

31557

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

OBSESSİF-KOMPÜLSİF SEMPTOMLU ŞİZOFREN HASTALARIN TEDAVİ ÖZELLİKLERİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Zekeriya KÖKREK

Zekeriya

İstanbul — 1993

ÖNSÖZ

Bir tıp bilimi olan psikiyatrinin, genel tıp bilimleri içindeki yeri oldukça özel ve tartışmalıdır. "En eski tıp sanatı en yeni tıp bilimi" olması; "bir yandan tabii bilimlerden diğer yandan beşeri bilimlerden" sayılması; bu alanda yapılan "ilmi araştırmaların göz kamaştırıcı boyutu yanında klinik uygulamalarda belirsizlikler" in alabildiğince devam etmesi; "rüzgar ne taraftan eserse o tarafa yönelmesi"; "ölçülebilir değerlere sahip olması" psikiyatri biliminin özelliklerinden sayılmaktadır.

Bir yandan tabii ilimlerden, tıptan uzaklaştığı vurgulanırken, diğer yandan da klasik tıp anlayışı olan bio-medikal modelin değişmesi ve "psikiyatrinin genel tıp eğitimi içerisinde bütün diğer branşların toplamı kadar yer alması gerektiği dile" getirilmektedir. Bio-psiko-sosyal tıp fikri, henüz temenni olmanın ötesine geçememiş ve bu yaklaşıma ait terminoloji oluşturulamamıştır. Genelde tıbbın özelde psikiyatrinin insanı anlayış ve ele alış tarzına getirilen tenkidleri, varoluşçu psikiyatristler, ilim anlayışındaki yetersizlik ve bunalımlara bağlamaktadırlar.

Günümüz psikiyatristi, bir taraftan "bilgi toplumu" üyesi olmak gibi bir lüksü, diğer taraftan da "bilgi kirlenmesinin" yarattığı bütün sıkıntıları yaşamaktadır. Bir yandan deskriptif psikiyatrinin mirası, diğer yandan temel tıp bilimleri ve teknolojik gelişmelerin hayret uyandıran verileri karşısında bocalayan klinisyenin, yüzyılın başındaki meslektaşlarından, tedavi vasıtaları dışında daha fazla "ilmi" bilgiye sahip olduğunu söylemek oldukça zordur. Şüphesiz; ilmi çabalar için, bu durum bir motivasyon sebebidir ve ilmi süreç bu problemleri çözecektir.

Psikiyatri alanındaki farklı okul ve öğretilerin "dissosiyasyon" verilerini, ilmi metodlar ve tıp bilimleri temelinde sunan ve öğreten, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalının, başta muhterem Prof.Dr. Ayhan Songar olmak üzere bütün öğretim üyelerine teşekkür borçluyum. Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışma imkanı bulduğum Sayın Prof.Dr. Fevzi Samuk ve Doç.Dr. Ruhi Yavuz Beylere; tezimin hazırlanmasındaki yardımlarından dolayı arkadaşlarım Dr.Mert Savrun ve Uz.Dr. M.Kemal Arıkan'a teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
TARİHÇE VE GENEL BİLGİLER.....	
ŞİZOFRENİ.....	5
OBSESSİF-KOMPÜLSİF FENOMENLER....	28
MATERYAL VE METOD.....	42
VAK'ALAR.....	44
BULGULAR.....	54
TARTIŞMA.....	63
SONUÇ.....	68
ÖZET.....	70
KAYNAKLAR.....	71

GİRİŞ VE AMAÇ

Obsessif-Kompulsif fenomenlerle psikotik sendromlar arasındaki ilişki, Esquirol(1827)'den beri klinisyenlerin dikkatini çekmiştir. Bu sebeple, obsessif-kompulsif nöroz ile şizofreni arasındaki muhtemel ilişki de psikiyatrik nozolojide tekrarlanan konulardan biri olmuştur. Hemen hemen her insanda ve her durumda görülebilen obsessif-kompulsif fenomenler; normal sağlıklı bir davranış biçimi, kişilik özelliği; kişilik bozukluğu; nörotik,psikotik, atipik özellikleri olan "sendromlar" ya da başka psikiyatrik veya organik bozukluk tablosuna eşlik eden bir "semptom" olarak görülmektedir(1-24,27-33,48).

Alman hekim Westphal(1878) ve Bleuler(1911) için obsessif-kompulsif nöroz tabloları ya bir şizofreni türü veya onun bir ön dönemidir. Kraepelin(1904), Stöcker (1914) ve Lange (1928) ise obsessif-kompulsif sendromları manik-depressif psikoza dahil etme eğiliminde olmuşlardır. Janet (1902), psikasteniyi nevrasteniyeye hatta paranoyaya yakın bir bozukluk olarak görmekte idi (15, 48).

Bu konuda, psikiyatri çevrelerince "Wolfmann" diye bilinen vak' a hayli ilgi çekicidir. Bu hasta,1918'de, Freud tarafından obsessif - kompulsif nöroz diye teşhis edilmiş ve hastaya psikoanaliz uygulanmıştır. Brunswick (1928) hastaya şizofreni teşhisi koymuştur. Keza, L.Binswanger (1945)'e göre, hastada Freud'un ikinci analizinden altı yıl sonra hipokondriak hezeyanlar ortaya çıkmıştır ve bu vak'a, kesin olarak basit tip şizofreninin polimorf bir şeklidir. Mayer-Gross (1977) da benzer görüştedir.Bu hasta Viyana'ya Freud'a gelmeden önce Münih'te bir hastahane de yatarak tedavi görmüştür. Burada hastanın babasını manik - depressif psikoz teşhisi ile tedavi etmiş bulunan Kreapelin, hastaya da aynı bozukluğu teşhis etmiştir (15, 24).

Bland ve ark.(1987), DSM-III teşhisleri kullanarak yaptıkları bir epidemiyolojik alan çalışmasında örnekleme metodu ile seçilen 2144 kişinin 21' inde şizofreni teşhis etmişlerdir.Araştırmacılar, şizofreninin hayat boyu prevalansını % 0.71 olarak bulmuşlardır. Şizofreni teşhisi almış olan hastaların % 59.2 'sinin, hayatlarının herhangi bir dönemi için obsessif -kompulsif bozukluk teşhisi de aldıkları görülmüştür. Şizofren hasta-

larda, herhangi bir psikiyatrik bozukluğun hayat boyu prevalansını % 97.7; genel nüfusta bu oran % 36.2 olarak hesaplanmıştır (7).

Eskiden, bütün psikiyatrik tabloların, tek bir akıl hastalığının farklı görünüşleri olduğuna ve aynı kişide hastalığın farklı şekillerde görülebileceğine inanılırdı. Genel tıp içinde ilk defa, Cullen (1770) tarafından "sinir dokusunda organik bir lezyonun bulunmaması" esasına göre bir çok klinik sendromu "nöroz" başlığı altında toplamıştır. Griesinger (1845)'in tek psikoz görüşü 19. yüzyılın sonuna kadar genel bir kabul halinde kalmıştır. Bu dönem içinde bazı psikiyatrik bozuklukların organik patogenezi aydınlatılmış; klinik semptom ve sendromlar "organik" bozukluklar olarak ayrıldı. Kraepelin, hastalık süreçleri üzerinde odaklaşarak, klinik tabloları "hastalıkların semptomları, seyir ve sonlanma özelliklerine göre" sınıflandırdı; şizofreni ile manik - depressif psikozları birbirinden ayırdı. Bleuler, şizofrenik sendromların psiko-patolojik açıklamasını yaptı ve bunların bir grup hastalık olduğunu ifade etti. Spect (1905) bütün psikiyatrik bozuklukların normal olmayan affekten kaynaklandığını ileri sürdü (3, 22, 28-33).

Westphal, Bleuler ve Mayer-Gross için, obsesyonel nöroz olarak kabul edilen bazı vak'alar gerçekte birer şizofrendir. Hele ailelerinde şizofreni hastalığı bulunanlar için, bu düşünce özellikle geçerli sayılmalıdır. Stengel (1945) ve Rosen (1957) içinse, obsesif - kompulsif fenomenler şizofreniye geçiş yollarından biridir. Rado (1955)'ya göre; değil sadece obsesif - kompulsif nöroz, histerik ve fobik nöroz olarak tedavi edilen bir çok hasta da aslında birer şizofrendir. Songar ve Ziyalar (1970) da benzer görüştedir (15,16, 48). Farklı metodlar kullanılarak yapılan bir çok araştırma sonucuna göre; obsesif - kompulsif nöroz hastalarında zaman içinde şizofreni gelişme sıklığı % 0 ile % 20 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (1,9,11,14, 17, 45, 48, 53).

Bratfos (1970)'un, spesifik teşhis kriterleri kullanmadan ve çeşitli nörotik sendromlu hasta gruplarından zamanla farklı psikotik sendromların gelişme sıklığını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmada; psikotik tablolar daha çok Langfeldt'in reaktif psikozuna benzemesine rağmen, şizofreni kabul edildiği takdirde; obsesif- kompulsif nörozlu hastalarda diğer nöroz grubu hastalardan istatistiki olarak anlamlı olmamakla birlikte hafifçe daha az oranda şizofreni geliştiği tesbit edilmiştir (1,33). O zaman niçin bütün hastalar değilde sadece küçük bir kısmında şizofreni geliştiği sorusunu gündeme getirmiştir (1, 48).

Diğer yandan, bazı şizofrenik sendromların başlangıç şekillerinde klinik tabloya tamamen obsessif - kompulsif semptomların hakim olduğu bilinmektedir. Bu semptomlar, şizofrenlerin premorbid ve morbid dönemlerinde görüldüğü gibi şizofreninin bütün klinik şekillerinde de görülebilmektedir. Değişik araştırma metodlarının kullanıldığı çalışma sonuçlarına göre; şizofrenik hastalarda obsessif - kompulsif semptomların görülme sıklığı % 0 ile % 20 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (1,7, 22, 31, 45, 48).

Günümüz araştırmalarında sık ve yaygın olarak kullanılan teşhis sistemlerinde, psikotik/nörotik ayırımına pek itibar edilmemesine rağmen, psikiyatri pratiğinde klasik olarak kullanılan Kraepelin teşhis geleneğinde; organik beyin sendromları, nükleer şizofreni, manik - depressif psikoz ve nörotik bozukluklar hiyerarşik bir sıralama içindedir ve bu geleneğe göre bir teşhis, hiyerarşinin daha alt basamağındaki başka teşhisleri imkansız kılar. Jaspers de, bir kişi de sadece bir sendromun teşhis edilebileceğini bildirmektedir. Ancak her zaman ve her hastada değişmez ve sabit tek bir teşhise varmak mümkün olamamaktadır. Çünkü, psikiyatrik fenomenlerin çoğu hala değişken ve dinamik süreçler olarak belirsizliklerini korumaktadır (7, 29, 33, 51).

Bir çok araştırmacı tarafından, bazı obsessif-kompulsif semptomlu psikiyatrik tabloların; klinik, tedavi ve seyir özellikleri açısından "tipik" obsessif-kompulsif nörotik tablolardan oldukça farklı olduğu vurgulanmıştır. Bu tür vak'aları şizofreni, manik - depressif ve paranoid psikoz grubuna dahil edenler yanında yeni bir psikoz grubu olarak değerlendirilenler de olmuştur. Atipik özellikler gösteren obsessif - kompulsif sendromları; Straus (1948) ilk defa " Obsessif Psikoz" başlığı altında toplamıştır. Weiss ve ark. (1969), atipik psikotik özellikli hastalarını, bir yandan şizofren hastalardan diğer yandan tipik obsessif- kompulsif nöroz hastalarından ayırmak için " Obsessif Psikoz" teşhisini kullanmışlardır (1). Goldberg (1966) atipik vak'aları " Obsesyonel Paranoid Sendromlar" (27); Songar ve Ziyalar (1970) "Şizofreninin Psikastenik Şekli" (16); Jenike ve ark. (1986) "Şizo-obsessif" başlığı altınında toplamışlardır (35-40). Koptagel-İlal ve Eker (1976) atipik obsessif - kompulsif semptomlu psikiyatrik tabloların "Organik Beyin Sendrom"u ile irtibatına dikkat çekmişlerdir(21). İnsel ve Akiskal (1986) , atipik obsessif- kompulsif sendromlu hastalardaki hezeyanların geçici, affektif ve reaktif niteliklerine dikkat çekmişlerdir. Obsessif- kompulsif bozukluğun bir ucunda nörotik diğer ucunda psikotik olunabilen bir spektrum bozukluğu olduğunu ve DSM teşhis sisteminde en azından diğer bazı bozukluklarda olduğu gibi "Psikotik tablolu" Obsessif-

Kompulsif Bozukluk teşhis kategorisinin yer almasını teklif etmişlerdir (1).

Amiel, kişiyi yabancılaştırmaya götüren "depersonalizasyon" olayının en katıksız tal vak'alarında bir yönü ile yıkılışın diğer yönü ile de sağlıklı kalmak için çaba harcamasının görüldüğünü ve bu durumdaki hastalarda her zaman şizofreniye doğru muhtemel bir sapışın söz konusu edilebileceğini vurgulamıştır. M.Klein ve A.Bauvet, obsesyon fenomeninin yabancılaşmaya yol açan "depersonalizasyon fenomenine" karşı bir savunma olarak dikkate alınması gerektiğini vurgulamışlardır.(48) Pious (1950) obsessif aşırı uğraşların ve ritüellerin şizofrenlerin gerçeklik duygusunda bazı düzelmelere yol açtığını bildirmiştir(1). Feer (1973) obsesyonel nörozun hem gizli bir şizofreni hem de malign şizofrenik süreçlere ket vuran olaylar olarak görüldüğünü belirtmektedir (15). Stengel (1945) şizofrenlerdeki obsessif-kompulsif semptomların kişilik yıkılmasını önlediğini veya geciktirebildiğini iddia etmiştir (14).

Fenton ve McGlashan (1986) obsessif-kompulsif semptomların şizofrenlerin uzun süreli neticelerinin kötü olacağını önceden tahmin ettiren güçlü bir prediktör olduğunu yayınlamışlardır (14). Stengel ve Rosen ise bunun aksini, yani obsessif-kompulsif semptomlu şizofren hastalarda prognozun daha iyi olduğunu belirtmişlerdir.Bunun yanında Müller de prognuzun nisbeten kötü olduğunu savunmaktadır (1,14,20,48). Fenton ve McGlashan (1990) bir başka çalışmalarında, "psikotik tablolu" obsessif - kompulsif bozukluğu olanlarda, hastalığın seyri genel olarak affektif psikozlardan daha kötü, şizofren hastalardan ise daha iyi olduğunu belirtmektedir (9).

Biz de kliniğimizin bu konudaki teorik ve pratik birikimine istinaden; obsessif - kompulsif semptomlu şizofrenlerin tedavi özelliklerini tesbit amacı ile bu çalışmayı gerçekleştirdik. Bu çalışmada, kliniğimizde yatarak tedavi görmüş olan şizofren hastaların hastahanedeki yatış süreleri, uygulanan tedavi yöntemi ve hastahanedeki çıkış halleri ile hastalığın başlama yaşı, biçimi ve süresi karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

ŞİZOFRENİ TARİHÇE VE GENEL BİLGİLER

Şizofrenik sendromların en azından 3400 seneden beri tanındığı bilinmektedir. Eski Sanskrik yazılarda M.Ö. 1400 yıllarında; Hipokrat okulunun eski Grek hekimlerinin yazılarından da M.Ö. 5. yüzyılda bu hastalık tablosunun bilindiği anlaşılmaktadır. Galen'den sonra, M.S. 200 yıllarından sonra; şizofreni, şeytan tarafından tutulma, kötü ruhların etkisi altına girmek olarak değerlendirilmekte idi. Orta Çağ'da şeytana tutulmuş diye engizisyon mahkemelerinde yargılanan ve yakılan kişilerin çoğu muhtemelen şizofren idi (3,26,29,51).

Eskiden psikiyatrik bozuklukların semptomları tarif edilir; bütün psikiyatrik hastalıkların tek bir hastalık olduğuna inanılırdı. 18. yüzyıl ve 19. yüzyıl başlarında yoğunlaşan sınıflandırma gayretleri ile semptomların, hastalık gruplarının ve iyileşme modellerinin daha iyi tanınmasına yol açmıştır. 1770 yılında İskoçyalı William Cullen ilk defa genel tıpta "nevrozlar" bölümünü ayırmış; bu grup hastaları "sinir hücreleri ve liflerinde organik bir bozukluk olmaksızın bu sisteme ait fonksiyonel belirtilerle ortaya çıkan birtakım klinik sendromlar olarak" tarif etmiştir (22,32).

Alman Psikiyatrist Zeller ve onun öğrencisi olan William Griesinger nosolojiye tek bir psikoz fikrini soktular(33). Tek psikoz ("single psychosis", "einheitspsychose") kavramına göre; çeşitli klinik şekiller, tek bir psikozun değişik biçimde ortaya çıkışı ile meydana gelmekte idi. Bir hastada, çeşitli klinik sendromlardan birçoğu birbiri ardınca görülebilirdi. W. Griesinger, 1845 yılında, "Mental Patology and Therapeutics" adlı eserinde; tek psikoz kavramı yanında, psikiyatrik hastalıkların beyin hastalıkları olduğunu belirterek psikiyatrinin bir tıp dalı olduğunu belirtmiştir. Akıl hastalıklarının yalnız sinir sisteminde husule gelen fizik değişikliklerle izah edilebileceğini söylemiş ve bununla beraber ego psikolojisinde geleceğin bazı gelişmelerine değinmiş ve maalesef bunlar unutulmuştur (29,31,32,33).

17. yüzyılda Willis'in, 18. yüzyılda Pinel'in şizofreniyi az çok tanıdığına ilişkin

belirtiler vardır. Fransa'da, 1801'de Philippe Pinel, akıl hastalıklarını dört ana gruba ayırdı; mani, melankoli, idiosi ve demanslar. "Akıl hastalıklarının moral tedavisi" kavramını psikiyatriye getirdi. Pinel'in öğrencisi olan Jean Etienne Esquirol, 1838 yılında yayınlanan "Des Maladies Mentales" adlı eseri ile; kısmî akıl hastalığı (psikoz) dediği, günümüzde paranoid şizofreni olarak bilinen "monomani"yi, spesifik bir psikoz grubu olarak tarif etti. "Halisinasyon" terimini ilk defa kullandı (34,65).

Balzac (1832) hastalık tanımlanmadan önce, "Los Lambert" isimli romanında bir hebefreno-katatonik vak'asının şaşırtıcı bir klinik tanımlamasını vermektedir (25). 18. yüzyıl başlarında, İngiltere'de John Haslam ve George Man'ın; 1849'da John Cannolly'nin; içe kapanma, düşünce ve duygu bozukluğu, çevreye yabancılaşma ile karakterize; gençlik çağında başlayan ve endojen tabiatlı olarak tarif ettikleri ve çok sık karşılaştıklarını bildirdikleri halde herhangi bir isim vermedikleri hastalığın şizofreni olması muhtemeldir (34,51).

Şizofrenin sınıflandırmasında önemli isimlerden biri Belçikalı psikiyatris Augustin Morel'dir. İlk olarak genç şizofreninin mental durumu ile yaşlı, bunamış hastaların benzer durumu arasında ayırım yapmıştır. 1856 yılında yayınlanan eserinde; 14 yaşında olan ve babasından, onu öldürmeyi sabit fikir haline getirecek kadar, nefret eden; kısa boyunu obsesyon haline getirmiş, zeki bir erkek çocuğun, bir yıl içinde bunama ile sonlanan hastalığı için ilk olarak "démence précoce" -erken bunama terimini kullanmıştır. Alman Psikiyatrist Kahlbaum (1874), başlıca belirtileri negativizm ve hareketlerin kaybı ile karakterize olan "catatonia"yı tanımladı; bu klinik antitenin demansla sonuçlandığını fakat iyileşebileceğini veya nüks edebileceğini bildirmişti. Onun asistanı olan, Alman Psikiyatrist Ewald Hecker, daha önce Kahlbaum tarafından kullanılan "hebephrenia"yı; genç bir kişide ortaya çıkan ve ekstasyon veya atipik depresyon fazları ile başlayan, esas olarak demansiyel bir sendrom olarak tanımladı. "Die Hebefrenie" (1871) adlı yazısında bu klinik antitenin ilk defa tanımını yapmış; puperte ve adolesans döneminin ilerleyici bir hastalığı olduğunu bildirmiştir Fink, 1880'de hebefreno-katatonik tablosunu tarif edinceye kadar hebefreni ve katatoninin ayrı hastalıklar olduğu düşünülmüştür. Pick(1891), diğer semptomların minimum seviyede olduğu yıkımla seyreden bir "simplex" (basit) sendrom tarif etmiştir (3,25-34).

Meşhur Alman Psikiyatristi Emil Kraepelin, Psychiatrie (1896) adlı eserinde

katatoni, hebefreni, basit ve paranoid tipleri "dementia praecox" adı altında toplamıştır ve dementia praecox'u, manik-depressif psikozdan ayırmıştır. Kraepelin, dementia praecox'un klinik belirtilerini açık ve anlaşılır şekilde tarif etmiş, ancak hastanın davranışlarını psikolojik temele dayalı olarak açıklayamadığı için tenkit edilmiştir. Hastalığın, kronik seyirli ve genellikle kişiliğin yıkılması ile sonlandığına inanmasına rağmen, hastaların az bir kısmının tamamen düzeldiğini de kabul etmiştir (3,22,28-34,51)

İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuer, 1911 yılında yayınladığı "Dementia Praecox or Group of Schizophrenias" adlı eserinde; Kraepelin'in sandığı gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonlanmasının gerekli olmadığını; bu hastalığın kronik gidişli, zaman zaman belirli ataklar gösteren, durabilen, herhangi bir dönemde geriye dönebilen, fakat tam bir iyileşme göstermeyen bir psikoz olduğunu, "restituto ad integrum"un tam olarak gerçekleşmeyeceğini bildirmiştir. Şizofreniye kişilik bozukluğunun sebep olduğuna inanmasına rağmen, bazı zamanlar bu değişmelerin dikkat çekmeyecek kadar hafif olduğuna inanmıştı. Temel bozukluğa "dissociation" adını vermiş, spesifik bir düşünme, duyum ve dış dünya ile özel bir ilişki ile karakterize olan bu hastalıkta, kişinin ruhî hayatındaki yarılma'ya (schisme) önem vererek, "zihin-akıl yarıklığı anlamına gelen "Schizophrenia" ismini teklif etmiştir. (3, 22,25, 26,28-34).

Chaslin, Bleuler ile aynı zamanda, "La folie discordante" terimini kullanmış ancak bu isim tutmamıştı. H. Claude, 1920'ye doğru, şizofreni terimine kesin olarak karşı çıkmaksızın, bir taraftan değişik "démence précoce"ların, diğer taraftan dissosiyatif şizofreni veya diskordan psikozun varlığını kabul ederek belli bir dualizm kurmaya çalışmış, fakat başlıca klinik ve muhtemelen gerçek olan bu buluş açısı da hak etmiş olduğu kadar tutulmamıştır. Böylece şizofreni terimi, kesin olarak kabul görmüş ve günümüze kadar diğer terimlere üstünlüğünü sürdürmüştür. (25)

Freud (1911) insan davranışlarının şuuraltı motivasyonu ve psikoseksüel gelişme teorilerini doğrulamak için şizofreniklerin konuşma muhtevalarına önem vermiş ve şizofrenlerin tedavisi imkânsız olacak kadar narsistik bir regresyon gösterdiği sonucuna varmıştır. Bu kötümserliğe rağmen, Freud'un formülasyonları, hastalığın etyolojisi ve tedavisinin anlaşılması için teorisyen ve terapistlere imkân sağlamıştır. Şizofrenik düşünce biçiminin ilkel ve sembolik oluşuna dikkat çeken Freud, aslında biyolojik yaklaşımla şizofrenide temel bozukluğun ego zayıflığı olduğunu söylemiş ve şizofrenik reak-

siyonların anksiyeteye karşı geliştirildiğini savunmuştur. Şizofreni, kişinin psikodinamik süreçlerin şuurunda olamamasının yanı sıra, olayları şuur dışına itmemesi sonucu paradoksal bir biçimde oluşmaktadır (22,29-34).

Carl Gustav Jung'un arkadaşı olduğu için Bleuer'in düşünceleri ve tedavi yaklaşımları, psikoanalitik teoriden oldukça fazla etkilenmiş ve bu sebeple Bleuer, şizofreniye özgün davranış özellikleri yerine şizofreninin psikolojik süreci üzerinde odaklanmıştır. Psikoanalitik kavramları şizofreniye ilk defa uygulayan kişi, 1903 yılında yazdığı "Dementia Praecox'un Psikoloji adlı eseri ile C. G. Jung olmuştur. Kelime çağrışım testi ile yaptığı incelemeler sonucu hezeyanlar, halisinasyonlar ve diğer şizofrenik belirtileri, "autochthonus complex" diye adlandırdığı bir sürecin etkinlikleri olarak yorumlamıştır. Jung, "rüya gören kişi yerinden kalkıp rüyalarının muhtevasına göre davranabilseydi, şizofreninin klinik belirtilerini gözlemiş olurduk" demiştir (22, 29-31).

Bu yüzyılın ilk çeyreğinde, bütün mental hastalıkları, travmatik hayat şartlarına karşı geliştirilen bir reaksiyon olarak kabul eden psikobiyolojik bir yaklaşımı benimseyen Adolf Meyer, şizofreniyi de "reaksiyon" bozukluklarının bir grubu gibi değerlendirmiştir. O'na göre şizofreni, kesin bir aksiyondan ziyade güçlüklerden sakınmak için kötü ve yetersiz bir ikame davranışın, ilerleyici ve kötü adaptasyon neticesinde yerleşmiş bir organizasyon bozukluğu olarak anlaşılabilir (3, 30).

Tek bir bozukluğu gösteren bir "şizofreni" kavramını geliştirmeye yönelik çalışmalar, daha fazla sınıflandırma çalışması ile devam etmiştir. 1933 yılında Jacop Casanin, şizoaffektif psikoz terimini eklemiştir; 1939 yılında G. Langfeldt reaktif şizofreni veya şizofreniform psikoz kavramını tarif etmiştir. 1949'da Paul Hock ve P. Polatin, hastalığın yaygın anksiyete, seksüel problemlerle devamlı meşguliyet ve uzun süren psikoterapiye cevap vermeyen klinik tablolar için psödonötik şizofreni terimini kullanmıştır. Kety ve arkadaşları 1975 yılında şizofreni spektrumu hastalıklarını tarif etmişlerdir.(34) Songar ve Ziyalar (1970) psikastenik tip şizofreniyi ; Crow (1980) de Tip I ve Tip II Şizofreniyi teklif etmiştir (16,22,25,29,33,36).

TEŞHİS VE SINIFLANDIRMA

Psikiyatrik bir sendromu tanımlamada birçok güçlükler vardır. Diğer hastalıklarda olduğu gibi, bir hastalığın incelenmesi için elde mevcut kesin ve güvenilir teşhis kriterlerinin olması gerekir; Teşhisten sonra da hastalığın etyolojisinin aydınlatılması gerekir. Maalesef psikiyatrik bozuklukların tamamına yakınının etyolojisi kesin olarak tespit edilememektedir. Netice olarak bugün hâlâ 19. yüzyılda olduğu gibi psikiyatrik bozuklukları ancak gruplandırabilmekteyiz. Bu gruplama dört majör mental melekenin hangisinin etkilendiğine göre yapılmaktadır. Buna göre:

- 1- Düşünce ve kognisyon bozuklukları (Şizofreni ve delirium)
- 2- Mizaç bozuklukları (Affektif bozukluklar ve anksiyete)
- 3- Sosyal davranış bozuklukları (Kişilik bozuklukları)
- 4- Öğrenme, hafıza ve zekâ (Mental retardasyon ve demans)

Bu sınıflama; kalp, mide, böbrek hastalıkları gibi primer hedef organa göre yapılan diğer branşlardaki daha önce kabul edilmiş sınıflandırma sistemine paraleldir (55).

Emil Kraepelin (1855-1926)'den önce psikiyatristler hiçbir medikal öneme sahip olmayan kalıplar içinde semptomları sıralamışlardı. Çeşitli klinik sendromların aynı hastada birbiri ardısıra görülebileceği kabul edilirdi. Çeşitli klinik şekiller tek bir psikozun, (hastalığın) değişik biçimde ortaya çıkışı idi. Zeller ve öğrencisi Griesinger'in tek psikoz görüşüne inanılırdı. Wernike, Meynert, Seglas; çeşitli akıl hastalıklarını, semptomların rastlantı sonucu meydana getirdikleri mozaikler olarak görüyor ve semptomları fonksiyonel beyin merkezlerindeki lezyonların mekanik ifadeleri olarak kabul ediyorlardı (31-33)

19. yüzyılın ikinci yarısında, genel patolojide olan gelişmeler ve hastalıkların önemli bir kısmında sebebin mikrop adı altında toplanan mikroorganizmalardan meydana

na geldiğini ortaya koyan çalışmalar, organik görüşleri derinden etkilemişti (29,32).

Her ruh hastalığı için özel bir mikroorganizma aranması ve histopatolojik araştırmaların yoğunlaşmasına sebep olmuştur.(32). Histopatolojinin öncüleri olan Rudolf Virchow ve Julius Chon Levin; takiben iyi bir nöropatoloji eğitimi görmüş ve Münih Üniversitesi'nde Alois Alzheimer ile birlikte çalışan Kraepelin; psikiyatrik hastalıkları, spesifik sing ve semptomların spesifik noktalarda ortaya çıktığı; ve zamanla geliştiği "hastalık süreçleri" olarak incelemeye başladı. Kraepelin'e göre; dementia praecox, emosyon ve irade reaksiyonlarında zayıflama veya emosyon, irade ve entellektüel reaksiyonlar arasındaki ahenkli ilişkinin kaybı ile oluşan süreçlerin neticesi idi. Bu yüzden kendini üç özelliğe yoğunlaştırdı; 1- Hastalığın belirtileri, 2- Hastalığın seyri, 3- Hastalığın sonlanması (29,30,32,55).

Emil Kraepelin, katatoni, hebefreni ve paranoid demansı demantia praecox adı altında tek bir sendrom olarak kombine etmiştir.

- 1- Kraepelin bu durumu, stres, manik-depressif psikoz ve diğer ruhi hastalıklardan ayırmıştır.
- 2- Halisinasyonlar, hezeyanlar, düşünce ve konuşma bozuklukları, stereotipik hareketleri tarif edip bu semptomların dementia praecox'a özgü olduğunu bildirmiştir.
- 3- Bu hastalığın hayatın erken safhalarında ortaya çıktığını; entellektüel yetenek ve emosyonel fonksiyonlarda ilerleyici bir yıkıma sebep olduğunu kaydetmiştir.
- 4- Kraepelin'in tanımladığı gruptaki hastaların tümünde klinik gidiş ve prognoz yönünden kaçınılmaz bir yıkım söz konusu olmadığını; hastaların yaklaşık % 4'ünün tamamen düzeldiğini; % 13 oranında ise bariz entellektüel yıkım olmaksızın daha hafif bir seyir gösterdiğini yazmıştır. (28-33).

Kraepelin'den sonra Eugen Bleuler (1911), dementia praecox'tan yakınan hastaların, Kraepelin tarafından tanımlanan gruptan daha iyi olduğunu belirtmiştir. Bleuler dikkatini "Şizofreni" veya "Zihin yarıklığı" olarak adlandırdığı "Psikolojik süreç üzerin-

de toplamıştır. Şizofrenlerin iyileşebileceklerini kaydetmiş fakat, bu hastaların hastalık öncesi fonksiyon düzeyine dönecek kadar tam iyileşeceklerine inanmamıştır. Bleuler şizofreni belirtilerini temel belirtiler ve ikincil belirtiler şeklinde sınıflandırmıştır. Temel belirtiler 4A diye bilinen; 1- Affekt'te bozulma, 2- Assosiyasyonda bozulma, 3- Ambivalans, 4- Autizm. İkincil belirtiler ise düşünce bozuklukları, idrak kusurları ve motor bozukluklardır (18,19,22,28-33).

Kraepelin ve Bleuler'den sonra şizofreni tanımlanmasında en büyük katkısı olan kişi Kurt Schneider (1957)'dir. Schneider en sık rastlanan semptom grubunu veya en tanınmış şekli ile ilk sıra semptomlarını "first rank symptoms"ları şu şekilde açıklamıştır:

- a- İşitme halisinyasyonları (Örn. kendi hareketlerini yorumlayan veya eleştiren sesler)
- b- Kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme
- c- Somatik pasivite (Dış güçler tarafından bedeninin etkilenmesi)
- d- Düşünce çalınması, düşünce sokulması ve düşüncelerin etki altına alınması
- e- Düşüncelerin başkalarınca okunması ve çevreye yayılması
- f- Hezeyanlı idrak (yani; hezeyanlara bağlı halisinyasyonlar)
- g- Duygu, irade ve dürtülerin dış güçlerce etkilenip denetlendiği duygusuzluk(28,51).

Bütün bu kriterlerin subjektif olması yüzünden daha objektif ve şizofreniye özgü kriterlere ihtiyaç duyulmuştur. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 1987'de yayınladığı DSM-III-R (Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders, Third-Edition-Revised) ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO)'nın 1992 yılında çıkardığı ICD-10 (Clinical descriptions and diagnostic guidelines) ile bu ihtiyaç bir ölçüde giderilmeye çalışılmıştır. DSM-III-R'deki şizofreni için teşhis kriterleri şunlardır:

- A- Aktif dönemde aşağıdaki 1, 2 ya da 3'ten birinin en az bir hafta süre ile

bulunması (ancak tedavi ile belirtiler geçmemişse)

1- Aşağıdakilerden en az ikisi;

a- hezeyanlar

b- halisinasyonlar

c- çağrışımlarda belirgin gevşeme, enkoherans

d- katatonik davranış

e- künt ya da aşırı uygunsuz affekt

2- Acayip hezeyanlar (Hastanın yaşadığı toplumda olabilirliği düşünülmeyen durumlar. Örnek: Düşüncelerin yayılması veya ölü bir kişi tarafından kontrol edilme gibi.)

3- Belirgin halisinasyonlar (Muhtevası depresyon ya da maniye uymamalı); hastanın düşünce ve davranışları üzerinde açıklama yapan ya da birkaç kişi birbirleri ile konuşuyor gibi sesler)

B- Rahatsızlık süresince iş, sosyal ilişkiler, kendine bakım eskisine göre belirgin derecede düşük ve bozuk. Çocukluk ve delikanlılık çağında başlamışsa bu alanda beklenen seviyeye ulaşamama.

C- Uzun süreli major depresyon ya da manik durumun olmaması; böyle belirtiler olsa bile genel hastalık boyunca kısa süreli olması.

D- Bozukluğun en az 6 ay sürmesi. Bu altı ay içinde en az bir hafta süren ve A'daki belirtilerin bulunduğu bir aktif dönemin olması. Prodromal ya da residüel dönemler olabilir veya olmayabilir.

Prodromal dönem: Aktif dönemden önce uyumda belirgin bozulma ve aşağıdakilerden en az ikisi (Affekt bozukluğuna ya da psikoaktif ilaç kullanım bozukluğuna bağlı olmamalı)

12-Prodromal ya da residüel belirtiler:

- 1- Belirgin sosyal çekilme ve toplumdaki ayrılma
 - 2- İş, öğrencilik, ev-bakımı rollerinde belirgin düşme
 - 3- Belirgin garip davranış (çöplükten eşya toplama, insanlar arasında kendi kendine konuşma, yiyecek saklama)
 - 4- Kişinin kendine bakımı ve hijyeninde belirgin düşme
 - 5- Künt ya da uygunsuz affekt
 - 6- Konu dışı, müphem, ayrıntılı konuşma ya da konuşmanın kendisi veya muhtevasında fakirleşme
 - 7- Kültürel inançlarla açıklanamayacak şekilde garip ve davranışları etkileyen düşünceler ya da majik düşünce (Örnek: batıl inançlar, telepati, altıncı his, aşırı değerlendirilmiş fikirler ve referans fikirleri)
 - 8- Garip idrakler: Tekrarlayıcı ilizyonlar, bilinmeyen bir kişinin veya gücün yanında olduğunu hissetme
 - 9- İnisiyatif, ilgi ya da enerji azlığı.
- E- Hastalığı başlatan ya da sürdüren organik bir sebebin olmaması
- F- Eğer çocukluk otizmi varsa, şizofreni teşhisi açık halisinasyon ve hezeyanlar olduğu zaman konur (28,29,44,51).

ICD-10'daki teşhis kriterleri DSM-III-R'dekine oldukça benzerdir. Ancak esas mesele bozukluğun alt tiplerini sınıflamada ortaya çıkmaktadır. DSM-III-R şizofreniyi 5 alt gruba ayırmıştır. 1- Katatonik tip, 2- Dezorganize (hebefrenik) tip, 3- Paranoid tip, 4- Ayrılmamış tip, 5- Residüel tip'tir. ICD-10 da, bu beş tipe ilave olarak; post-şizofrenik depresyon, basit tip şizofreni, diğer tip şizofreniler; spesifik edilmemiş şizofreni gruplarını ayırmıştır.

Epidemiyoloji: Şizofreni her türlü toplumda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Fakat şizofreninin toplumdaki sıklığını (incidence) ve yaygınlığını (prevalance) kesin olarak tespit etmek; hastalığın ve kullanılan teşhis sistemlerinin oldukça değişken olması sebebiyle mümkün olamamaktadır (28,29,33,34,49,51,56,58)

Sıklık üzerine yapılan birçok araştırma sonuçları binde 0.4-0.7 arasında değişmektedir. 15 yaşın üstündeki nüfus için sıklık 0.30-1.20 arasında bildirilmiştir. Batılı ülkelerde ortalama sıklık oranı binde 0.85 olarak kabul edilmektedir. Hastalanma riski, 15-45 yaş arasındaki nüfus için yaklaşık olarak % 1'dir (28,29,33)

Hem teşhis sistemindeki değişiklikler, hem de gerçek farklılıklar sebebi ile şizofreninin nokta prevalansının en düşük % 0.010 ile en yüksek % 3.0 arasında değiştiği hesaplanmıştır. ABD'de şizofreninin hayat boyu prevalansının % 1'den biraz daha az olduğu hesaplanmıştır (28,56,58)

Toplam nüfusun yaklaşık % 0.025-% 0.05'i herhangi bir yıl içinde şizofreni tedavisi görür ve bu hastaların yaklaşık 2/3'si hospitalizasyona ihtiyaç duyar. Şizofreni tedavisi gören hastaların yaklaşık % 90'ı 15-54 yaş arasındadır. Kadın ve erkek cinsleri açısından prevalans farkı yoktur. Hastalık genellikle 15-45 yaşları arasında başlar. 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra hastalığın başlaması oldukça nadirdir. Hastalığın başlama yaşı cinsler arasında fark gösterir;kadınlarda 25-35, erkeklerde 15-25 yaş arasında hastalığın başlaması en sık olarak görülür (65).

Genel nüfusta şizofreni sıklık oranı binde 0.85 olarak kabul edilmektedir. Araştırmalara göre; ana-babadan biri hasta ise çocuklarda hastalık riski % 12.5-13.8 arasındadır. Hem ana, hem baba sağlam, çocuklardan biri hasta ise, kardeşlerde şizofreni riski % 6.7 - 8.2'dir. Monozigot ikizlerde eş zamanlı hastalanma % 47, ayrı zamanlarda şizofreni görülme ihtimali % 90'lara varmaktadır. Anne veya babadan biri hasta ise % 12, ebevenlerden ikiside şizofren ise % 40 olarak bildirilmiştir. Yakın akrabalar arasındaki hastalanma riski normal nüfustaki riskten çok yüksektir. Bir hastanın birinci derecede akrabalarında ortalama şizofreni riski % 8-10'dur. Akrabalık uzaklaştıkça bu oran düşmektedir (29,33,51,65).

Şizofreni kabaca her iki cinste eşit oranda görülmektedir. Erkeklerde, kadınlara göre daha erken yaşta başlama eğilimindedir. Muhtemelen hastalıkların cinsler arasında başlama yaşının farklılığı sebebi ile erkekler bekar olmaya eğilimli gözükmektedir. Kadınların; Dünyanın bir çok ülkesinde hastalığın kadınlarda daha geç yaşlarda başlamasına bağlı olduğu düşünülen, daha iyi bir prognoz sahibi oldukları ifade edilmektedir. Erken yaşlarda başlayan vak'alarda, ileri yaşlarda başlayan klinik tablolara göre dezorganize özellikler daha fazla olup; iyileşme ve fonksiyonların korunması açısından prognoz daha kötüdür. Geç yaşta başlayan şizofrenik sendromlar daha çok paranoid özellikler gösterme eğilimindedir. Şizofren hastaların yaklaşık %25'inde bariz şizoid kişilik yapısı görülür.

KLİNİK ÖZELLİKLER

Başlangıç; Çocukluk şizofrenisi hariç, bu hastalık genellikle 15-45 yaşları arasında başlar. Şizofreni yerleştiği zaman gösterdiği çeşitli klinik formlar gibi, birbirinden çok ayrı ve farklı şekiller arz eden bir hastalıktır. Şizofreni tedavisindeki başarı hastalığın erken teşhisi ile yakından ilgili olduğu için, şizofreninin başlangıcını gözden kaçırmamak gerekir (22).

Başlangıç şekli ani, yavaş ve sinsi olarak başlayabilir. Hastalığın başlangıcında herhangi bir stresör bulunabilir veya bulunmayabilir. Erkeklerde kadınlardan daha erken yaşta başladığı kabul edilmektedir. Kronik şizofreni tipik olarak sinsi olarak başladığı için, bozukluğun başlama zamanını tespit etmek oldukça güçtür. Retrospektif olarak bakıldığında hastaların büyük çoğunluğu premorbid olarak aşikâr prepsikotik kişilik anormallikleri gösterir. Bunlar aşırı çekingenlik, sosyal beceriksizlik, çevre ile ilişkileri bırakma ve yakın ilişkiler kuramama yetersizliğidir. Bu hastaların okul başarısında düşme ile dikkati çekebilir. Basit tip şizofreni, diğer alt tiplere göre daha erken yaşta başlar, paranoid şizofreni ise daha geç yaşlarda görülür (18,19,22).

Songar (1980), başlangıç biçimlerini; gizli başlayan ve progressif seyir gösteren ıgal tip olmak üzere üçe ayırmaktadır. Scully ise ani, yavaş ve sinsi olmak üzere üçe ayırmaktadır. Bazı vak'alarda başlangıç astenik ve hipokondriak belirtilerle ortaya çıkar. Müphem, iyice tarif edilmeyen çeşitli ağrılar, baş ağrıları, baş dönmeleri, iştahsızlık, kabızlık gibi belirtiler bir nevi nevrasteniyi andırırsa da, hastanın bu belirtilerini anlatış tarzı ve mütemadiyen bunlarla uğraşmasındaki saçmalık, manasızlık ve çocuksu hal dik-

kati çeker. Nevrotik ve psödo-obsesyonel şekillerde başlayan vak'alarda hastanın gittikçe hiddetli, impulsif ve sebatsız bir mizaç kazandığı, çevre ile uyuşmadığı ve şiddetli sıkıntı hissi içinde bulunduğu dikkati çeker. Bu dönem prepsikotik evredir. Cinsel iktidarsızlığı, homoseksüel eğilimleri olduğu hakkında obsesyonlar; mikrop, hastalık korkusu, tezat obsesyonları, mistik ve felsefi aşırı uğraşlar çok görülür (18,19,22).

Bunların dışında ani ve gürültülü başlayan şizofrenler de vardır. Bu özellikle k: başlangıçta askerden kaçma, cinayet, intihar ve diğer adli olaylarla kendini belli eder. Atipik eksitasyon denilen tabloda ise tıpkı mani nöbetinde olduğu gibi motor ajitasyon, lögore, fikir kaçıışı ve mizaç dalgalanmaları müşahede edilir. Atipik depresyon denilen tablolar ise daha çok melankolik belirtilerle ortaya çıkan şekildir. Motor hareket eksikliği, çeşitli suçluluk duyguları, gıda reddi, intihar fikirleri ile beraber şizofreniye has mantık kusurları, paradoksal ve paralojik mantık düşünceleri, mistik fikirler müşahede edilir. Psödonörotik terimi genellikle, hiç değilse başlangıçta asıl psikoz belirtilerinin, anksiyete ve nörotik arazlarla örtüldüğünü gösterir (22,25,28).

Aktif faz:Şizofreni, hezeyanlar, halisinasyonlar ve davranışın ilkelleşmesi ile birlikte, kişinin realiteden, gerçekten uzaklaşması ile karakterize bir akıl hastalığıdır. Emosyonel cevapların azalması ve sapıklığı, zevk alma kabiliyetinin kaybı, duyarlılığın küntleşmesi, sosyal ilişkilerin ve gerçekte bağlantının kaybı, hastalık tablosunu tamamlamaktadır. Bu belirtiler üç ana grupta toplanabilir.1- Kişiliğin çözülmesi (dissociation), 2- Muhakeme kusurları (hezeyanlar), 3- Çevre ile ilişkinin kesilmesi, içe dönüklük (autisme).

Şizofren kişiliğinde birliğin, bütünlüğün kaybı, şuur muhtevasının bir araya gelmesindeki noksanlık demek olan dissociation sebebi ile, ruhî hayatın bütün parçaları birbirinden ayrılmakta ve böylece şizofreni semptomları gelişmektedir. Çözülme belirtileri belli başlı olarak üç grupta toplanabilir. 1- Ambivalans (ikili duygu): İkili duygu şizofrenin bir eyleme geçmesine, bir teşebbüste bulunmasına engel olur. Bu suretle ortaya çıkan tereddütler ve irade kusuruna ambitendence ismi verilir. Bu yüzden şizofrenlerde çevreye karşı ilgi oluşturmak ve sürdürmek güç olabilir. Amaca yönelik aktivite başlatma yeteneği bozulmuştur. Büyüklük fikirleri gibi durumlarda iradede bu kusur görülme-yebilir. 2- Yabancılaşma, acayılaşma: Şizofrenin iç dünyası dışarıya sıkı sıkıya kapalıdır. Şizofrenin ruhî hayatında nüfuz edilememe ve anlaşılammama dikkati çeker. 3- Realite ile bağlantının kopması.

Kraepelin, şizofrenide evvela bir zekâ yıkılmasından şüphelenmişti. Fakat taze vakalarda zekâ yıkımının bulunmadığı, aksine, bozukluğun hastaların affektinde olduğu ortaya kondu. Şizofreninin düşünce ve davranışlarında bütünüyle bir ilkelleşme, bir regresyon dikkati çeker. Şizofrenide mücerret düşünce, abstraksiyon (soyutlama) temelinden bozulur. Şizofrenik düşünce biçiminin özelliklerini şöyle sıralayabiliriz: Otistik, de-reistik, paralojik, paleolojik ve majik düşünce; çağrışımlarda gevşeme ve bozulma; soyut düşünce yetersizliği, konkre ve literal düşünce; yeni kelimelerin uydurulmasına, neologisme sebep olan kavramların kondensasyonu.

Şizofren hastanın muhakemesi, paralojik düşünce ve mantık kusuru sebebi ile ileri derecede bozulmuştur. Şizofren hastaların düşünce özellikleri sebebi ile, düşünce ve konuşma ileri derecede bozulabilir. Şekil ve muhteva bozuklukları sık görülür. Muhakeme kusurlarına, hezeyanlara paranoid belirti adı verilir. Bir belirtinin hezeyan olabilmesi için hastanın bunun gerçek olduğuna inanması gerekir. İnsigh'ı, içgörüsü bozulmuş şizofrenin davranışını hezeyanlar belirler; bu davranışlarda adaptasyon kusuru olarak ortaya çıkar. Şizofren hastalarda obsesyonlar ve kompulsiyonlar da görülebilir. Obsesyonlar, hezeyana göre düşünce akışının sağlanamadığı durumların neticesinde oluşur. Hezeyanlarda düşünce akışı vardır, netice yanlıştır. Obsesyonda, ambivalans ve irade kusurları sebebi ile mukayese bitirilememekte, bir neticeye gidememektedir. Şizofrenlerdeki hezeyanlar sistemsizdir. Hipokondriak ve somatik hezeyanlar sık görülebilir.

Bazı obsessif-kompulsif nöroz vak'alarında obsesyon ve kompulsiyonlar absürd oluşları ve steriotipik özellikler kastetmesi açısından şizofreni kabul edilmesi gerektiği ileri sürülmüştür (16).

Şizofrenik hastalarda kaide olarak oryantasyon ve hafıza bozulmaz. İdrak kusuru olarak halisinasyonlar ve illizyonların görülmesi mutattır. Bunlar çeşitli duyumları ilgilendirir. En sık olarak işitme halisinasyonları görülür. Daha sonra görme halisinasyonları gelir.

Şizofren hastada motor davranış bozuklukları klinik tablonun şekline ve hastalığın safhasına göre çeşitli şekiller arz edebilir. Hebefrenik şekilde emosyonlarla mimikler arasında ilgi yoktur, mimik dissociation'u meydana gelebilir. Manierizm görülebilir. Katatonide bariz bir inaktivite vardır. Steriotipi ve negativizm zık görülen bir bulgudur. Katatonik tablolar stuporlu ve bazen stupor tablosu içinde ani eksitasyon ve impulsiyonlar gösterebilir.

Şizofren hastalarda affekt'e ait bozukluklar sık görülür. Bleuler'in 4A belirtisinden birisi, affektte küntleşme veya sapmalardır. Ayrıca anksiyete, depresyon sık görülür. Son zamanlarda postpsikotik depresyon tabloları tanımlanmış ve ayrı bir alt grup olarak kabul edilmeye eğilim vardır. Paraaffektler, affektif gösterilerin ortamla tamamen zıt olmasıdır. Hebefrenik şekilde manik eksitasyonu andıran tablo da görülebilir (22,49,52)

Şizofreni, seyri esnasında, ana semptomları ve karakteristik çizgileri daima taşımak şartıyla, çeşitli klinik tablolar gösterir. Şizofreninin klinik formları birbirinden kesin olarak ayrılmış tablolar değildir. Daima şizofreninin ana semptomlarını ihtiva ettikleri gibi, bir klinik formdan diğerine geçiş de her zaman mümkündür. Şizofreni, hastalık yerleştiği zaman gösterdiği çeşitli klinik formlar gibi, başlangıçta da çok ayrı ve farklı şekiller arz eden bir hastalıktır.

Nevroz sınırları içinde kalıp şizofreniye has karakter taşıyan bazı vak'alara şizonevroz adı verilmektedir. Kliniklerde bunlara "psödonevrotik şizofreni" adı verilir. Claude'un tarif ettiği schizose'lar ve héboidophrénie vak'aları bu grupta mütalâa edilir. Magnan'ın tarif ettiği ve nükslerle giden "bouffé délirante"lar, Dide ve Giraud'un "psychose périodique" diye isimlendirdiği klinik tablolar da bu gruba girebilir. Genellikle psödonörotik terimi, hiç değilse başlangıçta, asıl psikoz belirtilerinin anksiyete ve nörotik arazlarla örtüldüğü halleri ifade eder. Bir psikoz olan şizofreni ile psikonevroz arasında bulunan vak'alar "sınır vak'alar", borderline vak'alar olarak adlandırılmıştır (18,19,22,33).

Yeni sınıflamalarda yer almayan basit tip şizofreni, klasik olarak Kraepelin döneminden beri kabul edilen bir şizofreni şeklidir. Sinsi ve yavaş başlar, ilerleyici ve daha çok negatif belirtilerle seyredir. Residüel şizofreniden ayrımı, bir veya birkaç aktif epizodun olması ile anamnezle yapılabilir. Şizotipal kişilik bozuklukları, şizofreni spektrumunu bozuklukları arasında sayılır. Şizoaffektif bozuklukların ayrı bir hastalık antitesi olarak kabul edilmesi yanında, bunun siklofreni veya şizofreninin arasında bir durum olduğunu ileri sürenler çoğunluktadır. Postpsikotik depresyon veya atipik depresyon tabloları da şizofrenide gözden kaçırılmaması gereken klinik şekiller olarak kabul edilebilir (28,29,49,65)

Şizofreninin sonlanışı hakkındaki görüşler de değişiktir: M. Bleuler (1965)'e göre, hastaların 1/4'ü iyileşir, 1/4'ünde hafif bir defekt kalır, 1/4'ünde kişilikte çökme ve yıkılma, 1/4'ünde de bunama olur. Literatürde şizofrenide iyi ve kötü prognoz için çeşit-

li kriterlerin verildiği görülmektedir:

A-Şizofrenide iyi prognoz için kriterler

- 1- Akut başlangıç
- 2- Aşikâr presipitan faktörlerin varlığı
- 3- Şizofreni için negatif aile anamnezi
- 4- Aile anamnezinde affektif hastalığın bulunması
- 5- Normal premorbid anamnez
- 6- Atletik veya piknik beden yapısı
- 7- Zekânın iyi gelişmiş olması
- 8- Hastanın iyi bir kültür çevresinde ve orta ve ortanın üzerinde sosyo-ekonomik düzeyde bulunması
- 9- Hastanın evli olması ve aile içinde uyumluluk
- 10- Hastalığın geç yaşlarda başlaması
- 11- Başlangıç döneminden tedaviye başlayıncaya kadar geçen sürenin ve hastanede kalış süresinin kısa olması
- 12- Belirli mood değişikliği
- 13- Affektif belirtilerin baskın veya aşikâr olması
- 14- Belirtilerin, özellikle düşünce ve idrak bozukluklarının şizofreninin içinde geliştiği çevreye uygun olması
- 15- Hastanın zaman zaman hastalığın ve belirtilerin yabancılığının farkında olması
- 16- Konfüzyon tablosunun bulunması
- 17- Paranoid, katatonik ve şizo-affektif tipte başlangıç

B-Şizofrenide kötü prognoz için kriterler

- 1-Sinsi ve progressif başlangıç
- 2-Presipitan faktörlerin bulunmaması
- 3-Şizofreni için pozitif aile anamnezi
- 4-Aile anamnezinde affektif hastalığın bulunmaması
- 5-Kötü premorbid anamnez (şizoid özelliğin bulunması)
- 6-Astenik beden yapısı
- 7-Zekânın iyi gelişmemiş olması
- 8-Hastanın kötü bir kültür çevresinde ve düşük sosyo-ekonomik düzeyde olması ve çevreye uyumsuzluk
- 9-Hastanın bekâr oluşu veya kötü aile ortamı
- 10-Hastalığın erken yaşlarda başlaması
- 11-Tedaviye geç başlanmış olması ve hastanede kalış süresinin uzun, iyileşme dönemlerinin kısa oluşu
- 12-Düz ve uygun olmayan affekt
- 13-Affektif semptomların bulunmaması veya silik olması, affektif cevapların donuk ve duyarsız olması
- 14-Schneider'in kriterlerinin bulunmaması (bozulmamış kimlik hissi, psişik sürecin sürekliliği ve realite ile temas)
- 15-Konfüzyon tablosunun bulunmaması
- 16-Basit ya da hebefrenik tipte başlangıç
- 17-Uygun olarak seçilen tedaviye ilk 15 gün içinde alınan cevabın olumsuz olması(25).

TEDAVİ

"Tedavi ile ne yapıyoruz?" sorusuna, Songar (1980), "Şizofren, dışarıdaki kalabalıktan korktuğu için odasına çekilen ve orada da yalnız kalmaktan korktuğu için bağıra bağıra şarkı söyleyen bir çocuktur. Burada şarkı, şizofrenin halisinasyonları, içine kaçtığı odası ise otizmidir" benzetmesini yaptıktan sonra; "Bir miktar nöroleptikle hastanın hezeyanları ve eksitasyonlarını ortadan kaldırıyoruz. Yani, çocuğa, 'ayıptır, bağırma, şarkı söyleme' diyoruz. Sonra onu elinden tutup korktuğu sokağa, kalabalığın arasına yalnız başına bırakıyoruz. Çocuktur, tecrübesizdir, bilgisizdir; dışarı ise düşmandır, savaşmak, mücadele etmek ister. Korkuları içinde yalnız bırakılan çocuk ise ilk fırsatta ağlaya ağlaya odasına kaçacak ve gene kahramanlık taslamak için, bu defa daha yüksek sesle, daha çok bağırarak, şarkı söyleyecektir. Nöroleptiklerle hezeyanını giderdiğimiz ve fakat şahsiyet, düşünce sistemindeki bozukluk devam eden şizofren, aldığı ilaçlarla hayat mücadelesinde yalnız bırakılınca, en ufak stres karşısında gene semptomlarını ortaya çıkaracaktır, en kısa zamanda belirtiler gelişecek, hastalık -bir bakıma- nüksedecektir." Ve ilave etmektedir; "Günlük uygulamalarımızda ihmal ettiğimiz destekleyici, supportif psikoterapi eğer şizofrenideki ilaç tedavisi ile teşrik edilmezse, tedaviden bir sonuç beklemek hayal olur. Sadece nöroleptiklerden medet ummak ve yetinmek hastaya iyilik değil, bozuk sinir sistemi ile dış dünya karşısında yalnız bırakmak gibi ayrıca bir eziyet de olduğu kanaatindeyim" demektedir (22).

Klinik görünümünün, seyrinin ve muhtemel etyolojik faktörlerin son derece heterojen olması; şizofrenlerin tedavi programlarının kişiye özgü olmasını ve hastanın biyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını da içerecek şekilde kapsamlı olmasını zorunlu kılmıştır. Hastalığın yanı sıra hastada yıkıma yol açan negatif semptomların azaltılmasını kapsamaktadır. Şizofreni tedavisindeki temel ilke; "hastaya bireysel ve toplumsal yönden, hastalık öncesi yetenekleri yeniden kazandırabilmek, bu gerçekleşmez ise, bu yeteneklere en yakın olanı sağlayabilmek"tir. Tedavinin en az zarar vererek en çok yarar sağlayacak şekilde yapılması; semptomların kısa sürede baskılanması ve hastanın psikolojik acısının giderilmesi ile bu halin sürdürülmesi gayesi güdülür. Bu açıdan bakıldığında hospitalizasyon ve ilaç tedavisi temel tercih olma özelliğini korumaktadır. Şizof-

reninin tedavisinde çeşitli tedavi kombinasyonlarına sıkça rastlamaktayız. En sık kullanılan ECT ve ilaç kombinasyonlarıdır. Önemli olan hastanın iyileştirilmesi ve bu halinin devamının sağlanmasıdır. Şizofreni relapslarla seyreden bir hastalıktır. Ve pek çok araştırma göstermiştir ki, hastaların % 40 - % 70 arasındaki bir oranı ilaçlarını düzenli olarak kullanmamaktadır. Dolayısı ile, herhangi bir tedavi modalitesinin veya kombinasyonunun uygulamadaki başarısını belirleyecek husus "hastanın uyumu"dur. Bu uyumu geliştirecek olan hekim-hasta ilişkisinin altının çizilmesi gerekir (28,29,51,55,63,64).

Farmakoterapi ile birlikte destekleyici psikoterapinin birçok yönlerden daha üstün olduğu gözükmektedir. Yalnızca ilaç tedavisi gören hastalarda bir yıl içinde nüks görülmesi ve tekrar hastaneye yatma ihtimali % 40 dolayındadır. Farmakoterapiye ek olarak hasta ve ailesine yönelik destekleyici psikoterapi ve eğitim uygulandığında bu oran % 20'ye düşmektedir. Organik ve genetik etyolojiyi benimseyenler, öncelikle ilaç ve somatik tedavi araçlarına önem vermektedirler. Psikososyal etkenlere ve dinamik psikiyatriye yatkın görüşlü hekimler ve kuramlarda ilaçlara olduğu kadar, ruhsal tedavi ve rehabilitasyon yöntemlerine ağırlık verirler. Bugün artık tek yanlı tedaviyi savunanlar kalmamış gibidir. Hastanın özelliklerini dikkate alarak, onu; biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden eski haline döndürmek için, gerekli olan tedavi metotlarının birlikte kullanılması en ideal olanıdır (51). Şizofreninin tedavisinde kullanılan yöntemler; farmakolojik tedaviler, şok tedavileri, psikososyal tedaviler ve psikoterapiler başlığı altında incelenebilir.

Psikozların, dolayısı ile şizofreninin tedavisi ve fizyopatolojisinin anlaşılmaya başlaması 1952 yılında clorpromazine'in bulunması ile başlamıştır. Böylece, modern psikofarmakoterapi devrinin başlaması ile şizofreninin ilaçla tedavisi büyük bir aşama yapmıştır. Daha önceleri barbüturatlar, ajite veya eksite psikotik hastaların tedavisinde sedasyon amacı ile kullanılıyordu. Sedatif etkilerine rağmen bu ilaçlar psikotik semptomların devam etmesini engelleyemiyorlardı. Antipsikotiklerin kullanıma girmelerinden önce; Klaesi (1922) tarafından tedavi alanına sokulan ve eksitasyonların tedavisinde yararlı olan "uyku tedavisi", 1935'te Von Meduna tarafından uygulanmaya başlanan cardiozol ile şok tedavisinin ortaya çıkması ile önemini yitirmiştir. Sakel (1933) tarafından uygulanan "insulin koma tedavisi", 1950'lere kadar en etkili yöntem olarak şizofrenlerin tedavisinde kullanılmıştır. 1935'te Moniz ve Lima tarafından "prefrontal lobotomi" yön-

temi ortaya çıkarılmıştır. Cerletti ve Bini, 1937 yılında "Elektro Konvulsif Tedavi"yi tedavi alanına sokmuşlardır. Daha önceden uygulanan ateş ve soğukta bırakma tedavileri yanında, yukarıdaki tedavi yöntemlerinden sadece E.C.T. tedavisi hariç uygulamadan kalkmıştır. Elektro Konvulsif Terapi büyük spekülasyonlara rağmen hâlâ önemini yitirmeden koruyan ve yaygın olarak kullanılan bir tedavi metodudur (22,29,50,51,64)

Antipsikotikler:Klorpromazin'in hayvanlarda vücut ısısını düşürmesinin tespiti ile, bu ilacın preanestezik sedatif ve hipotermik etkisine bağlı olarak eksitasyon tablosunu kontrol altına alıcı bir ilaç olarak ilgi duyulmaya başlandı. Deniker ve arkadaşları tarafından, psikotik hastalara enjeksiyon yolu ile günde 75-100 mg. klorpromazin verilmesi vücut ısısında anlamlı bir değişikliğe yol açmadı, fakat psikotik eksitasyonda anlamlı bir azalma sağladı. Ancak bu dönemde ilacın neden böyle bir etkisi olduğu bilinmiyordu. Klorpromazin'in psikiyatriye girişini takiben, antipsikotik etkiye sahip birçok fenotiyazin türevi klinik uygulamaya girdi. Daha sonra da fenotiyazinlerle yakın ilişkili olarak tiyoksanten'ler, butirfenon'lar, dibenzoksapin'ler ve dihidroindolon'lar 1960'lı yıllarda tedavideki yerlerini aldılar. Syder ve arkadaşları, laboratuvar çalışmaları sonunda antipsikotiklerin etkilerini dopamin blokajı sonucu gösterdiklerini buldular (55).

Bugün şizofreninin fizyopatolojisinde iki ana görüş vardır. Bunlardan bir tanesi dopamin hipotezi, diğeri beyindeki yapısal anormalliklerdir. Şizofrenideki dopamin hipotezi, bugün için en kabul gören görüştür. L-Dopa ve Amfetamin gibi dopamin agonistlerinin psikotik kişilerde semptomları alevlendirebildiği ve psikotik olmayan şahıslarda da psikotik semptomlar oluşturduğu bilinmektedir. Yine Reserpin gibi katokalamın depolarını boşaltan, dolayısı ile dopamini azaltan ilaçların psikotik semptomları düzelttiği, bilinen bir gerçektir. Bunlardan yola çıkarak dopamin blokajı ile etkilerini gösteren antipsikotik ilaçlar, şizofreni tedavisinde ilk sırayı almışlardır (55).

Antipsikotik ilaçların dopamini bloke edici etkileri, ilk olarak onların parkinsonizme benzeyen yan etkilerinden fark edilmiştir. Parkinson benzeri yan etkiler, dopamin transmisyonunda yetersizlik gösteren parkinsonizmdeki gibi, antikolinergik ilaçlarla geriye döndürülebilir. Nöroleptikler, dopamini bloke edici etkilerini dopamin reseptörü ile gösterir. Bugün bilinen altı reseptör tipi vardır. (D₁, D_{2a}, D_{2b}, D₃, D₄, D₅.) D₁ ve D₅ reseptörleri ATP'yi cAMP'ye çeviren Adenylyl cyclase enzimini aktive eden E proteinine bağlanırlar. Corteks ve hippocampus'ta bulunan bu reseptörler, antipsikotiklere zayıf af-

finite gösterirler. D₂ dopamin reseptörleri Caudate Nukleus'ta, N. Accumbens'te, amygdalı'da, hippocampus'ta ve serebral korteksin bazı yerlerinde bulunur. D₂ reseptörlerinin D_{2a} ve D_{2b} diye bilinen iki subtipi vardır. D₂ reseptörleri antipsikotikler üzerinde yüksek affiniteye sahiptir. Klasik antipsikotiklerin tedavi edici etkilerini bu reseptör üzerinden gösterdikleri düşünülmektedir. Sulpirid ve pimozid, klasik nöroleptiklere göre D₂ reseptörlerine çok daha güçlü ve seçici olarak bağlanırlar. Standart antipsikotiklerden çok farklı ve bir dibenzoksapin türevidir olan klozapin'in tedaviye dirençli hastalarda etkili olduğu bildirilmiştir. Klozapin'in etkisi, klasik nöroleptiklerden oldukça farklıdır. Parkinsonizm oluşturmaz ve dopamin aktivitesi ile ilişkin hayvan modellerinde çok zayıf etkilere sahiptir (28,55).

Antipsikotikler şizofrenik hastanın hem akut hem de idame tedavisinde temel ilaç olarak kullanılır. Akut alevlenmelerde paranteral tedaviler tercih edilir. Özellikle eksitasyon durumlarında, eksitasyon kontrol altına alınıncaya kadar 30 dakikada bir 5 mg. haloperidol veya eşdeğeri antipsikotiğin İM verilmesi önerilmektedir. Nöroleptikler halisinasyonlar, hezeyanlar, ajitasyonlar gibi şizofreninin pozitif semptomlarının düzelmesinde etkilidir. Bu ilaçlar düzleşmiş affekt, apati, anhedonia, özellikle kronikleşmiş ve iyi organize olmuş büyüklük ve perseküsyon hezeyanları gibi şizofreninin negatif ve sosyal belirtilerinin tedavisinde daha az etkilidir. İdame tedavisinde antipsikotik kullanımı, şizofrenik hastalarda nüksleri önlemede ve azaltmadaki rolleri kontrollü birçok çalışmalarla ispatlanmıştır. Nöroleptik kesilmesinden sonra hastaların % 50'sinde 6-8 ay içinde nüks görülür; bu oran 18 ay sonra yaklaşık % 75'tir. Tedavi altında, ilaç kullanan hastaların yaklaşık % 25'inde nüks görülebilmektedir. Jhonson ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada; ilk ataktan bir yıl sonra % 29, ikinci yılda % 32, dört yıl sonra % 43 oranında; tedavi altındaki kronik şizofrenlerde ise birinci yılda % 21, ikinci yılda % 36, dördüncü yılda % 43 oranında nüks görülmüştür. Tedavisiz kronik şizofren hastalarda bu oran sırası ile % 60, % 71 ve % 76'dır (33,41-43).

Günümüzde elimizde bulunan tedavi modaliteleri içinde nöroleptiklerin vazgeçilemez olduğu, bir gerçektir. Fakat, birçok yan etkisi göz önüne alındığında, tedaviye cevapsız şizofrenlerde bile nöroleptiklerin rutin olarak kullanılması yaygın bir uygulama haline gelmiştir. Pek çok açıdan hastaya eziyet etmek olarak değerlendirilebilecek bu yaklaşım, semptom temelinde yapılan sınıflamaların neticesinde şizofreni adı verdiği-

miz sendromu primer hastalık kabul edip nöroleptikleri de bu hastalığın primer tedavisi kabul etme temayülünden kaynaklanmaktadır Bazı şizofrenik hastalarda, nöroleptik yan etkileri ayrı bir hastalık tablosu oluşturabilecek seviyeye ulaşmakta ve tedaviyi kesmek zorunluluğu doğmaktadır. Antipsikotiklere cevapsızlığı değerlendirmek oldukça zordur. Yetersiz dozda kullanım kadar yüksek doz kullanımı ve ilacın yan etkileri tedaviye cevapsızlık olarak değerlendirilebilir (33,41,43).

Günümüzde elimizde bulunan tedavi modaliteleri içinde nöroleptiklerin vazgeçilemez önemi hakkında kimsenin şüphesi bulunmamasına rağmen; birçok yan etkisi göz önünde bulundurulduğunda, tedaviye cevap vermeyen şizofrenlerde bile nöroleptiklerin kullanılması adeta rutin bir uygulama haline gelmiştir. Birçok açıdan hastaya eziyet olarak değerlendirilebilecek olan bu tutum, semptom temelinde yapılan sınıflamaların neticesinde şizofreni adını verdiğimiz sendromu primer hastalık kabul edip nöroleptikleri de bu hastalığın primer tedavisi kabul etme temayülünden kaynaklanmaktadır. Bazı hastalarda nöroleptik yan etkileri ayrı bir hastalık tablosu olarak değerlendirilebilecek boyuta ulaşmakta ve tedaviyi kesmek zorunluluğu doğmaktadır. Puten ve Marder (1986), haloperidol ve flufenazine hidrokloridin değişik dozları ile tedavi ettikleri hastalarında, ilaçların daha yüksek dozlarında hastaların BPRS ile daha düşük psikoz seviyeleri göstermelerine rağmen sıkıntı, psikomotor retardasyon, düzleşmiş affekt ve akinezinin yüksek seviyelerde olduğunu ve bazı hastalarda tedavinin kesilmesinin gerektiğini bildirmişlerdir. Nöroleptiklere cevapsızlığı değerlendirmek oldukça zordur. Yetersiz dozda kullanım kadar yüksek dozda kullanım ve yan etkileri tedaviye cevapsızlık olarak değerlendirilebilir. Bu yüzden semptom kümeleri ile tedaviye cevabı ve tedaviye cevabın prediktörü için çalışmalar yapılmıştır; yapılan çalışma semptomlara yönelik araştırmadır, hastalara değil (33,41,42,43).

Nöroleptiklere cevap ile kan prolaktin seviyesi araştırılmış, nöroleptiklerin antipsikotik özelliklerinin prolaktin seviyelerinden bağımsız olduğu bulunmuştur. 1960'larda antipsikotik etkinlik için ekstra piramidal belirtilerin gerekli olduğu ileri sürülmüş; fakat hem teorik hem de pratik açıdan destek bulamamıştır. CEEC ile yapılan çalışmalar, tedaviye cevap veren ve dirençli hastalar arasındaki esas farkın; hastaların merkezi sinir sisteminde nöroleptiklere verdikleri cevap farkları olduğunu ileri sürmektedir. Nöroleptik tedaviye başlamanın ilk 4-48 saatinde, disfori gelişen hastaların kötü

linik sonlanma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Tedavinin ilk 2-5 günü arasındaki semptomatik düzelme, bazı tedavilerin 3-4 hafta sonraki neticelerinin önceden tahmin ettiren çalışmalar vardır. Konfüzyon, otizm, hebefreni, kendine bakım, sosyal izolasyon, gerilim, düşük ve yüksek aktivasyon, sosyal katılım ; nöroleptiklere cevabı önceden tahmin ettirici bir faktör olduğu ileri sürülmüştür. Bunun aksine neticelen çalışmalarda vardır. Paranoid tip şizofrenlerin tedaviye cevap özellikleri tartışmalıdır. Bazı hastaların fenotiazinlere iyi cevaplarına rağmen bazı hastalarda nispi olarak kötü cevap alınmaktadır(33,41,42,43).

Antipsikotiklerin ilk önceleri trankilizan olarak etki ettiği düşünülmekte idi. Ancak daha sonraları antipsikotiklerin düşünce bozukluğu, halüsinasyonlar, sosyal çekilme ve diğer psikotik semptomlar üzerinde etkili olduğu tespit edildi(55).

Antidepresanlar: Antipsikotik ilaçların yan etkileri ile depressif sendromların veya semptomların birbirinden ayrılması zordur. Fakat son zamanlarda şizofrenik tablolarda görülen depresyon benzeri semptomlar üzerine araştırmalar artmıştır. Şizofrenik hastaların antipsikotik tedavilerine antidepressif ilave edilmesinin pratik önemi üzerine yapılan prospektif çalışmalar oldukça sınırlıdır. Siris (1990), bu konuda yapılan 6 çalışmanın 3'ünde tedavi sonucunun olumsuz, 3'ünde de olumsuz olduğunu bildirmektedir(52).

Şizofreni tedavisinde antipsikotiklerin dışında bir çok ilaç denenmiştir. Bunlar lityum, propranolol, benzodiazepinler, carbamazepin, clonidin, reserpin ve kalsiyum kanal blokerleridir. Bunlarla ilgili yapılan bir çok çalışmada lityum ve reserpin'in faydalı olabileceği ancak diğerleri ile ilgili sonuçların tartışmalı olduğu ileri bildirilmiştir(28).

Elektrokonvulsif Tedavi: Ampirik olarak geliştirilen ve uygulanan, çabuk etki eden, ucuz, nispeten komplikasyonsuz ve kontrendikasyonsuz bir yöntem olan elektrokonvulsif tedavi (ECT); üzerinde birçok tartışma yapılmasına rağmen halen psikiyatride kullanılan önemli ve etkili bir tedavi çeşididir. Sargent ve arkadaşları (1972), yeni başlayan akut şizofreni vak'alarının, mümkün olduğu kadar erken, ilaç ve ECT kombinasyonu ile tedavi edilmesi gerektiği ve önce nöroleptik kullanıp, düzelmenin yavaş olması halinde ECT'ye başvurulmasının gereksiz yere düzelmeyi geciktirdiğini; katatonik stüpor, affektif belirtilerin hakim olduğu şekiller, akut konfüzyonlu hastalar ve nöroleptik

tedaviyi takiben ortaya çıkan depressif tablolarda ECT'nin mutlaka ve erken olarak uygulanması gerektiğini bildirmektedir (25).

Miller ve arkadaşları (1953) ve Brill ve arkadaşları (1959)'nın yaptıkları kontrollü çalışmalarda; şizofren hastalara uygulanan gerçek ve yalancı ECT tedavilerde, hastalarda görülen düzelmeler arasında fark olmadığını bildirmişlerdir. Fink (1978), gerçek ve yalancı ECT uygulanan şizofren hastalarda 12-20 seans sonunda; gerçek ECT uygulananlarda % 50-70 oranında, yalancı ECT uygulananlarda % 20-30 oranında düzelmeye görüldüğünü bildirmiştir. May (1968) ve Small ve arkadaşları (1982), subkronik şizofrenlerde yaptıkları antipsikotiklerle ECT'nin etkinliğini karşılaştırma çalışmalarında; ilaçlarla ECT'den daha fazla ve daha hızlı düzelmeye görüldüğünü bildirmişlerdir. Genel olarak antipsikotik ile ilaç kombinasyonunun; sadece ECT ve sadece antipsikotik tedaviden daha etkin olduğuna inanılır(50).

May ve ark. (1981), bir çalışmada, 228 yeni şizofrenik hastaya, "yalnız psikoterapi", "yalnız farmakoterapi", "psikoterapi + farmakoterapi", "yalnız ECT" ve "yalnız ortam tedavisi" şeklinde beş tedavi türünü uygulamış ve bu hastaları 3-5 yıl süre ile izlemişlerdir. Sonuç olarak, "yalnız farmakoterapi" ve "yalnız ECT" grupları en iyi sonuçları verirken, "yalnız psikoterapi" en kötü sonucu veren yöntem olmuştur. Hastadaki tedavi etkinliği tek başına değerlendirildiğinde ise, "psikoterapi + farmakoterapi" en etkin olup, "yalnız farmakoterapi"ye göre hafifçe üstün bulunmuştur. "Yalnız ECT" ortada olup, "yalnız psikoterapi" ve "yalnız ortam tedavisi" en etkisiz olan yöntemlerdir.

OBSESSİF KOMPULSİF FENOMENLER

TARİHÇE VE GİRİŞ

Şüphe, kuruntu ve korku insanın tabiatında fitratan var olduğundan, bir bakıma bunun patolojik bir gösterisi olan obsessif düşünce ve kompulsif davranış da temelleriyle ilk insana kadar götürülebilir. M.Ö. ikinci yüzyılın ikinci yarısında İsrail'in ilk kralı olan Saul'ün sık sık şeytandan gelen düşüncelere yakalandığı, damadı David'in arp çalması ile yatıştığı, çünkü o zararlı düşüncelerden o suretle kurtulduğu bildirilmiştir. Günümüzde obsessif-kompulsif nöroz olarak adlandırılan fenomen, 19. yüzyıla kadar büyü, kötü ruhlar, şeytan tarafından tutulma gibi doğa üstü güçlerin etkisiyle açıklanıyordu. 18. yüzyıl Trevoux cizvitlerinin düzenledikleri sözlükte "obsesyon" kavramı "zararlı düşünce takınakları olan ya da öyle sanılan kişilerin durumu" olarak tanımlanmıştır. "Obsesyon" kelimesi Latince rahatsız etmek anlamında kullanılan "obsideratum" ya da "obsidere" kelimesinden alınmıştır(20,48,51).

Obsesyonel özelliklerin ilk tanımlanışı, psikiyatristlerin onları tanımlamalarından çok öncelerine uzanır. 17. yüzyıl başlarında, Richard Flecknoe, "seçenekler çevresinde dolaşıp duran, kararlılıkla başlayıp asla bitiremeyen, kararsız veya anlaşılmaz kişiler"den söz ederken veya Jeremy A. Taylor "zorluğun bittiği yerde zorluk, şüphenin bittiği yerde şüphe" derken Obsessif kişilik veya Obsesyonu tanımlıyordu. Aynı çağda John Bunyan, "In Grace Abounding to the Chief of Sinners" adlı otobiyografisinde obsessif düşüncenin bugün bile ilgi çeken tipik örneklerini veriyordu. Papaz John Moore, 1692'de yayınladığı "Of Religious Melancholy" adlı monografisinde (çağın düşünce yapısı gereği çoğunlukla dini içerikli olan) obsesyonların neden hemen hemen her zaman iyi insanlara musallat olduğunu anlayamadığını yazıyordu (29,48,49)

W. Shakespeare'in Macbeth adlı eserinde obsessif-kompulsif nörozun klasik bir örneği görülür. Lady Macbeth'in etkisi ile kocası Macbeth, Kral Duncan'ı öldürür ve bun-

dan sonra Lady Macbeth'te el yıkama hastalığı başlar. "Arabistan'ın bütün parfümleri getirilse bu elin kirleri temizlenmez" der ve devamlı ellerini yıkamaya devam eder (51).

Zorlu fikirler ilk defa Esquirol (1827) tarafından ele alınmıştır. Esquirol, zihne musallat olan zorlu fikirleri, birer psikiyatrik tablo olarak değerlendirmiş ve bunların entellektüel bir yıkımdan ibaret olduğunu iddia etmiştir. Bazı melankolik depresyon vakalarında obsesyonel belirtiler görüldüğünü bildirmiştir. 1835'te, Prichard obsesyonel nitelikli depresyonun ortaya çıktığından bahsetmiştir. Obsesyon terimini kullanan ilk hekim Kraft Ebing (1867) olmasına rağmen, obsesyonel nöroz terimini ilk kullanan, Alman psikiyatrist Karl Westphal'dir. Daha sonra 20. yüzyıl başlarında Kraepelin, yazdığı ders kitabında obsesyonel nörozdan söz etmiştir. Pierre Janet ise 1902'de "Obsessions and Psychastenia" adlı kitabını yayınlamıştır. 1894 yılında, obsesyon ve fobiler üzerinde çalışmaya başlayan Freud, dinamik psikiyatriye bir çıkış noktası olan Janet'in teorik modeli yardımı ile, psişik ve affektif dinamizm görüşüne ağırlık vererek obsessif nöroz teorisini kurmuştur(31,48,48).

Kraepelin (1904), Stöcker (1914) ve Lange (1928) gibi yazarlar obsesyonel nevrozu Manik Depressif Psikoze grubuna dahil etme eğiliminde olmuşlardır(15). Alman hekimlerden Bleuler ve Westphal, obsessif-kompulsif nörozun gerçekte bir şizofreni türü veya şizofreninin bir ön dönemi olduğunu bildirmişlerdir.(14) Claude ve Maccoud ile başladığı söylenebilecek alan obsesyonel nevrozun şizofreniye yaklaştırılması anlayışı, bu tablonun nevrotik alanla psikotik olabilme sınırının her zaman kesinlik göstermediği dikkate alınarak, günümüze kadar gelen yandaş ve karşıt görüşlerin doğmasına yol açmıştır (48) Psikiyatristler obsesyonel nevroz ile şizofreni arasındaki ilişkide, başlıca iki konu üzerinde durmuşlardır. Bunlardan birincisi obsessif-kompulsif nörozun şizofreni yönünde bir gelişme göstermesi, ikincisi de bu iki tablo belirtilerinin bir arada bulunmasıdır. Müller ve Rosenberg, onbeş yıl aralıklarla, obsessif-kompulsif nörozlu hastaların %1 - 16 oranında şizofreni geliştirdiklerini; 1926'da Jahrreiss ve 1957'de de Rosen müşahede ettikleri şizofren hastaların % 1 - 3.5 oranında obsessif-kompulsif semptom tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Rudin ve Kringlen (1965) Obsesyonel nevroz hastalarının % 5 - 10 oranında şizofreniye dönüştüğünü tespit etmişlerdi.Farklı araştırma sonuçlarına göre; obsessif-kompulsif nöroz hastalarında şizofrenik sendromların gelişme sıklığı % 0 ile % 20 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Şizofren hastalarda obsessif-

kompulsif semptomların görülme sıklığı da değişik araştırma sonuçlarına göre % 0 ile % 20 arasında değişen sonuçlar bildirilmiştir (1-7,13-20,24,37-40,45,48)

Adler, obsessif-kompulsif nöroza şizofreni ile manik depresif psikozlar arasında bir yer vermiştir ve bu nörozun zamanla iki psikozdan birine ya da diğerine dönüşebileceğini ileri sürmüştür. Sullivan da aradaki ilişki konusunda benzer düşüncelerde olduğu kadar, daha ileri giderek obsesyonel durumların şizofreniye dönüşmesi yanında bunun tersinin de gerçekleşebileceğini iddia etmiştir. Schneider içinse, bir şizofrende gerçek bir obsesyonun bulunabileceği hiçbir zaman düşünülmemelidir. Arieti, bazı obsessif-kompulsif nöroz vakalarının şizofreniye dönüşebileceğini kabul eder ve muhtemelen katatonik türün oluşacağını söyler. Stengel (1945) obsessif-kompulsif nörozların şizofrenik bir psikoza dönüşebileceğini ve bu durumda prognozun nispeten iyi olduğunu ileri sürmüştür. Ve "Obsesyonlar şizofreniye eşlik eden kişilik yıkılmasını önleyebilmekte, hiç değilse geciktirebilmektedir" der. Müller (1957), bu hastalarda prognozun çok kötü olduğunu iddia eden araştırmacılar arasında yer almaktadır. Fenton ve Mc Glashan(1986)şizofreninin seyrinde görülen obsessif-kompulsif semptomların, hastalığın kötü prognozlu olabileceğinin işareti sayılması gerektiğini bildirmişlerdir (14,20,48).

Kraepelin'in öğrencisi olan Uzman (1947), hastalığın duraklamalarla bir nevi periodik seyretmesine dikkat çekerek, obsessif reaksiyonların, hiç olmazsa bir kısmının birer siklofreni nöbetinden başka bir şey olmadığını söylemiştir.(20) Straus (1948), obsesyonel durumları fenomenolojik incelemesi neticesinde "Obsessif Psikoz"ları bir diagnostik antite olarak ilk defa teklif etmiştir. Weiss ve arkadaşları (1969) bir yandan şizofrenik diğer yandan obsessif-kompulsif nevroz hastalarından ayırması için "Obsessif kompulsif psikoz" deyimini ileri sürmüşlerdir(14). Songar ve Ziyalar (1970) şizofreni'nin psikastenik şeklini yayınlamışlardır (16).

Meyer-Gross (1977) ve Weitbrecht (1968) otistik tavra yol açan obsessif-kompulsif nevrozlarda şizofrenik süreçler düşünülür demiştir. L. Süllwold (1977), obsessif-kompulsif nevrozlarda davranış tedavisinin etkinliğini araştırırken, bu hastaların 2/3'ünde şizofreninin ana grup belirtilerini tespit ettiğini söylemiştir (15). Levent (194) psikastenik tip şizofreni teşhisi olan hastaların, şizoid belirtiler gösteren obsessif-kompulsif nevroz vak'alarına ileri derecede benzediğini ileri sürmüştür(17). Keza Ey (1978), bu

hastalarda şizoid eğilime dikkat çekmiştir (20).

Jenike ve ark.(1986), mutad tedavilere cevap vermeyen atipik özellikler gösteren obsessif-kompulsif bozukluklu hastalarda, aynı zamanda şizotipal kişilik özellikleri tespit etmişler ve bu hastaları "şizo-obsessif" diye adlandırmışlardır (35,38- 40,54). Samuk (1983), obsessif-kompulsif nevrozun, diğer psikonevroz grubu hastalıklardan daha ziyade şizofreniye benzediğini tespit etmiştir (20). J. E. Meyer (1974) "endojen psikozlar karşısındaki sınırlamada klasik nevroz formlarından hiçbirisi obsesyonlardaki kadar zorluk göstermez" demiştir (15). Kolb (1973), erken safhada şizofreniyi obsessif nevrozdan ayırmanın zor olacağına dikkat çekerek, şizofren hastalarda obsesyonel nevrozlu hastalara göre "daha fazla tekrarlama" ve "daha az gerilim" olduğuna dikkat çekmiştir (30).

Songar (1980), obsessif-kompulsif reaksiyonlarda kronik bir seyir bulunduğunu, bunun neticesinde bu vak'alarda dissosiyatif sendroma benzer tarzda, dış dünyanın realitelerinden kopma görüldüğünü, ikinci bir kişiliğin hükmü altına girmiş gibi göründüklerini bu sebeple böyle vak'aların, özellikle korku ve zorlu fikirlerinin çok absürt ve ritüelleri tamamen stereotipi karakterinde olanlarının birer nevroz olamayacağını, bunların şizofreni olarak kabul edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Ve şizofreninin klinik şekillerine bir de psikastenik şizofreni ilave etmenin gerekli olduğunu belirtmektedir. (22)

Insel ve Akiskal (1986), obsessif-kompulsif psikozlarda görülen hezeyanları incelemişler ve bu hezeyanların daha çok reaktif nitelikleri affektif veya paranoid psikozlarda görülenlere benzediğini ve genellikle geçici olduklarına dikkat çekmişlerdir. Obsessif-kompulsif bozukluğun bir spektrum bozukluğu olduğunu, bir ucunda nevroz diğer ucunda psikoz olduğunu belirterek obsessif-kompulsif bozukluk teşhis kategorisinin olması gerektiğini vurgulamışlardır (1).

Teşhis ve Sınıflama

Obsesyon: Obsessif-kompulsif bozukluğun ana belirtisini teşkil eden obsesyon (zorlu fikir), her şeyden önce kişinin manasız, saçma veya normal düzenlere aykırı bir şey düşünmek ve yapmak mecburiyeti ile birlikte bu düşünceye karşı duramama vasfı

hakimdir. Bu karşı durulamayan düşünceler, irade dışı, otomatik, hasta tarafından da manasız kabul edilen ve kendi düşüncelerine yabancı fikirler, duygular ve düşüncelerdir. Ancak manasız da olsa, saçma ve akıl dışı da görünse, kendine yabancı da bulsa hasta, bu zorlu düşüncelerin esaretinden bir türlü kurtulamaz ve obsessif fikirleri zihninden uzaklaştırılmaz. (20)

Kompulsiyon: Obsesyonların yani zorlu fikirlerin ve düşüncelerin esiri olmuş kişide, bu zorlu düşüncelere bağlı olarak, hastanın iradesi ve isteği dışında birtakım zorlu hareketler gelişerek ortaya kompulsiyonlar çıkar. Kompulsiyonlar, Obsessif-kompulsif reaksiyonların bir başka elemanını teşkil etmektedir. Bunları, akt haline geçmiş obsesyonlar olarak tarif etmek de mümkündür. Yapılmaması halinde şiddetli sıkıntıyı davet eden, yapıldığı zaman bu sıkıntı ve gerginliği nispeten azaltan ve kişinin iradesinin ve arzusunun dışında, saçma olduğunu, manasız olduğunu bildiği halde mani olamadığı, arka arkaya ve stereotipik bir şekilde defalarca yapılan hareketlere kompulsiyon denmektedir (20).

Obsesyon ve kompulsiyonların bazı ortak özellikleri ana hatlarıyla şöyle sıralanabilir (29,49):

- 1- Bir fikir veya impuls, istenilmediği halde, ısrarla, tekrarlayıcı olarak ve engellenemez şekilde zihne, kişinin şuuruna girer.
- 2- Korku ve anksiyenin eşlik ettiği bu temel özellik kişiyi bu fikir veya impulsa karşı önlemler almaya iter.
- 3- Obsesyon ve kompulsiyonlar ne kadar zorlayıcı olursa olsun, kişi onun saçma ve akıl dışı olduğunu bilir, anlar. Yani içgörü tamdır.
- 4- Obsesyon lar ve kompulsiyonlar ne kadar zorlayıcı olurlarsa olsun, kişi onun saçma ve akıl dışı olduğunu bilir.
- 5- Sonuç olarak bu semptomları olan kişi onlara direnme ihtiyacını duyar.

Amerikan Psikiyatri Birliği (A.P.A)'nin yayınladığı Diagnostic an Statistical Manual Disorders III. R (1987)'ye göre, obsesyonlar ve kompulsiyonlar şöyle tanımlanmaktadır (44):

Obsesyonlar:

- 1- En azından başlangıçta zihne istenmeden geldiği ve saçma olduğu bilinen, tekrarlayıcı ve inatçı düşünce, fikir, impuls ve imajlardır (Bir anne ve babanın sevdiği çocuğu öldürme impulsu veya devamlı küfür etme düşüncesi gibi).
- 2- Bu düşünce ve impulslar; görmezlikten gelme, baskılama, başka düşünce ve faaliyetlerle etkisiz hale getirme çabaları ile önlenmeye çalışılır.
- 3- Kişi obsesyonları kendi düşüncesinin bir ürünü olarak görür. Dışarıdan zihnine sokulmuş olarak değerlendirmez.
- 4- I. eksende başka bir bozukluk varsa, obsesyonun muhtevası bununla ilgili değildir.

Kompulsiyonlar:

- 1- Bir obsesyona reaksiyon olarak veya belli bir maksada yönelik ritüeller veya steriotipik davranışlardır.
- 2- Bu davranışlar, sıkıntıyı gidermek veya korku yaratan bir olayı önlemek için tasarlanır, ancak yapılan faaliyetler giderilmeye veya önlenmeye çalışılan durumla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir, ilişkili olsa bile yapılan faaliyetler oldukça aşırıdır.
- 3- Kişi davranışının aşırı veya mantıksız olduğunu bilir. (Küçük çocuklar için bu durum geçerli olmayabilir. Obsesyonları aşırı değer verilmiş fikirler [overvalued] haline gelen kişiler de artık bu davranışlarının aşırı veya mantıksız olduğunu bilmiyor olabilirler.)

Obsesyon veya kompulsiyonlar için sayılan kriterlerin hepsinin karşılanması ve belirtilerinin egodistonik olması, içgörü (insight) bulunması ve kişide bariz bir sıkıntı oluşturması gerekli görülmüştür.

Obsessif-Kompulsif fenomenler; obsesyon, kompulsiyon veya her iki semptomun birlikte olduğu klinik şekillerde görülür. Kendine has klinik görünümü sebebiyle psikiyatrinin ilginç ve iyi tanınan bir bozukluğudur. DSM-III-R (1987)'ye göre bu teşhisi koymak için, belirtilerin kişinin günlük fonksiyonlarını, mesleğindeki verimini, mutasosyal faaliyetlerini ve insanlarla ilişkilerini önemli ölçüde bozmasını ve bariz bir sıkıntı oluşturacak zaman harcamasına yol açmasını gerekli görür. Semptomlar hasta tarafından egodistonik olarak değerlendirilmelidir .

18. yüzyılda İskoçyalı hekim W. Cullen nevroz terimini kullanmış ve bu başlık altında obsesyonları, kompulsiyonları ve histeriyi incelemiştir. Kraepelin de bu görüşü paylaşmıştır. Daha sonra Freud ilk iki klinik durum için zwangnevrose denmesini uygun görmüştür. Fransa'da Janet; fobi, obsesyon ve kompulsiyonları psikasteni başlığı altında incelemiştir. Psikasteniyi nevrasteniye, hatta paranoya'ya çok yakın bir nevroz olarak kabul etmiştir. Freud, affektif dinamizm üzerinde durarak "zwang"ı bir nöroz olarak kabul etmiş; psikoanalitik teoriye uygun olarak açıklamıştır. Almanca zwang kelimesini, İngilizler obsesyon, Amerikalıların ise kompulsiyon olarak tercüme etmeleri yanında, A. Mayer'in psişik olaylar için "reaksiyon" kavramını ileri sürmesi ile obsesyoneel nevroz yerine obsessif-kompulsif reaksiyon deyimi ortaya çıkmıştır. DSM-III (1978) ve DSM-III-R (1987)'de anksiete bozuklukları başlığı altında, obsessif-kompulsif bozukluk olarak adlandırılmıştır. ICD-9 sınıflamasında; nevrotik, stres'e bağlı ve somatoform bozukluklar bölümünde ve "obsessif-kompulsif bozukluklar" olarak sınıflandırılmıştır.

Bu nöroz grubu hastalığın hiç olmazsa bir kısmının atipik özellikler gösterdiği; tedaviye cevapsız kaldığı, tedavi altında iken psikotik semptomların geliştiği; obsesyonlarla hezeyanlar arasında yakın bir ilişki olduğundan hareketle psikotik gruba dahil edilmesi gerektiği yaygın kanaattir(1,4,5,9-20,24,35,37-40,45,48,53).

Kraepelin (1904), Stöker (1914), Lange (1928), Uzman (1947) bu hastalığın manik-depressif psikoz grubu bir hastalık olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bleuler, Westphal, Meyer-Gross (1977), Weitbrecht (1968), Songar ve Ziyalar (1970), Songar (1980) şizofrenik gruba dahil edilmesini kabul etmişlerdir. Straus (1948), Weiss ve arkadaşları (1969), ayrı bir "obsessif-kompulsif psikoz " teşhis grubu ileri sürmüşlerdir. Insel ve

Akiskal (1986); obsessif-kompulsif bozukluğun bir spektrum bozukluğu olduğunu; bir ucunda nörotik diğer ucunda psikotik özellikler taşıdığını belirtmişlerdir.

Epidemiyolojik ve klinik özellikler

Yakın zamana kadar az rastlanır bir bozukluk olarak bilinen ve prevalansı % 0.5 olarak tahmin edilen obsessif-kompulsif bozukluğun sanıldığı kadar nadir olmadığı görülmüştür . Bu hastalığın, bütün psikonevroz hastalarının % 5'inden ve genel psikiyatrik tedavi popülasyonunun % 1'inden daha az olduğu bildirilmesine rağmen ABD'de alan tarama çalışmalarında toplumdaki 6 aylık prevalansının % 1-2, hayat boyu prevalansının ise % 2-3 olduğu tespit edilmiştir. Yine ABD'de 18.500 kişiyi kapsayan ve 5 ayrı yerleşim merkezinde yapılan bir başka çalışmada hayat boyu prevalansı % 1.9-3.3 olduğu tesbit edilmiştir. Psikiyatrik hasta popülasyonunda görülme sıklığının ise % 1-5 oranında olduğu tahmin edilmektedir.Epidemiyolojik saha araştırmalarında teşhis örtüşmeleri dikkat çekecek boyutlarda bulunmuştur(7,56-59,65).

Obsessif-kompulsif bozukluğun erişkinde görülme sıklığında cinsler arasında fark yoktur.Çocuklukta başlayan tipinde, erkeklerde kadınlardan daha sık görüldüğü kabul edilir.Obsessif-kompulsif nöroz hastaların, yüksek sosyal sınıf ve zekâ seviyelerine sahip oldukları birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir. Karno ve arkadaşları (1988), Nemiah ve Uhde (1989); hastaların ortalamanın üstünde bir zekâ, yoğun evlilik meseleleri, yüksek oranda boşanma, ayrı yaşama ve işsizliğe sahip olduğunu bildirmişlerdir. Kontrollü çalışmalarda, obsessif-kompulsif bozukluğu olan hastaların ebeveyn ve kardeşlerinde, bu bozukluğun ve obsessif-kompulsif özelliklerin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Yine, monozigot ikizlerin, dizigot ikizlere göre obsessif-kompulsif özellikler açısından daha yüksek oranda "concordance" gösterdiklerinin tespit edildiği bildirilmiştir(13,29,49,56-59,65).

Aktar ve arkadaşları (1975), obsessif-kompulsif nörozlu 82 vakanın % 25'inde, obsessif düşünceye karşı kompulsiyonun gelişmediğini tespit etmişlerdir. Karno ve arkadaşları (1988) alan çalışmasında bu oranı % 91.4 olarak bulmuşlardır. Aktar ve arkadaşları (1975) vak'aların % 46'sında pislik ve bulaşma ile ilgili uğraşlar olduğunu, % 54'ünde bulaşma korkusu ile birlikte kompulsiyonlar olduğunu bildirmişlerdir. Rasmussen (1986), tedavi için başvuran hastalarda sırasıyla en sık olarak kontamine olmak obsesyonu, agressivite, cinsel ve simetri ve düzenlilik obsesyonları olduğunu; kompulsiyonlar için kontrol etme, temizlik ve sayma ritüellerinin sıklıkta ilk sırayı aldığını belirtmişlerdir. Henderson (1988) genel toplumda obsessif-kompulsif nevrozun en sık görülen şekillerini; kontrol etme (% 1.6), tekrarlama, sayma ve biriktirme (% 1) ve yıkama (% 0.8) olarak bildirmektedir. Ve anne-babadaki semptomların çocuğun geliştireceği semptomları etkilememektedir(6,11,13,20,54,57-60).

Hastalık baskın olarak adolesan ve erken erişkinlik döneminde başlar. Semptomlar hastaların 2/3'sinden fazlasında 15 yaşa kadar görülür ve sıklıkla ilk belirtiler 10 yaş öncesidir. Genellikle tedavi arayışı adolesans dönemi veya 20 yaş civarındadır. 40 yaşından sonra başlaması enderdir. Hastalığın prognozu konusundaki araştırmaların sonuçlarına göre, hastaların % 25'inin iyileştiği, % 50'sinin iyiye doğru gittiği, % 25'inin değişmeden kaldığı veya kötülendiği yolundadır. Genel olarak denilebilir ki obsessif-kompulsif nöroz epizodik alevlenmelerle seyreden kronik bir hastalıktır (29,49,54).

Kişilik Özellikleri ve Kişilik Bozuklukları

Obsessif-Kompulsif nörozun psikopatolojisini açıklamaya çalışan Morel, Mag-nan, Pitres ve Régis gibi bazı eski yazarlara göre; bu hastalık karakter anomalileri, psi-ko-fizik kişiliğin degeneratif yapısı üzerinde gelişir. Dupré daha çok hiperemotif olma, Kretschmer okulu şizoid karakter, P. Janet psikastenik karakter, Freud ve psikoanalitik ekol anal-sadistik karakter üzerinde durmuştur (22, 48).

Slater (1943), "nevrotiklerde esasen bazı şahsiyet kusurlarının belirli hale gelmesi ile nevrotik sendromların ortaya çıktığını" ileri sürmüştür. Slater'e göre "nörotik

şahıs çevresinin stres yaratıcı etkilerinden, başkalarından daha fazla müteessir olmakta ve bu aşırı duyarlılığı da genetik olarak intikal etmektedir. Hayatın herhangi bir safhasında stres'e karşı mukavemeti azaldığı takdirde de psikonevroz belirtileri ortaya çıkmaktadır (22). Psikasteni olarak tarif edildiğinden beri obsessif-kompulsif nörozda uygun bir kişilik yapısı veya kişilik özelliğinden bahsedilmiştir (18, 19, 20, 22, 23). Obsessif Kompulsif Kişilik Özellikleri, obsessif kompulsif kişilik bozukluğu ve nöroz arasında bir devamlılık olduğu ve aradaki farkın bir şiddet farkı olduğu, genel bir kabul gibidir (12). Ziyalar (1982), bu konuda; "Kompulsif kişilik ile kompulsif nöroz arasındaki fark sıkıntının şiddeti ile ölçülür. Sıkıntı arttığı ölçüde bu kişilik yapısı hastalığa yaklaşır" demektedir (23). Songar (1980) ise obsession nevrozunun, ego'nun patolojik bir organizasyonu olarak kabul edilebileceğini söylemektedir(22). Psikodinamik açıklamalarda normal sağlıklı kişilerden psikotik hastalara kadar geniş bir spektrumda obsessif-kompulsif özelliklerin görülebileceği bildirilmiştir(12). Bunun aksine şizoid kişilik özelliği üzerinde duranlar da vardır (20).

Obsessif Kişiliğin özelliklerini şöyle sıralayabiliriz: Titiz, soğuk, aşırı kontrol içinde, katı davranışlı, hislerini belli etmeyen, insanlarla ilişkileri uzak, kolay arkadaş olamayan kişilerdir. Toplum içinde utangaç, çekingen, mahcup edalı ve çabuk kızaran kişiler olup, hassas ve titiz tutumları ile dikkati çekerler. Çoğunlukla aşırı doğru olurlar, kanunlara ve kaidelere düşkündürler, iddiacı ve iddialarında inatçı ve ısrarcı olurlar. Her şeyi inceden inceye araştıran, kendilerine itimatları olmayan ve mesuliyet almaktan kaçan kimselerdir. Kendilerinden ve çevrelerinden çok şey beklerler, sorumluluk duyguları aşırı derecede gelişmiştir. Bazı konularda tereddüt ve merak hali ve yüksek emotif tonus gösterirler. Hasistirler, her şeyi intizamlı olarak yapmaya gayret ederler, yüksek ahlaki değerlere önem verirler (20).

Kaplan ve Sadock (1988), Obsessif-kompulsif bozukluğun, obsessif-kompulsif kişilik bozukluğunun ağır bir şekli olmadığını bildirmektedir. Bu hastaların çoğunluğunun premorbid dönemde kompulsif semptomlar göstermediğini, ayrıca obsessif-kompulsif bozukluğun gelişimi için ne gerekli, ne de yeterli olduğunu yazmaktadır(65). Rasmussen ve Tsuang (1986) obsessif-kompulsif nörozun tam olarak belirmesinden önce hastaların % 70'inde bazı obsessif semptomların görüldüğünü bildirmektedir(13). Nemiha ve Uhde (1989) obsessif karakterde her zaman obsessif-kompulsif bozukluk gelişme-

yeceğini ve hastaların ancak % 20-30'unun başlangıçta obsessif özellik gösterdiğini yazmaktadır. Obsessif-kompulsif karakter özellikleri ile bu hastalık arasında bağlantının gerekli olmadığını belirtmektedir(29).

Rasmussen ve Tsuang (1986) obsessif-kompulsif nöroz hastalarının % 66'sında kişilik bozukluğu teşhis etmiş; % 55 oranında kompulsif kişilik bozukluğu; % 9 histriyonik, % 7 şizoid, % 5 bağımlı kişilik bozukluğu buldu ve Şizotipal kişilik bozukluğu bulunamadı(13). Joffe ve arkadaşları (1988) hastaların % 83'ünde kişilik bozukluğu tespit etmiştir. Bu hastaların % 44'ü kaçınan, yine aynı oranda pasif agresif, % 35 bağımlı kişilik bozukluğu, % 17'si şizotipal kişilik bozukluğu tespit edilirken, kompulsif kişilik bozukluğu yalnız % 4 oranında idi. Aynı hasta farklı teşhisleri alabildiği için oranlar farklı gözükmetedir. Aynı çalışmada depresyon teşhis edilen hastalarda % 87 oranında en az bir kişilik bozukluğu teşhis edilmiştir (37).

Jenike ve arkadaşları (1986) DSM-III'e göre obsessif-kompulsif bozukluk teşhis edilmiş ve mutad tedavi tekniklerine (ilaç ve davranış terapisi) cevapsız 43 hastayı retrospektif olarak incelemişlerdir. Mutad tedavilere cevap vermeyen ve atipik özellikler gösteren bu hasta grubuna "şizo-obsessif" adını vermişlerdir. Tedaviye dirençli 43 hastanın 14'ünde (% 32.6) DSM-III'e göre şizotipal kişilik bozukluğu için sayılan 8 kriterden en az 4'ünü gösterdiklerini tespit etmişlerdir. DSM-III kriterleri: majik düşünce, referans fikirleri, sosyal izolasyon, acayip konuşma, depersonalizasyon veya derealizasyon, tenkide aşırı hassasiyet veya sosyal ortamlarda aşırı anksiyete; paranoid düşünce veya şüphencilik; ve dostça ilişkiler kuramama'dır. Hastaların tedaviye cevapları karşılaştırıldığında şizotipal kişilik bozukluğu olmayan 29 hastanın 26'sı (% 89.7) en azından orta derecede düzelme gösterirken, şizotipal kişilik bozukluğu olan obsessif-kompulsifli hastaların 14'ünden sadece 1'i (% 7.1) orta derecede düzelme göstermişti. Araştırmacılar, şizotipal kişilik bozukluğu kriterlerinin sayısı ile tedaviye cevap arasında negatif bir ilişki bulduklarını bildirmektedirler. Yani şizotipal özellikler arttıkça tedaviye cevapsızlık veya direnç artmakta idi. Otörler, hastalarındaki şizotipal kişilik bozukluğunu tedavi ettikten sonra obsessif-kompulsif bozukluğu olan hastaları daha etkin tedavi ettiklerini bildirmektedirler(47, 48). Obsessif-kompulsif nörozda şizotipal kişilik bozukluğu prevalansı % 5 - % 30 civarındadır (10,35,37-40,54).

Levent (1975) "Obsessif Kompulsif Nevroz Vak'alarında Psikotik Gelişim adlı

uzmanlık tezinde; 30 obsessif-kompulsif nevrozlu hasta ile 5'i obsessif-kompulsif nevroz olarak başlayıp şizofreni gelişen hasta ve 10'u psikastenik tip şizofreni teşhis edilmiş toplam 15 hasta üzerinde yaptığı incelemede "psikastenik tip şizofren hastaların şizoid belirti gösteren obsessif-kompulsif vak'alarına ileri derecede benzediğini kaydetmektedir(17). Paranoid şizofrenideki hezeyanların önce kompulsif fikirler şeklinde başladığı, sonra hezeyan haline dönüştüğü şeklinde görüşler çoktur. Bu konuda, Bleuler'in, "Obsesyonlu kişi obsesyona rağmen; hezeyanlı kişi ise hezeyanı için yaşar" sözü meşhurdur (15,24,30).

Samuk (1982) "Obsessif Kompulsif Reaksiyonlarda Şizofrenik Temel Belirtile-
rin Bulunma Sıklığının Araştırılması" adlı doçentlik tezinde; Rorschach testi kullanarak 30 obsessif-kompulsif nörozlu hastayı 30 başka psikonevroz grubu hasta ve 30 şizofrenik hasta ile karşılaştırmış ve şu neticeye varmıştır: "Rorschach testi semptomlarından şizofreniye has 12 belirtiden istatistiki analiz neticesinde; püerilizm, şizofrenik belirti, düşüncede ambivalans, patolojik abstraksiyonizm, düşüncede rigidite ve düşüncede steroiotipi belirtilerinin görülme sıklığı açısından obsessiflerle, karşılaştırma grubu diğer psikonevroz grubu ve şizofrenler arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Bunların dışında şizoid belirti, paranoid belirti, düşüncede regresyon, düşüncede negativizm, realiteyi kavrama nosyonunda zayıflık ve çevre ile ilişkilerin bozuk olması belirtilerinin görülme sıklığı, şizofreniklerle anlamlı olarak benzerlik göstermiş; diğer psikonevroz grubu hastalıklardan da anlamlı olarak fark göstermiştir(20). Keza Songar'da; Psikometrik tetkiklerde özellikle Honfman-Kasanin testinde mücerret düşüncenin ileri derecede yıkıldığı, teferruatçılık, müşahhas düşünce, çağrışımlarda gevşemenin bulunduğu bilinmektedir (22).

Tedavi

Klasik olarak, bu hastalık bütün psikiyatrik hastalıklar içinde en kötü prognozlu olanlardan biri olarak görülür. Black (1974), üç farklı çalışmanın özetini şöyle vermektedir: Obsessif-kompulsif Bozukluğu olan hastaların, yaklaşık % 40'ı hiç tedavi görmeseler bile kendiliğinden düzelir. Kalan diğer hastaların % 11-14'ü tam remisyonlu epizodik alevlenmeli, % 24 - % 33'ü de zaman zaman semptomları azalsa bile hiçbir zaman

tam remisyon dönemleri olmayan epizodik alevlenmeli bir seyir gösterir. Bozukluğun seyri, tipik olarak epizodik alevlenmeli kronik bir seyirdir. Rasmussen ve Tsuang (1986), hastaların % 3'ünün epizodik, % 83'ünün devam eden, % 13'ünün de yıkıma giden bir seyir gösterdiğini yayınlamışlardır. Obsesyonel nevrozluların % 5-10'unun sosyal becerilerin tamamen yıkılabildiği, ilerleyici bir seyir gösterdiği bildirilmiştir. Çeşitli psikolojik ve somatik tedavi gören obsessif-kompulsif nörozlu hastaların % 20-40'ı ileri derecede düzelme gösterir. Black (1974)'te, hastaların tedaviye orta dereceden ileri dereceye düzelme ile cevap verenlerin oranını % 45 - % 60 olarak vermiştir. Yakın zamanda gelişen tedavi yöntemleri ile iyileşme oranı artmıştır (13,30,29,35,37-40,54)

Nevrotik bozukluklar içinde seçilecek tedavi modaliteleri hakkında görüş birliği en fazla obsessif-kompulsif nöroz tedavisidir. En sık davranışçı terapi, destekleyici terapi ve antidepresif ilaçlar tercih edilmektedir. Dinamik veya psikoanalitik tedavi yaklaşımları pek başarılı sonuç vermemektedir. Davranışçı terapilerin obsessif-kompulsif nörozda en etkili ve kalıcı tedavi metodu olduğu bildirilmektedir. Öğrenme kurallarına dayanan davranışçı terapiye göre, obsesyonlar şarlanılmış uyaranlar olup anksiyete uyarırlar; bizzat bunları gidermek için ortaya çıkan cevaplar da yeni uyaranlar üretebilir. Bu açıdan bakıldığında kompulsiyonlar öğrenilmiş davranışlardır, öyle ki anksiyenin giderilmesi kompulsiyonları pekiştirir. Davranışçı terapistlere göre dürtüler değil öğrenilmiş semptomlar önemlidir, şuur dışı dürtüler aramak gerekmez (54).

Davranışçı terapiler, diğer psikoterapi yöntemleri ile karşılaştırılan serilerde başarı oranı % 78 - % 85 olarak bildirilmektedir. Fakat hastaların % 13 - % 25'i daha terapinin başında terapiye katılmayı reddetmektedir. Davranışçı terapiye cevabın çok iyi olduğu hastaların oranı % 60 - % 70 olarak bildirilmiştir. 2-3 yıllık izleme çalışmalarında hastaların iyilik hallerinin devam ettiği bildirilmiştir. Steketee ve ark. (1982) serisinde 1 yıllık izleme serisinde relap % 20 olarak bulunmuştur, tekrarlama sebebi olarak tedavi öncesi depresyonun varlığı gösterilmiştir. Başlangıçta depresyonu olan hastalarda, davranışçı tedavi yöntemlerine klorimipramin ilavesi tedavinin daha iyi sonuç vermesini sağlamaktadır. Obsessif-kompulsif nörozda, kognitif tedavi metotları da uygulanmaktadır. Davranış tedavilerinin uygulanmadığı durumlarda elverişli bir yardımcı tekniktir (35,54).

Davranışçı tedavilerde % 20-30 oranında tedaviye direnç görülür. Fao (1979)

aşırı değerlendirilmiş fikirler (overvalued)'i, Minichiello ve ark. (1986) şizotipal kişilik bozukluğunu davranış tedavisine cevabızlık için bir kriter olarak görmüşlerdir. Ağır kişilik bozuklukları ve depresyonun varlığı da tedaviye cevapsızlık için bir öngösterici olduğu bildirilmektedir (35,48,54).

Obsessif-kompulsif nörozun tedavisinde farklı etyolojik görüşlere dayanarak çeşitli tedavi şekilleri uygulanmaktadır. Nöroleptiklerin kullanılması artmaktadır. Düşük doz nöroleptiklerin faydalı olduğunu bildiren yayınlar çoktur. Anksiyolitik ilaçların kullanımı tartışmalıdır. Lityum, carbamazepin, betablokerler denenmiştir. Bazı vak'alara elektrokonvulsif terapi ve psikoşirurji uygulanmıştır. Bugün için obsessif-kompulsif bozukluğun kesin bir tedavi şekli bulunmamaktadır (29,35,54).

Obsessif-kompulsif bozuklukta pek çok ilaç denenmiş, fakat en umut verici gelişmeler trisiklik bir antidepresan ve seratonin reuptake blokeri olan clomipramin ile elde edilmiştir.(45) Clorimipraminin kesilmesinden sonra relap oranları % 90 oranlarına ulaştığı bildirilmiştir. En iyi tedavi modalitesinin antidepressif ve davranışçı terapi kombinasyonu olduğu kabul edilmektedir (10,29).

Şizofreni, manik depressif psikoz, depresyon, paranoid sendromlar, temporal epilepsi, histeri, fobik reaksiyonlar, monosemptomatik hipokondriasis, trikotilomani, patolojik kumarbazlık, anoreksia nervoza, histeri, Gilles de la Tourette sendromu ile ilişkili olduğuna dair birçok çalışma yapılmıştır (2,8,48,54).

MATERYAL VE METOD

Obsessif-kompulsif semptomların, şizofren hastaların tedavi süreçlerini etkileyen bir faktör olup olmadığını araştırmak amacıyla yaptığımız bu çalışmada; İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne 1980-1989 yılları arasında yatırılarak tetkik ve tedavi edilmiş 293 şizofren hasta incelenmiştir.

Çalışma retrospektif olarak ve arşiv taraması şeklinde yapılmış olup kontrollü bir çalışmadır. 70'i kadın, 78'i erkek toplam 148 obsessif-kompulsif semptomlu hasta asıl araştırma grubunu oluşturmuştur. 69'u kadın, 76'sı erkek toplam 145 obsessif-kompulsif semptomsuz şizofren hasta da kontrol grubunu oluşturmuştur. Araştırma ve kontrol grubu olarak toplam 293 vak'a çalışma materyalimizi teşkil etmektedir.

1980-1989 yılları arasında şizofreni teşhisi ile tetkik ve tedavi gören hastaların dosyaları teker teker incelenip obsessif-kompulsif semptomlu hasta dosyaları ayrılmıştır. Araştırma grubunu oluşturan bu hastaların, dosya kayıtlarında obsessif-kompulsif semptomlarının "bariz" olarak kodlanmış olması dikkate alınmış; "şüpheli " veya "mevcut" şeklinde kodlanan dosyalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Hasta dosyalarındaki kayıtlardan ilk yatışa ait olanlar dikkate alınmıştır. Böylece hastaların teşhis ve çıkış hallerinin tespitinde öğretim üyeleri tarafından onaylanmış bilgilerin esas alınması sağlanmıştır.

Klinik uygulamada da atipik depresyon, atipik eksitasyon, atipik anksiyete gibi şizofreni yerine kullanılan teşhisler ile borderline şizofreni, şizoaffektif şizofreni gibi teşhisler çalışma dışı bırakılmıştır. Hayatının herhangi bir döneminde kafa travması anamnezi olan veya eşzamanlı organik beyin sendromu veya başka bir psikiyatrik teşhis alan hastaların dosyaları çalışma dışı bırakılmıştır. Aranılan bilgilerin eksik olduğu görülen dosyalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Kontrol grubu hastaların dosyaları ardışık (consecutive) bir yöntemle; araştırma grubunu oluşturan hasta dosyasından sonra gelen ilk şizofren hasta dosyalarının seçilmesiyle yapılmıştır. Bu seçim, araştırma grubuna alınmayan fakat semptomları dosya kayıtlarında "mevcut veya şüpheli" diye kodlanan şizofren hasta dosyaları atlanarak yapılmıştır.

Hasta dosyalarından; hastanın yaşı, cinsi, medeni durumu; hastalığın başlama yaşı, hastalığın süresi ve başlama biçimi; hastahanedeki yatış süresi, uygulanan tedavi yöntemi, hastahanedeki çıkış hali, şizofreninin klinik şekli ve obsessif-kompulsif semptomun şiddetine ait bilgiler toplanmıştır.

Obsessif-kompulsif semptomlara göre, hastalarda obsessif-kompulsif semptomların olmadığı durum (1); obsessif semptomların şizofrenik tabloda semptom düzeyinde ise (2); şizofreninin ayırıcı teşhisinde obsessif-kompulsif nörozu dikkate alacak seviyede ise (3); hastalık tablosuna tamamen bu semptomlar hakimse (4) olmak üzere gruplandırılmıştır.

Hastaların medeni durumları evli, bekâr ve dul olmak üzere 3 grupta toplanmıştır. Eşi ölen, boşanmış ve ayrı yaşayanlar dul kategorisine dahil edilmiştir.

Tedaviye cevap özelliği olarak da kabul edilen hastaneden çıkış halleri dört grupta incelenmiştir. 1- Hali ile taburcu, 2- Kısmî düzelme, 3- Düzelme, 4- İleri derecede düzelme.

Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri ise; 1- Sadece nöroleptik (N), 2- Nöroleptik + Antidepressif (NA), 3- Nöroleptik + Elektrokonvulsif Tedavi (NE), 4- Nöroleptik + Antidepressif + Elektrokonvulsif Tedavi (NAE) olmak üzere dört grupta toplanmıştır.

Hastalığın başlama biçimi iki grupta toplanmıştır: Ani ve yavaş. Sinsi başlayan biçimler, yavaş başlama biçimine dahil edilmiştir.

Sonuçların istatistik değerlendirilmesinde χ^2 ; student's t testi; ve ANOVA yöntemleri kullanılmıştır. χ^2 ve student's t testi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Bioistatistik Anabilim Dalı'na; ANOVA yöntemi ise kliniğimiz doktorlarından Uz. Dr. M. Kemal Arıkan tarafından yapılmıştır.

VAK'ALAR

Vaka No.	Cins ⁽¹⁾	Yaş	Medeni Hall ⁽²⁾	Teşhis	Yatış Süresi (Gün)	Tedavi ⁽³⁾	Çıkış Hall ⁽⁴⁾	Hast. Süresi (Ay)	Hast. Başl. Yaşı	Başlama Şekli	OKS ⁽⁵⁾
1	E	30	E	Paranoid	38	NE	2	36	27	Yavaş	1
2	E	42	D	Paranoid	20	N	2	60	37	Yavaş	1
3	E	36	D	Paranoid	28	N	3	168	22	Yavaş	1
4	E	21	B	Şizofreniform	23	NE	2	1	21	Ani	1
5	E	43	E	Şizofreniform	15	NA	3	1	43	Ani	1
6	E	34	B	Paranoid	23	NE	2	48	29	Yavaş	1
7	E	29	B	Paranoid	34	NE	4	156	16	Yavaş	1
8	K	20	B	Paranoid	24	NE	2	11	19	Yavaş	1
9	K	33	B	Paranoid	27	NE	2	36	30	Yavaş	1
10	K	39	E	Belirtilmemiş	22	N	2	12	38	Yavaş	1
11	K	28	B	Şizofreniform	7	N	2	1	28	Ani	1
12	E	15	B	Şizofreniform	31	NAE	3	1	15	Ani	1
13	K	18	E	Şizofreniform	11	N	2	6	18	Yavaş	1
14	E	18	B	Şizofreniform	15	NA	4	2	18	Ani	1
15	K	29	B	Belirtilmemiş	25	NAE	2	72	23	Yavaş	1
16	E	24	B	Rezidüel	17	N	2	72	18	Yavaş	1
17	K	20	E	Şizofreniform	15	NE	3	3	20	Ani	1
18	E	37	E	Belirtilmemiş	34	NE	2	24	35	Yavaş	1
19	E	22	B	Şizofreniform	27	NE	2	1	22	Ani	1
20	E	31	E	Paranoid	17	NAE	2	8	31	Yavaş	1
21	E	24	B	Hebefrenik	26	NE	2	48	20	Yavaş	1
22	K	21	B	Belirtilmemiş	17	NE	4	12	20	Yavaş	1
23	K	20	B	Şizofreniform	32	NE	4	5	20	Yavaş	1
24	E	30	E	Paranoid	20	NE	3	18	28	Ani	1
25	E	22	B	Şizofreniform	20	NE	4	3	22	Yavaş	1
26	K	32	E	Paranoid	35	NE	2	96	24	Ani	1
27	E	24	B	Paranoid	27	NA	1	48	20	Yavaş	1
28	E	23	B	Şizofreniform	26	NE	3	1	23	Ani	1
29	K	22	B	Belirtilmemiş	82	NA	2	12	22	Ani	1
30	K	23	E	Belirtilmemiş	19	NA	2	18	21	Yavaş	1
31	K	27	B	Belirtilmemiş	42	N	3	42	24	Yavaş	1
32	K	35	E	Paranoid	24	N	4	180	20	Yavaş	1

Vaka No.	Cins ⁽¹⁾	Yaş	Medeni Hall ⁽²⁾	Teşhis	Yatış Süresi (Gün)	Tedavi ⁽³⁾	Çıkış Hall ⁽⁴⁾	Hast. Süresi (Ay)	Hast. Başl. Yaşı	Başlama Şekli	OKS ⁽⁵⁾
33	K	33	E	Belirtilmemiş	5	N	3	12	32	Yavaş	1
34	K	40	B	Paranoid	30	N	4	24	38	Yavaş	1
35	E	22	E	Paranoid	9	N	2	48	18	Yavaş	1
36	K	50	B	Rezidüel	14	N	2	360	20	Yavaş	1
37	K	33	E	Paranoid	30	NE	2	10	32	Yavaş	1
38	E	24	B	Belirtilmemiş	11	N	3	48	20	Ani	1
39	K	18	E	Şizofreniform	17	NE	2	1	18	Ani	1
40	E	30	E	Belirtilmemiş	19	NE	4	192	14	Yavaş	1
41	E	22	B	Şizofreniform	18	N	1	4	22	Ani	1
42	K	25	D	Belirtilmemiş	27	NE	3	96	17	Yavaş	1
43	K	22	E	Belirtilmemiş	10	N	3	48	18	Yavaş	1
44	E	23	E	Şizofreniform	14	NE	3	1	23	Ani	1
45	E	24	B	Paranoid	21	NE	2	12	23	Yavaş	1
46	K	19	B	Paranoid	30	NE	3	10	18	Yavaş	1
47	K	24	E	Şizofreniform	24	NAE	2	2	24	Yavaş	1
48	K	21	D	Şizofreniform	35	NE	2	4	21	Yavaş	1
49	E	24	B	Belirtilmemiş	41	N	2	120	14	Yavaş	1
50	K	18	B	Şizofreniform	18	NE	4	2	18	Yavaş	1
51	E	20	B	Şizofreniform	15	NE	2	4	20	Yavaş	1
52	E	25	B	Paranoid	19	N	2	48	21	Yavaş	1
53	K	41	E	Şizofreniform	22	NA	4	2	41	Yavaş	1
54	K	22	D	Paranoid	34	N	3	60	17	Yavaş	1
55	E	23	B	Paranoid	46	N	4	60	18	Yavaş	1
56	K	21	E	Şizofreniform	16	N	4	1	21	Yavaş	1
57	K	16	B	Hebefrenik	14	NE	3	48	12	Yavaş	1
58	E	27	B	Basit	27	NA	2	180	12	Yavaş	1
59	E	18	B	Şizofreniform	33	NE	2	4	18	Yavaş	1
60	K	42	E	Belirtilmemiş	19	NE	2	120	32	Yavaş	1
61	E	25	B	Belirtilmemiş	15	NE	4	12	24	Yavaş	1
62	K	22	E	Belirtilmemiş	34	NE	2	36	19	Ani	1
63	K	42	E	Şizofreniform	17	N	2	1	42	Ani	1
64	E	23	B	Belirtilmemiş	15	NA	2	12	22	Yavaş	1

Vaka No.	Cins ⁽¹⁾	Yaş	Medeni Hall ⁽²⁾	Teşhis	Yatış Süresi (Gün)	Tedavi ⁽³⁾	Çıkış Hall ⁽⁴⁾	Hast. Süresi (Ay)	Hast. Başl. Yaşı	Başlama Şekli	OKS ⁽⁵⁾
65	K	22	B	Belirtilmemiş	29	N	2	12	21	Yavaş	1
66	K	24	D	Paranoid	19	NE	3	48	20	Yavaş	1
67	K	22	B	Şizofreniform	16	NAE	2	5	22	Ani	1
68	K	22	B	Paranoid	8	NA	1	18	20	Yavaş	1
69	K	24	D	Belirtilmemiş	40	NAE	3	18	22	Yavaş	1
70	E	20	B	Belirtilmemiş	48	NA	4	36	17	Yavaş	1
71	E	20	B	Şizofreniform	21	N	3	4	20	Yavaş	1
72	K	25	E	Katatonik	13	NE	3	18	23	Yavaş	1
73	E	28	E	Paranoid	15	N	2	12	27	Yavaş	1
74	E	28	B	Belirtilmemiş	50	NA	3	12	27	Yavaş	1
75	K	36	E	Basit	43	NA	2	24	34	Yavaş	1
76	K	19	B	Rezidüel	26	NE	2	36	16	Ani	1
77	K	30	E	Belirtilmemiş	14	N	2	144	18	Yavaş	1
78	K	32	D	Şizofreniform	30	NA	2	2	32	Ani	1
79	E	20	B	Hebefrenik	46	N	2	12	19	Ani	1
80	K	37	E	Paranoid	39	NAE	3	264	17	Yavaş	1
81	E	33	B	Paranoid	26	NE	3	84	26	Yavaş	1
82	E	20	B	Katatonik	18	NE	3	12	19	Yavaş	1
83	E	23	B	Paranoid	48	N	2	9	22	Yavaş	1
84	K	49	E	Paranoid	17	NE	4	36	46	Yavaş	1
85	E	30	E	Şizofreniform	44	NE	2	2	30	Yavaş	1
86	E	28	D	Belirtilmemiş	31	NE	1	48	24	Yavaş	1
87	K	34	E	Belirtilmemiş	28	NA	2	144	22	Yavaş	1
88	E	54	E	Rezidüel	26	N	1	240	34	Yavaş	1
89	K	22	B	Paranoid	34	NE	2	36	19	Yavaş	1
90	E	33	B	Şizofreniform	32	NE	3	2	33	Yavaş	1
91	K	20	B	Paranoid	22	N	2	12	19	Ani	1
92	K	15	E	Belirtilmemiş	19	N	2	12	14	Yavaş	1
93	E	47	B	Paranoid	20	NE	3	108	38	Yavaş	1
94	K	22	B	Paranoid	36	N	2	24	20	Yavaş	1
95	E	18	B	Basit	31	NE	2	8	17	Yavaş	1
96	E	30	E	Basit	22	N	2	24	28	Yavaş	1

Vaka No.	Cins ⁽¹⁾	Yaş	Medeni Hall ⁽²⁾	Teşhis	Yatış Süresi (Gün)	Tedavi ⁽³⁾	Çıkış Hall ⁽⁴⁾	Hast. Süresi (Ay)	Hast. Başl. Yaşı	Başlama Şekli	OKS ⁽⁵⁾
97	E	30	E	Paranoid	123	NE	2	24	28	Yavaş	1
98	E	32	B	Paranoid	26	N	2	96	24	Yavaş	1
99	E	25	B	Şizofreniform	22	NE	4	2	25	Yavaş	1
100	E	25	B	Belirtilmemiş	31	NAE	2	96	17	Yavaş	1
101	K	17	B	Paranoid	42	NE	3	12	16	Yavaş	1
102	K	35	B	Rezidüel	23	N	2	156	22	Ani	1
103	E	45	B	Paranoid	41	N	3	36	42	Yavaş	1
104	E	27	B	Belirtilmemiş	14	N	2	72	21	Yavaş	1
105	K	41	E	Paranoid	15	NE	3	8	41	Yavaş	1
106	E	29	E	Paranoid	29	NE	2	144	17	Yavaş	1
107	K	27	B	Belirtilmemiş	23	N	2	60	18	Yavaş	1
108	E	34	E	Rezidüel	55	NA	2	72	28	Yavaş	1
109	E	25	B	Paranoid	18	NE	2	120	15	Yavaş	1
110	E	33	B	Rezidüel	20	N	2	60	28	Yavaş	1
111	E	24	B	Katatonik	81	N	2	72	18	Ani	1
112	K	30	E	Belirtilmemiş	19	NE	2	24	28	Yavaş	1
113	K	44	E	Belirtilmemiş	50	N	2	48	40	Yavaş	1
114	E	26	E	Paranoid	22	N	2	48	22	Yavaş	1
115	E	27	B	Paranoid	35	N	2	96	21	Yavaş	1
116	E	47	E	Belirtilmemiş	35	N	3	72	41	Yavaş	1
117	E	17	B	Katatonik	40	NAE	2	24	15	Yavaş	1
118	E	20	B	Şizofreniform	15	N	2	4	20	Yavaş	1
119	E	40	D	Rezidüel	100	NE	3	240	20	Yavaş	1
120	E	21	B	Belirtilmemiş	13	N	2	24	19	Yavaş	1
121	K	16	B	Belirtilmemiş	19	NE	3	12	15	Yavaş	1
122	K	17	B	Belirtilmemiş	17	NE	2	7	17	Yavaş	1
123	K	20	B	Paranoid	39	NE	2	72	14	Yavaş	1
124	K	31	E	Belirtilmemiş	23	NE	2	72	25	Yavaş	1
125	E	30	B	Basit	29	N	2	60	25	Yavaş	1
126	K	18	B	Şizofreniform	6	N	2	2	18	Yavaş	1
127	E	28	B	Rezidüel	21	N	2	120	18	Yavaş	1
128	K	18	B	Şizofreniform	8	NE	3	1	18	Yavaş	1

Vaka No.	Cins ⁽¹⁾	Yaş	Medeni Hall ⁽²⁾	Teşhis	Yatış Süresi (Gün)	Tedavi ⁽³⁾	Çıkış Hall ⁽⁴⁾	Hast. Süresi (Ay)	Hast. Başl. Yaşı	Başlama Şekli	OKS ⁽⁵⁾
129	K	55	E	Rezidüel	22	N	2	108	46	Yavaş	1
130	K	26	E	Paranoid	23	N	4	120	16	Yavaş	1
131	E	19	B	Şizofreniform	23	NA	2	1	19	Yavaş	1
132	E	23	B	Paranoid	33	N	3	72	17	Yavaş	1
133	K	25	E	Rezidüel	17	NE	2	120	14	Yavaş	1
134	E	25	B	Paranoid	17	N	2	72	19	Yavaş	1
135	E	25	B	Şizofreniform	19	NE	3	4	25	Yavaş	1
136	E	14	B	Şizofreniform	64	NE	3	1	14	Ani	1
137	E	30	B	Rezidüel	25	N	2	132	19	Yavaş	1
138	E	26	B	Belirtilmemiş	23	N	2	24	24	Yavaş	1
139	E	40	E	Belirtilmemiş	42	N	2	120	30	Yavaş	1
140	K	34	D	Belirtilmemiş	24	N	2	48	30	Yavaş	1
141	K	30	E	Katatonik	19	NAE	4	132	19	Ani	1
142	E	21	B	Belirtilmemiş	56	NE	2	48	17	Yavaş	1
143	K	27	B	Belirtilmemiş	48	N	2	36	24	Yavaş	1
144	K	40	B	Paranoid	28	NA	4	36	37	Yavaş	1
145	E	28	B	Paranoid	29	N	2	96	21	Yavaş	1
146	K	20	B	Hebefrenik	19	NE	2	24	18	Yavaş	2
147	E	44	B	Paranoid	41	NAE	2	312	18	Yavaş	2
148	E	23	B	Şizofreniform	23	NAE	2	1	23	Ani	2
149	E	21	B	Şizofreniform	36	NE	2	2	21	Ani	2
150	E	31	B	Paranoid	31	N	2	120	21	Yavaş	2
151	K	32	E	Paranoid	42	NA	2	120	22	Yavaş	2
152	K	37	B	Belirtilmemiş	19	NA	3	108	26	Yavaş	2
153	E	20	B	Şizofreniform	32	NA	2	6	20	Yavaş	2
154	K	30	E	Paranoid	40	N	4	12	29	Ani	2
155	E	41	E	Paranoid	23	NE	2	84	34	Yavaş	2
156	K	28	D	Paranoid	33	N	2	48	24	Yavaş	2
157	E	19	B	Belirtilmemiş	7	N	2	36	16	Yavaş	2
158	K	48	E	Paranoid	12	NA	3	72	42	Yavaş	2
159	K	52	E	Paranoid	18	NE	2	324	25	Yavaş	2
160	E	23	B	Basit	21	NE	2	24	21	Yavaş	2

Vaka No.	Cins ⁽¹⁾	Yaş	Medeni Hall ⁽²⁾	Teşhis	Yatış Süresi (Gün)	Tedavi ⁽³⁾	Çıkış Hall ⁽⁴⁾	Hast. Süresi (Ay)	Hast. Başl. Yaşı	Başlama Şekli	OKS ⁽⁵⁾
161	E	33	B	Rezidüel	27	N	2	180	18	Yavaş	2
162	K	25	E	Belirtilmemiş	25	NAE	3	48	21	Yavaş	2
163	K	21	B	Belirtilmemiş	20	NE	2	12	20	Yavaş	2
164	E	39	E	Paranoid	20	N	2	60	34	Yavaş	2
165	K	35	B	Belirtilmemiş	31	N	3	12	34	Yavaş	2
166	K	22	B	Belirtilmemiş	34	N	2	12	24	Yavaş	2
167	K	43	E	Pranoid	7	N	1	36	40	Yavaş	2
168	E	30	B	Belirtilmemiş	40	NA	2	24	28	Yavaş	2
169	K	35	B	Paranoid	20	NE	2	120	25	Ani	2
170	K	18	B	Şizofreniform	50	N	2	4	18	Yavaş	2
171	K	22	B	Şizofreniform	35	NE	4	1	22	Ani	2
172	E	18	B	Şizofreniform	45	NE	3	1	18	Ani	2
173	E	22	B	Belirtilmemiş	34	NE	2	48	18	Yavaş	2
174	K	16	B	Belirtilmemiş	27	NE	3	12	15	Yavaş	2
175	K	23	E	Şizofreniform	16	NE	2	1	23	Ani	2
176	E	20	B	Belirtilmemiş	24	N	2	48	16	Ani	2
177	K	22	B	Hebefrenik	38	NE	3	84	15	Yavaş	2
178	E	28	E	Paranoid	30	NE	2	48	25	Yavaş	2
179	K	24	D	Paranoid	13	N	2	36	21	Ani	2
180	K	32	E	Basit	14	NAE	2	12	32	Yavaş	2
181	K	62	E	Paranoid	19	NE	2	120	52	Yavaş	2
182	E	23	B	Belirtilmemiş	28	NE	3	42	19	Yavaş	2
183	K	37	B	Paranoid	21	NE	2	192	21	Yavaş	2
184	E	27	B	Belirtilmemiş	23	NA	4	24	25	Yavaş	2
185	E	25	B	Paranoid	22	NAE	4	12	24	Yavaş	2
186	E	32	B	Belirtilmemiş	16	N	2	156	19	Ani	2
187	K	20	B	Şizofreniform	16	N	2	1	20	Ani	2
188	E	27	B	Paranoid	20	NE	2	48	23	Ani	2
189	K	47	D	Belirtilmemiş	23	NE	2	424	45	Ani	2
190	E	21	B	Paranoid	30	NE	4	24	19	Yavaş	2
191	K	30	E	Paranoid	33	N	2	36	27	Yavaş	2
192	E	30	B	Paranoid	27	N	3	96	22	Yavaş	2

Vaka No.	Cins ⁽¹⁾	Yaş	Medeni Hall ⁽²⁾	Teşhis	Yatış Süresi (Gün)	Tedavi ⁽³⁾	Çıkış Hall ⁽⁴⁾	Hast. Süresi (Ay)	Hast. Başl. Yaşı	Başlama Şekli	OKS ⁽⁵⁾
193	K	50	D	Paranoid	16	NA	2	180	35	Yavaş	2
194	K	31	B	Basit	26	NAE	4	7	30	Yavaş	2
195	K	33	B	Rezidüel	17	NE	1	156	20	Yavaş	2
196	K	45	E	Paranoid	29	NA	2	12	44	Yavaş	2
197	K	25	B	Paranoid	28	NA	3	84	16	Yavaş	2
198	E	30	B	Hebefrenik	21	N	3	96	22	Yavaş	2
199	K	39	B	Şizofreniform	26	N	3	1	39	Ani	2
200	K	30	E	Belirtilmemiş	25	NE	4	24	28	Yavaş	2
201	E	31	B	Katatonik	24	NE	2	132	20	Ani	2
202	K	46	E	Paranoid	14	NE	1	24	44	Yavaş	2
203	K	44	E	Paranoid	21	N	2	60	39	Yavaş	2
204	E	28	E	Belirtilmemiş	13	N	4	96	20	Yavaş	2
205	E	15	B	Şizofreniform	26	NA	2	6	15	Yavaş	2
206	E	16	B	Belirtilmemiş	22	N	2	10	16	Ani	2
207	K	42	E	Şizofreniform	30	N	2	1	42	Yavaş	2
208	K	19	B	Paranoid	58	NE	4	24	17	Yavaş	2
209	E	24	B	Belirtilmemiş	19	NAE	2	12	23	Yavaş	3
210	K	23	B	Paranoid	24	NAE	2	60	18	Yavaş	3
211	E	19	B	Şizofreniform	24	NE	2	1	19	Ani	3
212	K	31	E	Paranoid	58	NAE	3	240	11	Yavaş	3
213	K	29	B	Şizofreniform	29	NA	4	5	29	Ani	3
214	E	21	B	Belirtilmemiş	24	NA	3	24	19	Yavaş	3
215	E	21	B	Şizofreniform	46	NE	2	1	21	Ani	3
216	E	41	E	Rezidüel	44	N	1	132	30	Yavaş	3
217	E	23	B	Şizofreniform	13	N	2	2	23	Ani	3
218	E	17	B	Şizofreniform	14	NA	2	5	17	Ani	3
219	E	33	B	Şizofreniform	28	N	2	3	33	Ani	3
220	E	18	B	Psikastenik	24	NE	2	36	15	Yavaş	3
221	E	28	D	Psikastenik	20	NA	2	180	13	Yavaş	3
222	K	27	B	Basit	16	N	3	24	25	Yavaş	3
223	E	31	E	Belirtilmemiş	14	NA	2	12	30	Yavaş	3
224	E	28	B	Paranoid	30	NE	2	18	26	Ani	3

Vaka No.	Cins ⁽¹⁾	Yaş	Medeni Hall ⁽²⁾	Teşhis	Yatış Süresi (Gün)	Tedavi ⁽³⁾	Çıkış Hall ⁽⁴⁾	Hast. Süresi (Ay)	Hast. Başl. Yaşı	Başlama Şekli	OKS ⁽⁵⁾
225	K	16	B	Şizofreniform	25	NA	4	2	16	Ani	3
226	E	26	B	Paranoid	44	N	2	12	25	Ani	3
227	E	30	B	Paranoid	24	N	2	120	20	Yavaş	3
228	E	31	B	Paranoid	105	N	3	7	31	Yavaş	3
229	K	54	B	Paranoid	30	N	3	84	47	Yavaş	3
230	E	18	E	Paranoid	16	NE	2	24	16	Yavaş	3
231	E	29	E	Psikastenik	43	NA	2	36	26	Yavaş	3
232	K	47	B	Belirtilmemiş	16	NA	3	252	26	Ani	3
233	E	18	B	Belirtilmemiş	22	NE	3	24	20	Yavaş	3
234	K	16	B	Psikastenik	13	NA	1	24	14	Yavaş	3
235	K	23	B	Psikastenik	14	NA	2	84	16	Ani	3
236	E	33	B	Paranoid	18	NE	2	48	29	Yavaş	3
237	E	33	B	Paranoid	18	NE	2	48	29	Yavaş	3
238	K	16	B	Belirtilmemiş	18	NE	2	36	13	Yavaş	3
239	K	29	E	Belirtilmemiş	17	NAE	2	24	27	Yavaş	3
240	E	57	B	Rezidüel	28	N	3	324	26	Yavaş	3
241	K	31	E	Basit	117	N	2	192	15	Ani	3
242	E	19	B	Şizofreniform	44	NAE	4	2	19	Ani	3
243	E	35	E	Paranoid	45	N	4	48	31	Yavaş	3
244	E	27	B	Paranoid	60	NE	3	36	24	Yavaş	3
245	E	31	B	Paranoid	38	N	2	120	20	Yavaş	3
246	E	26	B	Psikastenik	32	NA	2	84	19	Yavaş	3
247	E	33	B	Paranoid	16	N	4	48	29	Yavaş	3
248	E	19	B	Basit	27	NE	3	24	17	Yavaş	3
249	K	23	B	Basit	14	N	2	12	22	Yavaş	3
250	E	45	E	Paranoid	37	NAE	2	156	32	Yavaş	3
251	K	21	B	Psikastenik	27	NE	2	24	19	Ani	3
252	K	36	E	Psikastenik	30	NAE	2	12	35	Ani	3
253	E	23	D	Paranoid	40	NE	2	7	22	Yavaş	3
254	E	23	E	Şizofreniform	19	NE	2	1	23	Ani	3
255	K	19	B	Basit	24	NA	2	12	18	Yavaş	3
256	K	32	E	Belirtilmemiş	30	NA	2	24	30	Yavaş	4

Vaka No.	Cins ⁽¹⁾	Yaş	Medeni Hall ⁽²⁾	Teşhis	Yatış Süresi (Gün)	Tedavi ⁽³⁾	Çıkış Hall ⁽⁴⁾	Hast. Süresi (Ay)	Hast. Başl. Yaşı	Başlama Şekli	OKS ⁽⁵⁾
257	E	25	E	Psikastenik	30	NA	2	36	22	Yavaş	4
258	K	19	B	Belirtilmemiş	46	N	2	48	15	Yavaş	4
259	E	21	B	Şizofreniform	16	NA	2	5	23	Yavaş	4
260	E	44	E	Psikastenik	30	NA	2	9	43	Ani	4
261	K	22	B	Psikastenik	51	NAE	2	72	16	Yavaş	4
262	E	22	B	Belirtilmemiş	29	NA	2	120	12	Yavaş	4
263	E	30	E	Psikastenik	34	NA	3	180	15	Ani	4
264	E	21	B	Psikastenik	15	NAE	2	24	19	Ani	4
265	E	25	B	Paranoid	19	N	3	36	22	Yavaş	4
266	K	25	E	Psikastenik	73	NAE	3	12	24	Yavaş	4
267	K	31	E	Paranoid	14	NE	2	252	10	Yavaş	4
268	K	17	B	Psikastenik	29	NAE	2	36	14	Yavaş	4
269	K	28	E	Şizofreniform	19	NAE	4	6	28	Yavaş	4
270	K	25	B	Psikastenik	17	NA	2	60	20	Yavaş	4
271	K	30	E	Belirtilmemiş	52	NAE	2	144	18	Yavaş	4
272	K	26	B	Psikastenik	22	NAE	3	48	22	Yavaş	4
273	E	22	B	Psikastenik	25	NAE	3	24	20	Yavaş	4
274	E	30	E	Psikastenik	10	N	1	60	25	Yavaş	4
275	E	23	B	Paranoid	20	N	2	60	18	Ani	4
276	E	40	E	Psikastenik	39	NE	2	12	39	Ani	4
277	E	26	B	Psikastenik	8	NAE	4	12	25	Yavaş	4
278	K	24	B	Paranoid	13	NAE	2	24	22	Yavaş	4
279	E	24	B	Psikastenik	33	NA	2	36	21	Ani	4
280	E	22	B	Paranoid	21	NAE	2	36	19	Yavaş	4
281	K	58	E	Psikastenik	18	NA	2	528	14	Ani	4
282	E	31	E	Psikastenik	48	NE	2	8	30	Yavaş	4
283	K	54	D	Belirtilmemiş	43	NA	2	72	48	Yavaş	4
284	E	18	B	Şizofreniform	15	NE	2	3	15	Ani	4
285	E	20	B	Paranoid	14	N	1	72	14	Yavaş	4
286	K	38	D	Belirtilmemiş	23	NA	2	144	26	Ani	4
287	K	18	B	Belirtilmemiş	11	N	2	24	16	Yavaş	4
288	E	31	E	Psikastenik	21	NA	2	156	18	Yavaş	4

Vaka No.	Cins ⁽¹⁾	Yaş	Medeni Hall ⁽²⁾	Teşhis	Yatış Süresi (Gün)	Tedavi ⁽³⁾	Çıkış Hall ⁽⁴⁾	Hast. Süresi (Ay)	Hast. Başl. Yaşı	Başlama Şekli	OKS ⁽⁵⁾
289	E	47	E	Paranoid	31	N	2	96	39	Yavaş	4
290	K	24	B	Şizofreniform	27	NE	4	6	24	Yavaş	4
291	K	25	B	Basit	16	N	2	48	21	Ani	4
292	E	35	E	Psikastenik	25	NAE	2	48	31	yavaş	4
293	E	25	B	Psikastenik	20	NAE	2	84	18	Yavaş	4

(¹) E, erkek; K, kadın

(²) E, evli; B, bekâr; D, dul

(³) N,Nöroleptik; A,Antidepressif; E, elektrokonvulsif tedavi

(⁴) 1, Hali ile; 2,Kısmi Düzelme; 3,Düzelme ;4,İleri Derecede Düzelme ile taburcu

(⁵) Obsessif-Kompulsif Semptomlar: 1, Yok; 2,3,4 semptomların şiddeti

BULGULAR

Çalışma materyalimizi toplam 293 şizofren hasta oluşturmaktadır. Bu hastaların 148'i obsesif-kompulsif semptomlu olup araştırma grubunu, geriye kalan ve obsesif-kompulsif semptomsuz 145 şizofren hasta da kontrol grubunu oluşturmaktadır.

Tablo 1: Hastaların cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	ARAŞTIRMA GR.		KONTROL GR.		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	70	% 47.30	69	% 47.58	139	% 47.44
Erkek	78	% 52.70	76	% 52.42	154	% 52.56
Toplam	148	% 100	145	% 100	293	% 100

Araştırma ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından gruplar arasında istatistiki anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 2: Hastaların medeni durumları

Medeni Durum	ARAŞTIRMA GR.		KONTROL GR.		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bekâr	95	% 64.19	85	% 58.62	180	% 61.43
Evli	45	% 30.41	49	% 33.79	94	% 32.08
Dul	8	% 5.40	11	% 7.59	19	% 6.49
Toplam	148	% 100	145	% 100	293	% 100

Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2=1.17, p>0.05$)

Tablo 3: Hastaların yaş grupları

YAŞ GRUPLARI	ARAŞTIRMA GR.		KONTROL GR.		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
14 yaş	0	-	1	% 0.69	1	% 0.34
15 - 19 yaş	22	% 14.86	18	% 12.41	40	% 13.65
20 - 24 yaş	36	% 24.32	47	% 32.41	83	% 28.33
25 - 29 yaş	26	% 17.57	28	% 19.31	54	% 18.43
30 - 34 yaş	32	% 21.62	26	% 17.93	58	% 19.80
35 - 39 yaş	10	% 6.76	7	% 4.83	17	% 5.80
40 - 44 yaş	8	% 5.40	11	% 7.59	19	% 6.48
45 yaş ve üstü	14	% 9.46	7	% 4.83	21	% 7.17
Toplam	148	% 100	145	% 100	293	% 100

Araştırma grubunda yaş ortalaması 29.00 ± 9.78 ; kontrol grubunda yaş ortalaması 27.48 ± 8.44 yıl olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur. ($t=1.42$, $p>0.05$)

Her iki grupta, yaş grupları arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($\chi^2=6.86$, $p>0.05$) Hastaların yaklaşık % 80'si 35 yaşının altında bulunmaktadır.

Tablo 4: Hastaların, şizofreninin klinik şekillerine göre dağılımı

TEŞHİS	ARAŞTIRMA GR.		KONTROL GR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Paranoid	49	% 33.11	46	% 31.72	95	% 32.42
Katatonik	1	% 0.68	5	% 3.45	6	% 2.05
Hebefrenik	3	% 2.03	3	% 2.69	6	% 2.05
Basit	9	% 6.01	5	% 3.45	14	% 4.78
Psikastenik	27	% 18.24	0	-	27	% 9.22
Şizofreniform	23	% 15.54	34	% 23.45	57	% 19.45
Rezidüel	4	% 2.70	12	% 8.27	16	% 5.46
Belirtilmemiş	32	% 22.07	40	% 27.59	72	% 24.57
Toplam	148	% 100	145	% 100	293	% 100

Toplam 293 şizofrenik hastanın yaklaşık olarak % 25'inde klinik şekil belirtilmemiştir. Geri kalan hastaların klinik şekillerine göre dağılımı yaklaşık olarak; paranoid tip şizofreni % 32, şizofreniform şizofreni % 19, psikastenik tip şizofreni % 9, Basit tip % 5, Rezidüel tip % 6, Katatonik tip % 2, Hebefrenik tip % 2 olarak bulunmuştur.

Tablo 5: Hastalığın başlama yaşı

YAŞ GRUPLARI	ARAŞTIRMA GR.		KONTROL GR.		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
14 yaş	9	% 6.08	8	% 5.51	17	% 5.80
15 - 19 yaş	42	% 28.38	45	% 31.03	87	% 29.69
20 - 24 yaş	42	% 28.38	49	% 33.79	91	% 31.05
25 - 29 yaş	24	% 16.21	17	% 11.72	41	% 14.00
30 - 34 yaş	15	% 10.14	12	% 8.28	27	% 9.22
35 - 39 yaş	6	% 4.05	5	% 3.45	11	% 3.75
40 - 44 yaş	6	% 4.05	7	% 4.82	13	% 4.44
45 yaş ve üstü	4	% 2.70	2	% 1.38	6	% 2.05
Toplam	148	% 100	145	% 100	293	% 100

Araştırma grubunda, hastalığın başlama yaşı ortalaması 23.87 ± 8.3 ; kontrol grubunda ise 23.23 ± 7.44 yıl olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. ($t=0.69$, $p>0.05$) Araştırma ve kontrol grupları arasında yaş grupları arasında da istatistikî olarak anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2=3.03$, $p>0.05$) Toplam 293 şizofren hastanın yaklaşık % 92'sinde hastalık 15-45 yaş arasında başlamıştır. 15 yaşından önce başlama oranı yaklaşık % 6 ; 45 yaşından sonra ise bu oran % 2 civarındadır.

Tablo 6: Hastalığın süresi

Süre	ARAŞTIRMA GR.		KONTROL GR.		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
→ 6 ay	24	% 16.22	34	% 23.45	58	% 19.80
7 - 12 ay	23	% 15.54	24	% 16.55	47	% 16.04
13 - 24 ay	22	% 14.86	15	% 10.35	37	% 12.63
25 - 60 ay	34	% 22.97	31	% 21.38	65	% 22.19
61 - 120 ay	23	% 15.54	26	% 17.93	49	% 16.72
121 - 180 ay	12	% 8.01	10	% 6.90	22	% 7.51
181 - 240 ay	3	% 2.02	3	% 2.07	6	% 2.05
241 ay ve üstü	7	% 4.73	2	% 1.38	9	% 3.07
Toplam	148	% 100	145	% 100	293	% 100

Araştırma ve kontrol grubu hastalar arasında, hastalığın süresi açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($\chi^2=16.26$, $p>0.05$) Araştırma grubunda, hastalığın ortalaması 50.86 ± 60.59 ay, kontrol grubunda 64.35 ± 83.39 aydır. Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. ($t=1.58$, $p>0.05$)

Tablo 7: Şizofrenik sendromun başlama biçimi

BAŞLAMA BİÇİMİ	ARAŞTIRMA GR.		KONTROL GR.		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ani	44	% 29.73	26	% 17.93	70	% 23.88
Yavaş	104	% 70.27	119	% 82.07	223	% 76.12
Toplam	148	% 100	145	% 100	293	% 100

Araştırma ve kontrol grubu arasında, hastalığın başlama biçimi açısından istatistikî olarak bir fark vardır. ($\chi^2=4.97$, $p<0.05$, $p=0.026$) Araştırma grubunda ani başlangıç nispeten fazla iken, kontrol grubunda nispi olarak yavaş (ve sinsi) başlangıç daha fazla bulunmuştur.

Tablo 8: Yatış süresi

Süre	ARAŞTIRMA		KONTROL		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
→ 10 gün	4	% 2.70	7	% 4.83	11	% 3.75
11 - 15 gün	17	% 11.49	18	% 12.41	35	% 11.95
16 - 20 gün	31	% 20.95	30	% 20.69	61	% 20.82
21 - 25 gün	28	% 18.92	24	% 16.55	52	% 17.75
26 - 30 gün	26	% 17.57	22	% 15.17	48	% 15.36
31 - 45 gün	30	% 20.27	30	% 20.69	60	% 20.47
46 gün ve üstü	12	% 8.10	14	% 9.66	26	% 8.87
Toplam	148	% 100	145	% 100	293	% 100

Hastahane de ortalama yatış süresi, araştırma grubunda 27.64 ± 15.11 gün; kontrol grubunda ise 27.57 ± 16.23 gün olarak bulunmuştur. İki grubun ortalama yatış süreleri açısından anlamlı bir fark yoktur. ($t=0.03$, $p>0.05$) Hastaların yatış sürelerini gruplandırarak yapılan incelemede, her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($\chi^2=1.63$, $p>0.05$) Hastaların, yaklaşık % 71'i 30 günden daha kısa süre hastahane de yatdığı anlaşılmaktadır. 45 günden daha fazla yatan hastaların oranı yaklaşık % 9'dur.

Tablo 9: Tedavi yöntemleri

Tedavi	ARAŞTIRMA GR		KONTROL GR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Nöroleptik	44	% 29.73	58	% 40.00	102	% 34.81
Nöroleptik + Antidepressif	33	% 22.30	17	% 11.72	50	% 17.06
Nöroleptik + ECT	45	% 30.40	60	% 41.38	105	% 35.84
Nöroleptik + Antidepressif + ECT	26	% 17.57	10	% 6.90	36	% 12.29
Toplam	148	% 100	145	% 100	293	% 100

Araştırma grubu ile kontrol grubu arasında, uygulanan tedavi çeşidi açısından ileri derecede bir fark vardır. ($p < 0.0001$, $\chi^2 = 16.26$). Nöroleptik ve Nöroleptik + ECT tedavisine antidepressif ilavesi araştırma grubunda daha fazladır. Antidepressif ilaç bulunan kombinasyon araştırma grubunda % 30 civarında iken, kontrol grubunda % 18 civarında bulunmaktadır. Kontrol grubunda yalnız nöroleptik kullanımı % 40 iken, araştırma grubunda % 30 civarında bulunmuştur.

Tablo 10: Hastahanedeki çıkış durumu

Çıkış Hali	ARAŞTIRMA		KONTROL		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hali ile	7	% 4.73	5	% 3.45	12	% 4.10
Kısmî Düzelmeye	97	% 65.54	86	% 59.31	183	% 62.46
Düzelmeye	27	% 18.24	35	% 24.14	62	% 21.16
İleri Derecede Düzelmeye	17	% 11.49	19	% 13.10	36	% 12.29
Toplam	148	% 100	145	% 100	293	% 100

Kontrol ve araştırma grubu arasında, hastahanedeki çıkış durumu (tedaviye cevap) açısından istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($\chi^2=2.11$, $p>0.05$). Hali ile taburcu edilen hastaların oranı, genel toplam şizofren hastalara göre % 4 civarında iken; ileri derecede düzelmeye gösteren hastaların oranı % 12 civarında bulunmuştur. Hastaların ekseriyeti, kısmî düzelmeye hali ile (%62) taburcu edilmiştir.

Çalışma materyalini oluşturan 293 şizofrenik hasta, obsesif-kompulsif semptomların şiddetine göre dört gruba ayrılarak incelenmiştir. Obsesif-kompulsif semptomların yokluğunda (1); varlığında ise (2, 3, 4) gibi sayısal değerler verilerek, ANOVA yöntemi ile yapılan analizler sonucunda: Hastanın cinsi, yaşı, medeni hali; hastalığın başlama yaşı, süresi, biçimi; hastahanedeki yatış süresi, çıkış hali ve şizofreninin klinik şekilleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Her bir parametre diğer parametrelerle teker teker karşılaştırılarak yapılan bu analizde, herbir değişken için ($p>0.01$) bulunmuştur.

TARTIŞMA

Araştırma grubunda yaş ortalaması 29.00 ± 9.78 yıl; kontrol grubunda yaş ortalaması 27.48 ± 8.44 yıl olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ($t=1.42$ $p>0.05$). Bulunan sonuçlar, Tosun (1984)'un bildirdiği (28.10 ± 9.24 yıl) sonuçlarla ileri derecede benzerlik göstermektedir (25).

Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; 25 yaşın altında bulunan hastalar araştırma grubunda % 39, kontrol grubunda % 46; 35 yaşın altındakiler araştırma grubunda % 78, kontrol grubunda % 83; 45 yaşın altındaki hastalar araştırma grubunda % 91, kontrol grubunda ise % 95 oranında olduğu görülmektedir. Hastaların en yüksek oranda 20-24 yaş grubunda olduğu görülmektedir; araştırma grubunda % 24, kontrol grubunda % 32'dir. 25-34 yaş diliminde bu oranlar araştırma grubunda % 39, kontrol grubunda % 37'dir. 35-44 yaş diliminde her iki grupta oranlar hemen hemen aynıdır (% 12) (Tablo 3). Araştırma grubu ile kontrol grubu hastaların yaş dilimlerine göre karşılaştırılmasında, gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamasına rağmen; Tablo 3'ün incelenmesinde görülebileceği gibi, araştırma grubu hastaların nispi olarak daha yüksek yaş dilimlerine kaydığı görülmektedir. ($\chi^2= 6.86$, $p>0.05$) Obsessif-kompulsif semptomlu hastalar 45 yaş ve üstü grupta daha fazla yığılma eğilimi göstermektedir. Toplam 293 şizofren hastanın yaklaşık % 93'ü 45 yaşın altındadır. Bu neticeler literatürle uyumludur (25,28,29,33,65).

Çalışma materyalimizi oluşturan toplam 293 hastanın 139'u (% 47.4) kadın, 154'ü (% 52.6) erkektir. Araştırma grubunda % 47.3 kadın, % 52.7 erkek hasta bulunur-

ken; kontrol grubunda % 47.6 kadın, % 52.4 erkek bulunmaktadır (Tablo 1). Araştırma ve kontrol grubu arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Bu bulgular şizofreninin kabaca her iki cinsten eşit oranda görüldüğünü bildiren literatür ile uyumludur (28,30). Tosun (1984) tarafından bildirilen sonuçlardan (kadın % 44.1, erkek % 55.1) biraz farklıdır (25). Bu durum kadınların toplum içindeki rolü ve kadınların tedavi ettirilmesindeki tutum değişikliğinin yansıması olabilir. Obsessif-kompulsif semptomların her iki cinsten eşit oranda görüldüğünü bildiren literatür ışığında beklenen bir sonuçtur. (29,48,49)

Araştırma grubunda % 64.2 bekâr, % 35.4 evli, % 5.4 dul hasta varken kontrol grubunda bekâr % 58.6; evli % 32.1; dul % 7.6 oranında bulunmaktadır. Araştırma ve kontrol grupları arasında medeni durum bakımından istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2= 1.17, p>0.05$) (Tablo 2). Bu bulgular şizofren hastaların bekâr ve dul (veya boşanmış) olmaya eğilimli olduklarını bildiren literatürle uygunluk göstermektedir (25,26,29,30,49)

Çalışma materyalimizi oluşturan 293 hastanın 72'sinde (% 25) şizofreninin klinik şekli belirtilmemiştir; bu durum araştırma grubunda 32 hasta (% 22), kontrol grubunda 40 hasta (% 28)'dir. Tablo 4'ün incelenmesinde; en fazla paranoid tip şizofreninin görüldüğü (araştırma grubunda % 33, kontrol grubunda % 32) anlaşılmaktadır. Sıklıkta; ikinci olarak şizofreniform tip görülmektedir; araştırma grubunda % 16; kontrol grubunda % 23 oranında. Hebefrenik tip her iki grupta hemen hemen aynı oranda görülürken, katatonik tip araştırma grubunda % 0.68; kontrol grubunda % 3.45 oranında bulunmaktadır. kontrol grubunda % 3 civarında basit tip varken araştırma grubunda bu oran % 6 civarındadır. Rezidüel tip araştırma grubunda (% 3) kontrol grubuna göre (% 9) daha düşük oranda bulunmaktadır.

Obsessif-kompulsif semptomların her tür şizofrenik tabloda bulunabileceğini bildiren literatürle uyumludur (45). Daha çok katatonik ve paranoid formların ortaya çıkacağını ileri süren literatürü desteklememektedir (48). Bu durum nöroleptiklerin tedaviye girmesi ile katatonik ve hebefrenik tip şizofrenlerin oranının azaldığını ve paranoid tip şizofreninin arttığını bildiren yayınlar ışığında değerlendirildiğinde; sonuçlar beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir(31).

Araştırma grubunda hastalığın başlama yaşı ortalaması 23.87 ± 8.3 yaş; kontrol grubunda ise 23.23 ± 7.44 yaş olarak bulunmuştur. Her iki grupta hastalığın başlama yaşı

birbirine benzemektedir ($t=0.69$, $p>0.05$). Toplam 293 şizofren hastanın yaklaşık % 98'inde hastalık 45 yaşından önce başlamıştır; 15 yaşından önce hastalığı başlayanların oranı yaklaşık % 6'dır. Hastalığın başlama yaşının, yaş dilimlerine göre dağılımı incelendiğinde; araştırma grubu hastalarının, kontrol grubu hastalarına göre hafifçe daha ileri yaşlarda görüldüğü intibaini vermektedir. Fakat gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($\chi^2=3.03$, $p>0.05$). Yaş dilimlerine göre dağılım 15-24 yaş diliminde; araştırma grubunda % 58; kontrol grubunda % 65'dir. 25-34 yaş diliminde; araştırma grubunda % 26; kontrol grubunda % 20 iken; 35-44 yaş diliminde her iki grupta da yaklaşık olarak % 8'dir. 45 yaş ve üstü grup araştırma grubunda % 3, kontrol grubunda % 1 dolayındadır (Tablo 5). Hastalığın, % 90 oranında 35 yaşından önce başladığı görülmektedir. Bu bulgular literatür verileri ile uyumludur. (25,26,28-34).

Hastalığın süresi araştırma grubunda 50.86 ± 60.69 ay; kontrol grubunda 64.35 grupları arasında hastalık süresi ortalamaları açısından istatistikî olarak anlamlı bir fark yoktur ($t=1.58$, $p>0.05$).

Hastalık sürelerinin gruplandırılarak yapılan incelemesinde (Tablo 6); yaklaşık olarak araştırma grubunda 6 ay ve daha az süreden beri hasta olan şizofrenlerin oranı (% 16), kontrol grubuna (% 23) göre daha az orandadır. 7-24 ay arasındaki süreden beri hasta olanlar araştırma grubunda % 31; kontrol grubunda % 27 oranındadır. 25 ay ve daha uzun süre hasta olanlar araştırma grubunda % 53; kontrol grubunda ise % 50'dir. Tedavi görmüş şizofren hastaların kabaca % 20'si akut; % 30'u subkronik; % 50'si de kronik dönemde bulunmaktadır.

Hastalığın başlangıç biçimi araştırma grubunda % 30 oranında "ani", % 70 oranında yavaş başlangıç gösterirken kontrol grubunda ani başlangıç % 18, yavaş başlangıç % 82 civarındadır (Tablo 7). Gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark vardır ($\chi^2=4.97$, $p<0.05$). Araştırma grubunda ani başlangıç şeklinin daha çok görüldüğü anlaşılmaktadır. Bu veriler, obsessif-kompulsif fenomenlerin veya semptomların hastalık sürecinde kompanse edici rol oynadığı görüşüne zayıf bir destek verir(14,15,24,45). Hastalığın başlama yaşı göz önüne alındığında ani başlangıç biçiminin kontrol grubunda daha çok görülmesi beklenir. Bu durum, hastalığın geciktirilmesi yanında savunmalar yetersiz kaldığında tablolar daha ani olarak başladığı şeklinde yorumlanabilir.

Şizofren hastaların hastahanedeki ortalama yatış süreleri; araştırma grubunda 27.57 ± 16.23 gündür. İki grubun ortalama yatış süreleri arasında fark görülmemektedir

($t=0.03$, $p>0.05$).Tosun(1984) tarafından bildirilen ortalama hastahanedeki yatış süresi 23.72 ± 13.63 gündür (25) .

Hastaların yatış süresinin dilimlere ayrılarak incelendiği Tablo 8'de görüldüğü gibi; toplam 293 şizofren hastanın % 4'ü 10 gün ve daha az; % 9'u 46 gün ve daha fazla; % 87'sinin 11-45 gün arasında hastahanedeki yatış süresi anlaşılmaktadır. Hastaların en çok 16-20 gün (% 21) ve 31-45 gün (% 20) dilimlerinde hastahanedeki yatış süresi görülmektedir. Hastaların ekseriyeti (% 70) 30 gün ve daha az süre ile hastahanedeki yatmaktadır. Hastaların yatış sürelerinin dilimlere ayrılarak yapılan karşılaştırılmalarında; iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2=1.63$, $p>0.05$).Bu neticeler,kliniğimizde 1967-1982 yılları arasındaki sürede tedavi görmüş bulunan hastaların oranlarına benzemektedir.

Hastalara uygulanan tedavi yöntemlerinin dağılımını gösteren Tablo 9 inceleme (Elektrokonvulsif tedavi)'nin kullanıldığı dikkat çekmektedir. İkinci olarak dikkat çekici özellik ise araştırma grubunda % 40 oranında tedaviye antidepresif ilave edilirken kontrol grubunda bu oranın % 19 olmasıdır. Üçüncü özellik kontrol grubunda sadece nöroleptik tedavisi gören hastaların (% 40), kontrol grubuna (% 30) göre daha yüksek oranda oluşudur. Yapılan istatistikî analizde araştırma grubu ile kontrol grubu arasında ileri derecede anlamlı bir fark vardır ($p<0.0001$, $\chi^2=16.26$). Nöroleptik + Antidepresif kombinasyonu ile tedavi edilen şizofrenler araştırma grubunda % 22, kontrol grubunda % 12 civarındadır. Nöroleptik + Antidepresif + ECT kombinasyonu araştırma grubunda % 18, kontrol grubunda % 7 iken; Nöroleptik + ECT tedavi modalitesi araştırma grubunda % 30; kontrol grubunda % 41'dir. Araştırma ve kontrol grubu arasında ECT kullanımını açısından anlamlı bir fark yoktur; ortalama % 48 civarında hastalara ECT uygulanmaktadır. Bu veriler Tosun (1984)'un bildirdiği sonuçlarla uyumludur (25).Başka çalışmalarda, psikiyatride tedavide sağlanan ilerlemelerle, hastahanedeki kalma sürelerinin kısalmasına rağmen hastahaneye yatış sayılarında artma olduğu bildirilmektedir(65)

Araştırma grubu şizofrenlerin % 4.7 hali ile; % 65.5'i kısmî düzelme; % 18.2'si düzelme hali ile taburcu edildiği görülmektedir. Kontrol grubu hastalarda ise; hali ile % 3.5, kısmî düzelme % 59.3, düzelme % 24.1, ileri derecede düzelme % 13.1 oranındadır. Kontrol ve araştırma grubu arasında, hastahanedeki çıkış durumu açısından istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2=2.11$, $p>0.05$).Bu bulgular,Tosun tarafından tesbit edilen çıkış halleri oranları ile oldukça farklıdır: Hali ile % 9.1 ; kısmi düzelme %39.7 ; düzelme % 37.7 ;ileri derecede düzelme %13.5 oranındadır (25). Bunun se-

bebi, hastahaneden taburcu olan şizofren hastaların klinik olarak değerlendirmesinde tutum değişikliği olabilir.

Hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu; hastahane de yatış süresi; hastalığın başlama yaşı, hastalığın süresi, hastalığın başlama biçimi, ve araştırma grubundaki şizofrenlerdeki obsessif-kompulsif semptomların şiddeti ile hastahanedен çıkış durumları arasında herbir parametrenin diğerleri ile karşılaştırılmasında, gruplar arasında anlamlı bir istatistik netice elde edilememiştir ($p>0.01$).



SONUÇ

Obsessif-kompulsif semptomlu şizofren hastaların yaş ortalamalarının, cinsiyet dağılımı ve medeni durumlarının diğer şizofren hastalardan farklı olmadıkları görülmüştür. (Tablo 1, 2, 3)

Obsessif-kompulsif semptomların şizofreninin her tür klinik şeklinde görüldüğü tespit edilmiştir (Tablo 4). Bu bulgular şizofreninin her tür klinik formunda obsessif-kompulsif fenomenlerin görülebileceğini bildiren literatürle uyumludur (45).

Toplam 293 şizofren hastanın kabaca % 98'inde hastalığın 45 yaşından önce; % 6'sında da 15 yaşından önce başladığı tespit edilmiştir. Bulgularımız şizofreninin 15-45 yaşlarında başladığını ileri süren literatürleri desteklemektedir (29,49,65). Obsessif-kompulsif semptomlu şizofrenlerde hastalığın başlama yaş ortalaması ve yaş gruplarına dağılımı, kontrol grubu şizofrenlerinkine benzemektedir. Bu bulgu, obsessif-kompulsif fenomenlerin şizofreninin başlamasını geciktirdiğini ileri süren literatüre gerekli desteği vermemektedir (1,12,14,15,24,48).

Obsessif-kompulsif semptomlu şizofren hastalarda, hastalık süresi ortalaması (50.86 ± 60.69 ay) kontrol grubundan (64.35 ± 83.83 ay) daha düşük süreli ve araştırma grubundaki subkronik (% 31) ve kronik (% 53) hastaların kontrol grubuna (% 27 subkronik, % 50 kronik) göre daha fazla bulunduğu görülmüştür. Bu bulgular, hastahane yatışın obsessif-kompulsif semptomlu şizofrenlerin kronikleşme döneminde daha fazla olduğunu gösterir. Bu veriler, obsessif-kompulsif fenomenlerin şizofrenlerde kötü prognoz kriteri olduğunu bildiren literatüre kısmî destek şeklinde yorumlanabilir (9,14,46).

Hastalığın başlangıç biçiminde obsessif-kompulsif semptomlu hasta grubunda "ani" başlangıcın (% 30) kontrol grubundan (% 18) fazla olması; obsessif-kompulsif semptomların şizofreninin ortaya çıkışını geciktirdiği ve kompanse edici bir rol oynadığını bildiren yayınlara istinaden(1,14,15,17,24,45,48); savunmaların yetersiz kaldığı durumlarda dekompanseasyonun şiddetli ve ani olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Obsessif-kompulsif semptomlu şizofrenlerin hastahane yatış süreleri ve hastaneden çıkış durumları kontrol grubu şizofren hastalardan farksız bulunmasına rağmen hastalara uygulanan tedavi yöntemleri gruplar arasında oldukça farklılık göstermiştir. Bu durum kliniğimizde "hastalık yoktur hasta vardır" ilkesine göre tedavi yapıldığını göstermektedir.Çalışma materyalimizi oluşturan 293 şizofren hastanın hepsinin nöroleptik tedavisi alırken; yaklaşık yarısına (% 48) ECT tedavisi de uygulandığı görülmektedir. Şizofren hastaların tedavisine antidepresif ilavesi obsessif-kompulsif semptomlu grupta (% 40), kontrol grubunun (% 19) yaklaşık iki katı olduğu görülmektedir. Bulgularımız şizofrenide antidepresif kullanım oranları ile uyumludur (52).Obsessif-kompulsif semptomu olan şizofrenlerde sadece nöroleptik tedavi görenlerin oranı % 30 iken, bu oran diğerlerinde % 40 dır.

Netice olarak obsessif-kompulsif semptomlu şizofren hastaların, bu semptoma sahip olmayan şizofrenlerden, uygulanan tedavi yöntemleri açısından farklı olduğu tespit edilmiştir. Yine obsessif-kompulsif semptomlu hastaların kronik dönemde daha fazla sayıda hastaneye yatma eğiliminde oldukları kanaatine varılmıştır. Bu bulgular obsessif-kompulsif semptomların şizofren hastalarda nüksü ve kötü prognozu tahmin ettiren bir faktör olarak değerlendirilmesi için yeterli desteği vermemektedir.

ÖZET

Obsessif-kompulsif semptomların şizofren hastaların tedavisindeki önemini araştırmak amacıyla; İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Psikiyatri Kliniği'nde 1980-1989 yılları arasında yatarak tedavi gören 148 obsessif-kompulsif semptomlu şizofren hasta, bu semptomu sahip olmayan 145 şizofren hasta ile retrospektif olarak karşılaştırılarak incelenmiştir.Çalışmamızda, araştırma grubu ile kontrol grubu hastalar; yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalığın başlama yaşı ,başlama biçimi ve süresi, hastahane yatış süresi, uygulanan tedavi ve çıkış hallerine göre karşılaştırılmıştır.

Obsessif-kompulsif semptomlu şizofren hastalarda, hastalığın akut şekilde başlama biçimi ve tedavisinde antidepressif kullanım oranının , bu semptomu sahip olmayan şizofrenlere göre fazlalığı dikkat çekidir.Ayrıca bu hastalarda, hastalığın subkronik ve kronik döneminde daha fazla hastahane tedavisine ihtiyaç duyulduğu kanaatine varılmıştır.Elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

- 1- Insel, T.R.; Akiskal H.S.: *Obsessive-Compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis*. Am J Psychiatry. 1986; 143(12) : 1527 - 1533
- 2- Hoogduin, K.: *On the diagnosis of obsessive-compulsive disorder*. A J Psychother. 1986; 40 (1) : 36-51
- 3- Doran, A. R.; Breier, A.; Roy, A.: *Differential diagnosis and diagnostic systems in schizophrenia*. Psychiatr Clin North Am. 1986; 9(1) : 17 - 33
- 4- Sandifer, M. G.: *Obsessive-compulsive disorder and psychosis*. Am J Psychiatry. 1987; 144 (7) 969
- 5- Chopra, H. D. : *Psychosis in obsessive-compulsive disorder*. Am J Psychiatry. 1987; 141 (10): 1363-1364
- 6- Mc Keon, P.; Murray, R.: *Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis*. Br J Psychiatry. 1987; 151 : 528 - 534
- 7- Bland, R. C.; Newman, S. C.; Orn, H. : *Schizophrenia : lifetime co-morbidity in a community sample*. Acta Psychiatr Scand. 1987; 75 (4) : 383 - 391
- 8- Tynes, L. L.; White, K.; Steketee, G. S.: *Toward a new nosology of obsessive-compulsive disorder*. Compr Psychiatry 1990 31 (5) 465 - 480
- 9- Fenton, W. S.; Mc Glashan, T. H.: *Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder with psychotic features*. J Nerv Ment Dis. 1990; 178 (12) : 760-761
- 10- Stanley, M. A.; Turner, S. M.; Borden, J. W.: *Schizotypal features in obsessive-compulsive disorder*. Compr Psychiatry. 1990; 31 (6) : 511-518
- 11- Lewis, S. W.; Chitkara B.; Reveley, A. M. : *Obsessive-compulsive disorder and schizophrenia in three identical twin pairs*. Psychol Med. 1991 ; 21 (1) : 135-141
- 12- Goldstein W. N. : *Obsessive-compulsive behavior, DSM-III, and a psychodynamic classification of psychopathology*. Am J Psychother. 1985; 39(3) : 346-359
- 13- Rasmussen SA; Tsuang, M. T. : *Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder*. Am J psychiatry. 1986 : 143(3) : 317-322
- 14- Fenton W. S. ; McGlashan T.H. : *The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia*. Am J Psychiatry. 1986 ; 143(4) : 437-441
- 15- Lang H. : *Zwang in Neurose, Psychose und psychosomatischer Erkrankung*. Z Klin Psychol Psycho-pathol Psychother. 1985 ; 33(1) : 65-76
- 16- Songar, A.; Ziyalar, A.: *Şizofreninin psikasteninin psikastenik şekli*. V. Milli Nöro-psikiyatri Kongresi. Bornova-İzmir. 1970 : 332-336
- 17- Levent, B. : *Obsessif-Kompulsif Nevroz Vak'alarında psikotik gelişim*. Uzmanlık Tezi. İstanbul ,1975
- 18- Aksel, İ. Ş. : *Psikiyatri*, 2. baskı. İsmail Akgün Matbaası, İstanbul: 1959 :118-255
- 19- Adasal, R.: *Ruh Hastalıkları*, 3. baskı. A.Ü. tıp Fak. yayınları, Ankara: 1973 :189-241
- 20- Samuk, F. : *Obsessif-Kompulsif Reaksiyonlarda Şizofrenik Temel Belirtilerin Bulunma Sıklığının Araştırılması*. Doçentlik Tezi. İstanbul, 1982
- 21- Koptagel-İlal, G.; Eker, E. : *Obsessif-Kompulsif Belirtiler ve Organik Beyin Sendromu*. XII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları, İstanbul. 1976 : 351-364

- 22- Songar, A.: *Psikiyatri, Psikobiyoloji ve Ruh Hastalıkları*. Serhat Dağıtım Yayınevi, 4. baskı, İstanbul, 1980.
- 23- Ziyalar, A.: *Psikiyatrik Semiyoloji ve Medikal Psikoloji*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Psikiyatri Kl. Vakfı Yay. İstanbul, 1981.
- 24- Spitzer, M.: *Zwang und Wahn. Ein kasuistischer Beitrag zur klinischen Psychopathologie*. Schweizer archiv für Neurologie und Pschiatrie, 1988; 139 : (6) 61-85
- 25- Tosun, M.: *Şizofrenide Epidemiyolojik Özellikler, Klinik Şekiller, Zekâ ve Biyolojik Tedavi Etkinliği*. Uzmanlık Tezi. İstanbul, 1984
- 26- Day, M.; Semrad, E.V. : *Schizophrenic Reactions*. The Harvard Guide to Modern Psychiatry. Ed.: Nicholi, A.M., The Belknap Press of Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts and London, England, 1978 : 199-241
- 27- Swanson, D.W; Bohnert, p.j ; Smith, J.A : *The Paranoid*. First Edition. Little, Brown and Company, Boston, 1970 : 295-296
- 28- Scully, J.H (ed.): *Psychiatry*. 2nd edition. 1989 (Ter. ed. Saygılı, R. :Psikiyatri. Ege Üniversitesi Basım Evi. Bornova-İzmir, 1990 : 19-126
- 29- Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. (ed.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V, Volum 1*. Fifty Edition. William and Wilkins. Baltimore, Hong Kong, London, Sinye, 1989. 308-340; 699-806; 984-999
- 30- Kolb, L. C. : *Modern Clinical Psychiatry*. Eight edition. W. B. Saunders Company, Philadelphia : , 1973; 308-356
- 31- Özyaydın, S.(ed.) : *Psikiyatri*. İstanbul Tıp Fak. Klinik Ders Kitapları, cilt 7. Sanal mat. İstanbul, 1984 : 1-234
- 32- Karan, D. : *Psikiyatrinin Tarihçesi*. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ed. Öztürk, M. O. : 2. baskı. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, No: 7, Ankara; 1983 : 1-21
- 33- Tsuang, M.T; Simpson, J.C (ed.) *Nosology, Epidemiology and Genetics of Schizophrenia: Handbook of Schizophrenia, Volum 3*. Ed. Nasrallah, H.A. Elsevier. Amsterdam, New York, Oxford. 1988. 1-26; 85-150; 205-240
- 34 - Weinberger, D.R.: *Schizophrenia*. American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Ed: Tasman, A. ; Goldfinger, S.M. : American Psychiatric Press, Inc : Washington, London, 1991 : 1-146
- 35- Jenike, M.A. : *New Developments in Treatment of Obsessive-compulsive Disorder*. American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Volum 11 : Ed: Tasman, A.; Riba, M.B., American Psychiatric Press, Inc. Washington, London, 1992 : 323-346
- 36- Anderson, N.C. : *Schizophrenia* ; American Psychiatric Press Review of psychiatry, Volum 5. American Psychiatric Press, Inc. Washington, 1986 : 5-112
- 37- Joffe, R.T.; Swinson, R.P.; Regan, J.J. : *Personality Features of Obsessive-Compulsive Disorder* : Am J Psychiatr 1988; 145 : 1127-1129
- 38- Jenike, M.A.; Baer, L.; Carey, R.J.: *Coexistend Obsessive-Compulsive Disorder and Schizotypal Personality Disorder* : A Poor Prognostic Indicator. Arch Gen Psychiatry, 1986; 43 : 296
- 39- Jenike, M.A.; Baer, L.; Minichiello, W.E, et al : *Concomitant, Obsessive-Compulsive disorder and schizotypal personality disorder*. Am J Psychiatry 1986; 143: 317-322

- 40- Bear L, Jenike, MA; Ricciardi JN et al: *Standardized Assessment of Personality Disorders in Obsessive-Compulsive Disorder*. Arch Gen Psychiatry, 1990; 47 : 826-830
- 41- Breier, A. ; Schreiber, J.L.; Dver, J; et al : *National Institute of Mental Health Longitudinal Study of Chronic Schizophrenia*. Prognosis and predictors of outcome. Arc Gen Psychiatry 1991 ; 48(3) : 239-246
- 42- Mc Evov, J.P.; Schooler N.R.; Wilson W.H. : *Predictors of therapeutics response to haloperidol in acut schizophrenia*. Psychopharmacol Bull, 1991; 27(2) : 97-101
- 43- Dodwell, D.; Goldberg, D. : *A study of factors associated with respons to electroconvulsive therapy in patients with schizophrenic semptoms*. BrJ Psychiatry 1989; 154 : 635-639
- 44- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manuel of Mentam Disorder* (Third Edition-revised). American Psychiatric Association. Washington, 1987
- 45- Braun Sharm, H: *Zwangsfenomene bei schizophrenen Jugendlichen*. Prax Kinderpsychol Kinderpschiatr. 1991; 40(5) : 166-171
- 46- McGlashan, T.H.: *Predictors of Schorter-, Medium-, and Longer- Term Outcome in Schizophrenia*. Am J Psychiatry. 143(1) : 50-55, 1986
- 47- Bartko, G.; Frecska, E.; Horvath S. et al: *Predicting neuroleptic response from a combination of multilevel variables in acut schizophrenic patients*. Acta Psychiatry Scand. 1990; 82(6) : 408-412
- 48- Akgün, N. : *Obsesyonel Nevroz, saplantı zorlantı bozukluğu*. Nobel Tıp Kitabevi; Ankara, 1989.
- 49- Goodwin, D.W.; Guze, S.B.: *Psychiatric Diagnosis*. Fourth Edition. Oxford Univercity Press. New York, Oxford; 1989: 43-75; 127-147
- 50- Weiner, R.D; Coffey, C.: *İndications for Use of Electroconvulsive Therapy*. American Psiciatric Review of Psychiatry ,Volum 7. Ed. Frances, A.L; Hales, R.E. American Psychiatric Press, Inc. Washington, 1988: 458-470
- 51- Öztürk, M.Ö.: *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 4. Baskı. Hekimler Yayın Birliği. Ankara. 1992 : 145-187
- 52- Siris, S.G.: *Pharmacological Treatment of Depression in Schizophrenia: Depsession in Schizophrenia*. Ed.: DeLisi ,L.E. American Psychiatric Press ,Inc. Washington, 1990: 141-162
- 53- Birinie, W.A.; Littmann, S.K.: *Obsessionality and Schizophrenia*. Can. Pschiatr. Assoc. J. 1978; 77-80
- 54- Jenike, M.A; Bear, L.; Minichiello, W.E. (Ed.) : *Obsessive Compulsive Disorders: Theory and Management*. Year Book Medical Publishers, Inc. Chicago, London, Boca Raton. 1986: 1-149
- 55- Kandel, E.R : *Disorders of Thought; Schizophrenia*. Principles of Neural Science. Third Edition. Ed. Kandel, E.R; Schwartz, J.H; Jessell, T.M. Elsevier. New York, Amsterdam, London,; 1991: 853-868
- 56- Myers, J.K; Weissman, M., M; Tischer, G.L: *Six Month Prevalance of Psychiatric Disorders in Tree*

- Communities, 1980-1982. Arch Gen Psychiatry; 41 : 959-967*
- 57-Karno, M; Golding, J.M; Sorensen, S.B ve ark.: *The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Five U S Communities. Arch Gen Psychiatry, 1988 : 1094-1099*
- 58-Robins L.N; Helzer, J.E; Waeisman, M.M ve ark. : *Lifetime Prevalance of Spesific Psychiatric Disorders in Three Sites. Arch Gen Psychiatry, 1984 : 949-958*
- 59-Henderson, J.G; Pollard, C.A: *Three Types of Obsessive-Compulsive Disorder in A Community Sample. J. Clin Psychology. 1988; 44 : 747-752*
- 60-Swedo, S.E; Rapoport, J.L.; Leonard, H. ve ark. : *Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescent. Arch Gen Psychiatry. 1989; 46 : 335-341*
- 61-Jenike, M..A: *"Jenike Replies". Am J Psychiatry. 1986 ;143 : 10*
- 62-Schulz, S.C: *The Use Low-Dose Neuroleptics in the Treatment of "schizo-obsessive" Patients. Am J Psychiatry. 1986; 143 : 10*
- 63-Davis, J.M.; Caspers, R. : *Antipsycotic drugs: Clinical Pharmacology and Therapeutic Use. Drugs. 1977;14 : 260-265*
- 64-Köknel, Ö: *Klinik Psikofarmakoloji. Bozok Matbaası. İstanbul, 1981: 12-45*
- 65-Kaplan, H.I; Sadock, B.J. : *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Seinces Clinical Psychiatry. Fifty Edition. Williams and Wilkins. Baltimore. 1988 : 1-21; 187-234*