



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SINIR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA VE BİRİNCİ DERECE
YAKINLARINDA OBSESİF - KOMPULSİF BELİRTİLER VE
BUNLARIN EŞİK ALTI PSİKOTİK BELİRTİLERLE İLİŞKİSİ**

Dr. Barış SANCAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2018



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

**şİZOFRENİ HASTALARINDA VE BİRİNCİ DERECE
YAKINLARINDA OBSESİF - KOMPULSİF BELİRTİLER VE
BUNLARIN EşİK ALTI PSİKOTİK BELİRTİLERLE İLİşKİSİ**

Dr. Barış SANCAK

Tez Danışmanı: Doç. Dr. lüz ÖZGEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2018

I. TEŞEKKÜR

Sağladığı bilimsel çalışma ortamı nedeniyle Hastanemiz Başhekimliğine;

Asistan eğitimine verdiği önem ve disiplini ile bana çok şey kazandıran, bilimsel bir çalışma ortamı yaratmak için her zaman özen gösteren ve sonsuz desteğini asla esirgemeyen klinik şefim ve tez danışmanım Doç. Dr. Güliz ÖZGEN'e,

Tez sürecim boyunca katkılarını esirgemeyen uzmanım Dr. T. Güzide YENER ÖRÜM'e, asistanlığım boyunca beraber çalışma fırsatı bulduğum uzmanlarım Dr. Ürün ÖZER, Dr. Bahri İNCE, Dr. Hikmet DADALI, Doç. Dr. Ramazan KONKAN, Dr. Özlem GÜL, Dr. Burcu HAMURİŞÇİ YALÇIN, Dr. Ayşegül ERMİŞ, Dr. Hasan BAKAY'a, beraber çalışmaktan keyif duyduğum bir kısmı artık eğitimini bitirip uzman olmuş, bir kısmı hala devam etmekte olan bütün 6. Psikiyatri asistanlarına,

Yorucu çalışma şartlarında bile desteklerini esirgemeyen, emekleri ile servisimizin ayakta kalmasını sağlayan, eğitim hayatım boyunca bana çok şey katan servisimiz hemşirelerine, tüm klinik ve poliklinik personellerine,

Rotasyonlarım boyunca tecrübelerinden faydalandığım hocalarım ve uzmanlarım Prof. Dr. Nazan AYDIN, Doç. Dr. Umut Mert AKSOY, Doç. Dr. Cüneyt EVREN, Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Aysun SOYSAL, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN, Doç. Dr. Pınar ÇETİNAY AYDIN, Doç. Dr. Oya GÜÇLÜ, Dr. Münevver HACIOĞLU YILDIRIM'a,

Hayatım boyunca desteklerini asla esirgemeyen anneme, babama ve kardeşime,

Asistanlığımın ilk yıllarında mesleki anlamda bana kattıkları ve dostluğuyla Dr. Uğraş Erman UZUN'a,

Hayatımı keyifli kılan, her zaman yanımda olan dostlarım Ozan, Ezgi, Cenk, Görkem, Çağrı, Ender, Özlem, Berkay, Ekin, İbrahim, Cihad, Alp, Zeynep, Erkan ve Merve'ye,

Ve üzerimde emeği geçen ve burada adını sayamadığım herkese sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Barış SANCAK

İstanbul, 2018

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER.....	ii
III. ÖZET	v
IV. ABSTRACT	vi
V. KISALTMALAR	vii
VI. TABLO LİSTESİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Şizofreni	4
2.1.1.Tanımı ve Tarihçesi.....	4
2.1.2.Etiyoloji	5
2.1.3.Şizofreni Tanısı	7
2.1.4.Klinik Özellikler, Gidiş ve Sonlanım	8
2.2. Şizofrenide Obsesif Kompulsif Belirtiler	9
2.2.1.Tarihçe, Kavramsal Gelişim ve Tanım.....	9
2.2.2.Epidemiyoloji.....	11
2.2.3.Etiyoloji	12
2.2.3.1. Nöroanatomi ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları	12
2.2.3.2. Nörokimyasal Çalışmalar	12
2.2.3.3. Nöropsikolojik Testler	13
2.2.3.4. Çevresel Faktörler.....	13
2.2.4.Klinik Özellikler.....	14
2.2.5.Gidiş ve Sonlanım	15

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Örneklem Ve Uygulama	16
3.1.1.Çalışmanın İçerme Ölçütleri	17
3.1.2.Çalışmanın Dışlama Ölçütleri	17
3.2. Çalışmada Kullanılan Gereçler	18
3.2.1.Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu	18
3.2.2.Hasta Yakınlarına Yönelik Sosyodemografik Veri Formu.....	18
3.2.3.DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)	18
3.2.4.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	18
3.2.5.Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (YBOCS).....	19
3.2.6.Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ)	19
3.3. İSTATİSTİK METODU.....	20
4. BULGULAR	21
4.1. Hastaların ve Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri.....	21
4.2. Obsesif Kompulsif Semptomları Olan ve Olmayan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	24
4.3. Hasta ve Hasta Yakınlarında Obsesif Kompulsif Semptomlar.....	25
4.4. Obsesif Kompulsif Semptomu Olan ve Olmayan Hastalarda Tedavi.....	27
4.5. Hastalarda Obsesif Kompulsif Semptomlar ve Psikotik Semptomların İlişkisi.....	27
4.6. Hasta Yakınlarında Obsesif Kompulsif Semptomlar ve Eşik Altı Psikotik Belirtiler	29
4.7. Obsesif Kompulsif Semptomu Olan ve Olmayan Hastaların Yakınlarındaki Eşik Altı Psikotik Semptomlar	34
4.8. Yakınlarında Obsesif Kompulsif Semptom Olan ve Olmayan Hastalarda Psikotik Semptomlar	35
4.9. Yakınlarında Obsesif Kompulsif Semptom Olan ve Olmayan Obsesif Kompulsif Semptomlu Hastalarda Psikotik Semptomlar.....	36

5. TARTIŞMA	37
5.1. Kısıtlılıklar Ve Zorluklar	46
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	48
7. KAYNAKLAR.....	51
8. ÖZGEÇMİŞ.....	60
9. EKLER.....	62
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI	62
EK 2 - BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA VE HASTA YAKINI ONAM FORMU ...	63
EK 3 - HASTALARA YÖNELİK SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU	64
EK 4 - HASTA YAKINI SOSYODEMOGRAFİK FORMU	66
EK 5 - DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME ÖLÇEĞİ (SCID-I):.....	68
EK 6 - POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ.....	69
EK 7 - YALE BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ.....	70
EK 8 - ŞİZOTİPAL KİŞİLİK ÖLÇEĞİ	71

III. ÖZET

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA VE BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA OBSESİF - KOMPULSİF BELİRTİLER VE BUNLARIN EŞİK ALTI PSİKOTİK BELİRTİLERLE İLİŞKİSİ

Dr. Barış SANCAK

AMAÇ: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Şizofreni tanısı ile takip edilmekte olan hastalarda ve bu hastaların birinci derece yakınlarında (anne, baba, kardeş ve evlat) OKS varlığının uygun yöntemsel kriterlerle araştırılması ve var olan OKS'nin klinik/subklinik psikotik semptomlarla ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamıza, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde takip edilen 110 Şizofreni hastası ve bu hastaların birinci derece yakınları dahil edilmiştir. Hastalara ve yakınlarına, tanıyı netleştirmek ve diğer eksen 1 tanıları dışlamak için SCID-I (DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu), OKS şiddetini ölçmek için Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği uygulanmıştır. Hastalarda psikotik semptom şiddeti Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ile, hasta yakınlarında ise eşik altı psikotik belirtiler ve psikoza yatkınlık Şizotipal Kişilik Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Şizofreni hastalarında klinik düzeyde anlamlı OKS sıklığı %41.8, hasta yakınlarında %28.2 olarak bulunmuştur. Klopabin tedavisi alan hasta grubunun, diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha sık OKS gösterdiği görülmüştür. OKS olan hastalarda PANSS pozitif ve genel alt ölçek puanları yüksek tespit edilmiştir. OKS olan hasta yakınlarında ise "Bilişsel-Algisal Şizotipi" ve "Kişilerarası Şizotipi" puanları diğer gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. OKS olan hastaların birinci derece yakınlarında, diğer gruba göre artmış OKS ya da psikoza yatkınlık tespit edilmemiştir.

SONUÇ: Çalışmamız şizofreni hastalarında ve hasta yakınlarında obsesif kompulsif fenomenlerin sık görüldüğünü göstermektedir. Hastalarda ve birinci derece yakınlarında OKS ile psikotik semptomların pozitif yönde ilişkili olduğu görülmekle birlikte, bu iki semptom grubunun kuşaklar arasındaki geçişinin birbirinden bağımsız olduğu öne sürülebilir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Obsesif Kompulsif Semptom, Şizo-obsesif

İletişim adresi: barissancak@gmail.com

IV. ABSTRACT

OBSESSIVE COMPULSIVE SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS AND THEIR FIRST DEGREE RELATIVES AND ITS RELATION TO SUBCLINICAL PSYCHOTIC SYMPTOMS

Dr. Barış SANCAK

AIM: It is aimed to investigate the presence and relationship of OCS and clinical/subclinical psychotic symptoms in patients with schizophrenia who have been followed up by Zeytinburnu Community Mental Health Center and their first degree relatives (parents, siblings and children), with appropriate methodological criteria.

METHOD: 110 patients with Schizophrenia who have been followed up by Zeytinburnu Community Mental Health Center which is a part of Bakırköy Mental and Nervous Diseases Education and Research Hospital and their 110 first degree relatives were included in our study. Patients and their relatives, were assessed by SCID-I (Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorder) for clarifying the diagnosis and excluding any other Axis-I disorder and Yale Brown Obsession Compulsion Scale for OCS severity. In patients, psychotic symptom severity assessed by the Positive and Negative Syndrome Scale and in relatives, subclinical psychotic symptoms and predisposition to psychosis assessed by Schizotypal Personality Scale.

RESULTS: In patients with schizophrenia and their first degree relatives, the presence of clinically significant OCS was found 41.8% and 28.2%, respectively. Patients who is on clozapine found to be have higher OCS rates than other medications. Patients who has OCS found to have higher PANSS positive and general scores. Relatives who has OCS found to have significantly higher “Cognitive-Perceptual Schizotypy” and “Interpersonal Schizotypy” scores, when compared to other group. It was not found any significantly higher OCS or predisposition to psychosis in first degree relatives of patients who has OCS.

CONCLUSION: In our study, it has been shown that obsessive compulsive phenomena in schizophrenia patients and their first degree relatives are frequently seen. In both patients and their relatives, OCS and psychotic symptoms are positively correlated, but these two symptom group could be passed between generations independently from each other.

Keywords: Schizophrenia, Obsessive Compulsive Symptom, Schizo-obsessive

Contact address: barissancak@gmail.com

V. KISALTMALAR

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
COMT	: Ketakol-O-Metiktransferaz
DAAO	: D-Amino Asit Oksidaz
DSM I, II, III, IV-TR, V:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı I.Baskı, II. Baskı, III. Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş IV. Baskı, V. Baskı
DTNBP1	: Dysbindin
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
GOP	: Genel Obsesyon Puanı
GKP	: Genel Kompulsiyon Puanı
GTOP	: Genel Toplam Puan
NMDA	: N-Metil-D-Aspartat
NRG1	: Neurogulin 1
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKS	: Obsesif Kompulsif Semptom
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
PRODH2	: Prolin Dehidrogenaz
SCID-I	: Eksen-I Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu
ŞKÖ	: Şizotipal Kişilik Ölçeği
SSRI	: Seratonin Geri Alım İnhibitörü
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
YBOCS	: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

VI. TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	21
Tablo 2: Hastaların Klinik Özellikleri	22
Tablo 3: Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri.....	23
Tablo 4: Hastaların OKS Olma Durumuna Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	24
Tablo 5: Hasta ve Hasta Yakınlarında OKS Sıklığının Karşılaştırılması	25
Tablo 6: Hasta Yakınlarında OKS Varlığının Yakınlık Durumuna Göre Dağılımı ..	26
Tablo 7: Hastaların OKS Olma Durumuna Göre Tedavi Durumlarının Değerlendirilmesi.....	27
Tablo 8: Hastaların PANSS Puanlarının OKS Varlığına Göre Karşılaştırılması.....	28
Tablo 9: Hastaların PANSS ve YBOCS Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki.....	29
Tablo 10: Hasta Yakınlarında Şizotipal Kişilik Ölçeği Puanlarının Hasta Yakınlarında OKS Varlığına Göre Karşılaştırılması	30
Tablo 11: Hasta Yakınlarında YBOCS ve ŞKÖ Alt Ölçeklerinin İlişkisi	32
Tablo 12: OKS Olan ve Olmayan Hastaların Yakınlarının Şizotipal Kişilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 13: Yakınlarında OKS Olan ve Olmayan Hastaların PANSS Puanlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 14: Yakınlarında OKS Olan ve Olmayan OKS Hastalarının PANSS Puanlarının Karşılaştırılması.....	36

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni ve obsesif kompulsif semptomlar (OKS) arasındaki ilişki yüzyıldan uzun süredir incelenmektedir (1). Bu konuda yapılan ilk araştırmalar şizofreni ile obsesif kompulsif bozukluk (OKB) birlikteliğinin %1 civarında olduğunu ifade etse de, yakın zamanda yapılan metaanalizler bu oranın %12.1-23 arasında olduğunu göstermektedir (2-5). Toplumda genel OKB prevalansının %1.9-3.3 arasında olduğu uzun yıllardır bilinmektedir (6). Şizofreni hastalarındaki belirgin OKB sıklığının nedenlerini aydınlatmak için pek çok araştırma yapılmış olsa da, henüz net bir sonuca ulaşılamamıştır. Elde edilen oranlardaki belirgin farklılıklar ise tanı ölçütlerinin ve tanı koymak için kullanılan ölçeklerin yıllar içerisindeki değişiminden kaynaklanıyor gibi görünmektedir (7).

Klinisyenler şizofreni hastalarında OKB tanısını karşılamayan bir takım obsesif kompulsif semptomların da varlığını gözlemlemiş ve bu konuda araştırmalar yapmıştır. Yapılan araştırmalar OKS sıklığının %10-59 arasında değiştiğini göstermektedir (1,8-11). Mevcut literatürde şizofreni hastalarındaki obsesif kompulsif özelliklerle ilgili üç varsayım öne sürülmektedir. Birincisi OKS'lerle giden şizofreninin kötü prognozlu bir alt tipi olabileceği, ikincisi bu iki hastalığın birlikte bulunabileceği, üçüncüsü ise OKS'lerin şizofreninin genel bir parçası olarak kabul edilebileceğidir (7).

Bu karmaşayı çözebilmek adına yeni bir terminoloji geliştirilmeye çalışılmıştır. OKS'lerin eşlik ettiği şizofreni hastalarını daha net ifade edebilmek amacı ile “atipik obsesif nöroz” ismi ile başlayan yolculuk, Zohar'ın “şizo-obsesif bozukluk” terimini ifade etmesi ile yeni bir boyut kazanmıştır (12,13). Bunun ardından pek çok araştırmacı şizofreninin bir alt türü olarak obsesif kompulsif özellikleri ayırmaya çalışsa da, bu girişim bir netlik sağlamaktan ziyade yeni sorulara yol açmıştır (14,15). Obsesif kompulsif özellikler ile psikotik özelliklerin çoğu hastada birbiri ile örtüşmesi, hatta belirli durumlarda obsesif düşüncelerin hezeyan boyutu kazanabilmesi karşımızdaki hasta grubunun “şizoobsesif bozukluk” isimlendirmesi ile açıklamanın yeterli olmadığını göstermektedir (16).

Şizofreniye eşlik eden OKS'leri basit bir klinik görüntü olarak kabul etmemek gerekir. Şizofreni hastalarında OKS'lerin varlığı, hastalığın prognozunu ve tedavi yaklaşımını etkilemektedir. Güncel araştırmacılar bu hasta grubunda, OKS'leri olmayan gruba göre nörobiyolojik, nöroanatomik ve nöropsikolojik incelemelerde belirgin farklar olduğunu göstermişlerdir (17-19). Bununla birlikte şizofreninin tedavisinde sıklıkla kullanılmakta olan atipik antipsikotiklerin, obsesif kompulsif semptomları tetikleyebildiği ya da varolan semptomları arttırabildiği fark edildiğinden beri bu konuya yönelik ilgi daha da artmıştır (20,21).

Obsesif kompulsif bozukluk ile şizofreninin birbirinden tamamen farklı iki tanı olmadığı, belirli bir spektrumun parçası olabileceği hipotezi bir süredir düşünülmektedir. OKB ile ilgili yapılan genetik incelemeler, şizofreni ile ortak poligenik bir risk taşıdığını göstermektedir (22). Hastaların akrabaları ile ilgili yapılan sınırlı çalışmalar ise şaşırtıcı sonuçlar vermektedir. OKS olan şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarında şizofreni spektrum bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk hem OKS olmayan gruba göre, hem de sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (23). Şizofreni hastaları ve anneleri ile yapılan bir başka çalışma ise, her iki grupta da topluma göre artmış OKS oranı göstermiştir (24).

Tıpkı şizofreni gibi, OKB'nin de aile içerisinde kümelenebildiği bilinmektedir (25). Şizofreni hastaları ve kardeşleri ile yapılan bir kesitsel çalışmada OKS özellikler göstermeyen şizofreni hastalarının yakınlarında da, kontrol grubuna göre artmış OKS gösterilmesi bu iki tanı grubunun birbiri ile kalıtsal olarak ilişkili olabileceğini düşündürmüştür (26). İlk başvuruda OKB tanısı alan hastaların takip edildiği bir vaka kontrol çalışması ise bu hastaların %5'inin 5 yıl içerisinde şizofreni tanısı aldığını göstermiştir (27).

Görüldüğü üzere OKS ve psikoz ilişkisine yüz yıldan uzun süredir sürmekte olan ilgiye rağmen, ailesel geçişe dair çalışmalar oldukça azdır ve bu konu özellikle son dönemde ilgi çekmeye başlamıştır.

Biz çalışmamızda, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne ardışık olarak başvuran şizofreni hastalarında ve birinci derece

yakınlarında psikotik belirtileri ve OKS'leri uygun ölçeklerle tespit ederek aşağıdaki hipotezlerimizi test etmeyi amaçladık.

1. Şizofreni hastalarında psikotik bulgular ile OKS arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttur.
2. OKS olan şizofreni hastalarının yakınlarında OKS sıklığı, OKS olmayan hastaların yakınlarına göre yüksektir.
3. OKS olan şizofreni hastalarının yakınlarında eşik altı psikotik bulgular, OKS olmayan hastaların yakınlarına göre daha sık görülmektedir.
4. Psikotik semptom şiddeti fazla olan hastaların yakınlarında OKS daha sık görülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

Şizofreni tek bir rahatsızlık gibi tartışılrsa da, muhtemelen değişik etiyolojilere sahip bir grup bozukluğun birleşimidir. Şizofrenide klinik görünüm, tedaviye yanıt ve hastalığın ilerleyişi olgular arasında büyük farklılıklar gösterir. Hastalık genelde 25 yaşından önce başlar, ömür boyu sürer ve her türlü sosyal çevreden insanı etkileyebilir. Erkek ve kadın cinsiyetlerde eşit sıklıkta görüldüğü ve toplumda genel prevalansının %1 olduğu bilinmektedir (28). Şizofreni bekar kişilerde, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda ve kentlerde yaşayanlarda daha sık görülmektedir (29).

Şizofreni kelimesi yunanca “ayrık” ve “akıl” kelimelerinin birleşiminden meydana gelmektedir. Bu kelimeyi ilk Eugene Bleuler, Kreapelin’in Dementia Praecox (erken bunama) adı altında tanımladığı durumu tanımlamak için kullanmıştır. Bleuler ayrıca “şizofrenide 4A belirtisi” olarak geçen ve her şizofreni hastasında olması gerektiğini düşündüğü temel belirtileri (ambivalans, otizm, çağrışım bozuklukları, duygulanım problemleri) ve bunlara eklenen ikincil belirtileri (sanrılar, varsanılar, davranış bozuklukları gibi belirtiler) tanımlamıştır (30). Kurt Schneider ise 1930 yılında şizofreni için tanı koydurucu olduğunu düşündüğü birinci sıra belirtileri tanımlamıştır (31).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952 yılında yayımlanan DSM-I sınıflandırmasında “şizofrenik reaksiyon” terimi kullanılmış, 1968’de yayımlanan DSM-II ile “latent şizofreni” kavramı ortaya çıkmıştır. 1980 yılında yayımlanan DSM-III ise şizofreninin tanı ölçütlerini belirleyen ilk resmi tanımlama sistemi olmuştur. 1994 yılında DSM IV ve 2000 yılında gelen DSM – IV R Şizofreni ile ilgili tanıları “Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar” başlığı altında

sınıflandırmıştır (32,33). 2013 yılında yayımlanan DSM-V ise çeşitli gidiş belirleyicileri tasarlayarak, rahatsızlığın tanımlanmasını geliştirmeye çalışmıştır (34).

2.1.2. Etiyoloji

Şizofreni belirtilerin ve klinik görünümünün her hastada farklı olması nedeniyle tek bir rahatsızlık değil, bir sendrom gibi değerlendirilmektedir. Bu nedenle tek bir etiyolojik faktör ile açıklanması mümkün olmamıştır. Yaygın bir şekilde kabul edilen “iki vuruş varsayımı”na göre, gelişimin erken dönemlerinde genetik veya çevresel etkenlerle beyin gelişimi bozulmakta, yaşamın sonraki döneminde kişinin bir stres faktörü ile karşılaşması üzerine Şizofreni belirtileri gelişmektedir (29).

Şizofreni hastalarının aile üyelerinde şizofreninin topluma göre daha sık görülmesi rahatsızlığın genetik olarak aktarılabildiğini düşündürmektedir. İkiz çalışmaları, şizofreni için monozigot ikizlerde %41-65, dizigot ikizlerde ise %0-28 konkordans oranı saptamıştır (35). Şizofreni tanısı almış kişilerin çocuklarında şizofreni gelişme riskinin 10 kat artmış olduğu bilinmektedir. Evlat edinme araştırmaları da benzer kalıtsal geçişi desteklemektedir (32).

Genetik çalışmalar 1q, 2q, 5q, 6q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q ve 22q kromozomları üzerinde yer alan bazı gen bölgelerinin Şizofreni için aday gen bölgeleri olduğunu öne sürmektedir. Bağlantı analizi çalışmaları, hastalığın etiyolojisinde, neuregulin-1 (NRG1, 8p21-p12), dysbindin (DTNBP1, 6p22.3), proline dehydrogenase (PRODH2, 22q11.21), G72 (13q34), D-amino acid oxidase (DAAO, 12q24) ve catechol-O-methyltransferase (COMT, 22q11.21) gen bölgelerinin rol aldığını göstermektedir. Bununla birlikte genom çapında tarama ile tekrarlayan çalışmalar, önceki çalışmaların sonuçlarını desteklememekte ve belirli bir gen bölgesini suçlamayı zorlaştırmaktadır (36).

Nörogelişimsel hipotez ise etiyolojide prenatal ve perinatal faktörlerin etkili olabileceğini, nöron seleksiyonu ve göçünde oluşan anormalliklerin şizofreniye neden olabileceğini ifade eder. Ayrıca sinaptik budanmanın sık görüldüğü ergenlik döneminden kısa süre sonra başkalması da, nöronal seçilimin şizofreni gelişiminde etkili olabileceğini düşündürür (37).

Nörodejeneratif hipotez ise hastalığın klinik ilerleyişi ve hastaların değişik düzeylerde davranışsal ve bilişsel bozulma göstermelerine rağmen yeterince kabul görmemiştir. Bunun sebebi nörodejenerasyonu ispatlayacak belirgin bir histolojik bulgunun elde edilememiş olmasıdır. NMDA reseptörlerinin aktivite bozuklukları ve GABA gibi inhibe edici sistemlerin bozuklukları ilerleyici kaybı kısmen açıklamaktadır. Modern beyin görüntüleme metodları ile elde edilen bilgiler, nörodejenerasyonun hipotezini yok saymak için henüz erken olduğunu düşündürmektedir (38).

Nörokimyasal etkenler şizofreninin etiyolojisinin aydınlatılmasında en çok çalışılmış alanlardan birisidir. Özellikle kortikal alanlarda dopamin azalması, subkortikal alanlarda dopamin artışının gösterilmiş olması şizofrenide dopamin metabolizmasının önemini göstermektedir. Subkortikal mezolimbik dopamin yollarındaki aşırı etkinliğin pozitif belirtilere, mezokortikal dopamin yollarındaki etkinliğin azalmasının ise negatif belirtilere yol açtığı gösterilmiştir (39,40). Klasik nöroleptiklerle sağaltımın bazı hastalarda etkili olmaması, dopamin varsayımının şizofreninin nörokimyasını tek başına açıklayamadığını göstermiştir. Özellikle serotoninin blokajı yapan “klozapin” gibi moleküllerin tedavi etkinliği, serotoninin metabolizmasının dopamin metabolizması ile de etkileşerek patogeneze bir rol oynadığını düşündürmüştür (32). Glutamat, özellikle fensiklidinin NMDA blokajı etkisi ile yarattığı şizofreni benzeri tablo sonucu dikkat çekmiştir (41). GABA sistemi de şizofreni hastalarında prefrontal ve singulat kortekste azalmış olan GABAerjik nöronların gösterilmesi ile patogeneze dahil edilmiştir (42). Sonuç itibariyle burada adı geçenlerle birlikte, pek çok başka nörokimyasal molekülün de şizofreni etiyolojisindeki rolü ve birbiriyle ilişkisi araştırılmaya devam etmektedir (29).

Beyin görüntüleme çalışmalarında şizofreni hastalarında ventriküllerde genişleme dikkat çekmekle birlikte, sulkuslarda genişleme, frontal lob, hipokampus, amigdala ve parahipokampal girus hacminde azalma olduğu tespit edilmiştir. Sonuç itibariyle şizofreniye patognomonik bir bulgu elde edilememiş olsa da, yapısal değişikliklerin varlığı göz ardı edilmemelidir (43).

2.1.3. Şizofreni Tanısı

Şizofreni, DSM-IV'te en az 6 ay süren ve en az 1 ayı aktif dönem belirtilerini (hezeyanlar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma, ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış ve negatif belirtilerden iki yada daha fazlasını) içeren bir bozukluk olarak tanımlanmış ve özelliklerine göre hebefrenik, paranoid, katatonik, farklılaşmamış ve rezidüel tipler olmak üzere 5 klasik alt tipe ayırmıştır. DSM-5 ile birlikte önemli değişikliğe gidilmiş ve şizofreni A ölçütünde yer alan dipnot kaldırılmış, Schneiderian belirtilere tanınan ayrıcalığa son verilmiştir. Ayrıca tedavi açısından bir anlam ifade etmediği ve klinik olarak az kullanıldığı için alt tipler de kaldırılmıştır (44).

DSM – V'e göre Şizofreni için tanı ölçütleri şu şekildedir:

A. Aşağıdaki belirtilerde ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin 1, 2 ya da 3 olması gerekir.

1) Sanrılar.

2) Varsanılar.

3) Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılma konuşma).

4) İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

5) Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok başlıca alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcında önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır. (Çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az 1 aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan

(rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif bozukluk) ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğin (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.

2.1.4. Klinik Özellikler, Gidiş ve Sonlanım

İlk psikotik hecme için tepe yaşı erkeklerde 20’li yaşların başı iken, kadınlarda 20’li yaşların sonudur. Başlangıç ani veya sinsi olabilir, ama hastaların büyük bir kısmında klinik olarak belirgin semptomlar yavaş ve sürekli bir süreçte gelişir. Erken yaşta başlangıç daha kötü bir prognozu gösterebilir. Hastaların %50’si erken evrede depresif semptomlardan şikayetçidir (34).

Şizofreni hastalarının, hastalık öncesine bakıldığında şizoid ya da şizotipal kişilik özellikleri gösterdikleri, sessiz, içe dönük ve edilgen oldukları gösterilmiştir. Prodromal dönem adı verilen hastalık öncesi dönemde kişilik değişiklikleri, içe çekilme, işlevsellikte azalma, sinirlilik ve ilgi istek kaybı gibi semptomlar görülebilir (45).

Şizofreninin kliniğinde algı bozukluğu (varsanı), düşünce bozukluğu (sanrı), katatoni, dezorganize konuşma ve kavramsallaştırma pozitif belirtiler olarak tanımlanırken, sığ affekt, apati, anhedoni, aloji, avolüsyon, dikkat ve motivasyon azlığı gibi belirtiler negatif belirtiler olarak tanımlanır. Bunlara genel affektif belirtiler ve süreç içerisinde gelişen bilişsel belirtiler de eşlik eder (32). Şizofreni hastalığı yıllarca yavaş ve sinsi seyir sürerken arada akut alevlenmeler görülebilir. Bu dönemler kendiliğinden veya tedavi ile düzelebilirken, zaman içinde negatif belirtilerin baskın olduğu rezidüel tabloya dönüşebilir (46). Şizofreni hastalarında ölüm oranı genel nüfusa göre iki kat fazladır ve bu ölümlerin en önemli sebeplerini intiharlar, kazalar ve diğer hastalıklar oluşturur (47).

2.2. ŞİZOFRENİDE OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLER

2.2.1. Tarihçe, Kavramsal Gelişim ve Tanım

1800'lerin sonlarında Westphal tarafından obsesif kompulsif bozukluğun şizofreninin bir parçası olabileceği tanımlanmıştır (48). 1944 yılında Bumke tarafından obsesyonların sanrılı düşüncelerin öncülü olabileceği öne sürülmüştür (49).

Bleuler, obsesyon ve sanrı semptomlarını iki farklı kavram olarak adlandırırken “obsesifler düşüncesine karşı savaşı, paranoidler ise düşüncesi için savaşı” demiştir (50). Bleuler'in yaptığı bu kesin ayrımın klinik pratikte geçerli olmadığı durumlara dikkat çeken Ballerini ve Stanghellini, “fenomenolojik ve antropanalitik” açıdan, obsesyonlar ve sanrılarının bir psikopatolojinin devamı olabileceğini öne sürmüşlerdir (51).

İlk araştırmacılar OKS varlığının şizofrenide kişilik dağılmasını geciktirdiği, bu nedenle malign şizofreni gelişimini önlediğine karar vermişlerdir. Obsesif belirtilerin şizofreni gelişimine karşı bir savunma olduğu yönünde bir kanı mevcuttur (14). Foa ve Kozak, OKB hastalarının büyük bir kısmında rahatsızlıklarına yönelik içgörünün kaybolduğu dönemler olduğunu ifade etmiştir (52). Insel ve Akiskal ise bu klinik durum için “obsesif-kompulsif psikoz” kavramını kullanmışlardır (53). Çoğu zaman bu iki klinik durumu birbirinden ayırmanın zor olduğu durumlar için “malign

OKB” ya da “psikotik OKB” gibi terimler de kullanılmıştır (12,53). Zohar, şizofreninin “şizo-obsesif alttipi”ni öne sürerken, şizofrenide OKB’nin görülme sıklığının %10-40 arasında olduğunu, bu hastalara pek çok psikiyatrik hastalıktan daha sık rastlandığını ifade ediyordu (13).

Şizo-obsesif tanımının kapsamı, klinik özellikleri konusunda farklı görüşler mevcuttur. Poyurovsky ve arkadaşları obsesyonlar ve sanrıların birbirinden ayırtililmesi ile ilgili güçlölklere dikkat çekerek, şizo-obsesif bozukluk tanısının DSM IV TR’ye göre OKB ve Şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan hastalara konulmasını önermiştir (54).

Şizo-obsesif Bozukluk Tanı kriterleri:

- A. Şizofrenin seyri sırasında herhangi bir zamanda, OKB’nin A tanı kriterlerinin karşılanması.
- B. Eğer obsesyon ve/veya kompulsiyonlar, hezeyanlar ve/veya halusinasyonlar ile ilişkili ise (işitsel halusinasyonları doğrultusunda kompulsif el yıkama gibi) kişinin obsesyon ve/veya kompulsiyonu tipik OKB’deki gibi mantıksız ve aşırı olarak tanımlaması gerekir.
- C. Obsesif kompulsif semptomlar, Şizofreninin prodromal, aktif ve rezidüel dönemleri hesaba katıldığında toplam sürenin önemli bir kısmında bulunmalı.
- D. Obsesif kompulsif semptomlar günde 1 saatten fazla sürmeli, sıkıntıya yol açmalı ve Şizofreni’ nin yol açtığı işlev kaybına ek kişinin günlük rutinini etkilemeli.
- E. Bu semptomlar, antipsikotik ajanların, madde kullanımının (örn; kokain kullanımı) ve organik sebeplerin (örn; kafa travması) direkt etkisine bağlı ortaya çıkmamalı (55).

Genel olarak 3 farklı Şizo-obsesif hasta grubu olduğu ileri sürölmektedir. Bunlar

- Şizofreni gelişiminden önce OKB tanısı alanlar,

- Şizofreni başlangıcında ya da hastalık seyrinin herhangi bir zamanında obsesif kompulsif belirtileri sergileyenler,

- Hastalıklarının farklı aşamalarında ya da enfeksiyon veya antipsikotik kullanımı gibi özgül durumlarda geçici obsesif-kompulsif belirtiler gösteren hasta grupları olarak tanımlanmıştır (56).

Şizofrenide obsesyon ve sanrının bağlantılı görülmesi nedeniyle bu iki belirtiyi birbirinden ayırmakta zorlanan klinisyenler, daha net belirti tanımlamaları, standardize edilmiş tanı kriterleri ve daha sıkı protokoller uygulamak için çeşitli ölçütler geliştirmişlerdir (14):

1. DSM – IV eksen I için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-1) ve Yale Brown Obsesif-Kompulsif Belirti Ölçeği gibi standardize edilmiş ölçekler kullanarak semptomları sistematik ve objektif bir şekilde değerlendirmek.
2. Yaş eşleştirmeli kontrol gruplarının ve kesitsel çalışmaların kullanılması
3. Obsesyonel düşünce içeriğinin psikotik tema ile ilişkili olduğu durumları dışlamak
4. Hasta popülasyonu hastalık evresine göre gruplandırmak.

OKB tanısı için DSM – 5, eski DSM – IV belirleyicisi olan “zayıf içgörü” kavramını değiştirerek üç derecedeli bir sistem ortaya atmıştır. Bu içgörü dereceleri “iyi veya yeterli içgörü”, “zayıf içgörü” ve “içgörü yok/sanrısız OKB inançları” olarak ayrılmıştır. Bu sayede sanrı ve obsesyon arasındaki keskin çizginin ortadan kalkmasını ve bir spektrum olarak tanımlanmasını sağlamıştır (34).

2.2.2. Epidemiyoloji

Son 30 yıl içerisinde yapılan araştırmalarda şizofreni hastalarında OKS’lerin prevalansı %10-59, OKB prevalansı ise %7.8-26 olarak bildirilmiştir (8,10,57-59).

Her bir hastalık için yaşam boyu prevalans oranları (OKB için %2-3, şizofreni için %1) ile şizofren popülasyonda OKB prevalansı karşılaştırıldığında görülen fark, birlikte görülmenin rastlantısal olmadığının kanıtıdır (6,10). Yapılan

son araştırmalar OKB tanısı olan kimselerin şizofreni geliştirme riskinin genel toplumdan 12 kat daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (60).

2.2.3. Etiyoloji

2.2.3.1. Nöroanatomi ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları

OKB ve şizofreni hakkında yapılan araştırmalar, her iki bozuklukta da bazal ganglionlar, talamus, ön singulum, orbitofrontal korteks ve temporal korteksin spesifik bölgelerini içeren ortak anatomik yapıların anormalliklerine dikkat çekmiştir (61).

OKS olan şizofreni hastalarının MRI incelemeleri, sol ve sağ hipokampal alanlarda, OKS olmayan hastalara göre belirgin küçölme olduğunu göstermiştir. OKS olan hastaların hastalık süresi ile orantılı olarak frontal loblarında küçölme olduğu saptanmıştır. Bu bulgu OKS olmayan hastalarda gösterilememiştir. Frontal lob atrofisi, OKS olan şizofreni hastalarında negatif semptomların daha sık görölmesinin sebebi olabilir (18). OKB’de prefrontal korteks, anterior singulat korteks, korpus striatum ve talamusta anormallikler gösterilmiştir (62,63). Sol hipotalamustaki anormalliğin OKS olan şizofreni hastalarına özėün bir durum olduğu düşünölebilir. Hipokampal bölge hasarı olan hayvanlarda obsesif kompulsif stereotipilerin varlığı da gösterilmiştir (64). Buna rağmen klinik bulgular ile sol hipokampus boyu arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu nedenle semptomların hipokampus küçölmesi ile ilişkisiz olduğu düşünölebilir (18). Bu bulgular, ek olarak lateral ventrikulün ön boynuzunda ve üçöncü ventrikölde büyüme ile birlikte başka bir çalışmada da gösterilmiştir (65).

Fonksiyonel MRI çalışmaları şizoobsesif hastaların sol dorsolateral prefrontal korteks aktivasyonu ile OKS şiddeti arasında negatif korelasyon olduğunu bildirmiştir (66). Yakın tarihli bir fonksiyonel MRI çalışması ise şizofreni hastalarını ve şizoobsesifleri kıyaslamış, sonuç itibariyle iki grupta da sağlıklı kontrollere göre azalmış dorsolateral prefrontal korteks ve sağ kaudat aktivitesi saptamıştır (67).

2.2.3.2. Nörokimyasal Çalışmalar

Serotonin, OKB ve şizofrenide de anormallikleri gösterilmiş bir molekül olarak dopaminerjik aktiviteyi modöle ettiği düşünölmektedir. Bu mekanizma

şizofreni patogeneğinde de önemli bir rol oynar (68). Serotonin taşıyıcı ve reseptör anormallikleri OKB’de gösterilmiştir (69,70).

Glutamat, şizofrenide patogeneğinde suçlanmakta olan bir nörotransmitter olmakla birlikte (71), OKB patogeneğinde de rolü olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Özellikle OKB’de kaudat ve frontal kortekste artmış glutamat seviyeleri bildirilmiştir (72,73). Ayrıca glutamat antagonisti riluzolün tedaviye dirençli OKB tedavisinde faydalı olduğu gösterilmiştir (74).

Dopamin, şizofreni patogeneğinde en çok incelenen nörotransmitter olmakla birlikte, OKB hastalarında da anormallikleri gösterilmiştir (75). SSRI ilaçların yanına eklenen dopamin reseptör antagonistlerinin tedaviye dirençli OKB’de tedavi edici olduğu da gösterilmiştir (76).

2.2.3.3. Nöropsikolojik Testler

Yapılan nöropsikolojik araştırmalar tutarsız sonuçlar vermektedir. Bazı çalışmalar OKS olan şizofreni hastalarında dikkati sürdürme, görsel hafıza, set değiştirme (Set shifting) gibi değişik kognitif alanlarda artmış bozukluklara dikkat çekerken (77,78), bu alanların OKS olan şizofreni hastalarında daha iyi olduğunu bulan çalışmalar da mevcuttur (79). Dikkat, cevap inhibisyonu, set değiştirme (set shifting) gibi alanlar arasında hiçbir fark olmadığını tespit eden çalışmaların sayısı da oldukça fazladır (80-82).

2.2.3.4. Çevresel Faktörler

Şizofrenideki obsesif-kompulsif belirtilerin etiyolojisindeki çevresel etkenleri araştıran çalışmalar genelde antipsikotik ilaç kullanımının rolünün değerlendirilmesi üzerinedir. Özellikle klozapin, olanzapin ve risperidon’un OKS artışına neden olabileceğini gösteren vaka örnekleri bulunmaktadır (83). İlk psikotik atak sırasında OKS sıklığının %9 olduğu ifade edilmektedir. Kronik ve ileri dönem şizofreni hastalarında OKS sıklığının fazla olması bu durumun ilaç kullanımı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (84). Obsesif kompulsif bozukluğun santral serotonin disregulasyonu ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Atipik antipsikotiklerin özellikle 5-HT_{2A} antagonizması etkisi ile de novo OKS gelişmesine yol açabileceği öne sürülmüştür (85-87).

Klozapin kullanan 102 şizofreni hastası ile yapılan bir çalışma, OKS sıklığının %38.2 olduğunu göstermiştir. Bu hastaların %28.4'ünde tedavi sırasında OKS ortaya çıkmış, %9.8'inde ise önceden var olan OKS'lerde kötüleşme olduğu tespit edilmiştir (88). Atipik antipsikotik monoterapisi alan 543 hastanın değerlendirildiği bir başka çalışmada OKS sıklığı klozapin'de %38.9, risperidon'da %23.2, olanzapin'de %20.1 ve antipsikotik kullanımı olmayan hastalarda %19.6 olarak tespit edilmiştir. Özellikle klozapin kullanımının OKS ile ilişki olduğu görülmekle birlikte, 6 ayda uzun tedavi alıyor olmanın riski daha çok arttırdığı belirtilmiştir (89). Yapılan son genetik araştırmalar klozapin ile ilişkili obsesif kompulsif semptomların SLC1A1 VE GRIN2B genleri ile bağlantılı olduğunu göstermektedir (90). De novo olarak ortaya çıkan OKS'lerin de, genetik yatkınlıkla ilişkisi olduğu öne sürülebilir. Ülkemizde yapılan prospektif bir çalışma ise şizofreni hastalarında risperidon kullanımının OKS'leri arttırmadığı, aksine azalttığını göstermiştir (91).

2.2.4. Klinik Özellikler

Ülkemizde yapılan bir araştırma yalnızca OKB'si olan hastalar ile şizofreni ile birlikte OKB'si olan grup arasında, semptomların dağılımı ve OKS şiddeti açısından anlamlı bir farklılık bulamamıştır (92). OKB semptomları ile şizofreni semptomlarının arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada ise bu iki semptom grubu arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığını göstermiştir (93). OKB'nin eşlik ettiği şizofreni hastalarının daha sık oranda erkek ve bekar oldukları bulunmuştur (94).

OKS olan şizofreni hastalarının, prefrontal yürütücü işlev ve negatif belirtiler açısından daha şiddetli bozukluk gösterdiği bulunmuştur (95). Baska bir çalışma ise OKS düzeyleri ile şizofreni hastalığının süresi, pozitif ve negatif belirtiler, cinsiyet dışındaki sosyodemografik özellikler arasında herhangi bir korelasyon bulamamıştır (96). Sanrılar ve obsesyonlar ile işitsel varsanılar ile kompulsyonlar arasında güçlü pozitif ilişki olduğunu bulan çalışmalar da vardır (97). OKS olan şizofreni hastalarında intihar düşüncelerinin ve intihar girişim sıklığının daha yüksek olduğu da gösterilmiştir. OKS ile intihar girişim sıklığı arasında pozitif bir orantı olduğu görülmüştür (98).

Şizofreniye eşlik eden OKB ve OKS'nin iki ayrı klinik durum olabileceğine dair kanıtlar da mevcuttur. Özellikle OKS'lerin genelde şizofreni gelişiminden sonra ortaya çıkması, OKB tanısının ise şizofreni tanısından önce alınıyor olması bu düşünceyi destekler. OKS olan şizofreni hastalarının, OKB grubuna göre daha az eşlik eden psikiyatrik eştanıları, klinik yatışları ve daha sık iş bulma imkanlarının olduğu görülmüştür (99).

Bir başka çalışmada antipsikotik tedavisi sırasında OKS gelişen hastalar ile yalnız OKB'si olan hastaların kıyaslanması durumunda semptomlar açısından yüksek benzerlik olduğu görülmüştür. Bu da OKB gelişimi için bilinen mekanizmaların, şizofreni varlığı fark etmeksizin, geçerli olduğunu düşündürmektedir (100). OKS'lerin şizofreni hastalığına etkisi ile ilgili çalışmaları derleyen metaanalizler ortak bir sonuç ifade etmemekle birlikte, genel olarak kliniğin OKS olmayan şizofreni hastalarına göre daha kötü seyrettiği ifade edilmektedir (7, 56).

2.2.5. Gidiş ve Sonlanım

Şizoobsesif bozukluk olarak tanımlanan hastalarda sonlanımın daha kötü olduğuna ilişkin pek çok kanıt bulunmaktadır (101). OKS olan ve olmayan kronik şizofreni hastalarının kıyaslandığı bir çalışmada, OKS'lerin şizofrenide daha erken başlangıç, daha uzun hastane yatışları ve yaşa göre olan işlevsellik düzeyinin düşük olması ile ilişkili bulunmuştur (11). OKB etiyojisinde de bazal ganglion anormalliklerinin varlığı bilinmektedir ve OKS olan şizofreni hastalarında da benzer şekilde sadece şizofreni hastası olanlardan daha sık Parkinsonian semptomlar görülmektedir (102).

OKB ve şizofreni birlikteliği ile frontal lob testlerinin değerlendirildiği çalışmalarda ise, OKB-şizofreni eştanı grubunda, sadece şizofreni grubuna göre daha az bozulma gösterdiği görülmüştür. Hastalığın erken evresinde şizofreniye eşlik eden OKS'lerin koruyucu olabileceğini, ancak kronik dönemde ise bozulmayı arttırdığı ve prognozu kötü etkilediği öne sürülmüştür (79).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 10.01.2018 tarihinde 106 protokol no ile onay alınmıştır.

3.1. ÖRNEKLEM VE UYGULAMA

Çalışmamıza, Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne başvuran Şizofreni tanısı ile takip edilen hastalar ve bu hastaların çalışmaya katılmayı kabul eden birinci derece akrabaları (anne, baba, kardeş, çocuk) dahil edilmiştir. Ocak 2018 – Mart 2018 tarihleri arasında başvuran, Şizofreni tanılı, işleme ve dışlama kriterleri gözetilerek belirlenmiş ardışık 110 hasta ve bu hastaların birinci derece yakınları değerlendirilmiştir.

Hastalara ve hasta yakınlarına çalışma hakkında bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş onam formu okunarak yazılı onamları alınmıştır. Yazılı onam veren hasta ve hasta yakınlarına, SCID-I (DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu) uygulanmış ve hastaların şizofreni tanısını doğrulanmış, hasta yakınlarının da herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olup olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca SCID-I ile hastaların ve yakınlarının OKS ile ilgili değerlendirmeleri yapılmıştır. Hastanın sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedilip, psikotik semptomlarının şiddeti PANSS (Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği) ile, obsesif kompulsif semptomların varlığı YBOCS (Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği) semptom kontrol listesi ile gözden geçirilmiş ve SCID- I ile birlikte bu da göz önünde bulundurularak semptomların şiddeti YBOCS ile değerlendirilmiştir. (Semptom kontrol listesi, obsesyon (0-4), kompulsiyon (0-4)). Hasta yakınlarına ise obsesif kompulsif semptomları belirlemek amacı ile YBOCS uygulanmış, eşik altı psikotik semptomları ve psikoza yatkınlığı değerlendirmek için ŞKÖ (Şizotipal Kişilik Ölçeği) doldurmaları istenmiştir.

Bu çalışma gözlemsel, tanımlayıcı ve kesitsel bir vaka-kontrol çalışması olarak tasarlanmıştır. Hastalar Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kontrol amacı ile başvuran ardışık hastalardan seçilmiştir. Hastanın yanında gelen birinci derece yakını çalışmaya alınabildiği gibi, o sırada yakını olmayan hastaların yakını görüşme için merkeze davet edilmiştir. Hasta yakınlarının merkeze başvuramadığı durumlarda ev ziyaretleri ile kendilerine ulaşılmış ve değerlendirmeleri yapılmıştır. Karıştırmacı olabileceği için Bipolar Bozukluğu veya Şizofreni spektrum bozukluğu olduğu bilinen, SCID-I uygulanması sonrası bu tanılardan biri olduğu belirlenen hasta yakınları çalışmadan çıkarılmıştır.

3.1.1. Çalışmanın İçerme Ölçütleri

- 1- Hasta grubu için DSM IV-TR'ye göre Şizofreni tanısı olmak
- 2- Hasta yakını grubu için DSM IV-TR'ye göre Şizofreni tanısı almış bireyin birinci derece (anne, baba, kardeş, çocuk) yakını olmak
- 3- Hasta ve hasta yakını grupları için 18-65 yaş arasında olmak
- 4- Hasta ve hasta yakını grupları için okur yazar olmak
- 5- Hasta ve hasta yakını grupları için çalışma ile ilgili bilgilendirildikten sonra katılım için yazılı onay verilmesi

3.1.2. Çalışmanın Dışlama Ölçütleri

- 1- Hasta ve hasta yakını grupları için mental retardasyon, demans ya da genel tıbbi duruma bağlı bir psikiyatrik bozukluğun varlığı
- 2- Hasta yakını grubu için DSM IV-TR'ye göre psikotik bir bozukluk varlığı saptanması

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu

Çalışmanın amacına yönelik olarak tarafımızca hazırlanmış, katılımcılarla ilişkili sosyodemografik özellikler, aile öyküsü, hastalık öyküsü, tedavi öyküsü, başvuru şikayetleri gibi klinik bilgilere ilişkin sorular içeren ayrıntılı görüşme formudur.

3.2.2. Hasta Yakınlarına Yönelik Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın amacına yönelik olarak tarafımızca hazırlanmış, katılımcılara ilişkin sosyodemografik bilgilere yönelik ayrıntılı görüşme formudur.

3.2.3. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)

DSM sistemi için Spitzer ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş bir yapılandırılmış tanı ölçeğidir (103). Çalışmamızda DSM – IV’e göre First ve arkadaşlarının uyarladığı versiyon uygulanacaktır (104). SCID-I tanısallık değerlendirmenin uygun bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin, yaşam boyu ve son 1 ay içindeki DSM-IV eksen I tanılarının ve ektanı durumlarının taranmasını kolaylaştırarak tanılarının geçerliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I’in geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Özkürkçügil ve arkadaşları (105) tarafından yapılmıştır.

3.2.4. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler ile genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek amacıyla Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 30 maddelik yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (106).

PANSS kapsamında değerlendirilen 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom altölçeğine, yedisi negatif sendrom altölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji altölçeğine aittir. Her madde için yedi puanlı şiddet değerlendirmesi (0:hiç yok-7:çok ağır) içeren ölçeğin türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (107).

3.2.5. Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (YBOCS)

Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk ölçeği (Y-BOCS) Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (108, 109). Y-BOCS, obsesif kompulsif semptomların şiddetini ölçmek, klinik seyri ve tedavinin sonuçlarını değerlendirme duyarlılığı ile diğer ölçeklere üstünlük sağlamaktadır. Y-BOCS da 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 güvenirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır (110). Bizim çalışmamızda, literatürdeki benzer çalışmalar örnek alınarak YBOCS toplam puanı 9 ve üzeri olan hastalar ve yakınları klinik düzeyde anlamlı OKS kabul edilmiştir (26).

3.2.6. Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ)

Raine ve arkadaşları tarafından geliştirilen, DSM-III'ün şizotipal kişilik bozukluğu tanı kriterlerini tarayan, 74 itemden oluşan bir ölçektir (111). Bilişsel-algisal, dezorganize ve kişilerarası faktörlerin değerlendirildiği bu ölçek, psikoz için risk faktörü olan kişileri belirlemek ve eşik altı semptomları belirlemek için kullanılmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 0-74 arasında değişir. Sorular evet ya da hayır diye yanıtlanır. Ölçeğin bilişsel-algisal, kişilerarası ve dezorganize şizotipi olarak adlandırılan üç faktörü mevcuttur. Bilişsel-algisal şizotipi, referans fikirleri, garip inanış-büyüsel düşünce, sıradışı algısal yaşantı ve şüphecilik gibi pozitif semptomları yansıtır. Kişilerarası şizotipi, sosyal anksiyete, kısıtlı duygulanım,

yakın arkadaş yokluğu gibi negatif semptomları yansıtır. Buna negatif şizotipi de denir. Dezorganize şizotipi ise garip davranış ve garip konuşma semptomlarını yansıtır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik araştırması Şener ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (112).

3.3. İSTATİSTİK METODU

Çalışmadan elde edilen verilerin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 programı ile analiz edilmiştir. Çalışmadan elde edilen devamlı ve kategorik verilerin açıklayıcı bilgileri ile ilgili katılımcıların özellikleri belirlenmiştir. Çalışmadaki kategorik değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için ki-kare analizli kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda iki grup için Bağımsız t testi, iki gruptan fazla olan karşılaştırmalar için Tek Yönlük Varyans Analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Çalışmadaki devamlı değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerini belirlemek için ise Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Analizlerden elde edilen veriler Bulgular kısmında belirtilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. HASTALARIN VE HASTA YAKINLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 1:Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı (%)
		N=110
Cinsiyet	Kadın	34 (%30.89)
	Erkek	76 (%69.11)
Yaş (Ortalama-SS)	42.53 (11.22)	
Medeni Hal	Evli	26 (%23.63)
	Bekâr	63 (%57.27)
	Boşanmış-Dul	21 (%19.10)
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	10 (%9.10)
	Eş-Çocuklar	25 (%22.72)
	Anne-Baba-Kardeş	75 (%68.18)
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	77 (%70)
	Çalışıyor	15 (%13.58)
	Emekli	18 (%16.42)
Eğitim Süresi (Ortalama-SS)	7.88 (3.36)	
Gelir (Ortalama-SS)	793.27 (496.61)	

Çalışmaya alınan hastaların %30.89'u (34 hasta) Kadın, %69.11'i ise (76 hasta) Erkektir. Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalamaları 42.53 (11.22) olarak belirlenmiştir. Hastaların %23.63'ü (26 hasta) evli, %57.27'si (63 hasta) bekâr ve %19.10'u (21 hasta) boşanmış-dul olarak medeni durumlarını bildirmişlerdir. Hastaların %9.10'u (10 hasta) yalnız yaşarken, %22.72'si (25 hasta) eş-çocuklarıyla, %68.18'i (75 hasta) anne-baba-kardeş ile yaşamaktadır. Hastaların %70'i (77 hasta) çalışmıyorken, %13.58'i (15 hasta) çalışmaktadır ve %16.42'si (18 hasta) emeklidir. Hastaların Eğitim süreleri ortalama 7.88 (3.36) yıl olarak belirlenmiştir. Hastaların Gelir seviyeleri ortalama 793.27 (496.61) TL olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2: Hastaların Klinik Özellikleri

		Ortalama (SS)
Hastalık Süresi (Yıl)		15.29 (9.26)
Başlangıç Yaşı		26.90 (9.78)
Yatış Sayısı		3.11 (3.80)
		Sayı (%)
Sigara	Evet	66 (%60)
	Hayır	44 (%40)
Alkol	Evet	9 (%8.18)
	Hayır	101 (%91.82)
Madde	Evet	2 (%1.81)
	Hayır	108 (%98.19)
İntihar Öyküsü	Evet	31 (%28.18)
	Hayır	79 (%78.82)

Çalışmaya alınan hastaların klinik özellikleri gözden geçirildiğinde ise, hastaların hastalık süreleri ortalama 15.29 (9.26) yıl olarak belirlenmiştir. Hastaların hastalık başlangıç yaşı ortalama 26.90 (9.78) olarak belirlenmiştir. Hastaların ortalama yatış sayıları ise 3.11 (3.80) olarak belirlenmiştir. Hastaların %60'ı (66 hasta) sigara kullanıyorken, %40'ı (44 hasta) sigara kullanmamaktadır. Hastaların %8.18'i (9 hasta) alkol kullanıyorken, %91.82'si (101 hasta) alkol kullanmamaktadır. Hastaların %1.81'i (2 hasta) madde kullanıyorken, %98.19'u (108 hasta) madde kullanmamaktadır. Hastaların %28.18'i (31 hasta) intihar öyküsüne sahipken, %78.82'si (79 hasta) intihar öyküsüne sahip değildir (Tablo 2).

Tablo 3: Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı (%) N=110
Cinsiyet	Kadın	53 (%48.18)
	Erkek	57 (%51.82)
Yaş (Ortalama-SS)	46.87 (14.38)	
Medeni Hal	Evli	63 (%57.28)
	Bekâr	25 (%22.72)
	Boşanmış-Dul	22 (%20)
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	41 (%37.28)
	Çalışıyor	35 (%31.82)
	Emekli	34 (%30.90)
Yakınlık Durumu	Anne	30 (%27.28)
	Baba	15 (%13.58)
	Kardeş	50 (%45.46)
	Çocuk	15 (%13.58)
Eğitim Süresi (Ortalama-SS)	7.57 (4.23)	
Gelir (Ortalama-SS)	919.09 (699.40)	

Çalışmaya alınan hasta yakınlarının %48.18'u (53 hasta yakını) Kadın, %51.82'i ise (57 hasta yakını) Erkektir. Çalışmaya alınan hasta yakınlarının yaş ortalamaları 46.87 (14.38) olarak belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %57.28'i (63 hasta yakını) evli, %22.72'si (25 hasta yakını) bekâr ve %20'si (22 hasta yakını) boşanmış-dul olarak medeni durumlarını bildirmişlerdir. Hasta yakınlarının %37.28'i (41 hasta yakını) çalışmıyorken, %31.82'si (35 hasta yakını) çalışmaktadır ve %30.90'ı (34 hasta yakını) emeklidir. Hasta yakınlarının, yakınlık seviyeleri ise; %27.28'i (30 hasta yakını) Anne, %13.58'i (15 hasta yakını) Baba, %45.46'sı (50 hasta yakını) Kardeş ve %13.58'i (15 hasta yakını) Çocuk olarak belirlenmiştir. Hasta yakınlarının Eğitim süreleri ortalama olarak 7.57 (4.23) yıl olarak belirlenmiştir. Hasta yakınlarının gelir seviyeleri ise ortalama 919.09 (699.40) TL olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

4.2. OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOMLARI OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya alınan hastaların Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği puanlarına göre %41.81'i (46 hasta) Obsesif Kompulsif Semptomlar gösterirken, %58.19'unun ise (64 hasta) Obsesif Kompulsif Semptomlar göstermediği belirlenmiş, her iki grubun sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 4'de gösterildiği şekilde karşılaştırılmıştır.

Tablo 4: Hastaların OKS Olma Durumuna Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

	OKS (+) N=46 (%41.81)	OKS (-) N=64 (%58.19)		
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	t	p
Yaş	41.13 (10.89)	43.54 (11.43)	-1.115	.267
Eğitim Süresi (Yıl)	7.89 (3.74)	8.01 (3.09)	-.490	.625
Gelir Seviyesi (TL)	741.30 (351.55)	830.62 (578.82)	-.930	.355
Hastalık Süresi (Yıl)	14.80 (7.46)	15.64 (10.41)	-.465	.643
Başlangıç Yaşı	26.19 (9.69)	27.42 (9.88)	-.647	.519
Yatış Sayısı	2.78 (3.06)	3.35 (4.26)	-.783	.435

Not 1: Serbestlik Derecesi (SD): 108, SS: Standart Sapma, OKS: Obsesif Kompulsif Semptom

Çalışmada hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin, hastaların Obsesif Kompulsif Semptomu (OKS) olup olmadığına göre farklılıklarını belirlemek için bağımsız t testi uygulanmıştır (Tablo 4). Karşılaştırılan gruplarda OKS olduğu belirlenen 46 hasta ve OKS olmadığı belirlenen 64 hasta bulunmaktadır. Yapılan analizler sonucunda, OKS olan ve OKS olmayan gruplar arasında Yaş, Eğitim Süresi, Gelir Seviyesi, Hastalık Süresi, Hastalık Başlangıç Yaşı ve Yatış Sayısı açısından anlamlı düzeyde bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$).

4.3. HASTA VE HASTA YAKINLARINDA OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOMLAR

Çalışmamızda hastalara ve hasta yakınlarına uygulanan Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğine göre obsesif kompulsif semptomları olan hastalar toplam hastaların %41.82'si (46 hasta), olmayan hastalar ise %58.18'i (64 hasta) iken; hasta yakınlarından %28.18'inde (31 hasta yakını) OKS saptanmış, %71.82'sinde (79 hasta yakını) saptanmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Hasta ve Hasta Yakınlarında OKS Sıklığının Karşılaştırılması

		Hasta		<i>p</i>
		OKS (+) N= 46 (%41.82)	OKS (-) N=64 (%58.18)	
Hasta Yakını	OKS (+) N= 31 (%28.18)	11 (%23.91)	20 (%31.25)	.399
	OKS (-) N= 79 (%71.82)	35 (%76.09)	44 (%68.75)	

Not 1: OKS: Obsesif Kompulsif Semptom, $p = \text{Chi-Square } X^2$ anlamlılık derecesi

OKS olan hastaların yakınlarının %23.91'inde (11 Hasta Yakını) obsesif kompulsif semptomlara rastlanırken, %76.09'unda (35 Hasta Yakını) obsesif kompulsif semptomlara rastlanmamıştır. OKS olmayan hastaların yakınlarının ise %31.25'inde (20 Hasta Yakını) obsesif kompulsif semptomlara rastlanırken, %68.75'inde (44 Hasta Yakını) obsesif kompulsif semptomlara rastlanmamıştır. Yapılan analizlere göre hasta ve hasta yakını gruplarında obsesif kompulsif

semptomların sıklığı açısından anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmamıştır ($X^2=.712, p>.05$).

Çalışmaya alınan hasta yakınlarının %28.18'inde (31 hasta yakını) OKS olup, %71.82'sinde (79 hasta yakını) OKS olmadığı saptanmıştır. Birinci derece akrabalarından, annelerin %30'unda (9 anne) OKS varken, %70'inde (21 anne) OKS olmadığı belirlenmiştir. Babaların %26.67'sinde (4 baba) OKS varken, %73.33'ünde (11 baba) OKS olmadığı belirlenmiştir. Kardeşlerin ise %24'ünde (12 kardeş) OKS varken, %76'sında (38 kardeş) OKS yoktur. Hastaların çocuklarının ise %40'ında (6 çocuk) OKS varken, %60'ında (9 çocuk) OKS yoktur (Tablo 6).

Tablo 6: Hasta Yakınlarında OKS Varlığının Yakınlık Durumuna Göre Dağılımı

		Hasta Yakını (N=110)		p
		OKS (+) N=31	OKS (-) N=79	
Yakınlık Durumu	Anne	9 (%30)	21 (%70)	.675
	Baba	4 (%26.67)	11 (%73.33)	
	Kardeş	12 (%24)	38 (%76)	
	Çocuk	6 (%40)	9 (%60)	

Not 1: OKS: Obsesif Kompulsif Semptom, p= Chi-Square X^2 anlamlılık derecesi

Yapılan istatistik analizde, OKS olan ve olmayan hasta yakınları arasında yakınlık durumları açısından anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($X^2=1.533, p>.05$).

4.4. OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOMU OLAN VE OLMAYAN HASTALARDA TEDAVİ

Hastaların Obsesif Kompulsif Semptom (OKS) varlığı ve tedavi çeşidi (Klozapin İçermeyen, Klozapin İçeren, İlaçsız) ile ilgili dağılımlar incelenmiştir (Tablo 7). OKS olduğu belirlenen 46 hastanın %63.04'ü (29 hasta) Klozapin içermeyen tedavi alırken, %26.08'i (12 hasta) Klozapin içeren tedavi almaktadır, bu hastaların %10.86'sı ise (5 hasta) tedavisine İlaçsız olarak devam etmektedir. OKS olmadığı belirlenen 64 hastanın %84.37'si (54 hasta) Klozapin içermeyen tedavi alırken, %7.81'i (5 hasta) Klozapin içeren tedavi almaktadır, bu hastaların %7.81'i ise (5 hasta) tedavisine İlaçsız olarak devam etmektedir.

Tablo 7: Hastaların OKS Olma Durumuna Göre Tedavi Durumlarının Değerlendirilmesi

	OKS (+)	OKS (-)	Toplam	<i>p</i>
Klozapin İçermeyen	29 (%63.04)	54 (%84.37)	83 (%75.45)	.058
Klozapin İçeren	12 (%26.08)	5 (%7.81)	17 (%15.45)	
İlaçsız	5 (%10.86)	5 (%7.81)	10 (%9.10)	
Toplam	46	64	110	

Not: OKS: Obsesif-Kompulsif Semptom, $p = \text{Chi-Square } X^2$ anlamlılık derecesi

Çalışmaya alınan OKS olan ve olmayan hastaların, tedavi durumları ile ilgili Ki-Kare testinde, OKS olan ve OKS olmayan hastalar arasında tedavi durumları açısından anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($X^2=5.443$, $p>.05$).

4.5. HASTALARDA OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOMLAR VE PSİKOTİK SEMPTOMLARIN İLİŞKİSİ

Çalışmaya alınan hastalardan Obsesif Kompulsif Semptomları olanlar (46 hasta) ve Obsesif Kompulsif Semptomları olmayanlar (64 Hasta), psikotik semptomları değerlendirmek için uygulanan PANSS ölçeği puanlarına göre karşılaştırılmıştır (Tablo 8).

Tablo 8: Hastaların PANSS Puanlarının OKS Varlığına Göre Karşılaştırılması

	OKS (+)	OKS (-)		
	<i>N</i> =46	<i>N</i> =64		
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	<i>t</i>	<i>p</i>
PANSS (Toplam)	67.41 (17.27)	59.18 (15.58)	2.609	.010
PANSS Pozitif	13.47 (5.35)	10.90 (5.42)	2.467	.015
PANSS Negatif	19.80 (6.54)	19.37 (6.23)	.349	.728
PANSS Genel	34.13 (9.01)	28.90 (7.79)	1.124	.262

Not 1: Serbestlik Derecesi (SD): 108, SS: Standart Sapma, OKS: Obsesif Kompulsif Semptom

Çalışmada hastalara uygulanan PANSS puanlarının, hastaların Obsesif Kompulsif Semptomlarına (OKS) göre farklılıklarını belirlemek için bağımsız t testi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda; OKS olan grubun PANSS Toplam puanlarının (*Ortalama*=67.41), OKS olmayan grubun puanlarından (*Ortalama*=59.18) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir [$t(108)=2.609, p<.05$]. Ayrıca, OKS olan grubun PANSS Pozitif puanlarının da (*Ortalama*=13.47), OKS olmayan grubun puanlarından (*Ortalama*=10.90) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir [$t(108)=2.467, p<.05$]. Yapılan diğer karşılaştırmalarda ise gruplar arasındaki farkların anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>.05$).

Tablo 9: Hastaların PANSS ve YBOCS Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

		1	2	3	4	5	6	7
1	PANSS (Toplam)	-						
2	PANSS Negatif	.68**	-					
3	PANSS Pozitif	.77**	.16	-				
4	PANSS Genel	.94**	.47**	.73**	-			
5	YBOCS (Toplam)	.18*	.03	.14	.24*	-		
6	YBOCS (Obsesyon)	.16	-.01	.14	.22*	.96**	-	
7	YBOCS (Kompulsiyon)	.17	.05	.13	.22*	.96**	.88**	-

Not 1. YBOCS: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

Not 2. * $p < .05$, ** $p < .01$; $n=110$; r = Pearson Korelasyon Katsayısı

Çalışmada hastaların Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS), PANSS ve alt ölçeklerinden elde ettikleri puanların birbirleri ile olan ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile belirlenmiştir (Tablo 9). Analiz sonuçlarına göre; hastaların PANSS Toplam puanlarının, hastaların YBOCS Toplam puanları ile ($r=.18$, $p<.05$) pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Hastaların PANSS Genel puanlarının ise, hastaların YBOCS Toplam puanları ile ($r=.24$, $p<.05$), YBOCS Obsesyon puanları ile ($r=.22$, $p<.05$) ve YBOCS Kompulsiyon puanları ile ($r=.22$, $p<.05$) pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır.

4.6. HASTA YAKINLARINDA OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOMLAR VE EŞİK ALTI PSİKOTİK BELİRTİLER

Çalışmamızda eşik altı psikotik durum Şizotipal Kişilik Ölçeği ile belirlenmiştir. Hasta yakınlarında obsesif kompulsif semptomların varlığında eşik altı psikotik durumun diğer gruba göre daha fazla görülüp görülmediğini ölçmek için Tablo 10'da dökümü yapılan analiz uygulanmıştır.

Tablo 10: Hasta Yakınlarında Şizotipal Kişilik Ölçeği Puanlarının Hasta Yakınlarında OKS Varlığına Göre Karşılaştırılması

	OKS (+)	OKS (-)		
	<i>N</i> =31	<i>N</i> =79		
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	<i>t</i>	<i>p</i>
Şizotipal Kişilik Ölçeği (Toplam)	21.61 (13.37)	14.29 (9.85)	3.157	.002
Bilişsel-Algısal Şizotipi	7.06 (6.07)	4.43 (3.96)	2.675	.009
Kişilerarası Şizotipi	11.64 (5.55)	8.05 (5.45)	3.093	.003
Dezorganize Şizotipi	2.90 (3.40)	1.81 (2.12)	2.025	.045
Referans Fikirleri	1.70 (2.00)	1.29 (1.57)	1.161	.248
Sosyal Anksiyete	2.80 (1.79)	2.13 (1.89)	1.687	.095
Garip İnanış	1.00 (1.54)	.60 (.91)	1.645	.103
Sıra dışı Yaşantı	1.25 (1.71)	.77 (1.09)	1.767	.080
Garip Davranış	.96 (1.47)	.56 (1.02)	1.614	.109
Yakın Arkadaş Yokluğu	3.51 (2.18)	2.58 (2.09)	2.079	.040
Garip Konuşma	1.93 (2.09)	1.24 (1.50)	1.941	.055
Kısıtlı Duygulanım	2.22 (1.56)	1.56 (1.42)	2.118	.036
Şüphencilik	3.09 (2.05)	1.75 (1.58)	3.648	.000

Not 1: Serbestlik Derecesi (SD): 108, SS: Standart Sapma, OKS: Obsesif Kompulsif Semptom

Çalışmada hasta yakınlarına uygulanan Şizotipal Kişilik Ölçeği (SKÖ) puanlarının ve alt ölçek puanlarının, hasta yakınlarının Obsesif Kompulsif Semptom bulunup bulunmadığına göre farklılıklarını belirlemek için bağımsız t testi uygulanmıştır (Tablo 10). Karşılaştırılan gruplarda OKS olduğu belirlenen 31 hasta yakını ve OKS olmadığı belirlenen 79 hasta yakını bulunmaktadır. Yapılan analizler sonucunda; OKS olan grubun SKÖ Toplam puanlarının (*Ortalama*=21.61), OKS olmayan grubun puanlarından (*Ortalama*=14.29) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir [$t(108)=3.157, p<.01$].

OKS olan grubun Bilişsel-Algisal Şizotipi puanlarının (*Ortalama*=7.06), OKS olmayan grubun puanlarından (*Ortalama*=4.43) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir [$t(108)=2.675, p<.01$]. OKS olan grubun Kişilerarası Şizotipi puanlarının (*Ortalama*=11.64), OKS olmayan grubun puanlarından (*Ortalama*=8.05) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir [$t(108)=3.093, p<.01$]. OKS olan grubun Dezorganize Şizotipi puanlarının (*Ortalama*=2.90), OKS olmayan grubun puanlarından (*Ortalama*=1.81) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir [$t(108)=2.025, p<.05$]. Ayrıca; OKS olan grubun SKÖ alt ölçeklerinden Yakın Arkadaş Yokluğu puanlarının (*Ortalama*=3.51), OKS olmayan grubun puanlarından (*Ortalama*=2.58) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir [$t(108)=2.079, p<.05$]. OKS olan grubun SKÖ alt ölçeklerinden Kısıtlı Duygulanım puanlarının da (*Ortalama*=2.22), OKS olmayan grubun puanlarından (*Ortalama*=1.56) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir [$t(108)=2.118, p<.05$]. OKS olan grubun SKÖ alt ölçeklerinden Şüphcilik puanlarının da (*Ortalama*=3.09), OKS olmayan grubun puanlarından (*Ortalama*=1.75) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir [$t(108)=3.648, p<.01$]. Yapılan diğer karşılaştırmalarda ise gruplar arasındaki farkların anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>.05$).

Tablo 11: Hasta Yakınlarında YBOCS ve ŞKÖ Alt Ölçeklerinin İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	YBOCS (Toplam)	-															
2	YBOCS (Kompulsiyon)	.98**	-														
3	YBOCS (Obsesyon)	.99**	.96**	-													
4	ŞKÖ (Toplam)	.31**	.30**	.32**	-												
5	Bilişsel-Algisal Şizotipi	.31**	.31**	.33**	.87**	-											
6	Kişilerarası Şizotipi	.25**	.25**	.26**	.91**	.64**	-										
7	Dezorganize Şizotipi	.22*	.22*	.24*	.78**	.59**	.61**	-									
8	Referans Fikirleri	.18*	.17	.19*	.70**	.85**	.47**	.47**	-								
9	Sosyal Anksiyete	.16	.15	.17	.57**	.35**	.69**	.36**	.29**	-							
10	Garip İnanış	.31**	.29**	.33**	.61**	.76**	.36**	.45**	.60**	.19*	-						
11	Sıra dışı Yaşantı	.26**	.26**	.28**	.59**	.75**	.37**	.42**	.54**	.26**	.52**	-					
12	Garip Davranış	.17	.17	.19*	.61**	.51**	.41**	.84**	.42**	.17	.39**	.34**	-				
13	Yakın Arkadaş Yokluğu	.14	.15	.15	.75**	.47**	.86**	.52**	.35**	.42**	.22*	.28**	.36**	-			
14	Garip Konuşma	.22*	.21*	.23*	.76**	.54**	.64**	.93**	.41**	.43**	.42**	.41**	.59**	.54**	-		
15	Kısıtlı Duygulanım	.21*	.20*	.23*	.65**	.36**	.77**	.49**	.24*	.36**	.28**	.14	.28**	.66**	.55**	-	
17	Şüphecilik	.27**	.28**	.28**	.82**	.79**	.75**	.51**	.54**	.32**	.44**	.42**	.44**	.55**	.46**	.44**	-

Not 1. YBOCS: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, SKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği

Not 2. * $p < .05$, ** $p < .01$; $n = 110$; $r =$ Pearson Korelasyon Katsayısı

Çalışmada hasta yakınlarının Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS), Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ) ve bunların alt ölçeklerinden elde ettikleri puanların birbirleri ile olan ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile belirlenmiştir (Tablo 11). Analiz sonuçlarına göre; hasta yakınlarının YBOCS Toplam puanlarının; SKÖ Toplam puanları ile ($r=.31, p<.01$), Bilişsel-Algısal Şizotipi puanları ile ($r=.31, p<.01$), Kişilerarası Şizotipi puanları ile ($r=.31, p<.01$), Dezorganize Şizotipi puanları ile ($r=.22, p<.05$), Referans Fikirleri puanları ile ($r=.18, p<.05$), Garip İnanış puanları ile ($r=.31, p<.01$), Sıra dışı Yaşantı puanları ile ($r=.26, p<.01$), Garip Konuşma puanları ile ($r=.22, p<.05$), Kısıtlı Duygulanım puanları ile ($r=.21, p<.05$) ve Şüphencilik puanları ile ($r=.27, p<.01$) pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Hasta yakınlarının YBOCS Kompulsiyon puanlarının ise; ŞKÖ Toplam puanları ile ($r=.30, p<.01$), Bilişsel-Algısal Şizotipi puanları ile ($r=.31, p<.01$), Kişilerarası Şizotipi puanları ile ($r=.25, p<.01$), Dezorganize Şizotipi puanları ile ($r=.22, p<.05$), Garip İnanış puanları ile ($r=.29, p<.01$), Sıra dışı Yaşantı puanları ile ($r=.26, p<.01$), Garip Konuşma puanları ile ($r=.21, p<.05$), Kısıtlı Duygulanım puanları ile ($r=.20, p<.05$) ve Şüphencilik puanları ile ($r=.28, p<.01$) pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca hasta yakınlarının YBOCS Obsesyon puanlarının; ŞKÖ Toplam puanları ile ($r=.32, p<.01$), Bilişsel-Algısal Şizotipi puanları ile ($r=.33, p<.01$), Kişilerarası Şizotipi puanları ile ($r=.26, p<.01$), Dezorganize Şizotipi puanları ile ($r=.24, p<.05$), Referans Fikirleri puanları ile ($r=.19, p<.05$), Garip İnanış puanları ile ($r=.33, p<.01$), Sıra dışı Yaşantı puanları ile ($r=.28, p<.01$), Garip Davranış puanları ile ($r=.19, p<.05$), Garip Konuşma puanları ile ($r=.23, p<.05$), Kısıtlı Duygulanım puanları ile ($r=.23, p<.05$) ve Şüphencilik puanları ile ($r=.28, p<.01$) pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır.

4.7. OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOMU OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN YAKINLARINDAKİ EŞİK ALTI PSİKOTİK SEMPTOMLAR

Obsesif kompulsif semptomları olan hastaların yakınlarının Şizotipal Kişilik Ölçeğinden elde ettikleri puanlarla, obsesif kompulsif semptomları olmayan hastaların yakınlarının Şizotipal Kişilik Ölçeğinden elde ettikleri puanlar Tablo 12’de karşılaştırmıştır.

Tablo 12: OKS Olan ve Olmayan Hastaların Yakınlarının Şizotipal Kişilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Hasta		<i>t</i>	<i>p</i>
	OKS (+)	OKS (-)		
	N=46	N=64		
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)		
ŞKÖ (Toplam)	15.71 (9.19)	16.81 (12.78)	-.496	.621
Bilişsel-Algisal Şizotipi	4.78 (3.83)	5.45 (5.36)	-.725	.470
Kişilerarası Şizotipi	8.78 (4.88)	9.26 (6.23)	-.437	.663
Dezorganize Şizotipi	2.15 (2.22)	2.09 (2.83)	.116	.908
Referans Fikirleri	1.26 (1.32)	1.51 (1.93)	-.772	.442
Hasta Sosyal Anksiyete	2.21 (1.84)	2.40 (1.91)	-.517	.606
Yakını Garip İnanış	.67 (1.07)	.75 (1.18)	-.346	.730
ŞKÖ Sıra dışı Yaşantı	.82 (1.27)	.96 (1.34)	-.562	.576
Puanları Garip Davranış	.78 (1.22)	.60 (1.13)	.763	.447
Yakın Arkadaş Yokluğu	2.89 (1.95)	2.81 (2.29)	.189	.851
Garip Konuşma	1.36 (1.41)	1.48 (1.90)	-.346	.730
Kısıtlı Duygulanım	1.65 (1.17)	1.82 (1.67)	-.611	.542
Şüphencilik	2.02 (1.52)	2.21 (2.01)	-.557	.579

Not 1: Serbestlik Derecesi (SD): 108, SS: Standart Sapma, OKS: Obsesif Kompulsif Semptom, ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği

Obsesif kompulsif semptomları bulunan hastaların yakınlarının, ŞKÖ’den elde ettikleri puanlarla OKS bulunmayan hastaların yakınlarının ŞKÖ’den elde ettikleri puanları karşılaştırmak için bağımsız t testi uygulanmıştır (Tablo 12). Karşılaştırılan gruplarda OKS olduğu belirlenen 46 hastanın yakını ve OKS olmadığı belirlenen 64 hastanın yakını bulunmaktadır. Yapılan analizler sonucunda, OKS olan

ve OKS olmayan hasta gruplarının yakınlarının ŞKÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir ($p>.05$).

4.8. YAKINLARINDA OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOM OLAN VE OLMAYAN HASTALARDA PSİKOTİK SEMPTOMLAR

Çalışmaya alınan hastalardan, yakınları OKS olan ve yakınları OKS olmayanlar arasında psikotik semptomlar açısından farklılık olup olmadığını belirlemek adına Tablo 13'deki analiz uygulanmıştır.

Tablo 13: Yakınlarında OKS Olan ve Olmayan Hastaların PANSS Puanlarının Karşılaştırılması

		Hasta Yakını			
		OKS (+) N=31	OKS (-) N=79		
		Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	t	p
Hasta PANSS Puanları	PANSS (Toplam)	59.58 (18.16)	63.82 (16.11)	-1.198	.234
	PANSS Pozitif	11.51 (5.89)	12.16 (5.39)	-.673	.502
	PANSS Negatif	18.90 (6.75)	19.81 (6.19)	-.553	.582
	PANSS Genel	29.16 (8.89)	31.84 (8.53)	-1.469	.145

Not 1: Serbestlik Derecesi (SD): 108, SS: Standart Sapma, OKS: Obsesif Kompulsif Semptom

Yakınlarında obsesif kompulsif semptom bulunan hastaların PANSS'tan elde ettikleri puanlarla, yakınlarında obsesif kompulsif semptom bulunmayan hastaların PANSS'tan elde ettikleri puanları karşılaştırmak için bağımsız t testi uygulanmıştır (Tablo 13). Karşılaştırılan gruplarda OKS olduğu belirlenen 31 hasta yakınının hastası ve OKS olmadığı belirlenen 79 hasta yakınının hastası bulunmaktadır. Yapılan analizler sonucunda, yakını OKS olan ve yakını OKS olmayan hastalar arasında PANSS puanları açısından anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>.05$).

4.9. YAKINLARINDA OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOM OLAN VE OLMAYAN OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOMLU HASTALARDA PSİKOTİK SEMPTOMLAR

Obsesif kompulsif semptomu bulunan 31 hasta yakınının %35.48'inin obsesif kompulsif semptomlu hastası (11 hasta) bulunmakta, %64.52'sinin hastasında (20 hasta) ise obsesif kompulsif semptom bulunmamaktadır. Ayrıca obsesif kompulsif semptomu bulunmayan 79 hasta yakınının %44.3'ünün hastası (35 hasta) obsesif kompulsif semptomlardan muzdarip iken, %55.69'unun hastasında (44 hasta) ise obsesif kompulsif semptom bulunmamaktadır. OKS olan hasta yakınlarının obsesif kompulsif semptomlu hastalarının PANSS puanları ile, OKS olmayan hasta yakınlarının obsesif kompulsif semptomlu hastalarının PANSS puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 14.)

Tablo 14: Yakınlarında OKS Olan ve Olmayan OKS Hastalarının PANSS Puanlarının Karşılaştırılması

		OKS (+) Hasta N=46			
		Hasta Yakını OKS (+) N=11	Hasta Yakını OKS (-) N=35		
		Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	t	p
OKS (+) Hasta PANSS puanları N=46	PANSS (Toplam)	71.08 (20.31)	66.02 (16.29)	.969	.338
	PANSS Pozitif	15.27 (7.37)	12.91 (4.53)	1.283	.206
	PANSS Negatif	20.63 (6.84)	19.54 (6.52)	.479	.634
	PANSS Genel	35.90 (9.80)	33.57 (8.88)	.747	.459

Not 1: Serbestlik Derecesi (SD): 108, SS: Standart Sapma, OKS: Obsesif Kompulsif Semptom

Yakınlarında Obsesif Kompulsif Semptomları olup olmasına göre, OKS'si bulunan hastaların PANSS puanlarının karşılaştırmak için bağımsız t testi uygulanmıştır (Tablo 14). Karşılaştırılan gruplarda yakını OKS olduğu belirlenen 11 hasta ve yakını OKS olmadığı belirlenen 35 hasta bulunmaktadır. Yapılan analizler sonucunda, yakını OKS olan ve yakını OKS olmayan OKS hastaları arasında PANSS puanları açısından anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>.05$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamız, şizofreni hastalarında ve hasta yakınlarında obsesif kompulsif fenomenlerin sık görüldüğünü göstermektedir. Hastalarda ve birinci derece yakınlarında OKS ile psikotik semptomların pozitif yönde ilişkili olduğu görülmekle birlikte, bu iki grup birbiri ile karşılaştırıldığında birinci hipotezimiz dışındaki hipotezlerimizde önerdiğimiz bağlantının bulunamamış olması bu iki semptom grubunun kuşaklar arasında geçişinin daha karmaşık bir mekanizma ile olduğunu düşündürmemize neden olmaktadır.

Çalışmamıza 18 yaş ve üstü hasta ve hasta yakınları dahil edilmiştir. Bunun sebebi, literatürde gösterildiği gibi OKS ve OKB tanısının konulma ihtimalini arttırmaktır (113). Literatürde, OKS hastaların seçiminde, herhangi bir OKS varlığını kriter olarak belirleyen çalışmalar olduğu gibi (114, 115), belirli bir ölçek puanının üzerini OKS kabul eden çalışmalar da mevcuttur (116, 117). Biz psikotik semptomlarla ilişkiyi daha net inceleyebilmek adına, literatürde de örnekleri görüldüğü gibi SCID –I ile değerlendirme yaptık ve OKS olduğunu tespit ettiğimiz hastalardan YBOCS>9 olan hastaları OKS olarak kabul ettik. Bu nedenle klinik olarak anlamlı düzeyde OKS olan hastaları ve yakınlarını ayrı birer grup olarak belirlemiş olduk (26,118).

Bizim çalışmamızda hastalarda %41.8, hasta yakınlarında ise %28.2 oranında klinik olarak anlamlı OKS olduğu tespit edilmiştir. Bu oranlar literatür ile uyumludur. Yakın dönem bir metaanalizde şizofrenide OKB sıklığı %23 (5), başka bir meta-analizde ise %12.1 olarak bulunmuştur (4). Literatürde gösterilmiş olan şizofrenide OKS sıklığı ise %16.2 ile %59 arasında değişmektedir (10, 11, 57). Yakın dönem çalışmalarda yine her üç şizofreni hastasından bir tanesine OKS'lerin eşlik ettiği tespit edilmiştir (117). Yüzde 16.2 ile en düşük puanları bulan Craig ve arkadaşları, akut psikotik tablodaki hastaları değerlendirmiştir. Bizim hasta grubumuz ise toplum ruh sağlığı merkezinde, çoğu kronik şizofreni (ortalama

hastalık süresi 15.3 yıl) olarak takip edilen hastalardan oluşmaktadır. Bulduğumuz yüksek sıklık hem ilaç kullanım süresinin, hem de hastalığın zamanla getirdiği yükün yol açtığı etkiyle de ilişkili olabilir. Literatürde bu konu hakkında çelişkili bilgiler bulunmaktadır. Poyurovsky ve arkadaşları, ilk psikotik hecmesini yaşayan şizofreni hastalarının %14'ünde OKB saptamış iken, kronik şizofreni hastalarında bu sıklığın %23.5 olduğunu göstermiştir (119,120). Yakın tarihli bir çalışmada hastalığın süresi ile OKS arasında ilişki olmadığı gösterilmiş olmakla birlikte, OKS'lerin hastalık süresince belli dönemlerde ortaya çıkıp sonra kendiliğinden geçebildiği de ifade edilmektedir (121). Bizim çalışmamızda da yakın zamanlı verilerle uygun şekilde hastalık süresinin OKS gelişimi açısından bir fark göstermediği saptanmıştır.

Çalışmamızda OKS varlığı ile hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri arasında belirgin bir ilişki bulunamadı. Türkiye'de yapılan bir araştırma OKB'si olan şizofreni hastalarının sıklıkla bekar ve erkek olduğunun altını çizmektedir (92). Ülkemizde yapılan bir başka çalışma, bizim çalışmamızdakine benzer bir şekilde, OKS olan ve olmayan şizofreni hastaları arasında anlamlı bir sosyodemografik özellik bulamamıştır (122). Lysaker ve arkadaşları OKS olan ve olmayan şizofreni hastalarını ayırdıkları bir çalışmada iki grup arasında cinsiyet, yaş, eğitim, yatış sayısı, hastalığın başlama yaşı arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulamamıştır (78). Sonradan yapılan çalışmalar da bu verileri desteklemekle birlikte, OKS olan hastalarda şizofreninin daha erken yaşta başladığına dair bulgular da mevcuttur (121). OKS olan şizofreni hastalarında işlevselliğin daha düşük ve tedaviye uyumun daha zayıf olduğu, daha alevli psikotik belirtilerin görüldüğü ve daha uzun hastane yatışlarının olabileceğini ifade eden çalışmalar da mevcuttur (95,120,123,124). Çalışmamızda hastaları yalnızca TRSM popülasyonundan seçmiş olmamız bir etken olarak sosyodemografik ve bazı klinik etkenlerin etkisini perdelemiş olabilir.

Hasta yakınlarının, yakınlık durumuna (anne, baba, çocuk, kardeş) göre sıklıklarına bakıldığında en sık kardeşlerin çalışmaya alındığı görülmektedir. Bunun önemli bir nedeni TRSM popülasyonunda hastanın tedavisini takip eden hasta yakınının yaşça büyük olan ebeveynler değil, yaş olarak kendisine yakın kardeşler olmasıdır. Bu nedenle eğer mevcutsa kardeşlere ulaşmak diğerlerine göre daha kolay

olmuştur. Hasta yakınının yakınlık durumu, OKS varlığı açısından değerlendirildiğinde, dört grubun birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edildi. Bu da hastanın birinci derece akrabalarında yakınlık durumunun semptomların geçişi açısından belirgin bir fark göstermediğini ortaya koymaktadır.

Şizofreni gibi psikiyatrik hastalıkların aynı aile içerisinde sık görülmesi, hastalığın değişik etiyolojileri olmasına rağmen paylaşılan biyolojik bir etmeni düşündürmektedir (125). Özellikle Avrupa ve Amerika kaynaklı çalışmalar şizofreninin, birinci derece yakınlar arasında genel toplumdan daha sık görüldüğünü göstermektedir (126). Meier ve arkadaşları yaptıkları Danimarka genelindeki tarama çalışmasında Şizofreni tanısı alanların %2.75'inin tanı öncesi OKB tanısı olduğunu saptamışlardır. OKB tanısı aldıktan sonraki ilk aylarda şizofreni gelişme riski yükselmekte ve birinci yıldan itibaren belirgin bir fark artışı göstermemektedir. OKB varlığının şizofreni için bir risk faktörü olup olmadığını inceleyen bir çalışma, ebeveynlerinde OKB olan bireylerde şizofreni gelişme riskini değerlendirmeyi planlamıştır. Bu çalışmada ebeveynlerinde OKB olan hastalarda şizofreni gelişme riski genel popülasyona göre 4.31 kat artmış bulunmuştur. Hastanın öncesinde OKB tanısı bulunması ya da ebeveynde OKB olması durumunda şizofreni riskinin arttığı tespit edilmiştir (127). Çalışmamızda birinci derece yakınlar olan ebeveyn, kardeş ve çocuklar arasında OKS varlığı açısından belirgin bir fark bulunamamış olmakla birlikte, genel olarak OKS sıklığı literatürde belirtilen toplum genelindeki sıklıktan fazla bulunmuştur (26,136,137).

Ülkemizde Gül ve arkadaşları yaptığı çalışma en az 5 yıldır şizofreni tanısı olduğu bilinen hastaları, sağlıklı gönüllüleri ve bunların annelerini OKS yönünden incelemeyi amaçlamıştır (24). Bu çalışma şizofreni hastalarının SCL-90r OKB ve Maudsly Obsesif Kompulsif Soru Listesi altölçek puanlarının sağlıklı gönüllülerden fazla olduğunu göstermiştir. Hastaların annelerinde de, sağlıklıların annelerine göre bu iki ölçek puanları yüksek bulunmakla birlikte, istatistiksel olarak anlam ifade etmemiştir. Bu çalışma hasta sayısının kısıtlılığı nedeniyle şizofreni ve OKB arasındaki ilişkinin anlamlı çıkmadığını; ama hasta yakınlarında OKS'nin daha sık olduğunu öne sürmektedir. Lewis ve arkadaşları, her birinde OKB tanısı olan üç monozigot ikizin tanı değişimlerini olgu serisi olarak yayınlamıştır (128). Bu

hastaların takibinde ikisine şizofreni, birine şizoaffektif bozukluk ve üçüne birden şizotipal kişilik bozukluğu tanısı konulmuştur. Bu olgular kardeşler arasında geçiş olabileceğine dikkat çekmiştir.

Çalışmamızda ebeveyn, kardeş ve çocuklar arasında OKS açısından bir fark bulunamamıştır. “İki vuruş hipotezi”, hastalıkların etiyolojisinde çevresel ve genetik etkenlerin birlikte rol oynadığını öne sürmektedir (37). Bizim çalışmamızda da benzer genetik ve çevresel özellikleri paylaşan bu aile bireylerinde riskin birbirine yakın tespit edilmiş olması söz konusu hipotez ile uyumlu olabilir.

Şizofrenide OKS sıklığını açıklayan pek çok hipotez mevcuttur. Bunlardan biri de tedavide kullandığımız ilaçların buna neden olduğu yönündedir. Atipik antipsikotik kullanımı, son dönemde şizofreni hastalarında OKS gelişimi ile ilgili en çok araştırılan konulardan biri olmuştur (129). OKB hastalarının uzunlamasına takibinde, şizofreni riskinin genel topluma göre 3 kat daha sık olduğu, şizofreni tanısı alan bireylerde ise OKB riskinin 5 kat daha sık olduğu gösterilmiştir. Bu farkın şizofrenide kullanılan ilaçlarla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (60). Özellikle atipik antipsikotik ilaç kullanımının OKS’lerle ilişkisi olduğundan bahsedilmektedir (20). Klozapin kullanan hastalarda OKS’lerin incelendiği bir çalışmada bu sıklığın %76 olduğu görülmüştür. OKS’lerin özellikle hastaların %20’sinde klozapin tedavisinden sonra başladığı, %18’inde ise var olan OKS’lerin şiddetinde artış olduğu görülmüştür (86).

Çalışmamızda tedavi çeşitlerini klozapin, diğer antipsikotikler ve ilaçsız olarak üç gruba ayırdığımızda, OKS olan hasta grubunda (kombinasyonlar da dahil edildiğinde) klozapin kullanımının diğer gruptan anlamlı düzeyde sık olduğu görülmüştür. Bu bulgu klozapin ile OKS arasındaki ilişkiyi destekleyen diğer çalışmalarla uyumludur. Öte yandan, OKS olan ve olmayan hastalarda diğer antipsikotikler ile tedavi kullanmayan grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu da klozapin haricindeki antipsikotik seçimlerinin OKS’ler üzerinde büyük bir etkisi olmadığını düşündürmektedir. Literatürde de klozapin ile OKS ilişkisini inceleyen yayınların sayısı gün geçtikçe artmaktadır (21).

Hastaların OKS olma durumuna göre PANSS puanlarını değerlendirdiğimizde, OKS olan hastaların PANNS Pozitif ve Genel puanları diğer gruba göre yüksek bulunmuştur. Negatif semptomlar ise iki grup arasında anlamlı bir fark göstermemiştir. Ayrıca hastanın Yale-Brown obsesyon alt puanları, pozitif belirtilerden hezeyanlar ve varsanılar ile direk ilişkili iken, kompulsiyon alt puanlarının ise varsanılar ile ilişkili bulunmuştur. Bu da özellikle varsanılara bağlı davranışlar ile kompulsif davranışlar arasındaki benzerliği düşündürmektedir. Bu sonuç Öngür ve arkadaşlarının bulduğu kompulsiyonlar ile hezeyanlar arasındaki pozitif ilişkiden farklıdır (118). Klinisyen tarafından bazı durumlarda, varsanılara bağlı davranışların kompulsiyon olarak değerlendirilebileceği ya da bu iki semptomun birbirine geçiş gösterebileceği düşünülebilir.

Literatürde OKS olan ve olmayan şizofreni hastalarının psikotik semptom şiddeti ile ilgili değişik veriler bulunmaktadır. Bütün çalışmalar bu konuda destekleyici olmasa da (15), pek çok çalışma OKS ile psikotik bulgu şiddetinin ilişkili olabileceğini göstermiştir (96,130). Örneğin Lysaker ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada 11 OKS olan şizofreni hastası ile 56 sadece şizofrenisi olan hastayı kıyaslamış ve PANSS'ın negatif altölçeğinde anlamlı artış olduğunu göstermiştir (77). Schirmbeck ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalar ise şizofreni hastalarında YBOCS ile PANSS'ın pozitif ve genel psikopatoloji altölçeklerindeki puanlarında pozitif korelasyon saptamış, negatif semptom puanlarında ise anlamlı fark bulamamıştır (121). Çalışmamızda da bu bulgunun tekrarlandığı görülmüştür. Öte yandan literatürde OKS olan şizofreni hastalarının negatif bulgularının diğer hastalardan fazla olduğuna dair yayınlar olsa da, çalışmamız farklı bir sonuç göstermiştir. En azından şizofreni hastalarında OKS varlığı ile pozitif semptom şiddeti arasında bir bağlantı olabileceği düşünülebilir. Bu bağlantı OKS ve psikotik semptomların benzer kökenlerden geldiğine dair hipotezimiz lehine bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Cunill ve arkadaşlarının yaptığı metaanaliz ise OKS varlığının pozitif, negatif ve global PANSS puanlarının hepsinde anlamlı düzeyde artışlar olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle global puanların anksiyete, gerginlik, depresyon ve endişe puanlarında belirgin yükseklik olduğu görülmüştür (131). Bu bulgular uzun yıllardır

kabul edilen, OKS varlığının şizofrenide koruyucu olduğu ve iyi bir prognozun göstergesi olduğuna dair düşüncelerle ters düşmektedir (132,133). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da OKS'lerin pozitif semptomlar ve genel psikopatoloji ile pozitif yönde ilişkili olduğunu tespit ettiğimizden, bu bulgular güncel literatür ile uyumludur.

Cunill ve arkadaşları OKB tanısı olan şizofreni hastalarında ise artmış psikotik semptomlar tespit edememiştir (131). Ongur ve arkadaşları, YBOCS puanlarına göre üç gruba ayırdıkları şizofreni hastalarının PANSS puanlarını kıyasladıklarında, özellikle YBOCS>10 olan grupta pozitif ve genel puanlarda artış olduğunu göstermiştir. Bu çalışma nörokognitif testleri de değerlendirmiş, ama anlamlı bir fark bulamamıştır (118). DeHaan ve arkadaşları ise erken dönem şizofreni hastalarında OKS varlığının anksiyete ve depresyon düzeylerinde artışa neden olduğunu, psikozun tedavisi ile bu semptomların düzelebildiğini ama OKS'lerin değişmediğini göstermiştir (134). Bizim çalışmamızda PANSS'ın genel psikopatoloji alt ölçeğindeki anksiyete ve depresyon puanları açısından, OKS olan ve olmayan şizofreni hastaları arasında bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgular şizofreni hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyini ölçen ölçeklerle ayrıntılı değerlendirilebilir.

Hastalardaki OKS ve PANSS arasındaki ilişkiyi inceleyen en yeni çalışmalar ise literatürdeki bulguların tutarsızlığını ortadan kaldırmayı amaçlamıştır. Bu semptomların hastalığın süresince iniş ve çıkış gösterebildiğini öne süren Schirmbeck ve arkadaşları, 6 aylık süre boyunca, her ay düzenli olarak kontrollere çağırdığı şizofreni hastaları ve kardeşlerinin psikotik, OKS ve depresyon puanlarının bu süreçte değiştiğini, ama bunların birbiri ile uyumlu bir değişim gösterdiği ortaya çıkarmıştır. Bütün psikotik semptomlar olmak üzere özellikle pozitif semptomlar ile OKS'lerin benzer dönemlerde yükseldiği ve depresif semptomların OKS artışından yaklaşık 1 ay önce yükseldiği bulunmuştur (135). Çalışmamız, bu iki semptom kümesine kesitsel yaklaşmış olsa da, ortadaki ilişkinin varlığını güçlendiren kanıtlar sunmayı başarmıştır.

Hasta yakınlarının OKS olma durumlarında göre ŞKÖ puanları değerlendirildiğinde, OKS olan hasta yakınlarının toplam ŞKÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. ŞKÖ alt ölçeklerine bakıldığında OKS olan hasta yakınlarında Bilişsel Algısal Şizotipi, Kişilerarası Şizotipi ve Dezorganize Şizotipi OKS olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Kişilerarası Şizotipi'nin alt başlıkları olan “yakın arkadaş kısıtlılığı”, “kısıtlı duygulanım” ve “şüphencilik” puanları da OKS olan hasta yakınlarında anlamlı düzeyde sık görülmüştür. Özellikle Kişilerarası şizotipi daha çok negatif semptom kümesini içermekte olup, bilişsel algısal ve dezorganize şizotipi ise pozitif semptomları kapsamaktadır. Schirmbeck ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada hastaların OKS olan kardeşlerinde pozitif ve negatif semptom puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuştur (121). Bizim sonuçlarımızda da eşik altı pozitif ve negatif psikotik semptomların OKS olan hasta yakınlarında daha sık görüldüğünü saptamış olup, bu bulgu literatür ile uyumludur.

YBOCS ve ŞKÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde, YBOCS toplam puanları ile ŞKÖ toplam puanları arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuç YBOCS'nin obsesyon ve kompulsiyon alt ölçekleri ve ŞKÖ'nün bilişsel algısal, kişilerarası ve dezorganize şizotipi alt ölçekleri arasında da pozitif bir ilişki olduğu yönünde tekrarlanmıştır. Bu sonuçlar bir kere daha bu iki semptom grubu arasındaki pozitif ilişkiyi net bir şekilde ortaya koymaktadır.

Sağlıklı birinci derece yakınlar da hastalara benzer sonuçların elde edilmesi, genel psikopatolojinin etiolojisinde genetik ve çevresel faktörlerin öneminin altını çizmektedir. Schirmbeck ve arkadaşları, hastaların kardeşlerinde eşik altı psikotik bulgular ile OKS'lerin, tıpkı hastalar gibi iniş çıkış gösterdiğini ve bunların da tıpkı hastalarda olduğu gibi birbiri ile paralel bir seyir gösterdiğini bulmuştur (135).

Çalışmamızda hastalarda OKS varlığına göre yakınlarının OKS olma sıklığına bakıldığında, OKS olan şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarında diğerlerine göre OKS sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatürde OKS olan şizofreni hastalarının yakınlarında OKB görülme sıklığı %6.63 olarak gösterilmiş olup (23), bu sadece OKB olan hastaların yakınlarında görülen %11.7'lik orandan düşük bulunmuştur (113). Literatürde OKS olan şizofreni hastalarının

yakınlarında, hem olmayanlara göre hem de kontrol grubuna göre artmış OKB riski olduğu görülmüştür. OKS olmayan hastaların yakınlarında ise sağlıklılara oranla belirgin bir risk artışı olmadığı bilinmektedir (23). Bu da psikotik semptomlarla OKS'lerin kuşaklar arasında birbirinden farklı geçiş gösterdiğini düşündürmektedir. Diğer yandan Poyurovsky ve arkadaşları bu farklılığın şizoobsesif bozukluğun ayrı bir tanı grubu olabileceğine dair bir kanıt olarak görülebileceğini ifade etmektedir. Swets ve arkadaşları ise OKS olan ve olmayan şizofreni hastalarının kardeşlerini incelemiş, her iki grubun da kontrol grubuna göre daha sık OKS gösterdiğini saptamıştır. Daha ilginç olan bulgu ise OKB eşlik eden hastaların kardeşlerinde OKS sıklığı %10.3 iken, OKB eşlik etmeyen hastaların kardeşlerinde ise %4 olmasıdır (26).

Literatürdeki çalışmalar, bizim çalışmamızın aksine OKS değil OKB üzerine dizayn edilmiştir. İlişki bulunamamasının sebeplerinden biri bu olabilir. Biz ülkemizde genel toplumdaki OKS sıklığını araştıran bir çalışma bulamadık. Ancak hasta yakınlarında tespit ettiğimiz %28.2 düzeyindeki OKS sıklığı, dünya genelinde yapılan çalışmalarda tespit edilen genel toplumdaki %4.8-8.7 arasında değişen oranlardan yüksek bulunmuştur (26,136,137). Ayrıca OKB'nin genetik kökeni ile ilgili artmakta olan kanıtlar, şizofrenide görülen OKS'lerin, OKB'de görülen OKS'lerden farklı kökenlerden gelebileceğini düşündürmektedir (138). Şizofrenide görülen OKS'lerin psikotik semptomlarla pozitif yönde ilişkisi, akla bunların bozukluğa ait bağımsız bir semptom grubu olup olmadığı şüphesini getirmektedir.

OKS olan ve olmayan hastaların yakınlarının ŞKÖ puanları değerlendirildiğinde herhangi bir ölçekte her iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Üçüncü hipotezimizde öne sürdüğümüz OKS olan şizofreni hastalarının yakınlarında eşik altı psikotik bulguların, OKS olmayan hastaların yakınlarına göre daha sık görüldüğü önermesi doğrulanamamıştır. Yakınları OKS olan ve olmayan hastalar PANSS puanları açısından değerlendirildiğinde de benzer bir sonuç ortaya çıkmıştır. Her iki grupta da herhangi bir alt ölçek puanı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Dördüncü hipotezimizde öne sürdüğümüz psikotik semptom şiddeti fazla olan hastaların yakınlarında OKS'lerin daha sık görüldüğü önermesi de doğrulanamamıştır. Ayrıca çalışmamızda hastaların OKS'leri ile hasta

yakınlarının eşik altı psikotik belirtileri arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Oysa her iki grupta da birbirinden bağımsız olarak OKS varlığı ile psikotik belirtiler arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir. Hem literatürde hem çalışmamızda hasta ve hasta yakını gruplarında, OKS'ların sık görüldüğü düşünülürse, muhtemelen bizim tam olarak çözemediğimiz kompleks bir mekanizma ile geçiş söz konusu olabilir (26,135).

Poyurovsky ve arkadaşları, OKS olan ve olmayan şizofreni hastalarının birinci derece yakınları ile ilgili yaptıkları bir araştırmada, bu iki grubun yakınlarında kontrol grubuna göre artmış şizofreni spektrumu bozuklukları olduğunu göstermekle birlikte iki grup arasında belirgin bir fark olmadığını tespit etmiştir. OKS olan şizofreni hastalarının yakınlarında %13.1, OKS olmayan şizofreni hastalarının yakınlarında ise %7.62 sıklıkla şizofreni spektrum bozukluğu görülmüştür. Bu 1.79 katlık artış anlamlı çıkmamıştır (23). Swets ve arkadaşları ise şizofreni hastalarının sağlıklı kardeşlerinde, eşik altı pozitif psikotik semptomların OKS'ler ile sınır düzeyde ilişkili olabileceği sonucunu elde etmiştir (26). Çalışmamız literatürdeki benzer çalışmalar ile uyumlu sonuçlar elde etmiştir.

Çalışmamızda hastalarda OKS varlığı ile yakınlarının eşik altı psikotik bulguları arasında pozitif bir ilişkinin ortaya konamamış olması, genetik geçiş açısından klinik düzeyde anlamlı OKS ile hastalık düzeyindeki OKB'nin farklı değerlendirilmesi gerektiği düşüncesini desteklemektedir. Bilindiği gibi literatürde de OKB'si olan hasta yakınlarının şizofreni hastalarında OKB komorbiditesinin sık görüldüğü gösterilmiştir (23,135). Dolayısıyla bizim sonucumuz şizofreni hastalığında ortaya çıkan OKS'nin şizofreninin bir parçası olduğu ve OKB'ye bağlı olarak ortaya çıkan OKS'den farklı değerlendirilmesi gerektiğine dair bir ipucu da olabilir. Bu bakış açısı ile OKS'lerin, bağımsız bir semptom grubu olarak değil, şizofreniye ait bir semptom grubu olarak değerlendirilmesi mümkündür. OKS olan şizofreni hastaları, sadece şizofrenisi olan hastalardan farklı bir hasta grubu da olabilir. Zohar'ın şizo-obsesif bozukluk kavramı, günümüz tanı sınıflamalarında henüz kendine bir yer bulamamış olsa da (13), yakın tarihli bir görüntüleme çalışması şizofreni ile şizo-obsesif bozukluk arasındaki nöroanatomik farkları somut olarak göstermeyi başaran ilk araştırma olmuştur (139).

5.1. KISITLILIKLAR VE ZORLUKLAR

Çalışmamızın bir takım kısıtlılıkları mevcuttur. İlaçların karmaşık etkileri sonuçları öngörülemez düzeyde etkiliyor olabilir. Bu sorunu ortadan kaldırmak için sadece belirli bir tedaviyi kullanan hastalar üzerinde bir araştırma dizayn edilebilir. Ayrıca çalışmamızda TRSM popülasyonu gibi kısmen homojen bir hasta grubunu kullanmış olmamız bazı klinik değişkenleri tespit etmemizi engellemiş olabilir. TRSM popülasyonunu seçmiş olmamız hastalara ulaşım konusunda kolaylık sağlamış olsa da, kendine özgü bir takım zorluklar da getirmiştir. Bunlardan en önemlisi TRSM'ye bir takım sorumluluklar yüklenmiş olmasıdır. Özellikle doktor ve danışmanlar tarafından takip edilen ve gerekli durumlarda davet edilen hastalar, hem merkezin yakın olması hem de genel işlevselliklerinin iyi olması sebebiyle sıklıkla yalnız başına başvurmaktadır. Bu durumda hasta yakınları telefonla bilgilendirilerek davet edilmekte, bazı durumlarda hastaları ile ilgilenmek istemediklerini ifade etmektedirler. TRSM'nin hastaların tedavisinin takibinden birincil sorumlu olduğunu düşünen hasta yakınları bu nedenle çalışmaya alınamamıştır. Genelde ayaktan başvuran hasta yakınlarının çalışmaya dahil edildiği düşünüldüğünde, hastasının tedavisini takip eden, genel anlamda daha sağlıklı kabul edilebilecek hasta yakınlarının çalışmaya alındığı görülecektir. Bu durum sonuçların olması gerekenden daha sağlıklı çıkmasına neden olmuş olabilir. Bu etkiyi en aza indirmek için ulaşım engeli bulunan hasta yakınlarına aile ziyaretleri ile ulaşılmaya çalışılmıştır. Telefon görüşmesinde TRSM'nin görevleri ve yapılmakta olan çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapıldığında olumlu geri dönüşler olduğu da görülmüştür. Son olarak psikotik altyapısı olan hasta yakınlarının telefonla merkeze çağrıldıkları durumda şüpheli bir tavır takınabildikleri ve düşmanca bir tutum sergileyebildikleri de gözlenmiş olup, bu hasta yakınlarının çalışmaya dahil edilememiş olması da sonuçları etkilemiş olabilir.

Ayrıca her ölçek çalışmasında olduğu gibi, klinisyenin çabalarına rağmen deneklerin sonuçları değiştirme çabasında olması mümkündür. Özellikle deneğin kendisi tarafından doldurulan ŞKÖ, sağlıklı yakınlar tarafından doldurulmuştur. Özellikle bu grupta görülebilecek “kendini olduğundan daha sağlıklı gösterme çabası” puanlarda belirli değişikliklere neden olmuş olabilir. Bununla birlikte çalışmamızda istatistiksel olarak güçlü sayıda hasta ve birinci derece yakını

değerlendirme şansı bulmuş bulunmaktayız. Özellikle SCID-I ile yapılan görüşmeler ile tanıların netleştirilmesi, çoğu uzun süredir TRSM'den takipli hastaların ölçek puanlarının araştırmacılar tarafından daha ayrıntılı değerlendirilmesini sağlamıştır. Bu da ortaya çıkan sonuçların güvenilirliğini arttırmaktadır.

Son olarak çalışmamız kesitsel olarak tasarlanmıştır. OKS'lerin de psikotik semptomlar gibi dönemsel olarak değişkenlik gösterebileceği göz önüne alındığında, bu sonuçların uzunlamasına takip çalışmaları ile tekrarlanması faydalı olabilir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarında, genel popülasyona oranla daha sık OKS/OKB görüldüğü bilinmekle birlikte, bu hastaların birinci derece yakınlarında da artmış bir OKS sıklığı tespit edilmektedir. Bu birlikteliği basit bir rastlantı ile açıklamak mümkün olmadığı gibi, bunun sebeplerini de tam olarak aydınlatmak henüz mümkün olmamaktadır. Çalışmamızda OKS'lerin ve psikotik semptomların benzer kökenlerden ortaya çıkabileceği hipotezini takip ederek, hastalar ve birinci derece yakınlarında bu semptomların çarpaz geçişi olabileceğini öne sürmüştük.

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimine bağlı olan Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde düzenli olarak takip edilen 110 Şizofreni hastası ve bu hastaların birinci derece yakınlarını klinik/subklinik psikotik semptomlar ve OKS'ler açısından incelediğimiz çalışmanın sonuçları aşağıda sıralanmıştır:

1. Çalışmamızda klinik düzeyde anlamlı obsesif kompulsif semptomları (YBOCS>9) olan hasta sıklığı %41.8, hasta yakını sıklığı ise %28.2 ile oldukça yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar literatürdeki benzer çalışmalarla paralellikler göstermektedir.
2. Çalışmamızda OKS olan hastaların daha sık klopabin tedavisi almakta olduğunu tespit etmiş olmaktayız. Diğer antipsikotikler ve ilaçsız takip edilmekte olan hastalar ise OKS açısından anlamlı düzeyde fark göstermemiştir. Bu da Klopabin ile OKS arasındaki ilişkinin daha ayrıntılı çalışması gerektiğini sonucunu ortaya koymaktadır.
3. Sosyodemografik değişkenlerin hastalarda ve birinci derece yakınlarında OKS varlığı açısından bir etkisi olmadığını göstermiş olduk. Literatürde bu konuda değişik sonuçlar bulunmakla birlikte, çalışmamızın TRSM popülasyonu üzerinde dizayn edilmiş olması sonuçları etkilemiş olabilir. Bu nedenle daha geniş popülasyonlarda tekrarlanması faydalı olabilir.

4. Birinci hipotezimizde şizofreni hastalarında psikotik bulgular ile OKS arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu öne sürmüştük. Hastalarda OKS varlığı ile PANSS pozitif ve genel alt ölçek puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu gösterdik. Bu da şizofreni hastalarında OKS bulunması durumunda psikotik ve genel semptom şiddetinin arttığını göstermektedir. Literatürle uyumlu bu sonuç ile iki semptom grubunun birbiri ile bağlantısına dikkat çekmiş bulunmaktayız. Bu açıdan birinci hipotezimizi doğrulanmıştır.
5. Hastaların ‘sağlıklı’ birinci derece yakınlarında OKS varlığı ile Şizotipal Kişilik Ölçeği’nin toplam puanı ve alt ölçekleri olan “Bilişsel-Algisal Şizotipi”, “Kişilerarası Şizotipi” ve “Dezorganize Şizotipi” arasında pozitif bir ilişki saptadık. Bu sonuç, hasta yakınlarında OKS varlığının, eşik altı psikotik semptom şiddetini arttırdığını göstermektedir. Hasta yakınlarında da OKS ve eşik altı psikotik semptomların birbiri ile bağlantısına dikkat çekmiş bulunmaktayız.
6. İkinci hipotezimizde OKS olan şizofreni hastalarının yakınlarında OKS sıklığının, OKS olmayan hastaların yakınlarının sıklığından daha yüksek olacağını öne sürmüştük. OKS olan hastaların yakınlarında OKS’lerin daha sık görüldüğünü tespit ettik. Bu sonuç literatürde şizofreniye eşlik eden OKB ile yapılan çalışmalardan farklı çıkmıştır. Bu açıdan psikoza eşlik eden OKS’lerin farklı bir semptom grubu olarak değerlendirilebileceği ve daha karmaşık bir mekanizma ile ortaya çıktığı düşünülebilir. Çalışmamızda 2. hipotezimiz doğrulanamamıştır.
7. Üçüncü hipotezimizde OKS olan şizofreni hastalarının yakınlarında eşik altı psikotik bulguların, OKS olmayan hastaların yakınlarına göre daha sık görüldüğünü öne sürmüştük. OKS olan hastaların yakınlarında, olmayanlara göre ŞKÖ puanları açısından anlamlı bir fark gösterilememiştir. Dolayısıyla gene çalışmamızda 3. hipotezimiz doğrulanamamıştır.
8. Dördüncü hipotezimizde ise pozitif ve negatif psikotik semptom şiddeti fazla olan hastaların yakınlarında OKS’lerin daha sık görüldüğünü öne sürmüştük. Bizim çalışmamızda OKS olan hasta yakınlarının hastalarında, olmayanlara göre PANSS açısından belirgin bir fark gözlenmemiştir. Literatürde OKS olan hastaların yakınlarında artmış psikoza yatkınlık ve eşik altı psikotik

semptomlar tespit edilmiş olmakla birlikte, bizimkinde bu sonuçlar doğrulanmamıştır. Dördüncü hipotezimizin de şaşırtıcı bir şekilde doğrulanamaması bizi yine iki farklı semptom grubunun birbirinden bağımsız bir şekilde ya da henüz tespit edemediğimiz daha karmaşık bir yolla aktarıldığını düşüncesine götürmüştür.

Sonuç olarak, hasta ve hasta yakını grubunda obsesif kompulsif semptomların, genel toplumdakinden fazla olması dikkat çekicidir. OKS ve psikotik bulgular arasındaki karmaşık ilişkiyi aydınlatmak henüz tam olarak mümkün olmamakla birlikte, çalışmamız bu konuda yeni ufuklar açmaya çabalamıştır. Elimizdeki veriler şizofreni hastalarında görülen OKS'lerin bozukluğa ait bağımsız bir semptom grubu olabileceğini ve bu hastaların farklı bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Hastaların birinci derece yakınları üzerinde yapılacak yeni ve kapsamlı klinik çalışmalar bu iki semptom grubunun ilişkisi konusunda bize yeni bilgiler kazandıracaktır. Özellikle sağlıklı kontroller ile yapılacak kıyaslamalar da, araştırmacılara yeni kapılar açabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Byerly M, Goodman W, Acholonu W, Bugno R, Rush AJ. Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia: frequency and clinical symptoms. *Schizophr Res* 2005;76:309–16.
2. Jahrreis W. Obsessions during schizophrenia. *Archiv Fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten* (Berlin), 77:740-788, 1926.
3. Harrowes WM. The significance of a neurotic reaction as a precursor of schizophrenias. *J Ment Sci* 1931;77:375-407.
4. Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Mérette C, Roy MA. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull.* 2011 Jul;37(4):811-821.
5. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009; 35:383-402.
6. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(12):1094–1099
7. Aydın A, Ceylan ME, Türkcan A. Şizofrenide obsesif-kompulsif fenomenler: bir gözden geçirme. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2008;18:222-234.
8. Fabisch K, Fabisch H, Langs G, Huber HP, Zapotoczky HG. Incidence of obsessive-compulsive phenomena in the course of acute schizophrenia and schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry* 2001;16(6):336–341
9. Üçok A, Tükel R, Özgen G, Saylan M, Uzuner G. [Frequency of obsessive compulsive symptoms and disorder in patients with schizophrenia: importance for prognosis]. *Encephale.* 2006;32(1):41–44.
10. Bland RC, Newman SC, Orn H. Schizophrenia: lifetime co- morbidity in a community sample. *Acta Psychiatr Scand.* 1987;75:383–391.
11. Berman I, Kalinowski A, Berman SM, Lengua J, Green AI. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1995;36:6–10.
12. Solyom L, Di Nicola 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;30:372-379.
13. Zohar J. Is there room for another diagnostic subtype-the schizoobsessive subtype? *CNS Spectr* 1997; 2(3):49-50.
14. 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.
15. 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

16. Bermanzohn PC, Porto L, Arlow PB. Obsessions and delusions, separate and distinct or overlapping? *CNS Spectr* 1997; 2:58-61.
17. Kayahan B, Ozturk O, Veznedaroglu B, Eraslan D. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59:291-295
18. Aoyama F, Iida J, Inoue M, Iwasaka H, Sakiyama S, Hata K, Kishimoto T. Brain imaging in childhood and adolescence-onset schizophrenia associated with obsessive-compulsive symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(1):32-37.
19. McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF, Price LH. The Psychopharmacology of obsessive compulsive disorder. implications for treatment and pathogenesis. *Psychiatry Clin North Am* 1993; 16:749-766.
20. Baker RW, Bermanzohn PC, Wirshing DA, Chengappa KN. Obsessions, compulsions clozapine and risperidone. *CNS Spectrums* 1997 Mar;2(3):26-36.
21. Schirmbeck F, Zink M. Clozapine-induced obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: a critical review. *Curr Neuropharmacol*. 2012 Mar;10(1):88-95.
22. Costas J, Carrera N, Alonso P, Gurriarán X, Segalàs C, Real E et al. Exon-focused genome-wide association study of obsessive-compulsive disorder and shared polygenic risk with schizophrenia. *Translational psychiatry*, 2017;6(3):e768.
23. Poyurovsky M, Kriss V, Weisman G, Faragian S, Schneidman M, Fuchs C, et al. Familial aggregation of schizophrenia-spectrum disorders and obsessive-compulsive associated disorders in schizophrenia probands with and without OCD. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005;133B:31-66.
24. Gül Aİ, Doğan YB. Şizofreni Hastalarında Ve Birinci Derece Yakınlarında Obsesif Kompulsif Semptomların Araştırılması. *Bozok Tıp Dergisi* 2015; 5(2): 10-15.
25. Mataix-Cols D, Boman M, Monzani B, Rück C, Serlachius E, Långström N. Population-based, multigenerational family clustering study of obsessive-compulsive disorder. *JAMA Psychiatry* 2013;70:709-717.
26. Swets M, Dael FV, Roza S, Schoevers R, Germeys-Myin I, de Haan L. Evidence for a shared etiological mechanism of psychotic symptoms and obsessive-compulsive symptoms in patients with psychotic disorders and their siblings. *PloS one* 2015;10.6: e0125103.
27. Thomsen PH, Jensen J. Obsessive-compulsive disorder: admission patterns and diagnostic stability. A case register study. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90:19-24.
28. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry [Internet]. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (11th ed.). 2015. p. 356-359.
29. Işık E. Güncel Şizofreni. 1. Baskı. Ankara: Format Matbaacılık, 2006, 18-223.
30. Howells JG. The Concept of Schizophrenia: Historical Perspectives. Howells J.G. (Ed.) Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1991, 191-201.
31. Erkoç Ş, Oral T (editörler). Tarihçe. Şizofreni-1 kitabında. İstanbul: Okuyan Yayınları, 1998, 6-21.
32. Kültür S, Mete L, Erol A. Şizofreni: In Köroğlu E, Güleç C (editors). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2007, 184-204.

33. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV-TR), Koroğlu E (çeviri ed.) 4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007, 419-447.
34. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V), Koroğlu E (çeviri ed.) 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
35. Cardno AG, Gottesman I. Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to Star Wars Mx and functional genomics. *Am J Med Genet* 2000;97:12.
36. Dölek B, Herken H. Şizofreni ve bipolar bozukluğun genetiği; örtüşen ve ayrılan noktalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2008;18(1):7-20.
37. Maynard TM, Sikich L, Lieberman JA, LaMantia AS. Neural development, cell-cell signaling, and the "two-hit" hypothesis of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2001;27:457-476.
38. Lieberman JA. Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective. *Biol Psychiatry*. 1999 Sep;46(6):729-739.
39. Davis KL, Kahn RS, Ko G, Davidson M. Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *Am J Psychiatry*. 1991 Nov;148(11):1474-1486.
40. Weinberger DR. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(7):660-66.
41. Sumiyoshi T, Anil AE, Jin D, Jayathilake K, Lee M, Meltzer HY. Plasma glycine and serine levels in schizophrenia compared to normal controls and major depression: relation to negative symptoms. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2004 Mar;7(1):1-8.
42. Akbarian S, Kim JJ, Potkin SG, Hagman JO, Tafazzoli A, Bunney WE, Jones EG. Gene expression for glutamic acid decarboxylase is reduced without loss of neurons in prefrontal cortex of schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:258-266.
43. Levitt JJ, Bobrow L, Lucia D, Srinivasan P. A selective review of volumetric and morphometric imaging in schizophrenia. *Curr Top Behav Neurosci*. 2010;4:243-281.
44. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, Malaspina D, Owen MJ, Schultz S, Tsuang M, Van Os J, Carpenter W. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res*. 2013;150:3-10.
45. Deveci A, Danacı AE. Şizofrenide erken uyarıcı belirtiler. *Dusunen Adam* 2006; 19(1):20-23.
46. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11.Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2008, 242-323.
47. Herrman HE, Baldwin JA, Christie D. A record-linkage study of mortality and general hospital discharge in patients diagnosed as schizophrenic. *Psychol Med*. 1983 Aug;13(3):581-593.
48. Westphal K. Über Zwangsvorstellungen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 1878;8:734-750.
49. Bumke O. *Lehrbuch der Geisteskrankheiten*. 3rd Ed. Munchen: Bergmann, 1944.
50. Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatric*, Springer, Berlin, 1960.

51. Ballerini A, Stanghellini G. Phenomenological questions about obsession and delusion. *Psychopathology*. 1989;22:315-319.
52. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995 Jan;152(1):90-96.
53. Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry*. 1986 Dec;143(12):1527-1533.
54. Poyurovsky M, Fuchs C, Faragian S, Kriss V, Weisman G, Pashinian A, Weizman R, Weizman A. Preferential aggregation of obsessive-compulsive spectrum disorders in schizophrenia patients with obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry* 2006 Oct;51(12):746-754.
55. Poyurovsky M, Zohar J, Glick I, Koran LM, Weizman R, Tandon R, Weizman A. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: implications for future psychiatric classifications. *Compr Psychiatry*. 2012 Jul;53(5):480-483.
56. Cunill R, Castells X. Schizo-obsessive disorder: In Ritsner MS (editor). *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders*. Heidelberg: Springer, 2011, 403-448.
57. Craig T, Hwang M, Bromet E. Obsessive-compulsive and panic symptoms in first admission psychosis. *Am J Psychiatry* 2002; 159:592-598.
58. Eisen JL, Beer DA, Pato MT, Venditto TA, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:271-273.
59. Nechmad A, Ratzoni G, Poyurovsky M, Meged S, Avidan G, Fuchs C, Bloch Y, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in adolescent schizophrenia patients. *Am J Psychiatry* 2003;160:1002-4.
60. Cederlof M, Lichtenstein P, Larsson H, Boman M, Ruck C, Landen M, Mataix-Cols D. Obsessive-compulsive disorder, psychosis, and bipolarity: a longitudinal cohort and multigenerational family study. *Schizophr Bull*. 2015 Sep; 41(5):1076-83.
61. Adler CM, Strakowski SM. Boundaries of schizophrenia. *Psychiatry Clin North Am* 2003; 26:1-23.
62. Saxena S, Brody AL, Schwartz JM, Baxter LR. Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br. J. Psychiatry Suppl.*, 35 (1998), pp. 26-37.
63. Rosenberg DR, Keshavan MS. Toward a neurodevelopmental model of obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry* 1998;43:623-640.
64. Devenport LD, Devenport JA, Holloway FA. Reward- induced stereotypy: modulation by the hippocampus. *Science* 1981;212:1288-1289.
65. Iida J, Matumura K, Aoyama F. Cerebral MRI findings in childhood onset schizophrenia, comparison on patients with prodromal obsessive-compulsive symptoms and those without symptoms. *Recent Prog Child Adolesc Psychiatry* 1998; 2:75-83.
66. Levine JB, Gruber SA, Baird AA, Yurgelun-Todd D. Obsessive-compulsive disorder among schizophrenic patients: an exploratory study using functional magnetic resonance imaging data. *Compr Psychiatry* 1998;39(5):308-11.

67. Bleich-Cohen M, Hendler T, Weizman R, Faragian S, Weizman A, Poyurovsky M. Working memory dysfunction in schizophrenia patients with obsessive-compulsive symptoms: an fMRI study. *Eur Psychiatry* 2014;29(3):160–166.
68. Agid O, Kapur S, Remington G. Emerging drugs for schizophrenia. *Expert Opin Emerg Drugs* 2008;13(3):479–495.
69. Bengel D, Greenberg BD, Cora-Locatelli G, Altemus M, Heils A, Li Q, Murphy DL. Association of the serotonin transporter promoter regulatory region polymorphism and obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 1999;4(5):463–466.
70. Mundo E, Richter MA, Zai G, Sam F, McBride J, Macciardi F, Kennedy JL. 5HT1Dbeta Receptor gene implicated in the pathogenesis of obsessive-compulsive disorder: further evidence from a family-based association study. *Mol Psychiatry* 2002;7(7):805–809.
71. Sodhi M, Wood KH, Meador-Woodruff J. Role of glutamate in schizophrenia: integrating excitatory avenues of research. *Expert Rev Neurother* 2008;8(9):1389–1406.
72. Rosenberg DR, MacMaster FP, Keshavan MS, Fitzgerald KD, Stewart CM, Moore GJ. Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(9):1096–1103.
73. MacMaster FP, O'Neill J, Rosenberg DR. Brain imaging in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(11):1262–1272.
74. Coric V, Taskiran S, Pittenger C, Wasyluk S, Mathalon DH, Valentine G, Saksa J, Wu YT, Gueorguieva R, Sanacora G, Malison RT, Krystal JH. Risperidone augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: an open-label trial. *Biol Psychiatry* 2005;58(5):424–428.
75. Marazziti D, Hollander E, Lensi P, Ravagli S, Cassano GB. Peripheral markers of serotonin and dopamine function in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1992;42(1):41–51.
76. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 2006;11(7):622–632.
77. Schirmbeck F, Rausch F, Englisch S, Eifler S, Esslinger C, Meyer-Lindenberg A, Zink M. Stable cognitive deficits in schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive symptoms: a 12-month longitudinal study. *Schizophr Bull* 2013;39(6):1261–1271.
78. 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(4):449–453.
79. Borkowska A, Pilaczynska 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.
80. Tumkaya S, Karadag F, Oguzhanoglu NK, Tekkanat C, Varma G, Ozdel O, Atesci F. Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: a neuropsychological comparison. *Psychiatry Res* 2009;165(1–2):38–46.
81. Patel DD, Laws KR, Padhi A, Farrow JM, Mukhopadhyaya K, Krishnaiah R, Fineberg NA. The neuropsychology of the schizo-obsessive subtype of schizophrenia: a new analysis. *Psychol Med* 2010;40(6):921–933.

82. Hermesh H, Weizman A, Gur S, Zalsman G, Shiloh R, Zohar J, Gross-Isleroff R. Alternation learning in OCD/schizophrenia patients. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003;13(2):87–91.
83. Lykouras L, Alevizos B, Michalopoulou P, Rabavilas A. Obsessive-compulsive symptoms induced by atypical antipsychotics. A review of the reported cases. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2003; 27(3):333–46.
84. Schirmbeck, F, Esslinger, C, Rausch, F, Englisch, S, Meyer-Lindenberg, A and Zink, M. Antiserotonergic antipsychotics are associated with obsessive–compulsive symptoms in schizophrenia. *Psychological Medicine* 2011;41:2361–73
85. Stahl SM. Antipsychotic Agents. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 3rd ed. New York: Cambridge University Press; 2008.
86. Ertugrul A, Yagcioglu A, Eni N, Yazici KM. Obsessive - compulsive symptoms in clozapine - treated schizophrenic patients. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2005;59(2):219-222.
87. Özer S, Arsava M, Ertuğrul A, Demir B. Obsessive compulsive symptoms associated with quetiapine treatment in a schizophrenic patient: a case report. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2006;30(4):724-727.
88. Lin SK, Su SF, Pan CH. Higher plasma drug concentration in clozapine-treated schizophrenic patients with side effects of obsessive/compulsive symptoms. *Ther Drug Monit.* 2006;28(3):303-7.
89. Scheltema Beduin AA, Swets M, Machielsen M, Korver N. Obsessive-compulsive symptoms in patients with schizophrenia: a naturalistic cross-sectional study comparing treatment with clozapine, olanzapine, risperidone, and no antipsychotics in 543 patients. *J Clin Psychiatry.* 2012;73(11):1395–402.
90. Cai J, Zhang W, Yi Z, Lu W, Wu Z, Chen J. Influence of polymorphisms in genes SLC1A1, GRIN2B, and GRIK2 on clozapine-induced obsessive-compulsive symptoms. *Psychopharmacology* 2013;230(1):49–55.
91. Veznedaroglu B, Ercan E S, Kayahan B, Varan A, Bayraktar E. Reduced short - term obsessive–compulsive symptoms in schizophrenic patients treated with risperidone: a single - blind prospective study. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 2003;18(8): 635-640.
92. Ozdemir O, Tükel R, Turksoy N, Uçok A. Şizofreninin eşlik ettiği obsesif kompulsif bozuklukta klinik özellikler. *Türk Psikiyatri Derg* 2000;11:169-178.
93. Faragian S, Pashinian A, Fuchs C, Poyurovsky M. Obsessive-compulsive symptom dimensions in schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;33:1009–1012.
94. Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry.* 1993;54:373–379.
95. Hwang MY, Opler LA. Schizophrenia with obsessive-compulsive features: assessment and treatment. *Psychiatr Ann* 1994; 24:468- 472.
96. Sevincok L, Akoglu A, Arslantas H. Schizo-obsessive and obsessive-compulsive disorder: comparison of clinical characteristics and neurological soft signs. *Psychiatry Res* 2006;145:241–248.

97. Guillem F, Satterthwaite J, Pampoulova T, Stip E. Relationship between psychotic and obsessive compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 2009;115:358–362.
98. Sevincok L, Akoglu A, Kokcu F. Suicidality in schizophrenic patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Schizophr Res*. 2007 Feb;90(1-3):198-202.
99. Üçok A, Ceylan ME, Tihan AK, Lapçin S, Ger C, Tükel R. Obsessive compulsive disorder and symptoms may have different effects on schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011 Mar;35(2):429-433.
100. Kim JH, Ryu S, Nam HJ, Lim M, Baek JH, Joo YH, Kwon JS, Ha TH, Hong KS . Symptom structure of antipsychotic-induced obsessive compulsive symptoms in schizophrenia patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2012;39:75–79.
101. Gelegen V, Tamam L. Schizo-obsessive disorder. *Current Approaches in Psychiatry* 2013; 5: 204-19.
102. Tibbo P, Kroetsch M, Chue P, Warneke L. Obsessive–compulsive disorder in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research* 2000;34(2):139-146.
103. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Edition/Non-patient Edition,(SCID-P/SCID-NP), Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1990.
104. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV, Version 2.0). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute. 1997. 211.
105. Özkürkçügil A, Aydemir O, Yıldız M, Danacı A, Köroğlu E. Structured clinical interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID-I); Turkish adaptation and reliability study. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:233-236.
106. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261- 275.
107. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14: 23-32. 210.
108. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 Nov;46(11):1006-1011.
109. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of general psychiatry*. 1989; 46(11):1012–6.
110. Karamustafalıoğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Bursa: Savaş Ofset, 1993, 86.
111. Raine A. The SPQ: A Scale for the Assessment of Schizotypal Personality Based on DSM-III-R Criteria. *Schizophr Bull* 1991; 17:555-564.
112. Şener A, Bora E, Tekin I, Ozaskinli S. The reliability and validity of schizotypal personality questionnaire (SPQ) in Turkish students. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2006; 16:84-92.

113. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ III, Liang KY, LaBuda M, Walkup J, Grados M, Hoehn-Saric R. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:358–363.
114. Kontis D, Theochari E, Nikolakopoulou M, Andreopoulou A, Vassos D, Grigoriou V et al. Obsessive compulsive symptoms are associated with better functioning independently of cognition in schizophrenia. *Compr. Psychiatry* 2016;70: 32–40.
115. Kayahan B, Ozturk O, Veznedaroglu B, Eraslan D. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59:291–295
116. Schreuder MJ, Schirmbeck F, Meijer C, de Haan L. The associations between childhood trauma, neuroticism and comorbid obsessive-compulsive symptoms in patients with psychotic disorders. *Psychiatry Res* 2017;254:48–53.
117. Swets M, Dekker J, van Emmerik-van Oortmerssen K, Smid GE, Smit F, de Haan L, et al. The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. *Schizophr Res* 2014;152(2):458–468.
118. Ongur D, Goff DC. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status. *Schizophr Res* 2005;15;75:349–62.
119. Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A. Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999;156:1998–2000.
120. Poyurovsky M, Hromnikov S, Isakov V, et al. Obsessive-compulsive disorder in chronic institutionalized schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 2001;102(1): 49-57.
121. Schirmbeck F, Swets M, Meijer CJ, Zink M, Haan L. Longitudinal association between cognitive performance and obsessive-compulsive symptoms in patients with psychosis and unaffected siblings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2016;133(5):399-409.
122. Soyata AZ, Akışık S, İnhanlı D, Noyan H, Üçok A. Relationship of obsessive-compulsive symptoms to clinical variables and cognitive functions in individuals at ultra high risk for psychosis. *Psychiatry research* 2018;261:332-37.
123. Fenton WS, McGlashan TH. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986;143:437-441.
124. Hwang MY, Morgan JE, Losoncz MF. Clinical and neuropsychological profiles of OCD and schizophrenia. *Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12:91-94.
125. DeLisi LE, Goldin LR, Maxwell MSW. Clinical Features of Illness in Siblings With Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1987;44:891-896.
126. Gottesman II, Shields J: Schizophrenia: The Epigenetic Puzzle. New York, Cambridge University Press, 1982.
127. Meier SM, Petersen L, Pedersen MG, Arendt MCB, Nielsen PR, Mattheisen M, Mors O, Mortensen PB. Obsessive-compulsive disorder as a risk factor for schizophrenia: a nationwide study. *JAMA psychiatry* 2014; 71(11):1215-1221.
128. Lewis SW, Chitkara B, Reveley AM. Obsessive-compulsive disorder and schizophrenia in three identical twin pairs. *Psychological Medicine*. 1991;21(01): 135-141.

129. Fonseka TM, Richter MA, Muller DJ. Second generation antipsychotic-induced obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: a review of the experimental literature. *Curr Psychiatry Rep.* 2014; 16(11):510.
130. Sa AR, Hounie AG, Sampaio AS, Arrais J, Miguel EC, Elkis H. Obsessive-compulsive symptoms and disorder in patients with schizophrenia treated with clozapine or haloperidol. *Comprehensive Psychiatry* 2009;50:437–442.
131. Cunill R, Castells X, Simeon D. Relationships between obsessive–compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009;70:70–82.
132. Rosen I. The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *J Ment Sci* 1957;103:773–785.
133. Stengel E. A study of some clinical aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychotic reaction types. *J Ment Sci* 1945;91:166–187
134. de Haan L, Hoogenboom B, Beuk N, Van AT, Linszen D. Obsessive-compulsive symptoms and positive, negative, and depressive symptoms in patients with recent-onset schizophrenic disorders. *Can J Psychiatry* 2005;50:519–524.
135. Schirmbeck F, Konijn M, Hoetjes V, Zink M, de Haan L. Obsessive–compulsive symptoms in psychotic disorders: longitudinal associations of symptom clusters on between-and within-subject levels. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2018;1-11.
136. Degonda M, Wyss M, Angst J. The Zurich Study. XVIII. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* , 1993;243: 16-22
137. Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin R, Ajdacic V, Eich D et al. Obsessive–compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *Eur Arch Psychiatry Clin. Neurosci.* 2004;254:156–164.
138. Nestadt G, Marco G, Samuels JF. Genetics of OCD. *The Psychiatric clinics of North America* 2010; 33.1:141.
139. Tas C, Mogulkoc H, Eryilmaz G, Gogcegoz-Gul I, Erguzel T T, Metin B, Tarhan NK. Discriminating schizophrenia and schizo-obsessive disorder: a structural MRI study combining VBM and machine learning methods. *Neural Computing and Applications* 2018;29(2), 377-387.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Barış SANCAK

Doğum Yeri ve Tarihi: Mersin, 5 Ağustos 1987

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Bekar

Askerlik Durumu: Tamamlamış

İletişim Adresi ve Telefonu: Demirkapı Cad. 44/8 Zuhuratbaba, Bakırköy, İstanbul, 05547424763

Yabancı Dili: İngilizce

II-Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi: 2005-2011

Trabzon Yomra Fen Lisesi: 2001-2004

Trabzon İskenderpaşa İlköğretim Okulu: 1993-2001

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Hekim: 2011

IV- Mesleki Deneyimleri:

2013-2018: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Asistan Hekim

2011- Trabzon Tonya Devlet Hastanesi Pratisyen Hekim

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Psikiyatri Derneği

İstanbul Tabip Odası

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Genital Self Mutilation in Schizophrenia: A Case Report

Sancak B, Özer Ü, Metin H, Ozgen G, Ozen S. Journal of Clinical Psychiatry 2014; 17(4):134-137

Psychoactive Substance Use in Male Patients Hospitalized in an Acute Psychosis Clinic and Its Effect on Clinical Variables

Sancak B, Özgen G, Özer U, Uzun U. Bağımlılık Dergisi-Journal Of Dependence 2014; 15(4):109-118

Factors affecting the choice of psychiatry as a specialty and satisfaction among Turkish psychiatry residents

Ozer U, Ceri V, Carpar E, Sancak B, Yildirim F. Academic Psychiatry, 2015;1-5.

Association of drugs and presence or development of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia patients: a naturalistic longitudinal observation during hospitalization

Uzun UE, Yılmaz Sahin FB, Cirakoglu T, Dunder E, Sancak B, Erkiran M. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 2015; 25.

Tespit Uygulamalarını Etkileyen Değişkenler: Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Örneği
Uzun U, Sancak B, Özer Ü, Özen Ş. Yeni Symposium, 2015; 53:16-21

Factors affecting restraint practices in psychiatric inpatient units: A sample from a mental health hospital in Turkey
Ozer U, Uzun U, Sancak B, Ceri V, Ozen S. European Psychiatry, 2016;33:S226-S227.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Dört Kültür, Dört Sinema: Yalnızlık – Uzakdoğu’da Yalnızlık, 53. Ulusal Psikiyatri Kongresi 2017, Panelist

VIII- Diğer Bilgiler

Destekleyici Psikoterapi Eğitimi 2014-2018
Bireysel Analiz 2015-halen devam etmekte
BRSHH Sinema Topluluğu Üyesi

9. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
S.B.Ü. BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
SUAM



10.01.2018

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Asist. Dr. Barış SANCAK'ın 21.12.2017 tarih ve 41577- 58972069 sayılı dilekçesi

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Eğitim Koordinatörü Doç. Dr. Bekir TUĞCU ve üyeler Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 10.01.2018 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Psikiyatri Kliniği'nde Uzmanlık Öğrencisi olarak görev ifa eden Asist. Dr. Barış SANCAK'ın, Program Yöneticisi tarafından belirlenen Tez Danışmanı Doç. Dr. Güliz ÖZGEN eşliğinde yürütülecek olan "Şizofreni Hastalarında ve Birinci Derece Yakınlarında Obsesif- Kompulsif Belirtiler ve Bunların Eşik Altı Psikotik Belirtilerle İlişkisi" başlıklı tez protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi'ne istinaden kurulumuzca 106 protokol no ile onaylanmıştır.

Ayrıca bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Başkan
Doç. Dr. Murat ERKIRAN

Üye
Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

Üye
Doç. Dr. Bekir TUĞCU

Üye
Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI

Üye
Doç. Dr. Gül KARAÇETİN

EK 2 - BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA VE HASTA YAKINI ONAM FORMU

Sayın Katılımcımız;

Bu çalışmada yer almanız isteğinize bağlıdır. Çalışmayı reddetme ve çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu durum herhangi bir cezai duruma veya tedaviniz için herhangi bir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Çalışmada şizofreni tanılı hastaların ve yakınlarının klinik özelliklerine bakılması amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılmanız halinde hastalar için araştırmacı tarafından Sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği uygulanacaktır. Hasta yakınları için Şizotipal Kişilik Ölçeği doldurmanız istenecek ve araştırmacı tarafından Sosyodemografik form, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği uygulanacaktır.

Çalışmamız etik kuruldan izin alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu olur formunun bir örneği size verildikten sonra çalışmaya başlanacaktır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla yayınlanacaktır. İstemediğiniz takdirde verdiğiniz bilgiler çalışmada kullanılmayacaktır. Çalışma Dr. Barış SANCAK ve Doç. Dr. Güliz ÖZGEN tarafından yürütülecektir. Herhangi bir nedenle 0 212 4091515-2807 numaralı telefona başvurabilirsiniz.

Bu formu okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi ve Telefonu:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı Soyadı:

İmzası:

Tanık olanın;

Adı Soyadı:

İmzası:

EK 3 - HASTALARA YÖNELİK SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK VERİ FORMU

Tarih:

1. Hastanın Adı Soyadı:

2. Doğum Tarihi:

3. Cinsiyet:

0. Kadın

1. Erkek

4. Medeni Durum:

0. Bekar

1. Evli

2. Boşanmış/Dul

5. Kardeş Sayısı:

6. Kardeş Sırası:

7. Toplam Eğitim Süresi:

8. Kişi Başına Düşen Gelir:

9. Çalışma Durumu:

0. Çalışmıyor

1. Çalışıyor

2. Emekli

10. Kiminle Yaşıyor:

0. Yalnız

1. Eş ve çocuklar

2. Anne, baba ve kardeş

11. Nerede Yaşıyor:

0. Şehir Merkezi

1. Kırsal

12. Sigara Kullanımı:

0. Yok

1. Var

13. Alkol Kullanımı:

0. Yok

1. Var

14. Madde Kullanımı (son 6 ayda):

0. Yok

1. Var

15. Geçmiş Madde Kullanımı:
0. Yok 1. Var (varsa belirtiniz.....)
16. Tıbbi Rahatsızlık:
0. Yok 1. Var
17. Ek Ruhsal Hastalık:
0. Yok 1. Var.....
18. Ek Nörolojik Rahatsızlık:
0. Yok 1.Var.....
19. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü:
0. Yok 1. Var.....
20. Hastalık Süresi:
21. Başlangıç Yaşı:
22. Başvuru Şikayeti:
23. Yatış Sayısı (toplam):
24. Yatış Sayısı (yıl başına):
25. Yatış Sayısı (son 6 ay):
26. Ortalama Yatış Süresi:
27. Toplam Yatış Günü:
28. Düzenli Tedavi Kullanma Durumu:
0. Hayır 1.Evet
29. İlaç Türü:
0. Tipik Antipsikotik
1. Atipik Antipsikotik
2. Klozapin
3. Kombinasyon
30. SSRI/Trisiklik Kullanma Durumu:
0. Hayır 1.Evet
31. İntihar Öyküsü:
0. Yok 1. Var

EK 4 - HASTA YAKINI SOSYODEMOGRAFİK FORMU

1. Adı Soyad:
2. Yakınlık İlişkisi:
 0. Anne
 1. Baba
 2. Kardeş
 3. Çocuk
3. Cinsiyet:
 0. Kadın
 1. Erkek
4. Medeni Durum:
 0. Evli
 1. Bekar
 2. Dul/Boşanmış
5. Çocuk Sayısı:
6. Çalışma Durumu:
 0. Çalışmıyor
 1. Çalışıyor
 2. Emekli
7. Toplam Eğitim Süresi:
8. Kişi Başına Düşen Gelir:
9. Bilinen Ruhsal Hastalık:
 0. Yok
 1. Var.....
10. Genel Tıbbi Rahatsızlık:
 0. Yok
 1. Var.....
11. Sigara Kullanımı:
 0. Yok
 1. Var
12. Alkol Kullanımı:
 0. Yok
 1. Var
13. Madde Kullanımı:
 0. Yok
 1. Var
14. Hasta İle Aynı Evde Bulunup Bulunmadığı:
 0. Hayır
 1. Evet

15. Bakımveren olma durumu

0. Hayır 1. Evet (Süresi:)

16. Maddi Yardım Alma Durumu:

0. Hayır 1. Evet

17. Hastasının YBOCS Skoru:

18. Hastasının PANSS Skoru:



**EK 5 - DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ
KLİNİK GÖRÜŞME ÖLÇEĞİ (SCID-I):**

Bu ölçek sayfa sayısının çok olması nedeniyle fazla kağıt tüketimini önlemek adına teze eklenmemiştir.



EK 6 - POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ

POZİTİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
P1 Sanrılar							
P2 Düşünce dağınıklığı							
P3 Varsanılar							
P4 Taşkınlık							
P5Büyüklik Duyguları							
P6 Şüphencilik ve kötülük görme							
P7. Düşmanca Tutum							
POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
NEGATİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
N1. Duygulanımda Küntleşme							
N2. Duygusal İçecekilme							
N3. İlişki Kurmada Güçlük							
N4. Pasif Biçimde Kendini Toplumdan çekme							
N5. Soyut Düşünme Güçlüğü							
N6. Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı							
N7. Stereotipik Düşünme							
NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
GENEL PSİKOPATOLOJİ							
	1	2	3	4	5	6	7
G1. Bedensel Kaygı							
G2. Anksiyete							
G3. Suçluluk Duyguları							
G4. Gerginlik							
G5. Manyerizm							
G6. Depresyon							
G7. Motor Yavaşlama							
G8. İşbirliği Kuramama							
G9. Olağandışı Düşünce İçeriği							
G10. Yönelim Bozukluğu							
G11. Dikkat Azalması							
G12. Yargılama ve İlgörü Eksikliği							
G13. İrade Bozukluğu							
G14. Dürtü Kontrolsüzlüğü							
G15. Zihinsel Aşırı Uğraş							
G16. Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma							
GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI							
PANSS GENEL TOPLAM PUANI							

EK 7 - YALE BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (9/89)

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

	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4						
1. OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Semptom yok 0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Ortalama uzun 1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Uzun 2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Çok kısa 3</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Kısa 4</td> </tr> </table>						1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	Semptom yok 0	Ortalama uzun 1	Uzun 2	Çok kısa 3	Kısa 4
1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	Semptom yok 0	Ortalama uzun 1	Uzun 2	Çok kısa 3	Kısa 4						
2. OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4						
3. OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4						
4. OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	0 Sürekli direnme Tam kontrol	1 Yeterli kontrol	2 Orta kontrol	3 Az kontrol	4 Tam teslimiyet Kontrol yok						
5. OBSESYONLARIN KONTROLÜ	0	1	2	3	4						
OBSESYON ALTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____											
	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4						
6. KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Semptom yok 0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Uzun 1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Ortalama uzun 2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Kısa 3</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Çok kısa 4</td> </tr> </table>						6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	Semptom yok 0	Uzun 1	Ortalama uzun 2	Kısa 3	Çok kısa 4
6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	Semptom yok 0	Uzun 1	Ortalama uzun 2	Kısa 3	Çok kısa 4						
7. KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4						
8. KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4						
9. KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	0 Sürekli direnme Tam kontrol	1 Yeterli kontrol	2 Orta kontrol	3 Az kontrol	4 Tam teslimiyet Kontrol yok						
10. KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	0	1	2	3	4						
KOMPULSİYON ALTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____											
	Mükemmel 0	1	2	3	Yok 4						
11. OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ											
	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4						
12. KAÇINMA											
13. KARARSIZLIK											
14. PATOLOJİK SORUMLULUK											
15. YAVAŞLAMA											
16. PATOLOJİK KUŞKU											
17. GLOBAL CİDDİYET	0	1	2	3	4						
18. GLOBAL DÜZELME	0	1	2	3	4						
19. GÜVENİRLİK	MÜKEMMEL = 0	İYİ = 1	ORTA = 2	ZAYIF = 3							

EK 8 - ŞİZOTİPAL KİŞİLİK ÖLÇEĞİ

Ad soyad:.....
Yaş:.....
Cinsiyet:.....

Yönerge: Lütfen her soruyu evet ya da hayır seçeneklerinden birini işaretleyerek yanıtlayınız.

Bu testte doğru ya da yanlış cevap ve şaşırtmaca soru yoktur. Lütfen her sorunun gerçek anlamının ne olacağını çok düşünmeden çabucak yanıt veriniz. Teşekkürler.

1- Zaman zaman televizyonda gördükleriniz ya da gazetede okuduklarınızın sizin için özel bir anlam taşıdıklarını hisseder misiniz?	Evet	Hayır
2- Çok sayıda kişinin olacağı yerlere bazen huzursuz olacağımı düşünerek giderim.	Evet	Hayır
3- Hiç doğuştan bir yaşantınız oldu mu?	Evet	Hayır
4- Hiç nesne ya da gölgeleri insan sandığınız veya gürlüğü konuşma sandığınız oldu mu?	Evet	Hayır
5- Diğer insanlar beni biraz sıradışı (acıyıp) bulurlar.	Evet	Hayır
6- Diğer insanları tanımak için çok az istegim var.	Evet	Hayır
7- Diğer insanlar bazen ne söylediğimi anlamayı zor buluyorlar.	Evet	Hayır
8- İnsanlar beni bazen beni ilgisiz ve mesafeli bulurlar.	Evet	Hayır
9- Arkamdan konuşulduğundan eminim.	Evet	Hayır
10- Yemek veya sinema için dışarı çıktığımda insanların beni fark ettiklerini biliyorum.	Evet	Hayır
11- Resmi bir sohbet yapmam gerektiğinde huzursuz olurum.	Evet	Hayır
12- Telepatiye inanır mısınız?	Evet	Hayır
13- Hiç göremesene bile belli bir insan ya da gücün çevrenizde olduğunu hissettiğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
14- Diğer insanlar bazen benim sıradışı alışkanlık ya da hareketlerim hakkında yorumda bulunurlar.	Evet	Hayır
15- Birçok şeyi kendime saklamayı tercih ederim.	Evet	Hayır
16- Bazen konuşurken çabucak bir konudan başkasına atlarım.	Evet	Hayır
17- Konuşmam ve bakışlarımı gerçek duygularımı ifade etmekte pek iyi değilimdir.	Evet	Hayır
18- Sıklıkla insanların size zarar vermek istediklerini hisseder misiniz?	Evet	Hayır
19- Bazı insanlar hakkınızda imalı ya da çift anlamlı sözler söylüyor mu?	Evet	Hayır
20- Arkanızda birisi yürürken huzursuz olur musunuz?	Evet	Hayır
21- İnsanların bazen sizin ne düşündüğünüzü bildiklerinden emin olduğunuz anlar var mıdır?	Evet	Hayır
22- Bir kişiye ya da aynada kendinize bakarken hiç yüzün değiştiğini algıladınız mı?	Evet	Hayır
23- Bazen insanlar benim biraz garip olduğumu düşünürler.	Evet	Hayır
24- Başka insanlarla birlikteyken genellikle sessizimdir.	Evet	Hayır
25- Bazen ne söylemeye çalıştığımı unutuyorum.	Evet	Hayır
26- Nadiren kahkaha atar ya da gülümserim.	Evet	Hayır
27- Bazen iş arkadaşları ve dostlarınızın gerçekten sadık ve güvenilir olmadıklarından kaygılanır mısınız?	Evet	Hayır
28- Hiç sıradan bir olay ya da nesnenin sizin için özel bir işaret olduğunu düşündüğünüz oldu mu?	Evet	Hayır
29- İnsanlarla ilk kez tanışırken huzursuz olurum.	Evet	Hayır
30- Paranormal olaylara (gelecekte haber verme, psikik güçler) inanır mısınız?	Evet	Hayır
31- Sıklıkla düşüncelerimi sesli dile getiren bir ses duyarım.	Evet	Hayır
32- Bazı insanlar benim çok garip bir insan olduğumu düşünürler.	Evet	Hayır
33- Başka insanlara duygusal olarak yaklaşmayı zor bulurum.	Evet	Hayır
34- Konuşurken sıklıkla konudan çok fazla saparım.	Evet	Hayır
35- Sözel olmayan iletişimde (gülümsemek ve bir sohbet sırasında başını sallamak gibi) beceriksizim.	Evet	Hayır
36- Arkadaşlarımla yanında bile savunmada olmam gerektiğini hissedirim.	Evet	Hayır
37- Bazen reklamlardan ya da mağaza camlarındaki ilanlardan özel anlamlar çıkarır ya da çevrenizdeki şeylerin size yönelik düzenlendiğini düşünür müsünüz?	Evet	Hayır
38- Yabancı insanlar arasında olduğunuzda sıklıkla kendinizi huzursuz hisseder misiniz?	Evet	Hayır
39- İnsanlar yanınızda değiken düşüncelerinizi hissedebilir mi?	Evet	Hayır
40- Hiç diğer insanların gözüne gözükmeyen şeyler gördünüz mü?	Evet	Hayır
41- En yakın aile bireyleri dışında kimsenin gerçekten size yakın olmadığını düşünür müsünüz?	Evet	Hayır
42- Bazı insanlar beni konuşma esnasında belirsiz ve anlaşılması zor bulurlar.	Evet	Hayır
43- İncelikli davranış ve jestlere karşılık vermede zorlanırım.	Evet	Hayır
44- İnsanların söyledikleri ve yaptıklarından gizli bir tehdit ya da aşağılama sezdiğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
45- Alışveriş sırasında, diğer insanların sizi izlediği hissine kapılır mısınız?	Evet	Hayır
46- Tanımadığım insanların olduğu sosyal ortamlarda kendimi çok rahatsız hissedirim.	Evet	Hayır
47- Hiç altıncı his, UFO'lar, geleceği görme, astroloji ile ilgili deneyimleriniz oldu mu?	Evet	Hayır
48- Sıradan eşyaları olduğundan büyük ya da küçük gördüğünüz olur mu?	Evet	Hayır
49- Arkadaşlara mektup yazmak huzurdan çok sıkıntı verir.	Evet	Hayır
50- Bazen kelimeleri alışılmadık şekillerde kullanırım.	Evet	Hayır

51- Başkalarıyla konuşurken göz göze gelmekten kaçınırım.	Evet	Hayır
52- Diğerlerinin, kendinizle ilgili çok fazla şey bilmemesinin daha iyi olduğunu düşünür müsünüz?	Evet	Hayır
53- İnsanları birbiriyle konuşurken görünce, sıklıkla sizden bahsedip bahsetmediklerini merak eder misiniz?	Evet	Hayır
54- Büyük bir topluluk önünde konuşma yapmam gerekirse çok huzursuz olurum.	Evet	Hayır
55- Hiç başka bir insana telepatik olarak iletişim kurabildiğinizi düşündünüz mü?	Evet	Hayır
56- Koku alma duyunuz bazen aşırı derece de hassas olur mu?	Evet	Hayır
57- Sosyal ortamlarda arka planda kalmayı tercih ederim.	Evet	Hayır
58- Sohbet sırasında sıklıkla konudan uzaklaşıp mısınız?	Evet	Hayır
59- Sıklıkla insanların bana düşmanca davrandığını düşünürüm.	Evet	Hayır
60- Bazen diğer insanların sizi izlediğini hisseder misiniz?	Evet	Hayır
61- Normalde farkında olmadığınız uzaktan gelen seslerin birden bire dikkatinizi dağıttığı oldu mu?	Evet	Hayır
62- Yakın arkadaşlara sahip olmaya çok az önem veririm.	Evet	Hayır
63- Bazen insanların hakkınızda konuştuğu hissine kapılır mısınız?	Evet	Hayır
64- Bazen düşünceleriniz nerdeyse onları duyacağınız kadar yoğunlaşabilir mi?	Evet	Hayır
65- Sık sık diğer insanların sizi kendi çıkarları doğrultusunda kullanmalarını önlemek için dikkatli olmak zorunda mısınız?	Evet	Hayır
66- İnsanlara yaklaşmakta güçlük çektiğinizi hisseder misiniz?	Evet	Hayır
67- Ben garip ve alışılmadık biriyim.	Evet	Hayır
68- İfade gücü yüksek ve canlı bir konuşma tarzım yoktur.	Evet	Hayır
69- Söylemek istediklerimi anlaşılır bir şekilde aktarmakta zorlanırım.	Evet	Hayır
70- Bazı garip alışkanlıklarım vardır.	Evet	Hayır
71- Fazla tanımadığım insanlarla konuşurken huzursuzluk hissedirim.	Evet	Hayır
72- İnsanlar bazen konuşmamın kafa karıştırıcı olduğunu söyler.	Evet	Hayır
73- Hislerimi kendime saklama eğilimindeyim.	Evet	Hayır
74- Bazen insanlar acayip (sıradışı) görüntümden dolayı bana bakarlar.	Evet	Hayır