Obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve işlevsellik

Zekeriya BAHÇE,[1] Ömer BÖKE,[2] Ahmet Rifat ŞAHİN,[3] Ali Cezmi ARIK,[3] Hatice GÜZ,[4] Gökhan SARISOY,[5] Saliha BAYKAL,[6]

ÖZET

Amaç: *Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni hastalarında belirtiler ile işlevsellik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amaçlandı.* ***Yöntem:*** *Çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran, 17'şer hastadan oluşan 3 grup ile yürütüldü. Birinci grupta obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni hastaları ardışık olarak çalışmaya alındı. İkinci gruptaki şizofreni ve 3. grupdaki obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastaları yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve hastalık süresi açısından obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni grubuyla eşleştirilerek seçildi. Çalışmaya katılanlara sosyodemografik bilgi formu, Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS), Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (YBOKÖ), İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği (İGD), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (DSÖYKÖ-K) uygulandı.* ***Sonuçlar:*** *Obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni ve şizofreni hastalarının OKB'lilere göre DSÖYKÖ-K sosyal alan alt ölçek ve İGD puanlarının daha düşük olduğu saptandı. Şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni hastalarında işlevselliğin PANSS pozitif, genel psikopatoloji ve toplam skorları ile olumsuz yönde ilişkili olduğu belirlendi. Obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni hastalarında sosyal alan yaşam kalitesi skorlarının YBOKÖ obsesif kompülsif skoru ile olumsuz ilişkili olduğu, OKB hastalarında ise işlevsellik, fiziksel ve psikolojik alan yaşam kalitesi skorlarının YBOKÖ obsesif kompülsif skoru ile olumsuz yönde ilişkili olduğu saptandı.* ***Tartışma:*** *Bu çalışmanın sonuçlarına göre OKB'un eşlik ettiği şizofreni hastalarının işlevselliğinin ve sosyal alan yaşam kalitesinin şizofreniyle benzerlik gösterdiği saptandı. OKB'un eşlik ettiği şizofreni hastalarında psikotik belirtilerin şiddetinin işlevsellikle ilişkili olduğu, ancak yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığı görüldü. Ayrıca OK belirtilerin şiddetinin sosyal alan yaşam kalitesi ile ilişkili olabileceği sonucuna varıldı.* ***(Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:117-124)***

Anahtar sözcükler: *Şizo-obsesif bozukluk, işlevsellik, yaşam kalitesi*

Functionality and quality of life in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia

ABSTRACT

Objective: *The aim of this study was to determine the relationship between symptoms of obsessive-compulsive disorder comorbid with schizophrenia, and quality of life and functioning.* ***Materials and methods:*** *The study was designed on 3 groups of patients, each group consisting of 17 patients who were admitted to Ondokuz Mayıs University Psychiatry Clinic. The first group consisted of schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive disorder. The second group includes patients with schizophrenia only, whereas patients with a diagnosis of*

[1] Uzm.Dr., Sağlık Bakanlığı Çarşamba Devlet Hastanesi, SAMSUN
[2] Yrd.Doç.Dr., [3] Prof.Dr., [4] Doç.Dr., [5] Yrd.Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, SAMSUN
[6] Arş.Gör.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi ABD, SAMSUN
Yazışma adresi: Yrd.Doç.Dr. Ömer BÖKE, Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Kurupelit/SAMSUN
E-mail: omerbk@omu.edu.tr; omerboke2001@yahoo.com

obsessive compulsive disorder (OCD) only formed the third group. The second and third group were age, illness duration and gender matched with the first one. The patients were evaluated with, sociodemographic data form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS), Global Assessment of Functioning (GAF), World Health Organization Quality of Life Brief form (WHOQOL). ***Results:*** *Schizophrenia patients with OCD and schizophrenia-only patients presented with lower scale scores as to WHO-QOL social relationships domain subscale and GAF points than OCD-only patients. Functionality was negatively correlated with PANSS positive, general psychopathology and total scores in schizophrenia-only and schizophrenia-OCD groups. WHOQOL social relationships domain sub-scale was negatively correlated with YBOCS in schizophrenia-OCD group.Moreover, functionality and WHOQOL physical, psychological domain subscales was negatively correlated with YBOCS scores in OCD-only patients.* ***Conclusion:*** *Functionality and social relationships domains in schizophrenia-OCD patients showed similar patterns with schizophrenia-only patients. Severity of psychotic symptoms was correlated with functionality but not with total quality of life scores in oschizophrenia-OCD patients. Beside, severity of obsessive compulsive symptoms was related with social relationships domain of life quality in schizophrenia-OCD group patients.* ***(Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9:117-124)***

Key words: *schizo-obsessive disorder, functionality, quality of life*

GİRİŞ

Epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda şizofreni hastalarında %3.8-59.2 arasında obsesif kompulsif (OK) belirtiler ya da obsesif kompulsif bozukluk (OKB) görüldüğü bildirilmiştir.[1] Zohar, psikotik ve OK belirtilerin birlikteliğinin farklı bir psikopatolojiyi yansıttığını ileri sürmüş ve bu grup hastalara 'şizoobsesif bozukluk' (ŞOB) tanısını önermiştir.[2] Zohar ve ark.nın şizo-obsesyon kavramı ilgi çekici bulunmakla birlikte, tanımın kapsamı, klinik özellikleri, nozolojik geçerliliği konusunda farklı görüşler belirtilmiştir. Poyurovsky ve ark. obsesyonlar ve sanrıların birbirinden ayırt edilmesi ile ilgili güçlüklere dikkat çekerek, ŞOB tanısının DSM-IV'e göre OKB ve şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan hastalara konmasını önermiştir.[3] Bu yazıda da ŞOB tanımı DSM-IV'e göre OKB ve şizofreni tanı ölçütlerini birlikte karşılama durumu için kullanılmıştır.

Psikiyatrik hastalıklarda hastanın 'davranışlarının kontrol altında olması', dolayısıyla pozitif belirtilerinin yatıştırılması, psikiyatrik tedavinin temel göstergesi gibi düşünülürdü. Ancak son yıllardaki çalışmalarda yaşam kalitesi ve işlevsellik kavramı öne çıkmıştır. Sartorius, ciddi mental hastalıkları olanlanlarda psikiyatrik rehabilitasyonun temel amacının yaşam kalitesinin yükseltilmesi olması gerektiğini ileri sürmüştür.[4] Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 15-44 yaş grubu için yeti yitimine neden olan 8. sıradaki hastalık şizofreni iken, 10. sırada OKB yer almaktadır.[5]

Şizofrenide yaşam kalitesinin pozitif and negatif sendrom ölçeği (PANSS) skorları ile,[6,7] kısa psikiyatrik derecelendirme skorları[8] ile, depresyon ile[7,9,10] ilişkili olduğu gösterilmiştir. OKB'ta depresyon ve obsesyonların şiddetinin yaşam kalitesini belirlediği, ancak kompulsiyonların şiddetinin belirlemediği bildirilmiştir.[11] Bir başka çalışmada depresyon şiddeti ve OKB belirti sayısı ile yaşam kalitesi arasında ilişki götserilmiştir.[12]

Yaşam kalitesi açısından şizofreni ve OKB'un karşılaştırıldığı çalışmalarda iki farklı sonuç bildirilmiştir. Birçok yazar tarafından şaşırtıcı bulunsa da, iki çalışmada OKB'ta yaşam kalitesinin şizofreniye göre daha bozuk olduğu ileri sürülmüş;[13,14] bir çalışmada ise, OKB ile şizofreni arasında fark bulunmamıştır.[15] Literatürde ŞOB hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır. İşlevsellikle ilgili tek çalışmada ise, Pyurovsky ve ark. ŞOB hastalarında temel sosyal işlevselliğin OKB'un eşlik etmediği şizofreni hastalarına göre daha kötü olduğunu bildirmiştir.[16]

Bu çalışmada ŞOB belirtilerinin işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini, bu etkinin şizofreni ve OKB'ta farklı olup olmadığını ortaya koymak amaçlandı.

YÖNTEM VE GEREÇ

Bu çalışma Eylül 2006-Eylül 2007 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalarla yapılmıştır. Araştırma projesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İşlem yolu ve tanı grupları

Bu çalışmada şizofreninin başlangıcından önce OKB bulunan ya da şizofreni başlangıcında OKB ölçütlerini karşılayan, halen DSM-IV'e göre şizofreni ve OKB tanı ölçütlerini karşılayan, YBOCS skoru 16 ve üzerinde olan hastalar 'ŞOB' olarak kabul edilmiştir. ŞOB grubundaki hastalarda OKB belirtileri açısından içgörü bulunması koşulu aranmamıştır. OKB grubuna ise, içgörüsü bulunmayan hastalar alınmamıştır. Tanı görüşmeleri, psikometrik ölçekler bir araş-

tırma görevlisi tarafından gerçekleştirilmiştir. Şizofreni ve OKB tanısı Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 4. baskı (DSM-IV) tanı ölçütlerine göre konmuştur.[17]

Çalışmaya 3 grup hasta alınmıştır:
1. grup: Şizofreni ve OKB tanısı konan 17 hasta (ŞOB grubu),
2. grup: OK belirtisi bulunmayan 17 şizofreni hastası (Şizofreni grubu),
3. grup: Yalnız OKB tanısı konan 17 hasta (OKB grubu).

Önce 1. gruptaki ŞOB olarak değerlendirilen hastalar ardışık olarak çalışmaya alınmış, 2. gruptaki şizofreni ve 3. gruptaki OKB hastaları yaş, cinsiyet ve hastalık süresi açısından ŞOB grubuyla eşleştirilerek çalışmaya alınmıştır.

Çalışmaya katılanlara sırasıyla aşağıdaki testler uygulanmıştır:
1. Pozitif and Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS),
2. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ),
3. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD),
4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (DSÖYKÖ-K).

Çalışmaya alınma ölçütleri

DSM-IV'e göre şizofreni veya OKB tanı ölçütlerini karşılamak, ŞOB tanısı için eş zamanlı olarak şizofreni ve OKB DSM-IV tanı ölçütlerini karşılamak, ŞOB ve OKB hastalarında YBOKÖ skorunun 16 veya üzerinde olması, ŞOB hatsalarında OKB tanısının şizofreni başlangıcında ya da öncesinde bulunuyor olması; her grupta en az 1 ay boyunca belirti stabilitesi bulunması, ŞOB ve şizofreni hastalarında en az 1 ay süre ile antipsikotik tedavi dozunun değişmemiş olması, en az ilkokul mezunu olmak, 18 yaşından büyük olmak, uygulanacak ölçek ve test yönergelerini anlamaya ve yanıtlamaya engel olabilecek düzeyde bedensel ya da ruhsal rahatsızlığının bulunmaması, bir başka eksen 1 tanısı olmaması ve 6 ay içinde elektrokonvusif tedavi yapılmamış olması olarak belirlendi.

Çalışma araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu: Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerinin kaydedilmesi için tarafımızca hazırlanmıştır.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği: Şizofrenide veya diğer psikotik bozukluğu olanlarda pozitif ve negatif belirtiler, genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek için kullanılmaktadır. Kay ve ark. tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olarak geliştirilmiştir.[18] Toplam 30 maddeden oluşmaktadır.

Maddelerin 7'si pozitif, 7'si negatif belirtileri, 16'sı ise genel psikopataloji belirtilerini içermektedir. Her madde 7 puanlı şiddet değerlendir-mesi içermektedir. Puanlama her maddenin puanlarının toplanmasıyla yapılmaktadır. Ölçeğin Türkçeye çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır.[19]

Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği: Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek, klinik gidiş ve tedavi ile oluşan değişmelerin değerlendirmesinde kullanılmaktadır. Goodman tarafından geliştirilmiştir.[20,21] YBOKÖ'nin ilk bölümü, 74 sorudan oluşan belirti kontrol listesidir. İkinci bölümü 19 maddeden oluşmaktadır. İlk 5 soru obsesyon, sonraki 5 soru ise kompulsiyonların şiddetini ölçmektedir. Her belirti hastanın ne kadar zamanını aldığına, yaşamını etkilediğine, rahatsızlığa neden olduğuna, bunlara hangi oranda aktif direnç gösterdiğine ve bunlar üzerindeki kontrolün düzeyine göre 0-4 arasında puanlanır. Bundan sonra obsesyon ve kompulsiyon alt toplamı ve genel toplam değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır.[22]

İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği (İGD): Lubrosky tarafından geliştirilen Sağlık-Hastalık Derecelendirme Ölçeği'nin gözden geçirilmiş biçimi Spitzer ve ark. tarafından geliştirilmiş, Genel Değerlendirme Ölçeği adı verilmiştir. Bu ölçeğin Endicott tarafından yeniden uyarlanmış biçimi İGD adıyla DSM kapsamına alınmıştır.[23] DSM-IV'ün V. ekseninde hastanın psikolojik, sosyal ve mesleksel işlevlerini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Hastayı inceleyen klinisyen kendi yargısını kullanarak kişinin genel uyum düzeyini 0-100 arasında değişen bir ölçek üzerinde değerlendirir.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (DSÖYKÖ-K)*:* Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır.[24] Yüz sorudan oluşan daha geniş bir değerlendirme aracı (DSÖYKÖ-100) içinden seçilen 26 soruyu ve dört alanı kapsamaktadır. Bu dört alan fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır. Ölçek Likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Kişinin hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığı ve yaşadığı, hastalık ile fiziksel etkinlik, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Eser ve ark. tarafından yapılmıştır.[25]

İstatistiksel analiz

Hasta gruplarından elde edilen verilerin analizi 'SPSS for Windows 10.0' istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Gruplarda, ölçeklerden elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Veriler normal dağılım göstermediği için non-parametrik analiz yöntemlerinden yararlanıldı. İkili grupların sayısal değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grubun sayısal değişkenlerinin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi, aralarında fark saptanan grupların ikili karşılaştırılmalarında Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanıldı. Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testinde anlamlılık düzeyi p=0.05/3= 0.016, diğer karşılaştırmalarda p=0.05 olarak kabul edildi. Hastalık belirtilerinin yaşam kalitesi ve işlevsellik ile ilişkisini ortaya koymak için Sperman korelasyon analizi kullanıldı.

SONUÇLAR

Çalışmamız ŞOB, şizofreni, OKB tanıları konmuş 3 hasta grubu ile yapılmıştır. Gruplarda 17'şer hasta bulunmaktadır. Hasta grupları yaş, cinsiyet, eğitim ve hastalık süresi yönünden eşleştirilmiştir. Toplam 51 hastanın ortalama yaşı 31.13±10.37 yıldı. Her grupta 10 erkek, 7 kadın hasta bulunmaktaydı. Diğer sosyodemografik veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Grupların eğitim yaş ve hastalık özellikleri

	ŞOB	Şizofreni	OKB	p	KW χ^2
Yaş	29.70±7.95	33.47±12.89	30.23±9.89	0.741	0.60
Eğitim	12.35±4.09	11.76±4.46	11.35±4.22	0.680	0.77
Hastalık başlangıcı	17.52±3.48	22.29±7.08	17.47±3.30	0.033*	6.82
Hastalık süresi (yıl)	11.82±6.65	11.00±11.60	12.35±8.46	0.405	1.81

***** Üçlü karşılaştırmada fark bulunmasına karşın grupların ikili karşılaştırmasında fark yoktu.

Tablo 2. Hastalık gruplarının klinik ölçek puanlarının karşılaştırılması

	ŞOB	Şizofreni	OKB	p	KW χ^2	u
PANSS - P	21.11±5.21	21.29±4.92		0.986		144.00
PANSS - N	20.41±6.42	22.29±5.99		0.227		109.50
PANSS - G	42.52±7.23	39.70±6.98		0.397		120.00
PANSS - T	83.47±14.40	83.29±15.21		0.491		124.50
YBOKÖ	23.41±4.77	24.70±6.14		0.629		130.50
İGD	39.70±8.56	44.70±10.22	62.94±7.30	0.000*	28.84	
DSÖYKÖ-Fiziksel	11.70±3.15	12.11±2.23	13.70±2.77	0.114	4.34	
DSÖYKÖ-Psikoljik	12.00±3.35	11.47±2.26	13.17±2.57	0.231	2.93	
DSÖYKÖ-Sosyal	11.52±2.67	9.58±3.46	14.11±2.02	0.000*	15.68	
DSÖYKÖ-Çevre	13.11±2.66	12.29±1.92	14.05±2.24	0.115	4.33	

* Fark ŞOB/OKB ve şizofreni/OKB arasındadır.

Hasta grupları klinik ölçek puanları açısından değerlendirildiğinde, PANSS toplam ve alt ölçek skorları, YBOKÖ, DSÖYKÖ-K fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, çevre alan puanları açısından farklılık belirlenmedi. Hastaların İGD (p=0.000, KW χ^2=28.84) ve DSÖYKÖ-K sosyal alan (KW χ^2=15.68, p=0.000) puanları açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık belirlendi. İkili karşılaştırmalarda İGD skorları açısından ŞOB/OKB (u=6.0, p=0.000) ve şizofreni/OKB (u=22.0,

p=0.000) grupları arasında fark olduğu saptandı. Aynı şekilde DSÖYKÖ-K sosyal alan skorları açısından da ŞOB/OKB (u=93.5, p=0.076) ve şizofreni/OKB (u=44.0, p=0.000) grupları arasında fark saptandı. OKB grubunun ŞOB ve şizofreni hasta gruplarına göre genel işlevsellik düzeyleri ve sosyal alan yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirlendi (Tablo 2).

ŞOB grubunda YBOKÖ skoru ile DSÖYKÖ-K sosyal alan skoru arasında negatif güçlü korelasyon (r=-0.506) saptandı. PANSS pozitif (r=-0.698), PANSS genel psikopatoloji (r=-0.716), PANSS toplam (r=-0.840) skorları ile İGD skoru arasında ise çok güçlü negatif korelasyon saptandı (Tablo 3).

Şizofreni grubunda PANSS skorları ile DSÖYKÖ-K skorları arasında korelasyon bulunmamıştır. PANSS pozitif (r=-0.567) skorları ile İGD skoru arasında negatif yönde güçlü korelasyon, PANSS genel psikopatoloji (r=-0.695), PANSS toplam (r=-0.683) skoru ile İGD skoru arasında ise negatif yönde çok güçlü korelasyon saptandı (Tablo 4).

OKB grubunda YBOKÖ skorları ile DSÖYKÖ-K fiziksel alan (r=-0.547) ve DSÖYKÖ-K psikolojik sağlık alanı skorları arasında negatif güçlü korelasyon belirlendi. YBOKÖ skorları ile İGD skoru (r=-0.942) arasında ise negatif çok güçlü korelasyon saptandı (Tablo 5).

Tablo 3. ŞOB hastalarında klinik ölçek puanları ile DSÖYKÖ ve İGD korelasyonu

	DSÖYKÖ fiziksel	DSÖYKÖ psikolojik	DSÖYKÖ sosyal	DSÖYKÖ çevre	İGD
PANSS P	r=0.201 p=0.410	r=0.467 p=0.059	r=0.143 p=0.584	r=0.310 p=0.905	r=-0.698** p=0.002
PANSS N	r=0.176 p=0.499	r=-0.138 p=0.598	r=-0.144 p=0.582	r=-0.297 p=0.247	r=-0.242 p=0.350
PANSS G	r=0.052 P=0.844	r=0.067 p=0.799	r=-0.217 p=0.402	r=-0.311 p=0.225	r=-0.716** p=0.001
PANSS T	r=0.200 p=0.443	r=0.125 p=0.633	r=-0.063 p=0.811	r=-0.287 p=0.263	r=-0.840** p=0.000
YBOCS	r=-0.238 p=0.357	r=-0.275 p=0.286	r=-0.506** p=0.038	r=-0.263 p=0.308	r=-0.386 p=0.125

Tablo 4. Şizofreni hastalarında klinik ölçek puanları ile DSÖYKÖ ve İGD korelasyonu

	DSÖYKÖ fiziksel	DSÖYKÖ psikolojik	DSÖYKÖ sosyal	DSÖYKÖ çevre	İGD
PANSS P	r=0.367 p=0.148	r=0.427 p=0.088	r=-0.134 p=0.609	r=0.017 p=0.947	r=-0.567* p=0.018
PANSS N	r=-0.151 p=0.563	r=-0.199 p=0.445	r=-0.059 p=0.822	r=-0.180 p=0.490	r=-0.404 p=0.108
PANSS G	r=0.050 p=0.850	r=-0.021 p=0.937	r=0.024 p=0.926	r=0.115 p=0.660	r=-0.695** p=0.002
PANSS T	r=0.076 p=0.772	r=0.083 p=0.752	r=0.093 p=0.723	r=0.048 p=0.855	r=-0.683** p=0.003

TARTIŞMA

Bu çalışmada şizofreni ve ŞOB hastalarında işlevselliğin PANSS pozitif, genel psikopatoloji ve toplam skorları ile olumsuz yönde ilişkili olduğu; ŞOB hastalarında sosyal alan yaşam kalitesi skorlarının obsesyon ve kompulsiyonların şidde-

Tablo 5. OKB hastalarında YBKÖ puanı ile DSÖYKÖ ve İGDS korelasyonu

	DSÖYKÖ fiziksel	DSÖYKÖ psikolojik	DSÖYKÖ sosyal	DSÖYKÖ çevre	İGD
YBOCS	r=-0.547* p=0.023	r=-0.487* p=0.047	r=-0.209 p=0.420	r=0.274 p=0.288	r=-0.942** p=0.000

ti ile olumsuz yönde ilişkili olduğu, OKB'lu hastalarda ise işlevsellik ve fiziksel, psikolojik alan yaşam kalitesinin obsesyon ve kompulsiyonların şiddeti ile ilişkili olduğu saptandı.

Literatürde ŞOB hastalarının şizofreniye göre daha zayıf işlevsellikte oldukları,[16,26-29] ya da şizofreni hastalarından farkları bulunmadığını saptayan yayınlar[30-33] çoğunluktadır. İşlevselliğin daha iyi olduğu yönündeki yayınlar[34,35] ise sınırlı sayıdadır. Sonuçlar ŞOB hastalarında işlevsellik ve yaşam kalitesine birçok etkenin (negatif belirtiler, hastalık süresi, OK belirti şiddeti) değişik oranlarda etkisinin olabileceğini gösterir. Lysaker ve ark. ŞOB hastalarıda negatif belirtilerin fazla olduğunu ve zayıf işlevsellik gösteren bir alt grup olabileceğini belirtmiştir.[36]

ŞOB ve şizofreni hastalarını yaşam kalitesi açısından karşılaştıran bir çalışma bulunmaktadır. Öngür ve ark. Heinrichs Carpenter Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada, sonuçlarımıza benzer biçimde iki grup arasında fark bulmamıştır.[37] Şizofreni ve OKB hastalarını yaşam kalitesi açısından karşılaştıran çalışmalarda ise farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bystritsky iki grubu Lehman Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanarak değerlendirmiş, OKB hastalarında sosyal alan ve bağımsız yaşam alanlarında daha yüksek puanlar bulmuştur.[13] Bu sonuç çalışmamızdaki OKB hastalarının sosyal alan yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulgusunu desteklemektedir. Bununla birlikte iki grubun yaşam kalitesi açısından farkı bulunmadığını,[15,38] ya da OKB hastalarının şizofreniye göre psikolojik ve sosyal alan yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu bildiren yayınlar da vardır.[14]

Şizofreni hastalarında PANSS skorları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda bir görüş birliği yoktur. Kugo ve ark. DSÖYKÖ-K kullanarak yaptıkları çalışmada PANSS skorları ile yaşam kalitesi arasında korelasyon bulmamıştır.[39] İlk atak şizofreni hastalarında PANSS skorları ile Kısa Form 36 (SF-36) ile değerlendirilen yaşam kalitesi arasında korelasyon saptanmamıştır.[40] Bununla birlikte şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin PANSS negatif,[41,42] PANSS pozitif,[43,44] kısa psikiyatrik derecelendirme skorları[8] ile ve depresyon ile[7,9,10] ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

OKB hastalarında obsesyon ve kompulsiyonların yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisinin olduğu tutarlı bir şekilde gösterilmiştir. Wenzke ve ark. YBOKÖ skorları ile DSÖYKÖ psikolojik sağlık, fiziksel sağlık ve çevre alanı skorları arasında olumsuz yönde bir ilişki olduğunu bildirmiştir.[45] OKB belirti şiddetinin yaşam kalitesini azalttığını bildiren yayınlar vardır.[11,12,46]

ŞOB hastalarında işlevselliği ve ilişkili etkenleri değerlendiren çok sayıda çalışma vardır. Buna karşılık ŞOB hastalarında yaşam kalitesi yeterince araştırılmamış bir konudur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre psikotik semptomatoloji açısından ŞOB grubunda PANSS toplam, PANSS pozitif, PANSS genel psikopatoloji skorlarının İGD skorları ile negatif korelasyonu şizofreni grubu ile benzerdir. ŞOB grubunda YBOKÖ skorları ile İGD skorları arasında ilişki saptanmazken, OKB hastalarında YBOKÖ skorlarının İGD skorları ile çok güçlü şiddette negatif korelasyonu vardır. Bu nedenle ŞOB hasta grubunda işlevselliğin değerlendirilmesinde psikotik belirtilerin daha belirleyici olduğu söylenebilir.

Psikotik belirtiler göz önüne alındığında, ŞOB ve şizofreni hastalarının PANSS skorları ve yaşam kalitesi ilişkisi açısından fark bulunmadığı görülmektedir. Oysa psikotik belirtilere eşlik eden OK belirtilerin sosyal alan yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir. ŞOB hastalarında OK belirtilerin psikotik belirtilerden bağımsız olduğu ve hastaların OK belirtilere karşı içgörülerinin bulunduğu bildirilmektedir.[3] Her ne kadar bizim çalışmamızda içgörü değerlendirilmemiş olsa da, ŞOB hastalarının OK belirti şiddetinin sosyal alanda yaşam kalitesini etkilediği söylenebilir. Ayrıca OKB hastalarında OK belirti şiddetinin yaşam kalitesinin psikolojik ve fiziksel alanı ile ilişkili iken ŞOB hastalarında yaşam kalitesi sosyal alanı ile ilişkili olması ilgi çekicidir. Ayrıca önemli bir konu da ŞOB ve şizofreni gibi psikotik hastalardan oluşan iki grupta da PANSS skorları ile DSÖYKÖ skorları arasında ilişki olmamasına

karşın; İGD ile negatif güçlü korelasyon göstermesidir. Bu iki durum psikotik kişilerde hastalık sürecinde ortaya çıkabilen içgörü kaybı, bilişsel yetersizlikler, inatçı psikotik belirtiler, düşünce ve algılama bozuklukları nedeniyle yaşam kalitelerini kendi kendilerine değerlendirip değerlendiremeyeceklerini tartışmalı hale getirmektedir. Bilindiği gibi, İGD klinisyenin kendi yargısını kullanarak kişinin genel uyum düzeyini 0-100 arasında değişen bir ölçek üzerinde puanlaması esasına dayanır. Oysa DSÖYKÖ kişinin hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığı ve yaşadığı, hastalık ile fiziksel etkinlik, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir.[25] Kusel ve ark. şizofreni hastalarında yaşam kalitesini Yaşam Kalitesi Ölçeği (QLS) ve Manchester Kısa Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi'ni (MANSA) eş zamanlı kullanarak araştırmıştır. QLS klinisyenin derecelendirdiği bir ölçek olmasına karşın, MANSA hastanın öznel yargısına dayanarak doldurduğu bir ölçektir.[47,48] Yapılan regresyon analizleri sonucunda hastalar açısından yaşam kalitesini değerlendirmede pozitif ve negatif semptomatolojinin belirleyici olmadığı, daha çok depresif belirtilerin ön plana çıktığı görülmüştür. Buna karşılık klinisyenin yaşam kalitesini değerlendirmesinde PANSS total ve PANSS negatif belirti skorlarının belirleyici olduğu saptanmıştır.[7]

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı olgu sayısının azlığıdır. Olguların sadece fakültemiz psikiyatri kliniğinde izlenen olgulardan oluşması sonuçların genelleştirilebilmesine engel olmaktadır.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, ŞOB hastalarının işlevselliğinin ve sosyal alan yaşam kalitesinin şizofreniyle benzerlik gösterdiği ve OKB'tan daha kötü olduğu saptandı. ŞOB hastalarında psikotik belirtilerin şiddetinin işlevsellikle ilişkili olduğu, yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığı görüldü. OK belirtilerin şiddetinin sosyal alan yaşam kalitesiyle ilişkili olabileceği sonucuna varıldı.

KAYNAKLAR

1. *Poyurovsky M, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: Diagnostic dilemmas and therapeutic implications. J Psychiatric Res 2005; 39:399-408.*
2. *Zohar J. Is there room for a new diagnostic subtype: the schizo-obsessive subtype? CNS Spectrums 1997; 2:49-50.*
3. *Poyurovsky M, Weizman A, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. CNS Drugs 2004; 18:989-1010.*
4. *Sartorious N. Rehabilitation and quality of life. Hosp Community Psychiatry 1992; 43:1180-1181.*
5. *The WHO World Health Report: New understanding, new hope. WHO, Geneva, 2001.*
6. *Awad AG, Voruganti LN, Heslegrave RJ. A con-ceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. Qual Life Res 1997; 6:21-26.*
7. *Kusel Y, Laugharne R, Perrington S, McKendrick J, Stephenson D, Stockton-Henderson J, et al. Measurement of quality of life in schizophrenia: a comparison of two scales. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007; 42:819-823.*
8. *Kaiser W, Priebe S, Barr W, Hoffmann K, Isermann M, Roder-Wanner UUI. Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and out-patient samples. Psychiatry Res 1997; 66:153-166.*
9. *Hofer A, Kemmler G, Eder U, Edlinger M, Hummer M, Fleischhacker WW. Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. J Clin Psychiatry 2004; 65:932-939.*
10. *Orsel S, Akdemir A, Dag I. The sensitivity of quality-of life scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. Compr Psychiatry 2004; 45:57-61.*
11. *Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. Can J Psychiatry 2003; 48:72-77.*
12. *Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, Jacobsen D. Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. Compr Psychiatry 2005; 46:453-459.*
13. *Bystritsky A, Liberman RP, Hwang S, Wallace CJ, Vapnik T, Maindment K, et al. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. Depression Anxiety 2001; 14:214-222.*
14. *Stengler-Wenzke KS, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006; 41:662-668.*
15. *Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousonon M. Quality of life and disability in patients with obsessive compulsive disorder. Eur Psychiatry 2001; 16:239-245.*
16. *Poyurovsky M, Hramenkov S, Isakov V, Rauchverger B, Modal I, Schneidman M, et al. Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. Psychiatry Res 2001; 102:49-57.*
17. *Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. E Köroğlu (çev. ed.), dördüncü baskı (DSM-IV), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.*
18. *Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987; 13:261-276.*

19. Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1999; 14:23-32.
20. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleismann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I-Development, use and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989; 46:1006-1011.
21. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleismann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II-Validity. Arch Gen Psychiatry 1989; 46:1012-1016.
22. Karamustafalıoğlu O, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi (29 Eylül-4 Ekim 1993), Bursa, 1993.
23. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry 1976; 33:766-771.
24. WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: rationale and current status. Int J Mental Health 1994; 23:24-56.
25. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. 3P Dergisi 1999; 7(ek.2):23-40.
26. Berman I, Kalinowski A, Berman SM, Lengua J, Gren AI. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. Compr Psychiatry 1995; 36:6-10.
27. Fenton WS, Mc Glashan TH. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. Am J Psychiatry 1986; 143:437-441.
28. Hwang MY, Morgan JE, Losconzcy MF. Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2000; 12:91-94.
29. Lysaker PH, Marks KA, Picone JB, Rollins AL, Fastenau PS, Bond GR. Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia. Clinical and neurocognitive correlates. J Nerv Ment Dis 2000; 188:78-83.
30. Byerly M, Goodman W, Acholonu W, Bugno R, Rush AJ. Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia. Frequency and clinical features. Schizophr Res 2005; 76:309-316.
31. Eisen JL, Beer DA, Pato MT, Venditto TA, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. Am J Psychiatry 1997; 154:271-273.
32. Nechmad A, Ratzoni G, Poyurovsky M, Meged S, Avidan G, Fuchs C, et al. Obsessive-compulsive disorder in adolescent schizophrenia patients. Am J Psychiatry 2003; 160:1002-1004.
33. Özdemir Ö, Tükel R, Türksoy N, Üçok A. Clinical charecteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. Compr Psychiatry 2003; 40:311-316.
34. Rosen I. The clinical significance of obsessions in schizophrenia. J Ment Sci 1957; 103:778-785.
35. Tibbo P, Kroetsch M, Chue P, Warneke L. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. J Psychiatric Res 2000; 34:139-146.
36. Lysaker P, Lancaster RS, Nees MA, Davisa LW. Patterns of obsessive-compulsive symptoms and social function in schizophrenia. Psychiatry Res 2004; 125:139-146.
37. Öngür D, Goff DC. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status. Schizophr Res 2005; 75:349-362.
38. Calvocoressi L, Libman D, Vegso SJ, McDougle CJ, Price LH. Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. Psychiatr Serv 1998; 49:379-381.
39. Kugo A, Terada S, Ishizu H, Takeda T, Sato S, Habara T, et al. Quality of life for patients with schizophrenia in Japanese psychiatric hospital. Psychiatry Res 2006; 144:49-56.
40. Law CW, Chen E, Cheung E, Chan R, Wong J, Lam C, et al. Impact of untreated psychosis on quality of life in patients with first-episode schizophrenia. Qual Life Res 2005; 14:1803-1811.
41. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, et al. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodeographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. Acta Psychiatr Scand 1996; 94:118-124.
42. Galletly CA, Clark CR, McFarlane AC, Weber DL. Relationship between changes in symptom ratings, neuropsychological test performance and quality of life schizophrenic patients treated with clozapine. Psychiatry Res 1997; 72:161-166.
43. Gaite L, Vazquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, et al. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSİLON study. Acta Psychiatr Scand 2002; 105:283-292.
44. Norman RM, Malla AK, McLean T, Voruganti LP, Cortese L, McIntosh E, et al. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general well-being and the Quality of Life Scale. Acta Psychiatr Scand 2000; 102:303-309.
45. Stengler-Wenzke K, Kroll M, Riedel-Heller S, Matschinger H, Angermeyer MC. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: the different impact of obsessions and compulsions. Psychopathology 2007; 40:282-291.
46. Rodriquez-Salgado B, Dolengevich-Segal H, Arrajo-Romero M, Castelli-Candia P, Navio-Acosta M, Perez-Rodriquez M, et al. Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. BMC Psychiatry 2006; 6:20-27.
47. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. Schizophr Bull 1984; 10:388-398.
48. Priebe S, Roeder-Wanner U, Kaiser W. Quality of life in fist admitted schizophrenia patients: a follow up study. Psychol Med 2000; 30:225-230.