

Katatoni ve Şizofrenide Pozitif ve Negatif Belirtiler Arasındaki İlişki

Dr. Işıl Kaya UĞURAD¹, Dr. Kemal SAYAR², Dr. Mustafa SOLMAZ¹,
Dr. Derya Kulu ŞAHİN², Dr. Cem ATAKLI², Dr. Şahap ERKOÇ², Dr. Oğuz ARKONAÇ³

ÖZET

KATATONİ VE ŞİZOFRENİDE POZİTİF VE NEGATİF BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu çalışma DSM III R'ye göre hazırlanmış, yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID) kullanılarak Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi kronik servislerinde yatan şizofreni " kronik seyirli " tanısı konmuş 60 hasta ve aynı hastanenin akut servislerinde yatan şizofreni " akut alevlenme " tanısı konmuş 85 hastaya Modifiye Rogers Ölçeği, Negatif Bulguları Değerlendirme Ölçeği ve Pozitif Bulguları Değerlendirme Ölçeği uygulanmış ve şizofrenide görülen katatoninin negatif ve pozitif belirtilerinin, şizofrenideki negatif ve pozitif belirtiler ile ilişkileri ve bu belirtilerin uzun süre hastanede yatma ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Akut alevlenme tanısı konan şizofrenik hastalarda, negatif katatoni ile duygulanımsal düzleşme, aloji ve negatif bulgular toplam skorları arasında bir bağıntı bulunmuştur. Kronik şizofreni tanısı konan hastalarda ise, negatif katatoni ile duygulanımsal düzleşme, apati, anhedoni ve negatif bulgular toplam skorları arasında bir bağıntı olduğu saptanmıştır. Akut alevlenme nedeni hastanede yatan hastalarda, sanrılar ve garip davranış belirgin olarak yüksek bulunurken, uzun süredir hastanede yatan hastalarda; pozitif katatoni, negatif katatoni, toplam katatoni, duygulanımsal düzleşme, aloji ve negatif bulgular toplam skorları belirgin olarak yüksek bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Katatoni, Şizofreni, Pozitif belirtiler, Negatif belirtiler

Bull.Clin.Psychopharmacol. 9:1 (39-46), 1999

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN POSITIVE AND NEGATIVE SYMPTOMS OF CATATONIA AND SCHIZOPHRENIA

This study was planned to investigate the relationships between the negative and positive symptoms of schizophrenia and the negative and the positive symptoms of catatonia seen in schizophrenic psychoses. Also the effect of chronic hospitalization on positive and negative symptoms of catatonia was examined. Sixty chronic schizophrenic patients who were hospitalized in Bakırköy State Hospital and 85 acute schizophrenic patients from the same hospital diagnosed by DSM-III-R criteria were assessed by Modified Rogers Scale, Scale for The Assessment of Negative Symptoms (SANS) and Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). The results showed that negative catatonia and flat affect were positively correlated. There was also significantly positive correlation between negative catatonia, alolia and total SANS scores for the chronic schizophrenic patient. Negative catatonia and flat affect, apathy, anhedonia, total SANS scores were significantly positive correlated. Hallucinations and disorganised behaviour were found to be significantly higher for the acute schizophrenic patients whereas for the chronic schizophrenic patients positive catatonia, negative catatonia, total catatonia, flat affect, alolia and total SANS scores were found to be significantly high.

Key Words: schizophrenia, Catatonia, Positive symptoms, Negative symptoms.

Bull.Clin.Psychopharmacol. 9:1 (39-46), 1999

Şizofrenide hareket, irade ve davranışta çeşitli bozuklukların varlığı uzun süredir bilinen bir kavramdır. Ancak hareket bozukluklarının çeşitliliği ve karmaşıklığı, onların değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Var olan bu güçlük, hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçların hastalığın kendisinden kaynaklanan hareket bozukluklarına benzer tablo-

lar yaratması nedeniyle daha da artmıştır. Rogers " paradigmanın çelişkisi " hipotezinde; şizofrenide görülen hareket bozuklukları ile ilaç yan etkisi olarak ortaya çıkan hareket bozuklukları arasındaki ayırımın hatalı olabileceğini , çünkü sadece hastalığın gözlenebilir özelliklerinde değil aynı zamanda temeldeki nöropatolojide bir örtüşme olduğunu ile-ri sürmüştür (1,2).

1 Psikiyatri Uzmanı, Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği

2 Psikiyatri Uzmanı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

3 Psikiyatri Doçenti

Yazışma Adresi: Dr. Kemal Sayar, Askeri Hastane Psikiyatri Uzmanı, Çorlu-Tekirdağ

Rogers'a göre; eğer, şizofreniye bağlı hareket bozuklukları ile ilaçların (antipsikotiklerin) neden olduğu hareket bozuklukları arasında önemli bir örtüşme varsa, bu bozuklukların birbirinden ayırt edilmesi konusunda hazırlanan klinik değerlendirme ölçekleri başarısız olacaktır. Bu durumda belki de böyle bir ayırım yapma amacı gütmeyen, önyargısız bir değerlendirme yararlı olacaktır. Modifiye Rogers ölçeği (MRÖ), motor bozuklukları, nörolojik ya da psikiyatrik (ekstrapiramidal yada katatonik) tanıya gönderme yapmaksızın betimleyici düzeyde tanımlamayı amaçlamış ve söz konusu iki motor bozukluk kümesi arasındaki ayırımın mutlak olmaktan ziyade göreceli olduğu düşüncesi ile geliştirilmiştir. MRÖ'nin en önemli özelliği, ekstrapiramidal olmayan bir bozukluk grubunun ayrışımına olanak sağlamasıdır (3). Pozitif ve negatif katatonik, 1980'lerden itibaren psikiyatri literatüründe gündemde olan negatif ve pozitif şizofreni kavramını anımsatmaktadır. İlk kez Crow, şizofreniye pozitif (tip I) ve negatif (tip II) olarak ikiye ayırmıştır. Crow ve arkadaşları dikişsiz konuşma, varsanılar, sanrılar, uygunsuz duygulanım gibi bu gruplarla karakterize olan grubu tip I, duygulanımsal küntlük, konuşma yoksulluğu, irade kaybı gibi belirtilerin bulunduğu grubu tip II olarak adlandırmışlardır (4). Son yıllarda artan oranda eleştiriler alan bu kavram, hala önemini korumaktadır. Mc Kenna ve arkadaşları, katatonik, şizofrenik psikopatoloji arasındaki ilişkiye dikkat çekmiş ve negatif katatonik ile negatif şizofreni belirtileri arasında bir korelasyon saptamışlardır (5). Bu konuda pek çok çalışma yapan Andreassen ve Olsen katatonik belirtilerin, negatif belirtilere ilintili olduğunu klinik olarak gözlemlemişlerdir (6). Katatonik belirtilerin, sadece negatif belirtilerle değil aynı zamanda, şaşırtıcı olarak yapısal düşünce bozukluğu ile de ilintili olduğu bildirilmiş, ayrıca negatif belirtilerle, katatonik belirtiler arasındaki ilişkinin, hastalığın süregenliği ve şiddeti ile belirgin hale geldiği, bu nedenle değerlendirmede bunun da dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır. Bu araştırmalarda, varsanı ve sanrılar ile pozitif katatonik arasında bir korelasyon bulunmamasına rağmen, şizofrenideki negatif ve pozitif dikotomiye benzer bir bölünmenin sadece düşünce, lisan ve iletişim bozukluğunu değil, aynı zamanda katatonik belirtileri de içermesi gerektiği öne sürülmüştür (7-10).

Bu çalışmada, şizofrenide görülen katatonik negatif ve pozitif belirtilerinin, şizofrenideki katatonik dışındaki negatif ve pozitif belirtileri ile ilişkileri ve bu belirtilerin uzun süre hastanede yatma ile olan ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışmaya alınan hastalar, gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilen ve halen tedavi altında bulu-

nan; en az 2 yıldan beri Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi servislerinde yatarak tedavi gören, 30 kadın, 30 erkek toplam 60 şizofreni hastası (A grubu) ve akut alevlenme sonucu, hecmenin tedavisi amacı ile, hastaneye yatırılan, 54 erkek, 31 kadın toplam 85 şizofreni hastası (B grubu) aşağıda belirtilen ölçütlere göre seçilmiştir. Tüm hastalara 10-15 mg/gün dozunda Haloperidol veya eşdeğeri bir antipsikotik ilaç uygulanmıştır. Bütün hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri; aşağıda belirtilen araçlarla nicel ve nitel olarak değerlendirilmiştir.

Hasta Seçim Ölçütleri

a) Kabul Ölçütleri

SCID yatan hasta formu ile değerlendirilen ve DSM-III-R tanı ölçütlerine göre, iki psikiyatri uzmanınca şizofreni tanısında görüş birliğine varılan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

b) Dışlama Ölçütleri

1. Herhangi bir fiziksel hastalığı bulunan olgular
2. Orta ve daha ağır derecede zeka geriliği bulunan olgular
3. Psikoaktif madde kötüye kullanım bozukluğu bulunan olgular
4. Son 6 ay içinde EKT tedavisi yapılmış olgular

Bilgi Kaynakları

Çalışmaya katılan hastaların ismi, doğum tarihi ve yeri, cinsiyeti, yaşı, meslek ve öğrenim durumu, protokol numarası, hastalığın başlangıç tarihi, hastanede kaldığı süre, şimdiye kadar gördüğü ve halen görmekte olduğu tedaviler için resmi kayıtlardan yararlanılmış ve hastalarla görüşülerek araştırma için hazırlanan kişisel bilgi formu doldurulmuştur.

Değerlendirme

a) Psikiyatrik Görüşme

Araştırmaya alınan tüm hastalar ile DSM-III-R tanı ölçütleri temel alınarak, yapılandırılmış klinik görüşme formu SCID-P kullanılarak görüşülmüştür.

b) Uygulanan Ölçekler

Yapılan çalışmada hareket bozukluklarını değerlendirmek amacı ile daha önce tarafımızdan Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve içsel tutarlılığı sınınan (3) Modifiye Rogers Ölçeği (MRÖ) (Modified Rogers Scale) kullanılmıştır. 1985 yılında geliştirilen bu ölçek; postür, tonus ve motor uyum, yüz ve başta görülen anormal hareketler, anormal oküler hareketler, amaçlı hareketler, yürüyüş, konuşma, görüşme sırasındaki davranış, nakledilen davranış-

lar başlıklarını taşıyan, 10 alt ölçek ve 36 itemden oluşur. Her bir item ayrı ayrı değerlendirilerek 0-2 arasında derecelendirilir (0;yok, 1; belirgin, 2; şiddetli). Değerlendirmede güvenilirliği saptamak amacıyla, MRÖ her hastaya iki uygulayıcı tarafından, aynı anda ve birbirinden bağımsız olarak uygulanmıştır. MRÖ'nin uygulayıcılar arası toplam skorunun (spearman Rho katsayısı: 0.96) ve her itemin güvenilirliği (kappa değeri 0.6-1.0) yüksek bulunmuştur. Çalışmada pozitif belirtileri değerlendirmek için, 1984'de Andreasen tarafından geliştirilen SAPS (Scale for assesment of positive symptoms, Pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği) kullanılmıştır (11). Ölçek, 4 ana itemden oluşmakta olup bunlar; varsanılar, sanrılar, garip davranış ve pozitif formal düşünce bozukluğudur. Varsanılar başlığı altında; işitme sanrıları, yorumlayıcı sesler, aralarında konuşan sesler, somatik ve dokunma varsanuları, koku varsanuları ve görme varsanuları, sanrılar başlığı altında; kötülük görme, kıskançlık suçluluk ve günahkarlık, büyüklük, dinsel, alınma, kontrol edilme, düşüncenin okunması, düşünce yayılması, düşünce sokulması ve düşünce çekilmesi sanrıları, garip davranış başlığı altında; giyim ve görünüş, sosyal ve cinsel davranış, saldırganlık ve taşkın davranış, tekrarlayıcı ve stereotipik davranış, pozitif formal düşünce bozukluğu başlığı altında; düşüncenin raydan çıkması, teğetleme, dikişsizlik, mantıksızlık, çevresel konuşma, basıncılı konuşma, çelenebilir konuşma, klang çağrışım yer almaktadır. Her bir item ayrı ayrı değerlendirilerek 0-5 arası derecelendirilmektedir. (0;yok, 1; şüpheli, 2; hafif, 3; orta,4; belirgin, 5; şiddetli). Her bir ana itemin sonunda da aynı şekilde o ana itemin bütünsel değerlendirilmesi ve derecelendirilmesi yer almaktadır. Çalışmada negatif belirtileri değerlendirmek için, 1983 yılında Andreasen tarafından geliştirilen SANS (Scale for the assesment of negative symptoms; Negatif belirtileri değerlendirme ölçeği) kullanılmıştır (12). Ölçek 5 ana itemden oluşmuş olup, bunlar; aloji (düşünce, fikir yoksulluğu) , isteksizlik-apati, anhedoni-asosyalite ve dikkattir. Afektif düzleşme veya küntlük başlığı altında; değişmeyen yüz ifadesi, azalmış kendiliğinden hareket, anlamlı jestlerin yokluğu, zayıf göz ilişkisi, afektif yanıtızlık, uygun olmayan affekt ve sesteki esnekliğin eksikliği, aloji başlığı altında; konuşma yoksulluğu, konuşma içeriğinin yoksulluğu, blokaj ve artmış yanıt süresi, isteksizlik-apati başlığı altında; üst baş özensizliği ve temizlik, iş veya okulda sebatsızlık ve fiziksel anerji, anhedoni-asosyalite başlığı altında; eğlenceli ilgi ve etkinlikler, cinsel etkinlik, yakınlık ve dostluk kurma yeteneği, arkadaş ve akranlarla ilişkilerde azalma, dikkat başlığı altında; sosyal dikkatsizlik ve mental durum testleri esnasındaki dikkatsizlik yer almaktadır. Her bir item SAPS da olduğu gibi, ayrı ayrı 0-5 arasında derecelendirilmektedir. (0;yok, 1; şüpheli, 2;hafif, 3;orta, 4,belir-

gin, 5;şiddetli) ve her bir ana itemin sonunda, ilgili ana itemin bütünsel bir değerlendirilmesi ve derecelendirilmesi yer almaktadır (9-12). Her iki ölçeğin Türkçe'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (13-14). Değerlendirmede güvenilirliği sağlamak amacıyla SAPS ve SANS ölçekleri her hastaya iki uygulayıcı tarafından, aynı anda ve birbirinden bağımsız olarak uygulanmış ve güvenilirlik açısından yeterli bulunmuştur.(SANS ve SAPS'in alt gruplarının Spearman Rho katsayıları; Duygulanımsal küntleşme:0.895, Aloji:0.854, Apati:0.764, Anhedoni:0.864, Dikkat eksikliği:0.761, Varsanı:0.901, Sanrı:0.901, Garip davranış:0.864, Pozitif formal düşünce bozukluğu: 0.792).

c-Araştırmaya alınan her hastaya fizik ve nörolojik muayene yapılmıştır.

İstatistiki değerlendirme

a) Değişkenler:

1. MRÖ'nin alt ölçekleri olan; negatif katatoni, pozitif katatoni, toplam katatoni ve ekstrapiramidal skorların her biri ayrı bir değişken olarak değerlendirmeye alınmıştır.
2. SANS ölçeğinin, affektif düzleşme, aloji, isteksizlik-apati, anhedoni-asosyalite, dikkat alt ölçekleri skorlarının herbiri ayrı bir değişken olarak değerlendirmeye alınmıştır.
3. SAPS ölçeğinin, varsanılar, sanrılar, garip davranış, pozitif formal düşünce bozukluğu alt ölçekleri skorlarının herbiri ayrı bir değişken olarak değerlendirmeye alınmıştır.
4. Hastaların sosyodemografik özellikleri ayrı bir değişken olarak değerlendirmeye alınmıştır.

b) İstatistiksel yöntemler:

İstatistik hesapları, "SPSS for Windows v6.1" istatistik paket programı ile yapılmıştır. Değişkenler arasında korelasyonun saptanmasında Spearman korelasyon hesaplama yöntemi kullanılmıştır.

A ve B gruplarının ortalamalarının karşılaştırılması (nicel değerleri) student-t testi ile yapılmıştır. Yine her iki grubun farklı nitel (non-parametrik) özelliklerinin herbiri ile karşılaştırılmasında Ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Hastaların yaşları, öğrenim durumları, hastalık süreleri, Tablo 1, 2, 3'de belirtilmiştir.

Grupların cinsiyetlerine göre dağılımı ve aralarındaki fark, Ki-kare testi ile değerlendirilmiş ve fark anlamlı bulunmamıştır.

Gruplar arasındaki hastalık sürelerinin farkı Ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiş ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur.

Tablo 1: Hastaların Yaşları

Hastaların Yaşları			
Ortalama	Standard Sapma	En Küçük	En Büyük
41.98	12.42	18.00	45.00

Tablo 2: Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımları

Öğrenim Durumları	Denek Sayısı	Oran %
1. Okuma-Yazma Bilmeyen	22	14.7
2. Okuma-Yazma Bilen	66	45.1
3. İlkokul Mezunu	15	10.5
4. Ortaokul Mezunu	17	12.3
5. Lise Mezunu	13	9.1
6. Yüksekokul Mezunu	12	8.4

Tablo 3: Hastaların Hastalık Sürelerine Göre Dağılımı

Hastalık Süreleri	Denek Sayısı	Oran %
0-5 Yıl	20	13.8
6-10 Yıl	24	16.6
11 yıl ve yukarı	101	69.6

Tüm hastaların yaş ortalaması 41.9±12.4'dir. Kronik servislere yatarak tedavi gören hastaların yaş ortalaması 51.5±10, akut alevlenme nedeni ile hecme tedavisi için yatarak tedavi gören hastaların yaş ortalaması ise 35.4±9.4'tür. Her iki grup arasında yaş yönünden anlamlı bir fark vardır (p<0.001). Bir başka deyişle, kronik servislere yatan hastaların yaş ortalaması anlamlı derecede yüksektir. Hastalık süreleri göz önüne alındığında, kronik servislere yatan hastaların hastalık sürelerinin anlamlı

Tablo 4: En Az İki Yılda Beri Hastanede Yatan (A Grubu) ve Akut Alevlenme Nedeni ile Kısa Süreli Tedavi İçin Yatırılan (B Grubu) Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

	Kronik Sch (n)	Akut Sch (n)	SD	Kikare	p
Kadın	30	31	1	2.64172	A.D.
Erkek	30	54			

dercede yüksek olduğu görülmüştür (p<0.001). İki grubun eğitim süreleri karşılaştırıldığında da, anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.001). İki grup cinsiyet açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

En az iki yıldan beri hastanede yatan (A Grubu) ve akut alevlenme nedeni ile kısa süreli tedavi için yatırılan (B Grubu) 145 şizofren hastanın, MRÖ, SANS, SAPS, Yaş ortalama değerleri ile bunların karşılaştırıldığı student t-testi istatistik sonuçları Tablo 7- 14 arası özetlenmiştir.

TARTIŞMA

İki grubun negatif kataton, pozitif kataton, toplam kataton skorları ile duygulanımsal düzleşme, aloji, apati, anhedoni, dikkat ve SANS toplam skorları karşılaştırıldığında akut alevlenme nedeni ile hecme tedavisi için hastaneye yatırılan hastalarda, negatif kataton skorları ile SANS ölçeğinin alt ölçekleri olan duygulanımsal düzleşme aloji ve SANS toplam skoru arasında zayıf derecede korelasyon saptanmıştır. Apati, anhedoni ve dikkat alt ölçekleri ile korelasyon saptanmamıştır. Negatif kataton ile SANS değerleri arasındaki pozitif korelasyon önemli bir bulgu olup, literatür ile uyumludur (5,8). Pozitif kataton ve toplam kataton ile duygulanımsal düzleşme, aloji, apati, anhedoni, dikkat ve SANS toplam skoru arasında korelasyon saptanmamıştır

Tablo 5: Hastaların Hastalık Sürelerine Göre Sınıflandırılması ve Değerlendirilmesi

Hastalık Süreleri	Kronik Sch (n)	Akut Sch (n)	SD	Ki-kare	p
0-5 Yıl	—	20			
6-10 Yıl	3	19	3	28.90298	< .001
11 Yıl ve yukarı	57	46			

Tablo 6: Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Öğrenim Durumları:	Kronik Sch (n)	Akut Sch (n)	SD	Kikare	p
1. Okuma-Yazma Bilmeyen	14	8			
2. Okuma-Yazma Bilen	18	48			
3. İlkokul Mezunu	4	11	5	23.51427	< .001
4. Ortaokul Mezunu	8	9			
5. Lise Mezunu	5	8			
6. Yüksekokul Mezunu	11	1			

Tablo 7. Pozitif Katatoni Skorları

	n	Ortalama	sd	t	p
A Grubu	60	2.667	2.691	2.31	.023
B Grubu	85	1.718	2.027		

Tablo 8. Negatif Katatoni Skorları

	n	Ortalama	sd	t	p
A Grubu	60	.600	.785	2.68	.008
B Grubu	85	.259	.710		

En az iki yıldan beri hastanede yatan hastalarda negatif katatoni ile duygulanımsal düzleşme, apati, anhedoni ile SANS toplam skorları arasında zayıf derecede korelasyon saptanmıştır. Pozitif katatoni ile SANS alt skorları ve SANS toplam skoru arasında korelasyon saptanmamıştır. Toplam katatoni ile SANS'm dikkat alt ölçeği arasında zayıf derecede korelasyon saptanmıştır. Her iki grup toplamında ise negatif katatoni ile duygulanımsal düzleşme, aloji ve SANS toplam skoru arasında zayıf derecede bir korelasyon saptanmıştır. İki grubun pozitif katatoni, negatif katatoni, toplam katatoni skorları ile varsanı, sanrı, garip davranış, pozitif formal düşünce bozukluğu ve SAPS toplam skorları karşılaştırıldığında, akut alevlenme nedeni ile hecme tedavisi için hastaneye yatırılan hastalarda, pozitif katatoni ile garip davranış arasında zayıf derecede bir korelasyon saptanmıştır. Negatif katatoni ve toplam katatoni ile SAPS alt skorları ve SAPS toplam skoru arasında korelasyon saptanmamıştır. Literatürden farklı olarak, pozitif katatoni ile garip davranış arasında bulduğumuz zayıf korelasyonun, garip davranışın iki alt itemi olan; saldırganlık ve garip davranış ile tekrarlayıcı veya stereotipleşmiş davranışın, pozitif katatoninin belirgin artmış aktivitesi, mannerizm stereotipi benzeri hareketleri ile birlikteliğinden kaynaklanabileceğini söyleyebiliriz. En az iki yıldan beri hastanede yatan hastalarda, poziti-

Tablo 9. Toplam Katatoni Skorları

	n	Ortalama	sd	t	p
A Grubu	60	3.250	2.909	2.73	.007
B Grubu	85	1.988	2.471		

Tablo 10. Duygulanımsal Düzleşme Skorları

	n	Ortalama	sd	t	p
A Grubu	60	2.767	1.566	2.74	.007
B Grubu	85	2.094	1.278		

Tablo 11. Aloji Skorları

	n	Ortalama	sd	t	p
A Grubu	60	2.617	1.563	2.10	.038
B Grubu	85	2.129	1.055		

tif katatoni ile SAPS ölçeğinin alt skorları ve SAPS toplam skoru ve yine negatif katatoni ile SAPS ölçeğinin alt skorları ve toplam skoru ile korelasyon saptanmamıştır. Toplam katatoni ile de SAPS ölçeğinin alt skorları ve toplam skoru karşılaştırıldığında korelasyon saptanmamıştır. Her iki grup toplamında ise negatif katatoni, pozitif katatoni ve top-

Tablo 12. SANS Toplam Skorları

	n	Ortalama	sd	t	p
A Grubu	60	13.550	5.774	1.14	.018
B Grubu	85	12.551	4.296		

Tablo 13. Sanrılar Skorları

	n	Ortalama	sd	t	p
A Grubu	60	2.800	2.153	-2.86	.005
B Grubu	85	3.776	1.822		

lam katatoni ile SAPS toplam skoru ve alt ölçekleri arasında korelasyon tespit edilmemiştir.

Her iki grup hasta katatoni, SANS ve SAPS belirtileri yönünden karşılaştırıldığında; uzun süredir hastanede yatan şizofreni hastalarında pozitif katatoni, negatif katatoni, toplam katatoni, duygulanımsal düzleşme, aloji ve SANS toplam skoru belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar uzun süredir hastanede yatan hastaların, kötü gidişli olmaları, sosyal uyumlarının iyi olmamaları, çevresel uyarılardan yoksun olmaları ile açıklanabilir. Literatürde motor bozukluğun psikiyatrik hastalığın şiddeti ile ilintili olduğu, hastalığın kalıcı bir özelliği olarak gözüktüğü belirtilmiştir (5,8).

Akut alevleme nedeni ile hastanede yatan hastalarda ise, sanrılar, garip davranış, belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Hastalarda görülen bu belirtiler, özellikle akut alevleme sırasında ortaya çıkan, çevresi ile uyumunu bozarak hastaneye yatışını getiren belirtiler olduğu için anlamlıdır.

İki hasta grubu; katatoni, SANS, SAPS belirtileri

Tablo 14. Garip Davranış Skorları

	n	Ortalama	sd	t	p
A Grubu	60	1.183	1.347	-3.06	.003
B Grubu	85	1.941	1.546		

yönünden karşılaştırıldığında, sanrılar ve garip davranış, akut hasta grubunda anlamlı olarak yüksek bulunurken, negatif katatonik, pozitif katatonik, toplam katatonik, duygulanımsal düzleşme, aloji ve SANS toplam skoru, uzun süredir hastanede yatan hasta grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bir başka şekilde belirtecek olursak, negatif belirtiler ve katatonik belirtiler uzun süredir hastanede yatan hasta grubunda, pozitif belirtiler ise akut alevlenme nedeni ile yatan hasta grubunda daha fazla görülmüştür. Uzun süredir hastanede yatan hasta grubunun, kronik seyirli olduğu, çevresel uyaranlardan yoksun oldukları, yine bu hasta grubunda hastanede yattıkları süre içinde düzenli antipsikotik ilaç kullanmalarına bağlı olarak, pozitif belirtilerin daha az görüldüğünü söyleyebiliriz.

Ancak bir başka ilgi çekici veri, her iki grupta, negatif katatonik belirtilerin SANS itemleri ile gösterdikleri zayıf birlikteliktir. Yaş, hastalık süreci ve eğitim açısından türdeş olmayan gruplar olmasına karşın, her iki grupta da bu ilişkinin gösterilmesi anlamlıdır. Yani, yaş, eğitim durumu ve hastalık süresinden bağımsız olarak, negatif katatonik belirtiler (hareketliliğin azalması veya yokluğu: blokaj / ambitanans, azalmış aktivite, yetersiz zayıf uyum ve mutizm) şizofrenin negatif belirtileri ile daha sık birlikte görülmektedir.

Katatonik belirtilerin negatif belirtiler ile ilişkili olduğu klinik olarak gözlenmiştir. Aynı zamanda da negatif belirtilerin yapısal düşünce bozukluğu ile de ilişkili olduğu bildirilmiştir. Negatif belirtiler ile katatonik belirtiler arasındaki ilişkinin hastalığın şiddeti ve süregelenliği ile belirgin hale geldiği vurgulanmıştır. Pozitif katatonik belirtiler ile sanrılar ve varsanılar arasında bir korelasyon saptanmamış olmasına rağmen bütün bunlar sadece düşünce, lisan ve iletişimin değil, katatonik belirtilerin de şizofrenideki pozitif-negatif ayrımına dahil edilmesi gerektiği fikrine yol açmıştır (7,8).

Negatif ve pozitif belirti kavramları, şizofrenin daha homojen alt gruplara ayrılması gereği olarak ortaya atılmıştır. Böylece, şizofreni hastalarında klinik belirtiler, hastalığın gidişi ve tedaviye yanıtta ortaya çıkan farklılıkların anlaşılmasının yanı sıra, eşlik eden nörobiyolojik düzeneklerin de açıklanabileceği düşünülmüştür (15).

Farmakolojik ve nöroradyolojik çalışmalar temelinde, şizofrenide geç diskinezi ile pozitif katatonik olgu ve parkinsonizm ile negatif katatonik olgu arasında yüksek korelasyon olduğu bildirilmiştir. Ekstrapiramidal ve katatonik olguların birbirinden ayrılması yerine her iki alanda da "hiperkinetik" ve "hipokinetik" gruplaşmalara bir eğilimin göz önüne alınması gerektiği öne sürülmüştür (2,16).

Şizofrenide görülen katatonik ve ekstrapiramidal belirtilerin klinik ayrımı ve ilişkileri konulu tez çalışmasında Kulu, hastalara uyguladığı MRÖ'nin itemlerini, faktör analizi kullanarak, gruplandırmış-

tır (17). Faktör 1'de negatif katatonik ve bazı pozitif katatonik belirtilerin, diskinezi ve distoni belirtileri ile birlikte bulunduğunu ve faktör 2'nin de pozitif katatonik belirtilerden oluştuğunu, faktör 3'de ise parkinsonizm belirtilerinin bulunduğunu saptamıştır. Çalışmasında, negatif katatonik belirtileri ile parkinsonizm arasında korelasyon saptamamış ve faktör analizinde de bu belirtilerin farklı gruplarda bulduklarını söylemiştir. Pozitif katatonik belirtilerin geç diskinezi ile korelasyon göstermedikleri ve bazı katatonik belirtilerin (gegenhalten, manneristik/bizar yürüyüş, yüzdeki karmaşık manne-rizm/stereotopi benzeri hareketler) negatif katatonik belirtileri ile aynı faktörde yer aldıkları yani klinikte birlikte görüldüklerini belirtmiştir. Çalışmanın sonuçları "hipokinetik" ve "hiperkinetik" gruplandırmayı kısmen desteklemesine karşın, katatonik belirtilerin negatif ve pozitif olarak gruplandırılmasını desteklememektedir (17). Buna karşılık bizim çalışmamızda, akut hecme tedavisi için yatarak tedavi gören hasta grubunda, Rogers ölçeğinin EPS ile ilgili itemleri olan; gövde ve ekstremitelerde basit devamlı distoni benzeri hareketler, yüz ve başta basit devamlı grimas benzeri hareketler, hareketlerde yavaşlık güçlük, azalmış assosiyasyon hareketler, yavaş yürüme ayaklarını sürme ile SANS toplamı arasında zayıf korelasyon tespit edilmiştir.

Buradaki en önemli sorun, şizofren hastalarda görülen ve katatonik olduğu kabul edilen motor anormalliklerin doğru tanımlanmasıdır. Oysa klinikte nöroleptiğe bağlı hareket bozuklukları ile katatonik hareket bozukluklarının ayrımı her zaman kolay olmamaktadır. Bunun nedeni, çakişmaların sadece hastalığın gözlenebilir özelliklerinde değil, aynı zamanda temeldeki nöropatolojide olduğudur (1). Rogers şizofrenide görülen hareket bozukluklarını etyolojilerine hiç bir gönderme yapmadan, betimleyici düzeyde tanımlamayı, ekstrapiramidal ve katatonik motor bozukluklar arasındaki ayrımın, mutlak olmaktan ziyade, göreceli olduğunu kabul etmeyi önermiştir (2). Nöroleptiklerin ortaya çıkardığı hareket bozuklukları ile katatonik hareket bozukluklarının ayrımının hem fenomenolojik hem de temel neden olarak gözükken serebral bozukluğun çakişması veya aynı olması nedeni ile önemini yitirdiğini vurgulayarak, hareket bozukluklarını, nörolojik ya da psikiyatrik tanıya gönderme yapmadan tanımlayan, bizim de bu araştırma da kullandığımız ölçeği oluşturmuştur (MRÖ) (3). Bu amaç ile yola yola çıktığımız çalışmada, akut alevlenme nedeni ile hecme tedavisi için hastanede yatan hastalarda, negatif katatonik ile SANS toplam skoru, duygulanımsal düzleşme, apati, aloji al skorları arasında zayıf derecede korelasyon saptanmıştır. En az iki yıldan beri hastanede yatan hastalarda, negatif katatonik ile duygulanımsal düzleşme apati, anhedoni ve SANS toplam skorları arasında zayıf derecede korelasyon saptanmıştır. Her iki grup

birlikte değerlendirildiğinde ise, negatif katatoni ile duygulanımsal düzleşme, aloji ve SANS toplam skoru arasında zayıf derecede korelasyon gözlenmiştir. Bu bulgular literatür ile uyumludur.

Akut alevlenme nedeni ile hecme tedavisi için hastanede yatan hastalarda, en az iki yıldan beri hastanede yatarak tedavi gören hastalarda ve her iki grup toplamında pozitif katatoni ile SAPS ölçeğinin alt skorları ve toplamı karşılaştırıldığında, yalnızca akut alevlenme nedeni ile yatarak tedavi gören hastalarda pozitif katatoni ile garip davranış arasında zayıf derecede bir korelasyon saptanmıştır. Literatürde bu konuda yapılan çalışmalarda, pozitif katatonik belirtiler ile sanrılar ve varsanılar arasında herhangi bir korelasyon olmadığı şeklinde sonuçlar elde edilmiştir. Öte yandan negatif belirtiler ile katatonik belirtiler arasındaki ilişkinin, hastalığının şiddeti ve süregelenliği ile belirgin hale geldiği belirlendiği halde, bizim çalışmamızda şiddet ve süregelenlik göz önüne alınarak değerlendirilmediği için daha ileri yorumlara imkan vermemektedir. Çalışmamız ile ilgili diğer bir güçlük de, pozitif ve negatif belirtilerin açık ve doğru olarak tanınmanın her zaman kolay olmamasından kaynaklanmaktadır. Negatif belirtiler, uzunlamasına incelemede, şizoid kişilik, uzun süredir hastanede yatıyor olma nedeni ile çevresel uyaranlardan yoksunluk gibi etkiler ile karışabileceği gibi, enine kesitsel incelemede de depresyon, anksiyete, ilaç yan etkileri nedeni ile yanlış yorumlanabilir. Hastaya uygulanan tedavilerin yan etkisi olarak veya hastanın, hastalığının akut devresinde, psikotik belirtilerine bir uyum çabası olarak, negatif belirtilere benzer bir klinik tablo gösterebileceği de unutulmamalıdır (18,19,20,21).

Daha öncede belirtildiği gibi, çalışmamızdaki grupların, yaş, hastalık süresi, eğitim durumları bakımından türdeş olmamaları, çalışmamızın eleştirilecek noktalarından biridir. Öte yandan türdeş olmayan gruplarda dahi, negatif katatonik belirtiler ile şizofreninin negatif belirtilerinin birlikteliği de dikkat çekicidir.

Çalışma sonuçlarının ekstrapiramidal sisteme ait belirtilerden etkilenmesi mümkündür. Hastanemizdeki bütün hastaların ilaç alması, araştırma amacı ile kesilmesinin etik açıdan sakıncalı olması nedeni ile antipsikotik kullanmayan hastalara ulaşamamıştır. Fakat, çalışmaya alınan hastalara rutin olarak antikolinergik ilaç verilmesi, ayrıca bu hastaların Choinard'ın ekstrapiramidal belirtileri değerlendirme ölçeği ile değerlendirilmeleriyle, nöroleptik yan etkilerinden uzaklaşmaya çalışılmıştır.

Sonuç olarak, literatürde olduğu gibi bizim çalışmamızda da, negatif katatonik belirtilerin şizofreninin negatif belirtileriyle birlikte görüldüğü saptanmıştır. Öte yandan, şizofreninin negatif belirtilerinin, kötü prognoz belirleyicileri olduğu bilinmektedir. Şizofren bir hastada, hareketliliğin azalması veya yokluğu şeklinde görülen; blokaj / ambientans,

azalmış aktivite, yetersiz zayıf uyum veya mutizm gibi negatif katatonik belirtiler tespit edildiğinde, bunların şizofrenideki negatif belirtiler ile birlikteliğinden yola çıkarak, hastalığın prognozunun iyi olmayacağına dair yorum yapılabileceğini söyleyebiliriz.

SONUÇ

Bu çalışmada, negatif ve pozitif katatoni belirtileri ile şizofrenide görülen negatif ve pozitif belirtilerin birlikteliği ve bu belirtilerin uzun süre hastanede yatma ile olan ilişkisi incelenmiştir. Akut alevlenme nedeni ile hastanede yatan hastalarda, negatif katatoni ile duygulanımsal düzleşme, aloji ve SANS toplam skorları arasında, kronik şizofreni tanısı ile uzun süredir hastanede yatan hastalarda ise, negatif katatoni ile duygulanımsal düzleşme, apati, anhedoni ve SANS toplam skorları arasında bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Yine akut alevlenme nedeni hastanede yatan hastalarda, sanrılar ve garip davranış belirgin olarak yüksek bulunurken, uzun süredir hastanede yatan hastalarda ise, pozitif katatoni, negatif katatoni, toplam katatoni, duygulanımsal düzleşme, aloji ve SANS toplam skorları belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonucunda, ana hedefimiz olan, negatif katatoni belirtileri ile şizofreninin negatif belirtileri arasında böyle bir ilişki tesbit edilmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Liddle PF. Commentary on the Modified Rogers Scale and the "The conflict of paradigms" hypothesis. Br J Psychiatry, 1991;151:337-339.
2. Rogers D. The Motor Disorders of Severe Psychiatric Illness: A Conflict of Paradigms. Br J Psychiatry, 1985; 147, 221-232.
3. Kulu D, Uğurad I, Arkonaç O. Uyarlanmış Rogers Ölçeğinin güvenilirliği, Poster sunumu, 30. Türkiye Psikiyatri Kongresi, Kayseri, 1994.
4. Crow TJ, Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia. Br J Psychiatry, 1989;155(sup 7) 26-31.
5. McKenna PJ, Lund CE, Mortimer AM. Negative symptoms: relationship to other schizophrenic symptom classes. Br J Psychiatry, 1989; 155 (suppl 7):104-107.
6. Andreasen NC, Olsen S. Negative and Positive Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1982; 39:789-794.
7. Kay SR. Significance of the Positive - negative Distinction in Schizophrenia. Sch Bull, 1990;16:635-652.
8. Mortimer AM, Lund CE, McKenna PJ. The Positive: Negative Dichotomy in Schizophrenia. Br J Psychiatry 1990; 157:41-49.
9. McKenna PJ, Mortimer AM, Lund CE. The Motor Disorders of Severe Psychiatric Illness: A Conflict of Paradigms. Br J Psychiatry, 1988; 152, 863-864.
10. Andreasen NC, Negative Symptoms in Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 1992; 49:236-237.
11. Andreasen NC, The Scale for the assesment of positive symptoms (SAPS) University of Iowa, 1984.
12. Andreasen NC. Negative Symptoms in Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 39:784-788, 1982.
13. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C ver ark. Negatif semptom-

- ları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam*, 1991; 4:16-19.
14. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C ve ark. Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam*, 1991; 4:20-24.
 15. Peralta V, Cuesta MJ, DeLeon J. Positive and negative symptoms/syndromes in Schizophrenia: Reliability and Validity of Different Diagnostic Systems. *Psychol Med*, 1995; 25:43-50.
 16. Özmen E, Kantarcı E, Arkonaç O. Şizofrenide pozitif negatif ayırımı üzerine. *Düşünen Adam* 1992;5:41-45.
 17. Kulu D. Şizofrenide Görülen Katatonik ve Ekstrapiramidal Belirtilerin Klinik Ayırımı ve İlişkileri, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1996.
 18. Carpenter WT. The deficit syndrome. *Am J Psychiatry*, 1994; 151:3-8.
 19. Kay SR, Opler A. Deficit or negative syndrome? *Am J Psychiatry*, 1989; 146:282-283.
 20. Kay SR. Significance of the Positive - Negative Distinction in Schizophrenia. *Sch Bull*, 1990; 16: 635-652.
 21. Crow TJ. The Two Syndrome Concept : Origins and Current Status. *Sch Bull*, 1985; 11:471-485.