



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ**

RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**İLK ATAK PSİKOZ OLGULARINDA OBSESİF KOMPULSİF
BELİRTİLERİN YAYGINLIğI VE KLİNİK DEğİŞKENLER
İLE İLİŞKİSİ: ALTI AYLIK İZLEME ÇALIŞMASI**

Dr. Gül UZUNDERE METE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA, 2023



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ**

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**İLK ATAK PSİKOZ OLGULARINDA OBSESİF KOMPULSİF
BELİRTİLERİN YAYGINLIĞI VE KLİNİK DEĞİŞKENLER
İLE İLİŞKİSİ: ALTI AYLIK İZLEME ÇALIŞMASI**

Dr. Gül UZUNDERE METE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Özcan UZUN**

ANKARA, 2023

TEŞEKKÜR

Eğitim ve çalışma s¼recimde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım uzmanlık tezimin her aŐamasında bana yol g¼steren tez danıŐmanım değerli hocam Prof. Dr. ¼zcan UZUN'a, psikiyatri ihtisasına baŐladıđım ilk g¼nden itibaren varlığını ve desteğini hissettiğim, klinik bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaŐan, bizi her zaman dinleyen ve değerli hissettiren baŐta klinik Őefim Prof. Dr. Kamil Nahit ¼ZMENLER olmak üzere saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Sinan YETKİN ve Doç. Dr. B¼lent Devrim AKÇAY'a, birlikte çalıŐmaktan keyif aldığım ve g¼zel anılar deneyimlediğim t¼m asistan arkadaşlarıma, bilgi ve deneyimleriyle bana destek olan değerli uzman ağabey ve ablalarıma, sevgi ve desteklerini her zaman hissettiğim sevgili anneme, babama ve ablama, sevgisi, g¼veni, desteği, eleŐtirileri ve ¼nerileriyle her zaman yanımda olan hayatımın anlamı, sevgili eŐim ınar'a teŐekk¼r ederim.

Dr. G¼l UZUNDERE METE

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
TABLolar	vi
GRAFİKLER	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ŞİZOFRENİ SPEKTRUMU VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	3
2.1.1. Tanımlama	3
2.1.2. DSM-5 Tanı Kriterleri	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	6
2.1.4. Etiyoloji.....	7
2.1.5. Klinik Özellikler/Görünüm	9
2.1.6. Prognoz	10
2.1.7. Tedavi	10
2.1.8. Eştanılar	11
2.2. OBSESİF-KOMPULSİF SEMPTOMLAR.....	12
2.2.1. Obsesif Kompulsif Semptomların Tanımlanması.....	12
2.2.2. Obsesyon ve Sanrı Ayrımı	13
2.2.3. Şizofreni ve Obsesif-Kompleksi Semptomların Birlikteliği.....	15
2.2.3.1. Şizo-Obsesif Bozukluk.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. ÖRNEKLEM.....	19
3.2. PROSEDÜR	19
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	20
3.4. ARAŞTIRMA SÜRECİ	21
3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME.....	22

4. BULGULAR	23
4.1. OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	23
4.2. OLGULARIN BAŞLANGIÇTAKİ KLİNİK ÖZELLİKLERİ.....	23
4.3. OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOM DURUMUNA GÖRE OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	23
4.4. OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOM DURUMUNA GÖRE OLGULARIN BAŞLANGIÇTAKİ KLİNİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	24
4.5. OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOM DURUMUNA GÖRE OLGULARIN BAŞLANGIÇTAKİ KLİNİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ KORELASYON	25
4.6. OLGULARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN 6 AYLIK İZLEMDEKİ DEĞİŞİMİ	26
4.7. OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOM DURUMUNA GÖRE OLGULARIN 6. AYDAKİ KLİNİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	28
4.8. OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOM DURUMUNA GÖRE OLGULARIN 6. AYDA KLİNİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ KORELASYON	29
4.9. OLGULARIN İZLEM SIRASINDAKİ KLİNİK ÖZELLİKLERİNDEKİ DEĞİŞİMİNİN KORELASYONU.....	30
5. TARTIŞMA.....	31
5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	38
6.1. SONUÇLAR.....	38
6.2. ÖNERİLER	38
7. KAYNAKLAR.....	40
8. ÖZGEÇMİŞ.....	49
9. EKLER	50
EK-1: ETİK KURUL ONAYI	50
EK-2: TUEK ONAYI.....	51

EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	52
EK-4: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	55
EK-5: POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ.....	57
EK-6: KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ	58
EK-7. YALE – BROWN OBSESYON KOMPUSİYON ÖLÇEĞİ	59



SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
CGI	: Klinik Global İzlenim
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	: İnternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKS	: Obsesif Kompulsif Semptom
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
SCID-5/CV	: DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu
YBOKÖ	: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
YBOKÖ-K	: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği- Kompulsiyon alt ölçeği
YBOKÖ-O	: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği- Obsesyon alt ölçeği

TABLÖLAR

Tablo 1: DSM-5'e göre Şizofreni Tanı Kriterleri.....	5
Tablo 2: Obsesif Kompulsif Semptom Durumuna Göre Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	24
Tablo 3: Obsesif kompulsif semptom durumuna göre olguların başlangıçtaki klinik özelliklerinin karşılaştırılması.....	25
Tablo 4: Obsesif Kompulsif Semptom Durumuna Göre Olguların Başlangıçtaki Klinik Özellikleri Arasındaki Korelasyon.....	25
Tablo 5: Obsesif kompulsif semptom durumuna göre olguların izlem sürecindeki klinik özelliklerinin değişimi	27
Tablo 6: Obsesif kompulsif semptomları olan olgularda izlemde Y-BOKÖ puanlarının değişimi	28
Tablo 7: Obsesif kompulsif semptom durumuna göre olguların 6.aydaki klinik özelliklerinin karşılaştırılması.....	29
Tablo 8: Obsesif Kompulsif Semptom Durumuna Göre Olguların 6.aydaki Klinik Özellikleri Arasındaki Korelasyon.....	29
Tablo 9: Olguların Y-BOKÖ puanı ile Klinik Özelliklerdeki Değişimin Korelasyonu.....	30

GRAFİKLER

- Grafik 1:** Obsesif kompulsif semptom durumuna göre olguların PANSS toplam puanlarının izlemi 26
- Grafik 2:** Obsesif kompulsif semptomları olan olgularda 6 aylık Y-BOKÖ puanları 27



ÖZET

Gül Uzundere Mete, İlk Atak Psikoz Olgularında Obsesif Kompulsif Belirtilerin Yaygınlığı ve Klinik Değişkenler ile İlişkisi: Altı Aylık İzleme Çalışması, Ankara, 2023

Amaç: İlk atak psikoz hastalarına eşlik eden obsesif-kompulsif semptomların yaygınlığı ve izlemde obsesif-kompulsif semptomların varlığının hastalık şiddetine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde ayaktan ya da yatarak tedavi gören ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan 20 ilk atak psikoz olgusu dahil edilmiştir. Olguların tanıları DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV) ile kesinleştirilmiş olup ek psikiyatrik tanısı olan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Olgular 6 ay boyunca izlenmiştir ve aylık olarak Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ), Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) uygulanmıştır.

Bulgular: İlk atak psikoz olgularının erkek cinsiyette olma, bekar olma, kentte yaşama ve ailesinde ruhsal hastalığa sahip olma oranının yüksek olduğu belirlendi. İlk atak psikoz olgularının %40'ında obsesif kompulsif semptomlar izlendi. Obsesif kompulsif semptom durumuna göre grupların sosyodemografik özellikleri arasında fark bulunmadı. Obsesif kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olgularının başlangıç PANNS toplam puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. İzlem süresince olguların PANNS, CGI ve Y-BOKÖ puanları anlamlı ölçüde düşme saptandı. Obsesif kompulsif semptomu olan olguların PANNS, CGI ve Y-BOKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düşme 4. ayda başlarken, obsesif kompulsif semptomu olmayan olgularda PANNS, CGI puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düşme 3. ayda başladı. İzlem sonunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Obsesif kompulsif semptomu olan ilk atak psikoz olgularının Y-BOKÖ toplam puanları ile PANNS toplam ve CGI hastalık şiddeti alt ölçeği puanları arasında korelasyon bulunmadı.

Sonuç: Obsesif kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olgularının başlangıç Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği toplam puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Obsesif kompulsif semptomu olan olgularda klinik ölçeklerle değerlendirilen belirtilerde düzelme daha geç ortaya çıkmıştır. Ancak, izlem sonunda (6. Ayda) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark kalmamıştır. İlk atak psikoz olgu grupları arasında obsesif kompulsif semptomlar ve hastalık şiddeti arasında korelasyon bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: İlk atak psikoz, obsesif kompulsif semptomlar, izlem, hastalık şiddeti

ABSTRACT

Gül Uzundere Mete, Prevalence and Correlates With Clinical Variables of Obsessive Compulsive Symptoms in Patients with First Episode Psychosis: A Six Month Follow-Up Study, Ankara, 2023

Objective: The aim of the study is to observe the obsessive- compulsive symptoms in patients with first episode psychosis and their effect on clinical symptom severity.

Materials and Methods: 20 first episode psychosis patients who were being treated at Psychiatry Clinic of Gulhane Training and Research Hospital as either in or outpatient and compatible to the including criteria were included in the study. The diagnosis was determined using Structured clinical interview for DSM-5 Disorders: clinician version (SCID-5/CV) and patients with comorbid psychiatric disorders were excluded. Patients were followed for 6 months and monthly evaluated with Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Yale- Brown Obsession and compulsion Scale (YBOCS) and Clinical Global Impressions (CGI) Scale.

Results: First episode psychosis patients were more likely to be male, single, and living in urban areas and to have more members with psychiatric disorders in their family. There was no significant difference in sociodemographic features according to the obsessive- compulsive symptoms among the patients. Initial PANSS scores of patients with obsessive compulsive symptoms were higher. During the follow up PANSS, CGI and YBOCS scores of the patients were reduced significantly. Although the reduction in PANSS, CGI and YBOCS scores of the patients with obsessive compulsive symptoms was statistically apparent at 4. month, the reduction in the scales of patients without obsessive compulsive symptoms was apparent at 3. month. By the end of the trial, there was no significant difference among the groups. Furthermore, there was no correlation between Y-BOCS total scores and PANNS total and CGI disease severity subscale scores in first episode psychosis patients with obsessive-compulsive symptoms.

Conclusion: The results of the study showed that first episode psychosis patients with obsessive-compulsive symptoms had significantly higher scores in

PANSS total at the beginning of the trial. Symptomatological improvement evaluated with clinical scales occurred later for the group with obsessive compulsive symptoms. However at the end of the trial period (6 months) there was no statistically significant difference between the groups. Among the groups of first episode psychosis patients there was no statistically significant correlation between obsessive compulsive symptoms and disease severity.

Keywords: First episode psychosis, Obsessive compulsive symptoms, Follow up, Severity



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikoz, kişinin mental kapasitesinde, duygusal tepkisinde, gerçekliği algılayabilme yetisinde, başkalarıyla olan iletişimi ve ilişkisinde bozulmaların olduğu, DSM ya da ICD gibi tanısal listelerde özgül bir bozukluk olarak yer almayan ama birçok farklı psikiyatrik bozukluk ile ilişkili olan bir sendrom, yani bir belirtiler karışımıdır. Şizofreni en sık görülen ve en iyi bilinen psikotik hastalıktır (1). Şizofreni, toplumun yaklaşık %1'ini etkilemektedir. Şizofreni heterojen görünümde olan, sanrı, varsanı, dezorganize konuşma, dezorganize veya katatonik davranış, duygusal katılımda azalma, avolasyon gibi belirtilerle giden, klinik seyri ve tedavi cevabı farklılık gösteren bir spektrum bozukluğudur. Hastalığın tanısal belirtilerinin tanımlandığı ilk dönem olan ilk atak psikoz genellikle ergenlik veya genç erişkinlik döneminde ortaya çıkar. Obsesif-Kompulsif Bozukluk genellikle ergenlik veya genç erişkinlik döneminde başlayan, kronik seyir izleyen, obsesyon ve kompulsiyonların görüldüğü bir klinik tablodur. Obsesyon kişiye rahatsızlık veren, tekrarlayıcı ve intruzif özellikteki düşünce, duygu, fikir ya da histir. Kompulsiyon istem dışı yineleyen, genellikle hastanın obsesyonlarına yönelik kaygıyı azaltmak amacıyla yaptığı ritüelistik davranışlardır (2). Yapılan çalışmalarda psikoz hastalarının temel semptomlarına ek olarak obsesif-kompulsif semptomların sıklıkla eşlik ettiği gösterilmiştir (3). Obsesif-kompulsif semptomlar, psikotik semptomlardan önce, psikotik semptomlarla birlikte ya da sonra ortaya çıkabilir. Obsesif-kompulsif semptomların etiyolojisi, doğası ve seyrindeki bir farklılığın terapötik etkileri olabilir (4). Son dönemdeki çalışmalar hastalığın seyrini ve sonuçlarını gösterecek klinik özellikleri belirlemek için ilk atak psikozunun seyrine ve sonuçlarına odaklanmıştır, bu sonuçlar ilk atak psikozun kişiselleştirilmiş tedavisini geliştirmek için önemlidir (5). Obsesif-kompulsif semptomların klinik özellikler üzerindeki etkisine ilişkin çelişkili bulgular vardır. Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının psikotik semptomları azaltmaya çalışırken obsesif-kompulsif semptomlar geliştirdiğini ve dolayısıyla obsesif-kompulsif semptomların varlığının iyi prognozun bir göstergesi olabileceğini öne sürmüştür (6). Obsesif-kompulsif belirtiler ile pozitif ya da negatif şizofrenik belirtiler arasında korelasyon bulunmadığına ilişkin çalışmalar da

mevcuttur (3,7). Aynı zamanda obsesif kompulsif semptomların varlığının daha şiddetli pozitif ve negatif belirtilere neden olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (8).

Çalışmanın Amaçları: Günümüze kadar ilk atak psikoz ve obsesif-kompulsif semptomların ilişkisi birçok kez incelenmiş olmasına rağmen çalışmalar genellikle kesitseldir. İlk atak psikoz hastalarında temel semptomlara eşlik eden obsesif kompulsif semptomların tablonun gidişatı üzerinde etkileri olabilir. Bu çalışmada, 6 aylık izlemde, ilk atak psikoz olgularında obsesif kompulsif belirtilerin yaygınlığını ve bunların psikozun belirtileri üzerindeki etkisini ortaya koymayı amaçlıyoruz.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ SPEKTRUMU VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

2.1.1. Tanımlama

“Psikoz” terimi yaklaşık 170 yıldır kullanılmaktadır, zaman içerisinde kullanıldığı dönemin bilimsel ve sosyal bağlamlarını yansıtacak şekilde gelişmiştir. Terim ilk kez, 1845 yılında Avusturyalı tıp doktoru Ernst von Feuchtersleben tarafından kullanılmıştır (9). Ernst von Feuchtersleben psikozu sadece zihin hastalığı olarak görmenin dar bir bakış açısı olduğunu psikozun zihin ve beyin arasındaki etkileşim ile ortaya çıktığını belirtmiştir. Psikoz günümüzde, kişinin mental kapasitesinde, duygusal tepkisinde, gerçekliği algılayabilme yetisinde, başkalarıyla olan iletişimi ve ilişkisinde bozulmaların olduğu, DSM ya da ICD gibi tanısal listelerde özgül bir bozukluk olarak yer almayan ama birçok farklı psikiyatrik bozukluk ile ilişkili olan bir sendrom, yani bir belirtiler karışımı olarak tanımlanmaktadır (1). Psikoz terimi aynı zamanda nörolojik hastalıklar, entoksikasyon, metabolik durumlar gibi farklı nedenlerle gerçeği değerlendirme yeteneğinin bozulduğu durumları da tanımlar. Şizofreni spektrum bozukluklarının tanımlayıcı özelliğidir; duygudurum ve madde kullanım bozukluklarının yaygın fakat değişken bir özelliği ve birçok gelişimsel, edinsel ve dejeneratif nörolojik ve tıbbi durumun nispeten yaygın bir özelliğidir (10).

DSM-5’te Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar başlığı altında sekiz özgül bozukluk tanımlanmıştır;

- Şizofreni
- Şizofreniform Bozukluk
- Şizoafektif Bozukluk
- Sanrısız Bozukluk
- Kısa Psikotik Bozukluk
- Madde/İlacın Tetiklediği Psikotik Bozukluk

- Diğer Tıbbi Durumlara Bağlı Psikotik Bozukluk
- Katatoni

Şizofreni en sık görülen ve en iyi bilinen psikotik hastalıktır. Şizofreni, toplumun yaklaşık %1'ini etkilemektedir. Şizofreni heterojen görünümde olan, sanrı, varsanı, dezorganize konuşma, dezorganize davranış, katatoni, duygusal katılımda azalma ve avolasyon gibi belirtilerle giden, klinik seyri ve tedavi cevabı farklılık gösteren bir spektrum bozukluğudur. Hastalığın tanısal belirtilerinin tanımlandığı ilk dönem olan ilk atak psikoz genellikle ergenlik veya genç erişkinlik döneminde ortaya çıkar (2). İlk atak psikoz kavramı önemlidir, çünkü psikozun ilk ortaya çıkış şekli ve ilişkili biyopsikososyal risk faktörleri hastalığın genel seyri üzerinde etkilidir. İlk atak psikoz başlangıçta geçici ve dağınık semptomoloji ile seyredebilir, hastalık zamanla daha stabil hale gelmektedir, hastalar ilk tanı döneminde şaşkın, korkmuş, depresif, içe çekilmiş, işlevselliği azalmış durumda olabilmektedirler. Geçmişte yapılan çalışmalar baz alınarak yapılan klinik evreleme modeli, psikozu 4 klinik evreye ayırır, hastalığın bir aşamadan diğerine geçişi konusunda her evrenin kendi göreceli riski mevcuttur. İlk aşama, ultra yüksek risk/prepsikotik dönem, ardından ikinci aşama ilk akut epizot, üçüncü aşama remisyon dönemi ve dördüncü aşama kronik hastalık dönemi (11).

2.1.2. DSM-5 Tanı Kriterleri

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın Beşinci Baskısı (DSM 5) Haziran 2013'te çıkmıştır. DSM 5 ile DSM-IV'de yer alan şizofreni alt tipleri hastaların semptomlarının heterojenlik göstermesi, yaşam boyu değişim geçirebilmelerinin yanı sıra bilimsel ve klinik faydalarının çok az olduğunun veya hiç olmadığına gösterilmesi nedenleriyle kaldırılmıştır. DSM-5, bizar ve bizar olmayan sanrı arasındaki ayrımın zorlaşması, Schneiderian birinci sıra semptomları ve işitme halüsinasyonlarının özgül olmamaları ve tanısal süreçteki rollerinin belirsiz olması nedeniyle tanısal önemini ortadan kaldırmıştır. Negatif semptomlar içerisinde yer alan avolasyon ve duygusal katılımda azalmanın şizofreninin tipik belirtileri olduğu yönünde artan kanıtlar bulunması üzerine DSM-5'te vurgulanmışlardır (12).

Tablo 1: DSM-5'e göre Şizofreni Tanı Kriterleri

Tanı Kriterleri:

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

1. Sanrılar.

2. Varsanılar.

3. Darmadağın Konuşma (örn. Sık sık konuda sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)

4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

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

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

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evrede, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (reziduel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. Yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

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

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

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

Varsa belirtiniz:

Aşağıdaki gidiş belirleyicileri, bu bozukluk ancak bir yıl sürdükten sonra ve tanısal gidiş ölçütüyle çelişmemleri durumunda kullanılmak üzere tasarlanmıştır.

İlk dönem, o sırada akut dönemde: Bu bozukluğun tanımlayıcı tanısal belirti ve zaman ölçütünü karışlayan ilk ortaya çıkışıdır. Akut dönem, belirti tanı ölçütlerinin tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

İlk dönem, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren: tam olmayan bir yatışma, önceki dönemden sonra görülen iyileşmenin sürdürüldüğü ve bu bozukluğun tanı ölçütlerinin yalnızca bir bölümünün tanı olarak karşılandığı zaman dilimidir.

İlk dönem, o sırada tam bir yatışma gösteren: Tam bir yatışma, önceki dönemden sonra, bu bozukluğa özgü hiçbir belirtinin kalmadığı zaman dilimidir.

Çoğul dönemler, o sırada akut dönemde: En az iki dönem olmasından sonra çoğul dönemlerden söz edilebilir (İlk dönemden sonra bir yatışma ve en az bir kez depresme)

Çoğul dönemler, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren

Çoğul dönemler, o sırada tam bir yatışma gösteren.

Sürekli: Bu bozukluğun tanı koydurucu belirti ölçütlerini tam olarak karşılayan belirtiler, hastalık sürecinin büyük bir kesiminde bulunur ve bu süreçte eşikaltı belirti evrelerinin süresi, genel hastalık sürecine göre çok kısadır.

Belirlenmemiş

Varsa belirtiniz:

Katatoni ile giden: (başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni için tanı ölçütlerine başvurun)

Kodlama notu: Katatoni eş tanısının varlığını belirtmek için 293.89 (F06.1) şizofreniye eşlik eden katatoni ek kodunu kullanın.

O sırada ağırlığını belirtiniz:

Bu bozukluğun ağırlığı, sanrılar, varsanılar, darmadağın konuşma, olağandışı psikodevinsel davranışlar ve silik (negatif) belirtileri kapsayan birincil psikoz belirtilerinin nicel değerlendirilmesi ile ölçülür. Bu belirtilerden her biri, o sıradaki ağırlığına göre (son yedi gün içinde en ağır olmak üzere), 0'dan (belirti yok), 4'e (belirti var ve ağır) dek değişen, 5 değerli bir ölçek üzerinden ölçülebilir.

NOT: Şizofreni tanısı ağırlık belirleyicisi olmadan da kullanılabilir (13).

2.1.3. Epidemiyoloji

Şizofreninin ABD'de yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %1'dir (14). Türkiye'de şizofreni hakkında kısıtlı sayıda epidemiyolojik araştırma vardır, sistematik bir yaklaşımla epidemiyolojik araştırmalardan ve kurum başvurularına dair sonuçlar içeren yayınlardan gelen tahminlerin bir araya getirilmesiyle elde edilen yaşam boyu şizofreni yaygınlığı genel toplumda 8.9/1000 olarak saptanmaktadır (15). Hastalığın insidansı nispeten düşük olsa da (14), şizofreninin hastalık yükünün önemli bir kısmını genellikle erken erişkinlik döneminde başlaması ve optimal tedaviye rağmen, etkilenen bireylerin yaklaşık üçte ikisinde kalıcı veya dalgalanan semptomların varlığının devam etmesi oluşturur (16). Şizofreninin erkekler ve kadınlar arasında yaygınlığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Şizofreni prevalansı gelişmekte olan ülkelere göre daha düşüktür (14). Kentsel alanlar kırsal alanlara göre önemli ölçüde daha yüksek şizofreni insidans oranlarına sahiptir, aynı zamanda göçmen gruplar için hastalığın yaygınlığı yerli nüfustan daha yüksek olma eğilimindedir (17,18). Şizofreninin ilişkili olduğu diğer

faktörler arasında; düşük sosyo-ekonomik düzey, düşük eğitim seviyesi, alkol-madde kullanımı, psikososyal stresör varlığı, aile öyküsü bulunmaktadır (19).

2.1.4. Etiyoloji

Günümüzde şizofreninin etiyojisinin çok faktörlü olduğu bilinmektedir, genetik bileşenler ile çevresel risk faktörleri arasındaki karmaşık etkileşime bağlıdır. Şizofreni, kalıtsallığı yüksek, heterojen bir klinik sendromdur. Gen haritalama, bağlantı analizi ve genom boyu ilişkilendirme çalışmaları içeren genetik çalışmalar, birçok kromozomal bölgenin şizofreni duyarlılık lokusları içerebileceğini doğrulamıştır (20), poligenik risk skoru kullanılarak tahmin edilebilen köklü bir genetik bileşene sahiptir (21). Aynı zamanda artan kanıtlar genetik olmayan risk faktörlerinin yalnızca hastalığa katkıda bulunmadığını, risk artısına da neden olduğunu göstermektedir. Hamilelik ve doğum komplikasyonları, çocukluk çağı travması, göç, sosyal izolasyon, kent yaşamı ve madde kötüye kullanımı gibi çevresel risk faktörleri, tek başına veya birlikte çeşitli düzeylerde etki ederek, bireyin bu bozukluğu geliştirme olasılığını etkilemektedir (22). Şizofreninin karmaşıklıklarından biri, şizofrenide hiçbir merkezi patofizyoloji mekanizmasının, tanısal nöropatolojinin veya biyolojik belirteçlerin tanımlanmamış olmasıdır. Şizofreni hastalarında nörogörüntüleme çalışmalarıyla, hastalığın nörogelişimsel ve nörodejeneratif modelleriyle tutarlı olarak beyinde yapısal, işlevsel ve nörokimyasal değişiklikler olduğuna dair önemli kanıtlar gösterilmiştir (23). Şizofreni hastalarında yapılan postmortem çalışmalarla prefrontal korteks ve hipokampuste anatomik anamoliler, ventrikül hacminde artış ve anormal nöral dağılımın olduğu gösterilmiştir (24). Şizofreninin nöropatolojisini açıklamak için nörogelişimsel ve nörokimyasal hipotezler dahil olmak üzere bir dizi farklı hipotez önerilmiştir. Şizofreni, nörokimyasal değişikliklerin yanı sıra nörogelişimsel bir bozukluk olarak kabul edilmektedir (25).

Nörogelişimsel hipotez; şizofrenide sitopatolojik inklüzyon cisimcikleri, distrofik nörit, reaktif gliozis, dismiyelinizasyon ve genel nöron kaybı gibi patolojik nörodejeneratif kanıtların olmaması, şizofreni nöropatolojisinde nörogelişimsel sürecin rolünü destekler (24). Erken yaşam sırasında genetik ve çevresel faktörlerin birleşimi olan çift vuruş hipotezi, nörogelişimsel hipotez ile tutarlıdır (26). Genetik ve çevresel faktörler arasındaki etkileşimin sonucunda ergenlik döneminde sinaptik

budanma ve miyelinizasyon ile beynin olgunlaşma süreci bozulur, anormal nörogelişimsel süreç başlar. Beynin olgunlaşma sürecini bozan mekanizmalar kesin olarak bilinmemekle birlikte, oksidatif strese etkilenen aktive ve inhibe edici nöronlarda bir dengesizlik olabileceği ileri sürülmektedir. Nörogelişimsel model, şizofreninin tanımlanmasından yıllar önce başlayan bu anormal nörogelişimsel süreçlerin son aşaması olduğunu öne sürmektedir (27). Şizofreninin başlangıcından sonra nükslerle seyretmesi, ilerleyen dönemlerde tedaviye direncin gelişmesi dahil olmak üzere birçok klinik özelliği sadece nörogelişimsel model ile açıklanamamasına neden olmaktadır (28).

Nörokimyasal hipotez; şizofreninin patofizyolojisinde dopamin, serotonin ve glutamat gibi nörotransmitterlerin rolleri üzerinde durmaktadır, başlangıçta ölüm sonrası bulgularla desteklenen farmakolojik çalışmalardan elde edilen dolaylı kanıtlara dayanmaktayken, son zamanlarda in vivo görüntüleme çalışmalarından elde edilen yeni kanıtlarla büyük ölçüde geliştirilmişlerdir. Şizofreninin dopamin hipotezi dolaylı kanıtlarla oluşturulmuştur ve gözleme dayanmaktadır, amfetamin ve hücre dışı dopamin konsantrasyonlarını artıran bileşiklerin kullanılmasının psikomimetik etki göstermesi aynı zamanda rezepin gibi dopamin konsantrasyonunu azaltan ilaçlarla psikotik semptomların azalması gibi çalışmalara ek olarak 1970'lerde antipsikotik ilaçların klinik etki ve gücünün dopamin reseptörlerine olan afiniteleriyle doğrudan ilişkili olduğunun gösterilmesiyle desteklenmiştir (29). Pozitron emisyon tomografisiyle yapılan görüntüleme çalışmalarında, şizofreni hastalarında kontrollerle karşılaştırıldığında striatumda artmış dopamin aktivitesi gösterilmiştir. Bu kanıtlara dayanarak şizofreni etyolojinde dopaminerjik disfonksiyon hipotezi önerilmiştir, fakat dopaminin psikozun belirti ve bulgularının ortaya çıkmasına neden olan mekanizması belirsizliğini korumaktadır (30). Bu duruma ek olarak dopaminerjik disfonksiyon hipoteziyle şizofreninin tüm klinik özellikleri açıklanamamaktadır. Şizofrenide pozitif psikotik belirtiler dışındaki bazı klinik özelliklerin altında bozulmuş glutamaterjik işlevlerin yatıyor olabileceği düşünülmektedir. N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörlerinin hipofonksiyonunun, şizofreninin bilişsel işlev bozukluğu ve negatif semptomlar dahil olmak üzere çeşitli özelliklerinin nedeni olabileceği varsayılmaktadır. Sonuç olarak nörokimyasal hipotez de şizofreninin tüm boyutlarını tek başına açıklamak için yetersizdir (28).

2.1.5. Klinik Özellikler/Görünüm

Şizofrenide gözlenen psikotik semptomların başlangıcından önce sıklıkla davranışta, emosyonel durumda ve/veya bilişsel durumda spesifik olmayan değişiklikler görülür, prodromal dönem olarak adlandırılan bu dönemin yaygın belirti ve semptomları uyku bozukluğu, anksiyete, öfke/sinirlilik, depresif ruh hali, işlevsellikte bozulma, sosyal geri çekilme, konsantrasyon güçlüğü, şüphecilik, motivasyon kaybı ve düşük enerjidir (31). Prodromal dönem hastanın ilk davranış değişiklikleri ile başlar ve ilk psikotik atak dönemine kadar devam eder. İlk psikotik ataktan önceki erken dönem spesifik ve spesifik olmayan belirtilerin varlığı retrospektif çalışmalar ile geniş çapta kabul edilmiştir; bununla birlikte belirtilerin psikozu yordayıcılığı henüz net bir şekilde gösterilememiştir (32).

Şizofreni için patognomonik olan herhangi bir belirti veya semptom yoktur (33). Semptomlar tipik olarak ergenlik veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıkar (34). Şizofreni, hastanın düşünce, algı, konuşma, duygulanım ve davranışlarını etkileyebilecek pozitif ve negatif semptomlarla karakterizedir. Şizofreninin temel bileşimlerinden olan düşünce bozuklukları, düşüncenin içeriğinde, biçiminde ve düşünce sürecinde ortaya çıkabilmektedir. Düşünce içeriğindeki bozulmanın en açık örneği olan sanrılar, hastanın aksi kanıtlara rağmen değiştirilemeyen yanlış inanışlarıdır. Şizofreni hastalarında düşüncenin ve dilin oluşumu sürecinde kendilerine özgü ve mantıksal tutarlılıktan uzak bir düşünce yapısı izlenir, regresif özellikler gösteren bu düşünce yapısı 'birincil düşünme süreci' olarak adlandırılır. Birincil süreç düşünce çocukluk dönemi ve rüyalara benzer şekilde; mantıksız, neden sonuç ilişkisi olmayan, semboller ve yoğunlaşma görülen dürtüler, istekler, duygusal gereksinimler ve korkular tarafından yönetilen düşünce yapısıdır. Hastanın düşünce biçimindeki bozulma konuşma ve yazı dilinin incelenmesiyle objektif olarak değerlendirilebilir, hastanın konuşma sürecinde düşüncenin kimi zaman gevşediği, kimi zaman ilk düşünceyle bağlantısı olmayan birden çok konuyu içerdiği görülebilmektedir. Şizofreni de algı bozuklukları sonucunda varsanılar ve yanılsamalar ortaya çıkabilmektedir. Varsanı, herhangi bir uyarı olmadan beş duyuda ortaya çıkan duyular, yanılsamalar, gerçek nesnelere çarpıtılmasıyla ortaya çıkan duyular olarak tanımlanmaktadır. Şizofreni de davranış alanındaki bozulma kişinin basit sosyal kurallara aykırı davrandığı ağır durgunluk halinden aşırı hareketliliğe kadar geniş

yelpazede görülen tüm durumları kapsamaktadır. Şizofrenide duygulanım uygunsuz, değişken yüzeyselleşmiş veya küntleşmiş olabilmektedir (2). Şizofreninin temel özellikleri arasında bilişsel bozukluklarda gösterilmektedir, bilişsel bozulma kronik şizofreni hastalarının yanı sıra ilk psikotik atak ve tedavisiz şizofreni hastalarında da görülmektedir, etkilenen bilişsel alanlar; dikkat, işlem belleği, sözel bellek, öğrenme ve yürütücü işlevlerdir (35). Çeşitli psikotik bozukluklardaki psikopatolojik özelliklerin analizi, semptomların beş ana kategoride gruplandırılabilceğini düşündürmektedir: (a) pozitif semptomlar (sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve davranış); (b) negatif semptomlar (dürtü ve iradedeki değişiklikler; motivasyon eksikliği, kendiliğinden konuşmada azalma ve sosyal geri çekilme); (c) bilişsel değişiklikler (hafıza, dikkat ve yürütücü işlevlerdeki bozulma); (d ve e) affekt değişiklikleri (depresif ve manik semptomlar) (36).

2.1.6. Prognoz

Şizofreninin gidişatı da hastalığın kendisi gibi heterojendir (37), yapılan çok sayıda araştırmayla, şizofreninin, tekrar tekrar hastane yatışı gerektiren ciddi vakalardan, tek bir hastalık dönemini semptomların tamamen remisyoununun takip ettiği vakalara kadar geniş bir yelpazeye sahip olduğu bulunmuştur (38). Vakaların yaklaşık %75'inde, farmakolojik tedavilere ve kanıta dayalı psikososyal müdahalelere rağmen, şizofreninin seyri, nökslemlerle ve remisyoun evreleri ile karakterizedir (39).

Şizofreni, hastalığın gidişatını etkileyen çok sayıda kriter vardır; erken ve sinsi başlangıç, kötü premorbid, otistik davranışlar, içe çekilme, bekar, boşanmış ya da ayrılmış olma, ailede kalımsal yükümlülük öyküsü, negatif belirtilerin baskın olması, aile ve toplum desteğinde yetersizlik, nörolojik bulgular ve belirtiler, atak sayısının fazla olması, yatış sürelerinin uzun olması, üç yıl içinde iyileşme olmaması şizofreni için kötü prognostik faktörler olarak değerlendirilir (2).

2.1.7. Tedavi

Şizofreni tedavisinin temelinde antipsikotik ilaçlar bulunmakla birlikte araştırmalar psikoterapiyi de kapsayan psikososyal destek girişimlerinin klinik iyileşme için önemli olduğunu göstermektedir. Antipsikotiklerle nörotransmitter sistemlerinin dengelenmesiyle birlikte hastalık semptomlarının azalması buna bağlı

olarak hastane yatışı ve atak sayısının azalması hedeflenirken, psikososyal tedaviler sosyal beceriler üzerinde etkilidir, iki tedavinin kombine edilmesinin daha yararlı olduğu gösterilmiştir.

Antipsikotikler birinci kuşak (klasik, tipik) ve ikinci kuşak (modern, atipik) olmak üzere iki grupta sınıflandırılır. Şizofreni tedavisinde ikinci kuşak antipsikotikler, etkinlikleri ve yan etki profilleri nedeniyle öncelikli olarak tercih edilirler. Birinci kuşak antipsikotiklerin temel etki mekanizması mezolimbik dopaminerjik yolakta D2 reseptör blokajı yaparak şizofreninin pozitif belirtileri üzerinde etkili olmalarıdır. Birinci kuşak antipsikotiklerin kullanımında kısıtlayıcı faktör ekstrapiramidal sistem yan etki profilleridir. Atipik antipsikotikler 5HT2 ve D2 reseptörlerini değişik oranlarda bloke etmektedir bu nedenle reseptör bağlanması, yan etkileri ve yapı özellikleri bakımından heterojendirler. İkinci kuşak antipsikotikler ise kilo alımı ve metabolik sendrom riskinin artmasına neden olabilmektedir. Diğer farmakolojik tedavi seçenekleri antipsikotik tedavisine ek olarak kullanılabilen olan lityum, antikonvülzanlar (karbamazepin ve valproat) ve benzodiazepinlerdir (2).

2.1.8. Eştanılar

Geçmiş dönemlerde psikiyatrik tanı ve tedavilerde hiyerarşi uygulanmasının yanı sıra şizofreni tanısı alan hastalarda, genellikle psikoz birinci odak noktası haline gelmekte bu nedenle eş psikiyatrik tanımlar ihmal edilebilmektedir. Eştanı varlığının hastalığın şiddeti ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (40). Bir dizi çalışmayla şizofreni hastalarında artan anksiyete belirtileri olduğu, şizofreni spektrumunda değerlendirilen hastalarda anksiyete eştanısının normal popülasyondan daha yüksek prevalans oranına sahip olduğu gösterilmiştir. 2011 yılında Achim ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanaliz ile şizofreni spektrum bozukluğu olan hastaların %38,3'ünün eşlik eden en az bir anksiyete bozukluğu tanısı olduğu, en yaygın tanının hastaların %14,9'unda mevcut olan sosyal fobi olduğu, bunu travma sonrası stres bozukluğu (%12,4), obsesif kompulsif bozukluk (%12,1), yaygın anksiyete bozukluğu (%10,9), panik bozukluğu (%9,8) ve özgül fobinin (%7,9) izlediği gösterilmiştir(41). Stresli sosyal ilişkilerin ve kaygının, psikotik semptomları şiddetlendirdiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (42), fakat tüm çalışmalar bu verileri desteklememektedir. Bazı çalışmalar anksiyete eştanısının varlığının şizofrenide gelişmiş benlik saygısı ve daha

iyi zihin kuramı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (43). Benzer çelişkili verilerin varlığı şizofreni tanısına eşlik eden obsesif kompulsif semptomları olan hastalar için de geçerlidir, semptomoloji varlığının hastalık şiddetini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar olduğu gibi (8), semptomoloji gösteren hastaların daha iyi işlevselliğe, daha uzun eğitim süresine ve daha az negatif belirtiyeye sahip olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (43). Şizofrenide depresif bozukluğun yaygınlığının yaklaşık %40 olduğu bildirilmiştir, ancak hastalığın erken veya kronik evresinde olmak ve akut veya postpsikotik atak döneminde olmak verileri etkilemektedir, şizofrenide depresyon boylamsal olarak araştırıldığında %80'e varan oranlara kadar çıkmaktadır, depresyon için bildirilen rakamlardaki farklılıkların duygudurum semptomlarını negatif semptomlardan ayırt etmedeki zorlukla da ilişkilendirilebilmektedir (44). Şizofreni hastalarında eşlik eden estanların klinik ve işlevsel sonuçlar üzerindeki etkisini açıklığa kavuşturmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

2.2. OBSESİF-KOMPULSİF SEMPTOMLAR

2.2.1. Obsesif Kompulsif Semptomların Tanımlanması

Obsesif-Kompulsif Bozukluk tıp literatüründe ilk kez Jean Etienne Dominique Esquirol tarafından 1838 yılında 'İçgörüsü Olan Delilik' şeklinde tanımlanmıştır. 19. yüzyıl boyunca obsesyon, aşırı değerlendirilmiş düşünce ve sanrı arasında sadece derece farkı olduğu düşünülmüştür, 20. Yüzyıla kadar bu bakış açısı devam etmiş bu dönem Janet ve Schneider tarafından ayrı bir tanı olarak tanımlanmış ve tanı kriterleri belirlenmiştir. Bu kriterler; düşünceye yönelik zorlantı duygusunun varlığı, egoya yabancı olarak algılanması, iç görü varlığı ve obsesyona direncin eşlik etmesi şeklindedir (45).

Günümüzde obsesyon kişiye rahatsızlık veren, tekrarlayıcı ve intruzif özellikteki düşünce, duygu, fikir ya da histir, kompulsiyon istem dışı yineleyen, genellikle hastanın obsesyonlarına yönelik kaygıyı azaltmak amacıyla yaptığı ritüelistik davranışlar şeklinde tanımlanmaktadır. Obsesyonların hasta tarafından mantıksız olarak tanımlanması ve obsesyon ve kompulsiyonların ego-distonik olması beklenmektedir. En sık görülen obsesyon tipi bulaşma obsesyonudur, bu durum yıkama veya korkulan nesneden kompulsif şekilde kaçınmaya neden olur. İkinci sırada

şüphe obsesyonu ve bunu takip eden kontrol etme kompulsiyonu bulunur. Kompulsiyonsuz girici obsesif düşünceler üçüncü sırada yer alır içerikleri genelde saldırgan veya cinsel davranışlarla ilgili tekrarlayan düşüncelerdir. Diğer belirtiler arasında simetri, dinsel obsesyonlar, istifleme kompulsiyonları, kompulsif şekilde saç çekme, tırnak yeme ve mastürbasyon görülebilir (2).

2.2.2. Obsesyon ve Sanrı Ayrımı

Obsesyonlar ve sanrılar farklı fenomenolojik özellikler gösterir. OKB'yi psikotik bozukluklardan ayıran geleneksel fenomenolojik özellikler; kişinin saplantıyı ve zorlantılı davranışı kendisine yabancı, irrasyonel veya aşırı olarak algılama becerisi yani ego-distonite ve içgörünün varlığıdır. Psikanalitik literatürde 'ego-distonik' terimi, bilinçli egonun ihtiyaçları ve hedefleriyle çelişen saplantılar ve diğer deneyimler için kullanılmıştır (46). DSM-IV ile içgörüsü olmayan OKB tanımlanmıştır. DSM-5'te OKB tanısı 'içgörü eksikliği/sanrılı inanışlar'ı kapsayacak şekilde genişletildi, bu ekleme 'kişinin obsesif-kompulsif bozukluk inanışlarının doğru olduğuna tamamen inandığı' durumları tanımlamaktadır. Bu gelişmeler klinisyenlerin ve araştırmacıların karşılaştığı obsesyonların ve sanrılarının ayırımında güçlük yaşamalarına neden olabilmektedir (47).

Bu ayırımıda önemli kavramlar arasında 1950'lerde 'pseudo-nevrotik şizofreni' bağlamında 'pseudo-obsesyon' ve 'pseudo-kompulsiyon' olarak tanımlanan bazı obsesif-kompulsif benzeri fenomenler de yer almaktadır. Pseudo-nevrotik şizofreni hasta grubu daha hafif psikotik özelliklerin yanı sıra nevrotik bozukluklar için atipik kabul edilen özellikler gösteren durumları tanımlamak için kullanılmıştır. Pseudo-obsesyon kavramı DSM-III ve ICD-10'da Şizotipal Kişilik Bozukluğunun tanı ölçütlerinin belirlenmesinde etkili olmuştur, direnç gösterilemeyen, genellikle dismorfofobik, cinsel veya saldırgan içerikli saplantılı ruminasyonlar olarak tanımlanmıştır. Literatürde, tekrarlayıcı düşüncelerin ve imgelerin sıklıkla yoğun duygulanımlar ve kaygı ile ilişkilendirildiği ve hastanın bunların ilgisizliklerinin veya saçmalıklarının hemen farkına varamadığı ve onlara güçlkle direndiği şeklinde tanımlanmaktadır (48,49). Şizotipal kişilik bozukluğu tanısına sahip kişilerde; ifade, kişilerarası ilişkilerde bozukluklar ve algısal sapmalar, duyarsızlaşma ve şizofreniye benzeyen ancak psikotik eşiğe ulaşmayan geçici psikotik fenomenler gibi deneyimler

tanımlanmaktadır. Şizotipal kişilik bozukluğunun eşlik ettiği OKB hastaları daha kötü prognoza sahiptir, daha zayıf içgörü, daha düşük işlevsellik, daha fazla bilişsel bozukluk ve tedavi direnci gösterirler (46). Şizotipal kişilik bozukluğunun tanımlanması, şizofreni spektrumu ve OKB'nin kesişimini ele alan çalışmalar için bu nedenle önemlidir. Güncel literatür incelendiğinde pseudo-obsesyonun tanısal öneminin göz ardı edildiği görülmektedir.

Obsesyon ve sanrı ayırımını zorlaştıran faktörler arasında hastaların halk dilindeki 'takıntı' terimini çok anlamlı kullanmaları, terimin 'endişeli düşünceler, ruminasyonlar, düşünce sokma, sanrılar, halüsinasyonlar ve saplantı benzeri fenomenler' gibi çeşitli hoş olmayan, istenmeyen veya istemsiz deneyimleri içerecek şekilde kullanılmasını da içermektedir. Yalnızca hastanın deneyiminin dikkatli bir şekilde araştırılması, doğru psikopatolojik sınıflandırmanın yapılmasını sağlayabilmektedir. Obsesyonun 'tekrarlayan, intruziv ve istenmeyen' düşünceler olarak çağdaş tanımı, fenomenolojik olarak spesifik değildir ve OKB'nin çağdaş kriterleri sanrısız yoğunluk sergileyen obsesyonların tanımlanmasına izin vermektedir (47).

Sanrı ve obsesyon ayırımındaki bu zorluklar nedeniyle çağdaş araştırmalar daha net semptom tanımlamaları için çeşitli önlemler almışlardır, bu tür önlemler arasında; semptomları daha sistematik ve nesnel olarak değerlendirmek için DSM-5 eksen I psikiyatrik bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-V) ve Yale-Brown Obsesif-Kompleksi Ölçeği (Y-BOCS) gibi standartlaştırılmış tanı ölçeklerinin uygulanması, hasta gruplarının hastalığın evresine göre sınıflandırılması, yaşa uygun kontrol gruplarının ve kesitsel çalışma gruplarının oluşturulması ve obsesif içeriği yalnızca psikotik konuyla ilgili olan hastaların çalışma dışı bırakılması bulunmaktadır (50). SCID-V gibi standartlaştırılmış tanı ölçeklerinin ve Y-BOCS gibi psikopatolojinin şiddetini değerlendirmek için ölçeklerin uygulanmasının, araştırmacılar arası güvenilirliği artırır, ancak sanrıların obsesyonlardan ayırmayı sağlamaz (4). Bu önlemlerin tanısal karmaşayı azaltması ve tanısal doğruluğu artırması beklenmektedir.

2.2.3. Şizofreni ve Obsesif-Kompleksi Semptomların Birlikteliği

Obsesyonlar ve kompulsiyonlar, OKB'nin simgesel semptomlarıdır, ancak duygulanım bozukluklarında ve şizofreni spektrum bozukluklarında benzer fenomenler görülmektedir. Yirminci yüzyılın başlarından beri şizofreni ve ilişkili bozuklukları olan hastalarda obsesif-kompulsif semptomlar (OKS) ile OKB'nin sıklıkla birlikte görüldüğü belirtilmiştir, DSM-III hiyerarşide daha yüksek bir bozukluk olarak geçen şizofreni varlığında OKB tanısına izin vermiyordu, DSM-IV ile şizofreniyle klinik olarak anlamlı ve potansiyel olarak tedavi edilebilir ikincil sendromların bir arada tanımlanmasına olanak sağlamıştır. Son çalışmalar yüksek komorbidite oranlarını ortaya koymaktadır, şizofreni hastalarının %7,8 ile %46,6'ı obsesif-kompulsif semptomatoloji bildirmektedir (51).

Şizofreni ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), altta yatan farklı nöral mekanizmaları, klinik görünüşleri ve tedavileri olan farklı nozolojik antitelere sahiptir. Son dönem de yapılan translaşyonel, nörofizyolojik ve nörogörüntüleme araştırmalarıyla şizofreninin ve OKB'nin altında yatan patofizyolojilerinde dopamin, serotonin ve glutamat nörotransmitter sistemlerinin benzer rollerinin olabileceği gösterilmiştir (52). Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Obsesif Kompulsif Belirtiler (OKS) ile şizofreninin yüksek oranda komorbid olduğu bilinmektedir, gerek şizofrenide obsesif-kompulsif belirtilerin görülmesi, gerekse OKB'de psikotik belirtilerin olması her iki hastalık arasında yakın bir ilişki olduğunun düşünülmesine yol açmaktadır. Hastalıkların klinik gidişlerine yüzeysel olarak bakıldığında erkekler ve kadınlar arasındaki benzer dağılımlar, ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde başlamaları, erkeklerde daha erken başlangıç yaşı, kronik seyir izlemeleri, her ikisinde de rahatsız edici düşünceler ve tuhaf davranışların olması benzerlikleridir (53). Sonuç olarak genel tabloya bakıldığında bu iki bozukluk bazı demografik ve klinik özellikleri ve görünüşe göre bazı patofizyolojik temelleri paylaşmaktadırlar.

Yirminci yüzyılın ilk yarısına kadar yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında nispeten düşük oranlarda %1-%3,5 obsesif-kompulsif semptomoloji bildirildiği aynı zamanda şizofreni hastalarında obsesif-kompulsif belirtilerin varlığının psikoza karşı bir savunma mekanizması olduğu, obsesyonların kişilik parçalanmasını yavaşlattığı, iyi prognostik faktör olduğu, remisyon döneminin başladığının göstergesi olduğunun

düşünüldüğü görülmektedir, yakın tarihli çalışmalar eski bulgularla çelişkili görünmektedir (46).

Son dönemlerde, OKS'nin ve şizofreninin ilişkisini açıklamaya çalışan farklı görüşler ileri sürülmüştür, çalışmalar ve hipotezler daha çok şizofreni hastalarında görülen obsesif kompulsif semptomoloji üzerinden ilerlemiştir. Obsesif-kompulsif semptomlar, psikotik semptomlardan önce, psikotik semptomlarla birlikte ya da sonra ortaya çıkabilmektedir. Pozitif, negatif ve bilişsel semptomların aksine, obsesif-kompulsif semptomlar şizofreninin birincil özellikleri olarak kabul edilmemektedir. Psikotik semptomlardan önce veya psikotik semptomlarla birlikte ortaya çıkan OKS şizofreninin bir alt tipi olarak tanımlanabilir, 'şizo-obsesif bozukluk' olarak adlandırılan bu alt tip şizofreninin ayrı bir kategorisi olarak görülebilmektedir. Farklı bir görüş olarak her iki bozukluğun da yüksek komorbiditeye sahip olduğu göz önüne alındığında, ergenlik döneminde başlayan iki ayrı bozukluk olduklarının düşünülmesi de bulunmaktadır (51).

2.2.3.1. Şizo-Obsesif Bozukluk

Epidemiyolojik ve nörobiyolojik kanıtlar, komorbid OKB ve şizofreni hastalarının şizofreni hastaları arasında özel bir kategoriye temsil edebileceğini düşündürmektedir. Şizofreni ve OKB'deki nöral anomalilerini araştıran çok sayıda araştırmanın aksine şizo-obsesif alt tipi ile ilgili çalışma sayısı kısıtlıdır ve nörogörüntüleme çalışmaları ve nöropsikiyatrik testler üzerine odaklanılmıştır, şizofreni hastalarında obsesif-kompulsif belirtilerin nörobiyolojik temelleri kesin olarak bilinmekten çok uzaktır ama nörogörüntüleme çalışmaları şizo-obsesif bozukluğa özgül bir nöroanatomik işlev bozukluğunun bulunabileceğine işaret etmektedir (54).

Obsesif kompulsif semptomoloji gösteren şizofreni hastalarında genetik faktörlerin rolü üzerine kısıtlı sayıda çalışma yapılmıştır, ailesel geçişin rolü üzerine yapılan bir çalışmada; OKB'si olan ve olmayan şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında şizo-obsesif bozukluk ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu açısından daha yüksek riske sahip oldukları ve OKB eğilimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (55). Obsesif Kompleksi Bozukluk tanısı alan hastaların genel popülasyondan daha yüksek şizofreni geliştirme riski olduğunu, aynı zamanda OKB tanısı olan kişilerin

birinci derece akrabalarında şizofreni riskinin arttığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (56–58).

Şizo-obsesif tanımının kapsamı ve klinik özellikleri konusunda farklı görüşler mevcuttur, literatürde genel olarak üç farklı şizo-obsesif bozukluk hasta grubu tanımlanmaktadır; şizofreni gelişiminden önce prodromal dönemde OKB tanısı alanlar, hastalık seyrinin herhangi bir zamanında obsesif-kompulsif semptomoloji gösterenler, hastalıklarının farklı aşamalarında veya antipsikotik kullanımı gibi özgül durumlarda geçici obsesif-kompulsif belirtiler gösteren hasta grupları (51).

Şizofreni hastaları ile karşılaştırıldığında, şizo-obsesif hastaların klinik özellikleri de farklılık göstermektedir, hastalarda daha erken başlangıç yaşı, depresif semptomlarda ve intihar girişiminde artış, hastane yatış sayısında artış, hayat kalitesinde ve sosyal ilişkilerde bozulma saptanmıştır. Obsesif-kompulsif semptomların varlığının daha yüksek genel, pozitif ve negatif PANNS skoru ile ilişkili olduğu, şizofreni hastalarıyla karşılaştırıldığında, şizo-obsesif hastaların vücut dismorfik bozukluğu, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları gibi OKB-spektrum bozukluklarının eş tanısında artış gösterilmiştir (52).

OKS'nin eşlik ettiği şizofreninin bir alt tip olarak tanımlanmasını destekleyen argümanlar arasında OKS'nin psikoz geliştirme açısından yüksek risk altındaki hastalarda yüksek oranda görülmesi ve bu durumun OKS'nin prodromal dönemin bir parçası olabileceğini düşündürmesi de bulunmaktadır. İlk atak psikoz hastalarında ortalama OKS başlama yaşı 16,6 ve ortalama psikoz başlama yaşı 23,4 'tür, bu veriler OKS başlangıcının prodromal dönem semptomlarından olabileceği görüşünü desteklemektedir. İlk psikotik ataktan sonra ortaya çıkan OKS, antipsikotik tedavisine ikincil olabilmektedir (51).

Antipsikotik kullanımına bağlı obsesif-kompulsif belirtiler gösteren hasta gruplarına olan ilgi atipik antipsikotiklerin klinik uygulamada kullanımının yaygınlığındaki artış ile eş zamanlı olarak artmıştır, literatürde klozapin, risperidon, olanzapin ve ketiapin ile tedavi sırasında obsesif-kompulsif semptomların tetiklendiği ve arttırdığı yönünde bulgular gösteren çalışmalarda mevcuttur, bazı çalışmalarda OKS artışı ve antipsikotikler arasında ilişki bulunamamıştır (59).

Şizo-obsesif bozukluğun tedavisi üzerine kısıtlı sayıda araştırma mevcuttur, genel kanı hastalığın tedavisinin zor olduğu ve tedavi protokollerine farklı yanıtlar görülebildiği seklindedir, tipik antipsikotiklerle monoterapi etkisiz olabilmekte ve ekstrapiramidal yan etkilere karşı artan hassasiyet görülebilmektedir. İkinci kuşak antipsikotikler, bazı hastalarda hem psikotik hem de obsesif-kompulsif semptomların gerilemesinde monoterapi olarak etkili olabilmektedir, ancak genellikle serotonin geri alım inhibitörleri ile kombinasyon gerekmektedir (52).

Genel tabloya bakıldığında obsesif-kompulsif semptomların şizofrenide psikopatolojinin klinik olarak anlamlı bir boyutunu temsil ettiği ve obsesif-kompulsif semptomları olan şizofreni hastalarının farklı klinik ve nörobiyolojik özelliklere, aile kalıtımına, tedavi yanıtına ve prognoza sahip olduğu görülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde ayaktan ya da yatarak tedavi gören ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan, duygudurum bozukluğu komponenti bulunmayan, ilk atak psikoz tanımına uyan 20 hasta dahil edilmiştir. İlk aşamada çalışmaya alınması için yönlendirilen hastalardan (n=41); affektif özellik gösteren ya da alkol/madde'ye bağlı psikoz hastaları (n=8), çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan ve aydınlatılmış onamı alınamayan hastalar (n=4) dışlanmıştır. Dahil edilme kriterlerine uygun 29 hastanın 9'u takip sürecini sürdürmemiş olup süreç sonunda 20 hasta değerlendirilmeye alınmıştır.

3.2. PROSEDÜR

Araştırmamız bir prospektif izlem çalışmasıdır. Çalışmaya dahil edilen hastalardan çalışmayla ilgili bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Hastaların tanıları DSM-5 tanı ölçütleri ile kesinleştirilmiş, diğer psikiyatrik tanıların dışlanması için DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV) uygulanmış dışlama kriterlerindeki tanı varlığında bu kişiler çalışmaya alınmamıştır. Bilgilendirilmiş onamı alınan hastaların araştırmacı tarafından ayrıntılı anamnezleri alınarak ve hasta ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, hastalık süresi gibi sosyodemografik verileri çalışma için hazırlanmış sosyodemografik veri formuna kaydedilerek, her katılımcıya DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ), Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) uygulanmıştır.

Araştırma 12.09.2022 tarihinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunca incelenmiş ve 2022-181 numaralı karar ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- İlk psikotik atak (duygudurum bozukluğu komponenti bulunmayan) nedeniyle ayaktan ya da yatarak tedavi gören,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- 18-65 yaş grubu arasında olan,
- En az ilkokul mezunu olan

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- Yazılı onamı alınmamış, çalışmaya katılmaya gönüllü olmayanlar
- Geçmiş psikotik atak varlığı,
- Duygudurum bozukluğu,
- Alkol veya diğer psikoaktif madde kullanımına bağlı intoksikasyon, çekilme ya da yoksunluk bulgularının varlığı,
- Psikotik epizodu tetikleyebilecek başka tıbbi bir hastalık varlığı,
- 18 yaş altı veya 65 yaş üstü olması,

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu: Bu çalışma için, araştırmacıları tarafından hazırlanmıştır. Çalışmanın amacına ve hipotezlere yönelik olarak hastalar hakkında sosyodemografik ve klinik bilgi elde etmeye yönelik; madde kullanım öyküleri, olası geçmiş psikiyatrik hastalık öyküleri, ilaç kullanımı, ailede (anne-baba-kardeş-çocuk) ruhsal hastalık öyküsü ile ilgili bilgiler içeren formdur.

DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV): First ve arkadaşları tarafından 2015'te geliştirilmiştir (60). DSM-5'e göre psikiyatrik hastalıkların tanısının konulması için geliştirilmiş yapılandırılmış klinisyen tarafından uygulanan bir görüşme formudur, yapılandırılmış görüşmelerin tanısal güvenilirliği artırma, araştırmaların karşılaştırılabilirliğini sağlama ve bazı belirtilerin ihmal edilip tanı atlamayı önleme gibi yararları vardır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (61).

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS): Kay ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. PANSS 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet

değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Şizofrenideki pozitif ve negatif semptomların ve aynı zamanda genel psikopatolojinin şiddetini ölçmekte kullanılmaktadır, 7'si pozitif sendrom alt ölçeğine, 7'si negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan 16'sı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (62).

Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ): Goodman ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. (63)Obsesif Kompulsif Bozuklukta semptom şiddetini derecelendirmek amacıyla düzenlenmiş, klinisyen tarafından doldurulan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. 19 maddeden oluşur, ilk 10 madde değerlendirmeye alınır ve 0-4 arası puanlanır, obsesyon ve kompulsiyonlar 5'er madde ile ve her bir madde 4 puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlandırılmaktadır. Daha sonra klinisyen tarafından genel obsesyon puanı (GOP), genel kompulsiyon puanı (GKP) ve toplam puan (GTOP) hesaplanır. Ölçekten elde edilen puanlar ise şu şekilde kendi içinde sınıflandırılmaktadır: 0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 şiddetli. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (64).

Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI): Guy ve arkadaşları tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir (65). Klinisyenin hastalık şiddetini klinik tecrübesine göre değerlendirdiği bu ölçek, klinik çalışmalardaki hastaların değerlendirilmesini ve izlem sürecinde tedavinin ortaya çıkardığı değişiklikleri gözlemek amacıyla geliştirilmiştir. Klinik Global İzlenim Ölçeği, hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren 3 sorudan oluşur.

3.4. ARAŞTIRMA SÜRECİ

Katılımcılar ilk görüşme sonrasında 6 ay boyunca aylık görüşmeler ile takip edilmiş olup her katılımcı ile toplam 7 görüşme yapılmıştır. Yapılan ilk görüşmede tanı amacıyla her katılımcıya DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV) uygulanmıştır. Sonrasında yarı yapılandırılmış sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenler veri formu doldurulmuştur. Olgulara psikotik belirtiler ve belirti şiddetlerinin belirlenmesi amacıyla Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası (PANSS) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI), obsesif kompulsif semptomların şiddetini belirlenmesi amacıyla Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon

Ölçeği (Y-BOKÖ) uygulanarak ilk görüşme sonlandırılmıştır. Devam eden aylık görüşmelerde olgular Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası (PANSS), Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) ve Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) ile takip edilmişlerdir.

3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde Ortalama Standart Sapma, Ortanca, Minimum, Maksimum değerleri, kesikli verilerde ise sayı ve yüzde değerleri verildi. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Shapiro-Wilk testinden yararlanıldı.

Ölçek puanlarının ilk görüşme, 1.ay, 2.ay, 3.ay, 4.ay, 5.ay ve 6.aylardaki farklılığında Friedman Anova analizi kullanıldı. Farklılığın hangi izlem aylarından kaynaklandığı Friedman Çoklu Karşılaştırma testi ile incelendi. Sürekli verilerin iki gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler Spearman's Korelasyon Katsayısı ile incelendi. Değerlendirmelerde IBM SPSS Statistics 20 programı kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya duygudurum bozukluğu komponenti bulunmayan 20 ilk atak psikoz olgusu dahil edildi. Olguların yaş ortalaması 28,08±8,82 yıl olup minimum olgu yaşının 18 maksimum 44 yaş olduğu, ortalama eğitim yılının 12,85±2,91 olduğu, olguların %60'nın erkek, %70'nin bekar, %80'nin kentte yaşadığı, olguların %35'inin ailesinde de ruhsal hastalık olduğu belirlendi.

4.2. OLGULARIN BAŞLANGIÇTAKİ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya dahil edilen 20 ilk atak psikoz olgusuna başlangıçta Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) ve Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) uygulandı, olguların 8'i (%40) obsesif kompulsif semptom gösterirken, 12 (%60) olguda obsesif kompulsif semptom görülmedi.

4.3. OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOM DURUMUNA GÖRE OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Obsesif kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olguları ile obsesif kompulsif semptomları olmayan ilk atak psikoz olgularının yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim durumları, yaşadıkları yer ve ailede ruhsal hastalık öyküleri arasında fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2: Obsesif Kompulsif Semptom Durumuna Göre Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Grup		İstatiksel Analiz	p
	OKS var (n=8)	OKS yok (n=12)		
Yaş; Ort ± SS	28.00±8.51	29.58±9.33	44.0 ^b	0.792
Eğitim; Ort ± SS	13.00±2.82	12.75±3.1	0.037 ^b	1.000
Cinsiyet n(%)				
Kadın	5 (%62,5)	3 (%25,0)	2.813 ^c	0.167
Erkek	3 (%37,5)	9(%75,0)		
Medeni Durum n(%)				
Bekar	6 (%75,0)	8 (%66,7)	0.159 ^c	1.000
Evli	2 (%25,0)	4 (%33,3)		
Yaşanılan yer n(%)				
Köy/kasaba	0 (%0)	4 (%33,3)	3.333 ^c	0.117
Kent	8 (%100)	8 (%66,7)		
Ailede ruhsal hastalık n(%)				
Yok	6 (%75,0)	7 (%58,3)	0.586 ^c	0.642
Var	2 (%25,0)	4 (%41,7)		

OKS: Obsesif Kompulsif Semptom

b: Mann Whitney U test

c: Fisher's Exact test

4.4. OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOM DURUMUNA GÖRE OLGULARIN BAŞLANGIÇTAKİ KLİNİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Obsesif kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olguları ile obsesif kompulsif semptomları olmayan ilk atak psikoz olgularının başlangıçtaki Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$), obsesif kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olgularının Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği toplam puanlarının başlangıçta daha yüksek olduğu belirlendi. Obsesif kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olguları ile obsesif kompulsif semptomları olmayan ilk atak psikoz olgularının başlangıçtaki Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin pozitif belirti alt ölçeği puanları, negatif belirti alt ölçeği puanları, genel psikopatoloji alt ölçeği puanları ve Klinik Global İzlenim Hastalık Şiddeti alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3: Obsesif kompulsif semptom durumuna göre olguların başlangıçtaki klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken	Grup		İstatiksel Analiz	p
	OKS var (n=8)	OKS yok (n=12)		
PANSS Toplam	89.13±5.13	80.25±11.70	20.5 ^b	0.031
PANNS Pozitif Belirtiler	21.83±4.54	25.63±4.77	26.0 ^b	0.098
PANNS Negatif Belirtiler	20.88±3.09	19.33±5.49	35.0 ^b	0.343
PANSS Genel Psikopatoloji	42.63±5.55	39.08±8.22	31.0 ^b	0.208
CGI-Hastalık Şiddeti	5.38±0.51	4.75±0.62	24.0 ^b	0.069

OKS: Obsesif Kompulsif Semptom
PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği
b: Mann Whitney U test

4.5. OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOM DURUMUNA GÖRE OLGULARIN BAŞLANGIÇTAKİ KLİNİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ KORELASYON

Obsesif kompulsif semptomu olan ilk atak psikoz olgularının başlangıçtaki Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) toplam puanları ile Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin toplam puanı, pozitif belirti alt ölçeği puanı, negatif belirti alt ölçeği puanı, genel psikopatoloji alt ölçeği puanı arasında ve Klinik Global İzlenim Ölçeği hastalık şiddeti alt ölçeği puanı arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4).

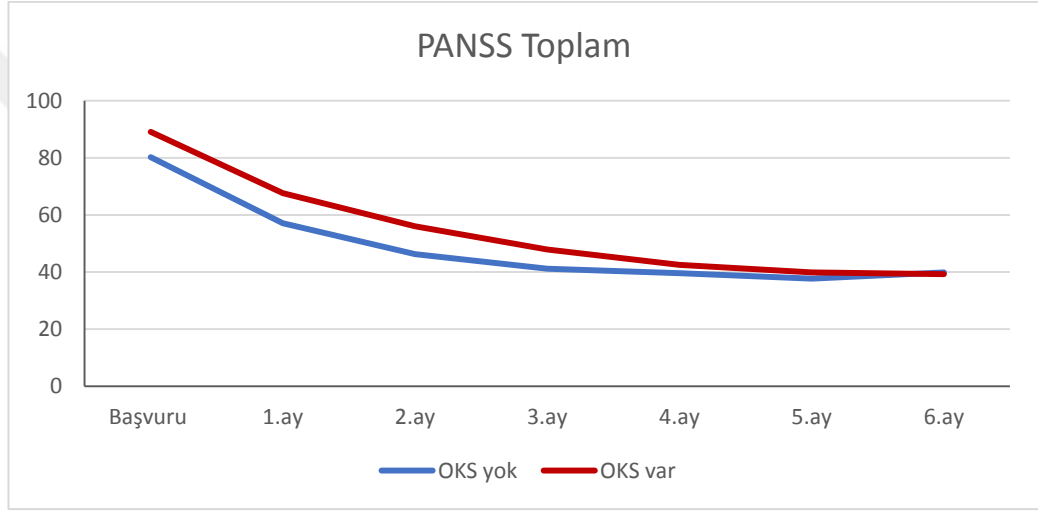
Tablo 4: Obsesif Kompulsif Semptom Durumuna Göre Olguların Başlangıçtaki Klinik Özellikleri Arasındaki Korelasyon

	Y-BOKÖ puanı	
	r*	P
PANSS	-0.530	0.177
PANNS Pozitif Belirtiler	0.263	0.528
PANNS Negatif Belirtiler	-0.132	0.036
PANSS Genel Psikopatoloji	-0.658	0.076
CGI- Hastalık Şiddeti	0.620	0.10

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
Y-BOKÖ: Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği
CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği
*Spearman's Korelasyon Katsayısı

4.6. OLGULARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN 6 AYLIK İZLEMDEKİ DEĞİŞİMİ

Obsesif kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olguları ile obsesif kompulsif semptomları olmayan ilk atak psikoz olgularının izlemi sırasında Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$), obsesif kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olgularının Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam puanlarının 2. ve 4. aylarda da daha yüksek olduğu ($p<0.05$), 1.ay, 3.ay, 5.ay ve 6.aylardaysa fark bulunmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Grafik 1).



Grafik 1: Obsesif kompulsif semptom durumuna göre olguların PANSS toplam puanlarının izlemi

Olguların 6 aylık izlem boyunca Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam puanlarında ve Klinik Global İzlenim Ölçeği Hastalık Şiddeti alt ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı değişim saptandı ($p<0.001$). Değişimin başlangıca göre hangi zamanlardan kaynaklandığı Friedman Çoklu Karşılaştırma testi ile incelendiğinde; obsesif kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olguları Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği Hastalık Şiddeti alt ölçeği puanlarına göre 4.aydan itibaren anlamlı düşüş olduğu, obsesif kompulsif semptomları olmayan ilk atak psikoz olgularının Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) puanlarına ve göre Klinik Global İzlenim Ölçeği Hastalık Şiddeti alt ölçeği 3.aydan itibaren anlamlı düşüş olduğu saptandı (Tablo 5).

Tablo 5: Obsesif kompulsif semptom durumuna göre olguların izlem sürecindeki klinik özelliklerinin değişimi

	Başlangıç	1.AY	2.AY	3.AY	4.AY	5.AY	6.AY
OKS VAR (n=8)							
PANSS	89.13±5.13	67.63±10.7	56.00±12.2	47.88±9.43	42.50±7.03	39.88±5.46	39.25±9.92
PANSS P	25.63±4.77	15.13±3.52	9.75±3.80	8.2±2.18	7.50±1.06	7.38±1.06	7.88±2.47
PANSS N	20.88±3.09	18.00±2.92	17.13±2.47	14.63±2.32	12.75±2.91	12.75±2.91	11.50±2.33
PANSS G	42.63±5.55	34.50±7.87	29.13±8.35	25.00±6.25	22.25±4.55	19.75±2.71	19.88±5.81
CGI-HŞ	5.38±0.51	4.38±0.51	3.75±0.70	3.62±0.74	3.13±0.64	3.00±0.75	2.75±0.70
OKS YOK (n= 12)							
PANSS	80.25±11.7	57.08±15.3	46.25±13.1	41.17±9.73	39.58±13.9	37.67±9.86	36.25±7.20
PANSS P	21.83±4.54	11.75±3.49	8.08±2.19	7.42±0.99	7.83±2.88	7.25±0.86	7.17±0.57
PANSS N	19.33±5.49	15.42±5.17	13.42±4.50	12.42±4.12	11.58±4.40	11.42±4.29	10.83±3.27
PANSS G	39.08±8.22	29.92±8.41	24.75±7.08	21.33±5.03	20.17±7.04	19.00±4.95	18.25±3.57
CGI-HŞ	4.75±0.62	3.83±0.57	3.33±0.65	3.08±0.79	2.58±0.90	2.50±0.67	2.33±0.62

OKS: Obsesif Kompulsif Semptom

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

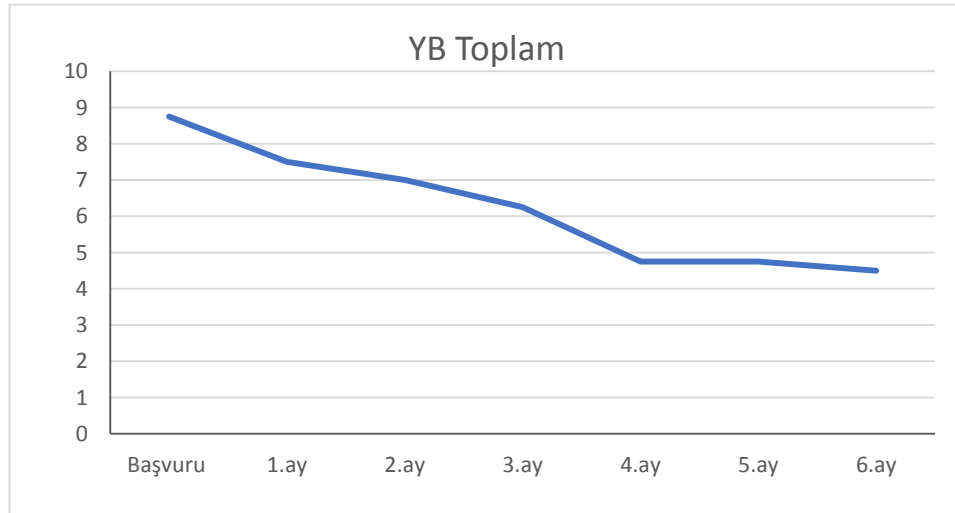
PANSS P: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Pozitif Belirtiler

PANSS N: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Negatif Belirtiler

PANSS G: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Genel Psikopatoloji

CGI-HŞ: Klinik Global İzlenim Ölçeği Hastalık Şiddeti

Obsesif Kompulsif Semptomları olan 8 ilk atak psikoz olgusunun 6 aylık izlem boyunca Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) uygulandı aylara göre Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) toplam puanları karşılaştırıldı (Grafik 2).



Grafik 2: Obsesif kompulsif semptomları olan olgularda 6 aylık Y-BOKÖ puanları

Obsesif Kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olgularının izleminde Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim saptandı ($p<0.001$). Değişimin başlangıca göre hangi zamanlardan kaynaklandığı Friedman Çoklu Karşılaştırma testi ile incelendiğinde; Obsesif Kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olgularının Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) toplam puanlarına göre 4.aydan itibaren anlamlı düşüş olduğu saptandı. (Tablo 6)

Tablo 6: Obsesif kompulsif semptomları olan olgularda izlemde Y-BOKÖ puanlarının değişimi

	Başlangıç	1.AY	2.AY	3.AY	4.AY	5.AY	6.AY	İstatistiksel analiz	p
Y-BOKÖ	8.75±4.65	7.50±3.81	7.00±3.02	7.00±3.02	4.75±1.98	4.75±1.98	4.50±2.07	34.902 ^c	<0.001

Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ)
c: Friedman Test

4.7. OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOM DURUMUNA GÖRE OLGULARIN 6. AYDAKİ KLİNİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Obsesif kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olguları ile obsesif kompulsif semptomları olmayan ilk atak psikoz olgularının 6.aydaki Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği toplam puanları, pozitif belirti alt ölçeği puanları, negatif belirti alt ölçeği puanları, genel psikopatoloji alt ölçeği puanları ve Klinik Global İzlenim Hastalık Şiddeti alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p<0.05$) (Tablo 7).

Tablo 7: Obsesif kompulsif semptom durumuna göre olguların 6.aydaki klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken	Grup		İstatiksel Analiz	p
	OKS var (n=8)	OKS yok (n=12)		
PANSS Toplam	39.25±9.92	36.25±7.20	29.5 ^b	0.157
PANSS Pozitif Belirtiler	7.88±2.47	7.17±0.57	45.5 ^b	0.851
PANSS Negatif Belirtiler	11.50±2.33	10.83±3.27	32.5 ^b	0.238
PANSS Genel Psikopatoloji	18.25±3.57	19.88±5.81	36.0 ^b	0.384
CGI-Hastalık Şiddeti	2.75±0.70	2.33±0.62	31.0 ^b	0.208

OKS: Obsesif Kompulsif Semptom
PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği
b: Mann Whitney U test

4.8. OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOM DURUMUNA GÖRE OLGULARIN 6. AYDA KLİNİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ KORELASYON

Obsesif kompulsif semptomu olan ilk atak psikoz olgularının 6.aydaki Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) toplam puanları ile Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin toplam puanı, pozitif belirti alt ölçeği puanı, negatif belirti alt ölçeği puanı, genel psikopatoloji alt ölçeği puanı arasında ve Klinik Global İzlenim Ölçeği hastalık şiddeti alt ölçeği puanı arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Obsesif Kompulsif Semptom Durumuna Göre Olguların 6.aydaki Klinik Özellikleri Arasındaki Korelasyon

	Y-BOKÖ puanı	
	r*	p
PANSS	0.000	1.000
PANSS Pozitif Belirtiler	-0.101	0.812
PANSS Negatif Belirtiler	-0.164	0.699
PANSS Genel Psikopatoloji	-0.521	0.185
CGI- Hastalık Şiddeti	0.069	0.872

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
Y-BOKÖ: Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği
CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği
*Spearman's Korelasyon Katsayısı

4.9. OLGULARIN İZLEM SIRASINDAKİ KLİNİK ÖZELLİKLERİNDEKİ DEĞİŞİMİNİN KORELASYONU

Obsesif kompulsif semptomu olan ilk atak psikoz olgularının başlangıçtaki ve 6. Aydaki Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) toplam puanları ile 6 aylık izlemdeki Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin toplam puanı, pozitif belirti alt ölçeği puanı, negatif belirti alt ölçeği puanı, genel psikopatoloji alt ölçeği puanı arasında ve Klinik Global İzlenim Ölçeği hastalık şiddeti alt ölçeği puanı arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9: Olguların Y-BOKÖ puanı ile Klinik Özelliklerdeki Değişimin Korelasyonu

	Başlangıç Y-BOKÖ		6. ay Y-BOKÖ	
	r*	p	r*	p
PANSS Toplam				
Başlangıç	-0.530	0.177	-0.646	0.084
6.ay	-0.120	0.776	0.000	1.000
PANSS Pozitif Belirtiler				
Başlangıç	0.263	0.528	-0.434	0.283
6.ay	-0.412	0.310	-0.101	0.812
PANSS Negatif Belirtiler				
Başlangıç	-0.132	0.036	0.194	0.646
6.ay	-0.049	0.908	-0.164	0.699
PANSS Genel Psikopatoloji				
Başlangıç	-0.658	0.076	-0.191	0.650
6.ay	0.025	0.952	-0.521	0.185
CGI-Hastalık Şiddeti				
Başlangıç	0.620	0.10	0.533	0.174
6.ay	-0.026	0.951	0.069	0.872

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
Y-BOKÖ: Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği
CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği
*Spearman's Korelasyon Katsayısı

5. TARTIŞMA

İlk atak psikoz hastalarında prognostik faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Güncel literatürler obsesif kompulsif semptomların hastalığın farklı dönemlerinde de olsa sıklıkla ilk atak psikoz hastalarının temel semptomlarına eşlik ettiğini göstermektedir. Literatürde obsesif-kompulsif semptomların psikozun klinik özellikleri üzerindeki etkisine ilişkin çelişkili bulgular mevcuttur, çalışmalar genellikle kesitseldir. Bu nedenle ileriye dönük bir çalışma yürütmeyi, ilk atak psikozla eşlik eden obsesif-kompulsif semptomların izlemini ve 6 aylık izlemde obsesif-kompulsif belirtilerin yaygınlığını ve bunların psikozun belirtileri üzerindeki etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Çalışmamızda olguların yaş ortalamasının $28.08(\pm 8.82)$ olduğu belirlendi. İlk atak psikoz hastalığının tipik olarak erken erişkinlik döneminde başlamasının beklenmesiyle birlikte birçok çalışmada yaş ortalamasının 20 ile 35 arası geniş bir aralığı kapsadığı görülmektedir (66,67). Olguların %60'nın erkek, %70'nin bekar, %80'nin kentte yaşadığı belirlendi. Literatür incelemesi yapıldığında hem şizofreni spektrum bozukluğu tanılı hastalarda hem de ilk atak psikoz tanılı hastalarda erkek cinsiyet, bekar olma, kentte yaşama olasılığının daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (66–69). Olguların %35'inin ailesinde ruhsal hastalık olduğu belirlendi. Çalışmalarda şizofreninin bilinen etiyolojik risk faktörleri arasında genetik geçişin yer aldığı, şizofreni hastalığına sahip akraba sayısı ve akrabalık derecesi arttıkça riskin arttığı kanıtlanmıştır (70). 2010 yılında yapılan bir çalışmada ailesinde başka psikiyatrik hastalık görülen kişilerde şizofreni riski %27,1 iken, ailede şizofreni öykünün bulunma ihtimali %6 olarak bulunmuştur. Bu sonuçların mekanizması açıklanamamakla birlikte, paylaşılan genetik faktörlerden ve paylaşılan çevresel maruziyetten veya bunların kombinasyonlarından oluşabileceği düşünülmektedir. Bu sonuçlar ailede başka psikiyatrik hastalık görülmesinin kişinin şizofreni riskini arttırdığını göstermektedir (71).

Çalışmaya dahil edilen 20 ilk atak psikoz olgusunun %40'ında obsesif kompulsif semptomlar izlendi. Literatür incelemesi yapıldığında şizofreniye eşlik eden obsesif kompulsif semptomlar üzerine son yüzyılda çok sayıda araştırma olduğu

görülmektedir. Yüzyılın başlarındaki araştırmalarda obsesif kompulsif semptomların şizofreni hastalarının %1-%3,5 gibi çok küçük bir kısmında ortaya çıktığı belirtiliyordu (6,72,73). Son dönemde yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının %7,8-46,6'sında obsesif kompulsif semptomların görüldüğü, bu farkın değişen tanı kriterleri, yeni tanı kriterleri ile klinisyenlerin sanrı ve obsesyon ayırımında değişen görüşleri ve antipsikotik kullanımı ile ilgili olabileceği belirtilmektedir (3,41,50-52,74). Bununla birlikte bildirilen eşlik etme oranlarının farklılık gösterdiği çalışmalarda mevcuttur. 2005'te yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının %64'ünde obsesif kompulsif semptomlar, %30'unda obsesif kompulsif bozukluk gösterilmiştir (75). 2013 yılında ilk atak psikoz hastalarında yapılan bir çalışmada hastaların %31,2'nin obsesif kompulsif semptom gösterdiği bulunmuştur (4). Çalışmalarda şizofreniye eşlik eden obsesif kompulsif bozukluk eş tanısı oranı %1 ile %59 arasında değişmektedir (76,77). Genel olarak psikoza eşlik eden obsesif kompulsif bozukluk oranları, yaşam boyu obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığının %1,6 olduğu genel popülasyondakinden çok daha yüksektir (78,79). Aynı zamanda şizofreniye eşlik eden obsesif kompulsif semptomlar ve genel toplumdaki obsesif kompulsif semptom yaygınlığı arasındaki fark diğer anksiyete bozuklukları ve depresyondan çok daha belirgindir (41,80).

Çalışmamızdaki 20 olgunun obsesif kompulsif semptom durumlarına göre yapılan sosyodemografik verilerin karşılaştırılmasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanan yer ve ailede ruhsal hastalık öyküsü arasında fark bulunmadı. Literatürde şizofreni ve ilk atak psikoz hastalarında eşlik eden obsesif kompulsif semptomları olan hastaların daha erken hastalık başlangıç yaşına sahip olduğu genel görüşü hakimdir (74,81-85), hastaların evli olma olasılığının düşük olduğunu gösteren veriler de mevcuttur (52,82). Aynı zamanda çalışmamızdaki gibi ilk atak psikoz hastalarında gruplar arasında başlangıç yaşı ve diğer sosyodemografik verilerde dahil olmak üzere anlamlı fark bulunmayan kapsamlı çalışmalarda mevcuttur (86,87).

Obsesif kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olgularının başlangıçtaki Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam puanlarının ortalaması $89,13 \pm 5,13$ olarak, obsesif kompulsif semptomları olmayan ilk atak psikoz olgularının $80,25 \pm 11,70$ olarak tespit edildi, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

saptandı. Obsesif kompulsif semptomu olan ilk atak psikoz olguları daha yüksek başlangıç PANSS toplam puanlarına sahipti. Şizofreni ve obsesif kompulsif semptom üzerine yapılan ilk çalışmalarda hem iki durumun birlikteliğinin nadiren görüldüğü hem de obsesif kompulsif semptomların eşlik etmesinin psikoz şiddetini azalttığı düşünülüyordu (3,6,73). Fenton ve arkadaşlarının 1986 yılında yaptığı bir araştırma ile şizofreni ve obsesif kompulsif semptom birlikteliğinin düşünüldüğünden daha yüksek olduğu ve bu kişilerin klinik özelliklerinin daha kötü olduğu gösterildi (88). Berman ve arkadaşları ise 1998 yılında psikoz şiddetiyle obsesif kompulsif semptomların varlığının bağımsız olduklarını gösteren bir çalışma yaptılar (7). Güncel literatür incelendiğinde veriler arasındaki çelişkinin devam ettiği görülmektedir. Berman ve arkadaşlarını destekleyen psikoz hastalarında obsesif kompulsif semptomların görülmesinin PANSS puanlarını etkilemediğinin gösterildiği çalışmalar olduğu gibi (87,89,90), 2009 yılında yapılan bir meta analizde ise obsesif kompulsif semptom görülen şizofreni hastalarının PANSS puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (8). Lysaker ve arkadaşları obsesif kompulsif semptomları olan şizofreni hastalarının PANSS pozitif belirtiler alt ölçeğinde daha yüksek puan aldıklarını göstermiştir (91). Tibbo ve arkadaşlarıysa obsesif kompulsif semptomları olan şizofreni hastalarının PANSS negatif belirtiler alt ölçeğinde daha düşük puan aldıklarını göstermişlerdir (92), yakın dönemde yapılan başka bir çalışmada daha çok negatif belirtiyeye sahip oldukları gösterilmiştir (93). Japonyada yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında obsesif kompulsif semptomlar veya obsesif kompulsif bozukluk tanısının eşlik etmesi daha şiddetli pozitif ve negatif belirtiler ile ilişkilendirilmiştir (94) İlk atak psikozu olan hastalarda yapılan bir araştırma, obsesif kompulsif semptom varlığının hem pozitif hem de negatif semptomların genel değerlendirmesinin daha şiddetli olmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (95). 2023 yılında yapılan bir meta-analizde obsesif kompulsif semptomu olan ilk atak psikoz hastalarının daha yüksek PANSS pozitif belirtiler alt ölçeği puanlarına sahip olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gösterilmiştir (96). Obsesif kompulsif semptomların psikoz şiddetine etkisi ile ilgili daha kapsamlı çalışmalar yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (97–99).

Çalışmamızda gruplar arasında başlangıçtaki Klinik Global İzlenim (CGI) hastalık şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı, benzer şekilde ilk atak psikoz hastalarında tedavisiz sürenin klinik özelliklere etkisinin

araştırıldığı bir çalışmada da gruplar arasındaki farkların PANSS'ı etkilerken CGI hastalık şiddeti puanlarını etkilemediği gösterilmiş, bu durumun PANSS'ın klinik görünümü daha detaylı yansıtır olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür (100).

Çalışmamızda obsesif kompulsif semptomu olan ilk atak psikoz olgularının, başlangıçtaki Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği toplam puanları ile başlangıçtaki Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin toplam puanı, pozitif belirti alt ölçeği puanı, negatif belirti alt ölçeği puanı, genel psikopatoloji alt ölçeği puanı arasında ve Klinik Global İzlenim Ölçeği hastalık şiddeti alt ölçeği puanı arasında korelasyon bulunmadı. Şizofreni hastalarında obsesif kompulsif semptomları Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği ile değerlendiren, hafif ve orta şiddetli, obsesif kompulsif bozukluk tanı kriterlerini karşılayan olarak üç ayrı gruba ayıran kapsamlı bir çalışmada hastaların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği puanları ve Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği puanları arasında ilişki bulunmadığı gösterilmiştir (83). Benzer şekilde ilk atak psikoz hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği ile değerlendiren iki ayrı çalışmada da ölçek puanları arasında ilişki bulunmamıştır (4,87). 2005 yılında şizofreni tanılı hastalarda yapılan iki ayrı çalışmada farklı sonuçlar elde edilmiştir. Şizofreni tanılı 118 hastanın dahil edildiği ilk çalışmada Y-BOKÖ puanı ile PANSS pozitif belirtiler alt ölçeği puanı arasında pozitif korelasyon bulunmuş, 100 şizofreni hastasının katıldığı diğer çalışmada Y-BOKÖ puanı ile PANSS toplam ve pozitif belirtiler alt ölçeği puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (101,102).

İlk atak psikoz olgularının 6 aylık izleminde Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) puanında ve Klinik Global İzlenim Ölçeği Hastalık Şiddeti alt ölçeği puanında istatistiksel olarak anlamlı azalma olduğu belirlendi. Antipsikotik tedavi ile amaç psikotik semptomların şiddetini ve hastalığın yıkıcı etkilerini mümkün olduğunca azaltmak, hastanın yaşam kalitesini ve topluma uyumunu mümkün olduğunca artırmaktır (103). Şizofreni de hastalığın gidişatını etkileyen pek çok faktör bulunmakla birlikte güncel tedaviler ile hastaların yaklaşık %25'inin büyük ölçüde gelişme gösterdiği, %50'sinin orta ve iyi düzeyde gelişme gösterdiği bilinmektedir (2). 2000 yılında yakın takip edilen veya standart tedavi uygulanan 80 şizofreni hastasını 18 ay izleyen bir çalışmada yakın takip edilen hastalarda nüksün %4, standart tedavi

edilen hastalarda %35 olduğu belirlenmiştir (103). Çalışmamızdaki 6 aylık izlemde olguların PANSS toplam puanları ve CGI-hastalık şiddeti alt ölçeği puanlarındaki anlamlı düşüşün hastaların yakın takip edilmesinin tedavi uyumu üzerine etkilerine bağlı olabileceği düşünülmektedir, bununla birlikte bu konuda daha kapsamlı çalışmalar yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam puanlarında ve Klinik Global İzlenim Ölçeği Hastalık Şiddeti alt ölçeği puanlarındaki değişimin obsesif kompulsif semptom durumuna göre incelenmesi sonucunda, obsesif kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz hastaları Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği Hastalık Şiddeti alt ölçeği puanlarına göre 4.aydan itibaren anlamlı düşüş olduğu, obsesif kompulsif semptomları olmayan ilk atak psikoz hastalarının Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) puanlarına ve göre Klinik Global İzlenim Ölçeği Hastalık Şiddeti alt ölçeği 3.aydan itibaren anlamlı düşüş olduğu belirlendi. Grupların 6. aydaki Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) puanlarına ve göre Klinik Global İzlenim Ölçeği Hastalık Şiddeti alt ölçeği puanlarında fark olmadığı belirlendi. 2005 yılında şizofreni hastalarının 6 haftalık izlemine dayanan hastaları obsesif kompulsif semptomları olmayan, obsesif kompulsif semptomları olan ve obsesif kompulsif bozukluk tanı kriterlerini karşılayan olarak 3 gruba ayıran çalışmada 6 haftalık tedavi sonunda hastaların PANSS toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmadığı gösterildi (86). 2012 yılında ilk atak psikoz hastalarının obsesif kompulsif semptom durumuna göre 3 ayrı gruba ayrıldığı bir başka izlem çalışmasında, hastalar başlangıç, 6. hafta ve 5.yılda değerlendirilmiş ve hastaların PANSS toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (4). Çalışmamız verileri 6. ayda hastalar arasında anlamlı fark kalmaması açısından literatür ile uyumludur, fakat obsesif kompulsif semptomu olan hastaların PANSS puanlarındaki anlamlı düşüşün daha geç başlamasını açıklayacak literatür verisine ulaşamamıştır, bu konuda daha kapsamlı çalışmalar yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızın başlangıcında ilk atak psikoz olgularının % 40'ında obsesif kompulsif semptomlar izlendi, 6 aylık izlem sonunda olguların %40'ında da halen obsesif kompulsif semptom izleniyordu. Obsesif kompulsif semptomu olan ilk atak psikoz olgularının başlangıç Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ)

toplam puan ortalaması $8,75 \pm 4,65$ olarak, 6.ayın ortalamasıysa $4,50 \pm 2,07$ olarak tespit edildi, veriler arasında istatikselsel olarak anlamlı fark saptandı. Obsesif Kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olgularının izleminde Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) toplam puanlarında izlem sırasında istatikselsel olarak anlamlı düşüşün 4.aydan itibaren başladığı belirlendi. 2005 yılındaki 6 haftalık izlem çalışmasında tedavi sonrasında tüm gruplarda PANSS toplam puanlarının gerilediği fakat obsesif kompulsif semptomların şiddetinde değişim olmadığı görüldü (86). 2012 yılında yapılan 5 yıllık izlem çalışmasında ise hastaların başlangıçta %58'i, 6. haftada %57'si, 3. yılda %28,7, 5.yıldaysa %22,4 obsesif kompulsif semptom tarifledi, hastaların %13,4'ünün 5 yıllık izlem boyunca kalıcı obsesif kompulsif semptomları vardı (4). Obsesif kompulsif semptomların eşlik ettiği şizofreni hastaları genellikle tedaviye dirençli olarak kabul görmektedir (104–106), aynı zamanda bu hasta grubu için belirlenmiş bir tedavi protokolü bulunmamaktadır (107). Atipik antipsikotiklerin kullanımı, obsesif kompulsif semptomların ortaya çıkması veya kötüleşmesi ile ilişkilendirilmiştir; vaka serilerinde yer alan ilaçlar arasında klozapin (108,109), olanzapin (91), risperidon (110) ve ketiapin (111) yer alır. Bu çalışmaların yanısıra literatürde risperidon ve olanzapinin obsesif kompulsif semptomları tetikleme veya şiddetlendirme eğiliminin olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (112).

Şizofreni hastalarında obsesif kompulsif semptomların gerilemesinin bu semptomlara yönelik tedavi ile mümkün olabileceğinin gösterildiği çalışmalar mevcuttur (113,114). Çalışmamızda obsesif kompulsif semptomların kalıcı nitelik göstermesinin bu hastaların tedaviye direnç göstermeleri ve standardize bir tedavi protokolü olmaması nedeniyle olabileceği düşünülmektedir, obsesif kompulsif semptom gösteren ilk atak psikoz hastalarında tedavi ilkelerinin belirlenmesi için daha çok izlem çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Obsesif kompulsif semptomu olan ilk atak psikoz olgularının başlangıçtaki ve 6. Aydaki Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) toplam puanları ile 6 aylık izlemdaki Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin toplam, pozitif belirti, negatif belirti, genel psikopatoloji alt ölçeği puanları arasında ve Klinik Global İzlenim Ölçeği hastalık şiddeti alt ölçeği puanı arasında korelasyon bulunmadı. Literatürde önem atfedilen 5 yıllık izlem çalışmasında da Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin toplam, pozitif belirti, negatif belirti,

genel psikopatoloji alt ölçeği puanları arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (4). Çalışmamızda obsesif kompulsif semptom gösteren ilk atak psikoz olgularının yüksek başlangıç PANSS puanına sahip olması, fakat izlem sonunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark kalmaması, başlangıçta ve izlem sırasında PANSS toplam puanları ve Y-BOKÖ puanları arasında korelasyon saptanmaması gibi verileri açıklayacak yeterli literatür verisi mevcut değildir. Literatürde ilk atak psikoz hastalarında görülen obsesif kompulsif semptomların varlığını inceleyen çalışmalar genelde kesitseldir ve çelişkili sonuçlar içermektedir, ilerde bu konuda yapılacak kapsamlı izlem çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Bu çalışma Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Kliniğinde yürütülmüş ve hastaların büyük çoğunluğunu hastalık şiddeti yüksek olan yatan hastalar oluşturmuştur, bu nedenle veriler tüm toplumu yansıtmıyor olabilir. Çalışmaya 20 ilk atak psikoz hastası dahil edilmiş olup örneklem boyutunun kısıtlılığı elde edilen verilerin, benzer desenli daha büyük örnekleme sahip çalışmalarla desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu kısıtlılıklarına rağmen çalışmanın 6 ay süresince ve kısa aralıklı izlemlerle yapılmış olması, çalışmanın güçlü bir yönü olarak değerlendirilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

- 1) İlk atak psikoz olgularının erkek cinsiyette olma, bekar olma, kentte yaşama ve ailesinde ruhsal hastalığa sahip olma oranının yüksek olduğu belirlendi.
- 2) İlk atak psikoz olgularının %40'ında obsesif kompulsif semptomlar izlendi.
- 3) Obsesif kompulsif semptom durumuna göre olguların sosyodemografik özellikleri arasında fark bulunmadı.
- 4) Obsesif kompulsif semptomları olan ilk atak psikoz olgularının başlangıç Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi.
- 5) Obsesif kompulsif semptomu olan ilk atak psikoz olgularının başlangıçtaki Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) toplam puanları ile Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) hastalık şiddeti alt ölçeği puanı arasında korelasyon bulunmadı.
- 6) İzlem süresince olguların PANSS, CGI ve Y-BOKÖ puanları anlamlı ölçüde geriledi. Obsesif kompulsif semptomu olan olguların PANSS, CGI ve Y-BOKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı gerileyişi 4. ayda başlarken, obsesif kompulsif semptomu olmayan olgularda PANSS, CGI puanlarında istatistiksel olarak anlamlı gerileyişi 3. ayda başladı. İzlem sonunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.
- 7) Obsesif kompulsif semptomu olan ilk atak psikoz olgularının başlangıçtaki ve 6. aydaki Y-BOKÖ toplam puanları ile 6 aylık izlemdeki PANSS toplam ve CGI hastalık şiddeti alt ölçeği puanı arasında korelasyon bulunmadı.

6.2. ÖNERİLER

1. İlk atak psikoz olgularında obsesif kompulsif semptomların varlığının değerlendirilmesinin tedavi protokolü ve prognostik özelliklerinin ön görülmesi konusunda klinisyenlere yol gösterebileceği düşünülmektedir.

2. İlk atak psikoz olgularının temel semptomlarına eşlik eden obsesif kompulsif semptomların psikoz şiddetine etkilerinin gösterilebilmesi için bu çalışmaya göre daha uzun süreli ve daha geniş örneklemelerin kullanıldığı çalışmalar yapılması daha anlamlı sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.
3. Gruplara hastalık şiddetine yönelik ölçeklerin yanısıra olguların sosyal işlevsellikleri, yürütücü ve bilişsel işlevselliklerinin değerlendirilmesini sağlayacak ölçeklerin de uygulanması obsesif kompulsif semptomların prognoz üzerine etkilerinin daha doğru anlaşılmasını sağlayacaktır.



7. KAYNAKLAR

1. Stahl, S.M. (2013) Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 4th Edition, Cambridge University Press, Camb.
2. Kaplan BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan ve Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11th ed. 2016. 300 p.
3. Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A. Obsessive-Compulsive Disorder in Patients With First-Episode Schizophrenia. Vol. 156, Am J Psychiatry. 1999.
4. 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 Jan;39(1):151–60.
5. Karpov B, Kiesepä T, Lindgren M, Wegelius A, Suvisaari J. Anxiety symptoms in first-episode psychosis. Early Interv Psychiatry. 2021 Jun 1;15(3):569–76.
6. Stengel E. A Study on Some Clinical Aspects of the Relationship between Obsessional Neurosis and Psychotic Reaction Types. Journal of Mental Science. 1945 Apr; 91(383):166–87.
7. Berman I, Merson A, Viegner B, Losonczy MF, Pappas D, Green AI. Obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia: a neuropsychological study. J Nerv Ment Dis. 1998 Mar;186(3):150–6.
8. Cunill R, Castells X, Simeon D. Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2009 Jan;70(1):70–82.
9. Beer MD. Psychosis: From mental disorder to disease concept. Hist Psychiatry. 1995;6(22):177–200.
10. Arciniegas DB Psychosis. Behavioral Neurology and Neuropsychiatry. 2015 Jun 5;21(3):715–36.
11. Prakash J, Chatterjee K, Srivastava K, Chauhan V. First-episode psychosis: How long does it last? A review of evolution and trajectory. Ind Psychiatry J. 2021;30(2):198.
12. Biedermann F, Fleischhacker WW. Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11. Vol. 21, CNS Spectrums. Cambridge University Press; 2016. p. 349–54.
13. Koroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. 5. Versiyo. 2013.
14. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. Vol. 2, PLoS Medicine. 2005. p. 0413–33.

15. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K, Özçetin A, Savaş Çilli A, et al. The psychosis epidemiology in Turkey: A systematic review on prevalence estimates and admission rates. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2011;22(1).
16. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*, 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association. 886 p.
17. McGrath J, Saha S, Welham J, el Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med*. 2004 Apr 28;2.
18. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*. 2005 Jan;162(1):12–24.
19. Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med*. 2013 Jun;43(6):1133–49.
20. Zamanpoor M. Schizophrenia in a genomic era: A review from the pathogenesis, genetic and environmental etiology to diagnosis and treatment insights. *Psychiatric Genetics*. Lippincott Williams and Wilkins; 2020. p. 1–9.
21. Purcell SM, Wray NR, Stone JL, Visscher PM, O'Donovan MC, Sullivan PF, et al. Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature*. 2009 Aug 6;460(7256):748–52.
22. Stilo SA, Murray RM. Non-Genetic Factors in Schizophrenia. Vol. 21, *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC 1; 2019.
23. Keshavan MS, Collin G, Guimond S, Kelly S, Prasad KM, Lizano P. Neuroimaging in Schizophrenia. Vol. 30, *Neuroimaging Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2020. p. 73–83.
24. Wong AHC, van Tol HHM. Schizophrenia: From phenomenology to neurobiology. Vol. 27, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Elsevier Ltd; 2003. p. 269–306.
25. Birnbaum R, Weinberger DR. Genetic insights into the neurodevelopmental origins of schizophrenia. *Nat Rev Neurosci*. 2017 Dec;18(12):727–40.
26. Feigenson KA, Kusnecov AW, Silverstein SM. Inflammation and the two-hit hypothesis of schizophrenia. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014 Jan; 38:72–93.
27. Rapoport JL, Giedd JN, Gogtay N. Neurodevelopmental model of schizophrenia: Update 2012. Vol. 17, *Molecular Psychiatry*. 2012. p. 1228–38.

28. Uno Y, Coyle JT. Glutamate hypothesis in schizophrenia. Vol. 73, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. Blackwell Publishing; 2019. p. 204–15.
29. Howes O, McCutcheon R, Stone J. Glutamate and dopamine in schizophrenia: An update for the 21st century. Vol. 29, *Journal of Psychopharmacology*. SAGE Publications Ltd; 2015. p. 97–115.
30. Yang AC, Tsai SJ. New targets for schizophrenia treatment beyond the dopamine hypothesis. Vol. 18, *International Journal of Molecular Sciences*. MDPI AG; 2017.
31. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: Psychopathology and clinical features. *Schizophr Res*. 2004 Apr;67(2–3):131–42.
32. El Khazen C, Chauchot F, Canceil O, Krebs MO, Baylé FJ. Prodromal symptoms of schizophrenia. *Encephale*. 2003 Nov; 29(6):469–77.
33. Schultz SH, North SW, Shields CG. *Schizophrenia: A Review*. 2007.
34. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. Vol. 374, *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2009. p. 635–45.
35. Torrey EF. Studies of individuals with schizophrenia never treated with antipsychotic medications: A review. *Schizophr Res*. 2002 Dec;58(2–3):101–15.
36. de Gracia Dominguez M, Viechtbauer W, Simons CJP, van Os J, Krabbendam L. Are psychotic psychopathology and neurocognition orthogonal; A systematic review of their associations. *Psychol Bull*. 2009 Jan;135(1):157–71.
37. Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, de Haan L. The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2018 Apr 6;44(3):631–42.
38. Favrod J, Nguyen A, Chaix J, Pellet J, Frobert L, Fankhauser C, et al. Improving Pleasure and Motivation in Schizophrenia: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Psychother Psychosom*. 2019 Apr;88(2):84–95.
39. Zipursky RB, Agid O. Recovery, not progressive deterioration, should be the expectation in schizophrenia. *World Psychiatry*. 2015 Feb;14(1):94.
40. Braga RJ, Reynolds GP, Siris SG. Anxiety comorbidity in schizophrenia. Vol. 210, *Psychiatry Research*. 2013. p. 1–7.
41. Achim AM, Maziade M, Raymond É, Olivier D, Mérette C, Roy MA. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull*. 2011 Jul;37(4):811–21.
42. Braga RJ, Petrides G, Figueira I. Anxiety disorders in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2004;45(6):460–8.

43. Lysaker PH, Ringer JM, Davis LW. Associations of social anxiety and self-esteem across six months for persons living with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Rehabil J*. 2008;32(2):132–4.
44. Upthegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? *Schizophr Bull*. 2017 Mar;43(2):240–4.
45. Berrios GE, Olivares JM. The anhedonias: a conceptual history. *Hist Psychiatry*. 1995;6(24 Pt 4):453–70.
46. Scotti-Muzzi E, Saide OL. Schizo-obsessive spectrum disorders: An update. Vol. 22, *CNS Spectrums*. Cambridge University Press; 2017. p. 258–72.
47. Rasmussen AR, Parnas J. What is obsession? Differentiating obsessive-compulsive disorder and the schizophrenia spectrum. *Schizophr Res*. 2022 May; 243:1–8.
48. Rasmussen AR, Stephensen H, Nordgaard J, Parnas J. A Phenomenological Approach to Psychopathology of Imagination: Development of a Descriptive Instrument-Examination of Anomalous Fantasy and Imagination. *Psychopathology*. 2018 Jul 1;51(3):210–5.
49. Rasmussen AR, Nordgaard J, Parnas J. Schizophrenia-spectrum psychopathology in obsessive-compulsive disorder: an empirical study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Dec;270(8):993–1002.
50. 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? Vol. 30, *J Psychiatry Neurosci*. 2005.
51. 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. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011 May;45(5):400–6.
52. 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 Jul;53(5):480–3.
53. Sharma L, Reddy Y. Obsessive-compulsive disorder comorbid with schizophrenia and bipolar disorder. *Indian J Psychiatry*. 2019 Jan;61(Suppl 1): S140–8.
54. Bleich-Cohen M, Hendler T, Weizman R, Faragian S, Weizman A, Poyurovsky M. Working memory dysfunction in schizophrenia patients with obsessive-compulsive symptoms: an fMRI study. *Eur Psychiatry*. 2014 Mar;29(3):160–6.
55. 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. Vol. 133 B, *American Journal of Medical Genetics- Neuropsychiatric Genetics*. 2005. p. 31–6.

56. Meier SM, Petersen L, Pedersen MG, Arendt MCB, Nielsen PR, Mattheisen M, et al. Obsessive-compulsive disorder as a risk factor for schizophrenia: a nationwide study. *JAMA Psychiatry*. 2014 Nov 1;71(11):1215–21.
57. Van Dael F, Van Os J, De Graaf R, Ten Have M, Krabbendam L, Myin-Germeys I. Can obsessions drive you mad? Longitudinal evidence that obsessive-compulsive symptoms worsen the outcome of early psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 Feb;123(2):136–46.
58. Cederlöf M, Lichtenstein P, Larsson H, Boman M, Rück C, Landén M, et al. Obsessive-Compulsive Disorder, Psychosis, and Bipolarity: A Longitudinal Cohort and Multigenerational Family Study. *Schizophr Bull*. 2015 Sep 1;41(5):1076–83.
59. Lykouras L, Alevizos B, Michalopoulou P, Rabavilas A. Obsessive-compulsive symptoms induced by atypical antipsychotics. A review of the reported cases. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2003;27(3):333–46.
60. APA- The Structured Clinical Interview for DSM-5. 2022 Dec 29.
61. Elbir M, Topbaş ÖA, Bayad S, Tuğba Kocabaş. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2019;30(1):51–6.
62. Kostakoğlu, A. E., Batur, S., Tiryaki, A. ve Göğüş, A. (1999). Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(44), 23-32.
63. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1006–11.
64. Karamustafalıoğlu KO, Üçılık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik-güvenilirlik Çalışması. 29.Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, 1993: 86.
65. Guy W, ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised US Dept Health. National Institute of Mental Health, 1976, 76-338.
66. Chang WC, Hui CLM, Tang JYM, Wong GHY, Lam MML, Chan SKW, et al. Persistent negative symptoms in first-episode schizophrenia: a prospective three-year follow-up study. *Schizophr Res*. 2011 Dec;133(1–3):22–8.
67. Ajnakina O, Stubbs B, Francis E, Gaughran F, David AS, Murray RM, et al. Employment and relationship outcomes in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res*. 2021 May; 231:122–33.
68. Gureje O. Gender and schizophrenia: age at onset and sociodemographic attributes. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;83(5):402–5.

69. Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T, Wohlfahrt J, Ewald H, Mors O, et al. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *N Engl J Med*. 1999 Feb 25;340(8):603–8.
70. Keshavan MS, Diwadkar VA, Montrose DM, Rajarethinam R, Sweeney JA. Premorbid indicators and risk for schizophrenia: A selective review and update. In: *Schizophrenia Research*. 2005. p. 45–57.
71. Mortensen PB, Pedersen MG, Pedersen CB. Psychiatric family history and schizophrenia risk in Denmark: which mental disorders are relevant? *Psychol Med*. 2010 Feb;40(2):201–10.
72. Harrowes WM. The significance of a neurotic reaction as a precursor of schizophrenias. *J Ment Sci*1931; 77:375-407.
73. Rosen I. The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *J Ment Sci*. 1957 Oct 1;103(433):773–85.
74. Hagen K, Hansen B, Joa I, Larsen TK. Prevalence and clinical characteristics of patients with obsessive-compulsive disorder in first-episode psychosis. *BMC Psychiatry*. 2013 May 30;13.
75. Kayahan B. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: Prevalance and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005; 59:291–5.
76. Bland RC, Newman SC, Orn H. Schizophrenia: lifetime co-morbidity in a community sample. *Acta Psychiatr Scand*. 1987;75(4):383–91.
77. Fabisch K, Fabisch H, Langs G, Huber HP, Zapotoczky HG. Incidence of obsessive-compulsive phenomena in the course of acute schizophrenia and schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry*. 2001;16(6):336–41.
78. Kessler RC, Birnbaum H, Demler O, Falloon IRH, Gagnon E, Guyer M, et al. The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2005 Oct 15;58(8):668–76.
79. Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin R, Ajdacic V, Eich D, et al. Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2004 Jun;254(3):156–64.
80. Bijl R V., Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 Dec;33(12):587–95.
81. 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.
82. Lysaker PH, Whitney KA. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence, correlates and treatment. *Expert Rev Neurother*. 2009 Jan;9(1):99–107.

83. Byerly M, Goodman W, Acholonu W, Bugno R, Rush AJ. Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia: Frequency and clinical features. *Schizophr Res.* 2005 Jul 15;76(2–3):309–16.
84. Poyurovsky M, Faragian S, Shabeta A, Kosov A. Comparison of clinical characteristics, comorbidity and pharmacotherapy in adolescent schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2008 May 30;159(1–2):133–9.
85. Üçok A, Tükel R, Ozgen G, Saylan M, Uzuner G. Frequency of obsessive compulsive symptoms and disorder in patients with schizophrenia: importance for prognosis. *Encephale.* 2006 Feb;32(1):41–4.
86. De Haan L, Hoogenboom B, Beuk N, Van Amelsvoort T, Linszen D. Obsessive-compulsive symptoms and positive, negative, and depressive symptoms in patients with recent-onset schizophrenic disorders. *Can J Psychiatry.* 2005;50(9):519–24.
87. Ntouros E, Bozikas VP, Andreou C, Kourbetis D, Lavrentiadis G, Garyfallos G. Emotional perception and theory of mind in first episode psychosis: The role of obsessive-compulsive symptomatology. *Psychiatry Res.* 2014 Dec 15;220(1–2):112–7.
88. Fenton WS, McGlashan TH. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1986;143(4):437–41.
89. Berman I, Kalinowski A, Berman SM, Lengua JA, Green AI. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 1995;36(1):6–10.
90. Üçok A, Ceylan ME, Tihan AK, Lapçin S, Ger C, Tükel R. Obsessive compulsive disorder and symptoms may have different effects on schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2011 Mar 30;35(2):429–33.
91. Lysaker PH, Marks KA, Picone JB, Rollins AL, Fastenau PS, Bond GR. Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia: clinical and neurocognitive correlates. *J Nerv Ment Dis.* 2000 Feb;188(2):78–83.
92. Tibbo P, Kroetsch M, Chue P, Warneke L. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 2000 Mar 1;34(2):139–46.
93. Hwang MY, Morgan JE, Losconzcy MF. Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2000;12(1):91–4.
94. Owashii T, Ota A, Otsubo T, Susa Y, Kamijima K. Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive symptoms in Japanese inpatients with chronic schizophrenia- a possible schizophrenic subtype. *Psychiatry Res.* 2010 Oct 30;179(3):241–6.
95. Baytunca B, Kalyoncu T, Ozel I, Eeremiş S, Kayahan B, Öngür D. Early Onset Schizophrenia Associated With Obsessive-Compulsive Disorder: Clinical Features and Correlates. *Clin Neuropharmacol.* 2017 Nov 1;40(6):243–5.

96. Martinho FP, Magalhães D, Felício R, Ferreira TF, Jorge S. Obsessive-compulsive symptoms in first episode psychosis and risk states: Systematic review with meta-analysis. *Schizophr Res.* 2023 May 1; 255:41–51.
97. du Montcel CT, Pelissolo A, Schürhoff F, Pignon B. Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: an Up-To-Date Review of Literature. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 Aug 1;21(8).
98. Hadi E, Greenberg Y, Sirota P. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence, clinical features and treatment. A literature review. *World J Biol Psychiatry.* 2012 Jan;13(1):2–13.
99. Palermo S, Marazziti D, Baroni S, Barberi FM, Mucci F. The Relationships Between Obsessive-Compulsive Disorder and Psychosis: An Unresolved Issue. *Clin Neuropsychiatry.* 2020;17(3):149–57.
100. Yildizhan E, Türkcan A, İnan S, Erenkuş Z. İlk Psikoz Atağı: Belirtiler, Tedavi Başlangıcı ve Klinik Yanıt İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2015;26(2):77-86.
101. Öngür D, Goff DC. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status. *Schizophr Res.* 2005 Jun 15;75(2–3):349–62.
102. Kayahan B, Ozturk O, Veznedaroglu B, Eraslan D. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005 Jun;59(3):291–5.
103. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, et al. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(3):277–83.
104. Ohta M, Kokai M, Morita Y. Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;57(1):67–74.
105. Poyurovsky M, Hramenkov S, Isakov V, Rauchverger B, Modai I, Schneidman M, et al. Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2001 May 10;102(1):49–57.
106. Krüger S, Bräunig P, Höffler J, Shugar G, Börner I, Langkrär J. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2000;12(1):16–24.
107. Raj M, Farooq S. Interventions for obsessive compulsive symptoms in people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Apr 20;(2).
108. Reznik I, Yavin I, Stryjer R, Spivak B, Gonen N, Strous R, et al. Clozapine in the treatment of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia patients: A case series study. *Pharmacopsychiatry.* 2004 Mar;37(2):52–6.

109. De Haan L, Linszen DH, Gorsira R. Clozapine and obsessions in patients with recent-onset schizophrenia and other psychotic disorders. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(6):364–5.
110. Alevizos B, Lykouras L, Zervas IM, Christodoulou GN. Risperidone-induced obsessive-compulsive symptoms: a series of six cases. *J Clin Psychopharmacol*. 2002;22(5):461–7.
111. Stamouli S, Lykouras L. Quetiapine-induced obsessive-compulsive symptoms: A Series of five cases. *J Clin Psychopharmacol*. 2006 Aug;26(4):396–400.
112. De Haan L, Beuk N, Hoogenboom B, Dingemans P, Linszen D. Obsessive-compulsive symptoms during treatment with olanzapine and risperidone: a prospective study of 113 patients with recent-onset schizophrenia or related disorders. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(2):104–7.
113. Berman I, Sapers BL, Chang HHJ, Losonczy MF, Schmilder J, Green AI. Treatment of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenic patients with clomipramine. *J Clin Psychopharmacol*. 1995;15(3):206–10.
114. Sayeed Khan MN, Arshad N, Ullah N. Treatment outcome of schizophrenia co-morbid with obsessive-compulsive disorder. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2004 Apr;14(4):234–6.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Gül UZUNDERE METE
Doğum yeri ve tarihi :
Uyruğu :
Medeni durumu :
Askerlik durumu :
İletişim adresi ve telefonu :
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2019- Halen : SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2012-2018 : Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
2007-2011 : Gaziantep Kolej Vakfı Fen Lisesi
2004-2007 : Gaziantep Güney Fırat Özel Okulları
1999-2004 : Mehmetçik İlköğretim Okulu

9. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

12.09.2022

Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 12.09.2022

TOPLANTI SAATİ : 13:30 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)

TOPLANTI NO : 2022/08

PROJE/ KARAR NO : 2022-181 (Değerlendirilme Tarihi: 27.06.2022-12.09.2022)

Üniversitemiz Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Özcan UZUN'un sorumlu araştırmacı, Arş. Gör. Dr. Gül UZUNDERE'nin yardımcı araştırmacı olduğu, 2022/181 kayıt numaralı, "**İlk Atak Psikoz Hastalarında Obsesif-Kompulsif Belirtilerin 6 Aylık İzlemi**" başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Adı Soyadı ve Görev Yeri	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Gülhane Anestezi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Gülhane Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Gülhane Üroloji. Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (Enstitü Tıbbi Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer Savunma Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Gülhane Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
6	Prof. Dr. Suat DOĞANCI (Gülhane Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
7	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Gülhane Genel Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
8	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI (Gülhane Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
9	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM (Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
10	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
11	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Gülhane Tıp Fakültesi, Histoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Sekreter	
12	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
13	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
14	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Gülhane Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
15	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL (Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-2: TUEK ONAYI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÜLHANE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - GÜLHANE EAH TIPTA
UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)
18/04/2022 15:34 - E-50687469 - 799 - 210



Sayı : E-50687469-799
Konu : Araştırma İzni (Dr. Gül
UZUNDERE)

Sayın : Dr. Gül UZUNDERE
(Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Birimi)

“İlk Atak Psikoz Hastalarında Obsesif-Kompulsif Belirtilerin 6(Altı) Aylık İzlemi” başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun 14.04.2022 tarih ve 7 no’lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmamanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.

Dr. Öğr. Üyesi İlker SOLMAZ
Başhekim V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 66df83a41cc6-4367-9145-30f0df69e8 — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
Genel Dr.Tevfik Sağlam Cd. Eflak ARGE/TUEK Birimi Bilgi için: Dilek MENAY

Telefon: Faks No:
e-Posta: dilek.menay@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
<http://www.gulhaneeah.saglik.gov.tr/>

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No: (0 312) 304 61 05



EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: İlk Atak Psikoz Hastalarında Obsesif-Kompulsif Belirtilerin 6 Aylık İzlemi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Özcan Uzun

Diğer Araştırmacıların Adı: Araştırma Görevlisi Dr. Gül Uzundere

Destekleyici (varsa):

“İlk Atak Psikoz Hastalarında Obsesif-Kompulsif Belirtilerin 6 Aylık İzlemi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, Prof. Dr. Özcan Uzun sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- *Araştırmanın amacı: Bu çalışmada, ilk atak psikoz hastalarında , hastalığın temel semptomlarına ek olarak bulunan obsesif kompulsif semptomların, hastaların 6 aylık izlemlerindeki klinik seyirleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.*
- *Çalışmaya kaç kişinin alınmasının planlandığı; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine müracaat eden kişiler arasından DSM-5' e göre İlk Atak Psikoz tanısı almış 20 hasta dahil edilecektir.*

Bu çalışmaya katılmamalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Çalışmaya dahil olmayı kabul etmeniz durumunda bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından DSM-V için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu

(SCID-5/CV), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ), Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI), testleri yapılacaktır.

Araştırmanın süresi; etik kurul alınmasından itibaren 12 ayda bitirilmesi planlanmıştır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmaya dahil olmanız durumunda sizi herhangi bir risk veya rahatsızlık beklememektedir.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Bu çalışmanın sonucunda elde edilen bulgularla İlk Atak Psikoz tanılı hastaların 6 aylık izlemi ile temel semptomlara eşlik eden obsesif kompulsif belirtilerin hastalık şiddetine etkilerinin anlaşılmasına katkıda bulunulması amaçlanmıştır , bu bulgular ilk atak psikozun prognozunu belirlemek için önemlidir.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Dr. Gül Uzundere

GÖREVİ : Araştırma Görevlisi

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında, Prof. Dr. Özcan Uzun tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte Dr. Gül Uzundere, Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı yakını/vasisi

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

EK-4: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih: Örneklem No: Görüşmeci:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

1. Hastanın adı soyadı :
2. T.C. :
3. Yaş :
4. Cinsiyet : Kadın Erkek
5. Medeni Durum : Bekar Evli Ayrılmış/Dul
6. Çocuk Sayısı :
7. Mesleği :
8. Çalışma Durumu : Çalışmıyor Çalışıyor
9. Eğitim Durumu : Okuryazar değil İlköğretim Lise Üniversite
10. Yaşadığı yer : Köy/Kasaba Kent
11. Sigara : Yok Varsa Miktarı:PAKET/GÜN
12. Alkol : Yok Varsa Sıklığı:
13. Madde : Yok Varsa türü ve sıklığı.....
14. İntihar girişimi : Yok Varsa sayısı.....
15. Self-mutilatif eylem : Yok Var
16. Önceden konulmuş psikiyatrik tanı : Yok Var:.....
17. Psikiyatrik ilaç kullanım : Yok Varsa isimleri:.....

18. Şikayetlerin Başlama Tarihi :

19. Başlanan Tedavi :

20. Eşlik eden kronik hastalık : Yok Var:.....

21. Düzenli kullandığı ilaç : Yok Var :.....

22. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Yok Varsa kimde olduğu ve

hastalık tanısı:



EK-5: POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ

Ad, Soyad:

Tarih:

Uygulayan doktor:

PANSS

Pozitif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)	
P1 Sanrılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P2 Düşünce dağınıklığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P3 Varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P4 Taşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P5 Büyüklük duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P6 Şüphencilik kötülük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P7 Düşmanca tutum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skor:							<input type="text"/>	
Negatif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)	
N1 Duygulanımda küntleşme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N2 Duygusal iççekilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N3 İlişki kurmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N4 Pasif biçimde kendini toplumdandan çekme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N5 Soyut düşünme güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N7 Steriotipik düşünme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skor:							<input type="text"/>	
Genel Psikopatoloji	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)	
G1 Bedensel kaygı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G2 Anksiyete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G3 Suçluluk duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G4 Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G5 Manyerizm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G6 Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G7 Motor yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G8 İşbirliği kuramama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G9 Olağandışı düşünce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G10 Yönetim bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G11 Dikkat azalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G12 Yargılama ve içgörü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G13 İrade bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G15 Zihinsel aşırı uğraş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G16 Aktif biçimde sosyal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toplam skor:	<input type="text"/>						Skor:	<input type="text"/>

EK-6: KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ

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

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

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

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

DÜZELME

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

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

YAN ETKİ ŞİDDETİ

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

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

EK-7. YALE – BROWN OBSESYON KOMPUSİYON ÖLÇEĞİ

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

YALE–BROWN OBSESYON KOMPÜLSİYON ÖLÇEĞİ (Y–BOCS)

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	<input type="checkbox"/>
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	<input type="checkbox"/>
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
6. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	<input type="checkbox"/>
7. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
8. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	<input type="checkbox"/>
10. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPÜLSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	<input type="checkbox"/>
12. KAÇINMA	(0-4)	<input type="checkbox"/>
13. KARARSIZLIĞIN DERECESESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	<input type="checkbox"/>
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	<input type="checkbox"/>
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	<input type="checkbox"/>
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	<input type="checkbox"/>
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	<input type="checkbox"/>
TOPLAM PUAN	