

Obsesif Kompulsif Belirtileri Olan Şizofreni Hastalarının Şizofreni ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastaları İle Karşılaştırılması

Dr. Gülcan GÜLEÇ¹, Dr. Elif GÜNEŞ², Dr. Çınar YENİLMEZ³

Özet / Abstract

Amaç: Bu çalışmada, obsesif kompulsif belirtileri olan şizofreninin (OK-şizofreni), ayrı bir şizofreni alt tipi olup olmadığını ve bu grupta görülen obsesif kompulsif (OK) belirtilerin OKB de görülen belirtilerden farklılıklarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Araştırmaya 20 OKB, 40 şizofreni ve 20 OK-şizofreni hastası alınmıştır. OK-şizofreni grubunun psikotik belirtilerinin dağılımı ve şiddeti şizofreni grubu ile, obsesif kompulsif belirtilerinin dağılımı ve şiddeti OKB grubu ile karşılaştırılırken, diğer klinik özellikler ve demografik veriler açısından üç grup birbiri ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular: OK-şizofreni ve şizofreni grupları arasında psikotik belirtilerin şiddet ve dağılımı açısından, OK-şizofreni ve OKB grupları arasında da OK belirtilerin şiddet ve dağılımı açısından istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır. Kısa Yeti Yitimi Anketi puanlarının OK-şizofreni grubunda diğer iki gruptan anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Hamilton Depresyon Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları ise OKB ve OK-şizofreni gruplarında şizofreni grubuna oranla anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Ayrıca Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçek toplam puanlarının, Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ile ilişkili olmadığı saptanmıştır.

Sonuç: Bulgularımıza göre, OK-şizofreni, OK belirtilerin eşlik etmediği şizofreniye göre psikotik belirtilerin daha şiddetli olmadığı ancak depresyon ve anksiyetenin daha şiddetli görüldüğü ve daha fazla yeti yitimine neden olan bir şizofreni alt tipi olabilir.

Anahtar Sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni, obsesif-kompulsif belirtiler, yeti yitimi

SUMMARY: Comparison of Patients with Schizophrenia, Obsessive-Compulsive Disorder, and Schizophrenia with Accompanying Obsessive-Compulsive Symptoms

Objective: The present study aimed to determine if schizophrenic patients with OC-symptoms represent a subtype of schizophrenia and to evaluate the differences between schizophrenic patients with OC symptoms and OCD patients.

Methods: The study included 20 patients diagnosed with OCD, 40 schizophrenic patients, and 20 schizophrenic patients with OC symptoms. While the distribution and the severity of psychotic symptoms in the OC-schizophrenia group were compared to those of the schizophrenic patients, and while the distribution and severity of obsessive-compulsive symptoms of the OC-schizophrenia group were compared to OCD patients, all 3 groups were compared to each other in terms of demographic data and other clinical characteristics.

Results: There were no differences in the distribution and severity of psychotic symptoms between the OC-schizophrenia group and the schizophrenia group. Moreover, the distribution and severity of OC symptoms in the OC-schizophrenia group were no different than those in the OCD group. Brief Disability Questionnaire scores were significantly higher in the OC-schizophrenia group than in the other 2 groups. Hamilton Depression Scale and Hamilton Anxiety Scale mean scores were significantly higher in the OCD and OC-schizophrenia groups than in the schizophrenia group. Moreover, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale total scores were not correlated to the Scale for the Assessment of Negative Symptoms or the Scale for the Assessment of Positive Symptoms scores in the OC-schizophrenia group.

Conclusion: According to our results OC-schizophrenia might be a sub-type of schizophrenia, which doesn't have more severe psychotic symptoms, but more severe depression and anxiety, which are related to greater disability.

Key Words: Obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, obsessive-compulsive symptoms, disability

Geliş Tarihi: 12.04.2007 – Kabul Tarihi: 27.08.2007

¹Uzm., ²Asis., ³Yrd. Doç., Eskişehir Osmangazi Ü Psikiyatri AD., Eskişehir.
Dr. Gülcan Güleç, e-posta: gulcangulec@yahoo.com

GİRİŞ

Gerek şizofreni hastalarında obsesif kompulsif (OK) belirtilerin, gerekse Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) hastalarında psikotik belirtilerin olması, OKB ve şizofreninin birlikte görülme sıklığının her birinin tek tek yaşam boyu görülme sıklığından daha yüksek olduğunun bildirilmesi, iki bozukluk arasında fizyopatolojik bağ olduğunun düşünülmesine yol açmıştır (Ohta ve ark. 2003, Bottas ve ark. 2005, Tippo ve Warneke 1999). Her iki hastalık da erken yaşta başlar, süregelen bir gidiş izler, kadın ve erkekleri eşit oranda etkiler ve her ikisinde de rahatsız edici düşünceler, tuhaf davranışlar vardır (Özdemir 1998, Payurovsky ve Koran 2005). Her iki hastalık için, anatomik olarak ortak kullanılan yolların yanı sıra, gelen bilgilerin talamus tarafından yeterince süzülmediği ile ilgili ortak bir varsayım da öne sürülmüştür (Demir ve Aslan 2005). Karşılaştırmalı çalışmalar ile şizofreni ve OKB'nin nörobiyolojik temeli açıklanmakla birlikte, tüm epidemiyolojik ve biyolojik kanıtlara rağmen bu ilişki tam olarak anlaşılamamıştır (Bottas ve ark. 2005).

Şizofreni hastalarında OK belirtilerin sıklığı, yirminci yüzyılın ilk yarısında yapılan çalışmalarda, ikinci yarısında yapılan çalışmalara göre göreceli olarak düşük oranlarda bildirilmiştir. Ayrıca bu dönemde yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında OK belirtilerin varlığının "kişilik bölünmesi"ni geciktirdiği, "kötü gidişli şizofreni" gelişimini önlediği ya da şizofreni hastalığında düzelenin habercisi olduğu da ileri sürülmüştür (Bottas ve ark. 2005, Hwang ve ark. 2001). Daha sonraki çalışmalarda ise şizofreni hastalarında OK belirtilerin daha yüksek oranlarda olduğu, hatta son otuz yılda yapılan çalışmalarda bu oranın %10-52, şizofreniye eşlik eden OKB tanısı için ise oranın %7.8-36 olarak saptandığı bildirilmiştir (Bottas ve ark. 2005). Bu dönemde yapılan çalışmalarda OK belirtileri olan şizofreni hastalarında işlevselliğin ve hastalığın gidişinin OK belirtilerin olmadığı şizofreni hastalarına kıyasla daha kötü olduğu, nöropsikiyatrik bozuklukların daha sık görüldüğü ileri sürülmüştür (Hwang ve Hollander 1993, Hwang ve ark. 2001). OK belirtileri olan şizofreni hastalarının OK belirtileri olmayan şizofreni hastaları ile karşılaştırıldığı çalışmalarda, gruplar arasında belirtileri açısından farklılık saptanmadığı, OK belirtileri olan şizofreni hastalarında daha düşük pozitif veya negatif belirtileri şiddeti saptandığı ya da daha yüksek pozitif veya negatif belirtileri şiddeti saptandığına yönelik çelişkili sonuçlar bildirilmiştir (Öngür ve Goff 2005).

OKB ve şizofreni birlikteliğini değerlendirmeye yönelik diğer bir epidemiyolojik yaklaşım, ilk olarak OKB

tanısını alan hastaların psikotik belirtiler açısından değerlendirilmesidir. OKB'de psikotik belirtilerin sıklığı, geriye dönük bir çalışmada %0.7- %12.3 oranlarında bulunurken, daha yakın dönemli bir çalışmada %14 psikotik belirtileri, %4 şizofreni ölçütlerine rastlanılmıştır (Tibbo ve Warneke 1999). Thomsen ve Jensen (1994) ilk kez hastaneye başvuran 135 OKB'li hastanın %5'inin daha sonra şizofreni tanısı aldıklarını saptamıştır. Ülkemizde yapılan ve şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarının, şizofreninin eşlik etmediği OKB hastaları ile karşılaştırıldığı iki çalışmada (Özdemir ve ark. 2000, Özen ve ark. 1999) gruplar arasında OK belirtilerin şiddeti farklı bulunmamıştır. Özdemir ve arkadaşları (2000), OKB ve şizofreni birlikteliğinin OKB'nin bir alt tipini oluşturacak düzeyde farklılık göstermediğini, Özen ve arkadaşları (1999) ise şizofreni hastalarında OK belirtileri şiddeti ile pozitif belirtileri şiddetinin ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Sevinçok ve arkadaşları (2006) ise OK belirtilerin OKB'li hastalarda daha şiddetli olması nedeni ile bu iki grubun ayrıldığını, OK belirtilerin şiddeti ile şizofreni belirtilerinin şiddeti arasında ilişki olmaması nedeni ile de bu grubun ayrı bir şizofreni alt tipi olabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Bu güne kadar yapılan çalışmalara rağmen OK belirtileri olan şizofreni hastalarının farklı bir hasta grubu mu, yoksa şizofreninin bir alt grubu mu ya da iki ayrı hastalığa sahip ektanili hastalar mı oldukları sorusuna kesin bir yanıt bulunamamıştır.

Bu çalışmada şizofreniye OK belirtiler eklendiğinde, şizofreninin klinik özelliklerinde bir şizofreni alt grubunun tanımlanmasına neden olabilecek şekilde, değişiklik meydana gelip gelmediği ve şizofrenide görülen OK belirtilerin OKB'de görülen belirtilerden farklı olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla şizofreni, OKB, OK-şizofreni grupları klinik ve demografik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Örneklem

DSM IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konan 20, şizofreni tanısı konan 40 ve OK belirtileri olan 20 şizofreni hastasının (OK-şizofreni) kadın ve erkek sayısı eşit olmak üzere araştırmaya alınması planlanmıştır. Tüm hastalar aynı görüşmeci tarafından değerlendirilmiştir. Ardı sıra başvuran şizofreni hastalarından, ayrıntılı anamnez ile OK belirtileri saptananlar OK-şizofreni grubuna, OK belirtileri saptanmayanlar şizofreni grubuna, cinsiyetlerine göre alınmıştır. OKB grubuna da her cinsiyet için ardı sıra

TABLO 1. Araştırmada Yer Alan Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.

	OKB		OK-şizofreni		Şizofreni		x	p
	S	%	S	%	S	%		
Doğum yeri								
Kent	9	45	6	30	24	60	8.42	p>0.05
Köy	3	15	6	30	6	15		
İlçe	8	40	7	35	10	25		
Yurtdışı	0	0	1	5	0	0		
Medeni durum								
Evli	8	40	4	20	12	30	8.17	p>0.05
Bekar	11	55	13	65	24	60		
Dul	0	0	2	10	0	0		
Boşanmış	1	5	1	5	4	10		
Eğitim durumu								
Okur-yazar	1	5	1	5	0	0	7.22	p>0.05
İlkokul	1	5	4	20	10	25		
Ortaokul	2	10	4	20	4	10		
Lise	9	45	7	35	16	40		
Yüksekokul	7	35	4	20	10	25		
Çalışma durumu								
Düzenli işi var	5	25	2	10	6	15	12.56	p>0.05
Düzensiz iş	0	0	1	5	1	2.5		
Çalışmıyor	13	65	16	80	23	57.5		
Malulen emekli	1	5	1	5	6	15		
Emekli	1	5	0	0	4	10		
Ekonomik durum								
Kendine yetiyor	18	90	10	50	23	57.5	8.28	p<0.05
Dışarıdan yardım	2	10	10	50	17	42.5		
Ailede duygu durum bozukluğu								
Var	5	25	3	15	2	5	8.41	p<0.05
Yok	15	75	17	85	38	95		
Ailede şizofreni								
Var	0	0	6	30	4	10	9.75	p<0.05
Yok	20	100	14	70	36	90		
Ailede anksiyete bozukluğu								
Var	2	10	2	10	2	5	3.65	p>0.05
Yok	18	90	18	90	38	95		

p>0.05: Anlamlı değil, p<0.05: Anlamlı fark

başvuran hastalar alınmıştır. Her üç tanı grubunda, her cinsiyet için planlanan sayıda ardı sıra başvuran hastalar araştırmaya alındıktan sonra grupların yaş ortalamaları değerlendirilmiştir. OKB grubunun yaş ortalaması 33.50 ± 11.13 , şizofreni hasta grubunun yaş ortalamaları 34.92 ± 9.45 , OK-şizofreni grubunun ise yaş ortalamaları 32.10 ± 8.82 olup gruplar arasında istatistiksel olarak yaş farkı bulunmamıştır.

Hastaların seçiminde 18-60 yaşları arasında olma, en az ilkokul mezunu olma, araştırma hakkında bilgilendirilip katılmayı kabul etme koşulları aranmıştır. Ayrıca nörolojik hastalık, mental retardasyonu olan hastalar ile değerlendirme sürecinde işbirliği kuramayacak olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırmamız yerel etik kurul tarafından onaylanmıştır.

İşlem ve Araçlar

Bütün hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyo-demografik veri formu, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ), Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAS) uygulanmıştır. OKB ve OK-şizofreni grubuna ayrıca Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) uygulanırken, şizofreni ve OK-şizofreni grubuna da ilave olarak Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ) uygulanmıştır.

OK-şizofreni grubunda obsesyon ve kompulsiyonlar değerlendirilirken Eisen ve arkadaşlarının (1997) obsesyon ve kompulsiyon tanımları esas alınmıştır:

TABLO 2. Araştırmada Yer Alan Grupların Hastalık İle İlgili Yaş ve Sürelerinin Karşılaştırılması.

	OKB Ortalama± SS	OK-Şizofreni Ortalama± SS	Şizofreni Ortalama ± SS	F	p
OK belirtilerin başladığı yaş	21.45±10.49	21.58±7.91		.001	p>0.05
Psikotik belirtilerin başladığı yaş		23.15±8.34	22.37±6.97	.144w	p>0.05
Hastalık süresi (ay olarak)	136.20±105.14	107.05±81.48	143.10±110.86	.837	p>0.05
Tedaviye ilk başvuru yaşı	24.75±11.26	24.10±8.39	24.02±6.35	.054	p>0.05
İlk başvuruda hastalık süresi (yıl)*	3.15±.87	2.70±.92	2.50±.96	3.25	p<0.05
İlk hastaneye yatış yaşı	27.66±11.16	26.82±7.23	26.20±6.78	.119	p>0.05
Hastaneye yatış sayısı*	1.35±3.41	2.20±1.82	3.77±3.74	4.05	p<0.05
Hastanede yatış süresi (ay)*	35.50±74.44	84.30±97.57	158.47±174.62	5.69	p<0.01

*ANOVA, İlk başvuruda hastalık süresi; OKB> Şizofreni hastaneye yatış sayısı; OKB< Şizofreni hastanede yatış süresi; OKB< Şizofreni p>0.05 Anlamlı değil, p<0.05: Anlamlı fark, p<0.01: İleri derecede anlamlı fark.

Obsesyonlar hastaların sanrılarından bağımsız, istemsiz, zorlayıcı ve tekrarlayıcı düşünceler olarak, kompulsiyonlar ise şizofreni de görülebilen garip yüz-göz hareketleri (manyerizm) veya durum alıştan farklı, tekrarlayıcı, amaca yönelik törensel hareketlerin sergilenmesi olarak tanımlanmışlardır.

Sosyo-demografik Veri Formu: Araştırmanın amaçları göz önünde bulundurularak araştırmacılar tarafından hazırlanan bir formdur. Bu formda hastaların doğum yeri, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, birinci derece akrabalarında (anne-baba-kardeş) şizofreni- duygudurum bozukluğu-anksiyete bozukluklarının varlığını değerlendiren sorular bulunmaktadır.

Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği (KPDÖ): Overall ve Gorham (1962) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek, bütünsel olarak psikopatolojinin ve belirtilerin şiddetini saptama amacıyla kullanılır. Ülkemizde Soykan (1989) tarafından görüşmeciler arası güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek uygulama sırasında, yarı yapılandırılmış, amaca yönelik bir görüşme ile doldurulur. Bazı maddeler görüşme sırasında, şimdi ve burada gözlemlerine bakılarak, diğer maddeler ise son 72 saat göz önüne alınarak doldurulur. Toplam 18 maddeden oluşmaktadır ve her madde 0-6 arasında puanlanmaktadır. Toplam puan, maddelerden elde edilen puanların toplanması ile hesaplanır.

Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA): Bedensel ve sosyal yeti yitimini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir (Stewart ve ark. 1988). Türkçe'ye çevrilmiş ve test-tekrar

test güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Kaplan 1995). Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYA, 11 sorudan oluşur. Ayrıca anket son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sayısının soruşturulduğu iki madde de içermektedir.

Hamilton Depresyon Ölçeği (HDO): Depresyon düzeyini ölçmek için geliştirilmiş, 17 sorudan oluşur (Williams 1978). Ölçeğin uygulanmasından en yüksek 53 puan alınırken, 14 puan ve üzeri depresyona işaret eder. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ): Hamilton (1959) tarafından geliştirilen bu ölçek, bireylerde anksiyete düzeyini, belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal, hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBO-KÖ): Goodman ve arkadaşları (1989a, 1989b) tarafından geliştirilmiş olup, OK belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekteki 1-5. sorular obsesyonların, 6-10. sorular kompulsiyonların şiddetini değerlendirmektedir. Her iki puanın toplamı ile YBO-KÖ toplam puanları elde edilmektedir. Ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Karamustafaloğlu ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır. Hastaların OK belirtilerine yönelik iç görüşleri, bu ölçeğin 11. maddesi

TABLO 3. Araştırmada Yer Alan Grupların Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanlar ve Karşılaştırmaları.

	OKB Ortalama± SS	OK-Şizofreni Ortalama ± SS	Şizofreni Ortalama± SS	F/t	p
KPDÖ	17.45±12.15	30.10±14.41	31.60±43.84	1.33	p>0.05
KYYA*	5.55±3.26	10.60±4.19	7.85±3.46	9.79	p< 0.001
HDÖ*	11.00±7.71	11.55±6.36	6.7±5.20	5.36	p <0.01
HAÖ*	13.25±8.86	11.85±9.42	5.97±4.17	8.82	p<0.001
Obsesyon	12.10±5.41	8.50±6.58		1.88	p>0.05
Kompulsiyon	10.15±6.07	8.25±6.87		.92	p>0.05
İç görü	1.9±.85	2.45±1.50		-1.42	p>0.05
YBOKÖ toplam	22.25±7.99	16.75±11.64		1.74	p>0.05
Varsanılar		6.30 ± 7.18	7.47 ± 8.67	-.52	p>0.05
Sanrılar		11.80 ±8.88	11.45±11.99	.11	p>0.05
Garip davranış		3.25 ±6.75	3.47±5.55	-.13	p>0.05
pfdb		4.95 ± 5.49	5.55±7.28	-.32	p>0.05
PBDÖ toplam		27.30±23.48	27.30±25.09	.00	p>0.05
Küntleşme		18.75±9.30	14.77±10.94	1.39	p>0.05
Aloji		7.20±6.28	6.85±6.97	.19	p>0.05
Avolisyon/apati		8.00 ±5.56	7.20± 6.75	.46	p>0.05
Anhedoni		12.75± 7.74	10.75± 7.44	.97	p>0.05
Dikkat		4.35± 2.94	4.00± 4.75	.30	p>0.05
NBDÖ toplam		49.15±27.76	42.42 ± 29.51	.85	p>0.05

KPDÖ= Kısa psikiyatrik derecelendirme ölçeği, KYYA= Kısa yeti yitimi anketi, HDÖ= Hamilton anksiyete ölçeği, HAÖ= Hamilton anksiyete ölçeği, YBOKÖ= Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği, pfdb= Pozitif formal düşünce bozukluğu, PBDÖ= Pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği, NBDÖ= Negatif belirtileri değerlendirme ölçeği, *ANOVA, KYYA; OK-Şizofreni > OKB= Şizofreni, HDÖ; OKB=OK- Şizofreni > şizofreni, HAÖ; OKB=OK- Şizofreni > şizofreni p>0.05: Anlamlı değil, p<0.01: İleri derecede anlamlı fark, p<0.001: Çok ileri derecede anlamlı fark.

ile (0=mükemmel iç görü, 4=iç görü yok) değerlendirilmektedir.

Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ): Andreasen (1983) tarafından geliştirilmiş ve Erkoç ve arkadaşları (1991a) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Duygulanımda küntleşme, düşüncenin yoksullaşması (aloji), istemsizlik-ilgisizlik (avolisyon-apati), zevk alamama-toplumsal çekilme (anhedoni-asosyallik) ve dikkat bozukluğu olmak üzere beş alt ölçekte 25 belirti değerlendirilir.

Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ): Andreasen (1984) tarafından geliştirilmiş, Erkoç ve arkadaşları (1991b) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Varsanılar, sanrılar, tuhaf davranış, pozitif yapısal düşünce bozukluğu alt ölçeklerinde 34 belirti değerlendirilir.

Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS-13 paket programı kullanılarak çözümlenmiştir. Verilerin nor-

mal dağılıp dağılmadığına ve bu çerçevede normallik varsayımı altında çalışan istatistiksel analiz tekniklerinin kullanılıp kullanılmayacağına karar vermek için ilgili analizler Biyoistatistik Anabilim dalı ile birlikte yapılmış ve verilerin normal dağıldığı kabul edilerek normallik varsayımı altında çalışan tek yönlü varyans analizi (Oneway ANOVA, Post Hoc Test, Tukey HSD) üç grubun sayısal değerlerinin karşılaştırılmasında kullanılmıştır. İki gruba ait sayısal değerlerin analizinde t testi, sıklık karşılaştırmaları için ki-kare testi, ölçekler arasında ilişkinin değerlendirilmesi için ilişki (pearson korelasyon) analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak benimsenmiştir.

BULGULAR

OKB, OK-şizofreni ve şizofreni gruplarının sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, doğum yeri, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır. Ekonomik durum ($x^2=8.28$, $p<0.02$), ailede duygu durum

bozukluğu öyküsü ($\chi^2=8.41$, $p<0.04$) ve ailede şizofreni öyküsü ($\chi^2=9.75$, $p<0.02$) ise gruplar arasında istatistiksel farklılık göstermiştir. OKB grubunun daha yüksek oranda kendine yetmekte, OK-şizofreni ve şizofreni gruplarının ise daha yüksek oranda dışarıdan yardım almakta olduğu saptanmıştır. Sosyo-demografik veri formu ile sorgulanan birinci derece akrabalar da duygu durum bozukluğu öyküsü en yüksek OKB grubunda, daha sonra OK-şizofreni grubunda, şizofreni öyküsü ise en yüksek OK-şizofreni grubunda, daha sonra şizofreni grubunda saptanmıştır. Araştırmada yer alan grupların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmektedir.

OKB ve OK-şizofreni grupları arasında OK belirtilerinin başladığı yaş, OK-şizofreni ile şizofreni grupları arasında da şizofreni belirtilerinin başladığı yaşta istatistiksel açıdan farklılık saptanmamıştır. Ayrıca üç grup arasında araştırmaya alındıklarındaki hastalık süresi, ilk kez tedaviye başvurdıkları yaş ve ilk kez hastaneye yatış yaşında da farklılık saptanmamıştır. Tedaviye ilk başvurdıklarındaki hastalık süresinin OKB grubunda şizofreni grubuna kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($F_{3.25}$, $p<0.05$). OKB grubu ile OK-şizofreni grubu, OK-şizofreni grubu ile şizofreni grubu arasında ise hastalık süresi açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hastaneye yatış sayısı ($F=4.05$, $p<0.05$) ve toplam hastanede kalış sürelerinin ($F=5.69$, $p<0.01$) ise şizofreni grubunda OKB grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. OKB grubu ile OK-şizofreni grubu, OK-şizofreni grubu ile şizofreni grubu arasında hastaneye yatış sayısı ($F=4.05$, $p<0.05$) ve toplam hastanede kalış sürelerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Araştırmada yer alan grupların hastalık ile ilgili yaş ve sürelerinin karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmektedir.

Üç grubun KPDÖ, KYA, HDÖ, HAÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında KPDÖ dışındaki ölçeklerden alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanmıştır. KYA puan ortalamalarının OK-şizofreni grubunda diğer iki gruptan anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$). HDÖ ve HAÖ puan ortalamaları ise OKB ve OK-şizofreni gruplarında şizofreni grubuna oranla anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır (sırası ile; $p<0.01$, $p<0.001$).

OKB ve OK-şizofreni grupları arasında YBOKÖ ortalama toplam puan, obsesyon alt ölçek ortalama puan, kompulsiyon alt ölçek ortalama puan ve iç görü ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Obsesif kompulsif belirtilerin

dağılımında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmayıp ($p>0.05$), her iki grupta da kirlenme ve saldırganlık obsesyonları ile temizleme ve diğer kompulsiyonlar en sık olarak rastlanan OK belirtilerdi.

OK-şizofreni ve şizofreni grupları arasında, PBDÖ, NBDÖ toplam ve alt ölçeklerin puanlarında gruplar arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Her üç grubun uygulanan ölçeklerden aldıkları ortalama puanlarının karşılaştırılması Tablo 3'de gösterilmektedir.

OK-şizofreni grubunun ölçeklerden aldıkları puanlar üzerinde yapılan ilişki analizi sonucunda YBOKÖ toplam puanlarının, PBDÖ ve NBDÖ ile ilişkisiz, HAÖ ($r=.585$, $p<0.01$) toplam puanı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. PBDÖ toplam puanları, KYA ($r=.694$, $p<0.01$), HDÖ ($r=.579$, $p<0.01$), HAÖ ($r=.492$, $p<0.01$) ile ilişkiliyken NBDÖ toplam puanlarının KYA ($r=.748$, $p<0.01$) ile ilişkili olduğu saptanmıştır. KYA puanlarının ayrıca HDÖ ($r=.670$, $p<0.01$) ve HAÖ ($r=.588$, $p<0.01$) ile de ilişkili olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Bu araştırmada OKB, OK-şizofreni ve şizofreni olmak üzere üç hasta grubu arasında medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu açısından farklılık saptanmamıştır. Sonuçlar OK belirtileri olan ve olmayan şizofreni hastaları arasında yaş (Nechmad ve ark. 2003), çalışma durumu (Eisen ve ark. 1997), medeni hal, eğitim düzeyi (Poyurovsky ve ark. 1999) arasında farklılık saptanmadığını bildiren çalışmalar ile uyumludur.

Bu çalışmada OK-şizofreni ve şizofreni grubu arasında psikotik belirtilerin başladığı yaş, hastalık süresi, ilk tedaviye başvurdıkları yaş, ilk kez hastaneye yattıkları yaş, ilk kez hastaneye yattıklarındaki hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı ve hastanede yatış süresi bakımından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Yazında sonuçlarımız ile uyumlu araştırmalar bulunmaktadır (Eisen ve ark. 1997, Poyurovsky ve ark. 1999, Poyurovsky ve ark. 2001).

Fenton ve McGlashan (1986) OK belirtilerinin şizofrenide kötü prognoz için güçlü bir yordayıcı olduğunu, bu grup hastaların daha sonraki yıllarda diğerlerine göre 2 kat fazla zamanı hastanede geçtiklerini bildirmiştir. OK belirtileri olan şizofreni hastalarının, şizofreninin bir alt tipi olabileceği görüşünün değerlendirildiği bir araştırmanın sonucunda, OK belirtileri olan şizofreni hastalarının hastalıklarının daha erken başladığı, daha erken ve daha fazla sayıda hastaneye yattıkları, bu grubun birinci derece akrabalarında daha az şizofreni ancak daha fazla

tek uçlu depresyon riskinin olduğu bildirilmiştir (Samuels ve ark. 1993). Yazarlar bu sonuçlarla etiyolojik ve genetik çalışmalar için OK belirtili şizofreninin klinik bir alt tip olarak ayrılabilceğini ileri sürmüşlerdir. Poyurovsky ve arkadaşları (2005), şizofreniden farklı bir şizo-obsesif tanı sınıfının varlığının geçerliğini desteklemek amacıyla yaptıkları çalışmanın sonucunda, OKB ek tanısı konan şizofreni hastalarının ailelerinde bu ek tanısı olmayan şizofreni hastalarının ailelerine göre şizofreni spekturum bozukluğu açısından fark saptanmazken, OKB spektrum bozukluğunun daha fazla oranda saptandığını bildirmişlerdir. Bu çalışmada ise OK-şizofreni grubunun birinci derece akrabalarında şizofreni oranı daha fazlayken, OKB ve depresyon ilişkisi ile uyumlu olarak (Mc Keon ve Murray 1987) duygu durum bozuklukları öyküsü, OKB grubunda daha fazla oranda saptanmıştır. Araştırmamızda OK-şizofreni grubunda şizofreni açısından daha yüksek oranda ailesel kümelenme olması bu hasta grubunun şizofreniden bağımsız bir tanı grubu olmadığını düşündürmektedir.

Yine OK belirtiler ile şizofreni arasındaki ilişkinin, psikotik belirtilerin şiddeti ve dağılımı bağlamında da yazında farklı araştırma sonuçları ile karşılaşılmaktadır. Fabish ve arkadaşları (1997) OK belirtileri olan şizofreni hastalarının daha şiddetli negatif belirtilere sahip olduğunu bildirmiştir. Lysaker ve arkadaşları (2000) ise OK belirtileri olan şizofreni hastalarında daha şiddetli pozitif semptom bulmuşlardır. Öngür ve Goff (2005) sadece şizofreni hastaları ile YBOKÖ toplam puanları 11'den düşük olan şizofreni hastaları ve YBOKÖ toplam puanları 12- üzeri olan şizofreni hastalarını karşılaştırdıklarında daha şiddetli OK belirtileri olan grupta PNSÖ pozitif alt ölçek belirtilerinden özellikle sanrı maddesinde anlamlı yükseklik bildirmişlerdir. Rosen (1957), OK belirtileri olan şizofreni hastalarında psikotik belirtiler şiddetinin daha düşük bulunduğunu bildirirken, Poyurovsky ve arkadaşları (1999) da OK belirtileri olan şizofreni hastalarında yapısal düşünce bozukluğu ve duygulanımda küntleşme şiddetinin daha düşük bulunduğunu bildirmişlerdir. Tibbo ve arkadaşları (1999) ise, OK belirtileri olan şizofreni hastalarında daha düşük şiddette negatif belirtiler, daha yüksek düzey işlev düzeyi saptamış ve negatif belirtilerin doğrudan işlev ve gidiş ile ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Bu çalışmada, OK-şizofreni ve şizofreni grupları arasında uygulanan PBDÖ, NBDÖ toplam ve alt ölçeklerinden alınan puanlarda istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır. Bizim bulgularımıza benzer olarak Poyurovsky ve arkadaşları (2001) OK belirtileri olan ve olmayan şizofreni hasta grupları arasında PBDÖ, NBDÖ toplam

ve alt ölçek puanlarının farklı olmadığını bulmuşlardır. Bu çalışmada saptanan bulgular Byerly ve arkadaşlarının (2005) bulguları ile de uyumludur. Bu yazarlar da OK belirtileri olan ve olmayan şizofreni hastaları arasında pozitif ve negatif belirtiler ölçeği puanlarında anlamlı fark olmadığını bildirmiştir. Ancak sosyal ve mesleki işlev ölçeklerinde de fark bulunamayan bu çalışmadan farklı olarak burada sunulan çalışmada, OK-şizofreni grubunda KYA puan ortalamaları anlamlı oranda yüksekti. Burada saptanan bulgulara benzer olarak Ohta ve arkadaşları (2003) da OK belirtileri olan ve olmayan şizofreni hastaları arasında yaş, şizofreni başlangıç yaşı, hastalık süresi, PNSÖ (pozitif ve negatif sendrom ölçeği) pozitif belirtiler alt ölçeği, negatif belirtiler alt ölçeği, PNSÖ toplam puan ortalamaları açısından fark gösterememişlerdir.

Lysaker ve arkadaşları (2004), OK belirtiler ve şizofreni ilişkisini inceleyen ancak farklı sonuçlar bulan araştırmaların ışığında, şizofrenide OK belirtilerin ayırt edici bir klinik görünüm ile ilişkili olabileceğini ancak bu klinik görünümün örnekten örneğe değişebileceğini ileri sürmüşlerdir. İki farklı OK belirtileri olan şizofreni hastası grubunun olabileceğini ve birinde daha kötü işlevsellik varken diğer grupta bu belirtilerin daha iyi işlev ile ilişkili olabileceğini de öne sürmüşlerdir.

OK belirtileri olan şizofreni hastaları ile OKB hastalarının karşılaştırıldığı çalışmalarda da bu çalışmada elde edilen bulgularla uyumlu olarak gruplar arasında eğitim açısından fark saptanmazken (Özen ve ark. 1999, Eisen ve Rasmussen 1993, Sevincok ve ark. 2006), farklı olarak, şizofreni tanılı hastaların çoğunun bekar (Özen ve ark. 1999, Eisen ve Rasmussen 1993, Özdemir ve ark. 2000) olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada OKB ve OK-şizofreni grupları arasında hastalık ile ilgili yaş ve sürelerde olduğu gibi, YBOKÖ toplam puan, obsesyon, kompulsiyon alt ölçek puanları ve iç görü puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. OK belirtilerinin dağılımı da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermeyip her iki grupta da kirlenme ve saldırganlık obsesyonları ile temizleme ve diğer kompulsiyonlar en sık olarak rastlanan belirtilerdi. Bu sonuçlar şizofrenide görülen OK belirtilerinin içerik, şiddet ve gidişi OKB hastaları ile aynı olduğunu ileri süren Poyurovsky ve Koran (2005)'ın bulguları ile uyumludur. Özdemir ve arkadaşları (2000) da sosyodemografik özellikler, OK belirtilerinin dağılımı, şiddeti ayrıca anksiyete ve depresyon düzeyleri ile eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların sıklığında OKB ve OKB'nin eşlik ettiği şizofreni gru-

bunda farklılık göstermediğini bildirmişlerdir. Bu araştırmada da OK-şizofreni grubunun HAÖ ve HDÖ'den aldıkları ortalama puanlar OKB grubu ile benzer bulunmuştur. Özen ve arkadaşları (1999), OK belirtileri olan şizofreni hastalarının YBOKÖ toplam puanlarını OKB hastaları ile benzer, obsesyon ve kompulsiyon alt ölçek puanlarını ise OKB grubunda daha yüksek olarak bulmuşlardır. Ayrıca PBDÖ ile YBOKÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Sevinçok ve arkadaşları (2006) da OK belirtileri olan şizofreni grubunda YBOKÖ toplam puan ve kompulsiyon alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğunu saptamış olup, psikotik belirtiler ile OK belirtileri arasında ilişki saptamadıklarını bildirmiştir. Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada, OKB ve OK belirtileri olan şizofreni hastalarının YBOKÖ toplam puan ortalamalarının, PNSÖ (pozitif ve negatif sendrom ölçeği) pozitif belirtiler alt ölçeği, PNSÖ toplam puan ve Calgary depresyon ölçeği toplam puanları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Kaya-han ve ark. 2005). Ayrıca YBOKÖ, NBDÖ ve PBDÖ ile ilişkili olduğunu ileri süren başka çalışmalar da bulunmaktadır (Poyurovsky ve ark. 1999, Poyurovsky ve ark. 2001). Bu çalışmada da YBOKÖ toplam puanları HAÖ puanları ile ilişkiliyken ($r=.59$, $p<0.01$), PBDÖ, NBDÖ toplam puanları ile anlamlı bir ilişki göstermemiştir. OK-şizofreni grubunda YBOKÖ toplam puanlarının NBDÖ ve PBDÖ ile ilişkili olmaması, bu grupta OK belirtilerin şizofreninin çekirdek belirtilerinden ayrıldığı ve şizofreninin bir alt tipi olma olasılığını arttırdığını göstermektedir (Poyurovsky ve ark. 2001).

Araştırmamız, OKB, şizofreni ve OK belirtileri olan şizofreni hastalarının aynı çalışma tasarımı içinde değerlendirildiği bir çalışmadır. Bununla birlikte örneklem grubumuzun küçüklüğü, şizofreni grubundaki hastaların şizofreni tipinin belirlenmemiş olması, birinci derece akrabalarda OKB ve OK ile ilişkili bozukluklara yönelik bir sorgulamanın yapılmamış olması ve aile öyküsüne yönelik bilginin sadece hastaya sorularak alınması, her üç grupta HDÖ, HAÖ uygulanmış olmakla birlikte bir tanı koyma aracı ile diğer birinci eksen bozukluklarının taranmamış olması araştırmamızın kısıtlılıklarındandır.

OKB, depresyon ve panik bozukluk gibi bazı psikiyatrik bozukluklar dikkat çekici oranlarda şizofreni

ile eş zamanlı olarak ortaya çıksa da, DSM IV öncesi hiyerarjik tanı sistemleri bu bozuklukların şizofreni hastalarında klinik ve bilimsel olarak "görülmesini", başka bir deyişle şizofreni hastalarına ek olarak bu tanıların konulmasını engellemiştir. Epidemiyolojik çalışmalarda, bu durumlarda bağımsız bir bozukluk tanısı mı konacağı ya da şizofreninin bir görünümü olarak mı değerlendirileceği netleştirilememiştir (Bermanzohn ve ark. 2000). Mc Glashan (1997), şizofreni ile birlikte görülen bu bozuklukların şizofreni ile rastlantısal olarak eş zamanlı ortaya çıkmış olmaları, bir başka deyişle ektanı olarak kabul edilmeleri için, bu bozuklukların şizofreni hastalarında görülme oranlarının genel popülasyonda görülme oranlarından yüksek olmaması gerektiğini ileri sürmüştür. Bland ve arkadaşları (1987) şizofreniye eşlik eden bozuklukların klinik geçerliliğinin kabulü için; 1) eşlik eden psikiyatrik bozuklukların şizofreninin klinik gidişinde farklılık yaratması, 2) eşlik eden psikiyatrik bozuklukların, bu bozuklukların şizofreni ile birlikte görüldüğü hastaların ailelerinde, bu bozuklukların görülmeyeceği şizofreni hastalarının ailelerine göre daha sık görülmesi, 3) şizofreni hastalarında görülen bu bozuklukların tek başına görüldüklerinde olduğu gibi tedavi edilebilir olmaları, gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Bu araştırmada YBOKÖ toplam puan ortalamalarının PBDÖ ve NBDÖ toplam puan ortalamaları ile bir ilişkisinin olmaması, bu belirtilerin psikotik belirtilerden kaynaklanmadığını düşündürmüştür. Bununla birlikte OK-şizofreni grubunun psikotik belirtilerinin şiddeti, dağılımı ve bu grupta şizofreninin gidişi şizofreni grubundan farklı olarak saptanmamıştır. OK-şizofreni grubunun ailesinde şizofreni oranlarının yüksek olması da bu grubun şizofreniden bağımsız bir tanı grubu olmadığı düşüncesini desteklemektedir. Psikotik belirtiler OK-şizofreni grubunda şizofreni grubundan daha şiddetli olmasa da bu hasta grubunun KYA, HAÖ ve HDÖ puanlarının şizofreni grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmanın kısıtlılıklarına rağmen elde edilen verilere dayanarak, OK belirtileri olan şizofreni hastalarının şizofreniden bağımsız bir klinik tanı olmadığı, psikotik belirtileri daha şiddetli olmayan ancak depresyonun ve anksiyete belirtilerinin daha şiddetli görüldüğü ve daha fazla yeti yitimine neden olan bir şizofreni alt tipi olabileceği öne sürülebilir.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM IV), dördüncü baskı, (Çev Ed: Köroğlu E), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998.

Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H (1994)

Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 4:251-259.

Andreasen NC (1983) The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) Iowa City, University of Iowa.

- Andreasen NC (1984) The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) Iowa City, University of Iowa.
- Bermanzohn PC, Porto L, Arlow PB ve ark. (2000) At issue: hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: a clinical study of co-occurring syndromes, *Schizophr Bull*, 26: 517-525.
- Bland RC, Newman SC, Orn H (1987) Schizophrenia: lifetime comorbidity in a community sample. *Acta Psychiatr Scand*, 75: 383-391.
- Bottas A, Cooke RG, Rihter MA (2005) Comorbidity and pathophysiology obsessive-ompulsive disorder in schizophrenia: Is There evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia?, *J Psychiatry Neurosci*, 30:187-193.
- Byerly M, Goodman W, Acholonu W ve ark. (2005) Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia: Frequency and clinical features. *Schizophr Res*, 76:309-316.
- Demir YE, Aslan S (2005) Şizo-obsesif bozukluk: Tanı, sınıflandırma ve tedavi. *Türkiye'de Psikiyatri*, 7:38-43.
- Eisen JL, Beer DA, Pato MT ve ark. (1997) Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*, 154:271-273.
- Eisen JL, Rasmussen AS (1993) Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry*, 54:373-379.
- Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C ve ark. (1991a) Negatif semptomları değerlendirme ölçeği'nin (SANS) güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam*, 4:14-19.
- Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C ve ark. (1991b) Pozitif semptomları değerlendirme ölçeği'nin (SANS) güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam*, 4:20-24.
- Fabisch K, Fabisch H, Langs G ve ark. (1997) Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res*, 24:20.
- Fenton WS, McGlashan TH (1986) The Prognostic Significance of Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 143:437-441.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark. (1989a) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46:1006-1011.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark. (1989b) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*, 46:1012-1016.
- Hamilton M (1959) The assesment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32:50-55.
- Hwang MY, Hollander E (1993) Schizo-Obsessive Disorders. *Psychiatric Annals*, 23:396-401.
- Hwang MY, Bermanzohn PC, Opler LA (2001) Şizofreni ve eşanlı durumlar tanı ve tedavi (çev. Büyükkal B, çev. ed.: Üçok A). Yelkovan Yayıncılık, İstanbul, 2002.
- Kaplan İ (1995) Yankırsal bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6:169-79.
- Karamustafaoğlu O, Üçışık AM, Ulusoy M ve ark. (1993) Yale-Brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin Türkçe'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 29 Eylül-4 Ekim, Bursa.
- Kayahan B, Öztürk O, Veznedaroğlu B ve ark. (2005) Obsessivecompulsive symptoms in schizophrenia prevalence and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59:291-295.
- Lysaker PH, Marks KA, Picone JB ve ark. (2000) Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia: Clinical and neurocognitive correlates. *J Nerv Ment Dis*, 188:78-83.
- Lysaker PH, Lancaster RS, Nees MA ve ark. (2004) Patterns of obsessive-compulsive symptoms and social function in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 100:249-57.
- McGlashan TH (1997) Are schizophrenia and OCD related disorders? *CNS Spectr*, 2: 16-18.
- McKeon P, Murray R (1987) Familial aspect of obsessive compulsive neurosis. *Br J Psychiatry*, 151:528-534.
- Nechmad A, Ratzoni G, Poyurovsky M ve ark. (2003) Obsessive-compulsive disorder in adolescent schizophrenia patients. *Am J Psychiatry*, 160:1002-1004.
- Ohta M, Kokai M, Morita Y (2003) Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 57:67-74.
- Overall JE, Gorham DR (1962) The brief psychiatric rating scale. *Psychol Reports*, 10:799-812.
- Öngür D, Goff DC (2005) Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status. *Schizophrenia Res*, 75:349-362.
- Özdemir Ö, Tükel R, Türksoy N ve ark. (2000) Şizofreninin eşlik ettiği obsesif kompulsif bozuklukta klinik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11:169-178.
- Özen AR, Güz H, Dilbaz N (1999) Şizofrenide obsesif-kompulsif belirtiler şiddeti : içgörü ile ilişkisi. *Türkiyede Psikiyatri*, 2:97-107.
- Özderdem A (1998) Obsesif-kompulsif bozukluk üzerine bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 2:98-102.
- Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A (1999) Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 156:1998-2000.
- Poyurovsky M, Hramenkov S, Isakov V ve ark. (2001) Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Res*, 102:49-57.
- Payurovsky M, Koran LM (2005) Obsessive-Compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *J Psychiatr Res*, 39:399-408.
- Payurovsky M, Kriss V, Weismann G ve ark. (2005) Familial aggregation of schizophrenia-spectrum disorders and obsessive-compulsive associated disorders in schizophrenia probands with and without OCD. *Am J Med Genet*, 133B:31-36.
- Rosen I (1957) The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *J Ment Sci*, 103:778-785.
- Samuels J, Nestadt G, Wolyniec P ve ark. (1993) Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res*, 9:139.
- Sevincok L, Akoglu A, Arslantaş H (2006) Schizo-obsessive and obsessive-compulsive disorder: Comparison of clinical characteristics and neurological soft signs. *Psychiatry Res*, 145:241-248.
- Soykan C (1989) Institutional differences and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment. Master tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Stewart AL, Hays RD, Ware JE Jr (1988) The MOS short-form general health survey: Reliability and validity in a patient population. *Med Care*, 26: 724-35.
- Tibbo P, Kroetsch M, Chue P ve ark. (1999) Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *J Psychiatr Res*, 34:139-146.
- Tibbo P, Warneke L (1999) Obsessive-Compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap. *J Psychiatry Neurosci*, 24: 15-24.
- Thomsen PH, Jensen J (1994) Obsessive-compulsive disorder: admission patterns and diagnostic stability. A case register study. *Acta Psychiatr Scand*, 90:19-24.
- Yazıcı MK, Demir B, Tannıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9:114-117.
- Williams BW (1978) A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatr*, 45:742-747.

ŞİZOFRENİ DERNEKLERİ RUH HEKİMLERİNİN İLGİ VE DESTEĞİNİ BEKLİYOR

Şizofreni Gönüllüleri ve Dayanışma Derneği

Ethemefendi Cad. Fırın Sok., Can Apt. No: 5/5, Erenköy, İSTANBUL

Tel. 0216 363 77 26 • Faks. 0216 302 19 94

www.sizofrenigonulluleri.org

e-mail: bilgi@sizofrenigonulluleri.org

Şizofreni Dostları Derneği

Lamartin Cad., 23/4, Talimhane, Taksim, İSTANBUL

Tel. 0212 256 36 61 • Faks. 0212 256 53 91

Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği

Kuveyt Cad. (Güven Sokak) 7/18, Aşağıyabancı, ANKARA

Tel. 0312 466 54 66

İzmit Bizimbahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği

Yenimahalle, KOCAELİ

Tel. 0262 226 69 54

Şizofreni Dayanışma Derneği

1469 Sok. Alsancak, Konak, İZMİR

Tel. 0232 465 05 15

Şizofreni Gönüllüleri Derneği

Ferhuniye Cad., No:1, KONYA

Tel. 0332 350 89 00

Şizofreni ile Yaşam Derneği

Tunca Mah. İzmir Cad. No: 172/2, Karaköy, MANİSA

Tel: 0 236 239 64 71

Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği (AŞ-DER)

Bayındır 1 Sokak Fazıl Bey İş Merkezi No 15/16 Kızılay, ANKARA

Tel: 0312 432 57 87 Faks: 0312 475 62 98