sayı ve dozda antipsikotik ve ek ilaç tedavisi..vb) ve daha kötü yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır.

Diğer tüm sosyo-demografik özellikler, hastalığa ait özellikler, klinik özellikler ve sosyal ve nöropsikolojik işlevsellik açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamız her iki hasta grubunun kapsamlı olarak değerlendirildiği ve karşılaştırıldığı bir araştırma olarak bu alandaki çalışmalara katkıda bulunmuştur.

OKB'nin eşlik ettiği şizofreninin bir komorbidite mi, şizofreninin bir alt tipi mi yoksa farklı bir bozukluk mu olduğunu ortaya koymak için uzunlamasına, daha homojen hasta grupları ile ve daha ileri (genetik, nörobiyolojik, nöro-görüntüleme) araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Fenton WS, McGlashan TH (1986) The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 143:437-41
2. Berios GE (1989) Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Compr Psychiatry*, 30:283-95.
3. Tibbo P, Warneke L (1999) Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap. *J Psychiatry Neuroscience*, 24:15-24
4. Yaryura-Tobias JA, Campisi TA, McKay D (1995) Schizophrenia and obsessive compulsive disorder spectrum: pathogenesis, diagnosis and treatment . *Neur Psych Brain Res*, 3:143-148
5. Özdemir Ö, Tükel R, Türksoy N ve ark. (2000) Şizofreninin eşlik ettiği obsesif-kompulsif bozuklukta klinik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11:169-178
6. Kayahan B, Ozturk O, Veznedaroglu B, Eraslan D. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59:291–295
7. Bottas A, Cooke RG, Richter MA. Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci* 2005; 30:187-193
8. Baker RW, Chengappa KNR, Baird JW ve ark. (1992) Emergence of obsessive compulsive symptoms during treatment with clozapine. *J Clin Psychiatry*, 53:439-42
9. Patel B, Tandon R (1993) Development of obsessive-compulsive symptoms during clozapine treatment. *Am J Psychiatry*, 150:836
10. Westpal K Über Zwangsvorstellungen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1878; 8 734-750 37.

11. Bumke O Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 3rd Eddition, 1944 Munchen, Bergmann
12. Stengel E A study of some clinical aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychotic reaction types. J Ment Sci 1945, 41 166-87
13. Freud S Further recommendations in the technique of psychoanalysis, in 1 The Standard Eddition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, f ii Vol2. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1957
14. Rosen I The clinical significance of obsessions in schizophrenia. Journal of Mental Science 1957; 103 778-785
15. Kozak MJ, Foa EB Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther 1994; 32 343-353
16. Solyom L, DiNicola VF, Phil M, Sookman D, Luchins D. Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. Can J Psychiatry, 1985; 30(5) 372-80
17. Hwang MY, Bermanzohn PC Şizofreni ve ek tanılı durumlar, tanı ve tedavi. çeviri editörü Üçok A, Yelkovan Yayınları 2001; 57-75
18. Weiss AA, Robinson S, Winnik HZ Obsessive psychosis, psychodiagnostic findings. Isr Ann Psychiatry 1976, 7 175-178.
19. Zohar J Is there room for another diagnoatic subtype-the schizo-obsessive subtype? (editorial) CNS Spectrums 1997; 2(3) 49-50.
20. Zohar J, Sasson Y, Chopra M Schizo-obsessive subtype, obsessions and delusions. CNS spectrums, 1998; 3 (suppl 1) 38-39
21. Poyurovsky M, Weizman A, Weizman R obsessive compulsive disorder in schizophrenia clinical characteristics and treatment. CNS Drugs 2004; 18 989-1010

22. K roĝlu E, G le C Psikiyatri Temel Kitabı, 2. baskı2007; 343-352
23. Bermanzohn PC, Porto L, Arlow PB ve ark. (2000) Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia : a clinical study of co-occurring syndromes. Schizophrenia Bulletin, 26 : 517-525
24. Attademo L, De Giorgio G, Quartesan R, Moretti P. Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder:from comorbidity to schizo-obsessive disorder. Riv Psichiatr 2012; 47:106-115
25. Berman L, Merson A, Viegner B ve ark. (1998) Obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia: a neuropsychological study. J of Nerv and Men Dis, 186: 150-51
26. Poyurovsky M, Kriss V, Weisman G, Faragian S, Schneidman M, Fuchs C et al. Familial aggregation of schizophreniaspectrum disorders and obsessive-compulsive associated disorders in schizophrenia probands with and without OCD. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2005; 133:31–36
27. Poyurovsky M, Michaelovsky E, Frisch A, Knoll G, Amir I, Finkel B et al. COMT Val158Met polymorphism in schizophrenia with obsessive-compulsive disorder: a case-control study. Neurosci Lett 2005; 389:21–24.
28. Zinkstok J, van Nimwegen L, van Amelsvoort T, de Haan L, Yusuf MA, Baas F et al. Catechol-O-methyltransferase gene and obsessive-compulsive symptoms in patients with recent-onset schizophrenia: preliminary results. Psychiatry Res 2008; 157:1-8
29. Lykouras L, Alevizos B, Michalopoulou P, Rabavilas A. Obsessive-compulsive symptoms induced by atypical antipsychotics: a review of the reported cases.. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2003; 27:333-346

30. De Haan L, Beuk N, Hoogenboom B, Dingemans P, Linszen D. Obsessive-compulsive symptoms during treatment with olanzapine and risperidone: a prospective study of 113 patients with recent onset schizophrenia or related disorders. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:104–107.
31. Veznedaroglu B, Ercan ES, Kayahan B, Varan A, Bayraktar E. Reduced short-term obsessive-compulsive symptoms in schizophrenic patients treated with risperidone: a single-blind prospective study. *Hum Psychopharmacol* 2003; 18:635-640
32. Chiocca EA, Martuza RI (1990) Neurosurgical therapy of the obsessive-compulsive disorder. In: Jeneke MA, Baer L, Minichiello WE (editors). *Obsessive-Compulsive disorders: theory and management*. 2nded. Chigago (IL): Mosby Yearbook Medical, p.283-4.
33. Talairach J, Bancaud J, Geier S ve ark. (1973) The cingulate gyrus and human behavior. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, 34:45-52.
34. Rauch SL, Jenike MA, Alpert NM ve ark. (1994) Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in obsessive-compulsive disorder using oxygen 15-labeled carbon dioxide and positron emission tomography. *Arch Gen Psychiatry*, 51:62-70
35. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS ve ark. (1992) Caudate glucos metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 49: 681-9
36. Swedo SE, Pietrini P, Leonard HL ve ark. (1992) Cerebral glucose metabolism in hildhood-onset obsessive-compulsive disorder: revisualisation during pharmacotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 49: 690-4
37. Deymeer F, Smith IW, De Girolami U ve ark. (1989) Thalamic dementia and motor neuron disease. *Neurology*, 39:58-61

38. Moossy J, Martinez J, Hanin I ve ark. (1987) Thalamic and subcortical gliosis with dementia. Arch Neurol, 44: 510-513.
39. Cummings JI (1993) Frontal-subcortical circuits and Human behavior. Arch Neurol, 50:873-80
40. Andreasen NC (1997) The role of the thalamus in schizophrenia. Can J Psychiatry, 42:27-33
41. Cavallaro R, Covedini P, Mistretta P ve ark. (2003) Basal-ganglia-cortico-frontal Circuits in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder. A Controlled, double dissociation study. Biol Psychiatry, 54 : 437-443
42. Olpe HR, Koella WP. (2000) The response of striatal cells upon stimulation of the dorsal and median raphe nuclei. Brain Res, 122:357-60
43. Pittman RK, Green RC, Jenike MA ve ark. (1989) Clinical comparison of Tourette's disorder and obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry, 144:1166-71
44. Ma N, Tan LW, Wang Q, Li ZX, Li LJ. Lower levels of whole blood serotonin in obsessive compulsive disorder and in schizophrenia with obsessive-compulsive symptoms. Psychiatry Res 2007; 150:61-69.
45. Ghaemi SN, Zarate CA, Popli AP (1995) Is there a relationship between clozapine and obsessive-compulsive disorder? A retrospective chart review. Compr Psychiatry, 36: 267-270
46. Baker RW, Ames D, Umbricht DSG ve ark. (1996) Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: A comparison of olanzapine and placebo. Psychopharmacol Bull, 32: 89-93
47. Steingard S (1993) Clozapine, obsessive symptoms and serotonergic mechanisms. Am J Psychiatry, 150: 1435.

48. Remington G (1994) Risperidone and obsessive-compulsive Symptoms. *J Clin Psychopharmacol*, 14/5: 358-59.
49. Biondi M (1999) Development of obsessive-compulsive symptoms during clozapine treatment in schizophrenia and its positive response to clomipramine. *Psychother Psychosom*, 68: 111-12
50. Dursun SM (1994) Obsessive-compulsive symptoms and clozapine. *Br J Psychiatry*, 165: 267-68
51. Poyurovsky M (1996) Fluvoxamine treatment in clozapine-induced obsessive-compulsive symptoms in schizophrenic patients. *Clin Neuropharmacol*, 19: 305-313
52. Eales MJ (1994) Exacerbation of obsessive-compulsive symptoms associated with clozapine. *Br J Psychiatry*, 164: 687-88
53. Mahendran R (1999) Obsessive-compulsive symptoms with risperidone. *J Clin Psychiatry*, 60: 261-263.
54. Mc Dougle CJ, Fleischmann RL, Epperson CN ve ark. (1995b) Risperidone addition in fluvoxamine refractory obsessive-compulsive disorder: three cases. *J Clin Psychiatry*, 56: 527-528
55. Patil VJ (1992) Development of transient obsessive-compulsive symptoms during treatment with clozapine. *Am J Psychiatry*, 149: 272
56. Aoyama F, Iida J, Inoue M, Iwasaka H, Sakiyama S, Hata K. Brain imaging in childhood and adolescent-onset schizophrenia associated with obsessive-compulsive symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 1002:32-37

57. Iida J, Matumura K, Aoyama F, Iwasaka H, Hirao F, Sakiyama S et al. Cerebral MRI findings in childhood onset schizophrenia, comparison on patients with prodromal obsessive-compulsive symptoms and those without symptoms. In *Recent Progress in Child and Adolescent Psychiatry Vol.2* (Ed M Hanada):75-83. Tokyo, Springer, 1998
58. Levine JB, Gruber SA, Baird AA, Yurgelun-Todd DA. Obsessive-compulsive disorder among schizophrenic patients: an exploratory study using fMRI data. *Compr Psychiatry* 1998; 39:308-312
59. Berman I, Kalinowski A, Berman SM, Lengua J, Green AI. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1995; 36:6-10
60. Sevincok L, Akoglu A, Kokcu F. Suicidality in schizophrenic patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Schizopr Res* 2007; 90:198-202
61. Hwang MY, Morgan JE, Losconzcy MF. Clinical and neuropsychological profiles of obsessive compulsive schizophrenia: a pilot study. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci* 2000; 12:91-94
62. Poyurovsky M, Hramenkov S, Isakov V, Rauchverger B, Modai I, Schneidman M. Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Psychiatr Res* 2001; 102:49-57
63. Poyurovsky M, Kriss V, Weisman G, Faragian S, Kurs R, Schneidman M. Comparison of clinical characteristics and comorbidity in schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder: schizophrenic and obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:1300-1307
64. Poyurovsky M, Faragian S, Shabeta A, Kosov A. Comparison of clinical characteristics, co-morbidity and pharmacotherapy in adolescent schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2008; 159:133-139.

65. Faragian S, Fucks C, Pashinian A, Weizman R, Weizman A, Poyurovsky M. Age-of-onset of schizophrenic and obsessive-compulsive symptoms in patients with schizo-obsessive disorder. *Psychiatr Res* 2012; 197:19-22
66. Özdemir Ö, Tükel R, Türksoy N, Üçok A. Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2003; 44:311-316.
67. Lysaker PH, Bryson GJ, Marks KA, Greig TC, Bell MD. Association of obsessions and compulsions in schizophrenia with neurocognition and negative symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002; 14:449-453.
68. Lysaker PH, Whitney KA, Davis LW. Associations of executive function with concurrent and prospective reports of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2009; 21:38-42
69. Borkowska A, Pilczynska E, Rybakowski JK. The frontal lobe neuropsychological tests in patients with schizophrenia and/or obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003; 15:359-362
70. Pallanti S, Castellini G, Chamberlain SR, Quercioli L, Zaccara G, Fineberg NA. Cognitive event-related potentials differentiate schizophrenia with obsessive-compulsive disorder (schizo-OCD) from OCD and schizophrenia without OC symptoms. *Psychiatry Res* 2009; 170:52-60
71. Cunill R, Huerta-Ramos E, Castell X. The effect of obsessive-compulsive symptomatology on executive functions in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2013; 210:21-28
72. Eisen JL, Beer DA, Pato MI ve ark. Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 1997, 154 271-3
73. Poyurovsky M, Fuchs C, Faragian S ve ark. Preferential aggregation of obsessive-compulsive spectrum disorders in schizophrenia patients with obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. 2006 Oct;51(12):746-54.

74. Nechmad A, Ratzoni G, Poyurovsky M ve ark Obsessive-compulsive disorder in adolescent schizophrenia patients. *Am J Psychiatry*. 2003 May;160(5):1002-4.
75. Ongür D, Goff DC. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status. *Schizophr Res*. 2005 Jun 15;75(2-3):349-62. Review
76. Byerly M, Goodman W, Acholonu W, Bugno R, Rush AJ Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia frequency and clinical features. *Schizophr Res* 2005; 76 309-316
77. Lysaker PH, Whitney KA, Davis LW. Obsessive-compulsive and negative symptoms in schizophrenia associations with coping preference and hope. *Psychiatry Res*. 2006 Mar 30;141(3) 253-9. Epub 2006 Mar 6
78. John McGrath, Sukanta Saha, Joy Welham ve ark. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology *BMC medicine* 2004; 10.1186/1741-7015-2-13
79. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jun;60(6):565-71.
80. Rasmussen SA, Eisen JL. Obsessive compulsive disorder with psychotic features, *J. Clinical Psychiatry* 1993;54 373-379.
81. Kolada JL, Bland RC, Newman SC Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1994;376:24-35.
82. Foa EB, Kozak MJ DSM-4 field trial obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152 90-96.

83. Rasmussen SA, Tsuang MT Epidemiologic and clinical findings of significance to the design of neuropharmacologic studies of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacol Bull.* 1986;22(3):723-9
84. Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM ve ark. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry.* 1991 Feb;158:260-3
85. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry.* 1994 Mar;55 Suppl:5-10
86. Tükel R, Polat A, Genç A ve ark Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder *Compr Psychiatry.* 2004 Sep-Oct;45(5):362-6.
87. Üçok A, Ceylan ME, Tihan AK ve ark. Obsessive compulsive disorder and symptoms may have different effects on schizophrenia *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2011 Mar 30;35(2):429-33
88. Tibbo P, Kraetsch M, Chue P ve ark. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *J Psychiatry Res* 2000, 34 139-146
89. Poyurovsky M, Dorfman-Etrog P, Hermesh H ve ark. Beneficial effect of olanzapine in schizophrenic patients with obsessive-compulsive symptoms. *Int Clin Psychopharmacol.* 2000 May;15(3):169-73.
90. Frías A, Palma C, Farriols N ve ark. Psychopathology and quality of life among patients with comorbidity between schizophreniaspectrum disorder and obsessive-compulsive disorder: no evidence for a "schizo-obsessive" subtype. *Compr Psychiatry.* 2014 Jul;55(5):1165-73
91. Ozdemir O, Tükel R, Türksoy N ve ark. Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia *Compr Psychiatry.* 2003 Jul-Aug;44(4):311-6.

92. Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A Obsessive- compulsive disorder in patients with first episode schizophrenia. Am J Psychiatry 1999, 156 1998-2000.
93. Owashi T, Ota A, Otsubo T Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive symptoms in Japanese inpatients with chronic schizophrenia - a possible schizophrenic subtype. Psychiatry Res. 2010 Oct 30;179(3):241-6
94. Ohta M, Kokai M, Morita Y. Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci 2003;57(1) 67-74
95. Faragian S, Kurs R, Poyurovsky M Insight into obsessive-compulsive symptoms and awareness of illness in adolescent schizophrenia patients with and without OCD Child Psychiatry Hum Dev. 2008 Mar;39(1):39-48
96. Üçok A. Tükel R. G.Ö. ve ark. Şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin ve bozukluğun sıklığı. 3 P dergisi 1998 ; 6 (2) 107-110
97. Mahendran R, Liew E, Subramaniam M. De novo emergence of obsessive-compulsive symptoms with atypical antipsychotics in asian patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a retrospective, cross-sectional study. J Clin Psychiatry. 2007 Apr;68(4):542-5
98. Sa AR, Hounie AG, Sampaio AS ve ark. Obsessive-compulsive symptoms and disorder in patients with schizophrenia treated with clozapine or haloperidol. Compr Psychiatry. 2009 Sep-Oct;50(5):437-42
99. Dome P, Teleki Z, Gonda X Relationship between obsessive-compulsive symptoms and smoking habits amongst schizophrenic patients. Psychiatry Res. 2006 Nov 15;144(2-3):227-31
100. Fawzi MH, Fawzi MM, Khedr HH Tobacco smoking in Egyptian schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive symptoms. Schizophr Res. 2007 Sep;95(1-3):236-46

101. Lysaker, P.H., Marks, K.A., Picone, J.B. Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia clinical and neurocognitive correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 188, pp. 78-84
102. Kruger S, Braunig P, Hoffler J ve ark. Prevalance of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2000; 12 16-24.
103. Schirmbeck F, Zink M Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. *Front Pharmacol*. 2013 Aug 9;4:99
104. de Haan L, Beuk N, Hoogenboom B ve ark. Obsessive-compulsive symptoms and positive, negative, and depressive symptoms in patients with recent-onset schizophrenic disorders. *Can J Psychiatry* 2005; 50 519-524
105. Schirmbeck F, Zink M. Clozapine-induced obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: a critical review. *Curr Neuropharmacol*. 2012 Mar;10(1):88-95
106. Sevincok L, Akoglu A, Arslantas H Schizo-obsessive and obsessive-compulsive disorder: comparison of clinical characteristics and neurological soft signs. *Psychiatry Res*. 2006 Dec 7;145(2-3):241-8
107. Poyurovsky M, Faragian S, Pashinian A ve ark. Neurological soft signs in schizophrenia patients with obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2007 Spring;19(2):145-50
108. Mason SE1, Bermanzohn PC, Siris SG Clinical trials and tribulations: implementation processes in schizophrenia research outcome *Psychiatry*. 1998 Winter;61(4):288-301
109. Meghani SR, Penick EC, Nickel EJ ve ark. Schizophrenia patients with and without OCD (NR138), in 1998

110. Bermanzohn PC Prevalance and prognosis of obsessive-compulsive phenomena in schizophrenia a critical view. *Psychiatric Ann* 1999, 29 508-512
111. Tiryaki A, Ozkorumak E Do the obsessive-compulsive symptoms have an effect in schizophrenia? *Compr Psychiatry*. 2010 Jul-Aug;51(4):357-62
112. Whitney KA, Fastenau PS, Evans JD, Lysaker PH, Comparative neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder and schizophrenia with and with out obsessivecompulsive symptoms *Schizophrenia Res*. 2004, 69;75-83
113. Güleç G, Güneş E, Yenilmez C Comparison of patients with schizophrenia, obsessive-compulsive disorder, and schizophrenia with accompanying obsessive-compulsive symptoms]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2008 Fall;19(3):247-56
114. Lysaker PH, Lancaster RS, Nees MA, Davis LW Attributional style and symptoms as predictors of social function in schizophrenia. *J Rehabil Res Dev*. 2004 Mar;41(2):225-32
115. Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, (2004): Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Arch Gen Psychiatry*; 61: 866–76
116. Saka MC, Atbaşoğlu EC (2007): Şizofreni Epidemiyolojisi, Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar; Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
117. Addington J, Addington D, Maticka- Tyndale E (1991): Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr. Res*. 4: 123-34
118. Harvey PD, Sharma T.(2002): Understanding and Treating Cognition in Schizophrenia (Şizofrenide Kognisyonu Anlama ve Tedavisi Klinisyenin El Kitabı), Editör: Hüsnü Erkmen

119. Gold J, Randolph C, Carpenter CJ, et al (1992:). Forms of memory failure in schizophrenia. *J.Abnorm. Psychol.*; 101: 487-94
120. Blyler C.R., Gold J.M. (2000) Cognitive effects of typical neuroleptics: Another look. In:Sharma T, Harvey P.D.,. *Cognition in schizophrenia*. Oxford: Oxford University Pres
121. Berman L, Merson A, Viegner B ve ark. Obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia a neuropsychological study. *J of Nerv and Men Dis* 1998; 186 150-51.
122. Patel DD, Laws KR, Padhi A ve ark. The neuropsychology of the schizo-obsessive subtype of schizophrenia: a new analysis. *Psychol Med*. 2010 Jun;40(6):921-33.
123. Kumbhani SR, Roth RM, Kruck CLve ark.Nonclinical obsessive-compulsive symptoms and executive functions in schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2010 Summer;22(3):304-12
124. Lee MJ, Shin YB, Sunwoo YK ve ark. Comparative Analysis of Cognitive Function in Schizophrenia with and without Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatry Investig*. 2009 Dec;6(4):286-93
125. Borkowska A, Pilaczyńska E, Rybakowski JK The frontal lobe neuropsychological tests in patients with schizophrenia and/or obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2003 Summer;15(3):359-62
126. Achim AM, Maziade M, Raymond E How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull*. 2011 Jul;37(4):811-21
127. Tumkaya S, Karadag F, Oguzhanoglu NK, Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: a neuropsychological comparison. *Psychiatry Res*. 2009 Jan 30;165(1-2):38-464

128. Hermesh H, Masser-Kavitzky R Obsessive-compulsive disorder and Jewish religiosity. *J Nerv Ment Dis.* 2003 Mar;191(3):201-3
129. Meijer JH, Swets M, Keeman S Is a schizo-obsessive subtype associated with cognitive impairment? Results from a large cross-sectional study in patients with psychosis and their unaffected relatives. *J Nerv Ment Dis.* 2013 Jan;201(1):30-5
130. Schirmbeck F, Esslinger C, Rausch F ve ark. Antiserotonergic antipsychotics are associated with obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Psychol Med.* 2011 Nov;41(11):2361-73
131. Allen L, Tejera C. Treatment of clozapine-induced obsessive-compulsive symptoms with sertraline. *Am J Psychiatry.* 1994 Jul;151(7):1096-7
132. Hosseini SH, Sheykhmounesi F, Shahmohammadi S. Evaluation of mental health status in caregivers of patients with chronic psychiatric disorders. *Pak J Biol Sci.* 2010 Apr 1;13(7):325-9

EK 1: Aydınlatılmış Onam Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR

Çalışmamızın amacı Obsesif Kompulsif Bozukluk'un eşlik ettiği şizofreni hastaları ile Obsesif Kompulsif Bozukluk'un eşlik etmediği şizofreni hastalarını sosyo-demografik, klinik ve nöropsikolojik özellikler açısından karşılaştırmaktır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18-65 yaş arasında olmanız, şizofreni tanısı konulmuş olması ya da şizofreni ve Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısının beraber konulmuş olması, en az 3 aydır hastalık durumu ve tedavi açısından dengeli durumda olunması, Kafa travması olmaması, Nörolojik Hastalık ve Zeka Geriliği olmaması, Alkol ve Madde kullanım bozukluğunun olmaması, Ciddi genel tıbbi hastalığının olmaması gerekmektedir. Bu çalışmaya davet edilmeniz sizde bu şartın karşılandığını göstermektedir.

NASIL BİR UYGULAMA OLACAKTIR

Bu çalışmaya katılımınızda toplam 2 görüşme yapılacaktır. İlk görüşmede önce doktorunuz sizin ile yaklaşık 2 saat süren bir görüşme yapacaktır. Bu görüşmede size ruhsal durumunuza dair birtakım sorular sorulacak ve ruhsal durumunuz ile ilgili bazı ölçek formlarını doldurmanız istenecektir. Sonraki görüşmede ise yaklaşık 1 saat süren 5 psikolojik test uygulanacaktır.

EK 1: Aydınlatılmış Onam Formu

Bu çalışma esnasında size herhangi bir bedensel girişim (muayene, kan alma, ilaç verme vb.) kesinlikle uygulanmayacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR

Araştırma ile ilgili olarak araştırma değerlendirme görüşmesine gelmek ve araştırma deneyine katılmak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR

Araştırmada yer alacak her iki gruba da en az 30 hasta alınması planlanmaktadır

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR

Yapılacak olan görüşme ve uygulanacak olan testler yaklaşık 2-3 saat kadar sürecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu araştırma ile ilgili beklenen herhangi bir risk bulunmamaktadır

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Teşhis koymaya ve değerlendirmeye yönelik yapılan görüşmeden sonra doktorunuz bu araştırma için uygun kriterlere sahip olmadığınızı belirlerse sizi çalışmaya almayabilir.

EK 1: Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma ile ilintili herhangi bir beklenmedik durumda, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0-232-3903401 nolu telefondan Dr. İsmail Özel'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Bu çalışma kapsamında herhangi bir gideriniz olmayacaktır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Bu çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı tarafından desteklenmektedir

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu çalışmaya katılmanız için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bununla beraber çalışma süresince hastanede kaldığımız süre içinde yiyecek ve içecek ihtiyaçlarınız karşılanacaktır.

EK 1: Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırma vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tüm bilgilere ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 5 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum

EK 1: Aydınlatılmış Onam Formu

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI&SOYADI		
ADRESİ		
TEL& FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI&SOYADI		
ADRESİ		
TEL& FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI&SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNDE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI&SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 2: Olgu Rapor Formu

OLGU RAPOR FORMU

Tarih:

1. Ad-Soyad:
2. Doğum Tarihi (GG/AA/YY): / / / Yaş:
3. Cinsiyet: 1-K 2- E
4. Medeni Durum: 1- Bekar 2- Evli 3- Boşanmış 4- Dul 5- Evli ama ayrı yaşıyor 6- Bekar ama birlikte yaşıyor
5. Sağlık Güvencesi: 1- Yok 2- SSK 3- Bağ-Kur 4- Emekli Sandığı 5- Yeşil Kart 6- Özel Sigorta 7- Diğer
6. Eğitim Durumu: 1- Okur-yazar değil 2- Okur-yazar 3- İlkokul 4- Ortaokul/İlköğretim 5- Lise 6- Yüksekokul (2 yıl) 6- Yüksekokul/Fakülte (4 yıl) 7- Lisansüstü 8- Doktora
7. Toplam eğitim süresi: /yıl
8. İş Durumu: 1- Çalışıyor (Gelir getirici sürekli iş) 2- Çalışıyor (Sürekli ve düzenli gelir getirici olmayan) 3- Çalışmıyor 4- Öğrenci 5- Malülen Emekli 6- Emekli 7- Kira, miras, faiz, kar payı vb. geliri var
9. İşdeki konumu: 1- Ücretli maaşlı 2- Kendi işi var ve tek başına çalışıyor 3- Kendi işi var ve yanında sayıda işçi çalıştırıyor 4- Diğer
10. Hayatı boyunca toplam çalışma süresi (Sürekli gelir getirici iş): /yıl
11. Haneye giren kişi başına düşen aylık gelir: TL/Kişi Başı
12. Ailede psikiyatrik hastalık: 1- Yok 2- Var
13. Ailede psikiyatrik hastalık varsa yakınlık derecesi: 1- 1.Derece (Anne-Baba-Çocuk) 2- 2. Derece (Kardeş-Dede-Nine-Torun) 3- 3.Derece (Amca-Hala-Dayı-Teyze-Yeğen) 4- 4.Derece (3. Derecedekilerin çocukları-kuzenler)

Ek 2: Olgu Rapor Formu

14. Ailede psikiyatrik hastalık varsa tanısı: 1- Bunama/Alzheimer 2- Alkol Bağımlılığı
3- Esrar/Madde/Uçucu Bağımlılığı 4- Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar 5-
Manik-Depresif Bozukluk 6- Depresif Bozukluk 7- Panik Bozukluk 8- Travma
Sonrası Stres Bozukluğu 9- Obsesif-Kompulsif Bozukluk 10- Diğer Anksiyete
Bozuklukları 11-
15. Somatoform Bozukluk 12- Konversiyon Bozukluğu 13- Yaygın Gelişimsel
Bozukluk ve Otizm 14- Zeka Geriliği 15- Diğer 16- Bilmiyor
16. Alkol: birim/ay (1birim alkol: 1 bardak bira-bir tek rakı- bir kadeh şarap)
17. Sigara: adet/gün
18. Geçmişte Alkol/Madde Bağımlılık/Kötüye Kullanım Öyküsü: 1- Var 2- Yok
19. Hastalık başlangıç yaşı:
20. Hastalık süresi (yıl olarak):
21. Hastalık başlangıcından ilk tedaviye kadar geçen süre (ay ya da yıl olarak):
22. Hastaneye yatış sayısı:
23. Hastaneye yatış süresi (ay olarak):
24. Obsesif-kompulsif (OK) semptomların ortaya çıkışı: 1- Psikotik semptomlardan
önce 2- Psikotik semptomlar ile birlikte 3- Psikotik semptomlardan sonra
25. OK semptomlar psikotik semptomlardan önce ortaya çıkmışsa süresi (ay ya da yıl
olarak):
26. İlk psikotik semptomun ortaya çıkma yaşı:
27. Şizofreni alt tipi: 1- Paranoid 2- Dezorganize 3- Rezidüel 4- Ayrılaşmamış
28. Defisit Sendrom: 1- Var 2- Yok
29. Vokal/Motor tikler eşlik ediyor mu: 1- Evet 2- Hayır

Ek 2: Olgu Rapor Formu

30. Şiddet davranışı: 1- Var 2- Yok

31. İntihar girişimi: 1- Var 2- Yok

32. Yasal sorun: 1- Var 2- Yok

33. Hastanın halen kullanmakta olduğu ilaç tedavisi (Her bir ilaç mg/g olarak):

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS):

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P):

P1. SANRILAR:

Temeli olmayan, gerçekdışı, alışılmamış ve garip inançlardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede hastanın kendisinin ifade ettiği düşüncelerin içeriği ve bu düşüncelerin tedavi ekibi veya ailenin aktardığı üzere, sosyal ilişkiler ve davranış üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili bir özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Billurlaşmamış, müphem ve kuvvetle bağlanılmamış bir veya iki sanrı vardır. Sanrılar düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranışı etkilemez.

4 ORTA: Zayıf yapılanmış, sabit olmayan, çok sayıda ve biçim değiştiren sanrılar vardır **veya** birkaç tane tam oluşmuş ve düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranışı arasına etkileyen sanrılar vardır.

5 ORTA/AĞIR: Kuvvetle bağlanılmış, çok sayıda sanrı vardır ve arasına düşünmeyi, sosyal ilişkileri veya davranışı etkilemektedir.

6 AĞIR: Billurlaşmış, muhtemelen iyi düzenlenmiş, kuvvetle inanılmış ve düşünmeyi, sosyal ilişkileri ve davranışı açıkça etkileyen sanrılar kümesi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Çok iyi düzenlenmiş **veya** çok sayıda olan ve hastanın yaşamını önemli derecede etkileyen sanrılar kümesi vardır. Bu durum, hasta veya yakınlarının güvenliğini de etkileyebilecek düzeyde, sorumsuz ve uygunsuz davranışlara sıklıkla neden olabilmektedir.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI:

Hedefe yönelik işleyişin bozulduğu dağınık düşünce süreci ile karakterizedir; ör:çevresellik, teğetsellik, çağrışımlarda kopukluk, sonuca bağlanamama, belirgin anlamsızlık veya düşünce blokları. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce çevresel, teğetsel veya mantık dışıdır. Düşünceleri hedefe yönlendirmede bir miktar güçlük vardır ve baskı altında çağrışımlarda kopukluk gözlenebilir.

4 ORTA: Konuşmalar kısa ve iyi yapılanmış olduğunda düşünceler toparlanabilmektedir, ancak daha karmaşık konuşmalar olduğunda veya hafif baskı altında çağrışımlarda gevşeme, konudan uzaklaşma olabilmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Baskı altında olunmadığında bile sıklıkla konu dışı konuşma, konular arasındaki ilişkileri kuramama veya çağrışımlarda kopukluk ile kendini gösteren biçimde düşünce toparlamada güçlük vardır.

6 AĞIR: Düşünmede, sürekli olarak belirgin derecede konu dışına çıkma ve düşünce sürecinde bozulmaya yol açacak şekilde, ciddi ölçüde sapma ve tutarsızlık vardır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünceler hastanın anlaşılmasız olmasına yol açacak düzeyde bozulmuştur. Çağrışımlardaki belirgin kopukluk hiçbir şekilde iletişim kurulamamasına neden olmaktadır (ör:kelime salatası veya mutizm).

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

P3. VARSANILAR:

Dış uyananlarla oluşturulmayan algıların varlığının sözel olarak bildirilmesi veya davranışlarla ortaya konmasıdır. Bu algılar işitme, görme, koku varsanıları veya bedensel varsanılar olabilir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibinin veya ailenin bildirdiği davranışların yanı sıra görüşme sırasında hastanın bu algıları sözel olarak ifade etmesi ve bu algılara göre davrandığının gözlenmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Bir veya iki tane açık ancak sık olmayan varsanı vardır **veya** düşünce veya davranışta bozulmaya neden olmayan birkaç tane müphem, anormal algı sözkonusudur.

4 ORTA: Varsanılar sürekli olmamakla beraber sıklıkla vardır, ancak hastanın düşünme ve davranışları çok hafif düzeyde etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Varsanılar siktir ve değişik varsanılar (işitme, görme, koku vb.) birarada olabilir. Bu varsanılar düşünceyi bozmakta ve/veya davranışı etkilemektedir. Hasta bu yaşantıları sanrılarla yorumlayabilir, bunlara duygusal ve bazen de sözel olarak yanıt verebilir.

6 AĞIR: Varsanılar hemen hemen sürekli, düşünce ve davranışta belirgin bozulma yapacak düzeydedir. Hasta bunları gerçek algılar olarak değerlendirmektedir ve bu algılara verdiği duygusal ve sözel yanıtların sık olması hastanın işlevselliğini bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın zihni tamamen düşünce ve davranışlara hakim olan varsanılarla meşguldür. Varsanılarına değiştirilemeyen sanrılı yorumlar eşlik etmekte ve varsanılarına boyun eğerek uyma şeklinde sözel ve davranışsal tepkiler görülebilmektedir.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

P4. TAŞKINLIK:

Hareketler ve davranışlarda hızlanma, çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artma (aşırı uyarılmışlık) ve duygudurumda hızlı değişmeler (oynaklık) ile kendini gösteren aşırı hareketlilik durumudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Görüşme boyunca hafif ajitasyon, artmış uyanıklılık veya hafif düzeyde çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artış göstermeye meyillidir, ancak belirgin taşkınlık nöbetleri veya duygudurum oynaklığı yoktur. Konuşma hafif basınçlı olabilir.

4 ORTA: Görüşme boyunca ajitasyon veya aşırı uyarılmışlık belirgindir ve konuşmayı, genel hareket halini etkilemektedir **veya** seyrek olarak ani taşkınlık patlamaları oluşmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Hastada her an birkaç dakikadan fazla yerinde oturmasına engel olacak düzeyde belirgin aşırı hareketlilik **veya** sıkça olan hareketlilik patlamaları vardır.

6 AĞIR: Görüşmede dikkati bozan ve yeme, uyuma gibi kişisel işlevleri belli bir derecede etkileyen belirgin düzeyde taşkınlık gözlenmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin düzeyde taşkınlık, yeme ve uyumayı ciddi ölçüde etkilemekte ve kişiler arası ilişki kurmayı imkansız hale getirmektedir. Konuşmada ve beden hareketlerindeki hızlanma hastanın anlaşılmaz olmasına ve bitkin hale düşmesine neden olmaktadır.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI:

Olağanüstü yeteneklere, servete, bilgiye, üne, güce ve ahlaki değerlere sahip olma gibi abartılmış şekilde kendini algılama ve gerçekdışı üstünlük duygusudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında ifade edilen düşünceler ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir

3 HAFİF: Belirgin büyüklük sanrıları olmamakla birlikte hafif kabarma veya kendini övme vardır.

4 ORTA: Gerçek dışı ve kesin bir biçimde kendini diğer insanlardan üstün hissetmektedir. Özel bir konuma veya özel yeteneklere sahip olma biçiminde tam oluşmamış sanrılar olsa da bunlar doğrultusunda davranılmamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Özel yeteneklere, konuma veya güce sahip olmayla ilgili belirgin sanrılar belirtilmekte ve tutumu etkilemektedir, ancak davranışı etkilememektedir.

6 AĞIR: Bir özellikten daha fazlasını kapsayan (servet, bilgi, ün vb.) alanlarla ilgili belirgin üstünlük sanrıları belirtilmekte ve ilişkileri etkilemekte, bunlar doğrultusunda davranılabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Acayip özellikler gösterebilen, üstün yetenek, bilgi, ün, güç ve/veya ahlaki değerlerle ilgili çok sayıda sanrılar düşünmeye, ilişkilere ve davranışa hakim durumdadır.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME:

Savunuculuk, güvensiz tutum, kuşkuvar nedeniyle tetikte olma veya birilerinin kendisine zarar vermeye çalıştığına dair bariz sanrılardan anlaşıldığı üzere gerçekdışı veya abartılmış kötülük görme düşünceleri vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede ifade edilen düşünce içeriği ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Savunucu veya açıkça güvensiz bir tutum içindedir, ancak düşünceleri, ilişkileri ve davranışları çok az etkilenmektedir.

4 ORTA: Güvensizlik belirgindir ve görüşmeyi ve/veya davranışı etkilemektedir, ancak kötülük görme sanrıları yoktur, **veya** tam oluşmamış kötülük görme sanrıları bulunabilir, ancak bunlar hastanın tavrını veya kişilerarası ilişkilerini etkilememektedir.

5 ORTA /AĞIR: Hasta kişilerarası ilişkilerini ciddi ölçüde bozacak düzeyde belirgin güvensizlik göstermektedir **veya** kişilerarası ilişkiler ve davranışı sınırlı ölçüde etkileyen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

6 AĞIR: İyi düzenlenmiş sayılabilen ve kişilerarası ilişkileri ciddi düzeyde etkileyebilen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bir seri iyi düzenlenmiş kötülük görme sanrıları örgüsü hastanın düşünmesine, sosyal ilişkilerine ve davranışına hakimdir.

P7. DÜŞMANCA TUTUM:

İğneleyici konuşma, pasif agresif davranış, sözel saldırı veya saldırganlık gibi sözel veya sözel olmayan öfke ve küskünlük ifadeleridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlarıdır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: İğneleyici konuşma, saygısızlık gösterme, düşmanca ifadeler ve arasına olan sinirlilik gibi öfke ifadeleri doğrudan değildir **veya** sınırlıdır.

4 ORTA: Sık sinirlenme ve doğrudan öfke veya küskünlük ifadeleri gösteren, açık bir düşmanca tutum içindedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta oldukça kolay kızar ve zaman zaman tehdit edici veya küfürlü konuşmaları olmaktadır.

6 AĞIR: İşbirliği kuramaması ve küfürlü konuşması **veya** sözel tehditleri görüşmeyi ve toplum ilişkilerini ciddi ölçüde etkilemektedir. Hasta hırçın veya tahrip edici olabilir ancak diğer insanlara karşı fiziksel güç kullanmaz.

7 ÇOK AĞIR: Şiddetli öfke nedeniyle işbirliği kuramamakta ve dolayısıyla ilişkileri engellenmekte **veya** diğer insanlara fiziksel güç kullanarak saldırması söz konusu olmaktadır.

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N):

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME:

Duygusal yanıtta azalma yüz ifadesinde, duyguların ayarlanmasında ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinde azalma ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında duygulanım ve duygusal yanıtın fiziksel ifade biçimlerinin gözlemidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Yüz ifadesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerindeki değişiklikler tutuktur, zorlamalıdır, yapmadır veya iyi ayarlanamaz.

4 ORTA: Yüz ifadesindeki ve az sayıdaki el kol hareketindeki azalma donuk bir görünüme neden olmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Nadiren yüz ifadesinin değişmesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinin azalması ile duygulanım genelde “künttür”.

6 AĞIR: Çoğu zaman belirgin küntlük ve duygularda azalma görülmektedir. Taşkınlık, öfke ve uygunsuz, kontrol edilemeyen gülme şeklinde ayarsız, aşırı duygulanım ifadeleri olabilir.

7 ÇOK AĞIR: Yüz ifadesinde değişim ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketleri hiç yoktur. Hasta sürekli boş veya “heykel gibi” bir ifade içindedir.

N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME:

Gündelik olaylara karşı ilgi eksikliğinin olması ve duygusal katılmanın olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin hastanın işlevselliğiyle ilgili görüşleri ve hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genelde bir işe kalkışmaya hevesi yoktur ve arasıra çevredeki olaylara karşı ilgi azlığı gösterebilir.

4 ORTA: Hasta genelde çevresinden ve bu çevrenin getirdiği güçlüklerden duygusal olarak uzaklaşmıştır, ancak yüreklendirilirse ilişki kurar.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

5 ORTA/AĞIR: Hasta katılımını sağlamak için harcanan tüm çabalara rağmen çevresindeki kişiler ve olaylardan duygusal olarak uzaklaşmıştır. Hasta mesafeli, uysal ve amaçsız gözükmemektedir, ancak kısa süre için de olsa iletişim kurabilmekte ve bazen yardım gerekse de kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir.

6 AĞIR: Belirgin ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama hastanın diğer insanlarla konuşmasını sınırlamaktadır ve aynı zamanda ancak gözetim altında yapabildiği kişisel işlevlerini sıkça ihmal etmesine neden olmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Ağır ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama nedeniyle hasta hemen hemen tamamıyla içe kapanmıştır, ilişki kuramamaktadır ve kişisel ihtiyaçlarını ihmal etmektedir.

N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK:

Hastanın başkalarına empati yapamaması, görüşme sırasında açık olamaması, görüşmeciyi yakınlık kuramaması ve bu kişiye ilgisiz kalmasıdır. Bu durum hastanın mesafeli durması, sözel ve sözel olmayan iletişiminin az olması şeklinde gözlenebilir. Değerlendirmede temel alınacak veri hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma tutuk, zorlamalı ve yapay bir tondadır. Duygusal derinliği olmayabilir veya kişisel olmayan, entelektüel bir tarzda sürmeye meyilli olabilir.

4 ORTA: Hasta tipik olarak kişiler arası ilişkilerde belirgin mesafelidir. Sorulara mekanik olarak cevap verip sıkılmış gibi veya ilgisiz davranabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın ilgisizliği belirgindir ve bu durum görüşmenin verimliliğini açıkça bozmaktadır. Hasta göz göze gelmekten kaçınabilir.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

6 AĞIR: Hastanın kayıtsız, mesafeli tavrı oldukça belirgindir. Yanıtları baştan savmadır ve ilgisine dair sözel olmayan göstergeler çok azdır. Göz göze gelmekten sıklıkla kaçınır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta görüşmeciye karşı tamamen ilgisizdir. Tamamen kayıtsızdır ve görüşme boyunca sözel ve sözel olmayan etkileşimlerden sürekli kaçınır.

N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME:

Pasiflik ve kayıtsızlık, enerji azalması ve irade kullanamama nedeniyle toplumsal etkileşimlerde ilgi ve girişimlerin azalmasıdır. Bu durum kişiler arası ilişkilerde azalmaya ve günlük aktivitelerde ihmale neden olmaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sosyal aktivitelere arasıra ilgi göstermekle beraber girişimi azdır. Genellikle ilk adımı başkaları attığında ilişki kurmaktadır.

4 ORTA: Çoğu sosyal aktiviteye pasif olarak katılmaktadır, ancak ilgisiz ve mekanik bir tavır sözkonusudur. Arka planda kalmaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Hiçbir ilgi ve girişim göstermeden aktivitelerin çok azına pasif olarak katılmaktadır.

6 AĞIR: Sosyal aktivitelere nadiren katılır, arasıra kişisel ihtiyaçlarını ihmal eder, kayıtsız olmaya ve kendibaşına kalmaya meyillidir. Kendiliğinden gelişen sosyal ilişkileri çok azdır.

7 ÇOK AĞIR: Tamamen kayıtsızdır, yalnızdır ve kendini ihmal etmektedir.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ:

Soyut ve simgesel düşünmedeki bozulmadır; sınıflandırma, genellemeler yapma ve ve problem çözmeye yönelik işlerde benmerkezcil ve somut düşüncenin ötesine geçebilmede güçlüktür. Değerlendirmede temel alınacak veriler, benzerlikler ve atasözleriyle ilgili sorulara verilen yanıtlar ve görüşme boyunca somuta karşı soyut düşüncenin kullanımının değerlendirilmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Daha zor atasözlerine harfiharfine veya kişisel açıklamalar getirmeye meyillidir ve açıkça soyut veya birbirleriyle uzaktan ilişkili kavramları anlamakta güçlük çekmektedir.

4 ORTA: Genellikle somut düşünce tarzını kullanmaktadır. Çoğu atasözleri ve bazı kategorileri anlamada güçlüğü vardır. Düşünce bahsi geçen nesnelere işlevsel yönlerine ve en göze çarpan özelliklerine kaymaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Çoğu atasözlerinde ve kategorilerde zorlanmasına yol açacak şekilde somut tarzda düşünmektedir.

6 AĞIR: Hiçbir atasözünün veya mecazi ifadenin soyut anlamını kavrayamamaktadır ve bahsi geçen nesnelere en basit benzerliklere göre sınıflandırmaktadır. Düşünce ya anlamsızdır ya da bahsi geçen nesnelere işlevsel yönlerine, en göze çarpan özelliklerine ve bunlarla ilgili alışılmamış yorumlamalara takılıp kalmıştır.

7 ÇOK AĞIR: Sadece somut tarzda düşünebilmektedir. Hiçbir atasözünü, mecaz veya teşbihi ve basit kategorileri kavrayamamaktadır. En göze çarpan ve işlevsel özellikleri bile sınıflandıramamaktadır. Bu derecelendirme belirgin bilişsel bozukluk nedeniyle muayene yapan kişiyle hiçbir ilişkiye giremeyen hastalar için de yapılabilir.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI:

Kayıtsızlık, irade kullanamama, savunuculuk veya bilişsel yetilerdeki bozukluktan dolayı konuşmanın akışındaki yavaşlamadır. Sözel etkileşim sürecinde akıcılıkta ve üretkenlikteki azalmayla seyreder. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında izlenen bilişsel-sözel süreçtir

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşmaya çok az isteği vardır. Hastanın yanıtları doğrudan ve soruya yanıt tarzında, kısa ve sade olmaya meyillidir.

4 ORTA: Konuşmada serbest akış yoktur ve konuşma düzgün değildir veya duraksamalıdır. Yeterli yanıtların alınabilmesi ve konuşmanın devam edebilmesi için sıkça yönlendirici sorular gerekmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin sorularına bir veya iki kısa cümle ile yanıt verir. Kendiliğinden ve açık bir biçimde konuşmada belirgin eksiklik vardır.

6 AĞIR: Konuşmayı kısaltmak veya konuşmaktan kaçınmak isteğiyle hastanın yanıtları birkaç kelime veya cümle ile sınırlanmaktadır (ör: “bilmiyorum”, “söylemeye izinli değilim”). Bu nedenle karşılıklı konuşma ciddi biçimde bozulmaktadır ve görüşme ilerlemez.

7 ÇOK AĞIR: Sözel iletişim tektük kelimelerle sınırlıdır ve karşılıklı konuşma imkansızlaşmaktadır.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME:

Düşünmenin akıcılığı, kendiliğinden oluşu ve esnekliği azalmıştır ve değişmez, tekrarlayıcı veya sıg düşünce içeriği ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Tavırlar veya inançlarda bir miktar değişmezlik gözlenir. Hasta diğer durumları gözönüne almayı reddedebilir veya bir düşünceden diğerine geçmede zorlanabilir

4 ORTA: Konuşma, yeni bir konuya geçişi güçleştirecek biçimde tekrarlayan bir konu etrafında dönmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin çabalarına rağmen, düşünme o kadar değişmez ve tekrarlayıcıdır ki konuşma iki veya üç konuyla sınırlı kalmaktadır.

6 AĞIR: Taleplerin, ifadelerin, düşüncelerin veya soruların kontrol edilemeyen tekrarları konuşmayı ciddi ölçüde bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünme, davranış ve konuşmaya, sabit, tekrarlayan düşünceler veya sınırlı cümleler hakimdir. Bu durum konuşmada uygunsuzluğa, değişmezliğe ve sınırlılığa neden olur.

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G):

G1. BEDENSEL KAYGI:

Bedensel yakınmalar veya bedensel bir hastalık veya işlev bozukluğu olduğuna dair inançlar vardır. Bu durum, müphem bir hastalık algısından ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrılara kadar değişen belirtileri kapsamaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta olmadığına ilişkin teminat verilmesi isteğiyle sorduğu sorulardan anlaşıldığı üzere, sağlık veya bedenle ilgili konularda belirgin kaygısı vardır.

4 ORTA: Sağlığın kötüleşmesi veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili yakınmalar vardır, ancak bunlar sanrı düzeyinde değildir ve teminat ile aşırı kaygı yatıştırılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın fiziksel bir hastalık veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili olarak sık ve çok sayıda yakınması vardır **veya** hasta bu konularda zihnini sürekli meşgul etmeyen bir veya iki açık sanrı sergilemektedir.

6 AĞIR: Hastanın zihni bedensel bir hastalık veya organlarda işlev bozukluğuyla ilgili belirgin bir veya birkaç sanrıyla meşguldür, ancak duygulanımı tamamen bu konulara gömülmemiştir ve biraz çabayla görüşmeci hastanın düşüncelerini farklı yöne yönlendirebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın duygulanımına ve düşüncelerine tamamen hakim olan çok sayıda ve sık somatik sanrılar **veya** birkaç tane ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrı vardır.

G2. ANKSİYETE:

Şimdiki durum veya gelecekle ilgili aşırı kaygıdan panik duygusuna kadar değişen derecelerde sinirlilik, endişe, kaygıyla bekleme veya huzursuzluk gibi öznel bir yaşantıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında bu duyguların sözel olarak ifade edilmesi ve bunlarla ilgili olarak gözlenen fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

3 HAFİF: Bir miktar endişe, aşırı kaygı veya öznel huzursuzluk ifade edebilir, ancak bu duruma bağlı beden ve davranış değişiklikleri bildirilmez veya görülmez.

4 ORTA: Hasta, ellerde ince tremor ve aşırı terleme gibi hafif bedensel belirtilerin eşlik ettiği belirgin sinirlilik belirtileri bildirmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta, belirgin gerginlik, konsantrasyon bozukluğu, çarpıntı veya uyku bozukluğu gibi önemli fiziksel ve davranışsal belirtilere yol açan ciddi anksiyete belirtileri bildirmektedir.

6 AĞIR: Fobiler, belirgin huzursuzluk veya çok sayıda bedensel belirtilerle ilişkili olan, hemen hemen süregelen ve öznel bir korku hissi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bazen panik düzeyine ulaşan ve hemen hemen sürekli olan **veya** gerçek panik atakları şeklinde görülen anksiyete durumu hastanın hayatını ciddi şekilde etkilemektedir.

G3. SUÇLULUK DUYGULARI:

Geçmişteki gerçek veya hayali hatalardan dolayı vicdan azabı veya kendini suçlama hissidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede suçluluk duygusunun ifade edilmesi ve bunun tavırlar ve düşünceler üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sorgulama ile önemsiz bir olayla ilgili müphem bir suçluluk veya kendini suçlama hissi ortaya çıkmaktadır, ancak hasta açık olarak fazla endişeli değildir.

4 ORTA: Hasta, hayatındaki gerçek bir olaydan dolayı kendisini sorumlu tuttuğunu ifade etmektedir, ancak zihni sürekli bununla meşgul değildir ve tavır ve davranışları bundan etkilenmemektedir.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

5 ORTA/AĞIR: Hasta, kendini küçük görme veya cezalandırılmayı hakketme düşüncelerinin eşlik ettiği güçlü bir suçluluk duygusu ifade etmektedir. Suçluluk duyguları sanrı niteliğinde olabilir, nedeni olmaksızın ortaya çıkabilir, zihin meşguliyeti ve/veya çökkün duygudurumun kaynağı olabilir ve görüşmeci tarafından yatıştırılmaz.

6 AĞIR: Güçlü suçluluk düşünceleri sanrı özelliğine bürünür ve ümitsizlik veya değersizlik hislerine yol açar. Hasta yaptığı hatalar için sert bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanmaktadır ve hatta o anda içinde bulunduğu şartları bir ceza olarak görebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın yaşamı değişmesi mümkün olmayan suçluluk sanrılarının etkisi altındadır ve bu nedenle hasta hapse atılma, işkence veya ölüm gibi ağır cezalar hakettiğini düşünmektedir. Ek olarak intihar düşünceleri veya başkalarının sorunlarını kendisinin geçmiş hatalarına bağladığı görülebilir.

G4. GERGINLİK:

Vücudun sertleşmesi, tremor, belirgin terleme ve huzursuzlukla kendini gösteren korku, anksiyete ve ajitasyonun açık fiziksel belirtileridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede anksiyetenin sözel olarak ifadesi ve görüşme sırasında gerginliğe bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kaygıyla bekleyişin göstergeleri olarak hafif rijidite, arasıra olan yerinde duramama hali, pozisyon değiştirme veya ellerde ince tremor gibi vücut duruşu ve hareketleri görülmektedir.

4 ORTA: Kıpır kıpır olma, ellerde belirgin titreme, aşırı terleme veya heyecanlı tavırlar gibi çeşitli belirtilerle sinirli bir görünüm ortaya çıkmaktadır.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

5 ORTA/AĞIR: Heyecan nedeniyle titreme, belirgin terleme ve huzursuzluk gibi çok sayıda belirtiler belirgin gerginliğe işaret etmektedir, ancak görüşmedeki davranışlar önemli ölçüde etkilenmemiştir.

6 AĞIR: Kişiler arası ilişkileri bozacak düzeyde belirgin gerginlik vardır. Hasta uzun süre bir yerde oturamayacak derecede huzursuz olabilir veya hızla soluk alıp verebilir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin gerginliğin göstergesi olarak hızla ve huzursuzca ileri geri yürüme ve bir dakikadan fazla yerinde oturamama gibi panik belirtileri veya hareketlerde hızlanma gözlenir ve bu nedenle konuşma sürdürülemez.

G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU:

Garip, tutuk, uyumsuz veya acayip görünümlü doğal olmayan hareketler veya vücut duruşudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme boyunca gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerde hafif derecede bir gariplik **veya** vücut duruşunda hafif bir rijidite vardır.

4 ORTA: Hareketler belirgin olarak gariptir veya düzensizdir **veya** kısa süreli doğal olmayan bir vücut duruşu vardır.

5 ORTA/AĞIR: Arasıra acayip törensel hareketler veya çarpık bir vücut duruşu gözlenmektedir **veya** uzunca bir süre korunan anormal bir vücut duruşu vardır.

6 AĞIR: Acayip törensel hareketlerin, manyerizmin veya stereotipik hareketlerin sıkça tekrarı **veya** uzunca bir süre korunan çarpık bir vücut duruşu vardır.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

7 ÇOK AĞIR: Sürekli olan törensel, manyeristik veya stereotipik hareketler **veya** doğal olmayan sabit bir postürün uzun süre korunması nedeniyle işlevsellik ciddi ölçüde bozulmaktadır.

G6. DEPRESYON:

Üzüntü, kendine güvenememe, çaresizlik ve kötümserlik duygularıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında çökkün duygudurumun gözlenmesi ve bunun tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere tavır ve davranışlardaki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sadece sorulduğunda bir miktar çaresizlik ve üzüntü dile getirir, ancak genel tavrında veya davranışlarında depresyonla ilgili özellikler yoktur.

4 ORTA: Açığa vurulabilen belirgin üzüntü veya çaresizlik duyguları vardır, ancak çökkün duygudurumun davranış ve sosyal işlevler üzerine etkisi yoktur. Hasta genelde neşelendirilebilir.

5 ORTA/AĞIR: Belirgin üzüntü, kötümserlik, sosyal ilgi kaybı, psikomotor yavaşlama ve bir miktar uyku ve iştah sorunlarıyla giden bariz çökkün duygudurum vardır. Hasta kolaylıkla neşelendirilemez.

6. AĞIR: Sürekli ağır elem, arasıra ağlama, çaresizlik ve değersizlik duyguları ile giden belirgin çökkün duygudurum vardır. Ek olarak, önemli düzeyde iştah ve/veya uyku bozukluğu, kendine bakmamayla ilgili belirtilerin de görülebileceği motor ve sosyal davranışlarda bozukluk vardır.

7. ÇOK AĞIR: Çökkün duygudurum bir çok önemli işlevi ciddi ölçüde etkilemektedir. Sık ağlama, belirgin bedensel belirtiler, dikkat bozukluğu, psikomotor yavaşlama, sosyal

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

ilgisizlik, kendine bakmama, muhtemel depresif veya nihilistik sanrılar ve/veya muhtemel intihar düşünceleri veya girişimi gibi belirtiler vardır.

G7. MOTOR YAVAŞLAMA:

Hareketlerin ve konuşmanın yavaşlaması ve azalması, uyaranlara verilen yanıtta azalma ve beden kuvvetindeki azalmadan anlaşılabilceği üzere motor aktivitede azalma vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi ve ailenin bildirdiği belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerin ve konuşmanın hızında hafif ancak gözlenebilir bir azalma vardır. Hastanın konuşması ve iletişimde kullandığı el kol hareketlerinde bir miktar azalma olabilir.

4 ORTA: Hastanın hareketleri açıkça yavaşlamıştır ve sorulara uzun sürede yanıt verilmesi, konuşmada uzamış duraklamalar olması veya konuşmanın hızının yavaşlaması ile konuşmanın verimliliği azalmıştır.

5 ORTA/AĞIR: Motor aktivitedeki belirgin azalma iletişimi verimsiz kılmaktadır **veya** toplumsal ve mesleki işlevselliği sınırlamaktadır. Hasta genellikle ya yatar ya oturur durumda bulunmaktadır.

6 AĞIR: Hareketlerdeki aşırı yavaşlama aktivite ve konuşmanın en aza indirgenmesine neden olmaktadır. Genel olarak hasta gününü yatarak veya uzanarak geçirmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Hasta tamamen hareketsizdir ve dış uyaranlara yanıt vermemektedir.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA:

Görüşmeci, hastane çalışanları veya hastanın ailesinin de dahil olduğu önemli kişilerle güvensizlik, savunuculuk, inatçılık, karşı gelme eğilimliliği, otoriteyi reddetme, düşmanca tutum veya kavgacılık gibi nedenlerden ötürü uyum sağlamayı aktif olarak reddetmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gücenen, tahammülsüz veya iğneleyici bir tutumla cevap verir. Görüşmedeki hassas sorgulamaya alınganlık göstermeden itiraz edebilir.

4 ORTA: Kendi yatağını yapma, önceden planlanan programlara katılma gibi normal sosyal gerekliliklere arasıra ani olarak karşı koyar. Düşmanca, savunucu veya karşı gelme eğilimi olan bir tutum gösterebilir, ancak bu tutumu genellikle ele alınabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta sıklıkla çevresinin taleplerine uyum göstermez ve başkaları tarafından “toplum dışı” veya “ciddi bir davranış sorunu olan kimse” şeklinde tanımlanır. Görüşmeciye karşı belirgin savunuculuk ve alınganlık göstermesi ve muhtemelen birçok soruyu yanıtlamak istememesi işbirliği kurulamadığının göstergeleridir.

6 AĞIR: Hasta işbirliği kurmayan, karşı gelme eğilimli ve kavgacı bir tutum içindedir. Sosyal gerekliliklerin çoğuna uymayı reddeder. Görüşmeye başlamayı veya görüşmeyi sonuna kadar sürdürmeyi reddedebilir

7 ÇOK AĞIR: Tüm önemli işlev alanlarını ciddi ölçüde etkileyecek düzeyde aktif bir karşı koyma tutumu vardır. Hasta herhangi bir sosyal aktiviteye katılmayı, kişisel temizliğiyle

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

ilgilenmeyi, ailesi veya sağlık personeliyle konuşmayı ve görüşmeye kısa süre için bile olsa katılmayı reddeder.

G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ:

Yabancı veya alışılmadık olan düşüncelerden çarpıtılmış, mantıkdışı ve saçma düşüncelere kadar değişen bir dağılım gösteren, garip, hayali veya acayip düşüncelerin olmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce içeriği bir miktar garip veya alışılmamıştır **veya** herkesin aklından geçebilecek düşünceler garip bir bağlam içinde düşünülmektedir.

4 ORTA: Düşünceler sıklıkla çarpıtılabilir ve zaman zaman oldukça acayıptır.

5 ORTA /AĞIR: Hasta birçok garip ve hayali (ör: bir kralın daha sonra evlat edinilen oğlu olduğu, ölüm listesinde olup daha sonra kurtulduğu) **veya** tamamen anlamsız bazı (ör: yüzlerce çocuğa sahip olduğu, dış dolgusu aracılığıyla uzaydan radyo mesajları aldığı) düşünceler aktarır.

6 AĞIR: Hasta birçok mantıksız veya anlamsız düşünceler **veya** belirgin acayip niteliği olan bazı düşünceler (ör: üç tane kafası olduğu, başka bir gezegenden gelen bir ziyaretçi olduğu) aktarır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünce içeriği tamamen saçma ve acayip düşüncelerden oluşmaktadır.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

G 10. YÖNELİM BOZUKLUĞU:

Kişinin kişi, zaman ve yer yöneliminin bozulması, çevresiyle olan ilişkisinin konfüzyon veya bir kesilme durumuna bağlı olarak farkında olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında yönelimle ilgili sorulara verilen yanıtlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genel olarak yönelim korunmuştur, ancak bazı ayrıntılarla ilgili zorluk yaşanmaktadır. Örneğin, hasta bulunduğu yeri bilse de sokak adresini bilmemektedir; hastane personelinin isimlerini bilse de görevlerini bilmemektedir; hangi ayda olduğunu bilse de günü bir sonraki günle karıştırmaktadır; veya tarihi iki günden fazla olmak üzere karıştırmaktadır. İlgi alanında, sağlık personeli gibi yakın çevreyi tanıyabilme, ancak devlet ve siyaset adamları gibi daha uzak olan çevreyi tanıyamama şeklinde bir daralma söz konusu olabilir.

4 ORTA: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada kısmi başarı vardır. Örneğin hasta hastanede bulunduğunu bilmekte ancak hastanenin adını bilmemektedir; bulunduğu şehri bilmekte ancak mahalle adını bilmemektedir; kendi terapistinin adını bilmekte ancak diğer birçok sağlık personelinin adını bilmemektedir; yıl ve mevsimi bilmekte ancak aydan emin olamamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada önemli ölçüde bozukluk vardır. Hasta nerede olduğuna dair müphem bir fikre sahiptir veya çevresindeki çoğu insanı tanıyamamaktadır. Yılı doğru veya doğruya yakın olarak bilse de içinde bulunulan ayı, haftanın gününü veya mevsimi bilmemektedir.

6 AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada belirgin bozukluk vardır. Örneğin hastanın nerede olduğuna dair hiçbir fikri yoktur; tarihi bir yıldan fazla olmak üzere karıştırmaktadır; şu andaki yaşamında sadece bir veya iki kişinin ismini bilmektedir.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

7 ÇOK AĞIR: Hastanın kişilere, yere ve zamana ait yönelimi tamamen bozulmuştur. Bulunduğu yer, içinde bulunduğu yıl ve hatta ebeveynleri, eşi, arkadaşları ve kendi terapisti gibi en çok tanıdığı insanları bile bariz olarak karıştırmakta veya bilememektedir.

G 11. DİKKAT AZALMASI:

Dikkatin odaklanmasında bir azalma vardır ve bu durum kendini dikkati toplamada zayıflama, dikkatte iç ve dış uyaranlar nedeniyle dağılma ve dikkati bir durum üzerinde tutma, koruma veya yeni bir uyaran üzerinde toplamada güçlük ile belli eder. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme sırasında gözlenen belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Arasına dikkatte dağılmaya meyil veya görüşmenin sonuna doğru dikkatin dağılması şeklinde görülebilen dikkati toplama sorunu vardır.

4 ORTA: Dikkatte kolayca dağılma, dikkati bir konu üzerinde uzun süre tutamama veya dikkati yeni konulara çevirmede zorluk nedeniyle konuşma etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Dikkati toplayamama, dikkatte kolayca dağılma ve dikkati yeni konulara odaklama zorluğu nedeniyle konuşma ciddi olarak engellenmektedir.

6 AĞIR: İç ve dış uyaranların dikkati dağıtması nedeniyle hastanın dikkati çok kısa süre için veya çok büyük çabayla toparlanabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Dikkat o kadar bozulmuştur ki hastanın kısa bir süre konuşması bile mümkün değildir.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

G 12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ:

Kişinin kendi psikiyatrik rahatsızlığının ve içinde bulunduğu durumun farkında olması veya bunları anlamasındaki eksikliklerdir. Bu durum, geçmişteki veya şu andaki psikiyatrik hastalığı veya belirtileri kabul etmeme, hastaneye yatma veya tedavi görme ihtiyacını reddetme, sonuçlarının ne olacağını çok kestiremediği kararlar verme ve gerçekçi olmayan kısa ve uzun vadeli planlar yapma şeklinde gözlenir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Psikiyatrik bir bozukluğu olduğunu kabul eder, ancak ciddiyetini, tedavinin gerekçelerini **veya** hastalığın tekrarlamaması için önlem alması gerektiğini hafife almaktadır. Geleceğe yönelik tasarlama bozukluk vardır.

4 ORTA: Hasta hastalığını tamamen değil, yüzeysel olarak kabul etmektedir. Hastalığın farkında olma durumu değişebilmektedir **veya** varolan sanrılar, düşünce dağınıklığı, şüphencilik ve kendini toplumdan çekme gibi belirtilerin çok az farkında olmaktadır. Hasta tedaviye olan ihtiyacının anksiyete, gerginlik, uyku bozukluğu gibi daha geriplandaki belirtiler için olduğunu düşünmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Psikiyatrik rahatsızlığının geçmişte olduğunu, ancak şu anda hasta olmadığını düşünmektedir. Üstüne gidilirse, yanlış yorumlamalar veya sanrısaldüşünce ile açıklamaya meyilli olduğu ilgisiz veya önemsiz bazı belirtilerin varlığını kabul edebilir. Psikiyatrik tedaviye ihtiyacı olduğunu farkında değildir.

6 AĞIR: Hasta geçmişte bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu kabul etmez. Geçmişte veya şu anda herhangi bir psikiyatrik belirtinin var olduğunu kabul etmez; uyum göstermesine rağmen tedavi ve hastaneye yatma ihtiyacını olduğunu da yadsır.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

7 ÇOK AĞIR: Geçmişte veya şu andaki psikiyatrik hastalık varlığını yadsır. Hastaneye yatışını ve tedavisini sanrılı biçimde yorumlar (ör: geçmişteki kötülüklerin cezası, işkencecilerin zulmü gibi) ve bu nedenle terapistlere, ilaç tedavisine ve tedavinin diğer yönlerine uymayı reddeder.

G 13. İRADE BOZUKLUĞU:

Kişinin düşüncelerinin, davranışının, hareketlerinin ve konuşmasının iradi olarak başlatılması, sürdürülmesi ve kontrol edilmesindeki bozukluktur. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme boyunca gözlenen düşünce içeriği ve davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma ve düşünmedeki hafif derecedeki kararsızlık sözel ve bilişsel süreçleri biraz engelleyebilir.

4 ORTA: Hasta genellikle ikilemedir ve karar vermede belirgin güçlük çekmektedir. Düşüncedeki gelgitler nedeniyle konuşma etkilenmektedir ve sonuç olarak sözel ve bilişsel işlevsellik açıkça bozulmuştur.

5 ORTA/AĞIR: İrade güçlüğü hem düşünce hem davranışı etkilemektedir. Hasta toplumsal ve hareketle ilgili aktivitelerin başlatılması ve sürdürülmesini bozacak ve konuşmada duraklamaya da neden olabilecek düzeyde belirgin kararsızlık gösterir.

6 AĞIR: İrade güçlüğü giyim kuşam gibi basit, otomatik işlevlerin bile yapılmasına engel olmaktadır ve konuşmayı belirgin olarak etkilemektedir.

7 ÇOK AĞIR: İradedeki tama yakın yetersizlik nedeniyle hareketler ve konuşma belirgin olarak engellenir ve bu durum tam hareketsizlik ve/veya mutizme yol açar.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

G 14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ:

Davranışların düzenlenmesinin ve kontrolünün dürtülere bağlı olarak bozulması sonucunda gerilimin ve duyguların ani, ayarlanmamış, rastgele veya yanlış yönlendirilmiş bir biçimde, sonuçlar düşünülmeden ortaya çıkmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında gözlenen ve tedavi ekibi ve aile tarafından bildirilen davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta zorlanmayla yüzyüze kaldığında veya doyumunu engellendiğinde kolay öfkelenmeye ve hayal kırıklığına uğramaya meyillidir, ancak dürtü doğrultusunda hareket etmez.

4 ORTA: Çok hafif kışkırtmayla bile hasta öfkelenmekte ve küfredebilmektedir. Arasına tehditkar, tahripkar olabilir **veya** dövüşle karşılıklı kaldığı veya hafif ağız dalaşı yaptığı görülebilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta tekrarlayıcı biçimde dürtüsel olarak küfürlü konuşabilir, eşyalara zarar verebilir veya fiziksel tehdit savurabilir. Hastanın tecrid edilmesini, bağlanmasını veya gerektiğinde ilaçla sakinleştirilmesini gerektiren, saldırganlaştığı bir veya iki olay olmuş olabilir.

6 AĞIR: Hasta sonuçlarını hiç düşünmeden sıkça dürtüsel bir biçimde saldırgan, tehditkar, talepkar ve tahripkardır. Saldırgan davranış sergiler ve cinsel saldırganlık da gösterebilir. Muhtemelen varsanı niteliğindeki ışıttığı seslere uymaktadır.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

7 ÇOK AĞIR: Hasta cinayet girişimleri, cinsel saldırılar, tekrarlayan kabakuvvet kullanma veya kendine zarar verme davranışları göstermektedir. Tehlikeli dürtülerini kontrol edememesi nedeniyle sürekli gözetim altında tutulması veya tesbit edilmesi gerekir.

G 15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI:

Gerçeklerle olan bağlantının ve uyum sağlayıcı davranışların otistik yaşantılar ve içten gelen duygu ve düşüncelere kendini kaptırma nedeniyle olumsuz yönde etkilenmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme boyunca gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kişisel ihtiyaçlar veya sorunlarla aşırı uğraşma nedeniyle konuşmanın benmerkezcil konulara yönlendiği ve diğer insanlara gösterilen ilginin azaldığı gözlenir.

4 ORTA: Hastada gündüz hayal kurma veya iç yaşantılarla uğraşma tarzında bir kendisiyle meşgul olma hali vardır ve bu nedenle iletişim az da olsa etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta otistik yaşantılarla içiçedir. Boş bakışlar, kendikendine mırıldanma veya konuşma veya stereotipik hareketler şeklinde gözlenen bu tür davranışlar toplumsal işlevleri ve iletişimi olumsuz etkilemektedir.

6 AĞIR: Otistik yaşantılarla olan aşırı zihinsel uğraşı dikkati toplamayı, konuşmayı ve çevreye yönelimi ciddi ölçüde sınırlamaktadır. Hasta sıklıkla kendikendine gülerken, mırıldanırken, konuşurken veya bağırırken gözlenebilir.

7 ÇOK AĞIR: Davranışını her yönde etkileyecek biçimde otistik yaşantılarla içiçedir. Hastanın sürekli sözel olarak veya davranışlarıyla varsanılara yanıt vermesi söz konusu olabilir. Hasta diğer insanların veya çevresinin pek farkında değildir.

Ek 3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

G 16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA:

Temelsiz korku, düşmanlık duygusu veya güvensizlik nedeniyle sosyal ilişkilerin azalmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal işlevsellik düzeyidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gerektiğinde sosyal aktivitelere katılmakla birlikte hasta diğer insanların yanında kendisini rahatsız hissetmekte ve zamanını kendibaşına geçirmeyi tercih etmektedir.

4 ORTA: Hasta isteksizce toplumsal aktivitelerin tamamına veya çoğuna katılmaktadır, ancak ikna edilmesi gerekebilir **veya** anksiyete, şüphecilik veya düşmanca duygular nedeniyle bu aktivitelerden erken ayrılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Başkalarının çabalarına rağmen hasta korkuyla veya öfkeyle birçok sosyal aktiviteden uzak durmaktadır. Serbest saatlerini kendikendine geçirmeye meyillidir.

6 AĞIR: Hasta korku, düşmanca duygular veya güvensizlik nedeniyle çok az sosyal aktiviteye katılmaktadır. Yaklaşıldığı zaman hasta ilişkileri koparmaya kuvvetli bir şekilde meyil gösterir ve genelde kendisini diğer insanlardan soyutlar.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin korkular, düşmanlık duyguları veya kötülük görme sanrıları nedeniyle hastanın hiçbir sosyal aktiviteye katılımı sağlanamaz. Tüm etkileşimlerden mümkün olabildiğince uzak durur ve kendisini diğer insanlardan soyutlar.

Ek 4: Klinik Global İzlem Ölçeği

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

Ek 5: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1) Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?

1. Yok
2. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder
3. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygudurum: her gün var
4. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

2) Umutsuzluk: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

1. Yok
2. Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor
3. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor
4. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

3) Değersizlik duygusu: Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

Ek 5: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

1. Yok
2. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var; değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor
3. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor; ama zamanın yarısından azında
4. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

4) Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sınırlarını dışlayın)

1. Yok
2. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez
3. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular
4. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

5) Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

1. Yok
2. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır
3. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar
4. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

6) Sabah Depresyonu: Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

Ek 5: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

1. Yok: Depresyon yok
2. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok
3. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir
4. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

7. Erken Uyanma: Sabahları normalden daha mı erken uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

1. Yok: Erken uyanma yok
2. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
3. Orta: Çoğunlukla (en çok haftada beş kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
4. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8) Özkıyım: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

1. Yok
2. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri
3. Orta: Üzerinde uğraşılmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunmamıştır
4. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9) Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

Ek 5: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

1. Yok
2. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir
3. Orta: Kişi görüşme boyunca sikkın, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur
4. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar, ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmecii depresyonun varolduğundan emindir.

Ek 6: Ekstrapiramidal belirtileri değerlendirme ölçeği

İsim:

Tarih:

Her semptomu derecesine uygun olarak işaretleyiniz

Yok Hafif Orta Ağır

1. PARKİNSONİZM VE DİSTONİ SORU FORMU

1. Rutin işlerin yapılmasında yavaşlama, zafiyet ve güçlük çekildiği izlenimi	0	1	2	3
2. Yürüme ve denge güçlüğü	0	1	2	3
3. Yutma ve konuşma güçlüğü	0	1	2	3
4. Sertlik	0	1	2	3
5. Ekstremitelerde, sırtta ve ensede kramp veya ağrılar.	0	1	2	3
6. Huzursuzluk, sinirlilik, sakin duramama	0	1	2	3
7. Titreme ve sallanma	0	1	2	3
8. Okülojirik kriz ve distonik reaksiyonlar	0	1	2	3
9. Salya ifrazında artış	0	1	2	3

2. PARKİNSONİZM: HEKİMİN MUAYENESİ

- Ekspressif otomatik hareketler
0: Normal
1: Yüz ifadesinde çok hafif azalma
2: Yüz ifadesinde hafif azalma
3: Nadiren kendiliğinden gülümseme,
göz kırpmada azalma, sesin hafif monotonlaşması
4: Spontan gülümseme yok, boş bakışlar, alçak sesle monoton konuşma, anlaşılmaz tarzda mırıldanma
5: Bariz maske yüz, kaş çatmama, dizartrik konuşma
6: Anlaşılamayan bir konuşma ile birlikte şiddetli maske yüz
- Bradikinezi
0: Normal
1: Hareketlerde yavaşlık izlenimi
2: Hareketlerde bariz yavaşlık
3: Hareketlere başlamada çok hafif güçlük
4: Hareketlere başlamada orta derecede güçlük
5: Herhangi bir hareketi başlatmada ve durdurmada güçlük veya istemli işlerin yapımında güçlük
6: İstemli hareketlerin nadir olması, hemen hemen tüm hareketsizlik
- Rijidite
Sağ kol _____
Sol kol _____
Sağ bacak _____
0: Normal kas tonusu
1: Çok hafif, belli belirsiz
2: Hafif (pasif hareketlere biraz direnç)

Ek 6: Ekstrapiramidal belirtileri değerlendirme ölçeği

- Sol bacak_____
4. Yürüyüş ve postür
5. Tremor
Sağ kol_____Baş_____
Sol kol_____Çene_____
Sağ bacak_____Dil_____
Sol bacak_____
6. Akatizi
7. Salya akması
- 3: Orta derecede (pasif hareketlere bariz direnç)
- 4: Orta şiddetli (orta şiddette direnç fakat ekstremiteler kolaylıkla hareket ettirilebilmektedir.
- 5: Şiddetli (ekstremiteleri hareket ettirmede belli bir güçlükte beraber görülen bariz derecede direnç
- 6: Çok şiddetli (hemen hemen tam hareketsizlik)
- 0: Normal
- 1: Kolların sallanma hareketinde hafif azalma
- 2: Kolların sallanma hareketinde orta derecede azalma
- 3: Kolların sallanma hareketi yok, baş eğilmiş, adımlar aşağı yukarı normal
- 4: Kalıp gibi postür (ense ve sırt), küçük adımlar (ayaklar sürünür şekilde)
- 5: Daha göze çarpar biçimde yürüme eğilimi veya dönüş hareketlerinde donma
- 6: Üçlü fleksiyon (boyun, kol ve bacaklarda) zorlukla yürüyebilme
- Hiç yok: 0
- Sınırdaki: 1
- Küçük amplitüdü: 2 3 4
- Orta amplitüdü: 3 4 5
- Geniş amplitüdü: 4 5 6
- 0: Hiç yok
- 1: Sınırdaki
- 2: Huzursuz, rahatsız, sinirli, sabırsız görünüyor
- 3: Sık sık hareket etme veya pozisyonunu değiştirme ihtiyacı duyuyor
- 4: Otururken bir ekstremitelerini devamlı hareket ettiriyor, bir ayağını devamlı yere vuruyor
- 5: Uzun bir süre oturamama
- 6: Devamlı olarak yürüyor ve hareket ediyor
- 0: Yok
- 1: Çok hafif
- 2: Hafif
- 3: Orta
- 4: Orta şiddetli
- 5: Ağır
- 6: Çok ağır, salyanın ağızdan akması

3. DİSTONİ: HEKİMİN MUAYENESİ

1. Akut distoni
Lokasyon_____
- 0: Yok
- 1: Çok hafif
- 2: Hafif
- 3: Orta
- 4: Orta şiddetli
- 5: Ağır
- 6: Çok ağır

Ek 6: Ekstrapiramidal belirtileri değerlendirme ölçeği

2. Akut olmayan distoni	0: Yok	2: Hafif	4: Orta şiddetli
Lokasyon_____	1: Çok hafif	3: Orta	5: Ağır
			6: Çok ağır

4. DİSKİNETİK HAREKETLER: HEKİMİN MUAYENESİ

	Seyrek	Sık	Devamlı (hemen hemen devamlı)
1. Dil hareketleri (dilin yavaş lateral veya torsiyon hareketleri)			
Hiç yok	0		
Sınırdadır	1		
Ağız içinde belirli bir şekilde mevcut	2	3	4
Dilin kısmen ağız dışına çıkması	3	4	5
Dilin tam dışarı çıkması	4	5	6
2. Çene hareketleri (lateral hareketler, çiğneme, ısırma, dişleri sıkma)			
Hiç yok	0		
Sınırdadır	1		
Az miktarda, belirli bir şekilde mevcut	2	3	4
Orta amplitüdü, ağız açmadan	3	4	5
Geniş amplitüdü, ağız açık	4	5	6
3. Dil ve yanak hareketleri (dudakları büzmek, bükme, şapırdatma)			
Hiç yok	0		
Sınırdadır	1		
Bariz bir şekilde mevcut, küçük amplitüdü	2	3	4
Orta amplitüdü, dudakların ileri doğru hareketi var	3	4	5
Geniş amplitüdü, dudakların oldukça belirgin, gürültülü, şapırdatma hareketi	4	5	6
4. Gövde hareketleri (sallanma, bükülme pelvik kıvrılma)			
Hiç yok	0		
Sınırdadır	1		
Açıkça belirgin, küçük amplitüdü	2	3	4
Orta amplitüdü	3	4	5
Geniş amplitüdü	4	5	6

Ek 7: SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ (Hasta Formu)

İSİM: _____

Bu ölçek hastalanmanızdan bu yana ne durumda olduğunuzu anlamamıza yardımcı olacaktır.

Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

1. Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

2. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

	Ç	KAI	ÖSE	BZD	B-y	B-p	i/M
Ham puan							
Dönüştürülmüş puan							

SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var?
(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)
2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı? (eğer evli değilseniz)
Evet/Hayır
3. Anlamlı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkla başarıyorsunuz?
Lütfen kutuyu işaretleyiniz
Hemen hemen hiç
Nadiren
Bazen
Sık sık
4. Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?
Çok kolay
Oldukça kolay
Orta
Oldukça zor
Çok zor

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro/konser				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme(örneğin futbol)				
Sanat galerisi/müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma vb.				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü/sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp/dernek				
Kahve/cafeler'e gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma vb.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev vb.)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma/bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (resim yapma, el sanatları vb.)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ-YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz:

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkama, düzenli olma vb.				
Dükkânlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ-PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma (yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme vb.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma vb.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren vb. binme				
Para harcama				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

İŞ/MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet/Hayır

(altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE:

Ne tür bir iş? _____

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? _____

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz? _____

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA:

En son ne zaman bir işte çalıştınız? _____

Ne tür bir işti? _____

Haftada kaç saat çalışırdınız? _____

Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi?

EVET/HAYIR

(altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz?

EVET/HAYIR

(altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

*

Kesinlikle evet/Zorlanırım/Kesinlikle hayır

Ne sıklıkla yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilânlarına bakma)

*

Hemen hemen hiç/nadiren/bazen/sık sık

SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ (Hasta Yakını Formu)

İSİM: _____

Bu ölçek hastalanmasından bu yana yakınınızın ne durumda olduğunu anlamamıza yardımcı olacaktır.

Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

4. Yakınınız sizinle birlikte mi yaşıyor?

Cevap: _____

1. Yanıtınız hayır ise yakınınız ne zaman ayrıldı?

Cevap: _____

2. Yakınınızla düzenli olarak görüşüyor musunuz?

Cevap: _____

	Ç	KAI	ÖSE	BZD	B-y	B-p	i/M
Ham puan							
Dönüştürülmüş puan							

SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşı var?
(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)
5. Karşı cinsten bir arkadaşı var mı? (eğer evli değilse)
Evet/Hayır
6. Anlamli veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkla başarıyor?
Lütfen kutuyu işaretleyiniz
Hemen hemen hiç
Nadiren
Bazen
Sık sık
7. Şu sıralar insanlarla konuşmak yakınına ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?
Çok kolay
Oldukça kolay
Orta
Oldukça zor
Çok zor

SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde yakınınızın aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığını göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro/konser				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin, masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme (örneğin, futbol)				
Sanat galerisi/müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma vb.				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü/sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp/dernek				
Kahve/cafeler'e gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde yakınınızın aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığını belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma vb.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev vb.)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma/bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin, koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (resim yapma, el sanatları vb.)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ-YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde yakınınızın aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığını belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz:

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkama, düzenli olma vb.				
Dükkânlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ-PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde yakınınızın aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığını belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma (yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme vb.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma vb.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren vb. binme				
Para harcama				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

İŞ/MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet/Hayır

(altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE:

Ne tür bir iş? _____

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? _____

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz? _____

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA:

En son ne zaman bir işte çalıştınız? _____

Ne tür bir işti? _____

Haftada kaç saat çalıştınız? _____

Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi?

EVET/HAYIR

(altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz?

EVET/HAYIR

(altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

*

Kesinlikle evet/Zorlanırım/Kesinlikle hayır

Ne sıklıkla yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilânlarına bakma)

*

Hemen hemen hiç/nadiren/bazen/sık sık

Ek 8: Şizofreni de Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Evdeki ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
2. Arkadaşlık ilişkileri	0	1	2	3	4	5	6
3. Tanıdık edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
4. Sosyal aktiviteler	0	1	2	3	4	5	6
5. Sosyal bağlar	0	1	2	3	4	5	6
6. Girişkenlik	0	1	2	3	4	5	6
7. Toplumdan uzaklaşma	0	1	2	3	4	5	6
8. Karşı cinsle ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
9. Mesleki role uyum	0	1	2	3	4	5	6
10. Başarı	0	1	2	3	4	5	6
11. Mesleki doyum	0	1	2	3	4	5	6
12. Amaç edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
13. Motivasyon	0	1	2	3	4	5	6
14. Çevreye ilgi	0	1	2	3	4	5	6
15. Anhedoni	0	1	2	3	4	5	6
16. Zaman kullanımı	0	1	2	3	4	5	6
17. Kişisel eşyalar	0	1	2	3	4	5	6
18. Günlük faaliyetler	0	1	2	3	4	5	6
19. Eşduyum	0	1	2	3	4	5	6
20. Görüşmeci ile etkileşim	0	1	2	3	4	5	6
I-KIŞILARARASI İLİŞKİLERİ -8							
II- MESLEKİ ROL 9- 12							
III-RUHSAL BULGULAR 13-17, 20-21							
IV-KİŞİSEL EŞYA/FAALİYET 18-19							
TOPLAM							

Ek 9: Yale Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği

YALE–BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y–BOCS) – Açıklamalar ve Değerlendirme

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru : Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor? (Obsesyonlar kısa ve gelip geçici olarak oluşuyorsa saat olarak zamanı belirtmek olanaklı olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. İstenmeyen düşüncelerin hangi sıklıkla görüldüğünü ve bir günün ne kadarını işgal ettiğini göz önüne alın. Şöyle sorun) : Takıntılı düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor? (Aşırı olsa bile düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve mantıklı düşünceleri göz önüne almayın).

0: Yok

1: Hafif (günde 1 saatten az) , veya kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden az)

2: Orta (günde 1 – 3 saat) , veya sık sık kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden fazladır, ancak hasta günün büyük kısmında obsesyonlardan uzaktır).

3: Ağır (günde 3 – 8 saat) , veya çok sık bir şekilde kısa süreli gelip giden (günde 8 kereden fazladır ve hastanın gününün büyük bir bölümünü işgal eder)

4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla) , veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden obsesif düşünceler (sayılamayacak kadar çoktur ve obsesyonlar arası süre nadiren bir saati bulur).

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Takıntılarınız sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkiliyor? Bu düşünceler nedeniyle yapmak isteyip yapamadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığı anda performansın ne kadar etkilenebileceğini, ev hanımıysa ev işlerini ne kadar aksattığını göz önünde tutunuz).

0: Hiç

1: Hafif , sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan derecelerde etki

2: Orta , sosyal ve mesleki etkinlikleri etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki

3: Ağır , sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum

4: Çok ağır , iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Takıntılarınız, bu düşünceleriniz sizi ne derece rahatsız ediyor? (Birçok vakada rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastaların çoğu obsesyonlarının "rahatsız edici" olduğunu kabul etmelerine karşın 'anksiyete' yi reddederler. Burada sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semtomlarla birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç

1: hafif, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

2: Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen başedilebilir durumda olan

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

Bu düşünceler aklınıza gelince ne kadar sıklıkla onları kovmaya yada dikkatinizi başka şeylere vermeye çalışıyorsunuz? (Sadece bu düşünceleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın obsesif düşüncelere direnç sıklığı, bu düşünceleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi bu bölümde istenmeyen düşüncelerin şiddetinden çok kişinin sağlık derecesi sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Obsesyonlar çok azsa hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda '0' puanı veririz).

0: Her zaman takıntılara karşı direnmek için bir çaba harcamaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir .

4: Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERESESİ

Soru : Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolünüz var?

Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi başka şeye yöneltmede ne kadar başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin şiddeti ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Genellikle bir miktar çaba ve konsantrasyon ile obsesyonları durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada nadiren başarılı olabiliyor. Sadece zorlukla dikkatini başka şeylere yöneltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Çok nadir olarak düşüncesini bu konudan uzaklaştırabiliyor.

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz için ne kadar zaman harcıyorsunuz? (Günlük yaşamsal faaliyetleri törensel davranışlarla yürütme varsa şu soru sorulmalıdır) : Çoğu kişinin günlük faaliyetler için harcadığı süreden (hastanın ritüeli örnek verilebilir; örneğin giyinmek için ne kadar fazla süre harcıyorsunuz / (kompulsiyonlar kısa ve gelip geçici ise, zamanı saat olarak belirtmek mümkün olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. Kompulsiyonların bir günde ne sıklıkta olduğu ve bir günün ne kadarını işgal ettiğinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerede kaç defa tekrarlandığı değil, bir günde ne sıklıkla oluştuğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, hasta bir günde 20 kere banyoya gidip ellerini 5 defa hızla yıkıyorsa, bu olayın görülmesi günde 5 kez veya (5x20) 100 kez değil, 20 keredir. Şu soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Bir çok durumda kompulsiyonlar gözle görülebilir davranışlardır [örn. el yıkama], ancak bazen dışarıdan görülmeyen kompulsif davranışlar da vardır [örn. içten kontrol etme]).

0: Hiç

- 1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor) , veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)
- 2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).
- 3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).
- 4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir? Bu davranışlar nedeniyle yapmadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan etki.

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri kesin olarak etkilediği gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki.

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum.

4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz? (kompulsif davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönündeyse, şu soru sorulmalıdır: Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsiyonları engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyor; veya kompulsif davranış sırasında çok az sıkıntı duyuyor.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen başedilebilir durumda olduğunu belirtir; veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen başedebildiğini belirtir.

3: Ağır. Eğer kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntılı durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin ve rahatsız edici artış.

4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlarda ve iş göremez duruma getiren artış; veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu hareketleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın kompulsif hareketlere direnci bu hareketleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi, bu bölümde, kompulsiyonların şiddetinden çok, kişinin sağlık durumu sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, bu işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda "0" puan veriniz).

0: Sorunların üstesinden gelmek için her zaman çaba harcamaktadır; veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcamaya gereksinimi duymaz.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Kompulsif davranışlara hiç direnç göstermemektedir ve teslim olmuş durumdadır. Bu durumdan hoşnut değildir.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECEİ

Soru : Sizi tekrarlanan davranışları yapmaya zorlayan duygu ne kadar kuvvetli? (Daha sonra şu soruyu sorun): Tekrarlanan davranışlarınızı ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? (Bir önceki bölümdeki direncin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etmedeki yeteneği daha çok istenmeyen hareketlerin ciddiyet derecesi ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için baskı hissetmesine karşın genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı hissediyor ancak güçlkle kontrol sağlayabiliyor.

3: Az miktarda kontrol. Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcaması gerekiyor. Sadece, zorlukla, geçiktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Hareketi ancak anlık olarak erteleyebiliyor.

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI

Soru : Düşünce ve davranışlarınız mantıklı mı? (Daha sonra şu soru sorulmalıdır) : Tekrarlanan hareketlerinizi yapmasaydınız ne olurdu? Gerçekten bir şeyler olabileceğinden emin misiniz? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inanışlarına dayanarak, hastanın obsesyonuna / obsesyonlarına bakış açısını değerlendirin)

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının aşırı ve anlamsız olduğunun tam olarak farkında ancak anksiyetenin ötesinde dikkate alınacak birşey olmadığına tam ikna olmuş gözüküyor.

2: Orta derecede bir içgörü. Gönülsüzce düşünce ve davranışlarının mantıksız göründüğünü kabul eder, ancak kararsızdır. Gerçek olmayan birtakım korkuları olabilir ancak kesin bir inancı yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının anlamsız ve aşırı olmadığını düşünür.

4: İçgörüsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür. Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

12. KAÇINMA

Soru : Takıntılı düşünceleriniz veya istemeden bazı hareketler yapacağınız endişesiyle herhangi birşey yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biriyle olmaktan kaçındığınız oluyor mu? (Eğer evet yanıtını veriyorsa, şu soruyla devam edilmelidir): Bu kaçınma ne oranda oluyor? (kişinin olaylardan kasten kaçındığı durumları derecelendirin. Bazen kompulsiyonlar hastanın korktuğu şeylere dokunmaktan kaçınması şeklindedir. Örneğin, törensel bir şekilde çamaşır yıkaması kompulsiyon olarak değerlendirilir. Bu durum bir kaçınma davranışı değildir. Eğer kişi çamaşır yıkamaktan vazgeçerse, bu bir kaçınmadır).

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.

2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.

3: Ağır, epeyce kaçınma davranışı var ve bu durum belirgin.

4: Çok ağır, kaçınma davranışı oldukça yaygın. Hasta belirtilerini ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmak için hemen herşeyi yapıyor.

13. KARARSIZLIĞIN DERECEŚİ

Soru : Diğer kişilerin kolayca karar verebilecekleri ufak Şeyler hakkında karar verirken zorluk çekiyor musunuz (örneğin sabahları ne giyeceğiniz konusunda)? (Takıntılı düşüncelere bağlı karar verme güçlüklerini ve gerçekçi sebeplere dayalı tereddütü bu değerlendirmeye katmayınız).

0: Yok.

1: Hafif, ufak Şeyler hakkında karar vermekte biraz zorluk çekiyor.

2: Orta, hasta, başkalarının üzerinde bir kez daha düşünmeyecekleri önemsiz konularda bile karar vermekte güçlük çektiğini kendiliğinden belirtiyor.

3: Ağır, sürekli olarak önemsiz Şeyleri zihninde ölçüp biçme.

4: Çok ağır, hiçbir karar veremez, iş göremez durumdadır.

14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA

Soru : Kendi kontrolünüzde olmayan olayların sonuçlarından suçluluk duyma eğiliminiz var mı? Başkalarının başına gelen olaylarda da kendinizi sorumlu hissediyor musunuz?

0: Yok.

1: Hafif, sadece sorulduğunda hastanın belli belirsiz sözünü ettiği sorumluluk duygusu.

2: Orta, hasta, kendi kontrolü dışındaki olaylarda bile aşırı sorumluluk hissettiğini kendiliğinden ifade ediyor.

3: Ağır, bu türden düşünceler ileri derecede belirgin ve yaygındır. Kendi kontrolü dışındaki olaylardan sorumlu olduğuna derinden inanmaktadır. Kendini anlamsız hatta saçma bir Şekilde suçlar.

4: Çok ağır, sanrısar bir sorumluluk duygusu. (Örneğin kişinin binlerce kilometre uzağında olan bir depremin kendisi kompulsiyonlarını yapmadığı için olduğuna inanması).

15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Çok dikkatli yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz için bir işe başlamada ve bitirme zorluğunuz oluyor mu? Günlük işleriniz gereğinden çok zaman alıyor mu? (depresyona ikincil olarak gelişen psikomotor yavaşlamadan ayırınız. Özel obsesyonlar tanımlanamasa bile, olağan işler için harcanan zamanın uzamasını derecelendirin).

0: Hiç yok.

1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

2: Orta, olağan işlerin sıklıkla uzaması ancak geç de olsa mutlaka tamamlanması. Sıklıkla geç tamamlanması.

3: Ağır, olağan işlemlere başlama ve bitirmede olan yaygın ve belirgin zorlama. Genellikle için uzaması.

4: Çok ağır, işlemin tümünde yardım görmeden olağan işlemlere başlayamama ve tamamlayamama.

16. PATALOJİK KUŞKU

Soru : Belleğinize güvenmediğiniz veya algılarınız (Örneğin gördüğünüz, işittiğiniz ve dokunduğunuz Şeyler) konusunda emin olmadığınız oluyor mu? Neyi yapıp neyi yapmadığınız kuőkusu sizi ne derecede rahatsız ediyor?

0: Hiç.

- 1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuşku.
- 2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. performansı bir miktar etkilemesine rağmen başedilebilir boyutlarda.
- 3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. kuşkuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.
- 4: İleri, algılama hakkındaki kuşkular devamlılık kazanmış. Kişi kendinden kuşkulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş göremez durumdadır. (örneğin hasta "Gördüklerime aklım güvenmiyor." diye belirtir).

17. GENEL ŞİDDET

Hastanın hastalığının ağırlığı hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0' dan (hastalığın olmama durumu), 6' ya (en ciddi hastalık) kadar derecelendirilir. (Hasta tarafından belirtilen rahatsızlığı, gözlenen belirtileri ve bildirilen işlevsel yetersizlik durumlarını dikkate alın. Sizin kanınız, hem bu bilgilerden genel bir sonuca varılması bakımından hem de bilgilerin güvenilirlik ve doğruluğunu belirlemek için gereklidir. Bu kanıya görüşmeyi yaparken elde ettiğiniz bilgilerin ışığında varmalısınız).

0: Hastalık yok.

- 1: Hafif, kuşkulu veya geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok.
- 2: Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.
- 3: Orta şiddette semptomlar. Çabayla işlevlerini yerine getirilebiliyor.
- 4: Orta – ağır şiddette semptomlar. İşlevler kısıtlanmış.
- 5: Ağır semptomlar. Büyük oranda ancak yardımla işlevlerini yerine getirebiliyor.
- 6: Çok ağır semptomlar. Tümüyle iş göremez durumda

18. GENEL DÜZELME

Kendi kanınıza göre ilaç tedavisine bağlı olsun olmasın hastanın durumunda ilk derecelendirme yapıldığı dönemden bu yana olan iyileşme.

0: Çok daha kötü.

- 1: Daha kötüye gidiş.
- 2: Çok az kötüye gidiş var.
- 3: Değişiklik yok.
- 4: Çok az iyileşme var.
- 5: Epeyce iyileşme var.
- 6: Çok fazla iyileşme var.

19. GÜVENİLİRLİK

Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini puanlandırın. Güvenirliği etkileyen faktörler hastanın doğal iletişim yeteneği ve hasta ile işbirliğinin kurulamamasıdır. Obsesif kompulsif semptomların tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncesini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşabilmesini etkileyebilir. (Bazı obsesyonların içeriği nedeniyle hasta konuşma sırasında kullandığı kelimeleri dikkatle seçiyor olabilir).

0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir kuşku yok.

- 1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir.
- 2: Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir.
- 3: Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

17 ve 18. bölümler Clinical Global Impression Scale' den uyarlanmıştır. [Guy w:ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology : Publication 76 – 338. Washington, D.C., US. Department of Health and Welfare (1976)]

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Varolan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz. (Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyaziae ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "*" ile işaretlenen septomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir).

ŞİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- Kendine zarar vereceğinden korkma
- Başkalarına zarar vereceğinden korkma
- Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
- Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
- Utanılacak birşey yapmaktan korkma*
- İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
- Çalacağından korkma
- Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)

KİRLENME OBSESYONLARI

- Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak
- Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar)
- Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örneğin, temizlik maddeleri, çözücüler)
- Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örneğin, böcekler)
- Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
- Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
- Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
- Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR

- Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- Çocuklar veya incest ilişkiye ile ilgili
- Homoseksüel ilişki 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

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- Doğaüstü düşünce ile birlikte (örneğin, eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceğini)
- Doğaüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

- Bilme veya hatırlama ihtiyacı
- Belirli şeyleri söyleme korkusu
- Doğru şeyi söylememe 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

SOMATİK OBSESYONLAR

- Hastalık ile ilgili*
- Vücudun bir parçası veya görünüm ile aşırı ilgili (örneğin dismorfofobi)*
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE 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 temizliği ile aşırı ilgili
- Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
- Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

- Tekrar okuma veya yazma
- Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örneğin, kapıdan girme / çıkma, sandalyeye oturma / kalkma)
- Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

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

DİĞER KOMPULSİYONLAR

- Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)
- Aşırı liste hazırlama

- Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
- Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
- Göz kırpmaya veya gözlerini dikme töreni davranışları*
- Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
- Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları *
- Diğer

Genel Bilgiler

Bu derecelendirme ölçeği obsesif-kompulsif rahatsızlığı olan hastalarda görülen belirtilerin tipi ve ciddiyetini derecelendirmek amacıyla düzenlenmiştir. Genelde tüm bölümlerde hastanın bildirimleri esas alınmaktaysa da, sonuçtaki değerlendirme görüşmeyi yapanın klinik kararına dayanmaktadır. Görüşmenin yapılmasından bir hafta öncesinden başlayarak her bir madde için hasta gözlenmelidir. Puanlar bütün bu özelliklerin bir haftalık görülme ortalamasını yansıtmalıdır.

Bu derecelendirme ölçeği yarı - yapılandırılmış bir görüşme amacıyla hazırlanmıştır. Görüşmeyi yapan kişi sırayla ekte sunulan soruları kullanarak değerlendirme yapmalıdır. Bununla birlikte görüşmeyi yapan kişi, duruma açıklık getirecek ek sorular sormakta serbesttir. Eğer hasta görüşme sırasında ek bilgi vermeye istekli olursa, bu bilgiler de değerlendirilmelidir.

Derecelendirme, görüşme sırasında verilen yanıtlar ve gözlemlerle sınırlı olmalıdır. Eğer elde edilen bilgilerin büyük oranda yanlış olduğuna karar verirsiniz, hastanın güvenilirliğine ilişkin bir sorun vardır ve bu durum görüşme sonundaki "güvenirlilik" bölümünde değerlendirilmelidir (19' uncu madde).

Sorulara başlamadan önce hastaya aşağıda belirtilen şekilde "obsesyonları" ve "kompulsyonları" tanımlayınız.

"Takıntılar" sürekli olarak aklınıza gelen hoş olmayan fikir, düşünce ve görüntülerdir. İstemediğiniz halde aklınıza gelirler. Size çirkin ve anlamsız gelen bu düşünceler kişiliğinize uymazlar. Çoğu zaman da size sıkıntı verirler.

"Tekrarlayıcı hareketler" anlamsız ve gereksiz bulmanıza rağmen yaptığınız hareket ve davranışlardır. Zaman zaman bunları yapmamak için direnirsiniz, ama bu çok güç olabilir. Bu hareketi yapıp bitiremezseniz sıkıntı duyarsınız.

Şimdi size takıntılar ve tekrarlayan hareketlerle ilgili birkaç örnek vereyim :

Takıntıya örnek: Hiçbir zaman yapmayacağınız halde "çocuğuma fiziksel olarak zarar vereceğim" düşüncesinin tekrar tekrar aklınıza gelmesi.

Tekrarlayıcı hareketlere bir örnek : Evden çıkmadan önce pencerenin kapalı olup olmadığını 6 kez kontrol etmek. Çoğu zaman tekrarlayan hareketler gözle görülebilir davranışlardır. Ancak bazıları da kişinin içinden yaptığı davranışlardır. Mesela, aklına kötü bir düşünce geldiği zaman içinden ona kadar saymak gibi.

"Bu söylediklerimle ilgili sorunuz var mı?" (Eğer yoksa devam edilmelidir).

Testin tekrarlanması durumlarında bu tanımlayıcı açıklamaların yapılması gerekmez. Obsesyonların istenmeyen, ancak kişinin elinde olmadan itildiği düşünce ve değerlendirmeler olduğunu, kompulsyonların ise yapmak zorunluluğunu hissettikleri davranışlar olduğunu hastaya hatırlatmak yeterli olacaktır.

Hedef semptomların bir listesini oluşturabilmek için, hastanın şimdiki obsesyon ve kompulsyonlarını tek tek anlatmasını isteyiniz. Şu an varolan semptomları tanımlayabilmek için, obsesyon ve kompulsyon listesini kullanın. Daha sonraki değerlendirmelerde tekrar ortaya çıkabilecekleri için, geçmişteki belirtileri bilmek ve

tanımlamak da yararlı olur. Varolan obsesyon ve kompulsiyonları belirledikten sonra, Hedef Semptomlar Formu üzerinde klinik açıdan elverişli bölümler şeklinde düzenleyerek, liste oluşturun (örneğin, hedef kompulsiyonları kontrol etme ve yıkama olarak ayırın). İzlemeyi kolaylaştırmak açısından semptomların belirleyici özelliklerini tanımlayın (örneğin, listede "kontrol etme" şeklinde tanımlanan semptomun yanına, hastanın neyi kontrol ettiğini belirtin). Değerlendirmenin odak noktasını oluşturacağı için, en belirgin semptomların neler olduğunu belirtiniz. Buna rağmen her bölümün sonuç puanının, hastanın bütün obsesyon ve kompulsiyonlarının bileşik bir derecelendirmesini yansıtması gerektiğini unutmayın.

Testin tekrarlandığı durumlarda, Madde 1'i derecelendirmeden önce, hedef obsesyonları yeniden gözden geçirerek, gerekiyorsa değiştirin. Madde 6'nın derecelendirilmesinden önce de aynı işlemi kompulsiyonlar için yapın.

Ondokuz maddenin hepsi de derecelendirilmelidir. Ancak ilk on madde toplam puanı belirlemede kullanılır. Y-BOCS toplam puanı, bu ilk on maddenin toplamıdır. **Obsesyonların** toplamı ilk beş, **Kompulsiyonların** toplamı ise ikinci beş maddenin toplamıdır.

Çevirenler: Doç.Dr.Berna Uluğ, Prof.Dr.Işık Savaşır

Geçerlik güvenilirlik çalışmaları:

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity.

Tek C; Uluğ B; Rezaki BG; Tanrıverdi N; Mercan S; Demir B; Vargel S

Acta Psychiatr Scand. 1995 Jun; 91(6): 410-3

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Karamustafaloğlu OK, Üçışık M A, Ulusoy M, Erkmen H

Serbest Bildiri, 28.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bursa 1993

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Ek 10: Rey Sözel İşitsel Bellek Testi

REY İŞİTSEL-SÖZEL ÖĞRENME TESTİ

Hasta Ad-Soyad:

Tarih:

Deneme I: Size bir kelime listesi okuyacağım. Dikkatle dinleyin ben bitirdiğimde hatırlayabildiğiniz kadar çok kelimeyi bana tekrarlayacaksınız. Onları hangi sırada söylediğinizin önemi yok. Sadece olabildiğince çok kelimeyi hatırlamaya çalışın.

Deneme II-V: Şimdi aynı listeyi size tekrar okuyacağım ve bir kere daha bitirdiğimde hatırlayabildiğiniz kadar çok kelimeyi, ilk seferde söyledikleriniz de dahil olmak üzere hatırlamanızı istiyorum. Hangi sırada söylediğinizin önemi yok. Daha önce söylemiş olun ya da olmayın sadece hatırlayabildiğiniz kadar çok kelimeyi söyleyin.

Deneme B: Şimdi size ikinci bir kelime listesi okuyacağım. Bu sefer, yine bu ikinci listeden hatırlayabildiğiniz kadar çok kelimeyi söylemeniz gerekiyor. Yine hangi sırada söylediğinizin önemi yok. Sadece olabildiğince çok kelimeyi hatırlamaya çalışın.

Deneme VI: Şimdi ilk listeden olabildiğince çok kelimeyi tekrar hatırlamanız gerekiyor.

Deneme VI ve VII arasında 20 dakika bekleyiniz.

Deneme VII: Deneme VI'deki aynı yönerge geçerli.

A Listesi	I	II	III	IV	V	Toplam I-V	B Listesi	B		VI	VII
1. masa	/	/	/	/	/		1. ev	/	(masa)	/	/
2. anne	/	/	/	/	/		2. parmak	/	(anne)	/	/
3. okul	/	/	/	/	/		3. havlu	/	(okul)	/	/
4. burun	/	/	/	/	/		4. anahtar	/	(burun)	/	/
5. zil	/	/	/	/	/		5. kuş	/	(zil)	/	/
6. kitap	/	/	/	/	/		6. altın	/	(kitap)	/	/
7. köpek	/	/	/	/	/		7. fırın	/	(köpek)	/	/
8. çiçek	/	/	/	/	/		8. ayakkabı	/	(çiçek)	/	/
9. düğme	/	/	/	/	/		9. kalem	/	(düğme)	/	/
10. elma	/	/	/	/	/		10. bahçe	/	(elma)	/	/
11. bulut	/	/	/	/	/		11. gözlük	/	(bulut)	/	/
12. renk	/	/	/	/	/		12. tuz	/	(renk)	/	/
13. balık	/	/	/	/	/		13. kahve	/	(balık)	/	/
14. halı	/	/	/	/	/		14. perde	/	(halı)	/	/
15. ay	/	/	/	/	/		15. dağ	/	(ay)	/	/
Toplam geri çağırma						88121113		6		11	13
Tekrar											

Ek 10: Ek 10: Rey Sözel İşitsel Bellek Testi

SÖZEL ÖĞRENME TESTİ TANIMA LİSTESİ

Bu kelime listesine bakın. Bu kelimelerden 15'ini daha önce 5 kez duydunuz. Diğerleri ya bir kez duyduğunuz ikinci listeden ya da tamamen yeni. Daha önce 5 ke duymuş olduğunuz kelimeleri işaretleyiniz.

Bahçe	Dağ	Pil	+ Kitap	Gözlük
+ Zil	Kasa	Ayakkabı	Kilit	Bağ
Sözlük	Kalem	Öğrenci	Armut	Buz
Parmak	+ Bulut	Yağmur	+ Okul	Altın
Baba	Ev	Perde	+ Burun	Deniz
Havlu	+ Halı	Fırın	Anahtar	Kepek
Yalı	o Çiçek	+ Renk	Kahve	El
+ Elma	Ekmek	+ Düğme	+ Masa	İlik
Banyo	Defter	+ Ay	Tuş	+ Anne
+ Köpek	Böcek	Tuz	+ Balık	Kuş

1. Doğru Hatırlama:
2. Yanlış Pozitifler:
3. Doğru Reddetme oranı:

14 1

Ek 12: STROOP Testi

STROOP TESTİ

SİYAH / BEYAZ OKUMA

YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI
KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL
KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ
MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL
YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ

Süre :

DÖRTGEN RENGİ SÖYLEME

KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL
KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	YEŞİL	MAVİ	MAVİ
KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL
YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	MAVİ	KIRMIZI
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL

Süre :

RENKLİ KELİMELERİ OKUMA

KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL
KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	YEŞİL	MAVİ	MAVİ
KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL
YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	MAVİ	KIRMIZI
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL

Süre :

28"

RENKLİ KELİMELERİN RENGİNİ SÖYLEME

MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
<u>MAVİ</u>	YEŞİL	MAVİ	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	<u>MAVİ</u>	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL
MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	<u>KIRMIZI</u>	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ
MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	<u>MAVİ</u>	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	MAVİ

Süre :

1,05

Yanlış :

0

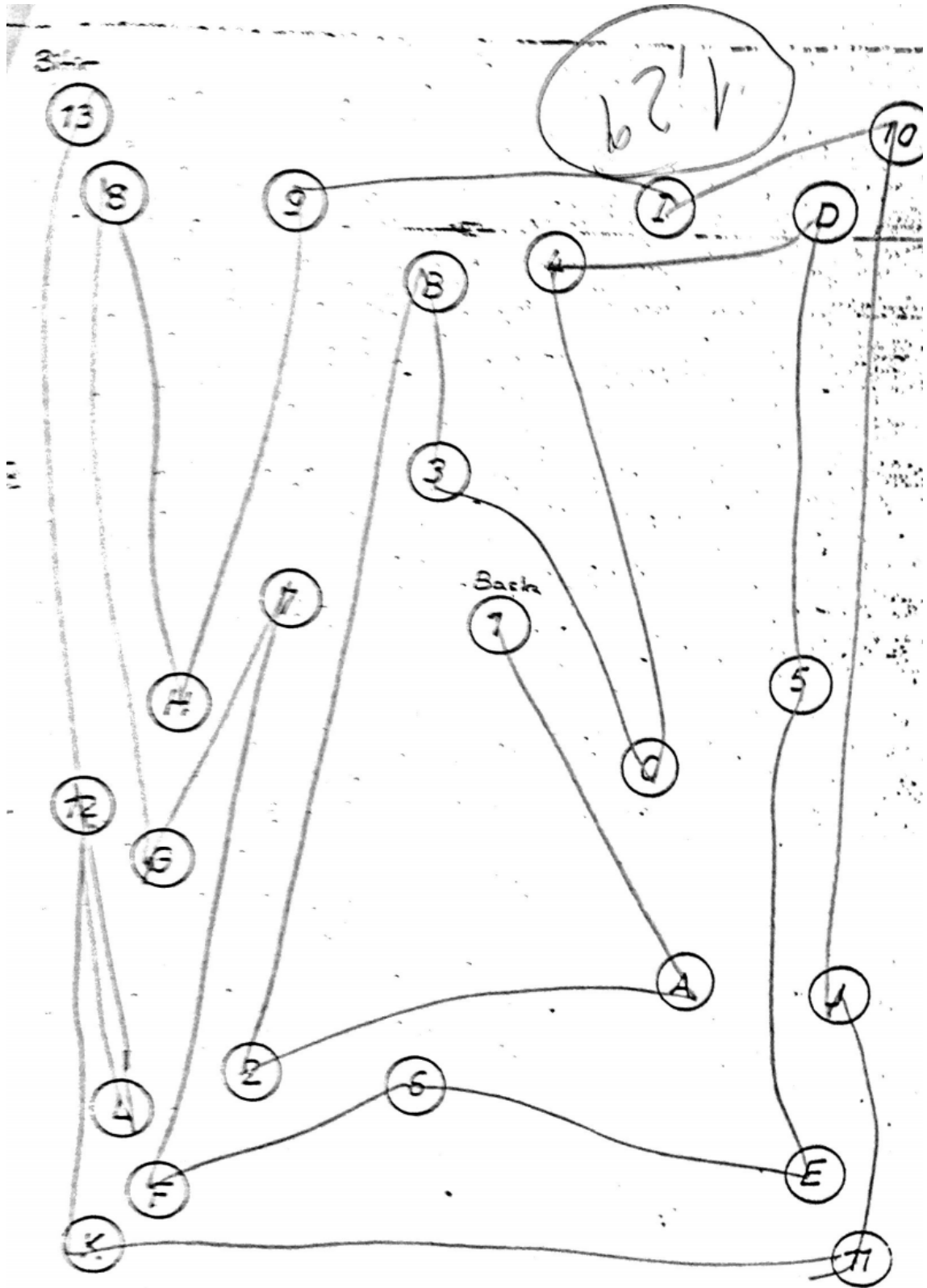
Spontan Düzeltme :

4

Süre Farkı :

Açıklama :

Ek 13: İz Sürme Testi B



Ek 14: Wechsler Görsel Bellek Testi

VI GÖRSEL HATIRLAMA

Şekilleri A,B,C sırası ile verin. A ve B için şöyle deyin: "Şimdi size bir şekil göstereceğim. Bu şekilde 10 saniye kadar bakacaksınız, sonra ben şekli kaldıracağım, siz aklınızda kaldığıncaya kadar aynı şeklini bana çizeceksiniz. Ben kartı kaldırmaya kadar şekle iyice bakın ve onu aklınızda tutmaya çalışın." Kartı 10-12 saniye gösterdikten sonra alın ve "Şimdi o şekli çizin" deyin.

C kartı için şöyle deyin: "Şimdi burada iki şekil var. İkisini de aklınızda tutmaya çalışın, kartı alınca ikisini de çizmenizi isteyeceğim."

Denek karta bakmaya başladıktan 4-5 saniye sonra "her iki şekile de bakın" diye hatırlatın.

PUANLAMA

1. Kart

1. Kesişen iki çizgi dört bayrak..... 1
2. Bayraklar doğru olarak birbirine bakıyor..... 1
3. Çizgiler hemen hemen eşit, hemen hemen ortadan kesilmiş, açılar aşağı yukarı doğru, bayraklar aşağı yukarı kare biçimi..... 1

MAKSİMUM SKOR:3

Ek 14: Wechsler Görsel Bellek Testi

2.Kart

- 1.Büyük kare ve içinde iki kenar ortay.....1
- 2.Büyük kare içinde dört küçük kare.....1
- 3.Her küçük karede iki kenar ortay.....1
- 4.Her küçük karede birerden 16 nokta1
- 5.Oranların doğruluğu (dört küçük karenin etrafındaki boşlukların genişliği, 16 en küçük karenin boyutları şekle uygunsu).....1
- 6.Eğer desen doğru, ama gereğinden fazla kareler ya da çizgiler varsa.....-3

MAKSİMUM SKOR:5

3.Kart

- 1.Büyük dikdörtgen içinde küçük dikdörtgen1
- 2.İçteki dikdörtgenin bütün köşeleri büyük dikdörtgenin köşelerine bağlantılanmış.....1
- 3.Küçük dikdörtgen, şekildekine uygun oranda sağa doğru kaymış.....1

MAKSİMUM SKOR:3

- 1.Her iki ucunda da doğru kare çizili açık dikdörtgen.....1
- 2.C şifadaki şekil ile, ya sağda ya da soldaki şekil doğru çizilmiş.....1
- 3.Şekil doğru, ama sağdaki ve soldaki karelerin biri yanlış.....2
- 4.Şekil doğru, orantılar da hemen hemen doğru.....3

MAKSİMUM SKOR:3

TOPLAM MAKSİMUM SKOR:14

6 ÖZET

ÖZEL, İ (2015) OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK'UN EŞLİK ETTİĞİ ŞİZOFRENİ HASTALARINDA KLİNİK VE NÖROPSİKOLOJİK ÖZELLİKLER: Karşılaştırılmalı bir çalışma

Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İZMİR

Amaç:

Bu çalışmanın amacı OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastaları ile OKB'nin eşlik etmediği şizofreni hastalarını sosyo-demografik, klinik ve nöropsikolojik özellikler açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem:

Çalışmaya Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde ayaktan tedavisini sürdüren şizofreni hastalarından oluşturulmuştur.Çalışmaya 29 şizofreni ve 44 Şizofreni-OKB hastası sosyodemografik, klinik özellikler, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi, nöropsikolojik özellikler yönünden karşılaştırılmıştır.Hastalara psikotik semptomların şiddetinin değerlendirilmesi için PANSS, klinik özelliklerin değerlendirmek için klinik global izlem ölçeği, depresyon özelliklerin değerlendirilmesi için Calgary şizofrenide depresyon ölçeği, ilaç yan etkilerini değerlendirmek için ekstrapiramidal belirtiler değerlendirme ölçeği, sosyal özellikleri değerlendirmek için sosyal işlevsellik ölçeği, yaşam kalitesini değerlendirmek için şizofrenide yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği, obsesif-kompulsif belirtileri değerlendirmek için Y-BCOS ölçeği, nöropsikolojik işlevleri değerlendirmek için Rey sözel-işitsel bellek ölçeği, Stroop testi, Sözel akıcılık testi, Wechsler görsel bellek ölçeği, İz sürme testi B uygulanmıştır.

Bulgular:

Çalışmaya toplam 29 şizofreni ve 44 Şizofreni-OKB hastası alınmıştır. İki grup arasında cinsiyet yönünden anlamlı fark saptanmıştır. Ancak yaş, toplam eğitim süresi, toplam çalışma süresi, aylık toplam gelir, medeni durum, sosyal güvence açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Klinik özellikler yönünden gruplar karşılaştırıldığında hastalık başlangıç yaşı, toplam hastalık süresi, ilk psikotik bulgunun ortaya çıkması, hastane yatış sayıları ve yatış süreleri, intihar girişimi öyküsü olması, şiddet davranışının olması, yasal sorun yaşama, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve sigara kullanımı yönünden aralarında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Ancak şizofreni-OKB grubunda olan hastaların daha çok sayıda ve dozda ilaç kullanımı olduğu, daha çok ilaç kombinasyonu kullanıldığı bulunmuştur. Toplam PANSS skorlarına yönünden karşılaştırıldığında şizofreni-OKB grubunda bulunan hastaların daha çok pozitif psikotik bulgu, negatif psikotik bulgu ve genel psikopatolojik puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Global klinik izlem ölçeğine bakıldığında hastalık şiddeti puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ancak düzelleme ve ilaç yan etki şiddeti yaşama yönünden aralarında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Her iki grupta olan hastaların Calgary depresyon ölçeği puanları yönünden karşılaştırıldığında aralarında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Ekstrapiramidal yan etkiler değerlendirildiğinde şizofreni-OKB grubunda olan hastaların anlamlı olarak daha fazla yan etki yaşadıkları görülmüştür. Sosyal işlevsellik yönünden iki grup arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmazken, yaşam kalitesi ölçeği puanlarına bakıldığında şizofreni grubunda olan hastaların puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Her iki grup arasında yapılan nöropsikolojik testlerde anlamlı istatistiksel farklılık saptanmamıştır.

Sonuç:

Bu çalışmada şizofreni kliniğine eşlik eden obsesif-kompulsif bulguların hastalığın kliniğine, işlevselliğe ve nöropsikolojik alanlara olan olası olumsuz etkileri araştırılmıştır. Bu aradaki ilişkinin şizofreninin bir bileşeni veya komorbidite olup olmadığı sorusu hala açık değildir. İleride yapılacak olan prospektif, klinik örneklemi

daha çok temsil etme özelliği olan çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu alışmalar sonucunda tedavisi zor olan ve kişinin hayatında büyük yıkımlar oluşturan şizofreni hastalığının doğası daha iyi anlaşılabilir ve etkin tedavi seçenekleri oluşturulabilir

Anahtar Kelimeler: şizofreni, Obsesif-Kompulsif belirtiler, Klinik özellikler,Sosyal işlevsellik, Nöropsikolojik özellikler

7 Abstract

ÖZEL, İ (2015) CLINICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL FEATURES IN SCHIZOPHRENIA WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: A cross-sectional Study

Dissertation, Ege University, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Izmir

Objective:

In this research we aim to compare socio-demographic, clinical, neuropsychological aspects in schizophrenia patients with and without OCD comorbidity.

Methods:

In this research we recruit schizophrenia patients in Society Mental Health Center Outpatient Clinic of Ege University Medical Faculty Psychiatry Department. 29 schizophrenia without OCD and 42 schizophrenia with OCD assessed socio-demographic, clinical, social functionality, quality of life, neuropsychological aspects. Severity of psychotic symptoms evaluated with PANSS, clinical course with CGI, depression symptoms CDSS, drug side effects with Extrapyramidal Symptom Rating Scale, social functionality with Social Functionality Scale, quality of life with Assessment of Quality of Life in Schizophrenia, obsessive-compulsive symptoms with Y-BCOS, neuropsychological functionality with the Rey Auditory-Verbal Learning test, Stroop test, Verbal Fluency Test, Wechsler Visual Memory Scale, Trail Making Test B.

Results:

We include in this study 29 schizophrenia and schizophrenia with Obsessive-Compulsive Disorder patients. Significant differences were found between two groups in terms of gender whereas there were not found differentiation in age, total education time, monthly income, marital status, social insurance. As clinical features compared

there was not significant differentiation in age of onset disease, total duration disease, emergence of the first psychotic symptom, number and duration of hospitalization, suicide attempt history, violence acting, having a legal problem, psychiatric family history and smoking between the groups. But revealed that patients in Schizophrenia- Obsessive-Compulsive Disorder group has more drug and dose use and more drug combination. If compared due to the total PANSS scores patients in Schizophrenia with Obsessive-Compulsive Disorder group has more positive psychotic symptoms, negative psychotic symptoms and significantly higher total psychopathologic scores. Due to CGI found that disease severity scores was significantly high whereas there was not significantly statistical differentiation between recovery and drug side effects. Extrapyramidal side effects when evaluated, it was seen that have significantly more side effects in patients with schizophrenia with Obsessive-Compulsive Disorder group. In terms of social functioning there was no significant statistical differentiation between two groups, considering the quality of life scores of patients with schizophrenia group were significantly higher. There was not detected statistically significant differences in neuropsychological tests between the two groups.

Conclusion:

In this study, comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia the possible negative effects on clinical presentation of the disease, neuropsychological areas and functioning were searched. It is still unclear whether this relationship a component of schizophrenia or a comorbidity. Necessary to be held more prospective works, with the ability to represent clinical sample in the future. As a result of these studies can be better understood and effective treatment options for sch which is difficult to treat and creates devastations in person's life.

Key Words: Schizophrenia, Obsessive-Compulsive Disorder, Clinical Features, Social Functioning, Neuropsychological features