

Şizofrenide Görülen Varsanuların Hastalık Şiddeti ve Sanrılar ile Olan İlişkileri

Ebru TANSEL, A. Tamer AKER, Mehmet ÇAKICI, Melih ÖZEREN, Şahap ERKOÇ, Oğuz ARKONAÇ

ÖZET

Bu çalışmada DSM-III-R ölçütlerine göre şizofreni tanısı konan 144 hastada varsanuların tiplerinin sıklığı ve varsanular ile sanrılar ve hastalık şiddeti arasındaki ilişki araştırılmıştır. Varsanular ve sanrılar varlığı, tipleri Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Hastalık şiddeti ise, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği toplam skorundan "varsanular davranış" maddesi skoru çıkarılarak belirlenmiştir. Hastalarımızda en sık görülen varsanular tipinin işitsel varsanular olduğu bulunmuştur. Hastalık şiddeti ile varsanular tipleri arasında ilişki bulunmamıştır. Somatik-dokunma varsanularları daha çok somatik sanrılarla birlikte görülmüştür. Bu ilişki sanrı gelişiminde varsanuların da önemli bir rolü olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, varsanular, sanrılar

Düşünen Adam; 1996, 9 (1): 21-24

SUMMARY

In this study, the relative frequency of hallucinations the correlations of hallucinations with delusions and the severity of illness were examined on 144 schizophrenic patients who meet DSM-III-R criteria. The presence and types of hallucinations and delusions were evaluated with SAPS. The severity of illness was determined by the subtraction of the hallucinated behaviour score from the total score of BPRS. In examinations group, the most frequent type was auditorial hallucinations. There was no correlation between the severity of illness and types of hallucinations. Somatic-tactil hallucinations were related with somatic delusions. Therefore, this relation supports that the hallucinations may have an important place in the development of delusions.

Key words: Schizophrenia, hallucinations, delusions

GİRİŞ

DSM-IV varsanuları doğru bir algının kesin olan gerçeklik hissine sahip, ancak ilgili duyu organında dış uyaran olmadan meydana gelen bir duyuşsal algı olarak tanımlar. Varsanular tipleri içinde işitsel varsanular insan seslerinin ve diğer seslerin algılanmasıdır. Tat varsanuları ve koku varsanuları ise ilgili duyu organlarında algılanır. Somatik varsanular vücutta yeralan

fiziksel bir deneyimin, örneğin elektrik hissini algılanmasıdır. Dokunma varsanuları ise dokunulduğu veya derinin altında birşey olduğunun algılanmasıdır. Görsel varsanular ise insan gibi şekilli veya ışık gibi şekilsiz görüntüleri içerebilir⁽¹⁾.

Varsanular şizofreni hastalarında en sık görülen belirtilerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yürüttüğü bir çalışmada şizofreninin tüm kültürlerde

* XXXI. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur. ** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2. Psikiyatri Birimi

ortak olan dört semptom; toplumsal geri çekilme, düz duygulanım ve sanrılarla birlikte işitsel varsanılar da saptanmıştır (2).

Varsanılar şizofreninin pozitif semptomları arasındadır. Yapılan psikometrik çalışmalarda varsanılara sıklıkla şizofreninin diğer pozitif belirtilerinden sanrılarla eşlik ettiği bulunmuştur (3-6). Varsanılar ve sanrılar arasındaki ilişki bu iki belirtinin aynı mekanizmalarla ortaya çıktığını veya birbirini doğurduğunu düşünebilir. SCAN'in (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) sözlüğünde koku ile ilgili sanrılar, cinsel varsanılar ile ilgili sanrılar, vücuttaki duylara (tat, dokunma) bağlı sanrılar başlıklarında bir varsanının yorumlanıp işlenmesiyle ortaya çıkan sanrılar belirtilir (7).

İşitsel varsanıların beyin korteksi üzerinde gerçek seslere benzer etki yaptığı EEG, nöromanyetometre ve Positron Emisyon Tomografi (PET) ile gösterilmiştir (8,9). İşitsel varsanının kişinin subvokal sesi olabileceği düşünülerek vokal kaslara EMG bağlanarak yapılan çalışmalardan tutarlı sonuçlar alınamamıştır (11). Buna rağmen nöroleptiklerle geçmeyen işitsel varsanılarla başetmede vokal kasları kullanmak, örneğin şarkı mırıldanmak veya kulaklıkla müzik dinlemek oldukça etkili yöntemler olarak önerilmektedir (10,12,13,14).

Bilgisayarlı Beyin Tomografi (BBT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) ile yapılan araştırmalar işitsel varsanılara üçüncü ventrikülde genişleme, sol üst temporal girus ve sol amygdala hacminde azalma ve sol temporal lob T1 değerinde yükselmenin eşlik ettiğini göstermiştir. İşitsel varsanıların kalıcı nöroanatomik değişikliklerle beraber olması, varsanıların hastalık şiddeti ile ilişkili olabileceğini düşündürür (15-17).

Bu bilgiler ışığı altında biz de bu çalışmada kendi hasta grubumuzda varsanı tiplerinin sıklığını belirlemeyi ve varsanılarla sanrılar ve hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada araştırmaya alınan 144 hasta (58 kadın, 86 erkek) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları

Tablo 1. Hastalık süresi

Süre (yıl)	n	%
<5	19	13.2
5-10	26	18.1
>10	97	67.3
Bilinmeyen	2	1.4
Toplam	144	100.0

Tablo 2. Hastaneye yatış

Yatış sayısı	n	%
<5	60	41.7
5-10	51	35.4
>10	31	21.5
Bilinmeyen	2	1.4
Toplam	144	100.0

Tablo 3. Varsanların sıklığı

	n	%
İşitsel varsanı	93	64.6
Görme varsanısı	36	25.0
Somatik-dokunma v.	14	9.7
Koku varsanısı	10	6.9

Tablo 4. Varsanların hastalık şiddeti ile ilişkisi

	Korelasyon katsayısı	p değeri
İşitme varsanısı	0.0492	0.558
Somatik-dokunma varsanısı	0.1927	0.021
Koku varsanısı	0.1298	0.121
Görme varsanısı	-0.0380	0.651
Toplam varsanı	0.0690	0.411

Hastanesi servislerinde yatarak tedavi görmekte olan, akut alevlenmelerle süregiden hastalık öyküsü bulunan hastalar arasından seçildi. Hastalar iki psikiyatri uzmanı tarafından ayrı ayrı değerlendirildi ve ikisi tarafından da DSM-III-R tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısını koydurtacak ölçütleri tamamen doldurduğu bildirilen hastalar çalışmaya alındı. Hastaların yaş ortalaması 40.24 (SD=11.66) bulundu.

Hastaların % 67.3'ünün hastalık süresi 10 yılın üzerindeydi. % 18.1'i 5-10 yıl arasında, % 13.2'si ise 5 yıldan kısa hastalık öyküsüne sahipti. Hastaneye yatış sayısı ise % 41.7'sinde 5 seferden az, % 35.4'ünde 5-10 sefer arasında % 21.5'inde ise 10 seferden fazlaydı.

Yapılan çalışmada 144 hastada varsanı ve sanrı varlığını ve tiplerini değerlendirmek için Andreasen tarafından geliştirilen varsanı, sanrı, garip davranış ve pozitif yapısal düşünce bozukluğu gibi belirtileri araştıran PBDÖ (Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği) kullanıldı. Hastalık şiddeti ise hastanın duygulanım, psikomotor aktivite, yönelim, çağrışım, düşünce içeriği ve varsanlı davranışlarını araştıran, 18 maddeden oluşan KPDÖ (Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği) toplam skorundan "varsanlı davranış" maddesi skoru çıkarılarak belirlendi. Varsanı profilinin belirlenmesinde ve varsanılar ile hastalık şiddeti ve sanrılar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde korelasyon katsayıları ve betimleyici istatistik yöntemleri kullanılmıştır.

BULGULAR

144 hastanın 93'ünde (% 64.6) işitme varsanıları, 36'sında (% 25.0) ise görme varsanıları saptanmıştır. Sıklık açısından daha sonra somatik-dokunma ve koku varsanıları gelmektedir (sırasıyla % 9.7 ve % 6.9). Hastalık şiddeti ile varsanı tipleri veya varsanıların bütünsel değerlendirilmesi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Varsanılar ile sanrılarının birlikteliği araştırıldığında ise somatik sanrılar ve somatik-dokunma varsanıları arasında ilişki bulunmuştur ($r=0.4058$, $p=0.001$).

TARTIŞMA

Çalışmamızda şizofreni hastalarında en sık görülen varsanı tipi işitsel varsanılar olarak bulunmuştur. Hasta grubumuzda işitsel varsanı oranı % 64.6'dır. Bu oran Mueser ve ark. DSM-III-R'ye göre şizofreni tanısı almış 89 hastada bulduğu % 71 ve Bowman ve Raymond'un 1408 şizofreni hastasında bulduğu % 53'lük işitsel varsanı oranlarına yakındır (18,19). İkinci en sık görülen varsanı tipi ise % 25 hastada bulunan görme varsanılarıydı. Batıda yapılan çalışmalar görme varsanılarının % 12-72 arasında saptandığını belirtmektedir (2,20,21).

Yapılan psikometrik çalışmalarda varsanılara şizofreninin diğer pozitif semptomlarından sanrılarının sık eşlik ettiği bulunmuştur (3-6,22-26). Şizofreni belirtilerinin uzunlamasına seyri araştırıldığında da varsanı ve sanrı belirti grubunun diğer belirtilerden bağımsız olarak birlikte azalma ve artma gösterdiği

bulunmuştur (23,27). Varsanılar ve sanrılar arasındaki ilişki bu iki semptomun aynı mekanizmalarla ortaya çıktığını ve birbirini doğurduğunu düşündürebilir. Şizofrenide hezeyan gelişiminden aylar, yıllar önce sıklıkla varsanıların olduğu ve sanrılarının bu hatalı algıları gerçeklik bakış açısına yerleştirmek için hastaya yardım ettiği bilinmektedir.

Literatürde de "birincil görüngünün sanrılı yorumlanması" başlığı altında birincil görüngü olarak ifade edilen varsanı ve diğer algı bozuklukları (örneğin algıda küntleşme veya yükselme, de-realizasyon, depersonalizasyon, dismorfofobi) gibi anormal öznel deneyimlerin açıklanması veya yorumlanması sonucu oluşan sanrılar belirtilir (7). Çalışmamızda somatik-dokunma varsanıları ile oluşan sanrılar arasında bulunan anlamlı ilişki sanrı gelişiminde algısal etkenlerin de rolü olabileceğini düşündürmektedir.

Varsanılara şizofreni dışında diğer psikotik bozukluklarda da rastlanmaktadır. Şizofreni veya mizaç bozukluğu tanısı konmuş hastalarda tekrarlayan ataklarda varsanı içeriği değişse de varsanı tipinin aynı kalması belli nöroanatomik bölgelerde bir nörofizyolojik bozukluğun aynı tip varsanının tekrarlamasına yol açtığını düşündürmüştür (28). Nöroanatomik incelemeler işitsel varsanıların üçüncü ventrikülde genişleme, sol üst temporal girus ve sol amigdala hacminde azalma, MRI incelemesinde sol temporal lob T1 değerinde yükselme ile birlikte olduğunu göstermiştir (15-17). İşitsel varsanıların kalıcı nöroanatomik değişikliklerle beraber olması, varsanıların hastalık şiddeti ile ilişkili olabileceğini düşündürür.

Mueser ve ark. çalışmasında görme varsanılarının hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise varsanılar ile hastalık şiddeti veya sanrı şiddeti arasında ilişki bulunmamıştır (18).

Sonuç olarak;

1. Şizofreni hastalarında en sık görülen varsanı tipi işitsel varsanılardır.
2. Somatik-dokunma varsanılarının daha çok somatik sanrılarla görülmesi sanrı gelişiminde algısal etkenlerin de önemli bir rolü olabileceğini düşündürmektedir.

3. Varsanı tiplerinin belirlenmesi, varsanların sınırlarla ve hastalık şiddetiyle ve beyin yapı, metabolizma bozuklukları ile ilişkisinin araştırılması şizofreninin farklı boyutlarını araştırmada faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washinton DC, American Psychiatric Association, 1994.
2. Murphy H, Wittkower ED, Fried J, Ellenberger H: A cross cultural survey of schizophrenic symptomatology. *Int J Soc Psychiatry* 9:237-49, 1963.
3. Aker T, Özmen E, Erkoç Ş, Ataklı C, Arkonaç O: Şizofreninin pozitif ve negatif belirtileri üzerine çok faktörlü bir model denemesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 3:104-11, 1994.
4. Brown KW, White T: Syndromes of chronic schizophrenia and some clinical correlates. *Br J Psychiatry* 161:317-22, 1992.
5. Mortimer AM, Lund CE, McKenna PJ: The positive: negative dichotomy in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 157:41-49, 1990.
6. Peralta V, Leon J, Cuesta MJ: Are there more than two syndromes in schizophrenia? *Br J Psychiatry* 161:335-43, 1992.
7. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Glossary* 1992.
8. Cleghorn JM, Franco S, Szechtman B, Kaplan RD, Szechtman H, et al: Toward a brain map of auditory hallucinations. *Am J Psychiatry* 149:1062-69, 1992.
9. Tiihonen J, Hari R, Nuakkarinen H, et al: Modified activity of the human auditory cortex during auditory hallucinations. *Am J Psychiatry* 149:255-57, 1992.
10. Corrigan PW, Storzach DM: Behavioral interventions for alleviating psychotic symptoms. *Hosp Comm Psychiatry* 4:341,46, 1993.
11. Green MF, Kinsbourne M: Subvocal activity and auditory hallucinations, clues for behavioral treatment? *Schizophrenia Bull* 16:617-25, 1990.
12. McInnis M, Marks I: Auditape therapy for persistent auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 157:913-14, 1990.
13. Nelson HE, Thrasher S, Barres E: Practical ways of alleviating auditory hallucinations. *Br Med J* 302:27, 1991.
14. Romine J, Honig A, Noorthorn O, et al: Coping with hearing voices; an emancipatory approach. *Br J Psychiatry* 161:99-103, 1992.
15. Cullberg J, Nyback H: Persistent auditory hallucinations correlate with the size of the third ventricle in schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 86:469-72, 1992.
16. Barta PE, Pearlson GD, Bowers RE, et al: Auditory hallucinations and small superior temporal gyral volume in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 147:1457-62, 1990.
17. Canlon P, Trimble MR, Rogers D: A study of epileptic psychosis using magnetic resonance imaging. *Br J Psychiatry* 156:231-35, 1990.
18. Mueser KT, Bellack AS, Brady EU: Hallucinations in schizophrenia. *Acta Psychiatry Scand* 82:26-29, 1990.
19. Bowman KM, Raymon AF: A statistical study of hallucinations of schizophrenia. *Dis Nerv Sys* 27:349-53, 1966.
20. Bracha HS, Wolkowitz O, Lohr JB, Karson CN, Bigelow L: High prevalence of visual hallucinations in research subjects with chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 146:526-28, 1989.
21. Ndeti DM, Vadhwa A: A comparative cross-cultural study of the frequencies of hallucination in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 70:545-49, 1984.
22. Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, Miller D, et al: Symptoms of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 52:341-51, 1995.
23. Arndt S, Andreasen NC, Flaum M, Miller D, et al: A longitudinal study of symptom dimensions in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 52:352-60, 1995.
24. Arndt S, Alliger RJ, Andreasen NC: The distinction of positive and negative symptoms. *Br J Psychiatry* 158:317-22, 1991.
25. Liddle PF: The symptoms of chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 151:145-51, 1987.
26. Liddle PF, Barnes TRE, Morris D, et al: Three syndromes in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 155 (Suppl):119-22, 1989.
27. Eaton WW, Thora R, Federman B, Melton B, et al: Structure and course of positive and negative symptoms in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 52:127-34, 1995.
28. Chaturvedi SK, Sinha VK: Recurrence of hallucinations in consecutive episodes of schizophrenia and affective disorder. *Schizophrenia Res* 3:103-106, 1990.