



**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**

**OBSESYON VE HEZEYAN AYRIMINA
FENOMENOLOJİK BİR YAKLAŞIM:
ŞİZOFRENİ, OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE
ŞİZO-OBSESİF BOZUKLUKTA TUHAF KENDİLİK
YAŞANTILARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Barış ÖZGÜR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2017



**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**

**OBSESYON VE HEZEYAN AYRIMINA
FENOMENOLOJİK BİR YAKLAŞIM:
ŞİZOFRENİ, OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE
ŞİZO-OBSESİF BOZUKLUKTA TUHAF KENDİLİK
YAŞANTILARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Barış ÖZGÜR

Tez Danışmanı: Uz. Dr. Ayşegül ERMİŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2017

I. TEŞEKKÜR

Hastahanemizin olağanüstü yüküne rağmen sağladığı düzenli çalışma ve eğitim ortamından dolayı hastanemiz yöneticisi sayın Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a;

Sabriyla benin gibi bir garibe bile meslek öğreten, rehberliğiyle ilgi alanlarımda saçılıp savruluşumu hayal bile edemeyeceğim bir akıcılığa kavuşturan, bilgisiyle bizi her seferinde şaşırtıp kendimizi şanslı hissettiren klinik şefim Uz. Dr. Şahap Nurettin ERKOÇ'a;

Şahsi ve mesleki gelişimime kendilerine has pek çok kıymet katan uzmanlarım Uz. Dr. Melih ÖZEREN, Doç. Dr. Emrem BEŞTEPE, Doç. Dr. Ramazan KONKAN, Uz. Dr. Ayşe Gül KART, Uz. Dr. İbrahim Enis KAYRAN, Uz. Dr. Fatih Kasım YAVUZ, Doç. Dr. Ali KEYVAN, Doç. Dr. Yavuz ALTUNKAYNAK ve Tez Danışmanım Uz. Dr. Ayşegül ERMİŞ'e;

Farklı dönemlerde birlikte çalışma fırsatı bulduğum şeflerim Doç. Dr. Erhan KURT, Doç. Dr. Ejder YILDIRIM, Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Uz. Dr. Nesrin TOMRUK, Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e;

Beraber çalışmaktan ve bir çatı altında bulunmuşluğumuzdan minnet ve şevk duyduğum bir zamanlarki asistan arkadaşlarım Dr. Ersin UYGUN, Dr. Özlem ALTUNTAŞ, Dr. Betül ESEN, Dr. Hatice Melek BAŞAR, Dr. Murat AKTEPE ve canımın içi Dr. Eda KAYAPINAR'a;

Beraber çalışmaktan ve bir çatı altında bulunmaktan minnet ve şevk duyduğum asistan arkadaşlarım Dr. Refik CİHNİOĞLU, Dr. Burçhan SÖZER, Dr. Mustafa GÜL, Dr. Rıdvan GÖÇER, Dr. Ömer YILDIRIM ve Dr. Ruşen ÇAKIR'a;

Bilgileri ve meraklarıyla beni hayran bırakan asistan arkadaşlarım Dr. Ahmet NALBANT, Dr. Göker AKÖZGÜRER, Dr. İbrahim AKBAŞ, Dr. Ersin BALTACI, Uz. Psk. Ferhat ŞEN ve bir tanem Dr. Elif ÇARPAR'a;

H Blok 2. Kat'a sıcaklık katan, acemiliğimize kol kanat geren, uzmanlığımıza çeki düzen veren sorumlu hemşiremiz Hafize GENÇ başta olmak üzere bütün hemşirelerimize, servis sekreterimiz ve neşemiz Ayşen'e, sabır taşlarımız personellerimize;

Haklarını ödeyemeyeceğim ve ödeyememeye devam edeceğim anneme, babama, kardeşlerime, kadim dostum Murat ALAT ve sevgili Dr. Gizem ACAR'a;

Sıkıntılarına rağmen hayatlarını bana açan kahraman hastalarım;

Şükran, dua ve sevgilerimle.

Dr. Barış Özgür

İstanbul, 2017

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER.....	ii
III. ÖZET	iv
IV. ABSTRACT	v
V. KISALTMALAR	vi
VI. TABLO LİSTESİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. ŞİZOFRENİ	5
2.1.1.Tanım ve Tarihçe.....	5
2.1.2.Epidemiyoloji.....	9
2.1.3.Etiyoloji	10
2.1.4.Tanısal Özellikler	11
2.1.5.Prognoz ve Remisyon.....	13
2.2. OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK.....	16
2.2.1.Tanım ve Tarihçe.....	16
2.2.2.Epidemiyoloji.....	19
2.2.3.Etiyoloji	20
2.2.4.Tanısal Özellikler	21
2.2.5.Prognoz ve Remisyon.....	21
2.3. KENDİLİK BOZUKLUKLARI.....	24
2.3.1.Tanım ve Tarihçe.....	24
2.3.2.Epidemiyoloji.....	26
2.3.3.Nörobilişsel Karşılıkları.....	27
2.3.4.Şizofrenide Kendilik Bozuklukları.....	27
2.3.5.Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Kendilik Bozuklukları	30
2.4. ŞİZOFRENİ VE OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK EŞTANISI.....	31
2.4.1.Tanım ve Tarihçe.....	31
2.4.2.Epidemiyoloji.....	33
2.4.3.Etiyoloji	33
2.4.4.Tanısal Özellikler	34
2.4.5.Prognoz ve Remisyon.....	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. ÖRNEKLEM.....	37
3.2. YÖNTEM.....	38
3.3. KULLANILAN ÖLÇÜM ARAÇLARI.....	38
3.3.1.Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu:	38

3.3.2.Pozitif ve Negatif Semptomlar Ölçeği (PANSS):.....	38
3.3.3.Boyutsal Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği (DY-BOCS):.....	39
3.3.4.Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ):.....	39
3.3.5.Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği (TKYÖ):.....	40
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	42
4. BULGULAR	44
4.1. GRUPLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	44
4.2. GRUPLARIN KENDİLİK BOZUKLUKLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	46
4.3. GRUPLARIN PANSS AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	48
4.4. GRUPLARIN D-YBOCS AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	49
4.5. GRUPLARIN KGİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	50
4.6. GRUPLARIN KENDİLİK BOZUKLUKLARI, PANSS, D-YBOCS SKORLARI ARASINDA KORELASYON ANALİZİ.....	52
4.7. GRUPLARIN KENDİLİK BOZUKLUKLARI, PANSS, D-YBOCS SKORLARINDA REGRESYON ANALİZİ.....	56
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
7. KAYNAKLAR.....	86
8. ÖZGEÇMİŞ.....	101
9. EKLER.....	103
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI	103
EK 2 - BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	104
EK 3 - SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU	105
EK 4 - TUHAF KENDİLİK YAŞANTILARI ÖLÇEĞİ	108
EK 5 - TUHAF KENDİLİK YAŞANTILARI ÖLÇEĞİ EĞİTİMİNE KATILIM BELGESİ.....	129

III. ÖZET

OBSESYON VE HEZEYAN AYRIMINA FENOMENOLOJİK BİR YAKLAŞIM: ŞİZOFRENİ, OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE ŞİZO- OBSESİF BOZUKLUKTA TUHAF KENDİLİK YAŞANTILARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Barış ÖZGÜR

Amaç: Şizofreni ve Obsesif-Kompulsif Bozukluğun bir arada seyrettiği durumlar geçen yüzyıl boyunca pek çok yönden klinik ilgi odağı olduğu gibi halen fenomenolojik ve tanısal tartışmalara konu olmaktadır. Şizofrenide psikotik olmayan yaşantısal değişikliklere odaklanan "Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği" (TKYÖ) ile bu bir aradalığı araştıran bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Çalışmamızda; Şizofreni, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve hem Şizofreni hem Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı almış Şizo-Obsesif Bozukluk hastalarının "Kendilik Bozuklukları" açısından karşılaştırılması, Hezeyan ve Obsesyon ayrımının fenomenolojik olarak ele alınması ve Şizo-Obsesif Bozukluğun tanısal durumunun aydınlatılması amaçlanmaktadır.

Metod: Araştırmanın örneklemi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kliniklerinde izlenen DSM-5'e göre Şizofreni, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve hem Şizofreni hem Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı almış 31'er hastadan oluşmaktadır. Kendilik Bozukluklarını değerlendirmek için TKYÖ; Şizofreni ile ilişkili olduğu düşünülen fenomenleri değerlendirmek üzere Pozitif ve Negatif Semptomlar Ölçeği (PANSS); Obsesyon ve Kompulsiyonları değerlendirmek için Boyutsal Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (DY-BOCS); ve klinik gidişatı değerlendirmek için Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ) kullanılmıştır. İstatistiksel analizde anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda KGİ dışında bütün ölçekler için gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. TKYÖ ve PANSS açısından Şizofreni ve Şizo-Obsesif Bozukluk grubu; DY-BOCS açısından Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Şizo-Obsesif Bozukluk grupları arasında arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır. Bütün gruplarda TKYÖ alt ölçeklerinden Bilinç Akımı ile Kendinin Farkındalığı ve Buradalık arasında ve Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ile Geçişkenlik Bozuklukları arasında anlamlı pozitif korelasyon görülmüştür ve bu alt ölçekleri yordadığını saptadığımız itemler arasında öne çıkanlar; Obsesif-Kompulsif Bozukluk grubunda Bilinç Akımı altölçeğinde; Şizofreni grubunda Kendinin Farkındalığı ve Buradalık alt ölçeğinde; Şizo-Obsesif Bozukluk grubunda Bedensel Yaşantılar altölçeğinde toplanmaktadır.

Sonuç: Kendilik Bozuklukları açısından her grupta kendine özgü bulgulara rastlansa da Şizo-Obsesif Bozukluğu ayrı bir tanı veya bir grubun bir alttipi olarak değerlendirmeye izin verecek bir ilişki saptanamamıştır. Her grupta ön plana çıkan Kendilik Bozukluklarının, o gruba özgü başka ölçeklerle kıyaslamalı olarak araştırılması gerekmektedir. Hezeyan ve Obsesyon ayrımında Bedensel Yaşantılar ortak bir fenomenolojik yapı olarak araştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Şizo-Obsesif Bozukluk, Kendilik Bozuklukları, Fenomenoloji, Psikopatoloji

İletişim adresi: barisozg@gmail.com

IV. ABSTRACT

A PHENOMENOLOGICAL APPROACH TO THE DISTINCTION OF OBSESSION FROM DELUSION: COMPARISON OF SCHIZOPHRENIA, OCD AND BOTH SCHIZOPHRENIA AND OCD GROUPS IN VIEW OF SELF-DISORDERS

Dr. Barış ÖZGÜR

Objective: The occurrence of Schizophrenia and Obsessive-Compulsive Disorder together has been a clinical focus by many aspects since the beginning of the last century and still is a hot topic for phenomenological and nosological interests; but it is not yet investigated with "Examination of Anomalous Self-Experience" (TKYÖ), a recent schedule for uncovering underlying non-psychotic experiences in Schizophrenia. We aim to compare patients with Schizophrenia, Obsessive-Compulsive Disorder and both Schizophrenia and Obsessive-Compulsive Disorder in view of "Self Disorders" to review phenomenologically the differentiation of delusions from obsessions and elucidate the nosological situation of so called Schizo-Obsessive Disorder.

Method: 31 patients for each group diagnosed with Schizophrenia, Obsessive-Compulsive Disorder and both Schizophrenia and Obsessive-Compulsive Disorder according to DSM-5 were recruited from Prof. Dr. Mazhar Osman Research Hospital for Psychiatry, Neurology and Neurosurgery. We used TKYÖ, Positive and Negative Symptom Scale, Dimensional Yale-Brown Obsession and Compulsion Scale and Clinical Global Impression Scale to assess respectively Self Disorders, psychotic symptoms, obsessional symptoms, and finally clinical outcome. Statistical significance was assumed if $p < 0,05$.

Results: Between-groups differences were significant with all scales except in respect to; CGI for all groups, TKYÖ and PANSS between Schizophrenia and both Schizophrenia and Obsessive-Compulsive Disorder groups, and DY-BOCS between Obsessive-Compulsive Disorder and both Schizophrenia and Obsessive-Compulsive Disorder groups. Stream of Consciousness, Self-Awareness and Presence, and Demarcation/Transitivity domains of TKYÖ were significantly correlated with each other in all groups and were significantly predicted mostly by Stream of Consciousness items in Obsessive-Compulsive Disorder group; by Self-Awareness and Presence items in Schizophrenia group; and by Bodily Experiences items in both Schizophrenia and Obsessive-Compulsive Disorder group.

Conclusion: Though some findings were remarked in relation with some group; overall results were not sufficient to interpret the occurrence of Schizophrenia and Obsessive-Compulsive Disorder as a distinct category or a subtype of any category. Self Disorders found in relation with any group must be studied further comparatively with other scales sensitive for that group. Bodily Experiences should be investigated further as a shared phenomenological structure in both delusional and obsessional experiences.

Key Words: Schizophrenia, Obsessive-Compulsive Disorder, Schizo-Obsessive Disorder, Self Disorders, Phenomenology, Psychopathology

Contact address: barisozg@gmail.com

V. KISALTMALAR

ACG	: Anterior Singulat Korteks
ADD	: Aşırı Değerlendirilmiş Düşünce
DALY	: Daily-Adjusted Life Years
DLPC	: Dorsolateral Prefrontal Korteks
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DY-BOCS	: Boyutsal Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği
TKYÖ	: Examination of Anomalous Self-Experience
ECA	: Epidemiological Catchment Area
ICD	: International Classification of Diseases
KGİ	: Klinik Global İzlenim Ölçeği
OFC	: Orbitofrontal Korteks
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
OKS	: Obsesif-Kompulsif Semptomlar
PANSS	: Pozitif ve Negatif Semptomlar Ölçeği
ŞO	: Şizo-Obsesif Bozukluk
SSGİ	: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri
ŞZ	: Şizofreni

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Şizofreni ve Obsesif-Kompulsif Bozukluğun klinik özelliklerinin karşılaştırılması	1
Tablo 2: DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri	13
Tablo 3: Andreasen ve ark. Tarafından Önerilen Şizofreni Remisyon Ölçütleri ^a	15
Tablo 4: DSM-5 OKB tanı ölçütleri	23
Tablo 5: Şizofrenide Obsesif-Kompulsif Semptomlu (Şizo-Obsesif) Alttip İçin Önerilen Tanı Ölçütleri.....	35
Tablo 6: Klinik Veriler.....	45
Tablo 7: Sosyodemografik Veriler.....	45
Tablo 8: Grupların Kendilik Bozuklukları Açısından Karşılaştırılması	47
Tablo 9: Grupların PANSS açısından Karşılaştırılması.....	49
Tablo 10: Grupların DY-BOCS Açısından Karşılaştırılması.....	51
Tablo 11: Gruplar KGİ Açısından Karşılaştırılması.....	52
Tablo 12: Gruplarda Ölçek Toplam Puanları Arasında Korelasyon Analizi	53
Tablo 13: Gruplarda Ölçek Toplam Puanları ve Alt Ölçek Puanları Arasında Korelasyon Analizi.....	54
Tablo 14: Gruplarda PANSS ve Diğer Alt Ölçek Puanları Arasında Korelasyon Analizi	55
Tablo 15: Gruplarda TKYÖ ve Diğer Alt Ölçek Puanları Arasında Korelasyon Analizi	57
Tablo 16: OKB grubunda Saha 1, 2 ve 4 grubunu anlamı olarak yordayan itemler ..	61
Tablo 17: ŞZ grubunda Saha 1, 2 ve 4 grubunu anlamı olarak yordayan itemler	62
Tablo 18: ŞO grubunda Saha 1, 2 ve 4 grubunu anlamı olarak yordayan itemler.....	63

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Klinik bir sendrom olarak güncel tanı sistemlerinde Şizofreni (ŞZ), Şizofreni ve Spektrum Bozuklukları başlığı altında genellikle ergenlik veya genç erişkinlik çağlarında başlayan, süregelen ve yıkımla seyreden zihinsel bir bozukluk/düzensizlik olarak tarif edilmektedir (1); Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ise Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında ŞZ'ye benzer şekilde ergenlik veya genç erişkinlik çağlarında başlayan, sıklıkla sürengelik gösteren ve pek çok yaşam alanında önemli ölçüde yeti yitimine sebep olan zihinsel bir bozukluk/düzensizlik olarak tarif edilmektedir (1). Pyurovsky ve ark., her iki klinik durumun temel sendromik özelliklerini Tablo 1'deki gibi özetlemektedirler (2);

Tablo 1: Şizofreni ve Obsesif-Kompulsif Bozukluğun klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellik	Şizofreni	OKB
Prevalans (%)	1	2-3
Erkek/Kadın	1 : 1	1 : 1
Başlangıç yaşı	2.-3. Dekad	1.-2. Dekad
Seyir	Remisyonlar var, Kronik	Değişken
Etkilenen Beyin Bölgeleri	DLPC, Temporal K, ACG, Talamus, Kaudat Nükleus, Hipokampus	OFC, ACG, Talamus, Kaudat Nükleus
Nörotransmitter	Dopamin/serotonin	Serotonin/dopamin
Tedavi	Anti-psikotik + SSGİ	SSGİ + Anti-psikotik

ŞZ ve OKB sendromik benzerliklerinin yanı sıra tedavi stratejilerinin karmaşıklığı açısından da benzerlik göstermektedir (3). Modern psikofarmakoloji sayesinde hem ŞZ tedavisinde (4,5), hem OKB tedavisinde (6) önemli ölçüde ilerleme katedilmesine rağmen tedavi stratejilerinin halen etkisiz kaldığı vakıalar azımsanmayacak kadar çoktur. Bunun yanı sıra tedavi stratejilerinin olumlu

sonuçlanması uygun ilaç tedavisinin uygulanmasının yanı sıra bozukluğun/düzensizliğin nasıl tanımlandığıyla, yani nozolojik unsurlarla da ilişkilidir (7,8). Nozolojik anlamda her iki bozukluk da güncel tanı sistemlerinde birbirinden ayrı semptom kümeleri ve süreç seyirleri olarak tarif edilmektedirler (9–13).

Bu haliyle her iki bozukluğun/düzensizliğin de kendi başlarına, ayrı birer semptom kümesi olarak, görünümündeki sendromik benzerliklerin ve farklılıkların yanı sıra, her iki bozukluğun hem semptomlarının beraber görüldüğü, hem sendromik olarak birbirlerine eşlik ettikleri vakıalar tarih boyunca olduğu gibi halen klinik bir ilgi odağı olmayı sürdürmektedir (14–16). Yakın dönemde yapılan çalışmalarda ŞZ tanılı hastalarda eşzamanlı Obsesif-Kompulsif Semptomların (OKS) sıklığı %30-60 arasında (17,18), eşzamanlı OKB sıklığı ise %7-14 arasında gösterilmektedir (19). Gene yakın dönemde yapılan çalışmalarda OKB tanılı hastalarda yaşam boyu içgörü kaybının sıklığı %30-40 arasında gösterilmektedir (20,21).

Bu veriler ışığında her iki bozukluğun/düzensizliğin sendromik olarak birbirlerine eşlik etme veya semptomlarının beraber görülme sıklığı geçmişte olduğu gibi günümüzde de tanısal tartışmalara yol açmaktadır (22–24). Geçmişte Insel ve ark. benzer verilere dayanarak, bazı durumlarda OKB için "psikotik özellikler gösteren" belirtecini önermişlerdir (25). Daha yakın zamanda ise Zohar ve ark., ŞZ'de bir alttip olarak "Şizo-Obsesif" tipin ayrıca tanımlanması gerektiğini öne sürmüşlerdir (22). Son olarak Bottas ve ark., meselenin çok yönlülüğünü vurguladıkları makalelerinde bu vakıaları tanımlamakta; (1) ŞZ'nin bir alttipi, (2) ŞZ ve OKB eştanısı, (3) ayrı bir tanı olarak Şizo-Obsesif Bozukluk (ŞO), (4) Obsesif-Kompulsif Spektrum Bozukluklarının (OKSB) bir tipi olmak üzere dört ihtimalin öne çıktığını vurgulamaktadırlar (26).

Bir bozukluğun/düzensizliğin tanısal durumunu değerlendirmek için başvurulacak epidemiyolojik, klinik veya etiyolojik araştırma verileri gene o bozukluğun nasıl tanımlandığıyla, yani nozolojik unsurlarıyla ilişkilidir (27,28). Güncel tanı sistemleri klinik sendromları tarif etmek için nozolojik yöntem olarak operasyonel ölçütler halinde formüle edilmiş semptom kümelerini kullanmaktadırlar (29). Dolayısıyla bir bozukluğun/düzensizliğin tanısal durumu küme halinde değerlendiren semptomların operasyonel ölçütler halinde tarifi ile

temellendirilmektedir. Söz konusu ŞZ, OKB ve OKS beraberliği olduğunda operasyonel tanı sistemlerine göre belirlenen sendrom ve eştanı örneklemelerinin azımsanmayacak oranda ortaklıklar gösterdiği ve bunun da söz konusu sendromların tanısallık geçerliliğini zedeleyecek tutarsız epidemiyolojik ve klinik bulgulara sebep olduğu vurgulanmaktadır (30,31).

Son zamanlarda semptom kümelerine yaklaşımda operasyonel yöntemin dışında başka yöntemler de öne sürülmektedir (32,33). Bazı yazarlarca ŞZ'nin tanımlanmasında tarihsel olarak operasyonel metodolojiyi önceleyen deskriptif ve fenomenolojik yaklaşım yakın zamanda klinik ve kavramsal olarak yeniden gözden geçirilmiş ve hastalığın temelini teşkil ettiği düşünülen psikopatolojiler veya anormal yaşantılar "Kendilik Bozuklukları" (ing. Self Disorders) veya "Tuhaf Kendilik Yaşantıları" (ing. Anomalous Self-Experiences) kavramı çatısında bir araya getirilmiştir (34). "Tuhaf Kendilik Yaşantıları", Huber ve ark.'nın 1970'lerden beri ŞZ grubu hastalarda yürüttükleri çalışmalarında kullandıkları "temel semptom" (alm. basis Symptomen) kavramının daha geniş bir yorumu olarak önerilmektedir (35). Dolayısıyla Schneider'in ilk sıra semptomları, Bleuler'in dört temel bulgusu ve Binswanger'in buradalık arazi (alm. Daseinrank) gibi tarihsel olarak ŞZ grubuna özgü bir çekirdek patoloji arayışının uzantısı olarak görülebilirler (36).

Parnas ve arkadaşlarının 2005 yılında yayınladıkları ve ŞZ grubu hastalarda uygulanmak üzere geliştirdikleri yarı yapılandırılmış, fenomenolojik bir görüşme çizelgesi ve değerlendirme ölçeği olan "Examination of Anomalous Self-Experience"ın (TKYÖ); yakın zamanda kullanıldığı çalışmalarda tanısallık amaçlı kullanılamasa da ŞZ grubunu değerlendirmekte yüksek bir uygunluğu olduğu, ŞZ grubu ultra yüksek risk grubunda da yüksek bir öngörücü gücü olduğu gösterilmiştir (37). Operasyonel anlamda tanımlanmış ŞZ ve OKB'nin sendromik anlamda beraber görüldüğü vakıaların ŞZ'ye özgüllüğü gösterilen "Tuhaf Kendilik Yaşantıları" açısından değerlendirilmesinin bu vakıaların tanısallık anlamda konumlarının açıklığa kavuşmasında yardımcı olabileceğini düşünmekteyiz. Aynı zamanda her iki bozukluğun/düzensizliğin gene operasyonel olarak tarif edilen ve dolayısıyla çekirdek patolojilere ikincil olarak geliştiği varsayılan semptomlarının bu bakış açısıyla ampirik ve sistematik olarak bir karşılaştırması bilginiz dahilinde

bulunmamaktadır. Bu sebeplerle çalışmamızda öncelikle aşağıdaki hipotezler test edilecektir.

TKYÖ ve geçmişte literatürde kullanılmış diğer bazı ölçekler ile değerlendirildiğinde her üç grubun karşılaştırılması sonucunda;

H1) Şizofreni ve OKB Beraberliği (ŞO) ayrı bir tanı kategorisi olarak değerlendirilebilir.

H2) ŞO; ŞZ spektrumuna dahil ayrı bir tanısal durum (alttip veya belirteç) olarak değerlendirilebilir.

H3) ŞO; OKB spektrumuna dahil ayrı bir tanısal durum (alttip veya belirteç) olarak değerlendirilebilir.

H4) ŞO; ŞZ veya OKB spektrumuna dahil olmayan ayrı bir tanısal durum (eştanı) olarak değerlendirilebilir.

Bulgular ışığında her iki bozukluğun karakteristik semptomlarının ayırımına dair kavramsal tartışmaya ve her iki bozukluğun sendromik anlamda beraberliklerinin tanısal durumuna dair tartışmaya katkıda bulunulacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

Şizofreni, çoğunlukla ergenlik veya genç erişkinlik çağlarında başlayan, kronik ve yıkımla seyreden bir ruhsal bozukluk/düzensizlik olarak tanımlanmaktadır (38). Başlıca semptomları genel olarak; varsanı, sanrı, dezorganize davranışlar ve konuşmalar, düşünce fakirleşmesi, duygulanımda düzleşme, avolisyon ve sosyal durumlardan geri kalma şeklinde tarif edilmektedir (1). Şizofreni, görece düşük prevalansına rağmen dünya çapında ödenen doğrudan ve dolaylı bedellerle sağlık giderlerinde hatırı sayılır bir yük oluşturmakta ve yeti yitimine sebep olmaktadır (39,40). Bireylerde ise bilişsel, emosyonel, psikososyal ve mesleki alanlarda önemli derecede işlev kaybına ve sıkıntıya sebep olmaktadır (41,42). Günümüzde şizofreninin muhtemelen kliniği, etiyolojisi, prognozu ve tedaviye yanıtı farklılıklar gösteren bir grup bozukluğu kapsayan genel bir isimlendirme olduğu kabul edilmektedir (11).

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Tarih boyunca bugün şizofreni dediğimiz bozukluktan/düzensizlikten ne anlaşılabileceği tartışma konusu olagelmıştır (43). Şizofreniyi tarif ettiği düşünülen anlatılar milattan öncesine kadar uzanmaktadır (44). Günümüzdeki şizofreni tanımını esas alırsak Kraepelin öncesi dönemde çağlar boyunca şizofreninin pek çok özelliğinden sadece bir kısmını kapsayan pek çok farklı tanıya rastlarız (45–47). Dahası Kraepelin'in tanımının da nihai olduğu söylenemez (48,49). Hatta söz konusu olan fenomenin veya fenomenlerin bir bozukluk/düzensizlik mi yoksa bir hastalık mı olduğu şizofreninin tanımlanması meselesini doğrudan ilgilendirmesinin yanı sıra tarih boyunca olduğu gibi halen tartışma konusudur (50–52). Bu sebeple şizofreniyi tanımlamadaki belirsizliklerin şizofrenin doğasından mı, metodolojik kısıtlılıklardan

mi, yoksa kavramsal kargaşadan mı kaynaklandığına karar vermek tarih boyunca olduğu gibi günümüzde de güçlüğünü korumaktadır.

Bleuler tarafından "şizofreni/ler" olarak yeniden isimlendirilen tanı esasen çağdaşı olan Kraepelin'in "dementia praecox" adıyla tarif ettiği bir grup bozukluktan oluşmaktadır (53–55). Bleuler, kendi isimlendirmesini gerekçelendirirken şizofreni adı altında toplanan fenomenlerin çeşitliliğine ve bunları tanımlamanın güçlüğüne değinmek adına bir başka çağdaşı olan Chaslin'in "ahenksiz hastalık" (fr. *Maladie Discordante*) isimlendirmesine atıfta bulunmakta ve bu isimlendirmeden daha önceden haberdar olsaydı bu ismi yeğleyebileceğini söylemektedir (53). Chaslin ise bu isimlendirmeyi önerirken kendinden öncekilerin önerdiği tanımları -çağdaşlarının bakış açısından- gözden geçirerek tanımlanmak istenen tablonun esas özelliğinin birbirlerine eşlik etmesi beklenmeyen veya akla yatmayan semptomların bir arada görülmeleri ve zaman içerisinde gene birbirlerine eşlik etmesi beklenmeyen veya akla yatmayan semptomlarla yer değiştirmeleri olduğunu belirtmektedir (56).

Kraepelin'in "Dementia Praecox" adı altında topladığı bozukluklara daha yakından baktığımızda farklı dönemlerden pek çok bağımsız tanımın bir araya geldiğini görüyoruz. Krapelin'e kadar ruhsal bozukluklara yaklaşımda iki ana eğilim mevcuttur (57); 1) Bütün hastalıkların tek bir sürecin farklı dereceleri veya aşamaları olduğunu öne süren Griesinger'in isimlendirmesiyle "Tekil Psikoz" (alm. *Einheitspsychose*) ve 2) Farklı özellikler gösteren birçok ayrı hastalık olduğunu öne süren geleneksel yaklaşım (58). Krapelin bu anlamda ne bütün klinik tabloların tek bir sürecin ifadesi olduğu, ne her bir klinik tablonun kendine has bir süreci ifade ettiğini kabul eder. Kahlbaum'un "Katatoni" (alm. *Katatonie*) tanımını içeriğinin yanı sıra metodolojik olarak beraber seyreden idiyopatik bir semptom kümesi biçimde tanımlanışıyla kabul eder (59,60) ve buna; Hecker'in "Hebefreni" (alm. *Hebephrenia*) tanımını, kendi "Paranoid Demanslar" (alm. *Dementia Paranoides*) tanımını ve tarihsel olarak pratik anlamda kabul görmüş birkaç tanımı daha yeniden yorumlayarak ekler (56). Erken yaşta başlayan yıkımı vurguladığı için Morel'in "Erken Başlangıçlı Demans" (fr. *Démence Précoce*) isimlendirmesini gene farklı bir şekilde yorumlayarak sonuçta yıkımla sonuçlanan ortak bir sürecin ifadesi oldukları gerekçesiyle "Dementia Praecox" kavramını bir başlık olarak tasarlamış ve diğer

süreçlerden ("melancholia", "folie circulaire" gibi tanımların bir araya getirildiği manik-depresif psikozdan) ayrı tutmuştur (58).

Sürecin her zaman yıkımla sonuçlanmayacağı ve her zaman erken yaşta başlamadığı gerekçesiyle ismi; klinik yararlılık açısından anlamlı görülmediğinden alttipler halinde tasarlanması; klinisyenler arasındaki güvenilirlik sorunları yüzünden semiyolojik kapsamı değişse de günümüzde güncel tanı sistemleri ve başvuru kaynaklarınca anlaşıldığı haliyle şizofreninin çerçevesinin böylece kurulduğunu söyleyebiliriz (61). Kraepelin'den günümüze kadar bu çerçeve içerisinde bir takım değişiklikler olsa da genel anlamıyla çerçeveye sadık kalınmıştır. Bu değişikliklerden başlıcaları arasında; Langfeld'in şizofreniform psikozu (62), Kasanin'in şizoaffektif bozukluğu (63), Stephens'in süreç ve süreç olmayan şizofreni ayrımı (64), Andreasen'in Pozitif/Negatif şizofreni ayrımı (65), Crow'un Tip I/II şizofreni ayrımı (66), Kirkpatrick'in Defisit/Defisit Olmayan şizofreni ayrımı (67), Huber'in Senestetik Şizofrenisi (68), özellikle Liddle, Mcgrath ve Kendler'in (69–71) istatistiksel olarak saptanan boyut ve kümeler halinde formülasyonları ve Kleist ile Leonhard'ın oldukça detaylı biçimde tasarladıkları affektif olmayan psikotik bozukluklar sınıflandırmaları sayılmaktadır (72,73).

Şizofreniyi tanımlamak açısından bu çerçevenin dışında kalan yaklaşımları kabaca özetlemek gerekirse; 1) Bleuler'in "Temel Semptomlar" (alm. Grundsymptome) yaklaşımından, 2) Jaspers'in öznel yaşantıları esas alan "Anlaşılabilirlik" (alm. Verständlichkeit) kavramından ve 3) Rado ve Meehl'in Şizotaksi, Şizotipi ve ŞZ sürekliliği olarak tarif ettiği spektrum yaklaşımından bahsetmek gerekebilir:

1) Bleuler'in temel semptom yaklaşımının önkabulleri kendisinden sonra da pek çok büyük psikiyatristi etkilemiştir. Buna göre hastalığın esasını teşkil eden temel bir süreç ve bu sürecin ifadesi olan temel semptomlar ile bu sürece tepki olarak gelişen eşlik eden (ing. accessory) semptomlar birbirlerinden ayrılmalıdır (74). Daha sonrasında Minkowski (Yaşamsal Temas Eksikliği) (75), Binswanger (Yapısal Varoluş Değişiklikleri) (76), Schneider (Birinci Sıra Semptomları) (77), Conrad (Dört Aşama Hipotezi ve Sanrısız Duygudurum) (78), Blankenburg (Sağ Duyu Bozukluğu) (79) gibi büyük psikopatologlar benzer bir yaklaşımla ŞZ'nin esasının

altta yatan temel bir sürece bağlı olduğuna dair görüş bildirmişler ve bu süreçle ilişkili gördükleri bazı semptomların tanınal olarak da diğerlerinden daha güvenilir olduğunu öne sürmüşlerdir. Yakın zamana kadar bu yaklaşımın izlerini (ör: Birinci Sıra Semptomlar) güncel tanı sistemlerinde görmek mümkündür (80).

2) Jaspers'in psikopatoloji çalışmalarında hastaların öznel yaşantılarının hasta olmayanlardan hangi noktada farklılaştığını araştırmayı amaçlayan metodolojik önerileri klinik pratik ve nozoloji açısından en az temel süreç kavramı ve temel semptomlar fikri kadar önemlidir (81). Kendinden önce Rümke'nin "Praekoks Hissi" (alm. Praecox Gefühl) dediği öznel ve güvenilirliği düşük fenomenin daha temelde şizofreniyi diğer bozuklardan ayıran esas özellik olarak "Anlaşılabilirlik" (alm. Verständlichkeit) kavramıyla açıklanabileceğini öne sürmesi psikopatoloji çalışmalarına özgün bir fenomenolojik boyut kazandırmıştır (82). Geleneksel olarak deskriptif yöntem olarak tanınan yaklaşımın hedefini ve usüllerini açık bir şekilde ortaya koyma çabası Jaspers ile sınırlı kalmamış; hem güncel tanı sistemlerinin şekillenmesine hem temel süreç ve süreçlerin araştırılmasına metodolojik bir zemin sağlamıştır (83).

3) Son olarak Rado'nun şizofreni tanılı hastalarının psikotik olmayan yakınlarının tuhaf özelliklerini tarif etmek için kullandığı "Şizotipi" kavramının genetik bir yatkınlığı ifade ettiği görülünce (84), Meehl'in bu yatkınlığı açıklamak için öne sürdüğü "Şizogen" taşıyıcısı "Şizotaksi" kavramı beraber değerlendirildiğinde bozukluğun kalıtsal temelleri olan bir spektrum teşkil ettiği görüşünün yaygınlık kazanmasından bahsetmek gerekir (85). Bu görüş çerçevesinde şizofreni etiyolojisi çalışmalarında genotip ve fenotip ile aşılamayan bazı kısıtlılıkları aşmak üzere bir endofenotip kavramı öne sürülmüştür (86). Diğer taraftan uzunlamasına aile çalışmalarında risk gruplarının tespiti ve bozukluğa erken müdahale ciddi anlamda bir imkan haline gelmiştir (87). Risk taşıyan bireylerin saptanması meselesi hem temel süreç ve semptom kavramını hem öznel yaşantıların değerlendirilmesini gerektirdiğinden aynı zamanda bozukluğun başından beri süren anomalilerin araştırılmasını gündeme getirmiştir (88).

2.1.2. Epidemiyoloji

Şizofreniyi tanımlamaktaki güçlüklerin epidemiyolojisini çalışırken de geçerli olduğunu söyleyebiliriz; tanımdan kaynaklı tanısal belirsizliğin yanı sıra, tarama amaçlı kullanılan görüşme çizelgelerinin kısıtlılıkları ve resmi kayıtlardaki eksiklikler de bu duruma katkıda bulunmaktadır (89). Güncel sistematik ve uluslararası literatür taramalarında yaşam boyu prevalansının median değeri %0.48 olarak bildirilmektedir (90). Gene güncel meta-analizlerde ŞZ insidansı 100.000'de 15.2 olarak bildirilmektedir (89).

ŞZ'nin başlangıç yaşının erkeklerde kadınlara göre yaklaşık bir dekad önce tepe noktasına ulaştığı tespit edilmiştir (91). Erkeklerden farklı olarak kadınlarda kırklı yaşlarda şizofreni insidansı ikinci kez tepe noktasına ulaşmaktadır (92). 1990'dan önce yapılan çalışmalarda yaşam boyu kümülatif risk açısından kadın ve erkek arasında fark görülmezken, yakın zamanlı meta-analizlerde erkeklerde riskin kadınlara oranla %35-40 daha fazla olduğu bildirilmiştir (93). Gene yaşam boyu riski arttıran faktörler; bekar olmak, düşük sosyoekonomik konum, büyük şehirde yaşıyor olmak, göçmen olmak, etnik azınlıktan olmak, madde kullanıyor olmak, kışın doğmuş olmak, annenin kişiyi geç yaşta doğurması, gebeliği sırasında eşlik eden başka tıbbi durumlar veya geçirilmiş enfeksiyonlar, doğum sırasında komplikasyon yaşanması veya babanın geç yaşta olması ve çocukken istismar veya ihmale uğramış olmak olarak bildirilmektedir (92).

Son olarak güncel literatür taramalarında şizofreninin aktarılabilirliği %81 olarak belirtilmekte ve sağlıklı popülasyona göre birinci dereceden akrabaların 8.9 kat risk, ikinci dereceden akrabaların ise 3-4 kat risk taşıdığı bildirilmektedir. Monozigot ikizlerde dizigot olanlara göre bu risk 4 kat daha fazladır ve rekürrens riski %50 olarak gözlemlenmektedir (92). ŞZ'den muzdarip kişilerin bütün ölüm nedenleri açısından sağlıklı popülasyona göre oranlaşmış mortalite riski 2.8 olarak bildirilmektedir ve ölüm nedenleri arasında ilk üç sırayı sırasıyla; intihar, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser almaktadır (91).

2.1.3. Etiyoloji

ŞZ'nin etiyojisine dair nedensellik gösteren herhangi bir etken veya mekanizma saptanmamıştır (94). Güncel yaklaşım ŞZ'yi; nörogelişimsel ve nörodejeneratif süreçlerin beraber etkili olduğu bir "Progresif Nörogelişimsel Bozukluk" olarak değerlendirme eğilimindedir (95). Gelişim anomalilerine ve genetiğine geçmeden önce görüntüleme elde edilen makroskopik bulguları özetlemek gerekirse; daha geniş ventriküller, gri madde oranında azalma, daha küçük hipokampus sayılabilir (96). Bunun yanı sıra kimi araştırmacılar azalmış hemisferik asimetriden ve grifikasyonda değişimlerden bahsetmektedir (97). Ancak bu bulguların etiyojik bir etkenin sonucu mu, kendisi mi olduğuna karar vermek güçtür (98,99).

Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında elde edilen bulgular kullanılan görüntüleme ve istatistiksel analiz yöntemine göre farklılıklar göstermektedir. Güncel çalışmalarda iki yöntem öne çıkmaktadır; Difüzyon Tensör ve Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme ile Voksel Esaslı ve Yolak Esaslı İstatistiksel Analizler (100). Her ikisinin kronik ŞZ hastalarında ayrı ve beraber kullanımlarının kombinasyonlarını değerlendirildiği güncel bir meta-analizde en sık öne çıkan bulgular; internal kapsülde, korpus kallozumda, fronto-orbital yolakta ve beyin tümünde yaygın olarak görülen düşük anizotropilerin (iletimin) yanı sıra beyaz cevherde sağlıklı kontrol gruplarına kıyasla düşük ve bozuk konnektivite özellikleri olarak özetlenmektedir (101). Bunun yanı sıra kronik şizofreni hastalarıyla yürütülen performans testleri sırasında beyin metabolizmasını inceleyen çalışmaları ele alan bir başka meta-analizde ise dinlenme sırasında sağlıklı kontrollerde görüldüğü haliyle beklenin tersine frontal lobda kan akımının daha düşük saptanmasını ifade eden "Hipofrontalite" kavramını destekleyen bulguların çoğunlukta olduğu bildirilmektedir (102).

Güncel çalışmalarda dikkat çekici bazı mikroskopik bulgular da bildirilmektedir. Başlıcaları; nörofil yoğunluğunda azalma ve yaşam döngüsünde kısalma, inhibe edici aracı nöronların oranında azalma, oligodendrisit sayısında ve miyelinyasyonda değişkenlikler olarak sıralanabilir (96). Maalesef bu bulgular hastadan hastaya değiştiği gibi bozukluk sürecinde de kararlılık göstermemektedirler.

Gene bir kısmı risk faktörü olarak da kabul edilen prenatal ve perinatal sorunların yanı sıra gelişim anomalileri olarak da değerlendirilen; sosyal olarak dışlanmışlık, sosyal işlevlerin kısıtlılığı, minör malformasyonlar, gelişim aşamalarında minör gerilikler ve motor becerilerde sağlıklı bireylere göre bazı defisitlerin de etiyolojisiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (90).

Şizofreninin nörokimyası incelendiğinde de sağlıklı bireylere göre farklılıklar gösteren bazı bulgulara rastlanmıştır. Bunlardan en dikkat çekicisi ve en tutarlısı sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında mezolimbik ve mezokortikal yollarda dopamin konsantrasyonlarındaki farkları ifade eden "Dopamin Hipotezi"dir (8). Bu hipoteze göre ŞZ'nin pozitif bulguları mezolimbik yolaktaki dopamin konsantrasyonunun artmasına, negatif bulguları ise mezokortikal yollardaki dopamin konsantrasyonunun azalmasına bağlıdır (38). Ayrıca; reelin düzeyinde düşüklük, polisialik asit düzeyinde farklılıklar, hücre duvarında daha az NCAM ve BDNF, GDNF, EGF düzeylerinde düşüklükler olarak bildirilmektedir (103). Gene bunun yanı sıra GWAS araştırmalarında şizofreni hastalarında daha sık tekrarlanan 25'e yakın gen lokasyonu saptanmıştır. Başlıcaları; NRG1, dysbindin, el DISC1, RGS4 ve proline dehydrogenase sentezi ile ilgili lokasyonlar olarak bildirilmektedir (104,105). Fakat bu bulguların çoğunluğu bipolar bozukluk örneklemelerinde de görülebildiğinden şizofreni etiyolojisine özgünlüğü veya şizofreninin farklı bir süreç olarak özgünlüğü halen tartışmalıdır (106).

2.1.4. Tanısal Özellikler

DSM-5 şizofreni tanı ölçütleri Tablo 2'de verilmiştir.

1980 öncesinde Amerika ve İngiltere'de yürütülen tarama çalışması sonrası iki ülke arasında şizofreni prevalansında görülen çarpıcı fark bozukluğun tanımını nozolojik bir sorun olarak tekrar gündeme getirmiştir (107). Aynı yıllarda benzer sorunları aşmak için çalışan bir ekip bozukluk tanımlarını operasyonel ölçütler halinde formüle etmeye çalışmaktadır. Kısa bir süre sonra yeni bir tanı sistemi geliştirmek üzere toplanan görev gücü de aynı sorunlarla baş etmek için aynı yöntemi benimsemiştir. Tüm bunların sonucunda bugün kullanmakta olduğumuz tanı

sistemlerinin temeli atılmış ve önce DSM-III, sonra DSM-III-R ile aşağı yukarı çerçevesi çizilmiş bulunmaktadır (108). Tanı ölçütlerini sıralamaya geçmeden önce DSM-II sonrası DSÖ'nün ICD'si ile işbirliği içinde hazırlanan ve dünya çapında yaygın kabul gören iki tanı sisteminin farklarına ve birkaç yeni gelişmeye kısaca göz atacağız.

Hem DSM, hem ICD tanı rehberlerinin ortak özelliği bozuklukları operasyonel ölçütler halinde tanımlamaya yer vermeleri olsa da bu konuda her iki kurumun tutumunda farklar mevcuttur. Her iki tanı rehberinin de ana metinlerinin yanı sıra sadece tanı ölçütlerini içeren, ayırıcı tanıya odaklanan veya vakıa örnekleri derleyen yardımcı metinler yayınlanmaktadır. Fakat DSM tek bir ana metin olarak tasarlanmışken, ICD Ruhsal Bozukluklar Tanı Rehberi iki ana metinden oluşmaktadır; 1) Operasyonel ölçütlerle beraber kısa deskriptif açıklamalar içeren bir ana metnin yanı sıra, 2) Sadece deskriptif bir anlatımı tercih eden daha kapsamlı bir başka ana metin. Bu anlamda her iki tanı sistemi de operasyonel ölçütlere ve deskriptif anlatıma yer veriyor olsa da ICD'nin operasyonel ölçütlere daha mesafeli bir tutum aldığını söyleyebiliriz (10).

Her iki tanı sisteminin en güncel sürümlerinde operasyonel ölçütleri açısından en önemli üç fark garip-acayip (bizarre) hezeyanların değerlendirilişi, alttipler ve tanı koymak için öngörülen hastalık süresidir. ICD'de ve DSM-5 öncesinde garip-acayip hezeyanların diğer deskriptif semptom veya bulguların yokluğunda dahi tek başına A ölçütünü karşıladığı kabul edilmekteyken, güncel DSM'de bu görüşler terk edilmiştir (11). Gene ICD'de ve DSM-5 öncesinde tarif edilen (paranoid, dezorganize/hebefrenik, katatonik, rezidüel ve ayrışmamış) alttiplere güncel DSM'de klinik yararlılık anlamında bir katkı sunmadıkları için artık yer verilmemektedir. Son olarak ICD'de tanı koymak için öngörülen hastalık süresi 1 ay iken, güncel DSM'de daha önceki sürümlerindeki gibi 6 aydır (1,109).

Tablo 2: DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri

A. Karakteristik Belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisi bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir. 1. Hezeyanlar (sanrılar) 2. Hallüsinasyonlar (varsanılar) 3. Dağınık konuşma 4. İleri derecede dağınık ya da katatonik davranış 5. Negatif semptomlar; Duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama B. Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır. Başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişiler arası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir. C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az altı ay süreyle kalıcı olur. Bu altı aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan semptomları kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A Tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir. D. Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun Dışlanması: Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) Aktif-evre semptomları ile birlikte aynı zamanda Major Depresif, Manik ya da Mikst Epizotlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) Aktif-evre semptomları sırasında Duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur. E. Madde kullanımının/genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır. F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi: Otistik Bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da hallüsinasyonlar da varsa Şizofreni ek tanısı konabilir.

2.1.5. Prognoz ve Remisyon

Şizofreninin seyri konusundaki görüşler tarih boyunca değişkenlikler göstermiştir. Günümüzde bozukluğun büyük oranda tekrarlayan ataklarla ve kısmi remisyonlarla seyreden kronik bir rahatsızlık olduğu kabul edilmektedir (110). Klasik uzunlamasına izlem çalışmalarında bütün şizofrenilerin %50'sinin akut

başladığı, %50'sinin ise uzun bir prodrom dönemini takiben başladığı bildirilmektedir (111). Haffner ve arkadaşların yaptığı uzunlamasına izlem çalışmalarında ise prodromal dönemde çoğunlukla negatif semptomların ön planda olduğu gözlemlenmiştir (112). Ampirik veriler hastalığa ait yıkımın büyük oranda prodromal dönemden tam hastalık dönemine geçiş sırasında yaşandığı ve bu dönemin ortalama 1-2 yıl sürdüğünü ve her atak dönemiyle giderek arttığını veya kalıcılaştığını göstermektedir (113). Kraepelin'in görüşlerinin aksine hastaların %30 kadarının tam iyilik haline kavuştuğunu düşünenler de mevcuttur (114,115). DSM-5'in hastalık seyrini tarif etmek için kullandığı başlıca belirteçler şu şekildedir (1);

İlk epizod, halen akut epizotta

İlk epizod, halen kısmi remisyonda

İlk epizod, halen tam remisyonda

Çoğul epizodlar, halen akut epizotta

Çoğul epizodlar, halen kısmi remisyonda

Çoğul epizodlar, halen tam remisyonda

Süreğen

Tanımlanmamış

Bunun yanı sıra APA kılavuzu hastalığın seyrini üç aşamada incelemektedir; 1) Akut faz: Ağır pozitif veya negatif semptomlarla seyrederek, 2) Stabilizasyon Fazı: Semptom şiddetinin göreceli olarak azaldığı dönem ve 3) Sabit faz: Semptom şiddetinin azaldığı ve bu durumu koruduğu dönem. Kılavuzda ayrıca bu üç dönemin genellikle iç içe geçtiği fakat hastaların sıklıkla stabilizasyon fazında bulundukları belirtilmektedir (116).

Son olarak çalışmamızda da esas alacağımız Andreasen Ölçütleri Tablo 3'te gösterilmiştir (117).

Tablo 3: Andreasen ve ark. Tarafından Önerilen Şizofreni Remisyon Ölçütleri^a

Psikopatoloji Boyutu	DSM-IV Ölçütleri	SAPS/SANS Ölçütleri	PANSS Ölçütleri	BPRS Ölçütleri^b
Psikotizm	Sanrılar	Sanrılar	Sanrılar	Grandiyozite
				Şüphecilik
			Sıradışı Düşünce İçeriği	Sıradışı Düşünce İçeriği
	Varsanılar	Varsanılar	Varsanlı Davranış	Varsanlı Davranış
Dezorganizasyon	Dezorganize Konuşma	Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu	Kavramsal Kargaşa	Kavramsal Kargaşa
	Ağır biçimde Dezorganize veya Katatonik Davranış	Garip-Acayip Davranış	Maniyerizm/ Postür Alma	Maniyerizm/ Postür Alma
Negatif Semptomlar	Negatif Semptomlar	Affektif Düzleşme	Künt Affekt	Künt Affekt
		Avolasyon-Apati	Sosyal Geri Çekilme	
		Anhedoni-Asosyalite		
		Aloji	Spontanlık Kaybı	

^a En az 6 ay süre ile söz konusu ölçekte belirtilen bütün ölçütlerde hafif veya yok şeklinde puanlanıyor olmalı.

^b BPRS Ölçütleri sadece SANS'a ek olarak kullanılabilir.

2.2. OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesif-Kompulsif Bozukluk, çoğunlukla ergenlik ve genç erişkinlik çağlarında başlayan, kronik bir seyir izleyen ve değişen derecelerde işlev kaybına sebep olan bir ruhsal bozukluk/düzensizlik olarak tanımlanmaktadır (38). Başlıca semptomları genel olarak; tekrarlayan, rahatsızlık veren, saçma olduğu ve kendi zihnimizin ürünü olduğu bilinen obsesyonlar ile ritüel veya kalıp halinde tekrarlanan, sıkıntıyı gidermekle bir alakası olmayan kompulsiyonlar olarak tarif edilmektedir (1). Dünya çapında her yıl 5.5 milyon "Maluliyet ile Geçen Yaşam Yılı"na (ing. Disability-adjusted Life Years) mal olmaktadır (118) ve bireylerde önemli derecede sıkıntıya, kognitif, sosyal ve mesleki işlev kaybına sebep olmaktadır (119). Günümüzde Obsesif-Kompulsif Bozukluğun; kliniği, etiyolojisi, prognozu ve tedaviye yanıtı değişiklikler gösteren bir grup hastalıkla beraber daha geniş bir bozukluk spektrumuna ait olduğu düşünülmektedir (120).

2.2.1. Tanım ve Tarihçe

Özellikle Avrupa'da obsesyon benzeri yaşantıların tarifi dini eserlerde 17. yüzyıla kadar gitmektedir. Bunlardan en meşhuru cadılık faaliyetlerinin anlatıldığı "Malleus Maleficarum"dur. Bu dönemde obsesyon tabiri kelime anlamına daha yakın bir şekilde bir dış gücün etkisinde kalarak, inancına dair şüphe taşıma durumunu ifade etmek için kullanılmaktaydı. Aynı dönemlerde ufak ayrıntılar üzerinde fazla duran kişileri tarif etmek için İngiltere'de "Kuruntulu" (ing. Scrupulous) tabiri daha yaygın bir kullanıma sahipti ve gene dini bir bağlamda kullanılmaktaydı. Özellikle bir ayırım yapıldığına rastlanmasa da possesyon daha çok bir dış gücün beden hakimiyetini ele geçirmesiyle obsesyon daha çok bir dış gücün düşünceleri veya duyguları etkilemesi durumunu ifade etmekteydi (121).

Ruhsal bozukluklar 19. yüzyılın başlarında tıbbın konusu olmaya başladığında obsesyonlara özgü bir tanım mevcut değildi. Obsesyonlar da sanrılarla beraber genel bir bozukluk kategorisinde değerlendirilmekteydi. 19. yüzyılın ilk yarısı boyunca obsesyon ve sanrının birbirlerinden ayrılışına ve farklı bozukluklar kapsamında değerlendirildiğine tanık oluyoruz (122). İlk olarak Esquirol,

obsesyonları genel anlamda ağır akıl bozukluğu anlamına genel "Manie" yerine kısmi akıl bozukluğu anlamındaki "Monomanie"ler altında sınıflandırmış ve daha çok düşüncüyü veya iradeyi etkilediği kanaatini öne sürmüştür. Hocası Pinel ise obsesyonları tutku ile ilişkili bir bozukluk olarak görmektedir. Fransa'da obsesyonlar anksiyete ve irade gücünde kayıpla ilişkilendirilmekteyken İngiltere'de ise dini bir bakış açısı hakimdi ve dini temalı melankoliler ile ilişkilendirilmekteydi (123).

Özellikle kompulsiyonu tarif eden ilk terim Dragonet tarafından kullanılan "Dürtüsel Delilik" (fr. Manie Impulsive) tabiridir. Aynı dönemlerde Magnan, obsesyonları hereditör ve serebral bir patolojinin sebep olduğu "Yozlaşmışların Deliliği" (fr. Folie De Dégénéérés) içinde değerlendirmiştir. Morel ise Cullen'in otonomik sinir sistemi bozukluğu olarak gördüğü "Nevroz" (ing. Neurosis) kavramının etkisinde obsesyonları "Duygusal Hezeyan" (fr. Délire Émotif) kapsamına almıştır. Bir diğer farklı yaklaşım da Legrand du Saule'un obsesyonları bazen psikotik bulguların da eşlik edebileceği içgörülü sanrılar olarak değerlendirmesidir. 19. yüzyıl boyunca Fransa'da obsesyonları tanımlamak için kullanılan; "Hezeyansız Delilik" (fr. Manie Sans Délire), "Mantıklı Hezeyan" (fr. Délire Raisonnable), "Saplantılı Fikir" (fr. Idée Fixe), "Direnilmeyen Fikir" (fr. Idée Irrésistible), "Dokunma Hezeyanı" (fr. Délire de Toucher), "Şüphe Deliliği" (fr. Folie de Doute) ve "Bilinçli Hezeyan" (fr. Délire avec Conscience) gibi terimler fenomenin çok yönlülüğüne işaret etmektedir (124).

19. yüzyılın ikinci yarısında ise Fransa'daki emosyonel ve irade ile ilişkili açıklamaların tersine Almanya'da obsesyonların paranoyalar ve akıl dışı düşünceler ile beraber nörolojik bir bozukluğun kognitif ifadesi olarak değerlendirildiğine tanık oluyoruz. Kraft-Ebing obsesyonların affektif bir zemini olduğunu savunmasıyla burada bir istisnadır. Griesinger, bozukluğu ruminasyonlarla ve sorgulamalarla seyreden üç vakıa ile tanımlamıştır. Günümüzdeki tanıma en yakın tanım ise Westfall'in zekayı etkilemeyen, affektif bir durumla ilişkisiz, düşünce sokulmalarıyla seyreden ve kişinin bu düşüncelerin tuhaflığını kabul ettiği "Hastalıklı Temsil" (Zwangsvorstellung) terimidir. Fakat bu terim İngiltere'de "Obsesyon" olarak tercüme edilmekteyken, ABD'de "Kompulsiyon" olarak tercüme edilmiştir (125).

Bir diğerk önemli dönemeç de günümüzdeki anksiyete bozuklukları, depresyon, travma ve ilişkili bozuklukların hafif biçimlerinin yanı sıra obsesyonları da kapsayan Beard'ın "Nevrasteni" (ing. Neurasthenia) kavramının hemen hemen aynı dönemlerde Janet ve Freud tarafından yeniden ele alınışdır (126). Janet, obsesyonların "Nevrasteni"ye değil, "Psikasteni" (fr. Psychasthenia) diye adlandırdığı ayrı bir fenomene ait olduğunu savunmuştur. Buna göre obsesyonlar ruhsal enerjinin tükenmesi anlamına gelen "Psikasteni"nin en son aşamasında ortaya çıkar ve üç grup belirtiden oluşur; 1) Mental grup (obsesyonlar), 2) Motor grup (tikler) ve 3) Emosyonel grup (dismorfofobi) (127). Janet aynı zamanda erken yaşta başlayan obsesyon olgularından bahseden ilk kişidir. Günümüzdeki obsesif-kompulsif spektrum anlayışına oldukça yakın görüşler içeren kitabı ancak 100 yıl sonra İngilizce'ye çevrildiğinden Janet'nin konuya katkısı çoğunlukça bilinmemektedir (128).

Freud ise "Obsesif Nevroz" (ing. Obsessional Neurosis) terimini analitik kuramını formüle etmeden çok daha önce kullanmıştır (129). Freud'a göre obsesif nevrozlar çocukluk dönemine ait uygunsuz hazlara dair bastırılmış pişmanlıkların dönüşmüş halleridir. Obsesif nevrozlar, Freud'un mental yapı ve savunma mekanizmaları hakkındaki görüşlerinin belirlenmesinde oldukça etkili olmuştur (130). Bir dönem boyunca obsesif ve kompulsif semptomları anal-erotik karakter ve kişinin kendine dair ambivalan duygulanımının ifade bulduğu primitif ritüellerle ilişkili olduğu görüşünü benimsemişse de; 1926 yılından itibaren bu görüşünü terk ederek obsesif karakterin anal karakterden farklı olarak katı, kuşkucu ve kontrolcü özelliklerin ön plana çıktığı ayrı bir durum olduğunu öne sürmüştür (131).

Son olarak 1950'lerden sonra yürütölen geniş kapsamlı saha taraması çalışmaları günümüz tanı sistemlerindeki haliyle OKB tanısının şekillenmesinde rol oynamıştır. Özellikle amprik verilerin yaygınlaşmasına kadar yaygın kabul gören - obsesyonların şekillenmesi için kişinin kendine dair farkındalığının yüksek olması gerektiği varsayımı doğrultusundaki- OKB'nin erken yaşta başlayamayacağı görüşünün aşılmasında saha taraması çalışmaları oldukça önemli olmuştur (132). Bu noktada tarihsel olarak aynı fenomenin parçaları olarak tarif edildikleri halde obsesyon ve kompülsiyon kavramlarının birbirlerinden bağımsız olarak ele alınışı

halen bir eleştiri konusudur (133). Genel anlamda günümüz tanı sistemlerindeki tanımın, tarih boyunca obsesyonun posesyondan, sanrıdan ve kompulsiyondan ayırt edilmesiyle belirlediğini söyleyebiliriz.

2.2.2. Epidemiyoloji

Dünya çapında ortak bir OKB prevalansından bahsetmek güç olsa da yakın zamanlı ve geniş kapsamlı çalışmalarda nokta prevalansı %1, yaşam boyu prevalansı %2-2.5 arasında bildirilmiştir (134). Amerika Birleşik Devletleri'nde daha yakın tarihte yürütülen kapsamlı bir tarama çalışmasında ise bu oranlar sırasıyla %1.2 ve %2.8 olarak tekrarlanmıştır (135). Gene de bireysel çalışmalar arasında saptanan değerlerde 10 ile 13 kat arasında farklılıklar görülebilmektedir (136). OKB insidansı konusunda ise daha az sayıda çalışma mevcuttur ve en yakın tarihlisi dahi 15 sene öncesine aittir. 1989-1998 tarihleri arasında yapılmış dört çalışmayı değerlendiren bir makalede 1 yıllık OKB insidansı %0.69-79 gibi yüksek bir değerde bildirilmiş olsa da daha yakın tarihli bir çalışmada bu oran %0.2 olarak bildirilmiştir (18).

OKB'nin başlangıç yaşı nadiren 8-11 yaşlarına kadar düşebilse de genellikle ergenlik ve genç erişkinlikte başladığı görülmektedir (137). Çocukluk döneminde erkeklerde, kadınlara kıyasla 2 kat sık görüldüğünü bildirenler vardır. Fakat ergenlik döneminden sonra prevalansı kadın:erkek arasında neredeyse eşitlenmektedir (138). Bir çalışmada ergenlik sonrasında çok hafif kadın cinsiyeti hakimliği saptanmış olsa da 65 yaşına doğru gelindikçe kadın:erkek oranının tekrar eşitlenme eğiliminde olduğu saptanmıştır (139). İkiz çalışmaları OKB'li bireylerin semptomlarının yaklaşık %50'sinin genetik olmayan risk faktörleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (140). Bunların başlıcaları; gebelik ve gebelik komplikasyonları, madde kullanımı ve travmatik yaşam olaylarıdır (140). Yakın zamanlı bir çalışmada OKB tanısı alan kadınların %40'ının gebelik döneminde olduğu bildirilmiştir (141). Madde kullanımıyla ilişkili yakın zamanda yürütülen bir çalışma bulunmasa da "Epidemiyoloji Saha Taraması" (ing. Epidemiological Catchment Area, ECA) kapsamında yürütülen çalışmalarda madde kullanan bireylerin kontrollere göre OKB tanısı alma riskinin 2 ile 6 kat fazla olduğu saptanmıştır (142). Yetişkin OKB hastalarıyla yürütülen çalışmalarda en sık saptanan travmalar yaşamı tehdit edici

olaylara maruz kalmak veya tanık olmakken daha az oranda ise doğal afetlere ve çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmak olarak saptanmıştır (143).

OKB'nin morbiditesi büyük oranda komorbitesi ile ilişkilidir (119). Yakın zamanlı tarama çalışmalarında OKB'li kişilerde komorbidite prevalansı %80 olarak bildirilmiştir (26). DSM-IV tanıları kullanılarak yapılan yakın zamanlı çalışmalarda en sık eşlik eden bozukluklar sırasıyla; anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları olarak bildirilmektedir (144). Yüksek komorbidite sıklığının mortalite üzerine etkisi olabileceği de düşünülmektedir. Danimarka'da yürütülen prospektif bir izlem çalışmasında OKB'li bireylerin %40'ının doğal olmayan nedenlerle öldüğü ve bu nedenler arasında başlıcaları; intihar, kazalar ve homisid olarak gözlemlenmiştir (145). Doğal olmayan nedenlerle mortalite riski ile komorbidite arasında ilişki bulunmamış olsa da doğal nedenlerle mortalite riski ile komorbidite arasında anlamlı bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bütün nedenler gözden geçirildiğinde OKB'nin mortalite riskinin psikozlardan az, duygudurum bozukluklarından fazla olduğu saptanmıştır (146).

2.2.3. Etiyoloji

Semptom çeşitliliği ve değişkenliği, yüksek komorbidite oranları ve kullanılan farklı yöntemler OKB etiyojisini çalışmayı güçleştirse de yakın zamanlı görüntüleme çalışmalarında pek çok beyin bölgesinde değişiklikler saptanmıştır. Bunlar arasında en çok öne çıkanları; anterior singulat kortekste toplam hacimde azalma, orbito-frontal kortekste hem gri hem beyaz maddeyi kapsayan toplam hacimde ve gri madde oranında azalma, talamus, kaudat çekirdek ve putamende gri ve beyaz madde oranları korunmuş şekilde toplam hacimde azalma olarak bildirilmektedir (147). Hacim değişikliği görülen alanlarda yapılan fonksiyonel görüntüleme çalışmalarındaysa özellikle iki yolla hiperkonnektivite saptandığı ve hiperkonnektivitenin azalmasıyla semptom şiddetinin azaldığı görülmüştür (148).

Genetik çalışmalarda OKB'li kişilerde sıklıkla polimorfizm gösteren üç gen bölgesi; glutamat reseptör geniyle ilişkili bulunun SLC1A1 ve serotonin metabolizmasıyla ilişkili bulunan 5-HTTLPR ile HTR2A lokasyonları olarak

bildirilmektedir (149). Semptom düzeyinde hem genetik hem görüntüleme ile ilişki bulguların özgüllüğü çalışılmışsa da ancak zayıf bir ilişki saptanmıştır (150). Bunlardan en çok vurgulananları; agresyon ve kontrol obsesyonları ile azalmış amigdala hacmi arasındaki ilişki; agresyon obsesyonları ve ventral kaudat ile ventral medial frontal korteks arasındaki artmış konnektivite ilişkisi; ve son olarak cinsel ve dini obsesyonlar ile ventral kaudat ve orta/ön-bazal insular korteks arasında artmış konnektivite ilişkisi olarak bildirilmektedir (150,151).

Genetik faktörlerin yanı sıra pek çok çevresel etkenin OKB ile ilişkili yanlış inançlarla ilişkili olabileceği ve etiyolojiden sorumlu olabileceği düşünülmektedir. Stresli yaşam olaylarının yanı sıra bazı enfeksiyonların da genetik yatkınlığı olan kişilerde hastalığın gelişiminde rol sahibi olabileceğini tartışmalı da olsa öne sürenler vardır (152). En çok üzerinde durulan yanlış inançlar ise; belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik, düşüncelerin önemi ve kontrol edilmesi gerekliliği, abartılı sorumluluk duygusu ve tehditin olduğundan vahim görülmesi olarak sıralanmaktadır (153).

2.2.4. Tanısal Özellikler

DSM-5 OKB tanı ölçütleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Obsesyonların ve kompulsiyonların belirli tiplerinin görülme sıklığı; yaş, cinsiyet, alınan tedavi ve eşlik eden diğer bozukluklara göre oldukça değişmektedir (154,155). DSM V'te başlıca obsesyon tipleri temizlik-bulaş, kontrol-simetri, agresyon, cinsel ve dini obsesyonlar olarak tarif edilmektedir (1).

2.2.5. Prognoz ve Remisyon

Yakın tarihli uzunlamasına izlem çalışmalarında OKB'nin büyük oranda tedaviye yanıt verildiği görüldüyse de şifa oranları oldukça düşük saptanmıştır. Yakın zamanlı ve geniş kapsamlı iki izlem çalışmasında hastaların %39 ile %50'sinin tedaviye yanıt verdiği ve çalışmalardan birinde de bu yanıtın %89'unun izlemin ilk 3 yılı içinde görüldüğü belirtilmiştir. Tedaviye yanıt verenlerin çoğunluğu kısmi remisyon olarak tarif edilmiştir (156,157). Bir diğer izlem çalışmasında ise

izlemin ilk yılında hastaların %82'sinin şiddetli semptomları nedeniyle çalışmayı terk ettiği bildirilmiştir. Cinsiyetin, içgörünün veya komorbiditenin remisyonu etkilemediği saptanmıştır (158). Hastalık süresi uzadıkça relaps riski artmakta ve remisyonlar görülse dahi bozukluğun süregelenleştigi belirtilmektedir. Relaps riskini arttıran diğer durumlar ise eşlik eden Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu (OKKB), tehditin vehametini abartma eğilimi ve tedaviye geç başlanması olarak bildirilmektedir (119). Güncel çalışmalarda remisyonu sadece Yale-Brown Obsesyon ve Kompülsiyon Ölçeği (Y-BOCS) puanında %30'luk düşme olarak tanımlayanların yanı sıra Y-BOCS, Klinik Global İzlenim-Düzelme Ölçeği (KGİ-I) ve Klinik Global İzlenim-Hastalık Şiddeti Ölçeği'nin (KGİ-S) beraber kullanıldığı yayınlar da mevcuttur (159,160).

Tablo 4: DSM-5 OKB tanı ölçütleri

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı: Obsesyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır: 1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler. 2) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır. Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır: 1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma). 2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir. B. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar. C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. D. Başka bir mental bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirircesine düşünme).
--

2.3. KENDİLİK BOZUKLUKLARI

Kendilik bozuklukları tarihsel olarak şizofreni ve spektrum bozuklukları içerisinde tanımlanan kişinin birinci tekil şahıs perspektifinde, bedenini yaşantılayışında, zihin akışı içerisinde, diğer insanları ve etrafı anlamlandırmasında psikotik düzeyde olmayan bir takım tuhaflıkları kapsamaktadır (35). ŞZ hususunda oldukça yüksek bir öngörücü gücü olduğu düşünülmektedir ve pratik anlamda Ultra-High Risk (UHR) grubunun tespitinde kullanılmaktadır (34). Kendilik bozukluğu yaşayan kişilerde ŞZ'nin etiyolojisine katkıda bulunabileceği düşünülen pek çok nörobilişsel bulguya rastlanmıştır (88). Aynı zamanda şizofreninin erken tespiti ve önleyici tedavisi açısından yoğun olarak araştırma gündemlerini işgal etmektedir (34).

2.3.1. Tanım ve Tarihçe

Kendilik bozuklukları bu isimle tarif edilmeden çok önce, geçtiğimiz yüzyılda, pek çok büyük psikopatolog tarafından gündeme taşınmıştır. Bleuler ile ön plana çıkan "Temel Semptom" anlayışının Jaspers tarafından felsefedeki gelişmeler ışığında yeniden yorumlanmasıyla birim olarak merkeze alınan "Yaşantı"nın (alm. Erlebnis) incelenmesi 20. yüzyıl kıta Avrupa'sının belirgin bir özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır (161). Husserl'in "Yaşantı"nın kişinin kendisini, diğer kişileri ve etrafını anlamlandırmasında belirli bir yapı teşkil ettiğine dair görüşü psikopatolojik fenomene uyarlandığında yapısal bir takım bozukluklara rastlanmaktadır (162). Örneğin Bleuler'in "4A" semptomları olarak anılan semptomların temel bir bozukluğa işaret ettiği görüşünde ön plana çıkan "Otizm" (alm. Autism) semptomu; kişinin kendisi, diğer kişiler ve etrafıyla temasında bir kendiliğinden kaybı olarak tarif edilmektedir (74). Kraepelin de benzer bir anlamda fakat farklı ifadelerle ŞZ'de kişiliğin dağılmasından bahsetmektedir (163).

Bu gelişmeler ışığında pek çok klinisyen daha önce açıklamakta güçlük çektikleri fenomeni bu bakış açısıyla değerlendirmeye başlamıştır. Jaspers; bazı hezeyanların bağlamının tümüyle anlaşılmaz olduğunu, bazılarının ise belirli bir bağlamda uygunsuz veya hatalı bir kanaate duyulan inancın kuvvetlenmesi şeklinde belirttiğini fark etmiştir. Bu anlamda bağlamı tümüyle anlaşılmaz olan hezeyanların

şizofreni ile ilişkili olduğunu ve bu anlaşılmazlığın kişinin kendini, diğerlerini ve etrafını yaşantılayışındaki yapısal bir bozukluktan kaynaklandığını öne sürmüştür (83). Husserl'e göre kişinin yaşantısına dair bilgi kişiye herhangi bir refleksiyon (tefekkür) dolayımına girmeden doğrudan verilmiştir (164). Dolayısıyla yaşantının yapısındaki değişim kişi tarafından refleksiyon aracılığıyla fark edilemez ve bu değişime dair iletişime zemin sağlayan bir içgöründen bahsedilemez. Bizler gözlemci olarak ancak bu anlaşılmazlık veya iletişime girilmezliğin yapısal bir değişime işaret ettiğini bilebiliriz (165).

Schneider bu anlaşılmazlık durumunun belirgin olduğu bazı semptomları "Birinci Sıra Semptomları" olarak sınıflandırmış ve bu semptomların ŞZ'de görülme olasılığının daha yüksek olduğunu öne sürmüştür (166). Böylece kesitsel olarak yaşantıda görülen bozukluklara işaret eden semptomların saptanmasına dair çabalar giderek yoğunluk kazanmıştır. Bunun yanı sıra Minkowski ve Conrad yaşantı bozukluklarını bir süreç olarak ele almış ve kesitsel olarak saptanan semptomların aslında bozukluk sürecine tipik birer tepki olarak belirdiklerini düşünmüşlerdir (167). Minkowski, özellikle Bergson ve Husserl etkisinde, yaşantının yapısının zamanın doğasına belirlendiği görüşünü benimseyerek, ŞZ'de olduğu kadar diğer bozukluklarda da zamanın yaşantılanmasında bir takım değişimlerin rol oynadığını öne sürmüştür (75).

Buna göre bizler zamanı geçmişten gelen ve geleceğe doğru seyreden bir hareketin şimdide ve kendimizde kesişimi olarak yaşantılamaktayızdır. Şizofrenide bu hareket geçmişin de, geleceğin de, şimdiye ve kendimize doğru yöneldiği bir donukluk halindedir. Zamanın olağan akışı yaşantılanmadığından, geçmişte olanın gelecekte kesin olarak tekrar edebileceği gibi; gelecekte olabilecek olan ise çoktan olmuş gibi yaşantılanabilir. Kişi geleceğe yönelmediği için kendisiyle, diğerleriyle veya etrafıyla temasa geçmek için bir hamle yapma ihtiyacı duymamaktadır (168). Bu durum Bleuler'in "Otizm" ile ifade etmeye çalıştığı fenomene çok yakındır. Minkowski aynı şekilde birer temel süreç olarak bugünkü anlamıyla manide geçmişin ve bugünkü anlamıyla depresyonda geleceğin yaşantılanmasında bozukluk olduğunu öne sürmektedir (75).

Conrad ise bu fenomenin birden başlamadığını ve dört aşamadan geçerek sonunda tam anlamıyla bozukluk tablosundaki kesitsel gözlemlerde saptanan semptomlar haline geldiğini öne sürmektedir (169,170). Özellikle kendini yaşantılamada bozukluğun başladığı dönemde; etrafta bir şeyler dönüyor, yolunda gitmeyen bir şeyler var hissi olarak tarif edilen "Sanrısız Duygudurum"dan (alm. wahnhafte Stimmung) bahsetmesi dikkate değerdir (171). Schneider'in "Sanrısız Algı" (alm. Wahnwahrnehmung) kavramı "Sanrısız Duygudurum" içerisindeki algılamaya oldukça benzerlik göstermektedir. Klasik semiyolojinin yaşantı bozuklukları bakış açısından yeniden yorumlanmasındaki isabetlilik, ABD'de psikanalitik kuramın açıklamalarının gölgesinde kalsa da Kıta Avrupa'sında ilgi çekmeye devam etmiştir (172). DSM ve ICD'nin aslında deskriptif geleneğin devamı olsalar da; açıklayıcı kuramları terk etme ilkesi gereği fenomenolojik çalışmaları da 2000'lerin başlarına kadar bir grup klinisyenin ilgisiyle sınırlanmasına yol açmış olabilirler (173,174).

Şizofreni konusunda önemli yazarlardan Huber ve Gross 90'ların sonunda literatürde kendilik bozukluğu ile ilişkilendirebilecek semptomları topladıkları Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen'i (Bonn Temel Semptomları İnceleme Ölçeği, BSABBS) ŞZ'si olan hastaların yakınlarında Şizotipiye araştırmakta kullanmış ve yayınlamışlardır (175). Daha sonrasında Nancy Andreasen'in geleneğinden gelen İskandinavlı bir grup klinisyenin ve fenomenolojik felsefe çalışan birkaç filozofun bir araya gelerek benzer semptomları aile çalışmalarında, risk grubu tespitinde ve keşif amaçlı kullanmak üzere geliştirdikleri ölçeğe (TKYÖ); "Temel Semptom" yerine kullanılan "Temel Kendilik" (ing. Fundamental Self, Basic Self) ve "Kendilik Bozuklukları" (ing. Self Disorders) kavramları pek çok ampirik çalışmada kullanılır olmuştur. Günümüzde nörobilimcilerin de ilgisini çeken "Kendilik Bozuklukları" kavramının literatürde hatırı sayılır bir yeri bulunmaktadır (34).

2.3.2. Epidemiyoloji

"Kendilik Bozuklukları", güncel tanı sistemlerince tanınmadığından geniş kapsamlı bir tarama çalışmasının konusu olmamıştır. Ancak ŞZ'si olan kişilerin yakınlarıyla yapılan aile çalışmalarında daha önceden tanımlandığı haliyle risk

gruplarında oldukça sık oranda saptanmaktadır. Prodromal dönemdeki yakınlarda sağlıklı olanlara kıyasla anlamlı derecede yüksektir (176). İlk epizod şizofrenilerle bipolar bozukluğu olan kişiler kıyaslandığında anlamlı derecede yüksektir (177). UHR grubunda yapılan izlem çalışmalarında kendilik bozuklukları şizofreni başlangıcını yüksek oranda öngörebilmektedir (178).

2.3.3. Nörobilişsel Karşılıkları

Güncel nörobilim çalışmalarında "Kendilik Bozukluğu" yaşayan kişilerde tekrar eden pek çok bulgu saptanmıştır. Bu bulgulara birkaç kuram kapsamında değerlendirilmektedir; 1) Kendini denetlemekte bozukluk, 2) Kendine atıfta bozukluk, 3) Olağanlıkta bozukluk ve 4) Sensori-motor entegrasyonda bozukluk durumlarında saptanan başlıca bulgular her madde için aşağıdaki gibi özetlenebilir (179,180):

- 1) Post-sentral girus, insula, hipokampus, dorsal ACC ve lateral PFC’de aktivite değişiklikleri.
- 2) Bilateral temporo-parietal bağlantı ve komşu alanları, CMS ve insulada aktivite değişiklikleri.
- 3) Kortikostriatal yolakta aktivite değişiklikleri ve hipokampus-VTA döngüsünde artmış dopamin salınımı.
- 4) Hipokampus, amigdala ve medial prefrontal kortekste aktivite değişiklikleri ve hipokampus-VTA döngüsünde artmış dopamin salınımı.

2.3.4. Şizofrenide Kendilik Bozuklukları

Literatürde "Kendilik Bozuklukları"nı değerlendiren iki ölçek bulunmaktadır ve çoğu birbiriyle örtüşse de toplamda yüzden fazla item içermektedirler. Bunların her birini ele almak çalışmamızın kapsamını aşacağından yapılan çalışmalarda ŞZ'de; Şizotipiye veya diğer psikotik bozukluklara kıyasla her sahada en sık rastlanan itemlerin toplandığı beş sahayı özetleyen açıklamaları alıntılanmayı tercih ediyoruz. Bütün değerlendirmeler hastalar remisyundayken yapılmıştır ve eğer psikotik

düzeydeyse değerlendirilmeye alınmamıştır. Özellikle TKYÖ ile yapılan çalışmalarda ŞZ tanılı hastalarda sıklıkla saptanan başlıca semptom sahalarını kısaca tarif etmek gerekirse (35,181);

1) *Düşünce Akımı (ing. Stream of Consciousness)*

"Normal bir bilinçlilik hali zamanda süreklilik gösteren, akıcı, bir kişi tarafından ikamet edilen ve introspektif olarak mekandan farklı olarak şeffaftır (anında veya doğrudan verili olarak)."

2) *"Kendinin Farkındalığı ve Buradalık" (ing. Self-Awareness and Self-Presence)*

"Normal bir olmak (varoluş) duygusu kendiliğinden tefekkür edilmemiş buradalığı ve dünyaca sarılmışlığı (doğal, kendiliğinden, bariz) içerir. Fenomenolojik bir kavram olarak buradalık dünyayla hergünkü etkileşimlerimizin, kendilik duygusunu ve dünyayla sarılmışlık duygusunun ayırmamış halini kapsar: "özne ve nesne, buradalık dediğimiz emsalsiz bir yapının iki soyut anını içerir" [Maurice Merleau-Ponty, Phenomenologie De Perception, 1962, s.430].

Üzerine düşünülmemiş sarılmışlık hali birbirine bağımlı iki yapıdan (andan) oluşur:

1) *Tefekkür edilmemiş buradalık; kendinin farkındalığı; bütüncül birinci tekil şahıs perspektifi; bilincin "şeffalığı" veya "berraklığı", yaşantının bütüncül iyeliği.*

2) *Üzerine düşünülmemiş buradalık/dünyayla sarılmışlık/dünyaya gömülmüslük.*

Fenomenolojide bu ikisinin fenomenolojik bir düzlemde karşılıklı olarak birbirlerini belirlediklerine dair yaygın kabul söz konusudur. Diğer bir deyişle, bu bileşenlerden birini etkileyen düzenlilik diğeri üzerinde de bir o kadar iz bırakacaktır. Ne zaman algılarımızın, düşüncelerimizin,

hislerimizin veya acılarımızın doğrudan (göndermede bulunmaksızın) farkına varabiliyorsak, (normal) bir buradalıktan söz edebiliriz; tüm bunlar bize anında bizim olduklarını birinci tekil şahıs perspektifinden açığa vururlar. Yaşantı eğer birinci tekil şahıs modunda bir buradalık şeklinde bana verildiyse, benim yaşantım olarak bana verilmiştir ve temel kendilik bilinci vakıası olarak kabul edilir. Kendinin farkındalığı bu yüzden yaşantıdan ayrı bir kendiliği anlamak değildir, aksine buralığın birinci tekil şahıs modundaki yaşantılar, deyim yerindeyse yaşantının içinden, elde edilebilir. Özne veya yaşantının kendiliği verili olmasının bir özelliği veya işlevidir. Temel kendilik farkındalığı algılama, düşünme, veya kurgulama gibi sezisel yaşantıların kendilerini dile getirdikleri bir ortam veya moddur. Diğer bir deyişle, normal bir yaşantıda, yaşantılama ve kendilik duygusu arasında yaşantısal bir mesafe yoktur.

Kendiliğin temel buradalığı normal olarak yaşantıda içkindir; kendiliğinden özel bir yaşantısal niteliğe sahip değildir. Gene de bozuk buradalık sıklıkla şu klinik özelliklerle ilişkilidir: bilinçliliğin şeffaflığında veya berraklığında azalma, canlılığın veya hayattayım duygusunun azalması, aktivite potansiyelinin veya haz kapasitesinin azalması, dünyanın çekiciliğinde azalma, birinci tekil şahıs perspektifi duygusunda azalma (iyelik/bana aitlik veya yönelimin sıfır noktası), kimlik karmaşası ve değişen derecelerde yabancılaşma.

Yeni başlayan şizofrenide, düşünce öncesi kendilik farkındalığı çarpıktır; çarpıklık, organik durumlarda veya derin uykuda görülen fenomenlerden farklı bir nitelikte yaşantıyı değişikliğe uğratmıştır.

Anksiyete başlıbaşına kendilik düzensizliklerini yansıtmasa da bu bölümde ele alınmıştır. Bu ilavenin pratik sebepleri bulunmaktadır: ilk olarak, kendiliğin morbid değişimine eşlik eden ve hasta açısından anksiyete olarak belirginleşen ızdırabın ortaya konulmasına yarar; ikinci olaraksa kendilik bozukluklarıyla yakından bağlantılı olan ve anksiyete hakkında

yeterli malumatı olmadıkça puanlanmaması gereken "ontolojik anksiyete"nin ortaya konulmasını sağlar."

3) Bedensel Yaşantılar (ing. Bodily Experiences)

"Normal bir psikofizik birlik ve ahenk duygusu, bir özne veya ruhun (mekansız, ruhani "Leib") içinde yaşadığı beden ile bir nesne olarak bedenin (mekansal ve fiziksel "Körper") normal bir karşılıklı oyunu veya salınımıdır. Diğer bir deyişle, bedensel yaşantımız ne bir nesne ne de saf bir öznedir. Eşzamanlı olarak her ikisidir de."

4) Demarkasyon/Geçişkenlik (ing. Demarcation/Transitivism)

"Kendilik-dünya sınırının kaybı veya geçirgenlik kazanması. Bu düzensizlikler, kendilik farkındalığı ve buradalık düzensizlikleriyle ile sıkıca bağlı olsalar da semptomatik doğaları da incelikli ifade edilmelerini gerektiğinden burada ayrıca sıralanmışlardır."

5) Varoluşsal Yeniden Yönelim (ing. Existential Re-Orientation)

"Hastanın kendi metafizik dünya görüşü ve/veya değerler hiyerarşisi, projelerine ve çıkarları dikkate alındığında kökten bir yeniden yönelim yaşantılaması. Basitçe, kendilik farkındalığındaki tuhaflıklar burada bir araya gelmiş ve varoluşsal düzeyde ifade edilmişlerdir."

2.3.5. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Kendilik Bozuklukları

OKB ile kendilik bozukluklarını araştıran yayınlanmış bir çalışma bilginiz dahilinde henüz bulunmamaktadır. Ancak kişisel temaslarımız haberdar olduğumuz bir çalışmada kendilik bozukluğu puanları yüksek olan OKB'li kişilerin %30'a yakınının aynı zamanda şizotipal özellikler gösterdiğine dair tamamlanmış ancak henüz yayınlanmamış bir araştırma mevcuttur (Andreas Ramussen, 2017, sözel iletişim).

2.4. ŞİZOFRENİ VE OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK EŞTANISI

ŞZ ve OKB'nin beraber görüldüğü durumlar tarih boyunca olduğu gibi bugün de pek çok farklı açıdan ilgi odağı olmuştur. İki bozukluğun beraber görülmesini açıklamaya çalışan çok çeşitli görüşler öne sürülmüştür. Son elli yılda klinik bakış açısından bu beraberliğin tedavide gerektirdiklerini, tanısal durumunu ve prognostik özelliklerini ele alan çok sayıda yayın bulunmaktadır (182). Şizofreni ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk Komorbiditesine genel olarak iki yaklaşım mevcuttur; 1) Güncel tanı sistemlerinin yapay bir komorbidite bolluğuna neden olduğu ve aslında komorbidite yerine bir üçüncü bozukluktan veya farklı boyutlarda farklı derecelerde görünüme sahip tek bir bozukluktan bahsedilebileceği görüşü ve 2) Tanısal hiyerarşi uygulandığında daha üst konumdaki bozukluğun hali hazırda daha alt konumdaki bozukluğun semptomlarını içerebileceği ve dolayısıyla komorbidite bolluğunun aslında hiyerarşinin uygulanmamasından kaynaklandığı görüşü (144).

2.4.1. Tanım ve Tarihçe

Psikiyatrik komorbiditeler özellikle 1980'lerden sonra tanı sistemlerine göre yürütülen tarama çalışmalarında dikkat çeker olmuştur (28). Feinstein'in genel tıbbi hastalıklarda uygulanmak üzere formüle ettiği, aslında epidemiyolojik çalışmaları ilgilendiren "Komorbidite" kavramının psikiyatride başka bağlamlarda kullanımına dair pek çok eleştiri mevcuttur (183). Özellikle ŞZ'de görülen komorbiditeleri ele alan yazılarında Buckley ve ark. bu durumun açıklaması olarak dört olasılık tarif etmektedirler (184);

- 1) Tamamen şans eseri ŞZ'ye eşlik ediyor olabilirler.
- 2) Asıl bozukluk olan ŞZ'ye ikincil olarak gelişiyor olabilirler.
- 3) Ortak bir asıl bozuklukta ŞZ daha sık görüldüğünden ŞZ'ye eşlik ediyor gibi görünebilirler.
- 4) Her iki bozukluk grubunun da altında yatan paylaşılmış bir süreç olabilir.

ŞZ ve OKB (veya OKS) özelinde ise modern anlamda olmasa da komorbiditenin tespiti ŞZ'nin ilk olarak tanımlanmadığı dönemlere kadar gidebilmektedir. Kraepelin öncesinde obsesyonları paranoya veya dejenerasyon bağlamında değerlendiren görüşler mevcuttur (185). Kraepelin bu konuda özellikle görüş bildirmese de, önerdiği tanısai sistemde, obsesyonların psikotik bir karakter kazanması pek mümkün görünmediğinden bu birliktelik özellikle bir ilgi odağı olmamıştır. Ancak Bleuler ve Binswanger, Kraepelinci kısıtlılıklara itiraz ederken obsesyonun sanrıya dönüşebileceğini de öne sürmüşlerdir (186). Bu itirazlara Freud'un da katılmasının ardından ŞZ'de OKB semptomlarına ilgi kısa süre içerisinde tekrar canlanmıştır (187). Günümüzde anlaşıldıkları hallerine yakın bir anlayışla her iki bozukluğun bir aradalığını ampirik olarak değerlendiren ilk çalışmalar Stenghel ve Rosen'in kesitsel tarama çalışmalarıdır (15). Her ikisi de ŞZ'ye eşlik eden OK semptomlarının; türü, başlangıç zamanı, ŞZ semptomlarıyla ve prognozuyla ilişkisini incelemiş ve bu birlikteliğin incelenmesi için kabaca bir yaklaşım şeması oluşturmuşlardır.

Operasyonel tanı sistemlerinin yayınlanmasından sonra yaygınlaşan saha taraması çalışmalarında diğer pek çok komorbitede olduğu gibi ŞZ ve OKB komorbitesinde de çarpıcı derecede yüksek sıklıklar saptanmasının ardından konu tekrar gündeme gelmiştir (188). Yakın zamanda DSM-5'in hazırlanmasında görev alan Şizofreni ve Spektrum Bozuklukları Çalışma Grubu ve OKB ve İlişkili Bozukluklar Çalışma Grubunda yüksek komorbidite sıklığını tanısai anlamda konumlandırmak üzere bazı öneriler tartışılmış olsa da, neticede öneriler doğrultusunda herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir. ICD-11'de de benzer konuların gündemde olması klinisyenlerin konuya ilgilerinin canlılığının bir işaretidir (189,190). Yakın zamanda Bottas ve ark. konuyu gözden geçiren makalelerinde bu durumu açıklamak için öne sürdükleri olasılıkların (26), Buckley ve ark.'nın formülasyonuna birebir uyuyor olması; bu komorbiditenin açıklanmasının sadece bu bozuklar için değil, psikiyatride komorbidite kavramının ve epidemiyoloji-nozoloji ilişkisinin de aydınlatılmasında önem taşıdığını göstermektedir.

2.4.2. Epidemiyoloji

Rosen'in meşhur makalesinde saptadığı %3'lük ŞO nokta prevalansı güncel çalışmalarda saptananın çok altındadır (15). Yakın tarihte yapılan literatür taramalarında bu oran OKS için %10 ile %64; OKB için %7.8 ile %31,7 olarak bildirilmektedir (191). 26 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analizde ise bu oranlar OKS için ortalama %25 ve OKB için ortalama %23 olarak iletilmiştir (192). 36 çalışmanın değerlendirildiği bir başka meta-analizde ise prevalans olarak ŞZ'de OKB için %12 gibi bir değer bildirmektedir (14). UHR grubunda yapılan bir çalışmada ise OKS prevalansı %30, OKB prevalansı %3-14 arasında saptanmıştır (193). Bu değerlere atipik antipsikotik kullanımının neden olduğu de novo semptomların ve bozuklukların da katkıda bulunmuş olabileceğinin üzerinde durulmaktadır (194).

OKB'nin eşlik ettiği ŞZ'lerde ilk psikotik semptomun eşlik etmeyenlere kıyasla daha önce görüldüğü bildirilmektedir (195). Yakın tarihli bir meta-analizde hastaların %48'inde OKS'nin ŞZ tanısı konulmadan başladığı, %30.4'ünde ŞZ tanısının daha önce konulduğu, %21,6'sında ise OKS'nin ŞZ tanısı konulurken saptandığı bildirilmiştir (196). OKB'nin eşlik ettiği ŞZ'lerde kadınlara kıyasla erkeklerde belirgin şekilde psikotik semptomlar daha erken başlamaktadır fakat OKB/OKS'nin eşlik etmediği ŞZ prevalansı ile cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır (197). Bunun yanı sıra ŞZ'ye eşlik eden OKB'nin; pozitif ve negatif semptomlarla, sosyal ve global işlev kaybıyla, yatış sıklıkları ve süreleriyle, nörokognitif test performanslarıyla, yaşam kalitesiyle ilişkini inceleyen çok sayıda yayın mevcuttur (198–200).

2.4.3. Etiyoloji

OKB'nin eşlik ettiği ŞZ'lerde oldukça az sayıda görüntüleme çalışması yapılmıştır. Bunlardan birinde OKS olan ve olmayan ŞZ'ler kıyaslandığında; olanlarda üçüncü ve lateral ventriküllerin ön boynuzlarında genişleme, sol hipokampus ve frontal lobların hacminde ise azalma olduğu saptanmıştır (201). Bir başka çalışmada ise sadece üçüncü ve lateral ventriküllerin ön boynuzlarında genişleme görülmüştür (202). SCL1A1 dışında OKB ve ŞZ arasında paylaşılan ortak

bir genetik lokus saptanmamış olsa da yüksek komorbidite oranları ortak genlerin pleiomorfizmini düşündürmektedir (203). Ortak genetik bulguların fakirliğine rağmen her iki bozukluğun da nörokimyasal yolları glutamat, dopamin ve serotonin ile yakından ilişkilidir ve beraberliklerinden ortak yolların sorumlu olabileceği düşünülmektedir (17).

OKB'nin eşlik ettiği ŞZ'lerde nöropsikolojik performans testi uygulanan çalışmalarda belirgin olarak yürütücü işlevlerde bozukluklar saptanmıştır (204). Gene yürütücü işlev görevleri yaptırılan hastalarda yapılan fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında fronto-striatal yolda belirgin aktivite azlığı saptanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında venteromedial prefrontal ve sağ orbitofrontal kortekslerde, özellikle anterior singulat kortekste aktivite farklılıkları görülmüştür (205). Yapılan manyeto-ensefalografi çalışmalarında ise kognitif görevler sırasında sol inferior, orta ve superior frontal giruslarda ve sağ parietal alanlarda aktivasyon saptanmıştır (206). Son olarak yapılan farmakolojik prob çalışmalarında hipokampus ve prefrontal kortekste dopaminerjik ve glutamaterjik aktivite azlığı bildirilmiştir (207).

2.4.4. Tanısal Özellikler

OKB'nin eşlik ettiği ŞZ'ye güncel tanı sistemlerinde özgül bir kategori veya bir kategori altında beliteç olarak yer ayrılmamıştır. Fakat bazı yazarlar, bu durumu özgül bir kategori veya belirteç olarak değerlendirmektedirler (208). Bunlardan en çok ön plana çıkanı Insel ve Akiskal'in "Psikotik Özellikler Gösteren OKB" önerisi (25) ile Zohar ve Hwang'ın ŞZ'nin bir alttipi olarak "şizo-obsesif tip" önerileridir (24). Bunların yanı sıra Insel ve Akiskal'in tarif ettiği obsesyon sanrı geçişkenliğinin konumlandığı ŞZ ve OKB'yi içeren spektruma Şizotipiyi de katan Eisen ve Rasmussen'i hatırlamak gerekir (209). Bottas ve ark., komorbitenin açıklanmasına dair olasılıkları şöyle özetlemektedirler (26);

- 1) ŞZ'nin bir alttipi,
- 2) ŞZ ve OKB eştanısı,
- 3) Ayrı bir tanı olarak Şizo-Obsesif Bozukluk (ŞO),
- 4) Obsesif-Kompulsif Spektrum Bozukluklarının (OKSB) bir tipi.

Güncel tanı sistemlerinde "Şizo-Obsesyon"a en yakın düşen tanı ilk defa DSM-IV'te tarif edilen "düşük içgörülü OKB"dir. Klasik fenomenolojik psikopatolojide, obsesyonlardan sanrıya geçişin mümkün olduğunu savunan Bleuler, Mayer-Gross ve Westphal gibi yazarların da bu durumu açıklamakta yüzleşmeleri gereken en önemli unsur içgörü olmuştur (210). Kozak ve ark. obsesyonlardan sanrıya geçişe dair literatürü ele aldıkları yayınlarında, içgörünün farklı dereceleri dışında "Aşırı Değerlendirilmiş Düşünce" (ing. Over-Valuated Idea) kavramının da açıklayıcı olabileceğini öne sürmüşlerdir (211). Daha yakın zamanda yayınladıkları çalışmalarında Attademo ve ark.; "Şizo-Obsesyon"da içgörü dışında, dürtüsellik ve kendiliğin aşınması olarak iki boyutun daha tarif edilebileceğini belirtmektedir (23). Genel olarak bütün yaklaşımlar her iki bozukluğa ait bazı öğelerin yapısal birer faktör teşkil ettiği ayrı bir bozukluk veya bir bozukluğun ayrı bir görünümü olarak değerlendirmek yönündedir.

Poyurovski ve ark. OKB'nin eşlik ettiği şizofreniyi ayrı bir alttip olarak ele alıp operasyonel anlamda getirdikleri tanım Tablo 5'te gösterilmiştir (2);

Tablo 5: Şizofrenide Obsesif-Kompulsif Semptomlu (Şizo-Obsesif) Alttip İçin Önerilen Tanı Ölçütleri

A. Obsesif-Kompulsif Bozukluk'un A tanı ölçütünü karşılayan semptomlar şizofreninin seyri boyunca bir dönem mevcut olmalıdır.
B. Eğer obsesyon ve/veya kompulsiyonların içeriği sanrı ve/veya varsanıların içeriği ile karşılıklı ilişkiliyse (ör. İşitsel varsanıların talimatı doğrultusunda aşırı el yıkamak), kişi tarafından saçma ve aşırı bulunan başka tipik OKB obsesyonları ve kompulsiyonları mevcut olmalıdır.
C. Obsesif-Kompulsif Bozukluk semptomları; şizofreninin prodromal, aktif ve/veya rezidüel evrelerinin toplam süresinin hatırı sayılır bir kısmında mevcut olmalıdır.
D. Obsesyonlar ve kompulsiyonlar, şizofreni ile ilişkili işlevsellik kaybına ek olarak kişinin olağan düzenini sekteye uğratmalı, zaman kaybına (günde bir saatten fazla) veya sıkıntıya neden olmalı.
E. Şizofrenisi olan hastada obsesyonlar veya kompulsiyonlar; antipsikotik ilaçların, madde kötüye kullanımının (ör. Kokain) veya organik bir unsurun (ör. Kafa travması) doğrudan etkisi ile açıklanamıyor olmalı.

2.4.5. Prognoz ve Remisyon

Ampirik çalışmalardan önce OKS veya OKB'nin ego bütünlüğünün korunduğuna işaret ettiğine ve iyi seyirli şizofreninin bir bulgusu olduğuna dair bir inanç olsa da yakın tarihli çalışmalarda bu durumu destekleyen bir bulguya rastlanmamıştır. Literatürde OKB'nin eşlik ettiğ şZ'lerde negatif bulguların daha şiddetli seyrettiğini ve dolayısıyla daha kötü prognozlu olduğunu söyleyen yayınlar mevcuttur (212). Fakat yakın tarihli çalışmalarda OK boyut ile pozitif ve negatif bulgular arasında bir ilişki bulunamamıştır. OKB'nin eşlik ettiğ şizofrenide sosyal ve global işlevselliğın pozitif ve negatif bulguların şiddetinden bağımsız olarak daha kötü olduğu bildirilmektedir (31). Gene OKB'nin eşlik ettiğ şizofrenide nrokognisyonun daha iyi durumda olduğunu fakat işlevselliğın daha kötü olduğunu bildiren yayınlar vardır (213). Bazı çalışmalarda ise özellikle yürütücü işlevlerin bozulduğuna dair bulgular saptanmıştır (214). Son olarak OKB'nin eşlik ettiğ şizofrenide daha şiddetli depresif ve psikotik semptomlar görüldüğünü ve depresyondan bağımsız olarak suicidalitenin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (199).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Çalışma Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan ve yatarak tedavi gören DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve hem Şizofreni hem Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı almış hastalarla yapılmıştır.

Çalışmamız için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 07.02.2017 tarihinde 606 karar numarası ile onay alınmıştır.

Çalışmaya yatan veya ayaktan takip edilen hastalardan içerme ölçütlerine uyanlar seçilerek alınmıştır. Şizofreni, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve hem Şizofreni hem Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı almış, bilgilendirme metni okutulmuş, bilgilendirilmiş onayı alınan ve çalışmaya katılmayı kabul eden otuz birer hastadan oluşturulan üç grup tuhaf kendilik yaşantıları yönünden karşılaştırılmıştır. Katılımcılar Şizofreni tanısı alanlar, Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı alanlar ve hem Şizofreni hem Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı alanlar olmak üzere üç gruba ayrılmıştır.

Yakın zamanda elektrokonvülsif tedavi öyküsü ve epilepsi tanısı olanlar, alkol veya psikoaktif madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olanlar, ölçeğin uygulanması sırasında alkol veya psikoaktif madde etkisinde olanlar, klinik olarak saptanmış mental retardasyonu veya nörokognitif bozukluğu olanlar çalışmaya alınmamıştır. Bununla birlikte geçmişte madde kullanım öyküsü dışlama ölçütü değildir. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet dengesinin sağlanması için araştırmaya 18-65 yaş arası kadın ve erkek hastalar alınmıştır.

3.2. YÖNTEM

Çalışmaya Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2015 ve Ağustos 2017 arasında yatarak veya ayaktan takip edilen DSM-5 tanı ölçütlerine göre Şizofreni tanısı almış 31 hasta, DSM-5 tanı ölçütlerine göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı almış yaş, ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş 31 hasta ile DSM-5 tanı ölçütlerine göre hem Şizofreni hem Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı almış yaş, ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş 31 hasta alınmıştır. Katılımcılardan, çalışmanın içeriğini anlatan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Klinisyen tarafından, DSM-V Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) uygulanarak Şizofreni veya Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı dışında başka bir psikiyatrik tanı alan kişiler çalışmaya alınmamıştır. Klinisyen tarafından Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu, TKYÖ, PANNS, DY-BOCS ve KGI uygulanmıştır.

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi yapılmıştır. Sonuçlar mevcut literatür ışığında tartışılmıştır.

3.3. KULLANILAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

3.3.1. Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu:

Çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış, çalışmaya katılanlarla ilişkili sosyodemografik özellikleri, yaşam öykülerine ilişkin soruları içeren ayrıntılı görüşme formudur.

3.3.2. Pozitif ve Negatif Semptomlar Ölçeği (PANSS):

Klinik çalışmalarda şizofreni psikopatoloji ölçekleri arasında en sık kullanılanlardan biridir. Geliştirildiği günden beri, hem klinik hem araştırma alanında hastaların gözlemi ve değişimlerinin değerlendirilmesi açısından kıstas kabul edilmektedir. Şizofreninin pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptomlarının varlığını, yokluğunu ve şiddetini değerlendirmek üzere 30 itemlik bir ölçektir. Bu 30 item; yedi pozitif semptom alt ölçeği itemi, yedi negatif semptom alt ölçeği, 16 genel

psikopatoloji semptom alt ölçeği şeklinde düzenlenmiştir. Skorlandırma için her itemin bir tanımı ve taban değeri verilmiştir. 30 itemin her biri yedili puan ölçeği üzerinden skorlanmaktadır (1=yok; 7=aşırı). Yapılandırılmış görüşmeye dayanması, sağlam faktör boyutları, geçerliliği, ayrıntılı dayanak noktalarının erişilebilirliği ve güvenilirliği PANSS'ın kuvvetli taraflarıdır. Görüşme oturumu boyunca bütün alanların tarandığından emin olmak için yarı yapılandırılmış bir ölçekle beraber de kullanılabilir (SCI-PANSS).

3.3.3. Boyutsal Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği (DY-BOCS):

Bu ölçek obsesif-kompulsif semptomların doğasını ve mevcut şiddetini değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Orjinal Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeğinin (Y-BOCS) bir uzantısıdır. Bu yeni ölçeğin geliştirilmesi ihtiyacı Y-BOCS semptom yoklama listesinde yapılan faktör analiz çalışmalarında dört veya beş semptom boyutunun tutarlı bir şekilde saptanmasıyla doğmuştur. Bu faktörler; (1) agresyon obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar, (2) cinsel ve dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar, (3) simetri, düzen, sayma ve düzenleme obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar, (4) bulaş obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları, (5) istifleme ve biriktiricilik obsesyonları ve kompulsiyonları şeklinde tarif edilmektedirler. Pratik olarak, semptomları boyutlara ayırarak, doğası gereği muğlak olan semptom tiplerinin de sorgulanması amaçlanmaktadır. Örneğin, kontrol etme kompulsiyonları bulaşla ilgili endişeler kapsamında olduğu kadar cinsel ve dini obsesyonlar bağlamında da olmak üzere birden fazla alanda sorgulanabilmektedir. Orjinal Y-BOCS'tan diğer farkları; kaçınmanın şiddetin değerlendirilmesine dahil edilmesi, ordinal şiddet ölçeğinin 5 yerine 6 puana çıkarılması ve hastanın semptomlarını kontrol etmesi veya direnmesi ile ilgili uğraşlarının şiddetin skorlandırılmasında kullanılmaması olarak sıralanabilir.

3.3.4. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI):

Psikiyatride en yaygın kullanıma sahip kısa değerlendirme araçlarından biridir. KGI, hastalık şiddetinin, genel durumdaki düzelmenin veya değişimin ve tedaviye yanıtın ölçüldüğü üç itemli, gözlemci tarafından skorlanan bir ölçektir. Hem klinikte hem araştırma alanında, hastalık şiddetinin ve genel düzelmenin değerlendirildiği bölümler tedavi yanıtının değerlendirildiği bölüme kıyasla daha sık

kullanılır. En sık kullanılan sürümü Erken Dönem Klinik İlaç Yanıtı Değerlendirme Programının KGİ sürümü olup, klinisyenden benzer tanıli hastalardaki geçmiş tecrübesine dayanarak, ek bilgileri dahil ederek veya etmeyerek, o sıradaki hastasının durumunu skorlandırması istenmektedir. KGİ, kolay ve hızlı uygulanabilirliğiyle klinisyenin hastasını daha yakından takip edebilmesini sağlamış ve pek çok ilaç çalışmasında etkililiği kabul edilen sağlam bir ölçek olduğunu kanıtlamıştır.

3.3.5. Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği (TKYÖ):

Parnas ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş yarı-yapılandırılmış bir semptom yoklama listesi ve derecelendirme ölçeğidir. Temel veya minimal kendilik farkındalığı bozukluklarına işaret ettiği düşünülen yaşantısal veya özne oluşla ilgili anomalilerin fenomenolojik olarak keşfedilmesini amaçlamaktadır. Bunun yanı sıra ölçeğin şizofreni spektrumu bozukluklarında öngörücü, tanısal ve ayırıcı tanısal bir uygulanabilirliği mevcuttur. TKYÖ özellikle kendilik farkındalığı düzensizliklerini yansıtıyor gibi görünen sübjektif yaşantılara odaklanmaktadır. Bu ölçek fenomenolojik olarak tanımlayıcıdır ve tanımlar ön planda niteliksel olarak birinci tekil şahıs perspektifinin deformasyonlarında ortak olan fenomenin detaylı bir incelemesini elde etmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin şizofreni spektrumundaki durumlara göre tasarlandığı belirtilse de tanısal bir enstrüman olarak kullanılamayacağı belirtilmektedir. Bunun sebebi olarak da DSM ve ICD tanı sistemlerinde kendilik bozukluklarına şizofreni başlığı altında yer verilmemiş olması gösterilmektedir.

Ölçek, Kopenhag Üniversitesi Hvidovre Hastahanesinin Psikiyatri Kliniğinin ayaktan ve yataklı tedavi birimine başvuran ilk atak psikoz hastalarıyla yapılan klinik çalışmaların bir sonucu olarak tasarlanmıştır. Birbiri ardına yüz hasta ile 4 yıllık bir aralıkta Josef Parnas ve Lennart Jansson tarafından görüşülmüştür. Asıl amaç şizofrenik otizmin yaşantısal ve davranışsal görünümelerini tespit etmek iken hastalarının çoğunluğunda uzun süre sebat eden kimliksizleşmeye veya kendinin dönüştüğüne dair hislerin fark edilmesi araştırmanın yönünü değiştirmiştir. Danimarka ve Norveç'te yürütülmüş iki bağımsız çalışmada da benzer gözlemlerde bulunduğu belirtilmektedir. Yakın zamanda çeşitli tanılardan 151 ardışık ilk başvuru hastasıyla yürütülen bir çalışmada da kendiliğin şizofreni ve şizotipinin

önemli bileşenlerinden biri olduğunun saptandığı belirtilmektedir. Bir diğer çalışmada da kendilik düzensizliklerinin rezidüel şizofreni ile remisyonadaki psikotik bipolar hastaları ayırmakta önemli olduğu belirtilmiştir. Yakın zamanda uzun süreli bir aile genetik çalışmasında yapılan analizler de kendilik bozukluklarının şizofreni spektrumunda toplanma özelliği gösterdiğine işaret etmektedir. Özetle TKYÖ; şizofreni spektrumundaki pek çok hastayla yapılan görüşmelere, klinik fenomenolojiye ve pek çok örneklemden elde edilen ampirik verilerin bir araya getirilmesine dayanmaktadır.

Aynı zamanda bu gizli patolojik fenomenlere dair klasik psikopatolojik tariflemelerden de istifade edildiği belirtilmektedir. Özellikle Pierre Janet, Hans Gruhle, Joseph Berze, Eugène Minkowski ve Wolfgang Blakenburg'un çalışmalarının üzerinde durulmaktadır. Bunun yanı sıra hastaların subjektif yaşantılarını sistematik bir şekilde inceleyen Alman araştırma grubu üyeleri Gerd Huber, Gisela Gross, Joachim Klosterkötter, Frauke Schultze-Lutter ve arkadaşlarının çalışmalarının bir ilham kaynağı olduğu söylenmektedir. Özellikle Huber'in "temel semptomlar" kavramı vurgulanmakta ve bu semptomları değerlendirmek için geliştirilmiş olan BSABS'nin (Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen) bazı itemlerinden istifade edildiği belirtilmektedir. Tarihsel açıdan son olarak ölçeğin geliştirilmesi sırasında benimsenen klinik psikopatolojik yaklaşımın Husserlci fenomenolojinin etkisinde olduğu söylenmektedir.

Ölçek, beş bölümden ve 57 itemden oluşmaktadır. Görüşmeci tarafından yaklaşık 90 dakikada, kısa bir ara verilerek veya iki farklı günde uygulanması önerilmektedir. Görüşmede taranacak zaman aralığının en az iki hafta, en fazla bütün yaşam öyküsü olabileceği belirtilmektedir. Görüşmecilerin ölçeğe ve itemlerine tümüyle hakim olmaları beklenmektedir. Bunun için Hvidovre Hastanesi'nde her sene üç günlük bir kurs düzenlenmektedir. Sorulmayan veya açık bir yanıt alınamayan itemlerin puanlandırılmaması, varlığı saptanan iteme bir psikotik yaşantı eşlik ediyorsa puanlamanın yanı sıra bu durumun da belirtilmesi önerilmektedir. Psikometrik özelliklere gelince TKYÖ'nün tek semptom için 0.6 ile 0.9 arasında bir kappa değerine sahip BSABS'a yakın bir görüşmeciler arası güvenilirliğe sahip olduğu belirtilmektedir. Otuz yaşın altında 14 yatan hastaya uygulanan yarı-

yapılandırılmış ölçeğin görüntü kayıtlarının tekrar değerlendirilmesiyle çalışılan Cohen'in kappa güvenilirlik kat sayıları tek item için 0.6 ile 1.0 arasındadır. TKYÖ'yü temsil eden 12-14 itemin 155 ilk başvurusu hastasına uygulanmasıyla çalışılan faktör yapısında herhangi bir faktöryel yapı saptanmamıştır. Çalışma başka bir ailesel/genetik çalışmanın örnekleminde tekrarlanmış ve gene bir faktöryel yapı tespit edilememiştir.

Ölçek, tarafımızca Türkçe'ye tercüme edilmiş, üç klinisyen tarafından anlaşılır bulunduktan sonra ölçekten habersiz bir teknik medikal tercüman tarafından İngilizce'ye tercüme ettirilerek ölçeğin müelliflerinden onay alınmıştır. Daha sonrasında bir klinisyen tarafından TKYÖ ve PANSS ile değerlendirilen 15 Şizofreni tanılı hasta görüşmesi video kaydına alınmış ve rastgele seçilen 5 görüşme kaydı ilk görüşmeciden farklı iki klinisyen tarafından da aynı ölçeklerle değerlendirilerek geçerlilik ve güvenilirliği çalışılmıştır. İlk değerlendirmede güvenilirlik iyi-mükemmel arasında saptanmıştır ($\kappa = 0,81$). Çalışma henüz yayın aşamasındadır.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin istatistiksel açıdan değerlendirilmesi için bilgisayar ortamında SPSS 24 for Mac paket istatistik programı kullanıldı. Sonuçlar değerlendirilirken istatistiksel anlamlılık gösteren değer olarak $p < 0.05$ kabul edildi. Veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle (ortalama, standart sapma, yüzde değerleri) değerlendirildi. Gruplar arasında bağımsız kategorik değişkenler arasındaki ilişki Ki-kare testi ile değerlendirildi.

Bağımlı değişkenlerin gruplara göre normal dağılım gösterip göstermediği istatistiksel olarak Shapiro-Wilk testi ile denetlendi. Grup içinde normal dağılım göstermeyen değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi kullanıldı.

Tek değişkenli veya çok değişkenli uçdeğerlerin saptanması amacıyla kutu diyagramı kullanıldı. Gruplarda bağımlı değişkenler arasında doğrusal ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan saçılım grafiği görsel olarak değerlendirildi.

Verilerde bağımlı değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olup olmadığını saptamak amacıyla Pearson korelasyon analizi yöntemi uygulandı. Varyans-Kovaryans Matrisleri'nin homojenitesi Box's M testiyle denetlendi ve son olarak bağımlı değişkenlerin gruplara göre varyans homojenitesine sahip olup olmadıklarını saptamak amacıyla Levene testi kullanıldı.

Normal dağılım gösteren bağımlı değişkenlerin gruplar arası farkının birarada değerlendirilmesi amacıyla tek yönlü tek değişkenli varyans analizi (one-way ANOVA) yöntemi kullanıldı. Gruplar arası post-hoc ikili karşılaştırmada gruplar homojen dağılım gösterdiyse Tukey testi, göstermediyse Games-Howell testi tercih edildi.

Tek yönlü tek değişkenli varyans analizlerinde kategorik olarak kabul edilen gruplar arasındaki farkın incelenmesi sırasında sosyodemografik özellikleri yansıtan sürekli, dikotomik ve multinominal olarak tanımlanan bağımsız değerlerle birlikte klinik özellikleri yansıtan bağımlı değişkenler olarak her bir ölçeğin toplam puanı ve alt başlıkların toplam puanı kullanıldı.

İstatistiksel çalışmanın ikinci aşamasında bağımlı değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan ölçeklerde gruptaki bağlantıların incelenmesi amacıyla normal dağılım gösteren bağımlı değişkenlerde Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyenlerde ise Spearman korelasyon analizi uygulandı.

Çalışmamızın üçüncü aşamasında ise her bir grupta saptanan korelasyonlardan gruplar arasında örtüşenleri gene her bir grupta yordayan alt ölçekleri veya itemleri çoklu doğrusal regresyon analizi ile saptandı. Regresyon analizinde hiyerarşik yöntemi kullanıldı, değişkenleri her aşamada tek tek "enter" metoduyla incelemeye alındı.

Dördüncü aşamada her bir grupta saptanan korelasyonlardan gruplar arasında örtüşen alt ölçekleri; gene her bir diğer gruptan farklı en çok sayıda korelasyonu gösteren alt ölçeğin korelasyon gösterdiği ölçek ve alt ölçek itemlerinden hangilerinin yordadığını araştırmak üzere tekrar aynı yöntemle hiyerarşik çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı, değişkenleri her aşamada "stepwise" metoduyla incelemeye alındı.

4. BULGULAR

4.1. GRUPLARIN SOSYO-DEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamıza ŞZ, OKB ve ŞO olmak üzere ayaktan veya yatarak tedavi olmakta olan hastalar alınmıştır. Her bir tanı grubuna içerme ölçütlerini karşılayan 31 kişi dahil edilmiştir.

ŞZ grubuna dahil edilen hastaların 17'si kadın, 14'ü erkektir ve yaş ortalamaları $32,29 \pm 1,64$ 'tür. OKB grubuna dahil edilen hastaların 15'i kadın, 16'sı erkektir ve yaş ortalamaları $31,55 \pm 1,48$ 'dir. ŞO eştanı grubuna dahil edilen hastaların 16'sı kadın, 15'i erkektir ve yaş ortalamaları $33,52 \pm 1,78$ 'dir.

Gruplara ait klinik özellikler Tablo 6'te özetlenmiştir. Gruplar arasında klinik özelliklerden aile öyküsü, suisid öyküsü, eşlik eden tıbbi hastalık, hastalık süresi ve alkol-madde kullanımı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Çalışma durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$) ve sırasıyla OKB (%38,7), ŞZ (%22,6) ve ŞO (%25,8) şeklinde artmaktadır, $X^2 (2,192)$, $p < 0,05$.

Gruplara ait sosyodemografik özellikler Tablo 7'te özetlenmiştir. Gruplar arasında sosyo-demografik özelliklerden yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, iş durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6: Klinik Veriler

N=93	ŞZ		OKB		ŞO		F	P
	Ort ± SD		Ort ± SD		Ort ± SD			
⁺ Hastalık Süresi (Yıl)	14,71 ± 7,64		13,93 ± 8,12		15,02 ± 8,66		,435	,736
	N	%	N	%	N	%	X ²	P
⁺⁺ Tıbbi Hastalık	11	%39,2	9	%29,0	9	%29,0	,657	,431
⁺⁺ İntihar Öyküsü	2	%6,5	1	%3,2	4	%13,0	,344	,813
⁺⁺ Alkol Öyküsü	5	%16,1	3	%9,7	5	%16,1	,732	,567
⁺⁺ Madde Öyküsü	2	%6,5	0	%0,00	3	%9,7	1,567	,377

⁺One-way Anova F, ⁺⁺Ki-Kare Analizi

Tablo 7: Sosyodemografik Veriler

N=93		ŞZ		OKB		ŞO		F	P
		Ort ± SD		Ort ± SD		Ort ± SD			
+Yaş		32,29 ± 9,17		31,55 ± 8,26		33,52 ± 9,92		,365	,695
		N	%	N	%	N	%	X²	P
++Cinsiyet	Kadın	17	%54,8	15	%48,4	16	%51,6	,258	,879
	Erkek	14	%45,2	16	%51,6	15	%48,4		
++Medeni Durum	Evli	12	%38,7	12	%38,7	13	%41,9	,090	,956
	Bekar	19	%61,3	19	%61,3	18	%58,1		
++Çalışma Durumu	Çalışıyor	7	%22,6	12	%38,7	8	%25,8	2,192	,033
	Çalışmıyor	24	%77,4	19	%61,3	23	%74,2		
++Öğrenim Durumu	Okur Yazar Değil	0	%0,0	0	%0,0	1	%3,2	9,066	,337
	Okur Yazar	2	%6,5	2	%6,5	3	%9,7		
	İlköğretim	18	%58,1	15	%48,4	17	%54,8		
	Lise	5	%16,1	6	%19,4	9	%29,0		
	Üniversite	6	%19,4	8	%25,8	1	%3,2		

⁺One-way Anova F, ⁺⁺Ki-Kare Analizi

4.2. GRUPLARIN KENDİLİK BOZUKLUKLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

ŞZ, OKB ve ŞO gruplarının TKYÖ toplam puan ve alt ölçek karşılaştırmaları Tablo 8’de gösterilmiştir. TKYÖ toplam puanları açısından gruplar arasında saptanan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,01$). TKYÖ toplam puanları varyans homojenitesi göstermediğinden uygulanan post-hoc Games-Howell testinde TKYÖ toplam puanları açısından gruplar arasında saptanan farkın OKB grubuyla ŞZ grubu ve OKB grubuyla ŞO grubu arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0,01$). ŞZ ve ŞO gruplar arasında TKYÖ toplam puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

ŞZ, OKB ve ŞO gruplar arasında TKYÖ’ün bütün alt ölçeklerinde anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,01$). Grupların post-hoc ikili karşılaştırmaları; Bilinç Akımı, Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ve Bedensel Yaşantılar varyans homojenitesi gösterdiğinden Tukey testiyle, Bedensel Yaşantılar ve Varoluşsal Yeniden Yönelim varyans homojenitesi göstermediğinden Games-Howell testiyle değerlendirildiğinde TKYÖ’ün hiç bir alt ölçeğinde ŞZ ve ŞO gruplar arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p > 0,05$) fakat hem OKB ve ŞZ grubu arasında hem OKB ve ŞO grubu arasında TKYÖ’ün bütün alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($p < 0,01$).

Tablo 8: Grupların Kendilik Bozuklukları Açısından Karşılaştırılması

N=93	ŞZ	OKB	ŞO		Gruplar Arası Karşılaştırma		
	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	F	Grup 1	Grup 2	P
TKYÖ	56,81 ± 9,54	27,23 ± 20,48	55,45 ± 12,22	39,303 p = ,000	ŞZ	OKB	,000
					OKB	ŞO	,000
					ŞO	ŞZ	,931
Saha 1	16,29 ± 3,15	10,77 ± 7,00	17,45 ± 5,01	14,04 p = ,000	ŞZ	OKB	,000
					OKB	ŞO	,000
					ŞO	ŞZ	,665
Saha 2	20,74 ± 4,85	9,23 ± 6,88	21,06 ± 6,64	36,72 p = ,000	ŞZ	OKB	,000
					OKB	ŞO	,000
					ŞO	ŞZ	,977
Saha 3	4,77 ± 1,87	2,00 ± 1,96	4,45 ± 2,29	16,94 p = ,000	ŞZ	OKB	,000
					OKB	ŞO	,000
					ŞO	ŞZ	,810
Saha 4	3,55 ± 1,69	0,45 ± 0,91	2,97 ± 1,62	39,72 p = ,000	ŞZ	OKB	,000
					OKB	ŞO	,000
					ŞO	ŞZ	,263
Saha 5	11,97 ± 3,44	3,97 ± 4,43	11,03 ± 4,84	32,33 p = ,000	ŞZ	OKB	,000
					OKB	ŞO	,000
					ŞO	ŞZ	,667

TKYÖ: Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği, Saha 1: Bilinç Akımı, Saha 2: Kendilik Farkındalığı ve Buradalık, Saha 3: Bedensel Yaşantılar, Saha 4: Demarkasyon/Geçişkenlik, Saha 5: Varoluşsal Yeniden Yönelim

4.3. GRUPLARIN PANSS AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

ŞZ, OKB ve ŞO gruplarının PANSS toplam puan ve alt ölçek karşılaştırmaları Tablo 9’da gösterilmiştir. PANSS toplam puanları açısından gruplar arasında saptanan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,01$). PANSS toplam puanları varyans homojenitesi gösterdiğinden uygulanan post-hoc Tukey testinde PANSS toplam puanları açısından gruplar arasında saptanan farkın OKB grubuyla ŞZ grubu ve OKB grubuyla ŞO grubu arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0,01$). ŞZ ve ŞO gruplar arasında PANSS toplam puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

ŞZ, OKB ve ŞO gruplar arasında PANSS’ın bütün alt ölçeklerinde anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,01$). Grupların post-hoc ikili karşılaştırmaları; Pozitif Bulgular ve Genel Psikopatolojik Bulgular alt ölçekleri varyans homojenitesi gösterdiğinden Tukey testiyle, Negatif Bulgular alt ölçeği varyans homojenitesi göstermediğinden Games-Howell testiyle değerlendirildiğinde PANSS’ın hiç bir alt ölçeğinde ŞZ ve ŞO gruplar arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p > 0,05$) fakat hem OKB ve ŞZ grubu arasında hem OKB ve ŞO grubu arasında PANSS’ın bütün alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($p < 0,01$).

Tablo 9: Grupların PANSS açısından karşılaştırılması

N=93	ŞZ	OKB	ŞO		Gruplar Arası Karşılaştırma		
	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	F	Grup 1	Grup 2	P
PANSS	77,94 ± 3,75	46,10 ± 6,23	79,71 ± 6,27	360,327 p = ,000	ŞZ	OKB	,000
					OKB	ŞO	,000
					ŞO	ŞZ	,422
Pozitif Semptomlar	15,16 ± 1,44	7,77 ± 1,17	15,48 ± 2,08	227,289 p = ,000	ŞZ	OKB	,000
					OKB	ŞO	,000
					ŞO	ŞZ	,711
Negatif Semptomlar	21,06 ± 2,08	8,29 ± 1,37	22,06 ± 1,48	652,711 p = ,000	ŞZ	OKB	,000
					OKB	ŞO	,000
					ŞO	ŞZ	,084
Genel Psikopatoloji	41,71 ± 2,54	30,03 ± 5,10	42,16 ± 4,95	77,071 p = ,000	ŞZ	OKB	,000
					OKB	ŞO	,000
					ŞO	ŞZ	,913

PANSS: Pozitif ve Negatif Bulgular Semptom Ölçeği

4.4. GRUPLARIN D-YBOCS AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

ŞZ, OKB ve ŞO gruplarının D-YBOCS toplam puan ve alt ölçek karşılaştırmaları Tablo 10’da gösterilmiştir. D-YBOCS toplam puanları açısından gruplar arasında saptanan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,01$). D-YBOCS toplam puanları varyans homojenitesi gösterdiğinden uygulanan post-hoc Tukey testinde D-YBOCS toplam puanları açısından gruplar arasında saptanan farkın ŞZ grubuyla OKB grubu ve ŞZ grubuyla ŞO grubu arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0,01$). OKB ve ŞO gruplar arasında DY-BOCS toplam puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

ŞZ, OKB ve ŞO gruplar arasında D-YBOCS’ın Kontaminasyon, Simetri, Agresyon ve Cinsel İçerikli Obsesyon alt ölçeklerinde anlamlı bir fark saptanmış ($p < 0,01$) fakat Biriktiricilik ve Diğer Obsesyonlar alt ölçeklerinde gruplar arasında

anlamli bir fark görülmemiştir ($p > 0,05$). Grupların post-hoc ikili karşılaştırmaları; D-YBOCS'ın bütün alt ölçekleri varyans homojenitesi gösterdiğinden Tukey testiyle değerlendirildiğinde OKB ve şO eştanı grupları arasında Kontaminasyon, Biriktiricilik, Simetri ve Diğer Obsesyonlar alt ölçekleri dışında ($p < 0,05$) D-YBOCS'ın hiçbir alt ölçeğinde anlamli bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Hem şZ ve OKB grubu arasında hem şZ ve şO grubu arasında ise Biriktiricilik ve Diğer Obsesyonlar alt ölçekleri dışında ($p > 0,05$) D-YBOCS'ın bütün alt ölçeklerindeki fark görülmüştür ($p < 0,01$).

4.5. GRUPLARIN KG  AÇISINDAN KARşILAşTIRILMASI

şZ, OKB ve şO gruplarının KG  toplam puan ve alt ölçek karşılaştırmaları Tablo 11'de gösterilmiştir. KG  toplam puanları açısından gruplar arasında saptanan fark istatistiksel olarak anlamli görülmemiştir ($p > 0,05$). şZ, OKB ve şO gruplar arasında Hastalık şiddeti alt  l eği dışında ($p < 0,05$) KG 'ın hiçbir alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamli bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Grupların post-hoc ikili karşılaştırmaları; Hastalık şiddeti ve Yan Etki alt ölçekleri varyans homojenitesi gösterdiğinden Tukey testiyle, İyileşme alt  l eği varyans homojenitesi göstermediğinden Games-Howell testiyle değerlendirildiğinde OKB ile şZ grupları arasında Hastalık şiddeti alt  l eği ($p < 0,05$) ve şZ ile şO eştanı grupları arasında İyileşme alt  l eği ($p < 0,05$) dışında hiçbir ikili karşılaştırmada hiçbir alt ölçek açısından anlamli bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 10: Grupların DY-BOCS Açısından Karşılaştırılması

N=93	ŞZ	OKB	ŞO		Gruplar Arası Karşılaştırma		
	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	F	Grup 1	Grup 2	P
DY-BOCS	3,48 2,92	19,52 6,40	20,87 5,03	116,030	ŞZ	OKB	,000
				p = ,000	OKB	ŞO	,537
					ŞO	ŞZ	,000
Kontam,	1,32 1,49	7,00 2,44	4,87 2,77	52,609	ŞZ	OKB	,000
				p = ,000	OKB	ŞO	,001
					ŞO	ŞZ	,000
Biriktiricilik	,00 ,00	,61 1,30	,55 1,31	3,071	ŞZ	OKB	,068
				p = ,051	OKB	ŞO	,969
					ŞO	ŞZ	,114
Simetri	,10 ,53	3,23 2,81	5,68 2,66	47,569	ŞZ	OKB	,000
				p = ,000	OKB	ŞO	,000
					ŞO	ŞZ	,000
Agresyon	1,06 1,98	4,06 3,01	3,68 3,47	9,873	ŞZ	OKB	,000
				p = ,000	OKB	ŞO	,858
					ŞO	ŞZ	,002
Cinsellik	1,00 1,67	4,61 3,63	5,90 3,47	21,404	ŞZ	OKB	,000
				p = ,000	OKB	ŞO	,226
					ŞO	ŞZ	,000
Diğer	,00 ,00	,00 ,00	,19 ,60	3,214	ŞZ	OKB	1,000
				p = ,045	OKB	ŞO	,077
					ŞO	ŞZ	,077

DY-BOCS: Boyutsal Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği

Tablo 11: Gruplar KGİ Açısından karşılaştırılması

N=93	ŞZ	OKB	ŞO		Gruplar Arası Karşılaştırma		
	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	F	Grup 1	Grup 2	P
KGİ	8,23 1,726	7,81 2,182	8,84 2,214	1,887	ŞZ	OKB	,209
				p = ,157	OKB	ŞO	,223
					ŞO	ŞZ	,180
Hastalık Şiddeti	3,84 0,638	3,29 0,925	3,74 0,773	4,085	ŞZ	OKB	,209
				p = ,020	OKB	ŞO	,223
					ŞO	ŞZ	,180
İyileşme	2,24 ,0925	2,71 1,071	3,03 0,875	2,844	ŞZ	OKB	,254
				p = ,063	OKB	ŞO	,248
					ŞO	ŞZ	,229
Yan Etki	1,94 0,442	1,81 0,654	2,06 0,629	1,519	ŞZ	OKB	,142
				p = ,224	OKB	ŞO	,163
					ŞO	ŞZ	,138

KGİ: Klinik Global İzlenim Ölçeği

4.6. GRUPLARIN KENDİLİK BOZUKLUKLARI, PANSS, D-YBOCS SKORLARI ARASINDA KORELASYON ANALİZİ

ŞZ, OKB ve ŞO gruplarda TKYÖ, PANSS, D-YBOCS toplam puanları ile alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 12, Tablo 13, Tablo 14 ve Tablo 15’te gösterilmiştir. Korelasyonlar literatürde yaygın kabul gören Cohen sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir.

ŞZ grubunda TKYÖ alt ölçeklerinden Bilinç Akımı ile Kendinin Farkındalığı ve Buradalık alt ölçeği ($p < 0,05$); Kendinin Farkındalığı ve Buradalık alt ölçeğiyle Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeği ($p < 0,05$) ve DY-BOCS Kontrol Obs. alt ölçeği ($p < 0,05$) arasında; DY-BOCS toplam skoru ile DY-BOCS alt ölçeklerinden Kontrol Obs, Agresyon Obs ve Cinsel Obs ($p < 0,05$, $p < 0,05$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

OKB grubunda TKYÖ alt ölçeklerinden Bilinç Akımı ile Kendinin Farkındalığı ve Buradalık, Geçişkenlik Bozukluğu ve Varoluşsal Yeniden Yönelim alt ölçekleri ($p < 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,05$); Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ile Geçişkenlik Bozukluğu ve Varoluşsal Yeniden Yönelim arasında ($p < 0,05$, $p < 0,05$); PANSS alt ölçeklerinden Pozitif ve Negatif Semptomlar arasında ($p < 0,05$); DY-BOCS alt ölçeklerinden Agresyon ve Cinsel Obs. arasında ($p < 0,05$); TKYÖ toplam ile PANSS alt ölçeklerinden Pozitif alt ölçekleri ($p < 0,05$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

ŞO eştanı grubunda TKYÖ alt ölçeklerinden Bilinç Akımı ile Kendinin Farkındalığı ve Buradalık alt ölçeği ($p < 0,05$); Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ile Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeği ($p < 0,05$); Bedensel Yaşantılar ile PANSS alt ölçeklerinden Genel Psikopatolojik Bulgular alt ölçeği ($p < 0,05$); DY-BOCS alt ölçeklerinden Kontrol ile Simetri Obs. ($p < 0,05$) ve Simetri ile Agresyon Obs. ($p < 0,05$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmış olup Kontrol ile Agresyon arasında ($p < 0,05$) negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 12: Gruplarda Ölçek Toplam Puanları Arasında Korelasyon Analizi

	ŞZ				OKB				ŞO			
	E A S E	P A N S S	D Y B O C S	K G İ	E A S E	P A N S S	D Y B O C S	K G İ	E A S E	P A N S S	D Y B O C S	K G İ
TKYÖ			,498*									
PANSS							,398*					
DY-BOCS	,498*			,507**		,398*						
KGİ			,507**									

* Zayıf korelasyon, ** Orta-Kuvvetli korelasyon. TKYÖ: Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Bulgular Semptom Ölçeği, DY-BOCS: Boyutsal Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği, KGİ: Klinik Global İzlenim Ölçeği

Tablo 13: Gruplarda Ölçek Toplam Puanları ve Alt Ölçek Puanları Arasında Korelasyon Analizi

	ŞZ			OKB			ŞO		
	TKYÖ	PANSS	DY-BOCS	TKYÖ	PANSS	DY-BOCS	TKYÖ	PANSS	DY-BOCS
	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Saha 1								,542*	
Saha 2			,446*					,439*	
Saha 3			,374*						
Saha 4									
Saha 5									
Pozitif				,491*					
Negatif									
Genel									,460*
Kontam.									,478*
Biriktiricilik									
Simetri									,429*
Agresyon			,720**			,803**			
Seksüel	,555*		,559*		,390*	,798**			,515**
Diğer									
Hast. Şiddeti				-,437*		,563*			
İyileşme				-,521*		,479*			
Yan Etki									

* Zayıf korelasyon, ** Orta-Kuvvetli korelasyon. TKYÖ: Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Bulgular Semptom Ölçeği, DY-BOCS: Boyutsal Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği, Saha 1: Bilinç Akımı, Saha 2: Kendilik Farkındalığı ve Buradalık, Saha 3: Bedensel Yaşantılar, Saha 4: Demarkasyon/Geçişkenlik, Saha 5: Varoluşsal Yeniden Yönelim

Tablo 14: Gruplarda PANSS ve Diğer Alt Ölçek Puanları Arasında Korelasyon Analizi

	ŞZ			OKB			ŞO		
	Pozitif	Negatif	Genel	Pozitif	Negatif	Genel	Pozitif	Negatif	Genel
	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Saha 1				,398*	,430*				
Saha 2					,360*				
Saha 3									
Saha 4					,393*				
Saha 5									
Pozitif					,477*				
Negatif				,477*					
Genel									
Kontam.									
Biriktiricilik									
Simetri									
Agresyon									
Seksüel									
Diğer									
Hast. Şiddeti		,385*							,414*
İyileşme		,400*							
Yan Etki		,475*					-,356*		

* Zayıf korelasyon, ** Orta-Kuvvetli korelasyon. Saha 1: Bilinç Akımı, Saha 2: Kendilik Farkındalığı ve Buradalık, Saha 3: Bedensel Yaşantılar, Saha 4: Demarkasyon/Geçişkenlik, Saha 5: Varoluşsal Yeniden Yönelim

4.7. GRUPLARIN KENDİLİK BOZUKLUKLARI, PANSS, D-YBOCS SKORLARINDA REGRESYON ANALİZİ

Çalışmamızda her bir grupta örtüşen Bilinç Akımı-Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ve Kendinin Farkındalığı ve Buradalık-Geçişkenlik Bozukluğu korelasyonlarındaki Bilinç Akımı, Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ve Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeklerini yordayan ölçek ve alt ölçekler Tablo 16, Tablo 17 ve Tablo 18’de verilmiştir.



Tablo 15: Gruplarda TKYÖ ve Diğer Alt Ölçek Puanları Arasında Korelasyon Analizi

	ŞZ					OKB					ŞO				
	Saha 1	Saha 2	Saha 3	Saha 4	Saha 5	Saha 1	Saha 2	Saha 3	Saha 4	Saha 5	Saha 1	Saha 2	Saha 3	Saha 4	Saha 5
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Saha 1		,368*					,906**	,730**	,505**	,727**		,481*	,355*		
Saha 2	,368*			,444*		,906**		,798**	,434*	,763**	,481*			,526*	
Saha 3						,730**	,798**		,476*	,726**	,355*				-,386*
Saha 4		,444*				,505**	,434*	,476*				,526*			
Saha 5						,737**	,763**	,726**						-,386*	
Pozitif						,398*									
Negatif						,430*	,360*		,393*						
Genel															
Kontam.		,458*													

Biriktiricilik															
Simetri															
Agresyon															
Seksüel															
Diğer															
Hast. Şiddeti															
İyileşme															
Yan Etki															

* Zayıf korelasyon, ** Orta-Kuvvetli korelasyon. Saha 1: Bilinç Akımı, Saha 2: Kendilik Farkındalığı ve Buradalık, Saha 3: Bedensel Yaşantılar, Saha 4: Demarkasyon/Geçişkenlik, Saha 5: Varoluşsal Yeniden Yönelim

OKB grubunda Bilinç Akımı alt ölçeğini yalnızca Kendinin Farkındalığı ve Buradalık alt ölçeğinin ($p < 0,05$); Kendinin Farkındalığı ve Buradalık alt ölçeğini yalnızca Bilinç Akımı alt ölçeğinin ($p < 0,05$) anlamlı olarak yordadığını saptadık. Gene OKB grubunda Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeğini anlamlı olarak yordayan bir ölçek veya alt ölçek saptayamadık ($p > 0,05$).

OKB grubunda diğer gruplardan farklı en çok sayıda korelasyonu Bilinç Akımı'nın gösterdiğini saptadığımızdan; Bilinç Akımı'nın korelasyon gösterdiği ölçek ve alt ölçek itemlerle çoklu doğrusal regresyon analizi uyguladık. Yakın Dönem Hafıza Düzensizlikleri, Azalmış Buradalık, Aşırı Tefekküre, Anksiyete ve Solipsistik Büyüklemenin yalnızca OKB grubunda Bilinç Akımı, Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ve Geçişkenlik Bozukluğunu anlamlı olarak yordadığını saptadık ($p < 0,05$).

ŞZ grubunda Kendinin Farkındalığı ve Buradalık alt ölçeğini PANSS Genel Psikopatoloji alt ölçeğinin ($p < 0,05$) ve DY-BOCS Agresyon Obsesyonları alt ölçeğinin ($p < 0,05$) anlamlı olarak yordadığını saptadık. ŞZ grubunda Bilinç Akımı ve Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeğini yordayan bir ölçek veya alt ölçek saptayamadık ($p > 0,05$).

ŞZ grubunda diğer gruplardan farklı en çok sayıda korelasyonu Kendinin Farkındalığı ve Buradalık'ın gösterdiğini saptadığımızdan; Kendinin Farkındalığı ve Buradalık'ın korelasyon gösterdiği ölçek ve alt ölçek itemlerle çoklu doğrusal regresyon analizi uyguladık. Düşünce Bloğu, Zamanı Yaşantılamakta Bozukluklar, Azalmış İnisiyatif, Azalmış Canlılık, Kendinin Başkasına Gözüken İmajını Karıştırma, Büyüsel Düşünceler ve İlişki Kurmada Güçlük'ün yalnızca ŞZ grubunda Bilinç Akımı, Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ve Geçişkenlik Bozukluğu'nu anlamlı olarak yordadığını saptadık ($p < 0,05$).

ŞO grubunda Kendinin Farkındalığı ve Buradalık alt ölçeğini Geçişkenlik Bozukluğu ve Varoluşsal Yeniden Yönelim alt ölçeklerinin; Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeğini Kendinin Farkındalığı ve Buradalık, Bedensel Yaşantılar ve Varoluşsal Yeniden Yönelim alt ölçeklerinin anlamlı olarak yordadığını saptadık ($p < 0,05$). ŞO

grubunda Bilinç Akımı alt ölçeğini yordayan bir ölçek veya alt ölçek saptayamadık ($p > 0,05$).

ŞO grubunda diğer gruplardan farklı en çok sayıda korelasyonu Geçişkenlik Bozukluğu'nun gösterdiğini saptadığımızdan; Geçişkenlik Bozukluğunun korelasyon gösterdiği ölçek ve alt ölçek itemlerle çoklu doğrusal regresyon analizi uyguladık. Düşünce Baskısı, Kendi Eylemlerinin Farkındalığında Süreksizlik, Bilinç Şeffaflığında Azalma, Azalmış Canlılık, Somatik Depersonalizasyon, Psikofiziksel Eğretilik ve Psikofizik Bölünme, Bedenin Tümüyle Ayrışması, Beden Yaşantılarının Mekansallaşması, Grandiyozite ve Soyut Düşünme Güçlüğü'nün yalnızca ŞO grubunda Bilinç Akımı, Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ve Geçişkenlik Bozukluğu'nu anlamlı olarak yordadığını saptadık ($p < 0,05$).

Bilinç Akımı, Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ve Geçişkenlik Bozukluğu'nu anlamlı olarak yordadığını saptadığımız itemlerden ŞZ ve ŞO grubunda Ben Bölünmesi ve Cinsiyetle İlişkili Değişim Duygusunun örtüştüğünü; ŞZ ve OKB grubunda Kimlik Karmaşası ve Sıradışı Bir Yaratıcı Kuvvete, Gerçekliğin Gizli Boyutlarına, Veya Kendisi ve Başkalarının Zihnine Dair Sıradışı Bir İçgörüye Sahip Olmanın örtüştüğünü; OKB ve ŞO grubunda ise Çarpık Birinci Tekil Şahıs Perspektifi ve Dissosiyatif Depersonalizasyonun örtüştüğünü gördük.

Tablo 16: OKB grubunda Saha 1, 2 ve 4 grubunu anlamı olarak yordayan itemler

	Saha 1, 2 ve 4					
Değişken	Model 1		Model 2		Model 3	
	B	β	B	β	B	β
Sabit	8.931		7.233		6.494	
1.13	3.788	.370	3.400	.332	6.852	.669
2.2			-5.468	-.489	-3.529	-.315
2.4			-5.957	-.537	-5.918	-.533
2.6			6.609	.738	7.416	.828
2.8			14.842	.538	15.613	.621
2.9			10.000	.363	17.338	.629
2.13			5.647	.551	4.569	.166
5.4					-3.843	-.392
5.8					-6.212	-.560

Hiyerarşik: Stepwise, $p < 0,05$. Saha 1: Bilinç Akımı, Saha 2: Kendilik Farkındalığı, Saha 4: Demarkasyon/Geçişkenlik, 1.13: Yakın Dönem Hafıza Düzensizlikleri, 2.2: Çarpık Birinci Tekil Şahıs Perspektifi, 2.4: Azalmış Buradalık, 2.6: Aşırı Tefekkür, 2.8: Dissosiyatif Depersonalizasyon, 2.9: Kimlik Karmaşası, 2.13: Anksiyete, 5.4: Sıradışı Yaratıcı Güç veya İçgörüyü Sahip Olma Hissi, 5.8: Solipsizm

Tablo 17: ŞZ grubunda Saha 1, 2 ve 4 grubunu anlamı olarak yordayan itemler

Değişken	Saha 1, 2 ve 4					
	Model 1		Model 2		Model 3	
	B	β	B	β	B	β
1.4	-2.050	-.298	-2.735	-.398	-2.591	-.377
1.14	2.405	.323	2.810	.377	3.408	.458
2.7			-5.720	-.598	-6.027	-.630
2.9			1,787	,245	1,128	,155
2.11			2.205	,813	1,622	,224
2.16			-4,849	1,257	-3,504	-,333
2.18			1,709	,271	1,352	,642
4.2					4,408	,458
5.4					1,550	,269
5.6					-1,413	-,244

Hiyerarşik: Stepwise, $p < 0,05$. Saha 1: Bilinç Akımı, Saha 2: Kendilik Farkındalığı, Saha 4: Demarkasyon/Geçişkenlik, 1.4: Düşünce Bloğu, 1.14: Zaman Yaşantısında Bozukluklar, 2.7: Ben Bölünmesi, 2.9: Kimlik Karmaşası, 2.11: Cinsiyet İle İlgili Değişim Duygusu, 2.16: İnisiyatif Alamama, 2.18: Canlılıkta Azalma, 4.2: Kendi Görüntüsünü Karıştırma, 5.4: Sıradışı Yaratıcı Güç veya İlgörüye Sahip Olma Hissi, 5.6: Büyüsel Düşünceler.

Tablo 18: ŞO grubunda Saha 1, 2 ve 4 grubunu anlamı olarak yordayan itemler

	Saha 1, 2 ve 4					
Değişken	Model 1		Model 2		Model 3	
	B	β	B	β	B	β
1.3	3,786	,511	3,729	,504	3,831	,517
2.2			3,588	,557	4,196	,651
2.7			3,941	,587	4,035	,601
2.8			-4,864	-,737	-5,009	-,759
2.11			1,016	,350	,857	,449
2.15			-3,157	-,235	-3,908	-,291
2.18			4,731	,467	4,521	,446
3.3					3,763	,986
3.4					1,739	,144
3.5					-2,964	-,178
3.6					-4,618	-,314

Hiyerarşik: Stepwise, $p < 0,05$. Saha 1: Bilinç Akımı, Saha 2: Kendilik Farkındalığı, Saha 4: Demarkasyon/Geçişkenlik, 1.3: Düşünce Baskısı, 2.2: Çarpık Birinci Tekil Şahıs Perspektifi, 2.7: Ben Bölünmesi, 2.8: Dissosiyatif Depersonalizasyon, 2.11: Cinsiyet İle İlgili Değişim Duygusu, 2.15: Bilinçliliğin Opaklaşması, 2.18: Canlılıkta Azalma, 3.3: Somatik Depersonalizasyon, 3.4: Psikofizik Bölünme, 3.5: Bedensel Ayrışma, 3.6: Senestetik Yaşantılar.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda ŞZ, OKB ve ŞO tanılı hastalar; Kendilik Bozuklukları, Pozitif ve Negatif Bulgular, Klinik İzlenim ve boyutsal olarak tanımlanmış Obsesif Semptomlar açısından birbirleriyle karşılaştırılmıştır. ŞO grubu hastaların ŞZ spektrumuna dahil olduğu, OKB spektrumuna dahil olduğu, her iki spektruma da dahil olduğu ve hiçbir spektruma dahil olmadığı hipotezleri sınanmıştır.

Çalışmamızda ŞZ spektrumunu belirlemek için Kendilik Bozuklukları, PANSS ve KGİ kullanılmıştır. ŞO grubu hastalarla ŞZ grubu hastalar arasında KGİ'nin İyileşme alt ölçeği puanı dışında Kendilik Bozuklukları, PANSS veya KGİ toplam puanları ve diğer alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kendilik Bozuklukları, PANNS ve KGİ toplam puanları ve alt ölçek puanlarının ŞZ ve ŞO gruplarında gösterdikleri korelasyon açısından Bilinç Akımıyla Kendinin Farkındalığı ve Buradalık; Kendinin Farkındalığı ve Buradalıkla Geçişkenlik Bozuklukları arasındaki ilişki dışında örtüşen bulguya rastlanmamıştır. Literatürde ŞZ grubu hastalarla ŞO grubu hastaları Kendilik Bozuklukları açısından karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Gene literatürde ŞZ grubu hastalarla ŞO grubunu karşılaştıran çalışmalarda PANNS toplam puanları açısından anlamlı bir fark saptayan çalışmaya rastlanmamıştır.

Pozitif Semptomlar ve Negatif Semptomlar açısından ise ŞZ grubu ve ŞO grubu hastalar arasında fark bildiren kesitsel gözlem çalışmaları mevcuttur (31,200,215). Bazı çalışmalar ŞO grubunun ŞZ grubuna kıyasla sadece Negatif Semptomlar alt ölçeğinde anlamlı olarak daha yüksek puanlandıklarını bildirmekteyken; bazı çalışmalarda hem Negatif Semptomlar hem Pozitif Semptomlar alt ölçeklerinde daha yüksek puanlandığı; bazılarında ise sadece Pozitif Semptomlar alt ölçeğinde anlamlı olarak daha düşük saptandığı bildirilmektedir. ŞZ grubu ve ŞO grubunu karşılaştırmakta tek başına PANSS kullanmak tutarlı görünmemektedir (198–200). ŞZ grubu ve ŞO grubu hastaları karşılaştırmak

amacıyla PANSS ve KGI'in birlikte kullanıldığı uzunlamasına izlem çalışmalarındaki karşılaştırma sonuçları da tutarlılık göstermemektedir (216). Gene de yakın zamanlı çalışmaların hiçbirinde tarihsel olarak OKB'nin eşlik ettiği ŞZ'nin daha iyi seyirli olduğunu öne süren görüşü destekler bir bulguya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda ŞZ ve ŞO grupları arasında hastalık süresi dışında anlamlı fark gösteren sosyo-demografik ve klinik özellik saptanmamıştır. ŞO grubu hastaların hastalık süreleri ŞZ grubu hastalara kıyasla anlamlı derece fazladır. Başta yaş ve cinsiyet olmak üzere diğer klinik ve sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı fark saptanmadığı göz önüne alınırsa hastalık süresinin fazlalığının hastalığın erken başlangıcını yansıttığı varsayılabilir. Bu anlamda bulgularımız literatürdeki ŞO grubu hastaların hastalık başlangıç yaşının daha erken olduğunu görüşünü destekler görünmektedir (196). Söz konusu durum; OKB başlangıç yaşının kadın ve erkek arasında anlamlı bir fark göstermiyor olmasının, ŞO grubu hastaların ŞZ grubu hastalara kıyasla, obsesif semptomlarla belirginleşen hastalığın başlangıç yaşının daha erken görünmesine ve dolayısıyla da hastalık sürelerinin daha uzun saptanmasına yol açtığı görüşüyle açıklanabilir.

Hem ŞZ grubu hem ŞO grubu hastalarda her bir ölçeğin toplam puanını yordayan alt ölçek puanlarını ele aldığımızda; 1) TKYÖ'in Bilinç Akımı, Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ve Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeklerinin ve DY-BOCS'ın Cinsellik Obsesyonları alt ölçeğinin hem ŞZ grubu hem ŞO grubu hastalarda TKYÖ toplam puanını, 2) ŞZ grubunda TKYÖ'nin Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ve DY-BOCS'ın Kontaminasyon, Agresyon ve Cinsellik Obsesyonlarının DY-BOCS toplam puanını yordadığını gördük. Cinsellik Obsesyonlarının her iki grupta da TKYÖ toplam puanını yorduyor olmasının yanı sıra sadece ŞZ grubunda DY-BOCS toplam puanını yorduyor olması bu alt ölçeğin psikotik süreçle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Literatürde özellikle Şizotipal Bozukluk'ta DSM'de üzerinde durulmamış olsa da ICD'de psödo-obsesyonlar olarak tanımlanan tuhaf ve çarpıcı içerikli imajinasyonlar üzerine çalışmalar mevcuttur (217). Cinsellik Obsesyonu olarak puanlanan alt ölçeğin fenomenolojik olarak içeriği Şizotipal Bozukluk'ta tarif edilen psödo-obsesyon fenomeni ile örtüşmekte olabilir (109,218).

Kendinin Farkındalığı ve Buradalık'ın her iki grupta TKYÖ toplam puanını, sadece ŞZ grubunda ise DY-BOCS toplam puanını yorduyor olması bu alt ölçeğin de obsesyon fenomeniyle ilgili olabileceğini düşündürmektedir. ŞZ grubu içerisinde Kendinin Farkındalığı ve Buradalık alt ölçeğinin DY-BOCS toplam puanının yanı sıra hem Kontrol Obsesyonları hem Agresyon Obsesyonları ile anlamlı olarak ilişkili olması ayrıca ele alınabilir. Çalışmamızda ŞZ grubunda DY-BOCS toplam puanını yordayan Kendinin Farkındalığı ve Buradalık alt ölçeği içeriğini gözden geçirdiğimizde; Ben Bölünmesi, Ambivalans, Sağ Duyu Kaybı, Anksiyete ve Azalmış İnisiyatif itemlerinin anlamlı bulunduğunu gördük. Bunlardan Ambivalans ve Anksiyete literatürde obsesif fenomen dahilinde sıkça işlenen itemler olup psikotik fenomen kapsamında obsesif fenomenle ilişkili olabileceğini bildiren bir çalışma bilginiz dahilinde bulunmamaktadır. İçerik olarak değerlendirildiğinde Ambivalans ve Anksiyete'nin yanı sıra Ben Bölünmesi ve Azalmış İnisiyatif itemlerinin de obsesif fenomenin davranışçı kuramca formülasyonunda karşılıklarını bulabileceğini düşünmekteyiz.

Obsesif fenomeni ele alan pek çok kuram arasından davranışçı kuramı gündeme getirmemizin ayrıca bir başka sebebi mevcuttur. Literatürde neredeyse istinasız itibar gören ve çalışmamızda esas aldığımız tanısallık sistemlerinin biçimlendirilmesinde davranışçı görüşlerin egemenliğinden bahseden çok sayıda eleştiri mevcuttur (219–221). Eleştirilerin haklılığı veya haksızlığını bir kenara koysak bile önemli bir durum tespiti olarak kabul edebileceğimiz bu görüşlerin perpektifinden davranışçı kuramın formülasyonlarını farklı yorumlamamıza imkan tanıyan bulguları ele almak dolaylı olarak tanısallık sistemlerinin esaslarından birinin de gözden geçirilmesi gerekliliğini öne sürmek anlamına gelmektedir. Klasik davranışçı kuramın Kaygı ve Kaçınma kavramları üzerinden formüle ettiği obsesif fenomenle ilişki olduğunu saptığımız Anksiyete ve Azalmış İnisiyatif'in bu kavramların birer karşılığı olarak düşünülebileceği görüşündeyiz (222). Güncel bilişsel-davranışçı kuramın klasik davranışçı kuramda anksiyetinin fenomenolojik olarak bilişsel yönünü kavramsallaştırmakta yetersiz kaldığına ve bu sebeple OKB'nin anksiyete bozuklukları arasındaki kendine has özelliklerini gözden kaçırdığına dair eleştirileri

bu anlamda haklı gözükmetedir (222). Nitekim DSM-5’de obsesif fenomen nihayet anksiyete bozukluklarından ayrı olarak ele alınmaktadır (1).

Daha güncel bir davranışçı kuram olan İlişkisel Çerçeve Kuramı bağlamında yürütölen Kabul ve Kararlılık Terapisi’ndeki formölasyonuna göre ise obsesif fenomen altı ilke doğrultusunda ele alınmaktadır; Şimdiki Anla Temas, Değerler, Kararlı Davranış, Kabullenme, Kopukluk (Defusion) ve son olarak Bir Bağlam Olarak Kendilik (223). Özellikle Kendilik Bozuklukları içerisinde Kendinin Farkındalığı ve Buradalık bağlamında obsesif fenomenle ilişkili olabileceğini saptadığımız itemlerden birkaçının bu ilkelerle örtüşebileceğini düşünmekteyiz. Genel anlamıyla Şimdiki Anla Temas ve Bir Bağlam Olarak Kendilik’in Kendinin Farkındalığı ve Buradalık’ın kısmen de olsa esas niteliklerine işaret ettiğı göz önüne alınırsa Ambivalans ve Azalmış İniyatif’in Kararlı Davranış ve Kabullenme ile ilişkili olduğı varsayılabilir. Gene Ben Bölünmesi yapısal olarak farklı bir fenomen olsa da içerik anlamında Değerler ve Bir Bağlam Olarak Kendiliğın beraber değerlendirildiğı bir başka item gibi durmaktadır. Literatürde her iki yaklaşımı OKB grubu hastalarda karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır. İlişkisel Çerçeve Kuramı’nın tanı ile ilgili bir gündeminin olmamasının bu muhtemel ilişkinin çalışılmamasında payı olabileceğı kanaatindeyiz.

Çalışmamızda Obsesif-Kompulsif spektrumunu belirlemek için DY-BOCS ve KGİ kullanılmıştır. ŞO grubu hastalarla OKB grubu hastalar arasında DY-BOCS toplam skoru ve KGİ alt ölçek ve toplam skorları açısından anlamlı bir fark saptanmamış olsa da Kontaminasyon, Biriktiricilik, Simetri ve Diğer Obsesyonlar alt ölçek skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. OKB grubundaki hastaların ŞO grubundakilere göre sırasıyla Kontaminasyon, Simetri ve Biriktiricilik alt ölçeklerdeki puanı anlamlı olarak daha yüksektir. DY-BOCS ve KGİ toplam puanları ve alt ölçek puanlarının OKB ve ŞO gruplarında gösterdikleri korelasyonlar açısından örtüşen bir bulguya rastalanmamıştır. Literatürde OKB grubu hastalarla ŞO grubu hastaları DY-BOCS açısından karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Y-BOCS ve diğer obsesyon ölçekleri ile yapılan karşılaştırma çalışmalarında bulgularımıza yakın sonuçlar bildirilmektedir (214,224). Y-BOCS ve KGİ ile yapılan uzunlamasına izlem çalışmalarındaki karşılaştırmalarda obsesyon

semiyolojisi açısından çalışmamızdakine benzer bulgular söz konusu olsa da ŞO grubu hastaların KGİ skorlarının OKB grubuna göre tutarlı bir biçimde yüksek olduğu bildirilmiştir (216).

Başka bir açıdan OKB ve ŞO grupları arasında çalışıyor olmak dışında anlamlı fark gösteren sosyo-demografik ve klinik özellik saptanmamıştır. OKB grubu hastalar ŞO grubundakilere kıyasla anlamlı bir şekilde daha yüksek bir oranda çalışıyor olarak saptanmıştır. Bu bulgu da literatürde OKB grubu ve ŞO grubunu Y-BOCS ve KGİ açısından uzunlamasına izlem yöntemiyle karşılaştıran çalışmalarda tutarlı bir şekilde bildirilen farkı destekler görünmektedir (216). Son olarak çalışmamızda obsesyon semiyolojisi açısından her iki grubu karşılaştırdığımızda Kontaminasyon, Simetri, Agresyon ve Cinsellik Obsesyonları açısından anlamlı farklar saptanmıştır. OKB grubunda ŞO grubuna kıyasla Kontaminasyon ve Simetri Obsesyonları anlamlı olarak daha yüksek şiddette; Agresyon ve Cinsellik Obsesyonları ise anlamlı olarak daha az şiddette görülmüştür. Literatürde benzer bulguları bildiren çalışmalar mevcuttur (198). Diğer taraftan gene bu bulgu korelasyon ve regresyon analizi sonucunda Cinsellik Obsesyonlarının psikotik fenomenle ilişkili olabileceği görüşümüzü dolaylı da olsa destekler gözükmektedir.

Çalışmamızda ŞZ ve OKB gruplarının karşılaştırılmasında KGİ İyileşme ve Yan Etki alt ölçek puanları dışında kullanılan bütün ölçeklerde saptanan fark anlamlı bulunmuştur. Hastalık Şiddeti skorları ŞZ grubunda OKB grubuna göre anlamlı olarak yüksektir. OKB grubuna kıyasla ŞZ grubu hastaların PANSS ve TKYÖ toplam ve alt ölçek puanları anlamlı olarak yüksek fakat DYBOCS toplam ve alt ölçek puanları anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Bu bulgular literatürde yaygın kabul gördüğü haliyle her iki hasta grubunun ayrı birer tanısal kategoriye temsil ettiği görüşünü destekler niteliktedir (1). ŞZ ve OKB gruplarının klinik izlenim anlamında Hastalık Şiddeti dışındaki değerlendirmelerde ayrışmaması literatürdeki her iki tanısal kategorinin prognoz ve tedaviye yanıt anlamında benzerlikler gösterdiği diğer çalışmalarla örtüşmektedir (200,212). Niceliksel olarak saptanan fark; PANNS'ın ŞZ grubunda, DYBOCS'ın OKB grubunda fenomenolojik olarak örtüşmeyen psikopatolojileri değerlendirdikleri varsayımını destekler görünmektedir (218,225).

Diğer taraftan kullanılan bütün ölçeklerin toplam puanları ve alt ölçek puanlarının ŞZ ve OKB gruplarında gösterdikleri korelasyonlar değerlendirildiğinde (ŞO/ŞZ ve ŞO/OKB karşılaştırmasında saptandığı gibi) Bilinç Akımıyla Kendinin Farkındalığı ve Buradalık; ve Kendinin Farkındalığı ve Buradalıkla Geçişkenlik Bozuklukluğu arasındaki ilişki dışında örtüşen bulguya rastlanmamıştır. Maalesef literatürde Kendilik Bozuklukları'nı OKB grubunda araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Kendilik Bozuklukları bütün olarak değerlendirildiğinde ŞZ'yle OKB grupları ve OKB'yle ŞO grupları arasında saptadığımız anlamlı farka rağmen incelenen bütün gruplar içinde bazı alt ölçek korelasyonlarının örtüştüğünün görülmesi ve aynı alt ölçek korelasyonlarının her bir grupta Kendilik Bozukluğu toplam puanını anlamlı olarak yorduyor olması; söz konusu alt ölçeklerin bütün örnekleme bir boyut teşkil edip etmediği sorusunu akla getirmektedir. Nozolojik, fenomenolojik ve metodolojik bağlamları olan bu sorunun üzerinde ayrıca durulması gerekiyor.

Böylesine çok yönlü bir sorunun ele alınması, öncelikle bazı ilkelerin belirlenmesini ve bunlar ışında izlenecek yolun seçilmesini gerektirmektedir (226). Bu ilkelerden ilki çok yönlülüğün nasıl ele alınacağına dairdir; sorunun bütün yönleri tek tek ele alınarak daha sonrasında soru bütün olarak gözden geçirilebileceği gibi soruyu bütün olarak ele alıp birbirinden ayırdığını düşündüğümüz yönler, ayrıca sorunun bütünlüğü içinde bir arada gözden geçirilebilir. Epistemolojik olarak ilki analitik ikincisi sentetik olmak üzere soruya yaklaşımımızda bizler ikinci imkanı tercih etmekteyiz. Ortaya konulması icap eden diğer bir ilke ise sorunun neyi varsaydığının açığa kavuşturulup kavuşturulmadığına dairdir. Son olarak sorunun bütünüyle ele alındığını ve neyi varsaydığının açıklığa kavuşturulduğunu kabul etsek bile sorgulamaya kalkıştığımız konuyu yoklayabilecek çapta bir soru olup olmadığının gene sorunun soruluşu içerisinde belirginleşmesini bekliyoruz. Bu üç ilke doğrultusunda sorumuzu kısaca yeniden sorduktan sonra bulgular ışığında bir cevap aramaya devam edeceğiz.

İlk olarak sorunun bütün olarak ele alınışı anlamında iki farklı tanı ve iki farklı tanısal durumla meşgul olduğumuzu gözden kaçırmamamız gerekiyor. İki farklı tanıyı fenomenolojik görünimleri, seyir ve genetik özellikleri itibariyle iki ayrı

kategori olarak tanımlanmış ŞZ ve OKB teşkil etmektedir (227). Bahsettiğimiz iki farklı tanısal durum ise; kolaylıkla gözden kaçabilecek olan, birer kategori ile karşılanabilecek iki ayrı durumun –kategori teşkil etme durumunun- bir tanısal durum olmasının yanı sıra bulunan güncel tanı sistemlerinde "eştanı" olarak tanımlanan ve birden çok kategori ile karşılanan ayrı bir tanısal durum olarak gördüğümüz ŞO'ya dahil birlikteliktir. Buraya kadar sorumuzun varsayımı; bu ikinci tanısal durumun hipotezlerimizde ortaya koyduğumuz gibi ayrı bir kategori teşkil edip etmediğini kategorik bir yaklaşımla ele almaya kalktığımızda, aslında ağırlıklı olarak fenomenolojik, seyir ve genetik özellikleri açısından ele alıyor oluşumuzdur. Kategorik yaklaşımın kendisinin ise mümkün olan bütün tanısal durumların en azla, ideal olarak tek bir kategori ile açıklanabilir olması gerektiğini varsayması da sorumuza içkin bir diğer gözden kaçabilecek noktadır (45).

Bu anlamda Bilinç Akımı-Kendinin Farkındalığı ve Buradalık-Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeklerinin bütün örnekleme kat eden tek bir boyut olup olmadığını sorduğumuzda; 1) bütün örneklemin fenomenolojik, seyir ve genetik özellikleri itibariyle içeriği ve şiddeti değişen tek bir tanısal durum arz edip etmediğini ve dolayısıyla 2) ŞO'ya dahil birlikteliğin tek bir kategori teşkil edip etmediğini de sormuş oluyoruz. Sorumuzu çalışmamızda sınıadığımız hipotezler açısından tekrar gözden geçirirsek; 1) bütün örneklemimizde ayrı bir tanısal durum; mesela bir eştanı, alttip veya belirteç söz konusu mu, yoksa 2) ŞO 'ya dahil birliktelik ayrı bir kategori olarak farklı bir tanısal durum teşkil etmiyor mu diye sormuş olduğumuzu söyleyebiliriz. Bu noktada tanısal durum ile tanı arasındaki ayrımın yanı sıra kategori, boyut ve spektrum ayrımlarına da değinmemiz gerekiyor. Tarihsel olarak boyut ve spektrum nozolojik anlamda kategori esasında anlaşılmış kavramlardır (228). Fenomenolojik, seyir ve genetik özellikleriyle tanımlanmış bir kategoriyle bazı özellikleri itibariyle ilişkili olduğu halde bütününde ayrı bir kategori teşkil eden bir grup bozukluğu kümelemek için spektrum kavramını kullanıyoruz (228).

Spektrum kavramının literatürdeki en yaygın örnekleri güncel tanı sistemlerindeki haliyle Kişilik Bozuklukları'nda görüyoruz. Tarihsel olarak özellikle A grubu Kişilik Bozuklukları kavramı; Bleuler, Kreschmer, Meehl ve Radon'un ŞZ ile bazı özellikleri itibariyle ilişkili fakat bütününde ayrı bir kategori teşkil eden

durumları tarif ettikleri çalışmalarına dayanmaktadır (229). Burada fenomenolojik ve genetik özellikleriyle ŞZ ile ilişkili olsa da seyir anlamında farklılaşan Şizoidi veya Şizotipi kavramlarını hatırlayabiliriz. Günümüzde ŞZ bağlamında aile ve risk çalışmaları için hayati önem taşıyan bir diğer kavram ise ŞZ ile fenomenolojik ve seyir özellikleri itibariyle benzeşme de genetik özellikleri itibariyle ilişkili olan Şizotaksi kavramıdır (87). Güncel literatürde birinci dereceden bir yakını veya ikinci dereceden birden çok yakını ŞZ olan Şizotaksik kişiler risk çalışmalarında Ultra-High-Risk grubunda tanımlanmaktadır ve 2 yıl içinde ŞZ tanısı alma riskleri %17 olarak belirtilmektedir (104). Spektrum kavramının öngörücü gücüne dair daha ilginç bir bulgu ise Meehl ve Radon'un Şizotaksi kavramını öne sürerken teorik olarak hesapladıkları ŞZ kalıtımsallık değerinin Kopenhag Aile Çalışmaları'nın sonucunda doğrulanmış olmasıdır (229).

Boyut ise gene kişilik kuramları bağlamında fakat psikolojinin psikopatolojiyi öncelediği bir anlayış içerisinde tanımlanmıştır. Tarihsel olarak en meşhur örneği Eysenk'in iki faktörlü kişilik kuramıdır. Eysenk'in yaklaşımında normal kişilik yapısı fenomenolojik olarak iki faktör üzerinden tanımlanmış iki eksen üzerinde oluşmaktadır ve her eksen üzerinde tanımlanan özelliğin şiddetinin fazlalığı veya azlığı psikopatolojiye doğru bir seyir arz eder (230). Bu yaklaşımda kategorik anlamda bir psikopatolojiden bahsetmek güçtür (231). Kıyaslayacak olursak bir kategori tanımlarken başvurduğumuz fenomenolojik, seyir ve genetik özellikleri gibi nitelik olarak gözlemleyebileceğimiz özelliklerin her biri birer faktör veya boyut teşkil etmektedir diyebiliriz (232). Spektrum kavramında pek ağırlığı olmasa da boyut kavramına içkin olan nicelik olarak gözlemlenebilme varsayımının fenomenolojik çalışmalara metodolojik olarak ne derece uygun olduğu literatürde ayrıca bir tartışma konusudur. Bu noktada Jaspers, Andreasen, Kendell ve Parnas gibi yazarların fenomenolojinin konusunun yaşantının nitelikleri olduğunu hatırlatarak psikopatolojinin niceliksel gözlemlere indirgenemeyeceği, yaşantının kendiliğinden sübjektif olduğu ve yaşantının sübjektif yapısının ancak birinci-tekil şahıs perspektifinden kavranarak objektif olarak ortaya konulabileceği yönündeki itirazlarını hatırlamak gerekiyor (161,219,221,232).

Güncel literatürde fenomenolojik metodoloji konusundaki itirazlara nozolojik düzeyde bir karşılık olarak kabul edebileceğimiz eleştiriler mevcuttur. Bu anlamda literatürde güncel tanı sistemlerine dair en sık karşımıza çıkan eleştirilerden ikisi; 1) Saha çalışmalarında saptanın çok yüksek eştani oranları (233) ve 2) Mevcut tanılarının tanısal geçerliliğinin niceliksel olarak saptanamıyor oluşu veya keyfi oluşu (29). Eleştirilerin nozolojik düzeyde olmasının aslında metodolojik düzeyde yürütülmesi gereken bir tartışmada ne denli kafa karıştırıcı olabileceğine dair en çarpıcı örneklerle tarihsel olarak "üniter psikoz" kavramının varsayımları doğrultusunda faktör analizi ile boyutlandırılmaya çalışılan tanılarının halen bağımsızlığını korumasında buluyoruz (59). Buradaki karışıklık "üniter psikoz" kavramının tanısal durumların fenomenolojik çeşitliliğini açıklamak üzere durumdan duruma değişen niceliksel faktörler olabileceğini varsaydığı halde (54,57), boyutsal yaklaşımın tanısal durumların niceliksel çeşitliliğini açıklamak üzere fenomenolojik faktörler varsaymasındadır (234). İlk bakışta eleştirilerin hedefinde duran mevcut tanılarının tanımlanışı gibi durmaktayken itirazın odaklandığı noktanın aslında tanılarının fenomenolojik özelliklerinin tanımlanışı olduğunu görüyoruz (235). Boyutsal yaklaşımın bu anlamda fenomenolojiyi semiyoloji ile karıştırdığı kanaatindeyiz.

Bu durum literatürde OKB fenomenolojisi çalışıldığını belirten pek çok yayında karşımıza çıkmaktadır. Örneğin "Phenomenology of Obsessive-Compulsive Disorder" başlığını taşımaktayken aslında sadece incelenen örneklemelerin semiyolojik özelliklerinin bir kıyaslaması olduğu görülebilir (236). Gene bir başka çalışmada aynı duruma rastlamaktayız (155). Semiyoloji, fenomenolojik olarak ortaya konulmuş özellikleri tanısal görüşme çerçevesinde değerlendiriyor olsa da metodolojik olarak fenomenolojiyi semiyolojiye indirgemek güçtür (237). Boyutsal yaklaşım mevcut tanıları eleştirirken yedeğinde tuttuğu faktör analiziyle; mevcut tanılar olmadan düşünölemeyecek semiyolojik özelliklerin niceliksel esaslarla boyutlar halinde yeniden düzenlemesi anlamında fenomenolojik metodolojiyi ihmal ediyor görünmektedir (238). Bu yolla tanısal durumların niceliksel çeşitliliğini azaltmak ve tanı kavramını, fenomenolojik özellikleri semiyolojik permütasyonlara indirgenmiş gruplar halinde düşünmek mümkündür (237). Ancak bu grupları ne "üniter psikoz" anlamında psikopatolojinin temeline yönelik bir açıklık, ne spektrum

anlamında ilişkili kategoriler olarak düşünmek mümkün gözükmemektedir. Tüm bu tartışmalar ışığında sorumuzu yeniden soracak olursak;

Bilinç Akımı-Kendinin Farkındalığı ve Buradalık-Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçekleri, bütün örneklemimizi bir spektrum olarak düşünmemizi sağlayabilecek fenomenolojik bir ilişkinin temeline dair bir açıklık kazandırmakta mıdır? Seyir ve genetik özellikleri yönünden hem ortaklıklar ve hem farklılıklar gösteren fakat klasik semiyoloji açısından örtüşmeyen ŞZ ve OKB'nin daha temelde bir psikopatoloji bağlamında bir ilişkisi olduğu ortaya konulabilirse ŞO'ya dahil birlikteliği, ŞZ ve OKB'yi de kapsayan bir spektrumda ayrı bir tanı olarak görebiliriz. Böylece tanısal geçerliliği ilk planda öne sürdüğümüz bir tanıyı tanı olarak tanımlanmanın gereklerini karşılayıp karşılamadığında aramış oluyoruz. Fakat böyle bir ilişki tanımlayamıyorsak, ŞO birlikteliğini ŞZ ve OKB ile seyir ve genetik özellikleri bakımından gösterdiği ortaklıklar ve farklılıklar doğrultusunda ayrı bir tanı olmasa da mevcut tanılardan biri veya her ikisiyle de ilişkili bir eştanı, alttip veya belirteç olarak tanısal durumlar bağlamında değerlendirmemiz gerekecektir. Bu anlamda sorumuzun soruluş şeklinin sorguladığımız konuyu soruşturacak bir çapa kavuştuğunu söyleyebiliriz.

Gruplardaki "Bilinç Akımı - Kendinin Farkındalığı ve Buradalık" ile "Kendinin Farkındalığı ve Buradalık - Geçişkenlik Bozukluğu" korelasyonlarını kuvvetleri açısından karşılaştırdığımızda; 1) Hem Bilinç Akımı-Kendinin Farkındalığı ve Buradalık, hem Kendinin Farkındalığı ve Buradalık-Geçişkenlik Bozukluğu arasında en kuvvetli korelasyon OKB grubunda saptanırken, 2) Bilinç Akımı-Kendinin Farkındalığı ve Buradalık arasındaki en zayıf korelasyon ŞZ grubunda saptanmış olup 3) Kendinin Farkındalığı ve Buradalık-Geçişkenlik Bozukluğu arasındaki korelasyon ŞZ ve ŞO grubu arasında neredeyse eşit kuvvette saptanmıştır.

Çalışmamızda Bilinç Akımı-Kendinin Farkındalığı ve Buradalık-Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeklerinin her birinin her bir gruptaki korelasyon özelliklerini gözden geçirdiğimizde; 1) Bilinç Akımı, OKB grubunda altı korelasyon içinde

bulunurken ŞZ ve OKB grubunda sadece Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ve Geçişkenlik Bozukluğu ile korelasyon içinde bulunduğunu, 2) Kendinin Farkındalığı ve Buradalık'ın ŞZ grubunda dört korelasyon içinde bulunurken OKB ve ŞO grubunda sadece Bilinç Akımı ve Geçişkenlik Bozukluğu ile korelasyon içinde bulunduğunu ve 3) Geçişkenlik Bozukluğu'nun sadece ŞO grubunda Varoluşsal Yeniden Yönelim ile korelasyon içinde bulunduğunu görüyoruz. Bu bulgular ışığında Bilinç Akımı-Kendinin Farkındalığı ve Buradalık-Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçekleri her grupta birbirleriyle korelasyon içinde bulunuyor olsa da her bir grupta bu korelasyon kümesinin farklı bir iteminin diğer itemlerle daha sık etkileşime girdiği düşünülebilir. Literatürde Kendilik Bozukluklarını OKB grubunda ve ŞO grubunda araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. ŞZ grubunda Raballo ve Parnas'ın TKYÖ ile yaptıkları ön çalışmalarında Kendilik Bozukluklarının bütün alt ölçeklerinin birbirleriyle ve PANSS'm hem Pozitif Bulgular hem Negatif Bulgular alt ölçekleriyle korelasyon içinde bulunduklarını bildirmektedirler (239). Bunun dışında TKYÖ toplam puanının ve bazı alt ölçek puanlarının suicidalite, sözel bellek bozuklukları, sosyal işlev kaybı ve prodromal bulgular anketiyle pozitif korelasyon içinde bulunduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur (240).

OKB grubunda Bilinç Akımı; diğer gruplardan farklı olarak Bedensel Yaşantılar, Geçişkenlik Bozukluğu, Varoluşsal Yeniden Yönelim, Pozitif Bulgular ve Negatif Bulgular alt ölçekleriyle pozitif korelasyon içinde saptanmıştır. Moller ve Raballo'nun ilk başvuru ŞZ tanılı hastalarla yaptıkları çalışmalarında Bilinç Akımı'nın en zayıf korelasyonu Bedensel Yaşantılar ile en kuvvetli korelasyonu ise Geçişkenlik Bozukluğu ve Varoluşsal Yeniden Yönelim ile göstermesi bu bakımdan çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir (181). Psikotik olmayan OKB grubunda Bilinç Akımı'nın diğer gruplara kıyasla daha fazla sayıda korelasyon içinde bulunuyor olması Bilinç Akımı ile zayıf dahi olsa korelasyon içinde bulunan diğer alt ölçeklerin puanlarındaki ufak oynamalara bile birlikte tepki verdikleri görüşüyle açıklanabilir. Bütün gruplarda Bilinç Akımı, "Kendinin Farkındalığı ve Buradalık" ve Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeğini yordayan itemlere baktığımızda OKB grubunda diğer gruplardan farklı olarak Bilinç Akımı ile korelasyon içinde bulunan tüm alt ölçek itemlerinden yalnızca Yakın Dönem Hafıza Düzensizlikleri, Azalmış Buradalık, Aşırı Tefekkür, Anksiyete, Büyüsel Düşünceler ve Solipsistik

Büyükleme'nin anlamlı bulunduğunu saptadık. Bu anlamda OKB grubunda Bilinç Akımı'nın daha fazla sayıda korelasyon içinde bulunmasının psikotik fenomenin nadirliğinden kaynaklanmış olabileceğini; ve Bilinç Akımı, "Kendinin Farkındalığı ve Buradalık" ve Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeğini yordayan itemlerin içerik bağlamında obsesyon fenomeniyle ilişkili olabileceğinden öne çıkmış olabileceklerini söyleyebiliriz.

Özellikle Yakın Dönem Hafıza Düzensizlikleri, Aşırı Tefekkür, Anksiyete ve Büyüsel Düşünceler ele alınacak olursa OKB'nin bilişsel formülasyonunda örtüşen kavramlar olduğunu görüyoruz. Daha önce benzer bir bağlamda tartıştığımız Salkovskis'in davranışçı formülasyonuna bilişsel yaklaşımın eleştirilerinin önemli bir kısmı anksiyete kavramı içerisinde OKB'nin özgül yönlerine dairdir (153). Elbette bu eleştiri OKB'nin Anksiyete Bozuklukları içerisinde ele alınışına dairdir fakat bu yaygın yaklaşım bizim bulgularımız açısından Anksiyete'nin bizim çalışmamızda psikotik fenomenler arasında obsesif fenomeni öne çıkaran bir item olarak yorumlanmasına imkan vermektedir. Daha güncel bilişsel yaklaşımlarda, özellikle Purdon ve Clark'ın ortaya koyduğu modelde Aşırı Tefekkür ve Anksiyete; obsesif fenomende hastaların düşüncelerini kontrol etmekteki abartılı çabalarına işaret eder gözükmektedir; Büyüsel Düşünceler ise Radon'un klasik yaklaşımında öne sürdüğü derin inançlarla ilişkili olabilir (222). Yakın zamanda Lee ve arkadaşlarının OKB hastalarıyla yürüttükleri çalışmalarında maruziyete yanıt vermeyen ve Şizotipal Bozukluk'la ilişkili olabileceğini öne sürdükleri otojen obsesyon kavramı da Büyüsel Düşünceler'in içeriğini kapsamaktadır (241).

Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ise ŞZ grubunda diğer gruplardan farklı olarak DY-BOCS toplam puanıyla ve Kontaminasyon Obsesyonu alt ölçeği ile pozitif korelasyon içinde bulunmuştur. Gruplarda Bilinç Akımı, "Kendinin Farkındalığı ve Buradalık" ve Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeğini yordayan itemleri gözden geçirdiğimizde ŞZ grubunda Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ile korelasyon içinde bulunan tüm alt ölçek itemlerinden; diğer gruplardan farklı olarak yalnızca İlişki Kurmada Güçlük, Düşünce Bloğu, Zamanı Yaşantılamakta Bozukluklar, Azalmış İnisiyatif ve Kendinin Başkasına Gözüken İmajını Karıştırma'nın anlamlı bulunduğunu saptadık. Bu anlamda "Kendinin Farkındalığı

ve Buradalık" ve DY-BOCS ile "Kendinin Farkındalığı ve Buradalık" ve Kontaminasyon Obsesyonlarının yalnızca ŞZ grubuna gösterdiği pozitif korelasyona rağmen ŞZ grubunda hiçbir obsesyon iteminin Bilinç Akımı, "Kendinin Farkındalığı ve Buradalık" ve Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeğini yordamakta anlamlı bulunmaması ve Bilinç Akımı, "Kendinin Farkındalığı ve Buradalık" ve Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeğini yordayan itemlerin çoğunluğunun Bilinç Akımı ve Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeklerinden geldiği düşünülürse; 1) Kendinin Farkındalığı ve Buradalık'ın aslında DY-BOCS ve Kontaminasyon Obsesyonlarının ilişkisine aracılık ettiğine, 2) Kendinin Farkındalığı ve Buradalık'ın Bilinç Akımı ve Geçişkenlik Bozukluğu'na kıyasla psikotik fenomenlere daha duyarlı olabileceğine ve 3) Bilinç Akımı, Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ve Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeklerini yordadığını saptadığımız itemlerin içerik bağlamında psikotik fenomeni ayırt ettiğini söylemenin güçlüğüne işaret etmektedir diyebiliriz.

Literatürde "Kendinin Farkındalığı ve Buradalık"ın psikotik fenomene daha duyarlı olabileceğine işaret eden çalışmalar mevcuttur. Nelson ve ark.'nın 2012'de 49 Ultra-High-Risk (UHR) grubu hasta ile 52 sağlıklı kontrolle yürüttükleri bir izlem çalışmasında UHR grubunun %26'sının izlem sırasında psikotik epizoda girdikleri saptanmıştır (242). Bu çalışmada TKYÖ toplam puanının, Bilinç Akımı'nın ve Kendinin Farkındalığı ve Buradalık'ın psikotik epizod için öngörücü olduğu bildirilmektedir. Parnas ve ark.'nın 2011 yılında yaptığı 5 yıllık bir izlem çalışmasına 51 ŞZ spektrumu, 50 Şizotipal Bozukluk ve 50 psikotik olmayan bozukluk tanıli ilk başvuru hastası alınarak TKYÖ'in pek çok yönden örtüştüğü ve oluşturulmasında da istifade edilmiş olan BSABS kullanılmıştır (37). 5 yıllık izlem sonunda içeriği TKYÖ'in Kendinin Farkındalığı ve Buradalık alt ölçeğinin çoğunu ve Bilinç Akımı alt ölçeğinin bir kaç itemini kapsayan BSABS alt ölçeklerinden Kendilik Bozuklukları ve Perpleksite alt ölçeklerinde yüksek puan almanın ilk başvuru sırasında psikotik olmayan bozukluk olarak tanı alan hastaların ŞZ spektrumuna geçiş yapmış olanlarını yüksek oranda öngördüğü bildirilmiştir.

Son olarak Geçişkenlik Bozukluğu'nun ŞO grubunda diğer gruplardan farklı olarak Bedensel Yaşantılar ve Varoluşsal Yeniden Yönelim ile pozitif korelasyon içinde bulunmasını ŞO grubunda Geçişkenlik Bozukluğu ile korelasyon içinde

bulunan tüm alt ölçek itemlerinden Bilinç Akımı, "Kendinin Farkındalığı ve Buradalık" ve Geçişkenlik Bozukluğu'nu anlamlı olarak yordayan itemler bağlamında değerlendirdiğimizde; yalnızca ŞO grubunda öne çıkan Soyut Düşünme Güçlüğü, Grandiyozite, Çarpık Birinci Tekil Şahıs Perspektifi, Bilinç Şeffaflığında Azalma, Somatik Depersonalizasyon, Psikofiziksel Eğretilik ve Psikofizik Bölünme, Bedenin Tümüyle Ayrışması ve Beden Yaşantılarının Mekansallaşması itemlerinin içerik bağlamında psikotik ve obsesif fenomenin bir aradalığını ayırt edip etmediğini değerlendirmek gerekiyor. Bu anlamda literatürde farklı ölçeklerle ŞO grubu hastalarda çalışılmış pek çok yayın mevcuttur. Foa ve Kozak'ın 1994 yılında yayınladıkları makalede, Hezeyan ve Obsesyonun tarihsel olarak nasıl anlaşıldığını ve güncel literatürü gözden geçirdikten sonra Jaspers'ten alıntılarla Obsesyonun Hezeyana doğru bir geçiş aşaması olabileceğini öne sürdükleri Aşırı Değerlendirilmiş Düşünce (ADD) kavramı bunlardan en çok bilinenidir (211).

ADD esasında Jaspers'ten önce Wernicke tarafından tanımlanmış olsa da bugünkü anlamıyla Kraepelin tarafından obsesyonlarla birlikte ŞZ'nin prodromal bulguları arasında sayılmıştır (122). Jaspers ise ADD'yi, geniş anlamda obsesyon ile belirgin obsesyon ayrımı yaparken dayandığı ruhsal fenomenin anlaşılabilir olup olmadığı ilkesi bağlamında geniş anlamda bir obsesyon kavramı gibi kullanmıştır (243). Güncel tanı sistemlerinde geçerli olan haliyle Obsesyon tanımının müellifi olan Schneider, Jaspers'in ayrımını ele alarak geniş anlamda obsesyonu Sanrısallık Fikirler kapsamında değerlendirmiş ve belirgin obsesyonları ego yabancılaşması (Kendilik Bozukluğu) göstermediğinden tümüyle psikotik fenomenlerden ayırtmıştır (243). Bu anlamda Foa ve Kozak'ın ADD kavramının tarihçesindeki iki önemli aşamayı ele almayı ihmal ettiklerini görüyoruz; 1) Kraepelin'in obsesyonlarla ADD'yi psikotik fenomenin prodromal dönemine ait görmesi ve 2) Schneider'in ADD ve obsesyonları ayırırken ego yabancılaşmasına veya Kendilik Bozukluklarına yaptığı gönderme.

Güncel literatürde Obsesyonların ŞZ ilk epizodunun hem öncesinde, hem başladığı sırada, hem sonrasında başlayabileceği kabul edilmektedir. Devulapalli ve ark.'nın 2008 yılında yayınladıkları bir metaanaliz çalışmasında ŞO grubu hastaların %48'inde obsesyonların ŞZ ilk epizottan önce başladığı, %21'inde ilk epizotla

eşzamanlı başladığı, %36'sında ise ilk epizot sonrası başladığı bildirilmektedir (195). Sterk ve ark.'nın 2011 yılında yayınladıkları çalışmalarında iki yıl boyunca ardışık 365 ilk başvuru hastası arasında ŞZ spektrumu (Şizotipal Bozukluk dahil) ve UHR grubunda obsesyonların başlangıç aşaması araştırılmıştır (193). Bu çalışmaya göre obsesyonlar; ŞZ spektrumu ve UHR hastalarının %38'inde ilk epizod öncesi, %16'sında ilk epizotla, %46'sında ise ilk epizot sonrası başlamıştır. Obsesyonların ŞZ'nin hangi aşamasında başladığının prognostik önemi olabileceği gibi ilk epizod sonrası başlangıç oranlarında atipik antipsikotiklerle tetiklenmiş obsesyonların payı olabileceğini bildirenler de vardır (194,244).

Bu anlamda Obsesyonların prodromal dönemdeki sıklığının daha sonraki dönemlerdeki sıklığına göre belirgin fark göstermediğini söyleyebiliriz. Ancak burada gözden kaçan nokta söz konusu prevalans çalışmalarının çoğunun DSM-III-R, DSM-IV veya DSM-IV-R kullanıyor olması ve DSM-5 öncesi ile ICD -10 arasında Şizotipal Bozukluğun hem tanımı hem konumu açısından önemli farklar bulunuyor olmasıdır (9). DSM-5 öncesi Şizotipal Bozukluk bir kişilik bozukluğu olarak sınıflandırıldığından bu hasta grubu bazı çalışmalara dahil edilmemiş olabileceği gibi ICD-10'da Şizotipal Bozukluk ölçütleri arasında sayılan "Psödo-Obsesyon" fenomeni DSM'de halen tanımlanmamıştır (1). Psödo-Obsesyonları olan ve henüz psikotik epizod yaşamamış Şizotipal Bozukluk hastaları, Kraepelin'in ADD ve Obsesyonları prodromal dönemde kabul etmesini açıklayabilir (245). Nitekim Psödo-Obsesyonların tanımı Schneider'in Sanrısai Fikir kavramına benzerdir (246).

Schneider'in Sanrısai Fikirlerle Obsesyonların ayrımında vurguladığı ego yabancılaşması kavramı tarihsel olarak hem Kraepelin hem Bleuler tarafından ŞZ'deki temel bozukluğu ifade etmek için kullanılmış ve günümüzdeki Kendilik Bozukluğu kavramına temel olmuştur (247). Çalışmamızda diğer gruplardan farklı olarak ŞO grubunda Kendilik Bozukluklarından Bilinç Akımı, Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ve Geçişkenlik Bozukluğu'nu anlamlı olarak yordadığını saptadığımız itemlerin Çarpık Birinci Tekil Şahıs Perspektifi ve Azalmış İnisiyatif ile birlikte Bedensel Yaşantılar'da birikim göstermesi fenomenolojik psikopatoloji açısından kendiliğin bedensel yaşantılar düzeyinde, oldukça derinden etkilendiğine işaret etmektedir. Fakat bu bulgular anlaşılamayan fenomenler olmaları nedeniyle ne

Jaspers'in tanımladığı anlamda ADD'leri, ne Schneider'in tanımladığı anlamda Sanrisal Fikirlerin temeli olarak yorumlanmaya uygun görünmemektedir. Çalışmamızda Foa ve Kozak'ın Hezeyan ile Obsesyon arasında bir geçiş aşaması olarak önerdikleri ADD'leri açıklayacak bir bulgu saptanmamıştır.

Böylece Bilinç Akımı, "Kendinin Farkındalığı ve Buradalık" ve Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeklerinin her bir grupta o gruba özgü olarak gösterdiği etkileşimlerin item düzeyinde incelemesinin obsesyon fenomeni ile psikotik fenomen arasında anlamlı bir irtibat kurmaya yetmediği söylenebilir. Diğer taraftan çalışmamızda Bilinç Akımı, "Kendinin Farkındalığı ve Buradalık" ve Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeklerinin bütün gruplarda yordayan herhangi bir item saptanamamış olsa da; 1) ŞZ ve ŞO gruplarında Ben Bölünmesi ve Cinsiyetle İlişkili Değişim Duygusunun, 2) OKB ve ŞO gruplarında Çarpık Birinci Tekil Şahıs Perspektifi ve Dissosiyatif Depersonalizasyonun ve 3) ŞZ ve OKB gruplarında Kimlik Karmaşası ve Sıradışı Yaratıcı Güç veya İçgörüyü Sahip Olduğu Hissi'nin ortak olduğu görülmüştür. ŞZ ve OKB gruplarındaki ortak yordayıcıları; ŞZ ve ŞO ile OKB ve ŞO gruplarındaki ortak yordayıcılarla beraber ayrı ayrı düşündüğümüzde; OKB ağırlıklı beraberlikte bütün itemlerin psikotik fenomenlere daha duyarlı olabileceğini düşündüğümüz Kendinin Farkındalığı ve Buradalık alt ölçeğinden geliyor oluşunun ve ŞZ ağırlıklı beraberlikte ise psikotik eşiği aştığı takdirde garip-acayip hezeyanlar olarak değerlendirilecek Sıradışı Bir Yaratıcı Kuvvete, Gerçekliğin Gizli Boyutlarına, Veya Kendisi ve Başkalarının Zihnine Dair Sıradışı Bir İçgörüyü Sahip Olma'nın belirmesi, bulguların obsesyon fenomeni bağlamında yorumlanmasına izin vermemektedir.

Literatürde ŞO'ya dahil birliktelikte Obsesyondan Hezeyana geçişe dair ara bir aşama tarif etmek yerine her iki fenomenin ortak yapısal öğelerindeki değişikliklerle birbirlerine dönüşebileceklerini varsayan ve araştıran çalışmalar da mevcuttur. Insel ve Akiskal, 1986 yılında yayınladıkları makalelerinde bazı obsesif-kompulsiflerin dönem dönem içgörülerini kaybederek psikotik özellikler gösterdiklerini ve bu sebeple bu vakıaları belirtmek için "psikotik özellikli" belirtecinin kullanılmasının uygun olacağını öne sürmüşlerdir (208). Solyom ve ark., Insel ve Akiskal'den bir sene önce yaptıkları çalışmada içgörüyü değinmeden;

araştırdıkları 45 OKB hastasından 8'inin klinik özellikleri itibariyle "atipik" özellikli, kötü seyirli ve tedaviye kötü yanıtı bir obsesif-kompulsif grubu olarak görüldüğünü bildirmişlerdir (248). Eisen ve Rasmussen, 1989 yılında inceledikleri 250 OKB hastasının 30'unda "atipik" özellikler saptadıklarını ve bu hastaların 4 grup teşkil ettiğini bildirmişlerdir; 1) Hem ŞZ hem OKB tanı ölçütlerini karşılayan 7 hasta, 2) Büyüsel düşünce özellikleri gösteren 8 Şizotipal Bozukluk, 3) Hem OKB hem Sanrısız Bozukluk ölçütlerini karşılayan 8 hasta ve 4) Geçici "Sanrısız Obsesyonlar" gösteren 8 hasta (249).

Eisen ve Rasmussen, aynı yıl yürüttükleri bir başka çalışmada 450 OKB hastasının 67'sinde varsanı, sanrı veya düşünce bozukları tespit etmişler fakat bu 67 hastanın yalnızca 27'sinin psikotik yaşantılarına dair içgörüsüz olduğunu gördüklerini bildirmişlerdir (250). Bu çalışmayı Lelliot ve ark. (251) ve Başoğlu ve ark.'nın (252) 1988 yılında yaptıkları iki çalışma izlemiştir. Her iki çalışmada da obsesyonlar yapılandırılmış bir görüşme çizelgesiyle değerlendirilmiş ve bu çizelgenin "sabitlik" başlığı içgörüyü değerlendirmek üzere üç alt başlığa ayrılmıştır; 1) Korkulan sonucun gerçekleşmesine dair inancın kuvveti, 2) Korkulan sonucun gerçekleşeceğine dair inancın tuhafılığına dair algı ve 3) Obsesyonel inanç ile çelişen kanıtlara tepki. Çalışmalarda incelenen 45 OKB hastasının %33'ü korkulan sonucun geleceğine kuvvetle inandıklarını, %12'sinin obsesyonel düşüncelerine direnmek için bir neden görmediklerini ve %44'ünün obsesyonel inançları doğrultusundaki ritüellerinin kendi kontrolleri altında olmadığını söylediklerini bildirmişlerdir.

Literatürde Hezeyan ve Obsesyonda ortak bir yapısal öge olarak değerlendirilen içgörü çalışmamızda ŞO grubu hastalarda öne çıkan Çarpık Birinci Tekil Şahıs Perspektifi ve Azalmış İnisiyatif itemleriyle de ilişki olabilir. Ancak maalesef bu itemlere eşlik eden bedensel yaşantılardaki tuhafıklar ile içgörüyü bereber değerlendiren ampirik bir çalışma bilginiz dahilinde değildir. Jaspers fenomenolojik analizinde; Egoyu, yani Kendiliği, dört ana yapısal ögeye ayırırken içgörüyü işaret ederek bunlardan ilkinin "Fail Olduğunun Bilinci" olarak isimlendirmiş (81), Schneider ise bu ifade yerine "Kendiliğe Sahip Olma" demeyi tercih etmiştir (77). Eugene Minkowski, ŞZ üzerine yazdığı monografide kişinin dünya ile temasının bir diğer adı olan fail olmanın temelinde bedensel yaşantıların

önemini vurgulayarak içgörüyü epistemik bir olgudan çok kendiliğin bedensel yaşantılar aracılığıyla dünya ile temasının niteliğine dair bir farkındalık olarak tarif etmiştir (253). Gene bir başka eserinde bedensel yaşantıların aracılık ettiği bu hayati temasın niteliğindeki değişikliği ŞZ'nin temel patolojisi olarak gördüğünü belirtmektedir (75).

Antropolojik psikopatoloji literatüründe ise Hezeyan ve Obsesyonun ortak fizyognomik yapısına değinen yazarlar mevcuttur. Von Gebsattel obsesyonel içeriğin hem ahlaki hem bedensel bir kirliliğe işaret ettiğine dair vakıa analizleri yayınlamıştır (186). Bedensel kirlilik yaşantısı ile ahlaki çürümüşlük halinin obsesyonel inançta birbirine kaynaştığı ve patolojik olanın yaşantının yapısındaki bu değişiklik olduğunu öne sürmüştür. Erwin Straus ise özellikle psikotik izlenimi veren obsesyonların kişinin dünya ile temasına zemin sağlayan bedensel yaşantılarındaki olumsuz ve açıklanamayan değişikliklerden kaynaklandığından bahsetmektedir (254). Son olarak Binswanger meşhur Lola Voss vakıasını ele aldığı makalesinde obsesyon ve hezeyanın; bedensel yaşantıları da kapsayacak şekilde kişinin dünyada bulunuşuna dair patolojik yaşantılarını sembolik olarak yeniden yorumlayışındaki egodistonik ve egosintonik niteliğe göre ayrıştığını düşündüğünü belirtmiştir (255). Ancak literatürde bu konuyla ilgili vakıa bildirimini veya vakıa serisi dışında sistematik ampirik çalışmalar bulunmamaktadır.

Çalışmamızda tartıştığımız bulgular ışığında Bilinç Akımı-Kendinin Farkındalığı ve Buradalık-Geçişkenlik Bozukluğu alt ölçeklerinin; ne her birinin her bir grupta o gruba özgü gösterdiği ilişkilerle, ne hepsinin bazı gruplarda gösterdiği ortak ilişkilerle bütün örneklemimizi bir spektrum olarak düşünmemizi sağlayabilecek fenomenolojik bir ilişkinin temeline dair bir açıklık kazandırmaya yetmediğini görmekteyiz. Dolayısıyla seyir ve genetik özellikleri itibarıyla farklılıklar ve ortaklıklar gösterse de Kendilik Bozuklukları odağında fenomenolojik özellikleri açısından ŞO'yu; ŞZ grubu ve OKB grubu ile temelden bir ilişki içinde olan ayrı bir tanı olarak düşünmek güçtür. Çalışmamızda Kendilik Bozuklukları'nı odağa aldığımızda fenomenolojik olarak OKB grubunda obsesif fenomenle ilişkili olması muhtemel özelliklerin, ŞZ grubunda psikotik fenomenle ilişkili olması muhtemelen özelliklerin ön plana çıktığını görmemize rağmen ŞO grubunda ön plana

ıkan zelliklerin özgüllüğünü değerlendirecek yeterli ampirik veri bulunmamaktadır.

Hezeyan ve Obsesyonun ortak fenomenolojik öğelerine dair literatürdeki görüşleri destekleyen bazı bulgular elde etmiş olsak da iğry değerlendirecek bir ölçüm aracı veya görüşme izelgesi uygulamamış olmamız yeterli ampirik veri elde edememizin sebeplerinden biri olabilir. Diğer taraftan çalışmamız kesitsel bir gözlem çalışması olduğundan ve hasta seçiminde aile öyküsü bir ölçüt olarak denetlenmediğinden; şO birlikteliğini şZ ve OKB grubuyla bir spektrum içerisinde ayrı bir tanı olarak düşünmemizi destekleyecek verilerin yokluğunda ayrı bir tanısai durum olarak değerlendirmek için başvuracağımız seyir ve genetik özellikleri konusunda literatüre katkı sağlanamamıştır. Bu haliyle şO birlikteliğinin ayrı bir tanısai durum olarak seyir ve genetik özellikleri itibariyle şZ veya OKB spektrumunun bir alttipi veya belirteci olduğu hipotezlerini destekleyecek veriler çalışmamızın kısıtlılıkları yüzünden elde edilemiştir. Son olarak seyir ve genetik özellikleri itibariyle literatürdeki verilere bir katkı sağlanamadığından çalışmamızda güncel tanı sistemlerindeki haliyle şO'yu bir eştanı olarak değerlendirmek yönündeki hipotezimiz aleyhine bir veri saptanmamış gözükmektedir.

İstatistiksel analiz anlamında da çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Maalesef rneklem sayılarımız cinsiyet ve yaş açısından dengeli dağılmış olsa da pek çok alt ölçek içeren 4 ölçekle yürüttüğümüz regresyon analizleri için g analizlerinin önerdiği yeterlilikte değildir. Çalışmamızda zayıf korelasyonlar ile kuvvetli korelasyon arasındaki farklar bazı durumlarda değerlendirilmeye alınsa da regresyon analizine alınacak itemlerin seçiminde bir ölçüt olarak kabul edilmemiştir. Her ölçekte her grup normal dağılım göstermediğinden korelasyon analizinde gruplar arasında fark göstermeyen KGİ puanlarının kovaryans olarak kontrol edilebileceği istatistiksel yöntemler uygulanamamıştır. Bunun yanı sıra faktöryel yapı göstermemesine rağmen item sayısının fazlalığından dolayı uygulamada kolaylık gözetilerek TKY alt ölçekleri de diğer ölçeklerdeki faktöryel yapı gösteren alt ölçeklerle beraber değerlendirilmeye alınmıştır. Gelecek çalışmalarda bu kısıtlılıkların üzerinde durulması gerekmektedir.

Çalışmamızın klinik anlamda da bazı kısıtlılıkları vardır. Klinik olarak ŞO grubunda obsesyonların mı önce başladığı, psikotik epizodun mu önce başladığı değerlendirilmemiştir. Obsesyonları değerlendirmek üzere kullandığımız DY-BOCS, semiyolojik bir ölçek olup, fenomenolojik düzeyde Kendilik Bozukları ile karşılaştırmaya uygun verileri araştırmamaktadır. Çalışmamızda hastalık süresini değerlendiren yapılandırılmış bir ölçek kullanılmamıştır. Diğer taraftan çalışmamızda güncel literatürde hem ŞZ'nin hem OKB'nin önemli bir bileşeni olarak kabul edilen nörobilişsel bozuklukları değerlendirecek bir ölçüm aracı kullanılmamıştır. Hasta seçiminde ardışık başvurular ölçütü gözetilmemiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda ŞZ, OKB ve ŞO grupları Kendilik Bozuklukları, Pozitif ve Negatif Bulgular, Klinik İzlenim ve boyutsal olarak tanımlanmış Obsesif Semptomlar açısından karşılaştırıldığında ŞO grubunun fenomenolojik olarak ayrı bir tanısal kategori, ŞZ grubunun bir alttipi veya OKB grubunun bir alttipi olduğu yönünde ampirik anlamda yeterli veri saptanamamıştır. Bu haliyle çalışmamız, ŞO'nun halen güncel tanı sistemlerinde tarif edildikleri haliyle ŞZ ve OKB'nin birbirlerine eşlik ettiği bir eştanı olduğunu desteklemektedir.

Literatürde tanısal bir kategori teşkil etmenin yapısal şartlarına dair yaygın kabul görmüş bir görüşten bahsetmek güçtür. Güncel tanı sistemlerinin şekillenmesinde rol sahibi olan araştırmacıların görüşlerini göz önüne alarak; bir bozukluğun fenomenolojik, seyir ve genetik özelliklerini tanısal bir kategori teşkil etmenin yapısal şartları olarak kabul ettiğimizde; semiyolojik anlamda farklı konumlandırılmış olsalar da seyir ve genetik özellikleri yönünden ŞZ ve OKB'nin örtüştüğü yönlerden bahsedilmektedir.

Semiyolojik değerlendirmenin ötesinde her iki bozukluğun birbirlerine eşlik ettiği durumları fenomenolojik anlamda daha kapsamlı olarak ele aldığımızda; Bilinç Akımı-Kendinin Farkındalığı ve Buradalık ile Kendinin Farkındalığı ve Buradalık-Geçişkenlik Bozukluğu ilişkisinin bütün gruplarda tekrar edildiğini gördük. Ancak regresyon analizi ile item veya semptom düzeyine indiğimizde bu ortak ilişkinin her bozuklukta farklı öğelerce yordandığını saptadık.

OKB grubunda ön plana çıkan Yakın Dönem Hafıza Düzensizlikleri, Aşırı Tefekkür, Anksiyete ve Büyüsel Düşünceler gibi itemlerin Bilişsel-Davranışçı Kuram'ın formülasyonlarındaki düşüncüyü kontrol etmede aşırı çabalama, derin inançlar, otojenite gibi kavramlarla ilişkili olabileceği düşüncesindeyiz. Literatürde bu ilişkiyi değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır ancak gelecekte araştırılmasının önem arz ettiği bir bulgu olduğu inancındayız.

Literatürde ŞZ grubunda ön plana çıkan Kendinin Farkındalığı ve Buradalık itemlerinin ŞZ'yi öngörücü özelliğinden bahsedilmektedir. Çalışmamızda ŞO grubunda ŞZ grubundakine benzer Kendinin Farkındalığı ve Buradalık itemlerinin ön plana çıktığını saptadık. Fakat ŞO grubunda diğer gruplardan farklı olarak Bedensel Yaşantılar itemlerinin de ön plana çıktığını gördük. Bu anlamda gelecek çalışmalarda; Bedensel Yaşantılar itemlerinin psikotik ve obsesif fenomenin bir aradalığına özgü bir fenomenolojik yapı teşkil edip etmediğinin araştırılmasının önem taşıdığı düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulguların bir kısmı (ortak Bilinç Akımı-Kendinin Farkındalığı ve Buradalık-Geçişkenlik Bozukluğu ilişkisi) literatürdeki obsesyon-hezeyan ilişkisi veya dönüşümüne dair görüşlere farklı bir açıdan bakmayı sağlasa da belirgin bir açıklık sağlamamaktadır. Çalışmamızda kullandığımız ŞZ ve OKB gruplarını değerlendirmek üzere tasarlanmış semiyolojik ölçüm araçlarının yanı sıra ŞZ grubunu değerlendirmek için tasarlanmış fenomenolojik bir ölçüm aracının benzeri OKB grubunu değerlendirmek için mevcut değildir. Bu durum açıkça böyle bir ölçüm aracının tasarlanması ihtiyacına işaret etmektedir görüşündeyiz.

Diğer taraftan çalışmamızda OKB grubunda, DY-BOCS toplam puanını yordadığını saptadığımız Ben Bölünmesi, Ambivalans, Sağ Duyu Kaybı, Anksiyete ve Azalmış İnisiyatif itemlerinin; İlişkisel Çerçeve Kuramı bağlamında uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin formülasyonlarındaki kavramlarla ilişki olabileceğini düşünmekteyiz. Gelecek çalışmalarda Kendilik Bozuklukları ile İlişkisel Çerçeve Kuramı'nın karşılaştırmalı olarak kullanıldığı araştırmaların obsesif fenomene dair fenomenolojik bir batarya hazırlanmasına katkısı olabileceği inancındayız.

Son olarak kullandığımız istatistiksel analiz yöntemlerinin tanısallık tartışmalarda anlamlı olabilecek bazı bulguları gölgede bırakmış olabileceği düşüncesindeyiz. Gelecek çalışmalarda yakın zamanda yaygınlaşmaya başlayan taksometrik analizin uygulamalarına yer verilmesinin uygun olabileceği inancındayız (256).

7. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington. 2013; 951p.
2. Poyurovsky M, Zohar J, Glick I, Koran LM, Weizman R, Tandon R, et al. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: Implications for future psychiatric classifications. *Compr Psychiatry*. 2012;53(5):480–3.
3. Swain SP, Behura SS. A comparative study of quality of life and disability among schizophrenia and obsessive-compulsive disorder patients in remission. *Ind Psychiatry J*. 2016;25(2):210.
4. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Örey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013;382(9896):951–62.
5. Morrison PD, Murray RM. From real-world events to psychosis: The emerging neuropharmacology of delusions. *Schizophr Bull*. 2009;35(4):668–74.
6. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2014;28(5):403–39.
7. Stein DJ, Denys D, Gloster AT, Hollander E, Leckman JF, Rauch SL, et al. Obsessive-compulsive Disorder: Diagnostic and Treatment Issues. *Psychiatr Clin North Am*. 2009;32(3):665–85.
8. Farooq S, Agid O, Foussias G, Remington G. Using treatment response to subtype schizophrenia: Proposal for a new paradigm in classification. *Schizophr Bull*. 2013;39(6):1169–72. Morrison PD, Murray RM. From real-world events to psychosis: The emerging neuropharmacology of delusions. *Schizophr Bull*. 2009;35(4):668–74.
9. Heckers S, Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, Gur R, Malaspina D, et al. Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophr Res*. 2013;150(1):11–4.
10. Tandon R. The Nosology of Schizophrenia. Toward DSM-5 and ICD-11. *Psychiatr Clin North Am*. 2012;35(3):557–69.
11. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res*. 2013;150(1):3–10.
12. Nemeroff CB, Weinberger D, Rutter M, MacMillan HL, Bryant RA, Wessely S, et al. DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. *BMC Med*. 2013;11(1):202.
13. Möller HJ, Bandelow B, Bauer M, Hampel H, Herpertz SC, Soyka M, et al. DSM-5 reviewed from different angles: goal attainment, rationality, use of evidence, consequences—part 2: bipolar disorders, schizophrenia spectrum disorders, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorders, trauma- and stressor-related disorders, perso. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;265(2):87–106.

14. Rosen I. The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *J Ment Sci.* 1957;103:773–85.
15. Foa B. Obsessions, overvalued ideas, and delusions i. 1994;32(3):343–53.
16. 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(2–3):458–68.
17. Tibbo P, Warneke L. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: Epidemiologic and biologic overlap. *J Psychiatry Neurosci.* 1999;24(1):15–24.
18. Fontenelle LF, Mendlowicz M V., Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry.* 2006;30(3):327–37.
19. Mavrogiorgou P, Dünnweber M, Juckel G. Obsessive compulsive symptoms (OCS) in patients with schizophrenia are rare. *Schizophr Res.* 2016;174(1–3):197–9.
20. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology.* 2001;34(2):62–8.
21. Lelliott P, Marks I. Management of obsessive-compulsive rituals associated with delusions, hallucinations and depression: A case report. *Behav Psychother.* 1987;15(1):77–87.
22. Zohar J, Sasson Y, Chopra M, Inacu Y, Gross R. “Schizo-Obsessive” Subtype: Obsessions and Delusions. *CNS Spectr.* 1998;3(S1):38–9.
23. Attademo L, De Giorgio G, Quartesan R, Moretti P. Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: From comorbidity to schizo-obsessive disorder. *Riv Psichiatri.* 2012;47(2):106–15.
24. Joseph Zohar. Is There Room for a New Diagnostic Subtype—The Schizo-obsessive Subtype? *CNS Spectr.* 1997;2(3):49–50.
25. Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry.* 1986;143(12): 1527-33.
26. 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 May;30(3):187–93.
27. Carpenter WT. Porous diagnostic boundaries: A new emphasis for the bulletin. *Schizophr Bull.* 2014;40(1):1–2.
28. Carragher N, Krueger RF, Eaton NR, Slade T. Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(3):339–50.
29. Jablensky A. Psychiatric classifications: Validity and utility. *World Psychiatry.* 2016;15(1):26–31.
30. Kruger S, Braunig P, Hoffler J, Shugar G, Borner I, Langkrar J. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2000;12(1):16–24.

31. Grover S, Dua D, Chakrabarti S, Avasthi A. Obsessive Compulsive Symptoms/disorder in patients with schizophrenia: Prevalence, relationship with other symptom dimensions and impact on functioning. *Psychiatry Res.* 2017;250:277–84.
32. Mullen PE. A modest proposal for another phenomenological approach to psychopathology. *Schizophr Bull.* 2007;33(1):113–21.
33. Raballo A, Sæbye D, Parnas J. Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: An empirical study. *Schizophr Bull.* 2011;37(2):344–51.
34. Parnas J, Henriksen MG. Disordered Self in the Schizophrenia Spectrum. *Harv Rev Psychiatry.* 2014;22(5):251–65.
35. Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology.* 2005;38(5):236–58.
36. Moe AM, Docherty NM. Schizophrenia and the sense of self. *Schizophr Bull.* 2014;40(1):161–8.
37. Parnas J, Raballo A, Handest P, Jansson L, Vollmer-Larsen A, Sæbye D. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry.* 2011;10(3):200–4.
38. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry. Kaplan Sadock's Synopsis of Psychiatry. 2015. 387-391 p.
39. Chong HY, Teoh SL, Wu DB-C, Kotirum S, Chiou C-F, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:357–73.
40. Nordstroem A-L, Talbot D, Bernasconi C, Berardo CG, Lalonde J. Burden of illness of people with persistent symptoms of schizophrenia: A multinational cross-sectional study. *Int J Soc Psychiatry.* 2017;63(2):139–50.
41. Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB. The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): Updated treatment recommendations 2009. *Schizophr Bull.* 2010;36(1):94–103.
42. Rajji TK, Miranda D, Mulsant BH. Cognition, function, and disability in patients with schizophrenia: a review of longitudinal studies. *Can J Psychiatry.* 2014;59(1):13–7.
43. Andreasen NC. Schizophrenia: a conceptual history. *New Oxford Textb Psychiatry.* 2012;3:522–6.
44. Evans K, McGrath J, Milns R. Searching for schizophrenia in ancient Greek and Roman literature: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;107(5):323–30.
45. Berrios GE. Classifications in Psychiatry: A Conceptual History. *Aust New Zeal J Psychiatry.* 1999;33(2):145–60.
46. Berrios GE, Porter R. A history of clinical psychiatry: the origin and history of psychiatric disorders. Athlone London; 1995; Chapter 3, Functional Psychoses: 343-380.
47. Berrios GE. Obsessional disorders during the nineteenth century: terminological and classificatory issues. in: Bynum WF, Porter R, Shepherd M. The anatomy of madness: Essays in the history of psychiatry. Vol. 1. Taylor & Francis; 2004: 166 p.

48. Hoff P. The Kraepelinian tradition. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(1):31–41.
49. Kraepelin E. Manic depressive insanity and paranoia. *J Nerv Ment Dis*. 1921;53(4):350.
50. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff EA, Winokur G, Rodrigo M, et al. Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Arch Gen Psychiat*. 1972;26: 57-58.
51. Spitzer M. On defining delusions. *Compr Psychiatry*. 1990;31(5):377–97.
52. Andreasen NC, Flaum M. Schizophrenia: the characteristic symptoms. *Schizophr Bull*. 1991;17(1):27–49.
53. Bleuler E. Schizophrenia. In: Cousin F-R, Garrabé J, Morozov D. *Anthology of French Psychiatric Texts*. WPA Press. 1999: 405-427
54. Hafner H. The concept of schizophrenia□: from unity to diversity. *Adv Psychiatry*. 2014;2014:1–109.
55. Kraepelin E. *Clinical Psychiatry: A Textbook for Students and Physicians (Adapted from the 7th German Edition)*. MacMillan Co. 1907. Chapter V, Dementia Praecox: 219-276.
56. Chaslin P. Elements of Semiology and Clinical Approach to Mental Disorders. in: Cousin F-R, Garrabé J, Morozov D. *Anthology of French Psychiatric Texts*. WPA Press. 1999: 389-404.
57. Berrios GE, Beer D. The notion of unitary psychosis: a conceptual history. *Hist Psychiatry*. 1994;5(17):013–36.
58. Bruijnzeel D, Tandon R. The Concept of Schizophrenia: From the 1850s to the DSM-5. *Psychiatr Ann*. 2011;41(5):289–95.
59. Jablensky A, Hugler H, Von Cranach M, Kalinov K. Kraepelin revisited: a reassessment and statistical analysis of dementia praecox and manic-depressive insanity in 1908. *Psychol Med*. 1993;23(4):843–58.
60. Berrios GE. *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century*. Cambridge University Press. 1996; Part II, Cognition and Consciousness: 85-157.
61. Hoenig J. The concept of schizophrenia Kraepelin-Bleuler-Schneider. *Br J Psychiatry*. 1983;142(6):547–56.
62. Bergem A, Dahl A, Guldberg C, Hansen H. Langfeld's schizophreniform psychoses fifty years later. *Br J Psychiatry*. 1990;157 IS-:351–4.
63. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. *Am J Psychiatry*. 1933;90(1):97–126.
64. Stephens JH. Long-term prognosis and followup in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1978;4(1):25–47.
65. Andreasen NC, Olsen S. Negative v positive schizophrenia: Definition and validation. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39(7):789–94.
66. Crow TJ. The Two-syndrome Concept: Origins and Current Status. *Schizophr Bull*. 1985 Jan 1;11(3):471–88.

67. Kirkpatrick B, Buchanan RW, McKenny PD, Alphas LD, Carpenter WT. The schedule for the deficit syndrome: An instrument for research in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1989;30(2):119–23.
68. Huber G. Cenesthetic schizophrenia. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 1957;25(9):491–520.
69. Liddle PF. The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. *Br J Psychiatry.* 1987;151(2):145–51.
70. McGrath JA, Nestadt G, Liang K-Y, Lasseter V, Wolyniec PS, Fallin MD, et al. Five latent factors underlying schizophrenia: analysis and relationship to illnesses in relatives. *Schizophr Bull.* 2004;30(4):855–73.
71. Kendler KS, Walsh D. Evaluating the Spectrum Concept of Schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1995;1(52):749.
72. Fish F. Leonhard's classification of schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1958;104(437):943–71.
73. Leonhard K. Cycloid psychoses—endogenous psychoses which are neither schizophrenic nor manic-depressive. *Br J Psychiatry.* 1961;107(449):633–48.
74. Bleuler E. *Dementia Praecox or the group of Schizophrenias.* International Universities Press. 1950: 548p.
75. Minkowski E. *Lived time: Phenomenological and psychopathological studies.* Northwestern University Press; 1970: 455p.
76. John C, Shepherd M. *The Clinical roots of the schizophrenia concept: translations of seminal European contributions on schizophrenia.* CUP Archive, 1987: 83-89.
77. Schneider K. *Clinical psychopathology.*(Trans. by MW Hamilton). 1959: 93-102.
78. Conrad K. Die symptomatischen psychosen. In: *Klinische Psychiatrie.* Springer; 1960. p. 369–436.
79. Blankenburg W. Towards a psychopathology of “common sense.” *Confin Psychiatr.* 1969;12(2-4): 144-163.
80. Cermolacce M, Sass L, Parnas J. What is bizarre in bizarre delusions? A critical review. *Schizophr Bull.* 2010;36(4):667–79.
81. Jaspers K. *General psychopathology.* Vol. 2. JHU Press; 1997.
82. Stanghellini G, Fuchs T. One century of Karl Jaspers' general psychopathology. 2013;304.
83. Huber G. The psychopathology of K. Jaspers and K. Schneider as a fundamental method for psychiatry. *World J Biol Psychiatry.* 2002;3(1):50–7.
84. Rado S, Buchenholz B, Dunton H, Karlen SH, Senescu R. Schizotypal organization: Preliminary report on a clinical study of schizophrenia. *Chang concepts Psychoanal Med.* 1956;225–36.
85. Meehl PE. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *J Pers Disord.* 1990;4(1):1–99.

86. Braff DL, Freedman R, Schork NJ, Gottesman II. Deconstructing schizophrenia: An overview of the use of endophenotypes in order to understand a complex disorder. *Schizophr Bull.* 2007;33(1):21–32.
87. Raballo A, Parnas J. The silent side of the spectrum: Schizotypy and the schizotaxic self. *Schizophr Bull.* 2011;37(5):1017–26.
88. Comparelli A, Corigliano V, De Carolis A, Pucci D, Angelone M, Di Pietro S, et al. Anomalous self-experiences and their relationship with symptoms, neuro-cognition, and functioning in at-risk adolescents and young adults. *Compr Psychiatry.* 2016;65:44–9.
89. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990–2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry.* 2015;15(1):193.
90. Ayano G. Schizophrenia: A Concise Overview of Etiology, Epidemiology Diagnosis and Management: Review of literatures. *J Schizophr Res.* 2016;3(2):1026.
91. Altamura C, Fagiolini A, Galderisi S, Rocca P, Rossi A. Schizophrenia today: Epidemiology, diagnosis, course and models of care. *J Psychopathol.* 2014;20(3):223–43.
92. Janoutova J, Janackova P, Šerý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalova M, et al. Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuro Endocrinol Lett.* 2016;37(1):1–8.
93. van der Werf M, Hanssen M, Köhler S, Verkaaik M, Verhey FR, van Winkel R, et al. Systematic review and collaborative recalculation of 133,693 incident cases of schizophrenia. *Psychol Med.* 2014;44(1):9–16.
94. Matheson SL, Shepherd AM, Carr VJ. How much do we know about schizophrenia and how well do we know it? Evidence from the Schizophrenia Library. *Psychol Med.* 2014;44(16):3387–405.
95. Kochunov P, Hong LE. Neurodevelopmental and neurodegenerative models of schizophrenia: White matter at the center stage. *Schizophr Bull.* 2014;40(4):721–8.
96. Bakhshi K, Chance SA. The neuropathology of schizophrenia: A selective review of past studies and emerging themes in brain structure and cytoarchitecture. *Neuroscience.* 2015;303(June):82–102.
97. Jaspers, Karl. General psychopathology. Johns Hopkins University Press. 1998. Volume II, Totality of Meaningful Reactions: 418-446.
98. Keefe RSE, Reichenberg A. Predicting Schizophrenia. *JAMA psychiatry.* 2016;73(5):441–2.
99. Lilienfeld SO, Pinto MD. Risky tests of etiological models in psychopathology research: The need for meta-methodology. *Psychol Inq.* 2015;26(3):253–8.
100. Wheeler AL, Voineskos AN. A review of structural neuroimaging in schizophrenia: from connectivity to connectomics. *Front Hum Neurosci.* 2014;8.
101. Fitzsimmons J, Kubicki M, Shenton ME. Review of functional and anatomical brain connectivity findings in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2013;26(2):172–87.
102. Hill K, Mann L, Laws KR, Stephenson CME, Nimmo - Smith I, McKenna PJ. Hypofrontality in schizophrenia: a meta - analysis of functional imaging studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110(4):243–56.

- 103.Modai S, Shomron N. Molecular risk factors for schizophrenia. *Trends Mol Med*. 2016;22(3):242–53.
104. Henriksen MG, Nordgaard J, Jansson LB. Genetics of Schizophrenia: Overview of Methods, Findings and Limitations. *Front Hum Neurosci*. 2017;11(June):1–9.
- 105.Farrell MS, Werge T, Sklar P, Owen MJ, Ophoff RA, O'Donovan MC, et al. Evaluating historical candidate genes for schizophrenia. *Mol Psychiatry*. 2015;20(5):555–62.
- 106.Pearlson GD. Etiologic, phenomenologic, and endophenotypic overlap of schizophrenia and bipolar disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:251–81.
- 107.Cooper JE. Concepts of schizophrenia in the United States of America and in Great Britain; a summary of some studies by the US-UK Diagnostic Project. *Stud Schizophr London, Headley Brother*. 1972;1924.
- 108.American Psychiatric Association. DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition). Text. 1980: 494p.
- 109.Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Vol. 1. World Health Organization; 1992: 362p.
- 110.Joba TH, Harrow M. Schizophrenia Course, Long-Term Outcome, Recovery, and Prognosis. *Curr Dir Psychol Sci*. 2010;19(4):220–5.
- 111.Okkel N, Vernal DL, Jensen SOW, Mcgrath JJ, Nielsen RE. Changes in the diagnosed incidence of early onset schizophrenia over four decades. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;127(1):62–8.
- 112.Häfner H. Course and outcome of schizophrenia. *Schizophr Second Ed*. 2003;101–41.
- 113.Świtaj P, Anczewska M, Chrostek A, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J, et al. Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):193.
- 114.Huber G, Gross G, Schüttler R. a Long - Term Follow - Up Study of Schizophrenia: Psychiatric Course of Illness and Prognosis. *Acta Psychiatr Scand*. 1975;52(1):49–57.
- 115.Huber G, Gross G, Schuttler R, Linz M, Clemens S. Longitudinal Studies of Schizophrenic Patients. *Schizophr Bull*. 1980;6(4):592–605.
- 116.Association AP. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006. American Psychiatric Pub; 2006.
- 117.Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in Schizophrenia: Propsed Criteria and Raionale for Consensus. *Am J Psychiatry*. 2005;162(3):441–9.
- 118.Baxter AJ, Vos T, Scott KM, Ferrari AJ, Whiteford HA. The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychol Med*. 2014;44(11):2363–74.
- 119.Bloch MH, Green C, Kichuk SA, Dombrowski PA, Wasyluk S, Billingslea E, et al. Long-term outcome in adults with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2013;30(8):716–22.
- 120.Abramowitz JS, Jacoby RJ. Obsessive-compulsive and related disorders: a critical review of the new diagnostic class. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11(1):165–86.

121. Davis LJ. *Obsession: A history*. University of Chicago Press; 2009.
122. Berrios GE, Gili M. Will and its disorders: a conceptual history. *Hist Psychiatry*. 1995;6(21):87–104.
123. Greenberg D, Huppert JD. Scrupulosity: A unique subtype of obsessive-compulsive disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12(4):282–9.
124. Berrios GE. Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Compr Psychiatry*. 1989;30(4):283–95.
125. Oberbeck A, Stengler K, Steinberg H. On the history of obsessive compulsive disorders: their place in the nosological classifications up to the beginning of the 20th century. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2013;81(12):706–14.
126. Pinero JML. *Historical origins of the concept of neurosis*. Cambridge University Press; 1983.
127. Janet P, Raymond F. *Les obsessions et la psychasthénie*. Vol. 2. Félix Alcan; 1903.
128. Mayo E. *The Psychology of Pierre Janet (Routledge Revivals)*. Routledge; 2014. 152 p.
129. Freud S. *The interpretation of dreams*. Read Books Ltd; 2013.
130. Loewenberg P. Psychoanalytic models of history: Freud and after. *Psychol Hist Interpret*. 1988;126–56.
131. Jones E. *Sigmund Freud, Life and Work*. Vol. 3: The Last Phase. 1959;
132. Decker HS. *The making of DSM-III: A diagnostic manual's conquest of American psychiatry*. Oxford University Press; 2013.
133. Abramowitz JS, Fabricant LE, Taylor S, Deacon BJ, McKay D, Storch EA. The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(3):206–17.
134. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med*. 2013;43(5):897–910.
135. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15(1):53–63.
136. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J psychiatry/Revue Can Psychiatr*. 2006;51(2):100–13.
137. Anholt GE, Aderka IM, van Balkom AJLM, Smit JH, Schruers K, van der Wee NJA, et al. Age of onset in obsessive-compulsive disorder: admixture analysis with a large sample. *Psychol Med*. 2014;44(1):185–94.
138. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav*. 2016;6(7).
139. Torres AR, Leonardo F, Fontenelle MD, Shavitt RG, Hoexter MQ, Pittenger C, et al. Epidemiology, Comorbidity, And Burden Of Ocd. In Pittenger C. *Obs Disord Phenomenol Pathophysiol Treat*. Oxford University Press. 2017: 35–47.

140. Brander G, Pérez-Vigil A, Larsson H, Mataix-Cols D. Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: a proposed roadmap from association to causation. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;65:36–62.
141. House SJ, Tripathi SP, Knight BT, Morris N, Newport DJ, Stowe ZN. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(1):3–10.
142. Mancebo MC, Grant JE, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA. Substance use disorders in an obsessive compulsive disorder clinical sample. *J Anxiety Disord*. 2009;23(4):429–35.
143. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*. 1996;169(1):101–7.
144. Lochner C, Fineberg NA, Zohar J, Van Ameringen M, Juven-Wetzler A, Altamura AC, et al. Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): A report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Compr Psychiatry*. 2014;55(7):1513–9.
145. Meier SM, Mattheisen M, Mors O, Schendel DE, Mortensen PB, Plessen KJ. Mortality Among Persons With Obsessive-Compulsive Disorder in Denmark. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(3):268.
146. Eisen JL, Sibrava NJ, Boisseau CL, Mancebo MC, Stout RL, Pinto A, et al. Five-year course of obsessive-compulsive disorder: Predictors of remission and relapse. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(3):233–9.
147. Pujol J, Soriano-Mas C, Alonso P, Cardoner N, Menchón JM, Deus J, et al. Mapping structural brain alterations in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(7):720–30.
148. Sassano-Higgins SA, Pato MT. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis, Epidemiology, Etiology, and Treatment. *Focus (Madison)*. 2015;13(2):129–41.
149. Taylor S, Asmundson GJG, Jang KL. Etiology of obsessions and compulsions: General and specific genetic and environmental factors. *Psychiatry Res*. 2016;237:17–21.
150. Taylor S. Disorder-specific genetic factors in obsessive-compulsive disorder: A comprehensive meta-analysis. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*. 2016;171(3):325–32.
151. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D, et al. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res*. 2005;135(2):121–32.
152. Moreso NV, Hernández-Martínez C, Val VA, Sans JC. Socio-demographic and psychopathological risk factors in obsessive-compulsive disorder: Epidemiologic study of school population. *Int J Clin Heal Psychol*. 2013;13(2):118–26.
153. Salkovskis PM, McGuire J. Cognitive-behavioural theory of OCD. *Obsessive Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment*. 2003. 59-78 p.
154. Insel TR. Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1990;51(2):4-8.

155. Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology*. 2013;46(6):365–76.
156. Mancebo MC, Boisseau CL, Garnaat SL, Eisen JL, Greenberg BD, Sibrava NJ, et al. Long-term course of pediatric obsessive-compulsive disorder: 3 years of prospective follow-up. *Compr Psychiatry*. 2014;55(7):1498–504.
157. De Haan L, Sterk B, Wouters L, Linszen DH. The 5-year course of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in first-episode schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull*. 2013;39(1):151–60.
158. Granaat S, Boisseau C, Yip A, Sibrava N, Greenberg BD, Mancebo MC, et al. Predicting Course of Illness in Patients with Severe Obsessive Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(12):1605–10.
159. Farris SG, McLean CP, Van Meter PE, Simpson HB, Foa EB. Treatment response, symptom remission and wellness in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(7):685.
160. Mataix - Cols D, de la Cruz LF, Nordsletten AE, Lenhard F, Isomura K, Simpson HB. Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive - compulsive disorder. *World Psychiatry*. 2016;15(1): 80–1.
161. Berrios GE. Phenomenology, psychopathology and Jaspers: a conceptual history. *Hist Psychiatry*. 1992;3(11):303–27.
162. Bürgy M. The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects. *Schizophr Bull*. 2008;34(6):1200–10.
163. Zec RF. Neuropsychology of schizophrenia according to Kraepelin: disorders of volition and executive functioning. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1995;245(4):216–23.
164. Husserl. *Logical Investigations*, Vol. 1. 2001. p. 424.
165. Fulford B. Insight and delusion: from Jaspers to Kraepelin and back again via Austin. In Xavier F. Amador & Anthony S. David (eds.), *Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*. Oxford University Press: 47–66.
166. Cutting J. First rank symptoms of schizophrenia: their nature and origin. *Hist Psychiatry*. 2015;26(2):131–46.
167. Halling S, Nill JD. A brief history of existential-phenomenological psychiatry and psychotherapy. *J Phenomenol Psychol*. 1995;26(1):1–45.
168. Stanghellini G, Ballerini M, Presenza S, Mancini M, Raballo A, Blasi S, et al. Psychopathology of Lived Time: Abnormal Time Experience in Persons with Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2016;42(1):45–55.
169. Conrad K. *Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltsanalyse des Wahns*. Thieme; 1979.
170. Mishara AL. Klaus Conrad (1905–1961): delusional mood, psychosis, and beginning schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009;36(1):9–13.

171. Fuchs T. Delusional mood and delusional perception—a phenomenological analysis. *Psychopathology*. 2005;38(3):133–9.
172. de Leon J. Is it time to awaken Sleeping Beauty? European psychiatry has been sleeping since 1980. *Rev Psiquiatr y Salud Ment (English Ed)*. 2014;7(4):186–94.
173. Koehler K, Sauer H. Jaspers' sense of presence in the light of Huber's basic symptoms and DSM-III. *Compr Psychiatry*. 1984;25(2):183–91.
174. Wilson M. DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. *Am J Psychiatry*. 1993;150: 399p.
175. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. BSABS: Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen Bonn Scale for the assessment of basic symptoms manual, kommentar, dokumentationsbogen. Springer-Verlag; 2013.
176. Møller P, Husby R. The Initial Prodrome in Schizophrenia: Searching for Naturalistic Core Dimensions of Experience and Behavior. *Schizophr Bull*. 2000;26(1):217–32.
177. Nordgaard J, Parnas J. Self-disorders and the schizophrenia spectrum: a study of 100 first hospital admissions. *Schizophr Bull*. 2014;40(6):1300–7.
178. Raballo A, Pappagallo E, Dell'Erba A, Lo Cascio N, Patane' M, Gebhardt E, et al. Self-disorders and clinical high risk for psychosis: an empirical study in help-seeking youth attending community mental health facilities. *Schizophr Bull*. 2016;42(4):926–32.
179. Nelson B, Whitford TJ, Lavoie S, Sass LA. What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia?: Integrating phenomenology and neurocognition. Part 1 (Source monitoring deficits). *Schizophr Res*. 2014;152(1):12–9.
180. Mishara A, Bonoldi I, Allen P, Rutigliano G, Perez J, Fusar-Poli P, et al. Neurobiological models of self-disorders in early schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2015;42(4):874–80.
181. Møller P, Haug E, Raballo A, Parnas J, Melle I. Examination of anomalous self-experience in first-episode psychosis: interrater reliability. *Psychopathology*. 2011;44(6):386–90.
182. Scotti-Muzzi E, Saide OL. Schizo-obsessive spectrum disorders: an update. *CNS Spectr*. 2017;22(3):258–72.
183. Rutter M. Comorbidity: Concepts, claims and choices. *Crim Behav Ment Heal*. 1997;7(4):265–85.
184. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009;35(2):383–402.
185. Roca-Bennasar M, Garcia-Mas A, Llaneras N, Blat J. Kraepelin: An expert system for the diagnosis of obsessive-compulsive disorders. *Eur psychiatry*. 1991;6(4): 171-175.
186. Ballerini A, Stanghellini G. Phenomenological questions about obsession and delusion. *Psychopathology*. 1989;22(6):315–9.
187. Birnie WA, Littmann SK. Obsessionality and schizophrenia. *Can Psychiatr Assoc J*. 1978;23(2):77–82.
188. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617–27.

189. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull.* 2012;38(5):895–8.
190. Keeley JW, Gaebel W. Symptom rating scales for schizophrenia and other primary psychotic disorders in ICD-11. 2017: 1-6.
191. Devi S, Rao NP, Badamath S, Chandrashekhar CR, Janardhan Reddy YC. Prevalence and clinical correlates of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2015;56:141–8.
192. Achim AM, Maziade M, Raymond É, Olivier D, Mérette C, Roy M-A. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull.* 2009;37(4):811–21.
193. Sterk B, Lankreijer K, Linszen DH, de Haan L. Obsessive–Compulsive Symptoms in First Episode Psychosis and in Subjects at Ultra High Risk for Developing Psychosis; Onset and Relationship to Psychotic Symptoms. *Aust New Zeal J Psychiatry.* 2011;45(5):400–6.
194. Doyle M, Chorchorain AN, Griffith E, Trimble T, O’Callaghan E. Obsessive compulsive symptoms in patients with Schizophrenia on Clozapine and with Obsessive Compulsive disorder: A comparison study. *Compr Psychiatry.* 2014;55(1):130–6.
195. Devulapalli KK, Welge JA, Nasrallah HA. Temporal sequence of clinical manifestation in schizophrenia with co-morbid OCD: Review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2008 Oct [cited 2017 Nov 8];161(1):105–8.
196. Faragian S, Fuchs C, Pashinian A, Weizman R, Weizman A, Poyurovsky M. Age-of-onset of schizophrenic and obsessive-compulsive symptoms in patients with schizo-obsessive disorder. *Psychiatry Res.* 2012;197(1–2):19–22.
197. Lysaker PH, Whitney KA. Obsessive–compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence, correlates and treatment. *Expert Rev Neurother.* 2009;9(1):99–107.
198. Guillem F, Satterthwaite J, Pampoulova T, Stip E. Relationship between psychotic and obsessive compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2009;115(2–3):358–62.
199. Kim SW, Jeong BO, Kim JM, Shin IS, Hwang MY, Paul Amminger G, et al. Associations of obsessive-compulsive symptoms with clinical and neurocognitive features in schizophrenia according to stage of illness. *Psychiatry Res.* 2015;226(1):368–75.
200. Tonna M, Ottoni R, Affaticati A, Ferrari L, Monici A, Ossola P, et al. The impact of obsessive dimension on symptoms and functioning in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2015;230(2):581–4.
201. Attademo L, Bernardini F, Quartesan R. Schizo-Obsessive Disorder: A Brief Report of Neuroimaging Findings. *Psychopathology.* 2016;49(1):1–4.
202. Tas C, Mogulkoc H, Eryilmaz G, Gogcegoz-Gul I, Erguzel TT, Metin B, et al. Discriminating schizophrenia and schizo-obsessive disorder: a structural MRI study combining VBM and machine learning methods. *Neural Comput Appl.* 2016;1–11.
203. 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 - Neuropsychiatr Genet.* 2005;133 B(1):31–6.

204. Meijer JH, Swets M, Keeman PS, Nieman DH, Meijer CJ. Is a Schizo-Obsessive Subtype Associated With Cognitive Impairment? and Their Unaffected Relatives. 2013;201(1): 30–5.
205. Whitney KA, Fastenau PS, Evans JD, Lysaker PH. Comparative neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder and schizophrenia with and without obsessive-compulsive symptoms. *Schizophr Res*. 2004;69(1):75–83.
206. Borkowska A, Pilaczyńska E, Rybakowski JK. The frontal lobe neuropsychological tests in patients with schizophrenia and/or obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2003;15(3):359–62.
207. Haan L De, Schirmbeck F, Zink M. Obsessive- Compulsive Symptoms in Schizophrenia. 2015. 10-11 p.
208. Insel TR. Obsessive compulsive disorder—five clinical questions and a suggested approach. *Comp Psychiatry*. 1982;23(3): 241-251.
209. Eisen JL. Obsessive-Compulsive Disorder in Patients With Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154:271–3.
210. Poyurovsky M, Faragian S, Kleinman-Balush V, Pashinian A, Kurs R, Fuchs C. Awareness of Illness and Insight Into Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(9):765–8.
211. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1994;32(3):343–53.
212. Lysaker PH, Lancaster RS, Nees MA, Davis LW. Patterns of obsessive-compulsive symptoms and social function in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2004;125(2):139–46.
213. Schirmbeck F, Rausch F, Englisch S, Eifler S, Esslinger C, Meyer-Lindenberg A, et al. Stable cognitive deficits in schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive symptoms: a 12-month longitudinal study. *Schizophr Bull*. 2012;39(6):1261–71.
214. Tumkaya S, Karadag F, Oguzhanoglu NK, Tekkanat C, Varma G, Ozdel O, et al. Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: A neuropsychological comparison. *Psychiatry Res*. 2009;165(1–2):38–46.
215. Tiryaki A, Özkorumak E. Do the obsessive-compulsive symptoms have an effect in schizophrenia? *Compr Psychiatry*. 2010;51(4):357–62.
216. Poyurovsky M, Weizman A, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: clinical characteristics and treatment. *CNS Drugs*. 2004;18(14):989–1010.
217. Suhr JA, Spitznagel MB, Gunstad J. An Obsessive-Compulsive Subtype of Schizotypy. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(11):884–6.
218. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive–compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry*. 2006;11(5):495–504.
219. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophr Bull*. 2007;33(1):108–12.

220. Basso E. From the Problem of the Nature of Psychosis to the Phenomenological Reform of Psychiatry. Historical and Epistemological Remarks on Ludwig Binswanger's Psychiatric Project. *Med Stud.* 2012;215–32.
221. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull.* 2012;39(2):270–7.
222. Abramowitz JS, Houts AC. Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder. Springer Science & Business Media; 2006: 73-95.
223. Twohig MP. The Application of Acceptance and Commitment Therapy to Obsessive-Compulsive Disorder. *Cogn Behav Pract.* 2009;16(1):18–28.
224. Sevincok L, Akoglu A, Arslantas H. Schizo-obsessive and obsessive-compulsive disorder: Comparison of clinical characteristics and neurological soft signs. *Psychiatry Res.* 2006;145(2–3):241–8.
225. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer J-P. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standardisation. *Br J Psychiatry.* 1989;155(7): 59-65.
226. McCaffrey G, Raffin-Bouchal S, Moules NJ. Hermeneutics as research approach: A reappraisal. *Int J Qual Methods.* 2012;11(3):214–29.
227. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1970;126(7):983–7.
228. Shorter E. A historical dictionary of psychiatry. Oxford University Press; 2005: 36, 129, 267, 306.
229. Parnas J, Licht D, Bovet P. Cluster A personality disorders: a review. *Personal Disord.* 2005;8:1.
230. Eysenck HJ. The structure of human personality. 1953. Chapter 3, Personality Traits and Their Measurement: 53-82.
231. Eysenck HJ. Classification and the problem of diagnosis. In *Handbook of Abnormal Psychology* ed HJ Eysenck. 1960: 1-32.
232. Zachar P, Kendler KS. Psychiatric disorders: a conceptual taxonomy. *Am J Psychiatry.* 2007;164(4):557–65.
233. Potuzak M, Ravichandran C, Lewandowski KE, Ongür D, Cohen BM. Categorical vs dimensional classifications of psychotic disorders. *Compr Psychiatry.* 2012;53(8):1118–29.
234. Möller HJ. Systematic of psychiatric disorders between categorical and dimensional approaches: Kraepelin's dichotomy and beyond. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;258(SUPPL. 2):48–73.
235. Haslam N. Kinds of Kinds: A Conceptual Taxonomy of Psychiatric Categories. *Philos Psychiatry, & Psychol.* 2002;9(3):203–17.
236. Avasthi A, Kumar D. Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder. *Med Educ.* 2004;6(1): 9-14.
237. Rejón Altable C, Denning DT. Psychopathology beyond semiology. An essay on the inner workings of psychopathology. *Hist Psychiatry.* 2013;24(1):46–61.

- 238.Škodlar B, Henriksen MG, Sass LA, Nelson B, Parnas J. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a critical evaluation of its theoretical framework from a clinical-phenomenological perspective. *Psychopathology*. 2013;46(4):249–65.
- 239.Raballo A, Parnas J. Examination of Anomalous Self-Experience. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200(7):577–83.
- 240.Parnas J, Henriksen MG. Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical and research perspective. *Harv Rev Psychiatry*. 2014;22(5):251.
- 241.Lee Han-Joo HJ, Telch MJ. Differences in latent inhibition as a function of the autogenous-reactive OCD subtype. *Behav Res Ther*. 2010;48(7):571–9.
- 242.Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis “prodromal” population. *Schizophr Bull*. 2012;38(6):1277–87.
- 243.Bürky M. Obsession in the strict sense: A helpful psychopathological phenomenon in the differential diagnosis between obsessive-compulsive disorder and schizophrenia. *Psychopathology*. 2007;40(2):102–10.
- 244.Craig T, Hwang MY, Bromet EJ. Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis. *Am J Psychiatry*. 2002;159(4):592–8.
- 245.Jansson L. Near-psychotic phenomena in a clinical context. In: *The Assessment of Psychosis: A Reference Book and Rating Scales for Research and Practice*. Routledge, Taylor and Francis, New York and London; 2015: 55-74.
- 246.Rasmussen AR, Parnas J. Pathologies of imagination in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131(3):157–61.
- 247.Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: The basic symptom concept. *Schizophr Bull*. 2009;35(1):5–8.
- 248.Solyom L, DiNicola VF, Phil M, Sookman D, Luchins D. Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Can J Psychiatry*. 1985;30(5):372–80.
- 249.Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Ann*. 1989;19(2):67–73.
- 250.Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1990;51(2): 10-13.
- 251.Lelliott PT, Noshirvani HF, Baçoğlu M, Marks IM, Monteiro WO. Obsessive-compulsive beliefs and treatment outcome. *Psychol Med*. 1988;18(3):697–702.
- 252.Baçoğlu M, Lax T, Kasvikis Y, Marks IM. Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 1988;2(4):299–317.
- 253.Minkowski E. La schizophrénie. *Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Payot. 2002: 285p.
- 254.Spiegelberg H. Phenomenology in psychology and psychiatry: A historical introduction. Northwestern University Press; 1972: 261-281.
- 255.Binswanger L. The case of Lola Voss. Needleman, J *Being-in-the-World* New York Basic Books. 1963;326–31.
- 256.Cole DA. Taxometrics in Psychopathology Research: An Introduction to Some of the Procedures and Related Methodological Issues. *J Abnorm Psychol*. 2004;113(1):3–9.

8. ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Barış ÖZGÜR

Doğum yeri ve tarihi: Adana, 12.08.1984

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Bekar

Askerlik durumu: Tecil

İletişim adresi ve telefonu:

Yabancı dili: İngilizce, Fransızca, Almanca, Latince, Antik Grekçe

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi 2008-2011

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 2003-2008

Galatasaray Lisesi 1995-2003

Mimar Kemal İlkokulu 1990-1995

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Asistan Doktor

Pratisyen Tabip

IV- Mesleki Deneyimi

BRSHH 2. Psikiyatri Asistan Hekimi 2012-2017

Devrek Sağlık Grup Başkanlığı 2011-2012

Devrek Toplum Sağlığı Merkezi Başkanlığı 2011-2011

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Psikiyatri Tarihi, Psikiyatrik Sınıflandırmalar, Fenomenolojik Psikopatoloji,

Şizofreni

Yayınları: (Ulusal ya da uluslararası makale, bildiri, poster, kitap/kitap bölümü vb.)

Yok

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar: Yok

Ödüller: Yok

Projeleri: Yok

Verdiği konferans ya da seminerler

49. Ulusal Psikiyatri Kongresi / Filmlerden Fragmanlarla Duygudurum

Bozuklukları

53. Ulusal Psikiyatri Kongresi / Boyutsal Yaklaşım mı, Kategorik Yaklaşım mı?

Katıldığı paneller (panelist olarak)

49. Ulusal Psikiyatri Kongresi / Dünyada Psikiyatrik Sınıflandırmalar

53. Ulusal Psikiyatri Kongresi / Tarihte Mucize Tedaviler

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

TKYÖ Introductory Workshop, 2017

Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar

Yok

Diğer üyelikleri

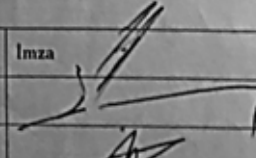
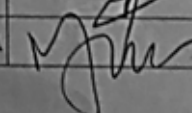
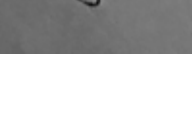
Yok

9. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

7-606

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obsesyon ve Hezeyan Ayrımına Fenomenolojik Bir Yaklaşım: Şizofreni, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Şizo-Obsesif Bozuklukta Tuhaf Kendilik Yaşantılarının Karşılaştırılması						
	BASVURU TARİHİ VE SAYISI	30.01.2017-3763						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Asistan Dr. Barış ÖZGÜR						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi						
	DESTEKLEYİCİ	-						
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-						
	ARAŞTIRMANIN FAZİ							
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon Yüksek Doz Araştırması Diğer ise belirtiniz: Kesitsel						
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	☒	ÇOK MERKEZLİ	☐	ULUSAL	☐	ULUSLAR ARASI
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	Dili				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	☒	☐	Türkçe	İngilizce	Diğer		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☒	☐	Türkçe	İngilizce	Diğer		
	OLGU RAPOR FORMU	☐	☒	Türkçe	İngilizce	Diğer		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	☐	☒	Türkçe	İngilizce	Diğer		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-						
	DİĞER:	-						
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 07.02.2017	Karar No: 606						
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.							
BRSHH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU								
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. M. Cem İLNEM							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişki		İmza				
Doç. Dr. Erhan EMEL	Nöroşirürji	E ☐	H ☐	  				
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ	Psikiyatri	E ☐	H ☐					
Uz. Dr. Nesrin B. TOMRUK	Psikiyatri	E ☐	H ☒					

EK 2 - BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

"Obsesyon Ve Hezeyan Ayrımına Fenomenolojik Bir Yaklaşım: Şizofreni, Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ve Şizo-Obsesif Bozuklukta Tuhaf Kendilik Yaşantılarının Karşılaştırılması" konulu tez çalışması Uz. Dr. Ayşegül Ermiş'in danışmanlığında Dr. Barış Özgür tarafından yürütülmektedir. Bu çalışma Şizofreni ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk birlikteliğinin fenomenolojik ve tanısal yönlerini aydınlatmayı amaçlamaktadır.

Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. Çalışmada yalnızca basılı kâğıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır (Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu, Tuhaf Kendilik Yaşantıları Ölçeği vb). Bir sorun tespit edildiğinde bilgilendirileceksiniz ve dilediğiniz takdirde tedaviniz araştırmacılar tarafından üstlenecektir. İsminiz her koşulda saklı tutulacaktır. Araştırmanın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır. Araştırmacılar Helsinki Bildirgesine uygun hareket edeceklerini taahhüt eder.

Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız yakınlarınıza uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacılar tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde, bu çalışmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiçbir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Katılımcı

Tarih:

İsim:

İmza:

Gözlemci

Tarih:

İsim:

İmza:

Araştırmacı

Tarih:

İsim:

İmza:

EK 3 - SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih:

Adı – soyadı:

Tanısı:

Adres:

Telefon:

1. Cinsiyeti:

(1) erkek (2) kadın

2. Yaşı:

3. Doğum tarihi: / /

4. Eğitim durumu:

(1) Okuryazar değil (2) Okuryazar (3) İlkokul (4) Ortaokul (5) Lise (6) Yüksekokul

5. Medeni durumu:

(1) Bekar (2) Evli (3) Dul (4) Boşanmış/Ayrı

6. İşi:

(1) İşsiz (2) Ev hanımı (3) Memur/İşçi (4) Ticaret (5) Emekli (6) Öğrenci

7. Anne ve babanız:

(1) Beraber (2) Ayrı

8. Sizi büyüten kişi

(1) Anne-baba (2) Kardeş (3) Akraba (4) Yetiştirme yurdu

9. Babanızın eğitim durumu:

(1) Okuryazar değil (2) Okuryazar (3) İlkokul (4) Ortaokul (5) Lise (6) Yüksekokul

10. Annenizin eğitim durumu:

(1) Okuryazar değil (2) Okuryazar (3) İlkokul (4) Ortaokul (5) Lise (6) Yüksekokul

11. Bilinen başka bir tıbbi hastalık var mı? ☐ hayır ☐ evet

Evet İse tanısı / tedavisi / süre

.....
...
.....
....

12. Daha önce konulmuş psikiyatrik hastalık tanısı var mı? ☐ hayır ☐ evet

Evet ise tanısı / tedavisi / süre

.....
...
.....
....

13. Ailede (hasta hariç) bir fertte psikiyatrik hastalık tanısı var mı? ☐ hayır ☐ evet

Evet ise tanısı / tedavisi / süre

.....
...
.....
....

14. Alkol/madde sorunu var mı?

☐ hayır ☐ evet

15. Sigara Kullanıyor mu?

☐ hayır ☐ evet

21. İntihar girişimi öyküsü var mı? ☐ hayır ☐ evet

Evet ise sayısı ve yöntemi:

.....
....
.....
....

23. Hastalık tanısı kaç yıldır var?

(1) 0-5 yıl (2) 5-10 yıl (3) 10-20yıl (4) 20-30 yıl (5) 30 yıldan fazla

EK 4 - TUHAF KENDİLİK YAŞANTILARI ÖLÇEĞİ

Sahalar ve İtemlerin Tariflenmesi

1 Biliş ve Bilinç Akışı

Sahanın genel tanımı: normal bir bilinçlilik hali zamanda süreklilik gösteren, akıcı, bir kişi tarafından ikamet edilen ve introspektif olarak mekandan farklı olarak şeffaftır (anında veya doğrudan verili olarak).

1.1 Düşünce Sokulması (thought interference)

Bazı düşünce içeriklerinin (fikirler, kurgular, veya dürtüler) semantik olarak düşünüşün ana hattından kopuk ve otomatik bir şekilde belirir (illa ani veya çok sayıda olmayabilir) ve düşünüşün ana hattını bölerek araya girerler. Böyle düşünceler genellikle (ama her zaman değil) duygusal olarak yüksüzdür ve özel veya sıradışı bir anlam içermeleri gerekmez. Hastalar böyle düşünceleri tarif etmek için kendilerine has ifadeler kullanabilirler (düşünce tiki, akut düşünceler, ve gerçeküstü düşünceler). Düşünce sokulması genellikle sıklığı artarak düşünce baskısına dönüşür (bu durumda her iki item de puanlanmalı). Sokulan düşünceler aynı zamanda anonim, kişisel olmayan düşüncelermiş hissi verebilir [2.2.1 ve 1.2'ye bakınız].

1.2 Düşüncenin İyeliğini Kaybetmesi (loss of thought ipseity)

Bazı düşüncelerin (genellikle sokulan düşünceler: 1.1) iyelikten yoksun olduğu hissi [2.2.1 mevcutsa beraber skorlayın]. düşünceler anonimmiş veya hiçbir türlü tarif edilemez şekilde garip (öncelikle içerik anlamında kastedilmese de) olarak hissedilir. Hasta düşüncelerin kendisiyle bir bağı olmadığını veya hasta tarafından üretilmediğini (otokton düşünceler) düşünebilir fakat düşüncelerin kendi içinde üretildiğinden, kaynağın kendisi olduğundan şüphe etmez.

Diğer bir durum ise okurken gerçekleşir: hasta sanki metin aynı anda bir başkası tarafından da okunuyormuş hissinin kapılabilir (sanki her nasılsa bir başka sübjektivite okuma sürecine katılıyormuş gibi). Hasta kendisinin düşüncelerin kaynağı olduğuna dair akılcı bir inancı korur.

Not: Burada sorgulanan temel fenomenin iyelikte bir bozulma olduğunu fark etmek önemlidir, yani otomatik benim duygusu veya birinci tekil şahıs perspektifi. Dahası düşüncelerin ve fikirlerin zihinde aniden belirmesini yaşantılamamanın oldukça normal olduğunu not etmeliyiz. Bazı fikirlerin istemlice üretildiklerini söyleyemeyiz (yasak düşünceler). Gene de bu vakıalarda, anında veya düşünce öncesi iyelik duygusu kendini asla sorgulamaz.

Düşünce sokulması vakıasında da burada tarif edildiği gibi düşünceler anonim bir nitelikte olabilirler. Aynı zamanda bazı rüminatif yaşantılar da bu özelliğe sahip olabilir. Böyle durumlarda bütün uygun itemleri puanlayın.

1.3 Düşünce Baskısı

Farklı, alakasız veya zayıfca bağlantılı anlam/içerikte pek çok düşünce (veya görüntü) kısa aralıklarla hastanın bastıramayacağı veya yönlendiremeyeceği (yeni bir içeriğe de yönelemeden) şekilde belirip kaybolmaları. Diğer taraftan, tüm bu

düşünceler hastaya aynı anda (simültane biçimde) gerçekleşiyormuş gibi görünebilir. Bu semptom bir kontrol eksikliğini, çok sayıda değişen düşünceleri içerdiği gibi hasta açısından bir ortak tema eksikliği ve dolayısıyla anlam veya koherans kaybı da barındırır. Düşüncelerin semantik içeriği rahatsız edici olabileceği gibi belirli kişisel bir kıymeti olmadan nötr ve hatta önemsiz olabilir. Bu fenomen sıklıkla düşüncelerin bir mekan içerisindeymiş gibi yaşantılandığı ve bazen zayıf bir akustik nitelik kazandığı düşüncenin yer değiştirmesi yaşantısına eşlik edebilir.

1.4 Düşünce Bloğu

Sübjektif bir düşünce bloğu; ani bir düşünce boşluğu, düşüncelerin kesintiye uğraması, sönmesi veya bağ kaybı şeklinde yaşantılanabilir. Tümüyle sübjektif olabileceği gibi hastanın konuşmasında bir tutukluk olarak gözlenebilir.

Alttip 1

Blok: Eskisinin aniden kaybolmasını yeni bir düşünce takip etmeksizin. Eski düşünce aniden ve tümüyle yerine bir yenisi geçmeden kaybolur. Bir süre sonra düşünme devam eder.

Alttip 2

Sönümlenme: Eskisinin yavaş ve kademeli olarak kaybolmasını yeni bir düşünce takip etmeksizin. Düşüncenin sönümlenmesi süreklilik göstermeyebilir, paroksizmal veya fazik nitelikte olabilir, yani düşünce zayıflayıp solabilir ve sonra berrak ve ayırık bir hal alıp son olarak tekrar kayıp gidebilir.

Alttip 3

Sönümlenmeye eşlik eden eşzamnlı ve ardışık düşünce sokulması: eski olan yavaşça sessizliğe çekilirken yeninin daha baskın olduğu bir şekilde eski ve yeni düşünce yan yana bulunur. Eski düşünce kademeli olarak ve bazen düzensiz bir şekilde ölüp gider (bilinçliğin odağındaki yerini kaybeder) ve eşzamanlı olarak giderek odağa yerleşen yeni düşünce sokulur ve direnç kazanır. Yeni düşüncelerin sokulmasına bağlı olarak, düşünce boşluğu hissi yoktur.

1.5 Sessiz Düşünce Ekosu

Bir kişinin düşüncelerinin kendiliğinden (istemsiz olarak) tekrar ettiği veya her nasılsa çiftlendiği hissi.

"Gedankenlautwerden"deki gibi algılama hissi yoktur.

1.6 Rüminasyonlar - Obsesyonlar

(Genellikle) bazı bilinç içeriklerinin tekrarı veya inatçılığı şeklinde seyreden bozukluk (ör. düşünceler, kurgular, görüntüler): bu içerikler herhangi bir geçmiş olayla ilişkili olabilir. Günün sohbetlerinin veya hatırlanan olayların titizlikle yeniden gündeme gelmesi şeklinde de olabilir.

Beraber de bulunabilecek dört alttipi vardır.

Alttip 1

Primer rüminasyonlar: burada, hasta obsesyon benzeri zihin durumunu açıklayacak bir neden bulamaz: ör. basitçe gün boyunca olanları tekrar düşünüyor ve tekrar

yaşıyordu - bir aşağılık veya kırılabilirlik duygusundan, paranoid bir tutumdan veya kafa karışıklığından kaynaklanmadığı açıktır.

Alttip 2

İkincil rüminasyonlar: Obsesyon benzeri durumlar depresif bir durumdan veya daha ön planda olan paranoid bir fenomenden kaynaklanmaktadır veya barizlik kaybının, bozukmuş temel kendilik duygusunun veya aşırı üzerine düşünmenin bir sonucu olarak belirir.

Alttip 3

Gerçek obsesyonlar: Eşlik eden bir iç dirençle ve korkunç, tiksiniç bir içerikle seyreden ego distonik durumlar (obsesif-kompulsif bozuklukta olduğu gibi, hem istem dışı olmaları hem içerikleri açısından hasta bunları saçma veya garip bulur).

Alttip 4

Yalancı obsesyonlar: Daha ego sintonik (bu sebeple direnç ya hiç yoktur veya duruma göredir), sıklıkla hayali resimlerle karakterize ve doğrudan saldırgan, cinsel olarak sapkın veya başka türlü acayip bir içerikteki obsesyon benzeri fenomenlerdir. Anksiyeteyi tetikleyebilir.

Alttip 5

Rüminasyonlar/obsesyonlara eşlik eden ritüeller/kompulsiyonlar: Yukarıda tarif edilen dört fenomenden herhangi birine ritüeller veya kompulsif davranışlar eklenmiştir. Bütün uygun itemleri değerlendiriniz.

1.7 İç Sesin veya Düşüncenin Algılanması

Düşünceler veya iç ses akustik ve daha ağır durumlarda işitsel nitelikler kazanırlar. Hasta başkalarının kendi düşüncelerine erişebildiğini veya duyabildiğini hissetmiyordur veya sadece geçici olarak bu hisse kapılıyordur ve anında bu hissi bastırabiliyordur (ör. her nasılsa diğerleri düşüncelerini duyabilir diye odadan çıkmamak; eğer vakıa buysa, şizofreninin birinci sıra semptomları arasında sayılmalıdır). Bazı hastalarda semptom sadece okuma sırasında görülür. "Gedankenlautwerden" başlarda sadece sübjektif mekana sınırlıdır ve ilk aşamalarda kendilik ile iç ses arasında artan bir mesafe olarak yaşantılanabilir: iç ses kademe kademe kısmen algılanan seviyede bir yerden geliyormuş gibidir. Hasta sesleri kulağıyla duymuyordur, sadece içinden geliyordur. Haliyle, ağır psikoza, hasta düşüncelerinin başkalarınca söylendiğini veya kendisine media yoluyla iletildiğini işitebilir. Bazı hastalar normal, olağan iç sesleriyle düşünürken "Gedankenlautwerden" de eşlik ediyor olabilir, bazılarında ise tümüyle "Gedankenlautwerden" hakimdir. "Gedankenlautwerden"in başlangıç zamanını kestirmek genellikle mümkün olmaz: diğer bir deyişle, semptom belirgin olarak her zaman mevcuttur ve bu yüzden tümüyle ego sintonik olarak yaşantılanır.

Gedankenlautwerden benzeri bazı başka fenomenler de vardır, yani hasta bir şekilde içten içe düşüncelerinin yazıldığını görüyordur, bazen bir film şeridi şeklinde de görebilir (alttip 2), kişi leksikal olarak anlamlı olan iç sesine veya bir nevi kendisiyle sürüp giden sürekli konuşmasına yaşantısal olarak mesafelenmiştir.

Alttip 1

Gedankenlautwerden, içsel.

Alttip 2

Gedankenlautwerden, eşdeğerleri (yazılan düşünceler gibi).

Alttip 3

Gedankenlautwerden, içsel fakat psikotik bir birinci sıra semptomu olarak (çok gürültülü olduğu için düşüncelerinin duyulacağından korkma).

Alttip 4

Gedankenlautwerden, dışsal (veya düşüncenin dışarıda yankılanması; burada hasta düşüncesinin tekrar edildiği veya tekrar seslendirildiğini hisseder), dışarıdan gelen işitsel varsanı olarak.

1.8 Düşüncenin Yer Değiştirmesi

Düşünceler, hisler, veya diğer yaşantılar veya zihinsel süreçler mekan içerisinde bir yere aitmiş gibi yaşantılanır, yani başın veya beynin bir yerine lokalizeymiş gibi veya mekansal terimlerle (yani yer, mekansal ilişki veya hareket) tarif edilir.

1.9 Ambivalans

İki veya daha fazla seçenekten birine karar verememe. Çatışan eğilimlerin veya hislerin inatçı ve acı verici şekilde bir arada bulunduğu bilincinde olmak. Ambivalans çok basit veya önemsiz günlük kararlarda bile gerçekleşebilir. Hasta ya hiç karar veremiyordur, ya karar vermek için daha fazla zamana ihtiyacı vardır, veya en son verdiği karar hakkında anında kararsızlığa düşüyordur ve kararını değiştiriyordur. Burada skorlanan diğer bir ilişkili fenomene hastanın çatışan düşüncelere veya hislere tam olarak aynı anda sahip olduğundan şikayet etmesidir. Bu fenomene kara karışıklığı veya eylem tutulması eşlik edebilir. Kararsızlık; ne pişileceği, veya ne satın alınacağı, hangi markayı seçileceği gibi günlük durumlarda belirginleşebilir; ör. hasta daha az seçenek (ve daha az müşteri) olduğu için benzin istasyonundan alış veriş etmeyi yeğleyebilir.

Burada puanlamayın: Hastanın geleceğini önemli ölçüde etkileyebilecek seçenekler arasında yaşadığı kararsızlık - ör. hangi mesleği seçeceği, gerçekten pahalı bir şey almak üzere borçlanıp borçlanmayacağı.

1.10 Sezinin Modalitelerini Ayırt Edememe

Birinin yaşadığı veya yaşantıladığı yaşantısal modalitenin kendiliğinden farkındalığında zorluklar yaşadığı kısa aralıklar veya uzun dönemler. Hasta yaşantıladığının algısı mı yoksa fantazisi mi, bir olayın hatırası mı yoksa bir fantazinin hatırası mı emin olamıyordur. Bu fenomen duygulanışta da bir o kadar geçerlidir: hasta duygulanımı, hisleri, duygudurumunu ayırt edemiyordur. Tarif edemediği veya işaretleyemediği (genellikle negatif) zihinsel durumlar yaşantılıyordur (bilmediğini, kelime bulamadığını yaşantılıyordur). Sesli mi söyledi, sadece düşündü mü emin olamıyor olabilir.

Yorum: Bu fenomen muhtemelen şizofreni spektrumu şartlarında çok sıktır. Normal yaşantıda, mesela bir algılama eyleminde, algılama eylemi kendi farkındalığını doğrudan ve üzerine düşünmeden içerir; bu bir iyelik anıdır. Diğer bir deyişle, algılarken ve düşünürken, algıladığım veya düşündüğüm gerçeğin farkına mevcut zihinsel durumum üzerine düşünerek, içe dönük bir incelemeyle ve onu sezinin diğer mümkün modaliteleriyle (ör. fantazi kurma) kıyaslayarak varmıyorum. Her yaşantı, her sezisel eylem normalde bu iyelikle dile getirilir, yani düşünmenin öncesinde de kendiliğinden kendi farkındalığını içerir. Bu alandaki güçlükler derin bir iyelik bozukluğuna işaret etmektedir.

1.11 Düşünce İnisiyatifi veya Düşüncenin Sezisinde Bozukluk

Entelektüel amaçlarda, "düşünce enerjisi"nde ve düşünceyi başlatmakta sübjektif bir bozukluk. Bu semptom, bir görevi yapılandırmak ve planlamak anlamında öznel olarak yaşantılanır ve amaca yönelmekte zaaf şeklinde gözlemlenebilir. Düşünceyi başlatmakta ve "enerji"sindeki bozukluklar kendilerini aynı zamanda kendi kendine işe başlamakta kabiliyet eksikliği olarak ve yemek yapma veya deneme yazma gibi bazı eylemleri yapılandırmakta güçlükler olarak gösterebilirler.

1.12 Dikkat Bozuklukları

Alttip 1

Algısal alanda dikkatin bir detaya takılıp kalması. Görsel alanda arkaplandan ayrışan bir kısım veya belirli bir görsel özelliğin, neredeyse izole ve her nasılsa yeni bir şey belirecekmiş gibi bu görünüm tek başına bütün dikkati ele geçirebilir. Hasta bu detaya bakıp durmalıdır, gene de öyle yapmak istemiyordur (algının sabitlemesi, büyülenme) ve dikkatini başka yöne çevirmekte güçlük çekiyordur. Algılanan detay genellikle psikolojik veya sembolik bir anlam içermiyordur (kapsayıcı derealizasyonun tersine).

Alttip 2

Dikkati bölememe. Birden fazla algısal modalitenin katılımını gerektiren işlerle baş etmekte güçlük, görsel ve işitsel uyarının eşzamanlı işlenmesi gibi.

1.13 Yakın Dönem Hafıza Düzensizlikleri

Bazı şeyleri birkaç dakikadan fazla akılda tutma kapasitesinde düşüklük. Özneler konuşmanın veya hikayenin içeriği anlıyorlarsa da, hatırlamayı veya canlandırmayı başaramazlar. İlerledikçe başını unuttuklarından, kitap okuyamadıkları veya film izleyemediklerini bildirirler.

1.14 Zaman Yaşantısında Bozukluklar

Sübjektif zaman akışında bir değişiklik veya geçmişe karşı gelecek şeklindeki varoluşsal öykünün zamanında gerçekleşen temelden bir zaman yaşantısı değişimi (can sıkıntısı veya keyifle zaman akışının hızındaki değişimler buraya dahil edilmemeli).

Alttip 1

Sübjektif zaman akışı yaşantısında bozukluk: ör. zamanın aceleyle ilerlediği duygusu, zamanın yavaşlaması, donup kalması, veya zamanın sürekliliğini kaybedip parçalı hale gelmesi.

Altıtip 2

Varoluşsal zamanda bozukluk: ör. hayatın; geleceğe dair bir planın rehberliğinden mahrum bir şimdi ile kısıtlanması olarak, veya donup kalmış bir geçmişin stereotipik/tekrarlı yeniden yaşanışı şeklinde tıka basa dolu bir şimdi gibi, veya geleceğin bloklandığı veya ulaşılmaz olduğu yaşantısı olarak görünmesi.

1.15 Kendi Eylemlerinin Farkındalığında Süreksizlik

Bu semptom birinin kendi eylemlerinin farkındalığında kesintiler yaşamasını kapsar. Hasta bir eylemi yürütürken nazı kısa zaman aralıklarını hatırlamadığını bildirir, ör. mutfağa nasıl geldiğini hatırlayamıyordur, veya şehrin belirli bir yerine. Semptom dissosiyatif füğ ile örtüşmektedir.

1.16 Kastedilen ve İfade Edilen Sözlerin Ahenksizliği

Birinin kendini kendi mevcut hislerine veya emosyonlarına uygun şekilde ifade edemediğine dair sübjektif yaşantı. Hasta konuşmasının, davranışının, tavırlarını ve yüz ifadelerinin hissettiği ile aynı çizgide veya uyumlu olmadığını yaşantılar; ifade edişini yanlış görünümde ve çarpıkmiş gibi hisseder ve bir şekilde kendi kontrolü dışındadır.

1.17 İfade Edici Lisanda Bozukluk

Yerinde kelimelerin bulunması ve kullanılmasında bir zaafı beraber kendinde yaşantılanan konuşma engeli. Hasta sözlerinin akıcılığında, isabetinde veya kullanımında bir gerileme veya noksanlık olduğunu farkındadır. Yerinde olan kelimeleri hatırlayamaz, veya kullanması çok daha fazla zaman alır. Bazen sadece bağlamla belli belirsiz bir bağlantısı olan ve çevresel gelimeleri hatırlar.

Hasta bu bozuklukla ortak, geleneksel veya yaygın deyişleri, klişeleri kullanarak, veya sessiz kalarak ve sohbetten kaçınarak (ikincil otizm) baş edebilir.

2 Kendilik Farkındalığı ve Buradalık

Sahanın genel tanımı: Normal bir olmak (varoluş) duygusu kendiliğinden tefekkür edilmemiş buradalığı ve dünyaca sarılmışlığı (doğal, kendiliğinden, bariz) içerir. Fenomenolojik bir kavram olarak buradalık dünyayla hergünkü etkileşimlerimizin, kendilik duygusunu ve dünyayla sarılmışlık duygusunun ayrışmamış halini kapsar: "özne ve nesne, buradalık dediğimiz emsalsiz bir yapının iki soyut anını içerir" [Merleau-Ponty, 1962, s.430].

Üzerine düşünülmemiş sarılmışlık hali birbirine bağımlı iki yapıdan (andan) oluşur:

- 1) Tefekkür edilmemiş buradalık; kendinin farkındalığı; bütüncül birinci tekil şahıs perspektifi; bilincin "şeffaflığı" veya "berraklığı", yaşantının bütüncül iyeliği.
- 2) Üzerine düşünülmemiş buradalık/dünyayla sarılmışlık/dünyaya gömülmüşlük.

Fenomenolojide bu ikisinin fenomenolojik bir düzlemde karşılıklı olarak birbirlerini belirlediklerine dair yaygın kabul söz konusudur. Diğer bir deyişle, bu bileşenlerden

birini etkileyen düzenlilik diğeri üzerinde de bir o kadar iz bırakacaktır. Ne zaman algılarımızın, düşüncelerimizin, hislerimizin veya acılarımızın doğrudan (göndermede bulunmaksızın) farkına varabiliyorsak, (normal) bir buradalıktan söz edebiliriz; tüm bunlar bize anında bizim olduklarını birinci tekil şahıs perspektifinden açığa vururlar. Yaşantı eğer birinci tekil şahıs modunda bir buradalık şeklinde bana verildiyse, benim yaşantım olarak bana verilmiştir ve temel kendilik bilinci vakıası olarak kabul edilir. Kendinin farkındalığı bu yüzden yaşantıdan ayrı bir kendiliği anlamak değildir, aksine buralığın birinci tekil şahıs modundaki yaşantıyla, deyim yerindeyse yaşantının içinden, elde edilebilir. Özne veya yaşantının kendiliği verili olmasının bir özelliği veya işlevidir. Temel kendilik farkındalığı algılama, düşünme, veya kurgulama gibi sezisel yaşantıların kendilerini dile getirdikleri bir ortam veya moddur. Diğer bir deyişle, normal bir yaşantıda, yaşantılama ve kendilik duygusu arasında yaşantısal bir mesafe yoktur.

Kendiliğin temel buradalığı normal olarak yaşantıda içkindir; kendiliğinden özel bir yaşantısal niteliğe sahip değildir. Gene de bozuk buradalık sıklıkla şu klinik özelliklerle ilişkilidir: bilinçliliğin şeffaflığında veya berraklığında azalma, canlılığın veya hayattayım duygusunun azalması, aktivite potansiyelinin veya haz kapasitesinin azalması, dünyanın çekiciliğinde azalma, birinci tekil şahıs perspektifi duygusunda azalma (iyelik/bana aitlik veya yönelimin sıfır noktası), kimlik karmaşası, ve değişen derecelerde yabancılaşma.

Yeni başlayan şizofrenide, düşünce öncesi kendilik farkındalığı çarpıktır; çarpıklık, organik durumlarda veya derin uykuda görülen fenomenlerden farklı bir nitelikte yaşantıyı değişikliğe uğratmıştır.

Anksiyete başlıbaşına kendilik düzensizliklerini yansıtmasa da bu bölümde ele alınmıştır. Bu ilavenin pratik sebepleri bulunmaktadır: ilk olarak, kendiliğin morbid değişimine eşlik eden ve hasta açısından anksiyete olarak belirginleşen ızdırabın ortaya konulmasına yarar; ikinci olaraksa kendilik bozukluklarıyla yakından bağlantılı olan ve anksiyete hakkında yeterli malumatı olamadıkça puanlanmaması gereken "ontolojik anksiyete"nin ortaya konulmasını sağlar.

2.1 Temel Kendilik Duygusunda Azalma

Kapsayıcı bir içsel boşluk duygusu, içsel bir çekirdeğin eksikliği, kapsayıcı bir kimlik zaafiyeti, sanki orada bulunmuyormuş veya diğerlerinden derinden bir farkı varmış gibi bir anonimlik hissi (bu fark bazen, varoluşsal yöneliminin beraber yaşadığı diğer insanlardan temelden farklı olmasıyla bağlantılı olarak, dünya görüşünde bir farklılık olarak belirlenebilir). Bu item sübjektif bir "aşırı uyum sağlamaya çalışma" hissini de içermektedir; yani, bir anda kendiliğinden birine hakim olan kendi içsel dayanağı ('innere Haltung', 'Haltlosigkeit') yokmuş hissiyle bağlantılı olarak her zaman başkalarının bakış açısına ve kanaatlerine uyum gösterme çabasını. Temel kendilik eksikliğine kendine dair kapsayıcı bir olumsuz imaj eşlik edebilir; özne kendini monoton bir şekilde bir çeşit ebedi utançla veya aşağılık duygusuyla (yani somut bağlamlarla anlaşılır bir alakası olmadan), anksiyeteye veya depresyonla tarif ediyor olabilir; otizmin bir göstergesi olarak Minkowski'nin "morbid pişmanlık"ına göz atınız.

Alttip 1

Çocuklukta başlayan: erken yaşamda görülen bu çeşit yaşantıları burada puanlayın, yani halihazırda erken çocukluk veya okul çağında (ilkokul) görülmüşse: hasta her zaman arkadaşlarından derinden farklı olduğunu hissetmiştir.

Alttip 2

Ergenlikte başlayan: Eğer yaşantılar ergenlikten bu yana görülüyorsa burada puanlayın.

NB: Alttip 1 ve 2 birbirlerini dışalamazlar. Farklı olma hissi kendini genellikle başkalarından daha aptal olma hissi/sosyal anksiyete/aşağılık duygusu/izolasyon olarak gösterebilir veya ailenin kendine has özelliklerine yorulabilir (ör. babanın garip mesleği). Görüşmeci ancak belli bir derecede içine sokuldukça bu farklılık hislerini yüzeye çıkarmayı başarabilir. Bu hisler beşinci bölümde tarif edilen solipsistik özelliklere eşlik edebilir.

Yaşantının mevcudiyeti konusunda şüphe duyuluyorsa sadece burada veya alternatif olarak çarpık birinci tekil şahıs perspektifini de dahil ederek pozitif olmak üzere her iki bölümde de puanlanabilir.

2.2 Çarpık Birinci Tekil Şahıs Perspektifi

Bu item fenomenin en az 3 alttipini içerir:

- (3) Bana aitlik duygusunda azalma veya zamansal bir geride kalma veya azalmış öznellik duygusu (bir insan öznesi olmakta).
- (4) Kendilik ile yaşantılanan arasında kapsayıcı fenomenolojik bir mesafe.
- (5) Kendiliğin mekansallaşması.

Alttip 1

Düşüncelerimiz, hislerimiz ve eylemlerimiz bir şekilde şahsiyetsiz, anonim, ve mekanik olarak yürütülüyor gibi görünebilir. Düşüncenin, hissedişin, ve eyleme geçmenin o anda bana aitliği hissi daha da açık bir tarzda azalmıştır (ör. hastaya, bazı düşünce sokulması biçimlerinde olduğu gibi, düşünceleri kendisi tarafından üretilmiyormuş gibi görünebilir) veya bana aitlik hissi sadece zamansal bir geride kalmışlık (bölünmüş saniye) içinde belirebilir.

Hasta kendini bir nesne veya şeymiş, artık ruhtan mahrummuş, özneliği yokmuş gibi hissedebilir

Alttip 2

Kendilik duygusu ile yaşantı (duygusu) arasında derin bir yaşantısal mesafe (fenomenolojik mesafe) olabilir. Normal bir yaşantıda kendilik duygusu ve yaşantı bir ve aynı şeydir; tümüyle birbirlerine kaynaşmışlardır. Aynı zamanda, normal bir iç seyrirde, seyreden ve seyredilen kendilik bir ve aynıdır. Fenomenolojik (yaşantısal) mesafe vakıalarında, hastanın kendini bir tefekkür nesnesiymiş gibi kararlı bir şekilde gözetlemesi söz konusudur. Buna dış dünyaya yüz çevirme eşlik ederek hastanın dünyayla pürüzsüz, doğal etkileşimlere girmesine engel olabilir (diğer bir deyişle, tuhaf yaşantılaşmanın elle tutulur sonuçları vardır). Fenomenolojik (yaşantısal) mesafede, tabiri caizse, kendilik kendi mental içeriklerini ve eylemlerini gözler ve bu durum çifte veya bölünmüş kendilik (aşırı üzerine düşünme ve ben-

bölünmesi) duygusuna dönüşmek üzere yoğunlaşabilir. Bu durum kapsayıcı olmalı, ve sadece durumsal olarak görünmemeli ve hasta tarafından istemli olarak tetiklenmiş olmamalı; hasta fenomenolojik mesafeyi ya kararlı veya oldukça sık bir koşul veya bir problem veya tutulma olarak yaşantılamalı.

NB: Aşırı üzerine düşünme ve ben bölünmesi itemlerini gözden geçiriniz. Daha sonra puanlanan aşırı üzerine düşünme durumları daha az kapsayıcı, daha az yoğun ve stres vericidir ve kısmen istemli kontrole tabii olabilir.

Alttip 3

Yönelimin mutlak yaşantısal noktası [yani kendisinin kesin bir yerleşimi (buradaki kişi benim; kendilik yaşantılamasının tümüyle aynı şeydir) olmadan geri kalan her şeyin mekansal olarak onunla ilişkilendiği (egosantrik mekan)] veya eylemin veya yaşantının bir kutbu/kaynağı/odağı olarak kendilik duygusu belirli bir mekansal yerleşimdeymiş (ben bilinçliliği) veya mekansal uzanım karakteristikleri gösteriyormuş, veya bzaen mekansal olarak yer değiştirmiş gibi hissedilmiş olabilir.

Örtüşme üzerine yorum: Azalmış temel kendilik duygusu ve çarpık birinci tekil şahıs perspektifi, kavramsal ve fenomenolojik olarak ilişkili olduklarından klinik olarak tarfleyici bir düzeyde örtüşebilirler. İkisinin ayrılmasındaki sebep şudur: öncelikle EASE'nün tarfleyici özelliklerine çeşitlilik katmak, ardından da daha az karakteristik olanı daha karakteristik olandan ayırmak. Azalmış temel kendilik duygusunun müspetliği kişisel kimlik duygusundaki zayıflığa dair belli belirsiz şikayetlerin ele alınışına göndermede bulunurken ayırt edilebilir. Bu yüzden de bu tür şikayetlerin kökenden ve yapısal bir iyelik ve ben bilinçliliği bozukluğundan çok daima narratif kendiliği etkileyen kimlik bozukluklarından kaynaklanıyor olma riski mevcuttur (ör. spektrum dışındaki kişilik bozuklukları gibi). Diğer taraftan, çarpık birinci tekil şahıs perspektifi sadece tuhaf bir yaşantı (iyelik ve ben bilinçliliği) yapısını yansıtır.

2.3 Diğer Depersonalizasyon Durumları

Bu bölümün diğer itemlerinde belirtilmeyen bir şekilde birinin kendi zihinsel işlemlerine, düşüncelerine, emosyonlarına, davranışlarına ve kendisine yabancılaşmış olduğuna dair kapsayı ve yaygın bir duygu.

Burada tarif edilen depersonalizasyon bütün bölüm boyunca tarif edilen bozulmuş kendilik farkındalığı fenomeninin erimindedir ve temel kendilik ile birinci tekil şahıs karmaşalarında görülmeye bir yatkınlığı vardır.

İki alttipi vardır: melankoliform depersonalizasyon ve başka türlü adlandıramayan depersonalizasyon.

Alttip 1

Melankoliform depersonalizasyon: melankolik duygudurum değişikliği ve beraberindeki zaman akışının başkalaşması duygusunun, tabiri caizse, ego tarafından hissedilmediği fakat ayrı ayrı gerçekleştiği yaygın olarak kabul görmektedir, yani belirli bir dissosiyatif yolla. Melankolik depresyonda ve yasta, ego baskılanmıştır - özne ile üzgünlüğü arasında bir mesafe yoktur. Diğer taraftan melankolide, ego, canlılığın yavaşlaması/durması (inhibisyonu), geleceğe yönelimde duraklama ve

durağan duygudurum değişiklikleri gibi eşzamanlı olarak gerçekleşen içsel değişimleri tanımlayamaz. Egonun kendi his bozukluğuna tanıklık ettiği söylenebilir; melankolik ızdırap bu bozukluklarla ilişkiye geçmeyi becerememekten kaynaklanma ihtimali düşük değildir. Hasta bir şekilde değiştiği, yanlış ve bıkırtıcı bir şeyin iç dünyasını karmaşaya sürüklediğini hissederek; konfüze/kafası karışık ve ızdırap içinde olabilir. Melankolik elemanları gün yüzüne çıkarmak için genellikle görüşmede fazladan efor sarf etmek gerekir. Semptomun kendisinin bir durum fenomeni olarak bulunması gerektiğini not ediniz. Bir temel kendilik bozukluğu yoktur (hususiyet fenomeni) bir ve bana aitlikte veya birinci tekil şahıs perspektifinde bir bozukluk yoktur.

NB: Şizofreni spektrumu ve affektif hastalıklar arasındaki ayırıcı tanı asla sadece depersonalizasyon niteliklerine dayanarak yapılmamalı.

Alttip 2

Tanımlanmamış depersonalizasyon: niteliksel yaşantı anomalileri terimleriyle tanımlanamayan bir yabancılaşma hissi.

2.4 Azalmış Buradalık

İşle ilgili durumlar, olaylar, insanlar ve nesneler tarafından etkilenme, harekete geçirileme, motive edilme, temas edilme, başlatılma, çekilme, resmedilme ve uyarılma kabiliyetinde düşüş. Bu düşüş aktif ve karara dayalı bir geri durmadan çok hastanın tutulduğu ve hayatına mani olan bir şey gibidir. hasta dünyaya tamamıyla katıldığını veya bütünüyle dünyada bulunduğunu hissedemez; Hasta dünyayı algılayışında değişiklikler eşlik edecek kadar dünyayla arasında bir mesafe varmış gibi hissedebilir. Bu item hem fiziksel hem sosyal anhedonik durumları, hem apatiyi içermektedir.

Alttip 1

Tanımlanmış: kapsayıcı bir dış dünyadan etkilenmeme duygusu, resonance kaybı, doğan ve kendiliğinden etkileşimde kayıp, dünyaca içerilmenin imkansızlığı, dünyada olması gerektiği gibi bulunmuyor olma şikayetleri. Bu item sosyal hipohedoniye, emosyonel ve kognitif tepkisellikte bir düşüklüğü, apatiyi (hislerinin olmadığı hissi) veya kapsayıcı bir şekilde herşeyin anlamsız olduğu veya görüldüğü duygusunu içermektedir [bu son vakıanın derealizasyon ve barizlik kaybı ile örtüşmesi muhtemeldir].

NB: Eğer birbirlerinden bağımsız şekilde belirmiyorlarsa eşlik eden sosyal anksiyete vakıalarında sosyal hipohedoni asla varmış gibi puanlanmamalı. Bu yaşantıların muhtemel durum-husisiet statülerini değerlendirmek önemlidir (durum statüsündekiler kuvvetle şizofreni spekturumunu varsaydırır). Aynı zamanda klinik depresyonun varlığını da yoklamak önemlidir, özellikle birinci alttıpte.

Alttip 2

Tanımlanmamış: dünyaya mesafeliymiş gibi kapsayıcı tanımlanamayan bir his, veya kendisiyle dünya arasında bir bariyer varmış duygusu (cam bir kafese kapatılmış veya bir cam bariyerin ardında olma hissi). Halen bu mesafe duygusu hasta tarafından daha fazla detayla tanımlanamaz, örn. belirli algısal/yasantsal değişimler

aracılığıyla (ör. eğer cam kafes hastası dünyayı bir camın ardından görüyor gibi yaşıyorlarsa, o halde bu alttip 3'tür).

Alttip 3

Derealizasyon veya algısal değişiklikler dahil: alttip 1 ve 2 gibi olup beraberinde algısal hissediş tonunda açık bir değişim vardır (diğer bir deyişle, bariyer duygusu bazı net özellikleriyle tarif edilebilir: ör. renkler solmuştur; nesneler donuktur) veya daha belirgin algısal bozukluklarla damgalanmıştır, veya derealizasyon mevcuttur (yani her şey gerçekdışı, hayatsız, mekanik görünüyordur).

Yorum: Her üç alttip de birbirlerini dışalamazlar ve derealizasyon ve diğer kendilik düzensizleriyle örtüşebilirler. Azalmış buradalık ve derealizasyon ile ana farkı, azalmış buradalıkta hasta değişim duygusunu veya kaynağını kendisi içinde konumlandırırken, derealizasyonda ise özneye ön planda değişmiş görünen çevredir.

2.5 Derealizasyon

Çevrenin yaşantılanmasında bir değişim: etrafımızı saran dünyanın bir şekilde dönüşmüş, gerçek dışı, ve garip görünebilir, sürüp giden bir filmle kıyaslanabilir. En ön planda gelen yaşanan gerçeklik duygusunda bir azalma vardır, ancak gerçekliğin kavramsal dayanaklarla farkındalığı veya test muhakemesinde bir azalma yoktur. Değişimin kaynağı ön planda hastada konumlandırılmış gibi hissedilmeyordur.

Alttip 1

Akışkan (global) derealizasyon: açık arayla en sık görülen derealizasyon alttipidir. Değişimi tarif etmek ve açıkça tanımlamak zordur. etrafı saran dünyanın fizyognomisinde (Gestalt anlamında) bir seyreleme veya sönümlenme (veya hatta bir kayıp) vardır: Dünyanın önemi ve anlamı değişmiş, bulanık, veya ambigü görünür. Dünya yabancı, mekanik, hayatsız veya anlamsızmışçasına garip görünür.

Alttip 2

Sokulgan derealization: burada, dünyanın veya onun yaltılmış görünümünün veya bileşenlerinin fizyognomisinde bir artış veya vurgu vardır, genellikle algının detayları tarafından esir alınmakla beraber gerçekleşir. Çevrenin tekil, yaltılmış görünümüleri sokulgan ve dayatmacı bir yaşantısal nitelik ve belirsizce artmış bir önem kazanırlar ve artmış bir duygusal bir tutukluk yaşantıya eşlik edebilir.

Fenomen, korunmuş dikkat vasıtasıyla istemli şekilde teiklenmiş olmamalı, gene de gözlerini dikmek önceden varolan derealizasyonu şiddetlendirebilir.

NB: Derealizasyona diğer ve daha belirgin algı değişiklikleri eşlik edebilir. Net bir algısal değişiklik durumunda, azalmış buradalığı da puanlayınız. Sadece panik atağı sonrasında hissedilen derealizasyonu burada puanlamayın.

2.6 Aşırı Tefekkür; Artmış Fikriyat

Suruma bağlı olarak kendini, kendi parçalarından birini veya çevrenin görünümünü aşırı, sık ve hatta kronik bir şekilde yoğun tefekkürün konusu yapma eğilimi. Hasta tipik olarak bir naiflik, yumuşaklık ve kolaylık kaybından muzdariptir. Kişinin kendi düşüncesi, hissiyatı ve davranışı üzerine tefekkür etme eğiliminde ve kaygısız, spontan olarak davranma ve karşılık verme yetersiliğinde bir artış vardır; bir yandan

dünyayla etkileşim halindeyken aynı anda aşırı bir şekilde iç dünyasını gözetleme eğilimi (simültane içebakış). Sağduyu kaybı söz konusuysa (ayrıca puanlayınız), haliyle dünya hakkında tefekkür etme eğiliminde bir artış olacaktır.

NB: Aşırı tefekkürün yoğunluğu burada, durumun yoğunluğunun ve kapsayıcılığının inatçı bir fenomenolojik mesafeye yol açtığı çarpık birinci tekil şahıs perspektifine kıyasla daha azdır.

2.7 Ben Bölünmesi (*Ich-Spaltung*)

Hasta kendi benini, kendiliğini veya kendisi olduğu kişiyi sanki bölünmüş veya bileşenlere ayrılmış, yarı bağımsız parçalara ayırılmış, veya birleşmiş bütün olarak bulunmuyormuş gibi yaşantılar. Hastanın şikayetlerinin; belli belirsiz bir ayrışma duygusundan, sanki bölünmüşlükten, sanrısız olarak değerlendirilmiş bir ayrışmaya kadar bir ardışık devamlılık şeklini alabilecek yaşantısal niteliğe sahip olması gerekir. Hastanın çok yüzlü bir kişiliğe sahip olduğunun farkında olduğu vakıalar bu itemi puanlandırmak için yeterli değildir.

Alttip 1

Şüphe uyandıran ben bölünmesi: burada, görüşmecide hastanın şikayetlerinin arkasında bir ben bölünmesi şüphesi barındıran fakat hastanın kullandığı belirli yaşantısal terimlerle doğrudan bir ben bölünmesine işaret edilemeyen vakıaları puanlayınız; yani buradaki puanlama bir bölünmeyi var saydıran ibareleri esas alır fakat hasta bu bölünmeyi anlaşılır terimlerle kavramsallaştıramadığından halen net olmayan ve yetersiz ibareler kullanıyordur.

Alttip 2

Ben bölünmesinin puanlanması sanki yaşantılarının bildirilmesine dayanıyordur.

Alttip 3

Ben bölünmesi sanrısız nitelikte olmayan mekansal yaşantıları kapsıyordu.

Alttip 4

Ben bölünmesi sanrısız bir değerlendirmeyi kapsıyordu.

2.8 Dissosiyatif Depersonalizasyon (*Bedenin Dışına Çıkma Yaşantısı*)

Hasta bazen sanki kendisi kendisinin dışında bir ikizi gibiymiş de diğerlerini ve onu izliyor veya gözlüyormuş gibi hissettiğini söyler. Yaşantının sanki karakteri olmalı (alttip 1), yani hasta gerçekten kendisini dışarıdan algılamıyordu fakat yalnızca bir iç göz için bunun böyle olduğunu hayal ediyordu; bir çeşit bedeninin dışına çıkma yaşantısı.

Eğer bir anlığına da olsa hiç yoksan kendini algılıyorsa, yaşantı dissosiyatif bir görsel varsanı olarak değerlendirilmeli (alttip 2) (ör. hasta gerçek anlamıyla kendini dışarıdan gördüğünü veya yanında kendinden bir tane daha gördüğünü söylüyorsa).

Buna rağmen, çoğu bedeninin dışına çıkma yaşantısı vakasında hastanın "kendini dışarıdan seyretmek" ifadesiyle aslında ne anlattığını kavramak mümkün olmayabilir

- bu belki de kurgulanan bir süreç olmayıp da yaşantısal bir mesafenin veya aşırı tefekkürdeki eşzamanlı iççebakışın tarifi olabilir.

Alttip 1

Sanki hayali fenomen.

Alttip 2

Dissosiyatif görsel varsanı.

2.9 Kimlik Karmaşası

Hastanın sanki başka birisiymiş gibi hissetmesi.

NB: Kimlik karmaşası; azalmış temel kendilik duygusuna, çarpık birinci tekil şahıs perspektifine ve geçişkenliğe sıklıkla eşlik eder.

2.10 Kronolojik Yaşla ilişkili Değişim Duygusu

Sosyal ilişkiler ve etkileşimlerle anlaşılamayacak şekilde mevcut kronolojik yaşından dikkate değer biçimde yaşlı veya genç olduğunu hissetme.

2.11 Cinsiyetle ilişkili Değişim Duygusu

Alttip 1

Duruma göre homoseksüel olma veya diğerlerinin kendisini homoseksüel sanacağı korkusu.

Alttip 2

Karşı cinsiyette olduğunu hissetme veya kişinin kendi cinsiyeti hakkında yaşadığı kafa karışıklığı.

2.12 Sağduyu Kaybı/Afallama/Bariziyet Kaybı

Hergünkü olayların, durumların, insanların ve nesnelerin ne anlama geldiğine dair otomatik ve üzerine düşünmeksizin sahip olunan kavrayışın yokluğu veya yetersizliği.

Bu özelliğin kendini gösterebileceği farklı alanlar mevcuttur. Hasta günlük meselelerin ve durumların önemi kavrayamıyordur veya insan etkileşimlerinin veya tutumlarının seslendirilmeyen kurallarını anlayamıyordur veya aşırı bir şekilde semantik meselelerle ilgileniyordur veya meşguldur. Genellikle kaçınılmaz bir aşırı tefekküre götürecek şekilde dünyanın ve diğer insanların doğallığı yetersizdir. Bu semptom eğer dünyanın persekütuar paranoid bir renge (Wahnstimmung) boyandığı major bir değişimi içeriyorsa burada puanlamayınız. Hastanın buna tepkisi afallama, merak, hayret ve (tefekkür yoluyla) anlama veya baş etme çabalarını içerir. Bu semptomu puanlamak için morbid rasyonalizm ve geometrizm yeterli olsa da illa gerekli değildir.

Terimlerin Açıklaması

Morbid Rasyonalizm. Hastanın; insanların hareketlerinin, işlerinin ve eylemlerinin belirli kurallar, katı prensipler ve şemalarca yönlendirildiği yönündeki genel

tutumuna göndermede bulunur: "Bir baba ölen kızına doğumgünü hediyesi olarak bir tabut satın alır, çünkü kızın tabuta ihtiyacı olacak" [Parnas ve Bovet, 1991].

Geometrizm. Dünyanın matematik veya sayısal görünümüleriyle, simetriyle, dünyadaki mekansal düzenlemelerle meşgul olma; belirgin katı ve hayatsız bir obsesyonelliğe karşılık gelir.

Morbid Rasyonalizm ve Geometrizm Örtüşmesi. Her ikisi de hayatın otomatik uyum sağlayıcı dinamizmi karşısında yapay bir katılığı temsil eder.

2.13 Anksiyete

Alttip 1

Otonomik semptomlarla Görülen Panik Atakları: Hasta, dakikalarla saatler arası süren ve şunlardan en az ikisinin eşlik ettiği ciddi anksiyete atakları yaşıyor: titreme, boğulma, çarpıntı, sersemlik, hiperventilasyon ve ölüm korkusu. Bazen hemen ardından derealizasyonun veya alınganlık hislerinin geldiği tümden ayrışma veya aklını kaybetme korkusu da eşlik edebilir. Böylesi ataklar belirsiz bir dış uyaranca da tetiklenebilir (ör. tek başına olmak).

Alttip 2

Psişik zihinsel anksiyete: otonomik semptomlar olmadan, bazen tümden ayrışma korkusunun da eşlik ettiği, kati biçimde zihinsel olarak hissedilen anksiyete ve gerilim.

Alttip 3

Fobik anksiyete: açık alanlar, yüksek yerler, dar odalar veya bazı hayvanlar (sosyal uayanlar da dahil) gibi belirli uyanlar tarafından tetiklenmiş herhangi bir anksiyete.

Alttip 4

Sosyal anksiyete: sosyal karşılaşmalarda, diğerlerinin bakışları üzerindeyken, partilerde, yakın fiziksel temasta, kalabalıkta tetiklenen güvensizlik (alınganlığı da içerebilir).

Alttip 5

Yaygın, serbest dolaşan ve kapsayıcı anksiyete: görünür bir neden yokken veya pek çok uyaran tarafından tetiklenebilecek, neredeyse kalıcı, hayatı ve başkalarıyla ilişkilerini neredeyse katlanılmaz kılan ve kendini sürekli bir yük veya acının kaynağı (ontolojik anksiyeteye de göz atınız) gibi hissettiren anksiyete/içsel gerginlik/tarif edilemez bir hoşnutsuzluk.

Alttip 6

Paranoid anksiyete: her türlü paranoid düşünceye (istismar edildiği, incitildiği, yönlendirilmediği, saygı duyulmadığı yönünde) bağlı herhangi bir anksiyete.

NB: Örtüşme halinde uygun düşen her alttipi puanlayınız.

2.14 Ontolojik Anksiyete

Kapsayıcı bir güvensizlik, güçsüzlük, aşağılıklık, kararsızlık duygusu; düşük anksiyete toleransı; inatçı, serbest yüzen (nesnesiz), hafif derecede anksiyete; veya

sinsi, inatçı bir kötü bir şey olacakmış duygusu. Ontolojik güvensizliği olan kişinin hayat tarzı kendini gerçekleştirmek yerine kendini muhafaza etmeye yöneliktir. Dünya ve diğerleri, güven veren sabit zeminler olarak yaşantılanmazlar fakat şifreli, dayanaksız veya tehdit edicilermiş gibidirler. Hastaya kapsayıcı bir teşhir edilmişlik duygusu hakimdir ve hasta kendini saklamak veya korumak ihtiyacı duyar. Böylesi ontolojik güvensizlik hisleri hemen hemen her zaman ambivalansla, bariziyet kaybıyla, aşırı tefekkürle veya derinden sarsılmış bir kimlik duygusuyla ilişkilidir.

NB: Bu özellik genellikle sosyal, kişilerarası, akademik ve mesleki işlevselsellik; meraklar, hevesler, sübjektif yaşantının keşfi hakkında veriler içeren bir görüşmede saptanabilir ve puanlanırken de çok cimri olunmalıdır. Bu sebeple semptom puanlanacaksa 2.13.1; 2.13.2 veya 2.13.5'e eşlik ediyor olmalı ve aynı zamanda şu itemlerden en az biri açık bir şekilde mevcut olmalı: ambivalans, azalmış temel kendilik duygusu, çarpık birinci tekil şahıs perspektifi, depersonalizasyon, derealizasyon, aşırı tefekkür veya afallama.

2.15 Bilinçliliğin Şeffaflığının Azalması

Sanki berraklıktan, içsel bir aşinalıktan veya içsel bir baskı, engellenme, opaklık hissediyormuş gibi kapsayıcı ve tekrarlı bir tam olarak teyakkuzda olamama, tam olarak uyanık olmama, tam olarak bilincinde olmama duygusu. Bilinçliliğin eylemleri veya tam da bilinçli olma yolu kendine has bir tarzda bir şekilde sönümlenmiş, azalmış veya etkisiz görünür.

Eğer hastanın şikayetleri arasında kapsayıcı zihin durumunu daha fazla tarif edilemeyen bir çeşit global hoşnutsuzluk varsa, veya global bir baskı, dayatma, engellenme ve benzeri hisleri mevcutsa, bunları başının, zihninin, beyninin yerine konumlandırmışsa, ohalde azalmış şeffaflık müspet olarak puanlanmalıdır, yani şikayetlere beraberlerindeki bir düşünce baskısı sebep olmuyorsa. Azalmış şeffaflık yaşantısı ikincil bir süreçse puanlamayınız, ör. organik beyin düzensizlikleri, mevsimsel affektif düzensizlikler, klinik depresyon, zihinsel tükenmişlik, halüsinatuar durumlar, ilaç/madde alımı veya düşünce baskısına bağlıysa.

NB: Berraklık burada genellikle eksilmiş olduğu söylenen deliryum bağlamındaki gibi kullanılmıyor. Azalmış şeffaflığı görüşmede aydınlatmak çok zordur; sık olarak diğer kendilik düzensizliklerine işaret eder.

Tipik vakıa özeti 1: "Beynim kendi içine çöküyormuş gibi bir hissim var" (Soru: Nasıl? Lütfen tarif ediniz): "İçeride bir hata varmış gibi kafamın içinde kalıcı bir baskıya benziyor ve bazen başımın etsafında bir halka veya kurdela varmış gibi oluyor. Düşünmemi ve doğru dürüst anlamamı engelliyor".

Tipik vakıa özeti 2: Bir hasta sık sık sersem gibi olduğundan bahsediyor. Bunun anlamı da: "dünyayla temasım hiç bir zaman tamamlanmıyor, en fazla %60-70. Sanki dünyaya doğru hiç bir delik (açıklık) kalmamış gibi. Benimle dünya arasındaki şeffaflıkta bir eksiklik var" Şöyle vurguluyor: "Algılama ile hiçbir alakası yok, algısal izlenimler veya duyumsamalarla."

NB: Bu durumda, azalmış şeffaklıla beraber azalmış buradalık, alttip 2, "cam kafes" de puanlanmalı çünkü hastanın yaşantısı bilinçliliğin azalmış şeffaflığını yaşantının aracısı olarak görüyor (yani sorunun uyusal süreçte/algılamada konumlanamayacağının doğrulundaki ısrarı).

2.16 Azalmış İnisiyatif

Bütün aktivitelerin efor gerektiğine dair kapsayıcı bir duygu, eylemi başlatmakta güçlük. Diğer bir deyişle, bu itemi apati veya durgunluk temelinde puanlamak yetersizdir. Hasta eylemi başlatmaktaki güçlüğü tarif etmeli (ör. üç saat ayağa kalkmadan oturup kendini postahaneye gitmeye hazırlamak)

Dışlama Ölçütü: Azalmış canlılıktaki gibi.

2.17 Hipohedoni

Hedoni haz alma kapasitesine gönderme yapıyor. hemen orada, etrafında bulunan fiziksel, algısal veya entelektüel uyarımla ilişki hazzı yaşanlama kabiliyetinde kapsayıcı ve tekrarlı bir azalma [sosyal anhedoni başka yerde puanlanır].

NB: Yukarıda tarif edilen azalmış buradalığa kıyasla, burada, daha çok doğrudan etrafımızı saran çevresel uyarımla (ör. yemeklerin tadından alınan hazda, sıcak bir banyonun keyfinde azalma, seksten hiç haz almama) veya daha önceki haz verici fiziksel veya entelektüel aktiviteler (ör. spor, kitap okuma) ile ilgili kuşatıcı bedensel ve zihinsel durumlara eşlik eden kendilik hisleriyle uğraşıyoruz. Bu tanım standard güncel psikiyatrik tanımına aynı çizgide. Gene de hipohedoninin tümüyle yalıtılmış bir fenomen gibi tek başına görüldüğü hayli şüphe uyandırıcıdır, ör. azalmış canlılık, azalmış buradalık veya çarpık birinci tekil şahıs perspektifi eşlik etmeden. Örtüşme olması durumunda uygun gelen bütün itemleri müspet olarak puanlayınız.

2.18 Azalmış Canlılık

Kapsayıcı ve sık tekrarlayan bir açıklanamaz zihinsel veya fiziksel yorgunluk duygusu, canlılığın bir anda boşalması, azalmış enerji, spontanlık, "élan".

Alttip 1

Durum benzeri azalmış canlılık şu beraber bulunan diğer semptomların işaret ettiği alevlenme(ler) sırasında görülür: apati, durgunluk, yataktan çıkmama ve diğer semptomlar, ör. bedensel değişim hisleri veya rüminasyonları.

Alttip 2

Hususiyet benzeri azalmış canlılık az veya çok kapsayıcı olabilir veya sıklıkla tekrarlayan göreceli olarak izole bir özellik gibi görülebilir.

Dışlama Ölçütü

Bu fenomen; düşünce baskısı, klinik depresyon, organik beyin düzensizlikleri veya farmakolojik yan etkiler gibi daha ön planda gelen ve kapsamlı diğer bozukluklarla açıklanabiliyorsa müspet olarak puanlanmamalı.

Sönümlenmiş veya artık bulunmayan sezisel hisler (apati; yani belirli bir şekilde birine yöneltilmiş hisler, ör. aile, çocuklar) azalmış buradalık dahilinde puanlanmalı. Tereddüt halinde her ikisini de puanlayın.

3 Bedensel Yaşantılar

3.4 Psikofiziksel Eğretilik ve Psikofizik Bölünme

Beden sanki tam olarak olmuyormuş gibi hissedilir; ya çok küçük, ya çok büyük veya başka türlü bir tür rahatça olmama veya bir şekilde değişmiş gibi. Herzaman olmasa da genellikle zihin ve beden birbirlerine tam olmuyorlarmış veya ait değillermiş hissine eşlik eder, bir şekilde bağlantısı kopmuş, veya birbirlerinden bağımsızlarmış gibi.

NB: Kişinin görünüşünde beğenmediği belirli ve somut yönler (ör. kilo, veya boy) dair hoşnutsuzluğunu burada puanlamayınız.

3.5 Bedenin Tümüyle Ayırışması

Parçalara ayrılıyor, bedensel olarak dilimleniyor veya kayboluyormuş gibi bedensel çözülme veya tümüyle ayırışma hissi.

NB: Bu yaşantı demarkasyon düzensizlikleri ile ilişkili olabilir ancak görüşmenin uygunluğu için buraya yerleştirildi.

3.6 Beden Yaşantılarının Mekansallaşması

Ruhsal olarak yaşanan, mekanlaşmamış, diri bedensel yaşantılardan olma pahasına bedeni veya bir parçasını fiziksel bir nesneymiş gibi yaşantılamamanın ağır basması.

Hasta burada, normalde sessiz olan beden parçalarına veya fizyolojik süreçlere dair içe dönük sıradışı bir tür erişimi yaşıyor olabilir.

3.7 Senestetik Yaşantılar

Sıradışı bedensel katılık ve uyuşukluk duyumları: paslı veya sası bir his (ör. ellerde, ayaklarda ve diğer beden parçalarında).

Hastalık öncesinde bilinen ağrılarla kıyaslanamayacak, tümüyle farklı, belirgin bir alanla sınırlı, alışılmadık bedensel ağrı duyumları.

Beden boyunca gezinen ıpsız sapsız bedensel duyumlar.

Bedensel elektrik duyumları, elektriklenmiş olduğu hissi.

Termal durumlar (soğuk veya sıcak hisleri).

Bedensel hareket, çekilme veya bedenin içinden veya yüzeyinden bastırılması duyumları.

Bedene veya bir parçasına dair anormal ağırlık, hafiflik, boşluk, düşüyor veya batıyormuşluk, alçalıyor veya yükseliyormuşluk duyumları.

Vestibüler duyumlar.

Duyusal veya dokunularak uyarımla tetiklenen yanlış duyumlar: uyumsuzluklar, yani akustik bir uyarımla tekiklenmiş ağrı. Dokunmanın nahoş ve ağırlı hissedilişi.

Yanlış duyum krizleri: saniyeler ile dakikalar arası süren, paroksizmal, yanlış eşleşen bedensel duyumlar, santral-vegetatif bozukluklar ve ölüm korkusu.

3.8 Motor Bozukluklar

Altıtip 1

Bedenin yalancı hareketleri: Hasta bedenin veya bir parçasının yalancı hareketlerini yaşıyor, örneğin bacaklar (gerçek hareketlerin gerçekleştiği motor sokulma ile karıştırmayınız).

Altıtip 2

Motor sokulma: Hastanın niyeti olmadan veya niyetine aykırı bir şekilde gerçekleşen motor veya sözel raydan çıkma ve tipik olarak niyetlenen motor eylemlerin veya konuşmanın arasına girme. Böylesi raydan çıkmalar genellikle niyetlenen davranışın (yalancı spontan hareketler, ör. bakış spazmları, hareket stereotipleri, otomatozis sendromu) parçasıdır ve hasta tarafından dış güçlerce yaptırılan veya etki altında tutulan bir şey gibi görülmez.

Alttip 3

Motor engellenme: Niyetlenilen motor eylemlerin tümüyle engellenmesi veya kısıtlanması. Bir paroksizmla gider. Tümüyle engellenme aniden belirip, bir atak veya paroksizm gibi hızlıca kaybolabilir. Hastanın bilinci tamamiyle yerindedir, ama hareket edemiyor veya konuşamıyordur. Bu engellemeler otomatozis sendromunun karşılığı olarak görülebilir.

Alttip 4

Motor parezi duygusu: bedenin bir veya her iki tarafında veya kollarda veya bacaklarda aniden hissedilen bir kuvvetsizlik veya parezi. Bu parezi duyumları topallamaya veya elinden bir şeyler kaymasına, işin durmasına neden olacak kadar aletleri tutmakta kabiliyetsizliğe varabilir.

Kısa süreli türevinin yanı sıra bir o kadar da uzun süreli parezi duyumları görülebilir.

Alttip 5

Hareketlerde otomasyon kaybı: geçmişte az veya çok otomatik bir şekilde yapılan hergünkü, alışıldık eylemlerin artık gerçekleştirilememesi veya ancak iradenin büyük çabasıyla gerçekleştirilmesi. Bu eylemler daha çok zaman alırlar ve gerçekleştirilmeleri için azami ve bilinçli dikkati gerektirirler.

Kısmen otomatize olan performanslar (ör. bisiklete binmek, örgü örmek, mutfakla uğraşmak) da bozulmuştur. Çaba göstermeden yürütülebilen eylem rutinleri az veya çok tümüyle kayıptır.

3.9 Mimetik Yaşantılar (Kendisinin ve Başkalarının Hareketleri Arasındaki Uyumluluk)

Algılanan nesnelerin ve insanların yalancı hareketleri, özellikle de hastanın kendisi hareket halindeyken. Bu yüzden genellikle hareket etmekten kaçınacaktır. İster hasta ister nesne/insan önce kımıldasın veya eşzamanlı olarak hareket etsinler, hasta her ikisi arasında garip bir bağ varmış gibi hisseder.

NB: Mimetik yaşantının solipsistik yaşantıya bir meyli vardır. Görüşmenin uyumu için buraya yerleştirildi ve şimdilik bedene ve harekete odaklanıldı.

4 Demarkasyon/Geçişkenlik Bozuklukları

Sahanın genel tanımı: kendilik-dünya sınırının kaybı veya geçirgenlik kazanması. Bu düzensizlikler, kendilik farkındalığı ve buradalık düzensizlikleriyle ile sıkıca bağlı olsalar da semptomatik doğaları da incelikli ifade edilmelerini gerektirdiğinden burada ayrıca sıralanmışlardır.

4.1 Diğeriyle Karıştırma

Hasta kimin fikri, kimin hisleri veya kimin ifadeleri kimden kaynaklıyor duygusunu kaybediyormuş anlamında kendisini ve muhatabını birbirlerine karıştırıyorlar veya iç içe geçiyorlar gibi yaşıntılar. Hasta bunu İşgal ediliyormuş gibi veya belirsiz ama nahoş veya anksiyete uyandıran bir yolla içine giriliyormuş gibi tarif edebilir. Anksiyete uyandıran tarzın uç durumlarında, 4.3, alttip 1'i de puanlayın.

4.2 Kendinin Başkasına Gözüken İmajını Karıştırma

Kendi ayna görüntüsüne veya başkalarının görebileceği diğer imajlara, portre fotoğraflarına, ve resimlere bakarken görülen kim kimdir veya kim nerede emin olamama hissi.

4.3 Tehdit Edici Bedensel Temas

Alttip 1

Birinin yakınında dururken veya biri tarafından dokunulurken veya sarılırken görülen aşırı anksiyete veya güçlük hissi. Bedensel temas kişinin otonomisine veya orada bulunuşuna bir tehdit gibi hissedilir.

NB: paranoid, kuşkucu bir tutumun neden olduğu durumlarda bu semptomu puanlamayın.

Alttip 2

Bir başkasıyla yakın temasa maruz kaldığında görülen kişisel kayboluş, yok oluş, burada bulunmayı kesme hissi, ör. cinsel birleşme sırasında.

4.4 Edilgenlik Mizacı

Belirsiz ve somutlaşmamış bir tarzda pasif, tehlikeli derecede korumasız dünyanın merhametine terk edilmişliğe dair yaygın bir his veya mizaç. Belirli bir teması olmadan az sonra kaçınılmaz olarak gerçekleşecek olumsuz birşey tarafından baskılanma türü bir şey (duygudurum bozukluklarıyla örtüşebilir). Kişinin otonom iradeli bir özne olduğu duygusunda azalma, bazı durumlar çarpık birinci tekil şahıs perspektifini de puanlamayı gerektirebilir. hastanın dış etkilere dair hezeyan taslakları veya somut yaşıntıları yoktur ama hala sanki dış dünya tarafından bir şekilde kısıtlanmış gibi hisseder.

4.5 Diğer Geçişkenlik Fenomenleri

Diğer uygunsuz bedensel demarkasyon hisleri, her nasılsa çok fazla açık ve şeffaf olduğu hissi veya sıradışı incelikte bir tene sahip olmak veya bariyerlerin olmaması, veya hastanın aşırı şekilde kendilik-dünya ve kendilik-diğeri ilişkileri/etkilerinin esas mekanizmasıyla meşguldür, veya bedeninin yüzeyini saran özel bir fazladan katmana sahiptir.

Hastanın duyuşsal uyaran karşısındaki bariyerin yetersizliğinden şikayet ettiği, algılama artışı çeşitleri de burada puanlanmalıdır.

5 Varoluşsal Yeniden Yönelim

Sahanın genel tarifi: Hastanın kendi metafizik dünya görüşü ve/veya değerler hiyerarşisi, projelerine ve çıkarları dikkate alındığında kökten bir yeniden yönelim

yaşantılaması. Basitçe, kendilik farkındalığındaki tuhafliklar burada bir araya gelmiş ve varoluşsal düzeyde ifade edilmişlerdir.

Solipsistik Benzeri Yaşantılar (5.1-5.6)

Hasta dünyadaki yegane (gerçek anlamda veya merkeziyet anlamında) özne olduğunu bazı yönlerden hisseder, dış dünyayı kendi kurgusunun icadı olarak yaşantılayabilir, hastanın sıradışı yetenekler veya (bir yaratan olmuş gibi) kuvvetlere sahip olduğuna dair geçip giden bir duygusu olabilir, ve hasta kendi zihninin bünyesel kapasitelerine yaşantısal bir erişim sahibiymiş gibi hissedebilir.

5.1 Temel Alınganlık Fenomenleri

Özne; kendisi ve dış olaylar veya diğer kişiler arasında daha önceden bulunan paranoid tutum, yetersizlik hisleri, önceleyen panik atağı veya depresif suçluluk aracılığıyla olmayan veya açıklanamayan ani kurulan bağ duyar. Diğer bir deyişle, burada psikolojik olarak daha fazla indirgenemeyecek temel alınganlık fenomenleriyle uğraşıyoruz.

5.2 Merkeziyet Hissi

Evrenin merkezi olmuş gibi gelip giden hisler.

5.3 Öznenin Yaşantısal Alanını Gerçekliğin Tek Uzamıymış gibi Hissetmesi

5.4 Sıradışı Yaratıcı Bir Kuvvete, Gerçekliği Gizli Boyutlarına, Veya Kendisinin Veya Başkalarının Zihnine Dair Sıradışı Bir İçgörüye "Sanki" Sahipmiş Hissi

5.5 Bir Şekilde Sadece Görünür, Yanılsatıcı Veya Aldatıcıymış Da "Sanki" Yaşantılanan Dünya Hakikaten Gerçek Değilmiş Hissi

5.6 Büyüsel Fikirler (yani Fiziksel Olmayan Nedenselliği de Barındıran Fikirler), Öznenin Yaşantılama Yoluna Bağlı Olarak (5.1-5.5)

5.7 Varoluşsal veya Entelektüel Değişim

Varoluşsal, metafizik, dini, felsefi veya psikolojik temalarla yeni veya alışılmadık bir meşguliyet.

Sıkça bildirilen temalar: doğa üstü fenomenler; din; mistik yaşantılar; psikoloji; antik ritüeller; semboller; reenkarnasyon; ahiret; iyiyle kötünün savaşı; evrensel barış veya iletişim; burada bulunmanın anlamı; insanlığın kaderi; cennetle müjdelene; bilime alternatif yaklaşımlar; sağlık ve beslenme hakkında göreceli fikirler.

5.8 Solipsistik Büyükleme

Hasta konuşmasında veya davranışında beraber yaşadığı insanlar arasında üstün olduğuna dair bir duygu sergiler. Tipik olarak sıradışı içgörülere veya yeteneklere sahip olduğu hisleri eşlik eder. Başkaları burada bulunmanın maddi yönlerinin peşindeki cahil moronlar olarak görülebilir. Bu tutumun hafif de olsa manyeristik bir rengi vardır.

**EK 5 - TUHAF KENDİLİK YAŞANTILARI ÖLÇEĞİ EĞİTİMİNE KATILIM
BELGESİ**


FACULTY OF HEALTH AND MEDICAL SCIENCES
UNIVERSITY OF COPENHAGEN

EASE introductory workshop

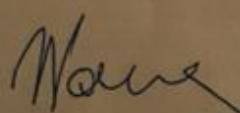
We hereby confirm that

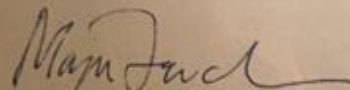
Barış Özgür

Has participated and completed 3 days of
Examination of Anomalous Self-Experience – EASE introductory workshop

Held on September 6th - September 8th, 2017
Psychiatric Hospital Glostrup/Hvidovre, University of Copenhagen

Hvidovre September 8th, 2017


Josef Parnas
MD, DMsci


Maja Zandersen
Ph.D-fellow, Course Director

Faculty of Health and Medical Sciences
University of Copenhagen