

Şizofrenin Negatif Belirtileri ve Geç Diskinezi

Erdoğan ÖZMEN*, A. Tamer AKER*, Oğuz ARKONAÇ*, Ersan KANTARCI*, Şahap ERKOÇ*

ÖZET

Uzun zamandır, anormal hareketlerin negatif belirtilerin baskın olduğu şizofrenik bozukluğu olan hastalarda daha sık ortaya çıktığına dair görüşler vardır. Bu çalışmada şizofreninin negatif belirtileri ve ilaca bağlı hareket bozuklukları, özellikle geç diskinezi arasında, herhangi bir ilişkinin bulunup bulunmadığı araştırılmaktadır. Negatif belirtiler ve hareket bozuklukları hastanede yatmakta olan şizofren hastalarda negatif belirtileri derecelendirme ölçeği (NBDÖ) ve Chouinard ve Ros Chouinard ekstrapiramidal belirtileri derecelendirme ölçeği ile değerlendirilmiştir. Negatif belirtiler ve geç diskinezi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Anahtar kelimeler: Şizofrenik bozukluk, negatif belirti, geç diskinezi

Düşünen Adam; 1994, 7 (1-2): 24-26

SUMMARY

Abnormal movements have long been suspected of occurring more frequently in schizophrenics with a preponderance of negative symptoms. This study examines whether there is any correlation among the negative symptoms of schizophrenia and drug related movement disorders, particularly tardive dyskinesia (TD). Negative symptoms and movement disorders were rated in 51 schizophrenic inpatients by the scale for the assesment of negative syptoms (SANS) and Chouinard's extrapyramidal symptoms rating scale. Consequently, no correlation was found between total scores of SANS and TD, SANS and orofacial dyskinesia, SANS and limb-truncal dyskinesia. Similarly, there were no statistical significant correlation between the subscale of SANS and TD. Lack of these correlations may be explained that TD and negative symptoms are relatively independent variables and they appear to have different etiologies.

Key words: Schizophrenic disorder, negative symptoms, tardive dyskinesia

GİRİŞ

Şizofrenik bozukluğun pozitif ve negatif belirtilerin baskınlığına göre bir ayrıma tabi tutulabileceği ve bu ayrımın bir şizofreni tipolojisine olanak verip vermediği son yıllarda yoğun tartışmalara konu olmaktadır. Pozitif belirtilerin muhtemelen artmış D2 dopaminerjik etkinliğe; negatif belirtilerin de yapısal beyin bozukluklarına ve hücre kaybına bağlı olabileceği öne sürülmüştür. Araştırmacılar negatif belir-

tilerin nöropsikolojik testlerde bozulma, ailede şizofreni veya benzeri hastalık öyküsü bulunan kişilerin olması, tedaviye yetersiz yanıt, sinsi başlangıç ve kötü prognoz gibi özelliklerle de birlikte olduğunu öne sürmüşlerdir (1,2,3,4,9,10,11,12).

Geç diskinezi (GD), uzun süreli nöroleptik tedavi sırasında bazı hastalarda ortaya çıkan geç başlangıçlı nöromusküler bir sendrom olarak tanımlanabilir. Yüz-ağız ve gövde-ekstremitte diskinezileri olarak

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İkinci Psikiyatri Birimi

ikiye ayrılabilir. GD'nin ilkel refleksler, bilişsel işlev bozuklukları, pineal bezin işlevleri gibi muhtemel bir organik beyin bozukluğuna işaret eden özelliklerle bir paralellik içinde olması adı geçen sendromun (GD) organik bir zeminde geliştiğinin güçlü bir kanıtı olarak yorumlanmaktadır (17,18,19,20,23,25). Bu görüşler doğrultusunda, GD'nin negatif belirtilerin baskın olduğu şizofrenlerde daha sık gözlenebildiği ve bu nedenle de benzer etyolojileri paylaşabilecekleri hipotezi öne sürülmektedir (14). Mevcut bilgiler değerlendirilerek, bu çalışmada şizofrenik bozukluktaki negatif belirtiler ve geç diskinezi arasındaki ilişkinin araştırılması amacı güdülmüştür.

YÖNTEM

Çalışmaya Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi kronik servislerinde yatarak tedavi görmekte olan hastalar arasında seçilen ve DSM-III-R tanı ölçütlerine göre, şizofrenik bozukluk kronik seyirli tanısı konan 52 hasta (31 kadın, 20 erkek) alınmıştır. Hastaların özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastalar ekstrapiramidal belirtileri derecelendirme ölçeği (EPBDÖ-Chouinard ve Ros-Chouinard) ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin diskinetik hareketler bölümünde yer alan dil hareketleri, çene hareketleri, dil ve yanak hareketleri itemleri yüz-ağız diskinezi olarak; gövde hareketleri, üst ve alt ekstremita hareketleri de gövde-ekstremita diskinezi olarak sınıflandırılmıştır.

Şizofrenik bozukluktaki negatif belirtiler ise affektif düzleşme veya küntleşme, alogia, apati, anhedoni-asosyallik, dikkat alt itemlerinden oluşan Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (NSDÖ-Scale for the assessment for negative symptoms-SANS) ile değerlendirilmiştir.

Tablo 1. Hastaların özellikleri

Değişken	Ortalama	SS
Yaş	48.86	10.54
Öğrenim durumu (yıl)	5.72	4.09
Hastalık süresi (yıl)	22.60	8.75
Hastanede yatış süresi (yıl)	12.58	9.23
Kullanılan nöroleptik dozu mg/gün (klorpromazin eşdeğeri)	1402.94	1377.22

Tablo 2.

	Yüz-ağız	Gövde-ekstremita	Toplam geç diskinezi
Aff. küntlük	-.1261	-.1499	-.2518
Alogia	.0689	.0123	.0033
Anhedoni	.0469	-.3476*	-.1677
Apati	.0172	-.1012	-.1165
Dikkat eksikliği	-.1158	-.1501	-.1174
SANS	-.0402	-.2322	-.1726

* için $p < 0.01$.

Değişkenler arası korelasyonlar Pearson's korelasyon ile; korelasyonların anlamlılığı da tek uçlu t testi ile hesaplanmıştır.

SONUÇ

Araştırılan değişkenlerin (Affektif düzleşme veya küntleşme, alogia, anhedoni-asosyallik, apati, dikkat, negatif belirtiler toplam skorları, diskinetik hareketler toplam skoru, ağız-yüz diskinezi skoru ve gövde-ekstremita diskinezi skoru) korelasyonları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablodan görüleceği üzere negatif belirtilerle diskinetik hareketler arasında (anhedonia ile gövde-ekstremita diskinezi arasındaki negatif korelasyon dışında) anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

TARTIŞMA

Literatür gözden geçirildiğinde, beyinde organik bir değişikliğe işaret eden özellikleri nedeniyle negatif belirtilerle GD ilişkisinin araştırılmasına yönelik belirgin bir ilgi olduğu görülecektir. Yapılan bir dizi çalışmada, GD'nin negatif belirtilerin baskın olduğu şizofrenlerde daha sık görüldüğünü destekleyen bulgulara rastlanmaktadır (6,7,13,14,16,21,24).

Hatta, bazı kaynaklar, GD'nin şizofreni tip 2 sendromunun bir parçası olabileceğini öne sürmektedirler (5). Manschrek ve ark. (15) istemsiz hareket bozukluğu gösteren ve göstermeyen hastalarla yaptıkları

çalışmada; yaş, eğitim, hastalığın süresi, depresif belirtiler ve ilaç tedavisi gibi değişkenlerin, bu iki grupta farklı olmadığını, istemsiz hareketleri olan hastalarda negatif belirtilerin baskınlığının yanısıra belirgin bilişsel yıkımlarının da olduğunu öne sürmüşlerdir. Waddington, Youssef ve ark. (22) negatif belirtilerle olan bu ilişkinin gövde-ekstremiter diskinezisinden ziyade ağız yüz diskinezi için geçerliliğini gözlemişler ve bu farklı bölgeselliği, diskinezilerin patofizyolojik olarak farklı etkenlere bağlı olabilecekleri sonucuyla açıklamışlardır.

Bartzokis ve ark. (7) negatif belirtilerin baskınlığına göre şizofrenik hastalarda, GD için riskli bir alt grup tanımlanabileceğini, bu nedenle yaptıkları çalışmada belirgin negatif belirti baskınlığı gösteren hastalarda diskinetik hareketlerin daha şiddetli olarak gözlenmesi gerektiği yönünde kurdukları hipotezi doğrulamamışlardır. Araştırmacılar ultrason tarayıcı ve frekans ölçüm tekniklerini kullandıkları çalışmalarında, daha az negatif belirti saptanan hastalarda GD şiddetinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Yaptığımız çalışmada ise SANS'ın ve GD'nin (gerek yüz-ağız ve gerekse gövde-ekstremiter diskinezileri) toplam skorları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Benzer biçimde, istatistiki olarak anlamlı bir ilişkinin varlığı SANS'ın alt itemleri ile GD arasında da gösterilememiştir. Böyle bir ilişkinin bulunmaması GD ve negatif belirtilerin nisbeten bağımsız değişkenler olması ve değişik etyolojileri paylaşabilmeleri ile açıklanabilir.

KAYNAKLAR

1. Andreasen NC, Olsen SA, Dennert JW, et al: Ventricular enlargement in schizophrenia: Relationship to positive and negative symptoms. *Am J Psychiatry* 139:297-302, 1982.
2. Andreasen NC: The scale for the assesment of negative symptoms (SANS). Iowa City, University of Iowa 1983.
3. Andreasen NC: The scale for the assesment of positive symptoms (SAPS). Iowa city, University of Iowa 1983.
4. Andreasen NC: Positive and negative schizophrenia: A critical evaluation. *Schizophrenia Bulletin*. 11:380-389, 1985.
5. Barnes TRE: Drug induced akathisia and tardive dyskinesia. In: *International perspectives in schizophrenia. Biological, social*

and epidemiological findings, Malcolm Weller (ed). John Libbey Press, London pp.217-230, 1990.

6. Barnes TRE, Liddle PF, Curson DA, et al: Negative symptoms, tardive dyskinesia and depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 155:99-103, 1989.
7. Bartzokis G, Hill MA, Altshuler L, et al: Tardive dyskinesia in schizophrenic patients; correlation with negative symptoms. *Schizophrenia Research* 28:145-151, 1989.
8. Casey DE: Neuropsychiatry of involuntary movement disorders: Tardive dyskinesia: Current opinion in psychiatry 4:86-89, 1991.
9. Crow TJ: Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? *Br Med J* 280:66-68, 1980.
10. Crow TJ, Frith CD, Johnstone EC, et al: Schizophrenia and cerebral atrophy. *Lancet* 1129-1130, 1980.
11. Crow TJ: The two syndrome concept: Origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*. 11:471-485, 1985.
12. Crow TJ: Two syndroms of schizophrenia as one pole of the continuum of psychosis: A concepts of the nature of the pathogen and its genomic locus. In: *Handbook of schizophrenia. vol 2* (Eds. FA Henn, LE Delisi), elsevier science publishers. Amsterdam p.17-49, 1987.
13. Karson CN, Bracha SH, Powell A, et al: Dyskinetic movements, cognitive impairment and negative symptoms in elderly neuropsychiatric patients. *Am J Psychiatry* 147:1646-1649, 1990.
14. Leach AM: Negative symptoms. *Current opinion in psychiatry* 4:18-22, 1991.
15. Manschreck TC, Keuthen NJ, Schneyer ML, et al: Abnormal involuntary movements and chronic schizophrenic disorders. *Biol Psychiatry* 27:150-158, 1990.
16. Newman RH: Tardive dyskinesia: risk factors and etiology. *Current opinion in psychiatry*. 4:38-42, 1991.
17. Sandyk R: Pincal calcification and subtypes of tardive dyskinesia. *Intern J Neuroscience*. 53:223-229, 1990.
18. Sandyk R, Fisher H: The relationship of serotonin metabolism and melatonin secretion to the pathophysiology of tardive dyskinesia. *Intern J Neuroscience*. 48:133-136, 1989.
19. Sandyk R, Fisher H: Increased incidence and severity of neuroleptic induced movement disorders in pinealectomized rats. *Intern J Neuroscience*. 48:303-308, 1989.
20. Sorokin JE, Giordani B, Mohns RC, et al: Memory impairment in schizophrenic patients with tardive dyskinesia. *Biol Psychiatry*. 23:129-135, 1988.
21. Waddington JL, Youssef HA: An unusual cluster of tardive dyskinesia in schizophrenia: Association with cognitive dysfunction and negative symptoms. *Am J Psychiatry* 143:1162-1165, 1986.
22. Waddington JL, Youssef HA, Dolphin C, et al: Cognitive dysfunction, negative symptoms and tardive dyskinesia in schizophrenia; their association in relation to topography of involuntary movements and criterion of their abnormality. *Arch Gen Psychiatry* 44:907-912, 1987.
23. Wegner JT, Kane JM, Weinhold P, et al: Cognitive impairment of tardive dyskinesia. *Psychiatry Res* 16:331-337, 1985.
24. White T, Brown KW, Woods JP: Tardive dyskinesia and positive symptoms of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 83:377-379, 1991.
25. Youssef HA, Waddington JL: Primitive (Developmental) reflexes and diffuse cerebral dysfunction in schizophrenia and bipolar affective disorder: Overrepresentation in patients with tardive dyskinesia. *Biol Psychiatry* 23:791-796, 1988.