



T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇGÖRÜ
DEĞERLENDİRİLMESİ VE FARKLI İÇGÖRÜ ÖLÇEKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

VUSLAT ECEM GÜNEŞ ALTIPARMAK

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr ATİLA EROL

2022 -SAKARYA

T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇGÖRÜ
DEĞERLENDİRİLMESİ VE FARKLI İÇGÖRÜ ÖLÇEKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

VUSLAT ECEM GÜNEŞ ALTIPARMAK

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr ATİLA EROL

2022 -SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Sahibi : Vuslat Ecem GÜNEŞ ALTIPARMAK

Sınav Tarihi : 26/10/2022 **Saat:** 10.00

Tez Başlığı : Şizofreni Hastalarında İçgörü Değerlendirilmesi Ve Farklı İçgörü Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)	Prof. Dr. Atila EROL		
Üye	Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ		
Üye	Prof. Dr. Esra YAZICI		

ONAY

“Bu tez .././202.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.././202..
Tıp Fakültesi
Dekani

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

*Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 04/03/2022 tarihinde onay alarak hazırlanmıştır. Etik kurul onay numarası: E-71522473-050.01.04-112801-42 **(EK-1)**

Tarih:

.../.../.....

DR. VUSLAT ECEM GÜNEŞ ALTIPARMAK

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Psikiyatri uzmanlık eğitimim sürecimde her daim bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan ve yol gösteren, Anabilim Dalı Başkanımız ve sabrı hiç tükenmeyen tez danışman hocam Prof. Dr. Atila EROL başta olmak üzere, psikiyatri ve güncel hayatta kendimi geliştirebilmem için her türlü desteğini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ, Prof. Dr. Esra YAZICI ve Doç. Dr. Ahmet Bülent YAZICI' ya;

Beraber keyifle çalıştığım, daha çok kahrımı çeken asistan arkadaşlarıma,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım uzman hekim arkadaşlarıma;

Bir klinik servisinden çok aile gibi hissettiren psikiyatri kadın ve erkek servisi, TRSM ve AMATEM servisi hemşire, personel ve sekreterlerimize çok teşekkür ederim.

İyi günde kötü günde her daim yanımda olmayı seçen, beni olduğum gibi kabul eden ve içselleştiren, kardeşten öte canım arkadaşlarım Dr. Hacer AKBAŞ ve Dr. Sevgi GÜLEÇ'e

En zor günümde beni gerçekliğe döndüren, bana kim olduğumu gösteren, bildiği her şeyi paylaşan ve sıkılmadan defalarca anlatan yoldaşım Uzm. Dr. Tugay BİLGİN ve çok sevdiğim eşi Hatice Bilgin'e,

Her zaman benimle gurur duyduklarını hissettiğim, bana sahip çıkan ve yanımda olan annem, babam ve kardeşlerime,

Tez yazarken bile kucağımda oturup minik kalbiyle sevgi bekleyen, gözlerinin içi gülen, yaşama en güçlü tutunma sebebim olan, iyi ki doğurmuşum dediğim canım oğlum Çınar'ıma ve eşim Dr. Erdem ALTIPARMAK' a en içten teşekkürlerimle.

Dr.Vuslat Ecem GÜNEŞ ALTIPARMAK

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	11
2. GENEL BİLGİLER	14
2.1 Şizofreni	14
2.1.1 Tanı kriterleri	14
2.1.2 Epidemiyoloji.....	15
2.1.4 Etiyoloji	19
2.1.4.1 Fetüs oluşumu öncesinde oluşan etkenler.....	19
2.1.4.2 Fetüs oluşumu ve anne karnında olan etkenler	20
2.1.4.3 Erken çocukluk çağındaki etkenler	21
2.1.4.4 Ergenlik çağındaki etkenler	21
2.1.4.4 Erişkinlik çağındaki etkenler	22
2.1.5 Tedavi	22
2.1.6 Şizofrenide remisyon kavramı	23
2.2 İçgörü.....	23
2.2.1 Kuramsal yaklaşımlarda içgörü	27
2.2.2 İçgörü kazanma süreci	29
2.2.3 İçgörü gelişimini etkileyen faktörler.....	30
2.3 Şizofreni ve İçgörü	32
3.GEREÇ VE YÖNTEM	46
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	46

3.2. Araştırmanın Örneklemi	46
3.3. Uygulama	46
3.3.1. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri.....	47
3.4. Veri Toplama Araçları.....	47
3.4.1. Sosyodemografik veri formu (EK-2).....	47
3.4.2 Pozitif ve negatif sendrom ölçeği (EK-3)	48
3.4.3 Klinik genel izlenim ölçeği(EK-4)	48
3.4.4 İşlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeği (EK-5)	48
3.4.5. Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (EK-6)	48
3.4.6. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (EK-7)	49
3.4.7. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (EK-8)	49
3.4.8. Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği (EK-9)	49
3.4.9. Beck bilişsel içgörü ölçeği (EK-10).....	50
3.4.10. Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeği (EK-11).....	50
3.5. İstatiksel Analiz.....	50
4. BULGULAR.....	52
4.1. Sosyodemografik Özellikler	52
4.2 Normallik Testine İlişkin Bulgular.....	56
4.3 İçgörü Gruplarının Semptom Türlerine Göre Ortalamaları.....	57
4.3.1 İçgörü gruplarına göre şizofreni semptom türlerinin ortalamaları.....	57
4.5. Regresyon Analizi Sonuçları	62
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	66
Sonuçlar	76
6. KAYNAKLAR	78
7. EKLER.....	97
7.1. EK-1: Etik kurul kararı	97
7.2. EK-2: Sosyodemografik veri formu	97
7.3. EK-3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği.....	101
7.4. EK-4: Klinik Global İzlenim Ölçeği	122
7.5. EK-5: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi	123
7.6. EK-6: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği.....	124
7.7. EK-7: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	127

7.8. EK-8: Akıl Hastalığına İlgörüsüzlük Ölçeği	129
7.9. EK-9: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği.....	131
7.1. EK-10: Beck Bilişsel İlgörü Ölçeği	136
7.11. EK-11: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği.....	137
ÖZGEÇMİŞ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.



KISALTMA VE SİMGELER

ADVD: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği

AHI: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği

BECK: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKT: Elektrokonvulsif Terapi

G: Genel Psikopatoloji

GAS: Global Değerlendirme Ölçeği

ICD: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması

IUB: İçgörünün Üçbileşenini Değerlendirme Ölçeği

IPSS: International Pilot Study of Schizophrenia

N: Negatif

P: Pozitif

PANNS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

PANNSTOP: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Toplam Puanı

PECC (Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers)

SCID: Semi-Structured Interview Guide For Making Diagnoses

WHO: World Health Organization

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4. 1 Klinisyenin içgörü değeri ile cinsiyet dağılımının ilişkisi	56
Şekil 4. 2 İçgörü ile PANNS toplam ve alt tiplerin ortalama değeri	58
Şekil 4. 3 İçgörü ile içgörü ölçek toplamının ortalama değeri.....	59



TABLO LİSTESİ

Tablo 4. 1. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri.....	54
Tablo 4. 2 İçgörü * Cinsiyet.....	56
Tablo 4. 3 Klinisyenin içgörü değerlendirmesine (var-yok-kısmi) göre semptom boyutlarının ortalamaları ve karşılaştırma sonuçları	58
Tablo 4. 4 Klinisyenin içgörü değerlendirmesi (var-kısmi-yok) ile içgörü ölçek toplam puanlarının tanımlayıcı değerleri	60
Tablo 4. 5 Hastalık şiddeti ile içgörü ölçeklerinin korelasyon değerleri	61
Tablo 4. 6 PANNS toplam belirti puanı ve alt semptom şiddetleri ile içgörü ölçekleri arasındaki korelasyon değerleri	62
Tablo 4. 7 PANNS pozitif belirti düzeyi puanı bağımlı değişken olarak regresyon analizi sonuçları.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 4. 8 PANNS negatif belirti düzeyi puanı bağımlı değişken olarak regresyon analizi sonuçları.....	63
Tablo 4. 9 PANNS genel belirti düzeyi puanı bağımlı değişken olarak regresyon analizi sonuçları.....	64
Tablo 4. 10 PANNS toplam belirti düzeyi puanı bağımlı değişken olarak regresyon analizi sonuçları.....	65

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: İçgörü psikoz kliniğinde temel bir özelliktir; genelde hastalığın farkında olma, tedaviye uyum gösterme olarak tanımlanır; fakat kapsamı, sınırları ve ölçüm şekli konuları tartışmalıdır. Farklı tanım ve kavramsal temeli olan bir çok ölçek geliştirilmiştir. Çalışmamızda remisyonda şizofreni hastalarında farklı içgörü ölçeklerini kullanarak, bu ölçeklerin benzerlik ve farklılıklarını ve hastalık belirtilerini predikte etme güçlerini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmaya Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine başvuran, DSM-5 kriterlerine göre 18-65 yaş aralığında remisyondaki şizofreni hastalarında gerçekleştirildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden, çalışmanın dâhil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan 105 olgu çalışmaya dâhil edilmiştir. Şizofreni tanısını doğrulamak ve komorbid psikiyatrik hastalıkları değerlendirmek amacıyla DSM-V'e uyarlı SCID-1 görüşmesi yapıldı. Hastalığın şiddetini değerlendirmek için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) ve içgörü ölçekleri olan Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BECK), Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği (BROWN), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜB), Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHI), Aşırı Değer Verilmiş Düşünceler Ölçeği (ADVD) uygulandı.

BULGULAR: İçgörü ölçeklerinin hepsi remisyonda şizofreni hastalarında belirti şiddeti ile negatif korele olduğu saptanmıştır. PANNS toplam belirti düzeyini en iyi predikte eden ölçek ADVD ve ikinci predikte eden değer ise İÜB olarak bulunmuştur. PANNS pozitif belirti düzeyini en iyi predikte eden ölçek ADVD olarak bulunmuştur. PANNS negatif belirti düzeyini en iyi predikte eden ölçek İÜB ve ikinci predikte eden değer ise ADVD olarak bulunmuştur. PANNS genel belirti düzeyini en iyi predikte eden ölçek BROWN ve ikinci predikte eden değer ise ölçek İÜB olarak bulunmuştur.

SONUÇ: İçgörü ölçekleri birbirleriyle ve şizofreni belirtileriyle yüksek korelasyon göstermiştir. Ancak şizofreni farklı belirti alt gruplarını predikte etmede içgörü ölçekleri farklılıklar göstermiştir; pozitif belirtileri ADVD, negatif belirtileri İÜB ve genel psikopatolojiyi BROWN en iyi predikte etmiştir.

Anahtar Kelimeler: İçgörü, içgörü ölçekleri, pozitif ve negatif belirti ölçeği, semptom şiddeti, şizofreni

ABSTRACT

EVALUATION OF INSIGHT AND COMPARISON OF DIFFERENT INSIGHT SCALES IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Insight is a key feature in the psychosis clinic; it is generally defined as awareness of the disease and compliance with treatment; but its scope, limits and form of measurement are controversial. Many scales with different definitions and conceptual bases have been developed. In our study, we aimed to examine the similarities and differences of these scales and their predictive power of disease symptoms by using different insight scales in patients with schizophrenia in remission.

METHODS: The study was carried out on patients aged 18-65 years, who applied to Sakarya University Training and Research Hospital Psychiatry outpatient clinic and Community Mental Health Center, were diagnosed with schizophrenia according to DSM-5 criteria, completed acute treatment, and continued on maintenance treatment. 105 cases who accepted to participate in this study and met the study's inclusion and exclusion criteria were included. DSM-V-adapted SCID-1 interview was conducted to confirm the diagnosis of schizophrenia and to evaluate comorbid psychiatric disorders. Afterward, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS) and the insight scales which are the Beck Cognitive Insight Scale, Brown Assessment of Beliefs Scale, Scale for Assessing the Three Components of Insight, The Scale of Unawareness of Mental Disorders, and Expressed Emotions Scale were used to assess the severity of the disease.

RESULTS: All insight scales were found to be negatively correlated with symptom severity in patients with schizophrenia in remission. The scale that best predicted the total symptom level of PANNS was the ADVD, and the second predictive value was IUB Insight. The scale that best-predicted PANNS positive symptom level was found to be ADVD. The scale that best-predicted PANNS negative symptom level was IUB and the second predictive value was ADVD. The scale that best predicted the general symptom level of PANNS was BROWN.

CONCLUSION: Although insight scales were highly correlated with each other and with schizophrenia symptoms. However, insight scales differed in predicting different symptom subgroups of schizophrenia; best predicted positive symptoms of ADVD, negative symptoms of IUD and general psychopathology of BROWN.

Keywords: Insight, insight scales, positive and negative symptom scales, symptom severity, schizophrenia

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, belirgin halüsinasyon ya da hezeyanlar ile seyreden, davranışın kognitif, emosyonel ve diğer bir çok fonksiyonunda bozulmalarla seyreden, kronik seyir gösteren ve relapslarla giden bir klinik sendromdur. Hezeyan ve halüsinasyon gibi pozitif semptomlar; duygulanımda yüzeyelleşme, sosyal içe çekilme, konuşma miktarında azalma ve düşünce içeriğinde fakirleşme gibi negatif semptomlar; dikkat, hafıza, yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtiler gösterebilen; duygu, düşünce, algılama ve davranış paternlerini etkileyen; çeşitli klinik tablolarla ortaya çıkabilir (David, 1990b).

Şizofreninin toplumda sıklığı %1 civarında görülen, genellikle yirmili yaşların başlarında belirti göstermeye başlayan, her sosyal sınıfta karşılaşılabilen, hem hasta hem de toplum açısından önemli etkileri olan bir hastalıktır (Owen ve ark., 2016). Şizofreni tanısı alan bireylerin yarısından çoğunda uzun vadeli psikiyatrik problemler, yaklaşık %20 kadarında ise kronik semptomlar görülür (Mackay-Sim ve ark., 2004). Hastaların yaklaşık yarısında, ilk atak sonrası düzenli ilaç kullanılmasına rağmen tekrar atak geçirebilmektedir. Atak sayısı arttıkça kronikleşme riski artmaktadır (Owen ve ark., 2016).

Psikiyatride klinik içgörünün anlamı, kişinin psikiyatrik hastalığını tanıması ve kabul etmesi, semptomlarının farkında olması ve tedaviyi kabul etmesi olarak tanımlanmaktadır. Klinik psikiyatride içgörü; muayenenin bir bileşeni olarak, önemli bir tanı kriteridir ve tedavi olmaya istekli olma, işlevselliğin değerlendirilmesi, irade sahibi olma ve cezai sorumluluklarının değerlendirilmesinde önemli bir boyuttur (David, 1990a).

Hastaların içgörüsünün, var ya da yok olarak tanımlanması, içgörünün kendisi hakkında çok az şey ifade eder (Marková ve Berrios, 1992). Belirti olarak var ya da yok şeklinde değerlendirilemez, sürekli bir duyma ve düşünme biçimidir ve iç dünya ve çevresel etkenlerden etkilenecek değişebilmektedir.

Hastaların semptomlara yönelik tutumları, ruhsal olayları hatırlama ve raporlamada yanlışlık yaratsa da, geleneksel psikiyatrik görüşmeler yoluyla elde edilen bilgiler

ruhsal bozukluklardan etkilenebilmektedir. Zihinsel bozukluğun öznel bilgileri çarpıtmadığı varsayılması gerektiği (örneğin, halüsinasyonlar veya anhedoni), çünkü bunların çoğu bir morbidite belirteci olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle, hastanın içgörüsü psikiyatrik muayeneye dâhil edilirken, diğer semptomların veya hastalık sonuçlarının klinik değeriyle ilgili olarak iyi veya kötü içgörünün ne anlama gelmesi gerektiği açık değildir (David, 1990b).

Aubrey Lewis (1934), içgörüyü “Kişinin kendi içindeki hastalıklı değişime karşı doğru bir tutum” olarak tanımlamaya çalışmış (David, 1999), Jaspers ise (1964) "Hastalığın ciddiyetinin nesnel olarak doğru tahmin etme ve belirli tipine ilişkin nesnel olarak doğru yargıya varma" olarak tanımlamıştır (David, 1990a). Carpenter (1973), içgörüyü şizofreninin bir semptomu olarak tanımlayarak sadece var ya da yok olarak değerlendirmiştir (David, 1990a).

Anthony S. David, içgörü kavramını akıl hastalığı olduğunun farkına varma (farkındalık), olağandışı zihinsel olayları (sanrılar ve halüsinasyonlar) patolojik (atıf) olarak yeniden etiketleme yeteneği ve tedavi ihtiyacının tanınması (eylem) olarak üç farklı boyutta tanımlanmıştır (David, 1990b). Amador ve David ise içgörü kavramını akıl hastalığı olduğunun farkındalığı, akıl hastalığının sonuçlarının farkındalığı, ruhsal bozukluk belirtilerinin farkındalığı, semptomların zihinsel bir bozukluğa atfedilmesi ve ilaç etkilerinin farkındalığı olarak beş farklı boyuta genişletmiştir (Amador, 2004).

İçgörü eksikliğine, nöropsikolojik bozukluklar, psikiyatrik hastalığın bir semptomu olarak ya da savunma mekanizması (inkâr, stigma ya da hastalığın yarattığı stres) gibi etmenlerin yol açtığı savunulmaktadır (David, 1990b).

Psikoz tedavisindeki önemli gelişmeler, içgörü teriminin daha iyi anlaşılması gerektiğini ve araştırılmasının önemini vurgulamıştır.

Birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalıklarda değişken oranlarda hastalığa karşı farkındalık olsa da, içgörünün yokluğu en sık şizofrenide gözlenir. Ruhsal bozukluğunun farkında olamamak, şizofreni hastalığının önemli bir işaretidir ve bu hastaların %50-80'inde hastalıklarının seyri sırasında görülmektedir (Margariti ve ark., 2015).

Psikotik bozukluklarda içgörü olmaması birçok çalışmada bildirilmiştir ve 1973'te WHO (World Health Organization) tarafından uluslararası bir araştırmada şizofrenide psikotik hastaların %97'sinin içgörüsünün olmadığı bildirilmiştir (David, 1990a).

İçgörü eksikliği hastaneye yatış oranlarında artma, klinik seyirdeki olumsuz gidişat, psikososyal işlevsellikte azalma ve tedavi işbirliğinde engel oluşturması açısından önemli yer tutmaktadır. Araştırmacılar, etkin farmakoterapi sonuçlarının yanı sıra hastaların semptomlarının farkında olma, içgörü kazandırılması ve bu semptomlarla başa çıkma becerilerinin artırılmasının hastalığın nüksetmesini önlemede önemli başarı sağlayacağını vurgulamışlardır. Bununla birlikte içgörü eksikliği ile tedaviye uyum sağlamada zorluklarla paralellik gösterebilmekte ve hastalığın seyrinin olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir (Margariti ve ark., 2015).

Bizim çalışmamızda akut psikotik dönemdeki şizofreni hastalarında gerçeği değerlendirme yetisinin kaybına içgörü eksikliğine karşın akut tedavisini tamamlamış sürdürüm tedavisi alan remisyonda şizofreni hastalarının farklı içgörü ölçekleriyle içgörüyü ölçüp birbirleriyle ilişki ve farklılıklarına ve bu ölçeklerin şizofreni semptomlarını ne kadar predikte ettiklerini araştırmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Şizofreni

Şizofreni, sıklıkla genç yaşta başlayan, başlangıç, seyri ve sonlanması hastadan hastaya ve seyri sürecince değişiklikler gösterebilen, etiyojisi net belirlenememiş, ruhsal durumun hemen bütün alanlarında belirti ve bulgu gösterip önemli işlevsellik kaybına yol açan bir toplum sağlığı problemidir. Tek bir hastalık gibi incelenmiş olmasına rağmen, birçok etkenli etiyojiiye sahip bozukluğu içermekle birlikte klinik, tedavi yanıtı ve seyri değişken olmaktadır. Belirti ve bulgular algı, duygu, biliş, düşünme ve davranış alanlarında çeşitli şekillerde kendini gösterir. Hastalık sıklıkla 25 yaşından önce başlayıp, bütün hayatı boyunca devam eder ve tüm sosyal sınıfları etkileyebilmektedir (Çetin, 2010).

2.1.1 Tanı kriterleri

Şizofreni tanısı koyma sürecinde DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı rehberi kullanılır. DSM-5 tanı kriterleri 2013 yılında tanımlanmıştır. DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanımı aşağıdaki gibidir.

Şizofreni DSM-V tanı ölçütleri:

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisi (ya da daha çoğu), bir aylık zaman diliminin önemli bir kısmı boyunca (ya da başarı ile tedavi edilmişse daha kısa) vardır.

1.Sanrılar.

2.Varsanılar.

3.Dezorganize konuşma.

4.Dezorganize davranış ya da katatonik davranış.

5.Negatif belirtiler

B. Bu bozukluğun başlangıcından itibaren geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok alanda işlevsellik düzeyi bozulmuştur.

C. Bu bozukluğun belirtileri en az 6 ay sürer. Bu 6 aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az 1 aylık belirtileri kapsamalıdır

D. Şizoaffektif bozukluk, psikotik özellikli depresyon ve bipolar bozukluk tanıları dışlanır.

E. Bu bozukluk, kötüye kullanılabilen maddelerin, ilaçların ya da başka tıbbi durumların fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm kapsamında bir bozukluk ya da çocukluk döneminde başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra, belirgin sanrılar ya da varsanılar en az bir aylık bir süreyle olması gerekir.

2.1.2 Epidemiyoloji

Şizofreni sıklığı ile ilgili çalışmalarda; şizofreni için nokta prevalans 4,6/10000 kişi olarak bulunmuştur (Saha ve ark., 2005). Hayatı boyunca hastalığa yakalanma riski ise %0,7 olarak bildirilmiştir (Saha ve ark., 2005). 1990 yılından itibaren görülme sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlık 4,8/1000 kişi olarak bulunmuştur (Simeone ve ark., 2015). Türkiye’de ise 2011 yılında yapılan kesitsel bir çalışmada şizofreni görülme sıklığı 8,9/1000 kişi olarak bulunmuştur (Binbay ve ark., 2011).

Diğer taraftan psikotik belirtilerle seyreden tüm psikiyatrik bozukluklar ele alındığında görülme sıklığı %2,5-3,5 aralığında bulunmuştur (Binbay ve ark., 2012a; Kessler ve ark., 2006). Şizofreni dışındaki psikotik bozukluklar (kısa psikotik bozukluk, sanrılı bozukluk (delüzyonel bozukluk), şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk) en az şizofreni kadar yaygındır ve görülme sıklığı 9/1000 kişi olarak bildirilmiştir (Binbay ve ark., 2012a; Kessler ve ark., 2006).

Bu değerler ışığında Türkiye’de yaklaşık 650.000 kişinin şizofreni tanısı olduğu sonucuna varılabilir.

Şizofreni hastalarında hastalığın görülme sıklığı ve yaygınlığı bakımından cinsiyet faktörünün etkisiz olduğu düşünülürken, son zamanlardaki araştırmalarda erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Öztürk, 2015). Kadınlarda hastalık başlangıç yaşı, erkeklere kıyasla daha geç bulunurken, erkeklerde çoğunlukla 15-25 yaş aralığında, kadınlarda 25- 35 yaş aralığındadır. Kadın cinsiyette ikinci zirve 40-45 yaşlarında görülmektedir (Öztürk, 2015).

Sosyoekonomik düzeyler incelendiğinde hastalığın görülme sıklığı değişkenlik göstermektedir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek kişilerde %0,5 olarak görülürken, düşük sosyoekonomik düzeyde 5 kat daha fazla gözlemlendiği ifade edilmiştir. Söz konusu durum; doğum öncesi yetersiz bakım olması, enfeksiyonlar, doğum sonrası fazla strese maruz kalma gibi faktörlere bağlanmıştır (Owen ve ark., 2016). Ayrıca

kırsal kesimlerde hastane başvuru oranlarının daha az olmasından dolayı tanı koymada yetersiz kalınması nedeniyle, kırsal kesimlere bakıldığında kentsel kesimlere oranla daha az görüldüğü saptanmıştır.

2.1.3 Tarihçe

Şizofreni kavramı yunan dilinde "bölünmek, yarılmak, ayrılmak, parçalanmak" ve "akıl, ruh, huy, hissiyat" gibi benzer belirtileri olan birtakım ruhsal hastalıklardır. Şizofreni kelimesi, Yunanca ayrışmış ya da bölünmüş anlamına gelen "şizo" ve akıl anlamındaki "frenos" sözcüklerinin birleşiminden gelir (Kuhn, 2004). Anlatılmak istenen bireyin iki farklı kişiliğinin olmasından ziyade, farklı iki gerçekliğe aynı anda inanmasıdır.

Günümüzde şizofreni hastaları için belirtilen semptomların tarihi süreçte çok eski zamanlarda da rastlandığı bilinmektedir. Milattan önceki 1400 yıllarındaki Hint Veda yazılı metinlerinde, günümüzde özellikle şizofreni hastalığını ağır semptomlarla geçiren bireylerde görülen belirtilerin anlatıldığı görülmüştür. Bu metinlerde özbakımı yetersiz, çıplak dolaşan, yaşamını şaşkın ve boş geçiren, dinle aşırı derecede meşgul, kendini tanrı zanneden, zehirlenme gibi korkuları olan ya da yeni bir felakete sebebiyet vermemek için idrar yapmayı reddeden bireylerden söz edilmiştir (Bhugra, 1992).

Milattan önce 400 yıllarında ruh hastalıkları ilk kez Hipokrat tarafından tıbbi açıdan incelenmiştir. Hipokrat konfüzyonları hastaların kusmalarını örnek vererek ruhsal hastalıkların vücut dengesizliklerinden kaynaklandığını öne sürmüş ve tedavide diyet ve hijyen önermiştir. Roma döneminde ise akıl hastalıkları "delirium" olarak adlandırılmıştır.

Ortaçağ Avrupası'nda psikiyatrik hastalığı olanlar ruhunu şeytana teslim etmiş olarak kabul edilerek çeşitli işkenceler uygulanmış, diri diri yakılmışlardır. 18. Yüzyıl sonlarına kadar ruh hastaları korkunç, kapatılması ve cezalandırılması gereken, alay konusu edilen bir konumda olmuştur.

Fransa'da 1793'te Philippe Pinel'in ruh hastalarının zincirlerini çözerek modern psikiyatrinin başlangıcını oluşturduğu söylenmektedir Fransız ruh hekimi Dominique Esquirol, "halüsinasyon" terimini ilk kez kullanmıştır. Morel 1856'da "Démence

précocé” terimini kullanan ilk hekim olarak literatüre geçmiştir. 1871’de Ewald Hacker “hebephrenie” sözcüğünü kullanarak klinik tabloyu gençlik çağı ile ilişkilendirmiş, Laseque kötülük görme sanrılarını tanımlamış (delire de persecutions) , 1874’te Karl Kahlbaum “katatoniéyi tanımlamıştır (Erkoç, 1998).

İlk yunan doktorları grandiyöz sanrılar, paranoyayı açıklarken, bilişsel fonksiyonlar ve kişilik yapısında bozulma olarak tanımlamışlardır. Ancak şizofreni hastalığının incelenmesi ve tedavi edilmesi gerektiğinin farkına varılması 19. Yüzyıla dayanmaktadır. Psikiyatri ve nöroloji alanında bu bozukluğu araştıran iki önemli isim Emil Kreapelin (1856-1926) ve Eugen Bleuler’dir (1857-1939).

Kraepelin; bu bozukluğu bilişsel sürecin bozulması (demans) ile erken başlaması (prekoks) olarak tanımlayarak dementia praecox olarak adlandırmıştır. Dementia praecox uzun dönemde yıkımlı bir seyir izleyen, varsanılar ve sanrılarla seyreden bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Normal işlevsellik dönemi ve atak dönemleri ile seyir gösteren hastalığı manik-depresif psikoz olarak sınıflayarak bu hastalıkların ayrımını yapmıştır.

Bleuler, Alman Psikiyatri Derneği'nin Berlin'deki bir toplantısında 24 Nisan 1908'de 'Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe)' (Bleuler, 1908) başlığıyla bir konferans verdiğinde 'şizofreni' kelimesi ilk defa kullanmıştır. Bleuler, Kraepelin'deki dementia praecox'a yeni "şizofreni" adını vermiş, dementia praecox'unda meselenin ne temel bir demans ne de gerekli bir erken gelişmişlik meselesi olmadığını vurgulayarak; psişik işleyişin parçalanması veya bölünmesinin bu hastalık grubunun mükemmel bir belirtisi olduğu ve bunu şizofreni olarak adlandıracağından bahsetmiştir (Kuhn, 2004).

Bleuler hastalardaki zihinsel bölünme konusundaki teorisini tanımlamak için primer belirti olarak dörtA belirtilerinden bahsetmiştir. DörtA olarak özetlenen bu belirtiler; düşünce ve çağrışımlarda bozulma (Associations), duygulanım bozuklukları (Affect), otizm (Autism) ve ikilem (Ambivalence) içerir. İkinci segmentteki belirtiler ise varsanı ile sanrılardır (Moskowitz ve Heim, 2011).

Kurt Schneider (1887-1967) tarafından tanımlanan ilk sıra belirtilerin şizofreni için özellikle altta yatan fiziksel bir hastalığı olmayan hastalarda tanı koydurucu olduğu

düşünülmüştür. Bahsedilen ilk sıra belirtiler; ‘tartışan sesler duyma, işitilebilen düşünceler, davranışları üzerinde yorum yapan sesler duyma, sanrısız algılama, düşünce yayılması ve yayınlanması, somatik edilgenlik deneyimleri ve düşünce yoksulluğu ile ilgili belirtilerdir (K., 1959). Dahil etme ve hariç tutma kriterlerinin kullanıldığı ilk tanı yöntemi olan DSM-III’te şizofreni tanısı için Schneider tarafından tanımlanan belirtiler öncelikli bir konumdaydı (Yanartas ve ark., 2017). Zamanla Schneider bulgularının bipolar duygudurum bozukluğu, dissosiyatif bozukluk ve benzodiyazepin çekilme belirtileri olan olgularda da gözlemlenmesi üzerine DSM 5’te bu belirtilerin şizofreniye özgün olmadığı gerekçesiyle kaldırılmıştır.

Adolf Meyer (1866-1950); psikobiyojinin kurucusu olan Meyer, şizofreniye biyopsikososyal olarak yaklaşmış ve yaşam streslerine karşı gelişen bir reaksiyon olarak görmüştür. Meyer’e göre şizofreni; yaşam deneyimleri ile anlaşılabilir davranışsal uyum problemi olarak tanımlanmış ve ‘şizofrenik reaksiyon’ olarak literatürde yerini almıştır (Park ve Kim, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1948’de ruh hastalıklarına ilk kez “Uluslararası Hastalık, Yaralanma ve Ölüm Nedenleri El Kitabı” içinde bahsetmiştir. 1975’te Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması-9 (ICD-9) ve 1992’de Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması-10 (ICD-10) tanı kılavuzlarını yayınlamıştır.

DSM-I sınıflandırması 1952 yılında APB tarafından yayınlanmış olup şizofreni, şizofrenik reaksiyonlar olarak literatüre kazandırılmıştır. 1968 yılında DSM-II’de şizofrenik reaksiyon kavramı önemini yitirmiş olup şizofrenik bozukluklar içinde “latent şizofreni” terimine dönüşmüştür. Resmi olarak ilk defa tanı sistemi olarak kabul edilen ve dâhil etme ve dışlama ölçütlerinin kullanıldığı DSM-III (1980) tanı kriterleri, şizofreni tanısı koyabilmek için de Schneiderian belirtilerinin olduğu bir akut belirtilerin olduğu akut bir sürecin olması, organik etkenlerin ve duygudurum bozuklarının dışlanması, belirtilerin mental geriliğe bağlı olmaması, hastalığın 45 yaşından daha erken başlaması ve altı aylık sürenin geçmesi gereklilerine sahip olması gerektiğine karar verilmiştir. 1994 yılında yayımlanıp 2000 yılında revize edilen

DSM-IV’de şizofreni ile ilgili tanılar şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmıştır (Kessler ve ark., 2006).

2.1.4 Etiyoloji

Şizofreni etiyolojisi incelendiğinde hastalığın kaynağını tek bir şeye bağlamak mümkün değildir. Yapılan birçok çalışmada hastalığın oluşmasında multifaktöriyel etkenler olduğu düşünülmektedir. Soyodemografik özellikler (toplumsal katman, ırk, etnik köken, yaş, cinsiyet, medeni hal) ve yatkınlık sağlayan özellikler (aile öyküsü olması, genetik yatkınlık, otoimmünite, baba yaşı, doğum mevsimi, kentsel çevre, gebelik dönemi, doğum, erken çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları) etiyolojide önemli faktörlerdendir. Ek olarak yaşam olayları ve duygudurumların yol açtığı stres, madde kullanımı gibi hızlandırıcı özellikler de eklenebilir.

Şizofreni etiyolojisi incelendiğinde gelişimsel açıdan risk faktörü olarak fetüs oluşmadan önceki dönemden başlayarak erişkinlik çağına kadar multifaktöriyel etmenler mevcuttur. Fetüs oluşmadan önceki dönem, fetüs oluşumu ve anne karnındaki dönem, erken çocukluk çağı, ergenlik çağı ve erişkinlik çağı olarak risk faktörlerini ayırarak incelenebilir.

2.1.4.1 Fetüs oluşumu öncesinde oluşan etkenler

Bu dönemdeki risk faktörlerinin büyük bir kısmını genetik oluşturmaktadır. Şizofrenide genetik yükü %80’lerde tahmin edilmekte olup otizm ve bipolar bozuklukla birlikte en büyük genetik etkiye sahip hastalıktır (Sullivan ve ark., 2004).

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda en önemli risk faktörü özellikle birinci derece akraba olmak üzere ailede psikotik bozukluk bulunmasıdır (Bramon ve Murray, 2001). Üçüncü kuşak akrabalar genlerin %12,5’ini paylaşır ve şizofreni hastalığı için %2 risk taşırlar. İkinci kuşak akrabalar genlerinin %25’ini paylaşır ve %6 risk taşırlar. Birinci kuşak akrabalar genlerinin %50 sini paylaşır ve risk %9 dur. Tek yumurta ikizlerinde genetik dizilim neredeyse birebir aynıdır ve risk %50’lere ulaşmaktadır (Sullivan ve ark., 2004).

Yapılan araştırmalarda ailede şizofreni dışında herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunmasının da şizofreni riskini 2-3 kat arttırdığı bulunmuştur (Dean ve ark., 2010).

Ancak en önemli risk artışı ailede bipolar bozukluk varlığında görülmüştür (Lichtenstein ve ark., 2009).

Uzun yıllardır ileri baba yaşının şizofrenide risk faktörü oluşturmaya dair bulgular bulunmuştur (Malaspina, 2001). 30 yaş üstü baba yaşının özellikle erkek çocukta şizofreni riskini 1,5 kat arttırdığı çalışmada gösterilmiştir (Miller ve ark., 2011). Fakat son dönemde yapılan araştırmalarda bu ilişkinin daha çok spermde ortaya çıkan yeni mutasyonlara bağlı olabileceğini düşündürmektedir (Malaspina, 2001).

2.1.4.2 Fetüs oluşumu ve anne karnında olan etkenler

Bu dönemin risk faktörlerinin çoğunu çevresel etmenler oluşturmaktadır. Annenin gebeliği süresinde beslenme durumu, geçirdiği enfeksiyonlar, maruz kaldığı stresli yaşam olayları, sigara, alkol, madde kullanımı ve doğum sırasındaki koşullar ile doğum zamanı bu dönem içindeki risk faktörleridir.

Annede beslenme yetersizliği ve vitamin eksikliklerinin beyin gelişimini etkileyerek şizofreniye yol açabileceği öne sürülmektedir (Mackay-Sim ve ark., 2004). Folik asit, D vitamini ve B6 vitamin eksiklikleri şizofreni risk faktörleri arasında sayılabilmektedir (Gunawardana ve ark., 2011; Mcgrath, 1999; Susser ve ark., 1996).

Annenin gebelikte geçirdiği enfeksiyonların inflamatuvar ya da enfeksiyon yanıtın özellikle sinir hücrelerinin gelişiminde hasar yarattığı ve fetüste sinir hücre göçünü etkilediği düşünülmektedir (Khandaker ve ark., 2013). Öne çıkan enfeksiyonlar arasında influenza virüsü (Selten ve ark., 2010), sitomegalovirüs (Børglum ve ark., 2014), herpes simpleks virüs-2 (Buka ve ark., 2008), toksoplazma gondi (Torrey ve ark., 2007) bulunmaktadır. Yapılan meta analizlerde gebeliğin herhangi bir döneminde annenin influenza enfeksiyonu geçirmesi ile şizofreni riski arasında ilişki bulunmamıştır (Selten ve ark., 2010).

Savaş yaşamak, bir yakının ölümü ya da istenmeyen gebelik gibi olumsuz yaşam olaylarının çocukta şizofreni riski oluşturabileceği ile ilgili yayınlar bulunmaktadır (Van Os ve Selten, 1998). Fakat bu dönemle ilgili yapılan araştırmalarda örneğin gebelik döneminde beklenmeyen eş kaybı ile çocukta şizofreni arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Abel ve ark., 2014).

Anne karnında maruz kalınan nikotin çocukta şizofreni riskini 3 kat arttırmaktadır (Stathopoulou ve ark., 2013). Annenin gebelik sürecince esrar kullanımının psikotik belirtilerle bir ilişkisi bulunmamışken, yüksek alkol kullanımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Zammit ve ark., 2009). Gebelikte alkol kullanımının sinir hücresi harabiyeti ve santral sinir sistemini etkilediği bilinmesine rağmen direkt şizofreniye etki ettiği kanıtlanamamıştır.

Diyabet, hipertansiyon, eklampsi, kanama gibi komplikasyonların eşlik ettiği zorlu gebelikler, konjenital malformasyonlar, düşük doğum ağırlığı gibi gelişim sorunları ve anoksi gibi doğum komplikasyonlarının da çok güçlü bir ilişki bulunamasa da şizofreni riskini arttırabileceği gösterilmiştir (Cannon ve ark., 2002).

2.1.4.3 Erken çocukluk çağındaki etkenler

Özellikle doğumdan hemen sonraki erken çocukluk döneminde temel güven duygusunun gelişmesi ve benliğin yeterliliği ile birlikte güvenli sınırlar içinde çevreyi keşfetmesi kritik önem taşımaktadır. Bu dönemdeki ebeveyn kaybı, ebeveynden ayrı kalma (Varese ve ark., 2012), fiziksel ve psikolojik ihmal ile cinsel, fiziksel ve psikolojik istismar (Varese ve ark., 2012), sosyal ortamlarda zorbalık, ayrımcılık ve eşitsizliklerin (Kelleher ve ark., 2008) önemli bir psikososyal etken olduğu ve şizofreni risk faktörü olarak kabul edilebileceği gösterilmiştir.

2.1.4.4 Ergenlik çağındaki etkenler

Bu dönemdeki risk faktörleri çevresel özellikler göstermesine rağmen gen-çevre etkileşimi de içerirler. Ergenlik döneminde beyin, özellikle de sinir hücrelerinin dentritleri ve sinapsları hızlı bir değişim gösterir.

En önemli risk faktörlerinden biri esrar (Henquet ve ark., 2005), alkol kullanımı (Alptekin ve ark., 2009), metamfetamin (Callaghan ve ark., 2011), uyarıcılar (Nielsen ve ark., 2017), sigara (Gurillo ve ark., 2015), halüsinojen ve sedatif (Nielsen ve ark., 2017) kullanımıdır.

Kentsel sosyal çevre ile psikotik yaşam arasındaki ilişki literatürde çok sık yer almaktadır. Özellikle batı toplumlarında şizofreni sıklık ve yaygınlığı, kentlerde kırsal kesimlere oranda daha sıktır (Van Os, 2004). Bu durum Türkiye’de; mahalle

içi yüksek sosyal kontrol ve psikoz arasındaki ilişki anlamlı pozitif saptanmıştır (Binbay ve ark., 2012b).

2.1.4.4 Erişkinlik çağındaki etkenler

Madde kullanımı, sosyal olumsuz yaşantılar, stres bu dönemin önemli risk faktörleri arasındadır. Bunların yanında kafa travmasının eşlik ettiği kazalarda şizofreni olmasa da psikotik bozukluklar görülebildiği gösterilmiştir.(Ps, 2007).

2.1.5 Tedavi

Şizofreni tedavisinin en önemli faktörü farmakoterapi olmasına rağmen, tüm tedavi süresinde hasta ile hekimi arasında iyi bir terapötik ilişki kurulması, hastanın güveninin kazanılması ve tedavi işbirliğini azaltmaya sebep olabilecek bilişsel bozukluk, dezorganizasyon ve sosyal desteğin yeterli olmaması gibi durumların saptanması gereklidir (Haldun S, 2007). Polifarmasi (çoklu ilaç kullanımı) tercih edilmemeli ve hasta ile işbirliğinin iyi olunması gerekmektedir. Öncelikle ayaktan medikal tedavi tercih edilip; hastaneye yatırma kararı verilirken hastanın toplumsal tehlikelilik çerçevesinde kendisine ve başkasına zarar vermesini önleme, yakın gözlem imkanı sağlama ve ilaç tedavisi gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır (N., 1995). Şizofreni, bireyin yaşamını tüm yönleriyle etkileyen kronik bir hastalık olduğundan tedavi hedefleri; hastalık belirtilerini minimuma indirmek veya tamamen ortadan kaldırmak, kişinin yaşam standartları ve sosyal işlevselliğini olabildiğince yükseltmek, hastalığın yıkıcı olan etkilerin ve sonuçlarını en aza indirmek olmalıdır.

Şizofrenide antipsikotik ilaçlar medikal tedavinin temel seçeneği olarak kullanılmaktadır (N., 2020). Antipsikotik ilaçların temel etki mekanizması beyindeki bazı nörotransmitterlerin düzenlenmesini içerir (Çetin, 2010). Antipsikotik ilaçlarla pozitif belirtiler önemli ölçüde düzeltilebilmektedir. Antipsikotikleri ile birlikte antidepresanlar, duygudurum düzenleyici ilaçlar, anksiyolitikler ve antikolinerjik etkili ilaçlar da tedavide sık kullanılan ilaçlardandır (N., 2014).

Elektrokonvulsif Terapi (EKT): Şizofreni hastalarında semptomlarda ilaç tedavisine yanıtızsızlık ya da yeterli yanıt alınamadığında, ya da hızlı düzelme amaçlandığında

alternatif olarak kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda EKT'nin temel faydasının tedaviye yanıtı hızlandırma olduğu belirtilmektedir (N., 2014; Öztürk O, 2008).

Psikososyal Tedaviler: Hastaların işlevselliklerini geri kazanması ve sosyal katılımlarının artırılması başlıca tedavi amaçlarındandır. Bilişsel davranışçı terapi, destekleyici terapi, sosyal beceri eğitimi ve aile psikoeğitimi başlıca psikososyal tedavi teknikleridir. Şizofreni tedavisinde farmakolojik ve psikososyal tedavilerin birlikte uygulanmasının tedavi etkinliğini arttırdığı bilinmektedir.

2.1.6 Şizofrenide remisyon kavramı

Remisyon, hastanın ilk tanı aldığı dönemden belirti ve semptomların şiddetinin daha az olduğu, işlevselliğinin etkilenmediği dönem şeklinde belirtilmiştir. Remisyon teriminin tanımı için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nde belirtilen sekiz maddenin hepsinde aynı anda 3 veya 3'ten daha düşük skorların olması eşik olarak kabul edilmiştir (Andreasen ve ark., 2005). Pozitif belirtiler (Hezeyan, halüsinasyon, düşünce dağınıklığı), Negatif belirtiler (Duygulanımda küntleşme, sosyal içe çekilme, konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı), Genel psikopatoloji (Manyerizm ve vücut duruşu, olağan dışı düşünce içeriği) şeklinde belirlenmiştir (Andreasen ve ark., 2005). Ayrıca, şizofrenide belirtilen semptomatik iyileşmenin en az altı ay olması gerektiği vurgulanmıştır.

2.2 İçgörü

İçgörü, bireyin kendi durumunun farkında olması olarak tanımlanırken psikiyatride içgörü yaşadığı sorunların farkında olma, sağlıklı ya da hasta olduğuna karşı bilinç kazanmasıdır. İçgörü güncel olarak anlamı ile bir bütün olarak hastalık süreci ve belirtilerinin farkında olma olarak tanımlanmıştır. Ruhsal hastalık kapsamında içgörü; hastalığı kabullenme, hastalık semptomlarını tanıma ve tedaviye uyum sağlama olarak değerlendirilmektedir.

İçgörü, yalnızca insanların hastalıklarını anlamaları açısından değil, aynı zamanda hastalığın bireylerin dünya ile etkileşimlerini nasıl etkilediğini anlama olarak da tanımlanabilmektedir. İçgörü terimi, var olan veya olmayan izole bir semptom olarak düşünülmemesi gereken karmaşık bir kavramı kapsar. İçgörüyü, sayısız içsel ve

dışsal değişkenden etkilenen bir düşünme ve hissetme sürekliliği olarak düşünmek daha uygun olabilmektedir (Marková ve Berrios, 1992).

İçgörü ve semptom şiddeti arasındaki ilişkinin, içgörüyü anlamamız için önemli sonuçları vardır. İçgörünün az olması, semptomların ciddiyetinin veya sanrısallıkların bir yansıması olarak görülebilmektedir. Başka bir deyişle, daha semptomatik veya sanrılı hastalar zihinsel bir bozukluğa sahip olma konusunda daha az farkındalık gösterebilmektedir. Eğer öyleyse, içgörünün az olması, başlı başına bir hastalık belirtisi olmaktan ziyade psikopatolojinin önemli bir sonucu olarak nitelendirilebilir. Bununla birlikte, birçok çalışma, zayıf içgörünün, semptomların ciddiyeti ile ilişkili olmadığını veya yalnızca orta derecede ilişkili olduğunu öne sürmekte ve bu, içgörünün bağımsız bir fenomenolojik özellik olabileceğini düşünmeye yol açmaktadır (Amador, 2004).

İçgörü kişinin mevcut gücü ve yeterliliği konusunda daha önce sahip olmadığı, yeni bir bilgi ve farkındalık oluşturmaya işaret eden soyut bir kavramdır. İçgörü kazanabilmek için içsel bir sürecin olması gerektiğinden içgörü kazanıp kazanamadığını anlayabilmek kişinin davranışlarının gözlenmesi ile anlaşılır. Bu açıdan içgörü ile eylem sıkı bir ilişki içindedir ve tedavi sürecinde içgörü eylemle birlikte ele alınmalıdır. İçgörü tedavi sürecinde anlık ya da süreç boyunca yavaş yavaş artan bir farkındalık şeklinde gelişebilmektedir.

Psikiyatri hastalarında klinik içgörü tanımının kavramsal karşılığının ne olduğu ile ilgili farklı görüşler (Ruissen ve ark., 2012) olmakla birlikte günümüzde kişinin hastalığının ve hastalık belirtilerinin farkında olması veya kişinin problemlerini anlama kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Aslan ve ark., 2005a). Öte yandan klinik içgörü psikiyatri hastaları için; bireyin kendi seçimlerine karar verebilmesi, tedavi seçenekleri ile alakalı akıl yürütebilmesi, tedavi sürecindeki güncel durumu ve tedavi sonuçlarını kabul edebilmesi ve tedavi sürecini anlayabilmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Anthony S. David, içgörü kavramını akıl hastalığı olduğunun farkına varma (farkındalık), olağandışı zihinsel olayları (sanrılar ve halüsinasyonlar) patolojik (atıf) olarak yeniden etiketleme yeteneği ve tedavi ihtiyacının tanınması (eylem) olarak en

az üç farklı boyutta tanımlanmıştır (David, 1990b). Amador ve David ise içgörü kavramını akıl hastalığı olduğunun farkındalığı, akıl hastalığının sonuçlarının farkındalığı, ruhsal bozukluk belirtilerinin farkındalığı, semptomların zihinsel bir bozukluğa atfedilmesi ve ilaç etkilerinin farkındalığı olarak beş farklı boyuta genişletmiştir (Amador, 2004).

Amador ve Strauss (Amador ve ark., 1993), Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHI) geliştirerek hastalığın, hastalık tedavisinin etkilerinin ve hastalığının toplumsal sonuçlarının farkında olmayı ve daha sonra var olan belirtilerin her birinin farkındalığı ve neye atfedildiği değerlendirmesine ek olarak, mevcut ve geçmişe dönük farkındalığı ayırt eder. Sonuç olarak, 4 ayrı alt boyut tanımlanmıştır

Bilişsel içgörü, kişinin hatalı çıkarımları ya da çarpıtılmış inançlarını değerlendirebilme süreçlerinin dahil olduğu bilişsel akıl yürütebilme yeterliliği (Beck ve ark., 2004; Burton ve ark., 2011b) veya bireye farklı gelen yeni deneyimlerini değerlendirebilmesi ve olası hatalı yorumlarını sorgulayabilmesine ilişkin yeterliliği olarak tanımlanmaktadır (Burton ve ark., 2011b). Bilişsel içgörü çarpıtılmış inançlar ve yanlış çıkarımları değerlendirebilmenin yanında bunları düzeltebilmeyi de içermektedir. Bu yönüyle bilişsel içgörü psikiyatri hastaları için üst düzey bir bilişsel işlevselliğin de göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Beck ve ark., 2004).

Klinik içgörü sıklıkla ağır ruhsal bozukluklarla ilişkili olarak ele alınmaktadır. Psikiyatrik bozukluklardaki klinik içgörü tedavi sürecinde önemli bir noktadadır. Örneğin klinik içgörü şizofreni için; hastalığın tanımlanması, gidişatı ve tedavi için en önemli etkenlerden birisi olarak değerlendirilmektedir (Beck ve ark., 2004; Burton ve ark., 2011b). Klinik araştırmalarda içgörü bireyin psikopatolojisinin farkında olmasıyla ele alınmaktadır.

Terapötik bir hedef olan içgörü; hastanın önemli durumlar, düşünceler ve kaygılarla ilgili yeni keşiflerde bulunması; varsayımlarının, inançlarının, duygularının, motivasyonlarının ve çatışmalarının daha açık hale gelmeye başlaması, bilinçlenmesi, danışanın kendisi ve durumunu yorumlaması, anlaması olarak tanımlanmaktadır (Eisenberg ve Delaney, 1998; Kolk ve Merrill, 1998). Yeni ve farklı açılardan bakış açısı kazanmak, duyguların altında yatan anlamı ortaya

çıkarmak, algıları değiştirmek, yeni düşünce çerçeveleri oluşturmak gibi kavramların hepsi hastanın kendisini daha iyi anladığına ve farkındalığının daha da arttırdığına işaret etmektedir (Akdoğan ve Türküm, 2014). Hastanın kendisini daha iyi anlaması ve hastalığına farkındalığının artması, bu farkındalığın artması için gerekli fırsatları değerlendirebilmesi ve problemleri ile başa çıkabilmeyi sağlamaktadır (Akdoğan ve Türküm, 2014). İçgörüyle ilişkili tanımlar incelendiğinde ortak iki temel öge göze çarpmaktadır. Birincisi amacına ulaşma çabasındaki hastanın bireysel aktif rol alması, ikinci olarak ise; amaçlarına ulaşmakla birlikte kendine ait duygu, düşünce ve davranışları ile ilgili daha önce sahip olmadığı bir farkındalık kazanmasıdır. Brown ve Lent, içgörünün hem farkındalığı hem de anlamayı, hem bilişsel hem de duygusal etmenleri, hem süreci hem de neticeyi birlikte içerip içermediğinin belirsiz olduğunu belirtmişlerdir (Brown Sd, 2000a). Aslan ve Altınöz ise içgörünün yalnızca tek boyutlu bir kavram olmayıp biyopsikokültürel temelleri olduğunu vurgulamışlardır (Aslan S, 2010).

Nörolojik bozukluklardaki farkındalık eksiklikleri ile psikozdaki içgörünün az olması arasındaki benzerlikler bulunması, her ikisinin de benzer eksikliklerden kaynaklanabileceği fikrine yol açmıştır. İlk kez Babinski (Skalski, 2007) tarafından sol hemiplejinin farkında olunmaması ile ilişkili olarak tanımlanan anosognozi, organik nörolojik bozukluğu olan bireylerde defisitlerin farkında olmamasını ifade etmektedir. Örneğin, bireyler, felç olan bir uzvun yanlış bir şey olmadığını iddia edebilirler. Bu tür eksikliklerin farkındalığındaki bozulma bazen alana özgüdür; örneğin bir hasta bir motor kusurun farkında olabilir ancak bir görme alanı kusurunun farkında olmayabilir veya tam tersi olabilir (Marcel ve ark., 2004). Psikozda içgörü bozukluğu ile paralellikler, psikozun da nörolojik bir temele sahip olabileceği (Amador ve ark., 1994; McGlynn ve Schacter, 1997), özellikle beyin anormalliklerine ikincil bilişsel bozukluğu yansıttığı fikrine yol açmıştır (Lysaker ve Bell, 1994; Young ve ark., 1993).

Nörolojik hastalıklarda anosognosia semptomu, bir hastalığın veya vücudun bir bölümünün reddedildiği bir durumdur. Sakatlığın inkârına ek olarak, vücudun bir tarafının sahipliğinin reddini ve bazen sanrılar veya varsanılar olarak yorumlanabilir (Weinstein, 1955). Burada inkârın anlamı, yani kaybedilen bilginin ne ölçüde

hastanın bilincinin ötesinde olduğu (yani geri getirilmeyen bir hafıza olduğu) ile ilgili kavramsal sorunlar da ortaya çıkar ve bu nedenle inkâr teriminin geçerli olduğu söylenemez. Bununla birlikte, bu kelime genellikle psikodinamik bilginin bastırıldığı durumlara atıfta bulunmak için kullanılır (Weinstein, 1955).

Nörolojik bozukluklarda, nöroanatomik temelli anosognosia teorileri, bu eksikliği fokal ve yaygın beyin hasarına bağlayan şekilde ikiye ayırmıştır (Mcglynn ve Schacter, 1989). Fokal lezyon bakış açısını benimseyen araştırmacılar genellikle anosognoziyi parietal bölgenin sağ yarıküre lezyonlarına bağlamışlardır (Gerstmann, 1942; Geschwind, 1965; Von Hagen, 1939). Sol hemisfer hasarını takiben bazı anosognosia raporları olmasına rağmen, metodolojik problemler (örneğin, hemisferik baskınlık tespit edilemediği) nedeniyle bunlar daha az güvenilir bulunmuş ve kanıtların büyük kısmı sağ hemisfer lezyonlarında olduğu düşünülmüştür (Mcglynn ve Schacter, 1989; Trimble, 1986).

Nörolojik hastalıklarda diğer bir içgörü bozukluğu, öznenin bir semptomun gerçekliğine inandığı durumları içerir; bu durumlara hastalığın inkârı da eşlik edebilir. Örneğin Anton sendromunda, görsel halüsinasyonları olan kör denekler, bunların gerçek olduğuna inanabilir ve görüşlerinin geri kazanıldığını iddia edebilir (Swartz ve Brust, 1984). Konfabulasyon durumları aynı zamanda benlik ya da dünya hakkında yanlış olan, ancak hakikatte olan bilgileri sunan denekleri de içerir (Weinstein, 1955). Konfabulatuvar durumlarda içgörünün bozulup bozulmadığı konusu, deneklerin etkilendiği gerçeği etrafında dönmektedir. Prosopagnozi (yüzlerin tanınmasında bozulma) gibi belirtiler çoğu kişi farkında olmasına rağmen bu gruba dâhil edilebilir.

2.2.1 Kuramsal yaklaşımlarda içgörü

Psikanalitik terapinin amacı, bastırılmış dürtüleri/duyguları ortaya çıkarmak ve hastanın psikopatolojisinin altında yatan bilinçdışı mekanizmaları bilince çıkarmaktır. Bu nedenle, amaçlardan birinin içgörüyü teşvik etmek olduğu aşikârdır. Freud'un kullandığı içgörü terimi hasta olma bilgisini veya farkındalığını belirtmek için kullanılır. Bununla birlikte, psikanalitik literatürde içgörü kavramı, benliğe ilişkin bu en derin farkındalık arayışıdır (Marková ve Berrios, 1992).

Psikanalitik yaklaşımda bilinçaltı yaşantılara yönelik içgörü kazanma, gelişimin temeli olarak ele alınmaktadır. Freud'a göre içgörü ile iyileşme birbirine paralel kavramlar olup psikiyatrik belirtilerin ne anlamı olduğunu ve baskılanmış düşünceler ile sağlıklı işlevlerde bulunmayı önleyen nedenlerin anlaşılmasıdır (Corey, 1996). Murdock ise psikanalizin amacının içgörü olduğunu vurgulayarak danışanın iyileşmesi için davranış ve belirtileri temelinde çocukluktan kaynaklanan çözümlenmemiş bilinçdışı çatışmalar olduğunu anlaması gerektiğini belirtmektedir (Murdock, 2012). Yani kişi geçmişinde yaşadığı deneyimlerine karşı içgörü kazanmadığı müddetçe ne kişilik yapısını değiştirebilir, ne de halen yaşamakta olduğu çatışmalarını çözebilir (Corey, 1996). Terapötik değişim tedavideki hastanın içsel yaşantı ve duyguları üzerinde yoğunlaşıp bunları bilinç düzeyinde anlamlandırmasını gerektirir. İçgörü kazanarak kişi arzuları, korkuları ve savunma metotlarını olgun bir biçimde ortaya koyar ve tercihlerini bu bilinç ışığında yapar (D., 1996).

Dinamik bir yaklaşım olan Adleryen Yaklaşımda hastanın olumlu yönde iyileşme gösterebilmesinin ancak içgörü geliştirebilmesi ile olabileceğini savunmaktadır (Sweeney, 1989). Diğer taraftan klasik psikanalitik yaklaşımda içgörünün oluşması değişimi oluşturmak için tek başına yetersiz olmakla birlikte başlangıç niteliği taşır (Akdoğan R, 2014; Gm., 1989). Adler danışanın davranışsal olarak fayda görebilmesi için içgörünün ilk adım olduğunu belirtmektedir (Corey, 1996). Danışanın ilk adımı atabilmesi için terapist yorumlarda bulunur ve şimdiki gösterdiği davranışlarına odaklanır. Terapist, danışanın eğilimleri ve beklentilerinden hareket ederek, içgörü kazanması doğrultusunda yaptığı yorumlarla içgörü kazanma sürecine yardımcı olur. Adleryen Yaklaşım'da kişilerin kendi hakkında kazandığı içgörü; terapi sürecinden önceki hatalı yorumlamaların yerine daha işlevsel bir yaşam tarzı seçmeleri ve bu yeni yaşam tarzının gerektirdiği davranış kalıplarını sergilemelerini hedeflenmektedir (Corey, 1996).

Gestalt Yaklaşımında içgörü farkındalık olarak ele alınmakta, sağaltım sürecinde temel hedef, kişinin terapi anında yaşadığı duygularının farkındalığının artmasını sağlamaya çalışmaktadır (Raskin ve Rogers, 2005). Terapist, kişinin farkındalığının artması için yüzleştirme tekniklerini kullanır. Kişi reddettiği yönlerine karşı

terapiden önce savunmacı bir davranış sergilerken, terapi süreci boyunca yavaş yavaş bu kısımların farkına vararak bu yolla kendinden haberdar olmaktadır. Haberdar olmanın yanında kişi kendi seçimlerini yapabilir hale gelir ve böylece daha anlamlı bir varoluşu yaşamaktadır (Corey, 1996).

İçgörünün terapötik sürecin temel hedeflerinden biri olarak ele alındığı yaklaşım Birey Merkezli Yaklaşım'dır. Rogers içgörüyü, danışanın yeni bir bakış açısında, kendisini daha önce bakmadığı açılardan görmeye ve kabullenmeye başlaması olarak tanımlamaktadır (Corey, 1996). Rogers terapiye gelen kişilerin şu soruyu sorduklarını söylemektedir: "Gerçek kendimi nasıl keşfedebilirim?". Algılama, yaşantıların veya dış uyaranların farkında olmaktır. Bununla beraber algı veya farkındalık yaşantının veya gerçeğin kendisi olmayabilir. Pek çok yaşantı kişinin savunmaları nedeniyle inkar edilebilir veya çarpıtılabilir. Bu nedenle de birey bu yaşantılarını tam farkındalıkla ve doğru bir şekilde değerlendiremeyebilir (Akdoğan ve Türküm, 2014). Terapist, kişinin algılarını doğru ele alabilmesi ve içgörü kazanıp kendi kendini keşfetmesi için 'inkar etme' tutumlarını sergilemesine izin verir. Ancak mevcut deneyimleri hakkında da 'farkına varmasını' sağlama yönünde, kişiye gerekli olan özgürlüğü tanımayı sağlayan bir tutum sergiler (Corey, 1996).

Ellis, Akılcı Duygusal-Davranış Terapisinde danışanın hatalı inançlarının farkında olmasını içgörü olarak değerlendirmekte ve bunu terapi hedefi olarak ele almaktadır (Corey, 1996). Ellis'e göre kişinin yaşam olayları için kendini altüst etmeyi seçtiği gerçeği, akılcı olmayan inançları kazanma ve bunları sürdürme yolları ve bireyin kişiliğini ve kendisini altüst etme eğilimlerini değiştirmenin sihirli yollarının olmadığına farkına varması olmak üzere içgörünün üç temel bileşeni vardır (Ellis, 1988). Ancak birey bunların farkına varsa da zorluk yaratan inançlar değiştirilmediği sürece başarılı olunamaz. Hatalı inançların geliştirilmesine aracı olan düşünceler değişmediği ve onlara karşı hareket edilmediği sürece değişim mümkün değildir.

2.2.2 İçgörü kazanma süreci

Eliota göre içgörünün gelişimi beş aşamada oluşur: İlk aşama daha önce ele alınmış olan durumların bağlamsal bileşimini içerir. Bu aşamada hasta ve hekimin işbirliğinin gelişmesi ve içgörü geliştirilecek konularda önemli bilgilerin ortaya çıkarılmasını kapsamaktadır. İkinci aşamada hekim hastaya mevcut hastalığı ile ilgili

açıklayıcı bilgiler verir ve yorumlar yapar. Üçüncü aşama hastanın anlık olarak tepki verdiği ilk aşamadır. Bu aşama hastanın ortaya çıkan klinik durumuyla ilgili olarak duygularını katmadan daha ayrıntılı düşündüğü aşamadır. Dördüncü aşama duygular, düşünceler ve davranışlar arasında açık bir bağlantının kurulduğu ve içgörünün oluştuğu aşamadır. Bu aşamada yeni bir keşif söz konusudur. Beşinci aşamada ise hastanın içgörüsü, klinik durumuyla ilgili daha fazla farkındalık kazanması yönünde teşvik eder (Brown Sd, 2000b).

2.2.3 İçgörü gelişimini etkileyen faktörler

İçgörü kazanma sürecinde her birey aynı oranlarda içgörü kazanamamaktadır. Bu süreç hekim, hasta ve aralarındaki etkileşimden oluşmaktadır.

İçgörü öncelikle kişinin kendi tutum, davranış ve düşüncelerinin anlayabilmesi ve yorumlayabilmesi ile mümkün olmaktadır. Bununla birlikte sadece kendi algılarını değerlendirmek değil, başkalarının da kendi duygu ve düşüncelerini yorumlayabilmekten geçmektedir. Bu nedenle içgörü gelişimi kişinin bilişsel düzeyi ile de alakalıdır. Piaget'e göre kişinin tümdengelim ve tümevarım gibi karmaşık bilişsel becerileri gösterebilmesi, soyut işlemler döneminde gerçekleşebilmektedir (Gardiner Hw, 1993). İçgörü kazanırken kişinin ileri düzey bilişsel becerileri (analiz ve sentez gibi) kullanabilmesi, henüz bu becerileri gösterebileceği döneme gelmemiş olan kişilerde ileri düzeyde içgörü geliştirmelerini beklemek gerçekçi değildir. Diğer taraftan kişi soyut işlemler dönemine ulaşsa bile, bu becerileri bilişsel düzeyde gösteremeyebilir. Bu durum, kişinin ileri yaşlarda istenilen ölçüde içgörü geliştirmek için gerekli bilişsel becerilere sahip olamayabileceğini göstermektedir.

İçgörünün oluşmasını etkileyen bir diğer faktör de kişinin yeterli duygusal zekaya sahip olmamasıdır. Bazı insanlar hayat şartlarında yolunda gitmeyen durumlarda, hızlı bir adaptasyon göstererek olayların nedeni olan içsel ya da dışsal faktörlere bağlantılar kurabilirken, bazıları bu beceriyi yeterince gösterememektedirler. Goleman duygusal zekanın temel taşı olarak; kendini anlamak, duygusal durumu, tercihleri, nedenleri ve sezgilerini bilmek olarak tanımlamıştır (Karim ve ark., 2015). Goleman duygusal zekası yüksek kişilerin, olaylar karşısında duygusal yönlerinin kendilerine etkilerini daha net görebildiklerini vurgulamaktadır. Bu kişiler günlük yaşamlarında ve çalıştıkları işlerde, kendilerinin ve çevrelerinin kendileri üzerindeki

duygusal etkileri fark ettiklerinden, duygusal zekânın bir parçası olan ılımlı davranışları gösterebilmektedir (Karim ve ark., 2015). Sonuçta duygusal zekâsı yüksek olan sahip bireylerin içgörü geliştirme açısından daha yatkın olabileceğini düşündürmektedir.

İçgörü gelişiminde önemli faktörlerden biri de hasta hekim ilişkisidir. Bu noktada aktarım ve karşı aktarım önemli ölçütlerden birisidir (Akdoğan ve Türküm, 2014). Kişinin içgörü geliştirebilmesi için öncelikle danışmanın içgörülü olması gerekmektedir. Hekimin kendi kişisel yaşantılarına yönelik içgörüsünün olması sürecin verimliliği üzerinde belirleyicidir. Eisenberg ve Delaney'e göre hekimin empati tepkilerinin yüzeysel kalması hastanın içgörü kazanmasını engellediği, daha derin empati kurabilmesinin ise içgörü kazanmasını kolaylaştırdığını vurgulamaktadırlar (Akdoğan ve Türküm, 2014).

Kendini bilme kavramı, Hamlyn'in anladığı anlamda kendilik bilgisinin herhangi bir yönünü kapsayabilirken, içgörü kavramı hastalıkla sınırlandırılabilir. Hasta, bu özellikler ile hastalığı arasındaki ilişki hakkında bilgi sahibi olmadıkça, kişisel özelliklerine (kişilik, nitelikler vb.) ilişkin içgörüye sahip olduğu iddia edilemez. Bu nedenle, kişinin hastalığı hakkındaki gerçeklerin bilgisi, içgörü için yalnızca bir ön koşuldur ve doğru içgörü değildir. İçgörü sahibi olmak için, hastaların sadece hastalığı kavrayabilmeleri ve onunla ilgili gerçekleri anlayabilmeleri değil, aynı zamanda hastalığın ve gerçeklerin bir kişi olarak onları nasıl etkilediğini de bilmeleri gerekir.

Akıl hastalığı durumunda; eğer bir kişi hastalığın benliği etkilediğine inanıyorsa, akıl hastalığı olan bir hasta kendi sorununu gerçekten anlayabilir mi? Ayrıca, benlik bütünlüğü için çok tehdit edici olduğundan, hasta sorunu hakkında doğru bir içgörüye sahip olmak istemeyebilir (Weinstein, 1955).

Kendini aldatma anlayışı kavramlarını ortak noktası, kendini aldatmanın, kendini bilmede bir başarısızlık olmasıdır. Bununla birlikte, ne tür bir başarısızlık olduğu, kişinin neden kendini aldatmaya giriştiği ve aslında bunun nasıl kavramsallaştırılacağı konusunda önemli ölçüde farklılık gösterirler. İçgörü kendini bilmenin bir alt kategorisi olarak tanımlandığında, kendini aldatmanın kendini

bilmede bir başarısızlık olduğu gibi, aynı zamanda bir içgörü başarısızlığı olduğunu iddia ederek bu yönü daha da ileri götürülebilir. Bu nedenle, örneğin, hastaların hastalıkları hakkında 'gerçeğı bilmek istemedikleri' veya sorunlarını inkâr ettikleri yönünde sık sık yapılan iddianın ne anlama geldiğı açık değildir.

Sigmund Freud, kendini aldatmayı bireyin savunma mekanizması olarak kavramsallaştırmıştır (Freud, 2018). Teorisine göre ego, istenmeyen inançlara karşı bilinçlenmelerine izin vermeyerek mücadele eder. Böylece kişinin seks veya saldırganlık ve şiddet gibi istenmeyen biyolojik içgüdüleri bilinçsizce bildiğı ancak bunlara karşı kendini koruduğı varsayılmaktadır. Sartre'ın (1957) fikirlerini takip eden Fingarette (1969), kendini aldatmanın bilinçsiz bir inanç olmadığını, gerçeklikle meşgul olmaktan kaçınmak için bilinçli bir çaba olduğunu savunmaktadır. Bu, kişinin neyi bastırdığına dair net bilgiye sahip olması değildir, çünkü kişi kendisi hakkındaki gerçekleri kendisine açıklamayı reddettiğı için bu bilgiye sahip değildir. Bu kavram, bilinçdışı ile bilinçli zihin arasındaki ayrımı kabul etmez. Bunun yerine Fingarette, Sartre'ın uyumak metaforuna atıfta bulunur. Kişi uyumadan önce, dünyayla olan ilişkisini dışı vurmaya bir belirsizlik halindedir. Fingarette'e göre, kendini aldatmanın ana nedeni, kişinin kimliğini kaybetme tehdididir (Marková ve Berrios, 1992).

2.3 Şizofreni ve İçgörü

Şizofreni hastalarının, hastalıklarının neden olduğı, eksiklikleri ve hastalıklarının yaşamları üzerindeki etkisini sıklıkla görmezden geldikleri gözlemlenmiştir. Tipik olarak "içgörünün az olması" olarak tanımlanan bu farkındalık eksikliğinin tedaviye uyumsuzluğa katkıda bulunduğuna inanılmaktadır (Amador ve ark., 1991).

Şizofrenide gözlenen hastalığın farkında olmama durumu için, "zayıf içgörü", "mühürleme", "savunmayı reddetme", "hastalığa karşı tutumlar", "kayıtsızlık tepkisi" gibi çeşitli terimler kullanılmıştır. Bu farklı terimler altında yatan önemli kavramsal farklılıklar olduğı düşünülmüştür. Spektrumun bir ucunda, içgörü azlığı psikolojik bir savunma mekanizması olarak anlaşılmakla birlikte; diğer uçta, bilişsel eksikliği içeren teorik bir konumu ifade ettiğı savunulmuştur (Amador ve ark., 1991).

Şizofrenide içgörünün ölçümü literatürde çok az eleştirel ilgi görmüştür. İçgörüyü ölçmek için çeşitli yöntemler bildirilmiştir. Yaygın olarak kullanılanlar genel olarak beş kategoriye ayrılabilir:

- (1) Serbest yanıtların klinik tanımları (yani, spontan hasta davranışları),
- (2) Kontrollü bir uyarana verilen serbest yanıtların klinik tanımları (standartlaştırılmış puanlama olmadan yorumlama),
- (3) Serbest yanıtların sistemli puanlama yöntemi,
- (4) Standart bir uyarana verilen yanıtın sistematik puanlaması (yanıtları ortaya çıkarmak için standartlaştırılmış bir uyarıcının kullanılması) ve
- (5) Çoktan seçmeli (iki veya daha fazla alternatif yanıt arasından seçim yapma hakkı) (Amador ve ark., 1991).

Şizofrenide hastalığın farkında olmama, alternatif bir işaret gibi bir yaklaşımın da değerli olabileceği düşünülmüştür. Şizofrenide hastalığın farkında olmamanın, tıpkı halüsinasyonlar veya sanrılar gibi, bozukluğun bir ifadesi olarak kavramsallaştırılmasıyla uyumlu olabilmektedir. Hastalığın farkında olmamanın en azından bazı biçimlerinin, bozuklukla ilişkili ince nörolojik defisitlerden kaynaklanabileceği fikrini desteklediği şeklinde yorumlanabilecek bazı kanıtlar mevcuttur (Amador ve ark., 1991).

Psikotik hastalardaki en önemli bilişsel sorunun, yalnızca deneyimlerindeki tutarlı çarpıtmalarda değil, aynı zamanda kendilerini bu çarpıtmalardan uzaklaştırmadaki göreceli yetersizlikler ve düzeltici geri bildirimle göreceli geçirimsizliklerin de yattığı düşünülmektedir. Depresyon veya panik bozukluğu olan hastalar gibi psikotik olmayan bazı kişiler de olayları yanlış yorumlarlar: örneğin depresif hasta, başkalarıyla olan etkileşimlerini reddedilme veya kişisel yetersizlik işareti olarak aşırı yorumlar, oysa panik bozukluğu olan hasta, fiziksel duyuları ciddi bir rahatsızlığın işareti olarak yanlış yorumlamaktadır. Her iki bozuklukta da hastalar deneyimlerini yansıtmaya ve vardıkları sonuçların yanlış olduğunu anlama kapasitelerini korumaktadırlar. Buna karşın psikozlu hastalarda bu kapasite değişen derecelerde azalmaktadır. Psikozdaki bu dirençsizliğin ilgili bileşenleri şunlardır:

- (a) bilişsel çarpıtmalarla ilgili nesnelliğin bozulması,
- (b) bunları perspektife koyma yeteneğinin kaybı,
- (c) başkalarından gelen düzeltici bilgilere direnç ve
- (d) sonuçlara aşırı güven (Beck ve ark., 2004).

Bu yanlış yorumlamaları tespit etme ve düzeltme süreçlerindeki bozulma, semptomların ve akıl hastalığının varlığına ilişkin içgörünün bozulmasına ilişkin klinik fenomenle açıkça ilişkili bulunmuştur (Beck ve ark., 2004). Psikozlu hastalar, sapkın yorumlarını çürütmeye yatkın olarak değerlendirme kapasitelerine sahipse, başkalarının hastalık belirtileri olarak adlandırdığı deneyimlerin gerçek olduğuna, yorumlarının gerçek olduğuna ve düşüncelerinin rasyonel olduğuna inanmak zorunda kaldığı düşünülmektedir. Tedavi gerektiren bir akıl hastalığına ilişkin farkındalık eksikliği, "klinik içgörü"nün bozulması olarak kabul edilebilir. Bu içgörü biçimi, klinik fenomenolojinin teşhis ve tedavi için gerekli olan yönlerine odaklanırken, "bilişsel içgörü", çarpık inançların ve yanlış yorumların değerlendirilmesi ve düzeltilmesini içerir. Bu değerlendirmeler, kendilerini onların yanlış yorumlarından uzaklaştırma ve onları yeniden değerlendirme yeteneği gibi “üst düzey” bilişsel süreçlere (bazen üst biliş olarak adlandırılır) dayanmaktadır. Bu süreçleri anlamamanın ilk adımı, hastaların mevcut sanrısız düşünceleri, önceki hatalara bakış açıları, hatalı açıklamaları yeniden yükleme kapasiteleri ve diğer insanlardan gelen düzeltici bilgilere açık olma durumları ile ilgili tarafsızlıklarına ilişkin raporlarını değerlendirmektir (Beck ve ark., 2004).

Klinik psikiyatride 'içgörü' terimi yaygın kullanılmasına rağmen, onaylanmış bir tanım bulunmamaktadır. 'İçgörü' genellikle hastaların kendilerini bir akıl hastalığına sahip olma olarak tanıma becerisine, kendi kendini gözleme ve psikopatolojik deneyimleri hakkında kendi bilgisine ve ruhsal bozukluklarının türü, ciddiyeti ve sonuçlarına ilişkin farkındalıklarına dayanır. Bu yetenek, klinisyen tarafından değerlendirildiğinde konuşmalarından ve davranışlarından anlaşılır (Sanz ve ark., 1998).

Aubrey Lewis'e göre klinik içgörü kişinin kendindeki morbid değişimlere karşı doğru bir tutum geliştirebilmesi ve hastalığın zihinsel olduğunu fark etmesidir (David, 1990a). Psikozlardaki içgörüsüzlük inkâr mekanizması ile açıklanır. Diğer bir teori içgörü olmamasının bir belirti olduğudur. Başka bir görüş olarak içgörü kaybı nörobilişsel yetersizliklerle de açıklanır (Cooke ve ark., 2007; Cooke ve ark., 2005).

Bazı araştırmalarda şizofreni hastalarından kısmi içgörü sahibi olanların oranı yaklaşık %50 olarak bulunmuştur. Ayrıca şizofrenide içgörü; eğitim düzeyi, tedavisiz geçirilen psikotik süreç, depresif semptomların varlığı ve dezorganize semptomların olması ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Şizofrenide içgörü düzeyi yaşam kalitesini de etkilemektedir. İçgörü düzeylerindeki iyileşmenin şizofreni hastalarında sosyal işlevselliği arttırdığı gibi içgörü azlığı da tekrarlayan hastaneye yatışlarla ilişkilidir. İçgörünün az olması ya da olmaması da ilaç uyumunu bozabilmektedir (Lincoln ve ark., 2007).

Bazı şizofreni hastaları hezeyan veya halüsinasyon semptomlarına karşı içgörülerini az da olsa tedavilerine iyi uyum gösterebilmektedirler. Bununla birlikte şizofrenide içgörü eksikliğinin şiddeti tedaviye uyum, istemsiz hastaneye yatış oranlarının artması, kötü prognoz ve psikososyal işlevsellikte düşüklükle ilişkili olduğu saptanmıştır (Konstantakopoulos, 2019). İçgörü sahibi psikoz hastalarında ağır yeti yitiminin fark edilmesi; umutsuzluk, intihar girişimleri ve depresif yakınmalarla seyreden demoralizasyon sendromu ile ilişkilendirilmiştir (Fistikci ve ark., 2016a). Hastalık başlangıcında uyumun kötü olması, ilk epizod psikozlarda içgörü düzeylerini olumsuz etkilemektedir (Keshavan ve ark., 2004). Sosyal desteğin güçlü olması şizofreni hastalarında içgörü seviyelerini pozitif yönde etkilemektedir.

Şizofrenide içgörü yokluğu çekirdek belirti olarak kabul edilmektedir. Önemli bir hipotez olarak psikotik bozukluklarda içgörü olmamasının temelinde bu rahatsızlığın bir benlik patolojisi olmasıdır. Psikozu olmayan kişi birincil şahıs gözüyle bir hayat yaşar. Kendi kendine var olduğunu, dünyada geçici olarak bulunduğunu, bedensel ve deneyim olarak sınırları olduğunu üstü kapalı bir şekilde kabul etmektedir (Fistikci ve ark., 2016b). Kişi bu durum üzerinde çaba harcayarak düşünmeye ihtiyaç duymaz. Psikotik bozukluklarda hastalık öncesi dönemlerde bile gelişimsel olarak kendilik ve

dünya algısı farklı olabilir. Kişinin zihni ile dış dünya iç içedir ve nedensellik ilişkisi yoktur. Dünya ve gerçeklik sadece o kişinin zihnindedir, diğerleri esas gerçeklikten bihaberdir (Fistikci ve ark., 2016b).

Psikozda Bleuler'e göre şizofreni hastalarında paylaşılan dünya ve içsel psikotik dünya olmak üzere iki gerçek dünya mevcuttur. Bunu "double book keeping (çift kayıt tutma)" olarak tanımlamıştır. Bu iki dünya ayrıktır ve hastaya göre iç dünya dışardaki insanlarca anlaşılamaz. İç dünyasında kendini bir peygamber olarak görürken dış dünyada "gerçek kendi" olarak davranabilmektedir ve gündelik "sıradan" işlerle de uğraşabilir (Henriksen ve Parnas, 2013).

İçgörü kavramı ile ilgili bir başka tanımlama da Jaspers'in birincil sanrı kavramıdır. Bu kavramda hezeyanların öncesinde psikoz öncülü yaşantılar mevcuttur. Sanrısız atmosfer (delusional atmosphere) ve önemin anormal farkındalığı (abnormal awareness of significance) söz konusudur. Birincil hezeyanlar dış dünyanın yanlış değerlendirilmesi ile oluşmamıştır. Bu nedenle hasta, mantıklı tartışmaya dirençli kabul edilmektedir. Değerlendirme içsel dünya ile alakalıdır. İç dünyasında hasta düşünce taslaklarını oluşturur ve pasif olarak kabul ettiği mistik bir anlam kazandırmaktadır. Hasta bu iç dünyasındaki gerçekliğin subjektif gözlemcisi olmaktadır. Bu sebeple hastalar tedaviye uyumlu göründükleri halde hezeyanlarını gerçek kabul etmeleri ve bir hastalık semptomu olarak kabul etmemeleri anlaşılabilir bir durum olarak düşünülmektedir (Fistikci ve ark., 2016b).

İçgörü oluşumu için gerekli öğelerden biri de kendini değerlendirebilme yeteneğidir. Bu yetenek yüksek bilişsel fonksiyonlar olarak tanımlanan zekâ, hafıza ve yürütücü işlevlerdir (Keefe ve Harvey, 2012). Bilişsel içgörü bir üst biliş yeteneğidir (David ve ark., 2012). BECK ile bilişsel içgörü değerlendirilebilir. Beyin yapılarından prefrontal korteks; kendini gözleme ve kavramsal organizasyon yeteneğini düzenler. Yürütücü işlevlerden sorumlu olan prefrontal korteks hasarı içgörü düzeyleri ile bağlantılıdır (Hirayasu ve ark., 2001). Yapılan çalışmalarda içgörünün beynin prefrontal korteksin ventrolateral ve ventromedyal alanları, arka prefrontal korteks ve temporal alanlar ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Pu ve ark., 2012).

Şizofrenide klinik içgörü zeka ve sözel hafıza ilişkilidir ve metakognitif yeteneklerdeki bozukluk içgörü düzeylerini olumsuz etkiler (Siddi ve ark., 2017). Nöronal düzeyde yapılan çalışmalarda içgörünün düşük olması yalnız frontal korteksle alakalı olmayıp, bununla birlikte temporal ve parietal korteks, ön-arka singulat, insula ve serebellumda da gri cevher azalmalarını bağlantılı bulunmuştur (Raij ve ark., 2012; Sullivan ve ark., 1996). Psikotik hastalarda prefrontal korteks hariç pariyetal korteks işlevinde özellikle de sağ prefrontal korteks hasarlanmasında anosognozi oluşabilmektedir (David, 1990b).

DSM-5, şizofreni tanısı için sanrı veya varsanıların varlığını şart koşmakla birlikte içgörü tanı kriteri olarak yer almamaktadır; çünkü tanımı, kapsamı ve sınırları konusunda uzlaşma sağlanamamış ve klinik semptomatoloji ile ilişkileri tam olarak anlaşılmamıştır.

Wilson ve arkadaşlarının 1986 yılında yaptığı alt tiplendirme ile ilgili bir çalışmada 811 hastanın çoğuna hebefrenik veya paranoid şizofreni tanısı konulmuş; geri kalanı basit, katatonik veya şizoaffektif şizofreni tanısı almış veya bu kategorilerden herhangi birine uymamıştır. Yazarlar, araştırmada yaygın sanrıların, erken uyanmanın ve depresif bulguların alt tipler arasında en büyük değişkenliği gösterdiğini; içgörü azlığı, kısıtlı duygulanım ve nihilist sanrıların en az değişiklik gösterdiğini bulmuşlardır. Bu araştırmada içgörünün az olmasının yaygın olarak bulunması nedeniyle alt tiplendirmelerde kriter olarak yer almaması gerektiğini destekler nitelikte bulunmuştur (Wilson ve ark., 1986). Bu çalışmada içgörü “hastalık konusunda bir miktar farkındalık varsa” var ve hasta “rahatsız olduğunu şiddetle inkar ederse” yok olarak tanımlanmıştır. International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS)'da, farkındalığın, içgörü olarak adlandırılması için belirli belirti ve semptomlara (yani, belirli semptomların farkındalığı ve bunların bir akıl hastalığının bir sonucu olarak doğru tanımlanması) doğru atıf ile eşlik etmesine gerek yoktur. Benzer şekilde, IPSS genel içgörü tanımı, hastanın tedavi ihtiyacının kabulünü ifade etmesini gerektirmez (Wilson ve ark., 1986).

Conrad, şizofrenik hastalığın erken evresini “trema” olarak adlandırmıştır; bu aşamada hastalar duygularını ve deneyimlerini ifade etmekte zorlanmış; kimisi korku, gerilim, kaygı ve beklentiden bahsederken, kimisi de suçluluk ve çaresizlik

duygularını anlatmıştır. Conrad, ortak temanın bir baskı hissi, bir şeylerin doğru olmadığı bilinci ve kişinin özgürlüğünün kısıtlanması duygusu olduğuna inanmıştır. Hastalığın bir sonraki aşaması olan “apofani”, hastalar duygu ve deneyimlerine anlam yüklemiştir; örneğin, “anastrophe” durumundayken, hastalar kendilerini dünyanın merkezi olarak gördüğünü ifade etmiştir (Marková ve Berrios, 1992).

Conrad şizofrenide kalıntı etkilerin devam etmesi nedeniyle yıkıcı süreçlerin olması ve şizofreninin insanları hayvanlardan ayıran yüksek zihinsel işlevleri etkileyen bir hastalık olduğunu öne sürmüştür. Böylece benlik kavramının tamamını ve özellikle bireyin kendine dışarıdan, dünyanın gözüyle bakmasına normal geçişi gerçekleştirme becerisini etkilediğini vurgulamıştır (Marková ve Berrios, 1992).

Psikozlu bireyler, psikiyatrik hastalığın semptomlarını (klinik içgörü) tanıma yeteneğini engelleyebilecek ve tedavi arayışını caydırabilecek düzensiz ve sanrısız düşünmeye eğilimlidir. Hatalı inançları değerlendirme yeteneği (bilişsel içgörü) de psikozdan etkilenir ve tedaviye uyumun yanı sıra günlük yaşamı da etkileyen katı ve somut düşünmeye yol açar. Tanım olarak, sanrılarının oluşumu ve sürdürülmesine, çelişkili kanıtlar olsa bile, bu tür inançların doğruluğuna olan sarsılmaz inanç eşlik eder. Psikozun bu özelliği, düzeltici geri bildirimin kullanılmasını engeller, ilaç tedavisini veya terapötik müdahaleyi içeren psikotik bozuklukların tedavilerini karmaşıktırır (Beck ve ark., 2004).

Klinik içgörü olsa bile, bilişsel içgörünün olmaması, psikoz için psikososyal terapinin temel taşları arasında yer alan problem çözme, kanıt toplama ve hipotez testi gibi bilişsel becerileri kısıtlayabilmektedir (Tai ve Turkington, 2009). Antipsikotik ilaçların psikozun bazı semptomlarını azaltmada faydalı olduğu kanıtlanmıştır, ancak kalıntı semptomlar ve olumsuz yan etkiler tedaviye uyumu azaltabilmektedir (Burton ve ark., 2011a); bu özellikle sınırlı içgörüsü olan insanlar için doğru olabilmektedir. Psikotik bozukluklar için çok sayıda psikososyal tedavi mevcuttur, ancak zayıf içgörü, psikotik bozukluğu olan kişileri tedaviye bağlı kalma ya da katılmayı kabul etme konusunda olumsuz etkilerse, bu tür müdahalelerin faydası azalabilir. Bu nedenle, psikososyal müdahalelerde klinik ve bilişsel içgörünün rolünün açıklığa kavuşturulması, psikoz tedavisinin ilerlemesi için önem taşımaktadır.

McGlashan, Levy ve Carpenter'ın yaptığı bir çalışmada (1975) (Mcglashan ve ark., 1975), psikotik dönemde olmayan şizofreni tanılı 14 hasta, akut psikotik ataktan 12 ay sonra görülmüştür. Görüşmeler hasta değerlendirilmelerini aşağıdaki kriterleri kullanarak ayırmışlardır:

- (1) Bazı hastalar iyileşme sırasında psikotik deneyimlerini düşünmemeyi ve “ne kadar az söylenirse o kadar iyi” tavrını benimsemeyi tercih etmiştir.
- (2) Bazı hastalar iyileşme sırasında psikotik deneyimlerine ilgi göstermiş ve kendileri hakkında daha fazla bilgi edinmek için deneyimlerini tartışmaya istekli bulunmuştur.

Her gruptan gelen yanıtlar değerlendirilmiş ve yazarların, deneyimlerini tartışmaya istekli grubun psikotik epizodlarından önce, sırasında ve sonrasında kişiliklerinin sürekliliği konusunda bir farkındalık sergiledikleri sonucuna varmalarına yol açmıştır. Bu hastalar psikotik semptomlarının “sorumluluğunu üstlenmiş” ve onlar hakkındaki düşüncelerinde esnek davranmışlardır. Bu arada, psikotik deneyimlerini düşünmemeyi tercih eden grup hastalar ya psikotik deneyimlerinin farkında değil ya da psikotik deneyimlerini, kendileri dışındaki yabancı bir gücün neden bir durum olduğu olarak gördüğü düşünülmüştür (Amador, 2004).

Remisyondaki şizofreni hastalarında, “ruhsal bir hastalık geçirdiği, hastalık döneminde inandığı düşüncelerin olağan dışı olduğunu kabul eder, ancak içeriği hakkında açık konuşmak istemez, kaçamak yanıtlar verir” bu durumlarda hastada tam ya da kısmi bir içgörü oluşmuş denilemez. Bleuler şizofrenide sanrıları tamamen düzelmiş görünen bir hastanın gerçekte bunları düzeltmediği sadece şimdilik unuttuğu veya bir kenara bıraktığının düşünmesi gerektiğini vurgulamıştır (Aslan S, 2010). Bu iyileşmiş görünüm yüzeysel olarak öğrenilmiş tutumları gösterir, hasta tedavi ekibinin istediği gibi davranır böylece istenilen biçimde davranarak uyumlu görünür. Tedavi uyumu açısından entellektüel içgörü kazanılması az da olsa katkı sağlamaktadır. Bu sebeple içgörü açısından önemli bir basamak olarak görülmelidir.

Remisyondaki şizofreni hastaları ve bipolar hastalar arasında içgörü karşılaştırması yapılan bir çalışmada 96 remisyondaki şizofreni hastalarının %7,3'ünün içgörüsü olduğu saptanmıştır (Yen ve ark., 2008). 289 hasta ile yapılan remisyonda olan ve

olmayan şizofreni hastalarındaki hastalığa ve semptomlara yönelik içgörüyü araştıran bir başka çalışmada PECC (Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers) ile PANNS ölçeği kullanılarak içgörü ile hastalık şiddeti ilişkisine bakılmış olup remisyondaki hastaların %59'unun semptomlara karşı içgörüsünün olduğu, %61,9'unun hastalığa karşı içgörüsünün olduğunu bulmuştur (Olsson-Tall ve ark., 2018). Yine 115 kronik şizofreni hastası ile Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği(AHI) kullanarak içgörü ölçümü yapılan hastaların %30'unun içgörüsünün tam olduğu, %30'unun kısmi içgörüsünün olduğu bulunmuştur (Ramachandran ve ark., 2016).

İçgörü ve tedavi uyumu ile arasındaki ilişkiye bakıldığında hastalık belirtilerinin farkında olmayan, hastalığını kabullenmeyen ve içgörüsü az olan hastalarda tedaviye uyumda sorun çıkartmayabildiği gibi içgörüsü var olan, hastalığı ve belirtileri tanımlayabilen bir hasta ilaç tedavisine uyum göstermeyebilir (David, 1990b; Mcevoy ve ark., 1989a).

Şizofreni hastalarının entellektüel içgörüsü olması sıra dışı yaşantılarının sahip oldukları ruhsal hastalıkla ilgili olduğunu bilip, hastalıklarının nedeni sorulduğunda psikiyatrik bir hastalığı olduğunu ve bu nedenle “hezeyanlar” geliştirdiği ya da “halüsinasyonları” olduğunu söylemektedir. Bu yüzeysel içgörü, hastalara verilen tıbbi bilgiler doğrultusunda sonradan oluşturulmuş entellektüel bir içgördür. Aynı hasta derinlemesine değerlendirildiğinde aslında hezeyanının ve varsanılarının gerçekliğine inandığı bulunabilir (Aslan S, 2010).

Hastalar olağandışı deneyimlerinin doğası hakkındaki inançlarının yapısına odaklanmak, içgörüyü kavramsallaştırmanın alternatif bir yolunu sağlayabilmektedir. Örneğin, bazı hastalar akıl hastası oldukları ve olağandışı deneyimlerinin ruhsal bir bozukluğun belirtileri olduğu açıklamasını, buna ikna olmadan kabul edebilmektedirler. Semptomlarının nedeni sorulduğunda, bu hastalar tipik olarak kendilerine bildirilenleri, yani akıl hastalıkları olduğunu ve semptomlarının şizofreniden veya başka bir hastalıktan kaynaklandığını tekrarlarlar. Bununla birlikte, bu deneyimlerin içeriği ve karakteristiğinin derinlemesine araştırılması üzerine, birçok durumda bu açıklamanın onların güçlü bir şekilde sahip oldukları inançları yansıtmadığı ortaya çıkmaktadır. Örneğin, halüsinasyon gören bir hasta, seslerin bir

akıl hastalığından kaynaklandığını kabul edebilir. Ancak daha derinlemesine sorulduğunda, seslerin Şeytan'dan gelen mesajlar olduğunu söyleyebilir. Hastanın ilk açıklaması, “görüşte duygusal”ın aksine “entelektüel içgörü”nün bir ifadesi olarak tanımlanabilmektedir. Psikoterapi literatüründe kullanıldığı şekliyle, duygusal içgörü, işlevsiz inançları ve bunların duygusal ve davranışsal sonuçlarını değiştirmek için yeterli öz-anlamayı temsil eder. Hastalar bir açıklamayı dürüstçe kabul edip mantıklı olduğunu kabul etseler de (entelektüel içgörü), altta yatan sanrısız inanç sistemlerinde (duygusal içgörü) kayda değer bir değişiklik yaşamayabildiği savunulmaktadır (Beck ve ark., 2004).

Cuesta ve Peralta (Cuesta ve Peralta, 1994), zayıf içgörünün doğrudan psikoz hastalık sürecinden kaynaklandığını öne sürmektedir. Bu nedenle, içgörü azlığı, Bleuler'in (Bleuler, 1983) terminolojisinde birincil veya temel bir semptom olarak düşünülmüştür. İlişkilerin azalması gibi birincil semptomların doğrudan hastalık sürecinin kendisinden kaynaklandığı kabul edilirken, ikincil semptomlar iç veya dış süreçlere verilen tepkileri içerdiği savunulmaktadır. Örneğin halüsinasyon ve sanrıların içeriği ancak dış olaylar açısından anlaşılabilir ve bu nedenle ikincil belirtiler olarak kabul edilmiştir (Bleuler, 1983). Cuesta ve Peralta, içgörünün psikozun hem pozitif hem de negatif semptomlarından bağımsız olmasının, psikozun birincil semptom olma durumunu desteklediğini iddia etmektedir (Cuesta ve Peralta, 1994). Semptomlar (pozitif, negatif veya her ikisi) ile içgörü arasında orta düzeyde korelasyonlar gösteren bu çalışmalarda bile, toplam içgörü puanlarındaki (çeşitli ölçümler arasında) varyansın sadece %3-7'si semptom ölçümleriyle açıklandığı görülmektedir (Mintz ve ark., 2003).

Psikotik belirtiler ile içgörü arasında güçlü bir ilişkinin olmaması, Cuesta ve Peralta'nın klinik hipotezinin temel desteği olmasına rağmen, içgörünün diğer psikotik belirtilerin varlığından bağımsız olduğu anlamına gelmediğini göstermektedir. İçgörünün bir boyutu mevcut semptomların farkındalığını içerir, bu nedenle semptomlar remisyondayken içgörünün bu yönüne sahip olunamaz (Marková ve Berrios, 2001) ve bu nedenle içgörünün bu yönü onlardan bağımsız olmaktan ziyade mevcut semptomların varlığına bağlı olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda, bu tür bireyler, geçmiş semptomlara ilişkin içgörü açısından

derecelendirilebilmektedir. Ayrıca, içgörünün az olması hem diğer psikotik semptomların varlığı ile zayıf ilişkili olması hem de hastalık sürecinin kendisinden başka faktörlerden kaynaklanması olası görülmektedir. Hem nöropsikolojik model hem de psikolojik inkar modeli, içgörü ve semptomatoloji arasındaki korelasyon eksikliği ile tutarlı olan içgörü az olması ile ilişkin açıklamalar sunmaktadır. Bu, içgörü azlığının Bleuler görüşüyle bağdaşmamaktadır. Bu modeller, içgörü azlığını, sırasıyla bilişsel bir eksikliğe ve başa çıkma tarzına ikincil olarak gördüğünden, psikozun bir belirtisi olarak kabul etmektedir (Cooke ve ark., 2005).

Zihin kuramı, (Theory of Mind), Premack ve Woodruff tarafından ortaya atılan, insanların sahip olduğu zihinsel süreçleri, inançları ve niyetleri anlama kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Şizofreni hastalarında bu kapasitenin eksik olabildiği, yani diğer kişilerin bakış açısı ve inançlarını anlamakta noksanlık olabildiği kabul edilmektedir (Altinoz ve Aslan, 2010).

Şizofrenideki bazı özgün belirtilerin zihinsel anlama kapasitelerinin yetersizlik olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu yetersizlikler pozitif ve negatif belirtilere sahip şizofreni hastaları için geçerlidir. Pozitif belirtilerin oluşmasının hastanın zihinsel temsilleri üzerine düşünme güçlüğünden kaynaklandığı ileri sürülmüştür (Frith, 1994). Diğer insanların düşüncelerini yanlış anlama, yanlış tanımlama ve referans hezeyanları şizofrenide sık görülür ve bu belirtiler direkt olarak zihin kuramındaki yetersizliklerle ilişkilendirilmiştir. Frith'e göre gerçeklikle temsilin ayrılması sürecinde yapılan hatalar pozitif semptomlar olarak sonuçlanabilir. Frith şizofrenide bir aşırı zihinleştirme (mentalleştirme) gözlenirken otizmde düşük zihinleştirmeden bahsetmiştir (Frith, 1994).

Şizofrenide tardif diskinezinin farkında olmama konusundaki literatür, şizofrenide öz-farkındalık eksikliklerinin de alana özgü olabileceğini düşündürmektedir. Rosen ve arkadaşları (Caracci ve ark., 1990; Rosen ve ark., 1982), tardif diskinezi olan 70 şizofreni hastasının 47'sinin (%67) hareket bozukluğunun neden olduğu eksikliklerin farkında olmadığını bulmuşlardır. Benzer şekilde, Caracci ve ark. (Caracci ve ark., 1990), tardif diskinezi olan 20 şizofreni hastasının 15'inin (%75) hareket bozukluklarının farkında olmadığını bulmuşlardır. İlginç bir şekilde, sözlü ve görsel geri bildirimin, farkındalıkta kısa süreli bir artışa neden olduğu bulunmuş; ancak bu

durum 2 haftadan uzun sürmediği saptanmıştır. Ayrıca tardif diskinezi farkındalığı ile “psikiyatrik bozukluk farkındalığı” arasındaki ilişki incelendiğinde 13 hastanın psikiyatrik bozukluğun farkında olmadığını gözlemlemiştir ve iki ölçüm arasında güçlü bir korelasyon olmasına rağmen tam bir örtüşme olmadığını belirtilmiştir (Caracci ve ark., 1990).

Şizofrenideki içgörü eksikliğinin oluşumu ve bunun belirtilerle ilişkisi hala netlik kazanamamıştır. İçgörü etiyolojisinde, içgörünün pozitif, negatif ya da dezorganize bir belirti olduğu, nöropsikolojik, metabilşsel veya nöroanatomik bir eksiklik olduğu ya da bunların 2 ya da daha fazlasının bir kombinasyonu olduğunu öne süren teoriler bulunmaktadır.

1. Pozitif bir belirti olarak içgörü eksikliği: “sağlık sanrısı” olarak düşünülmüş olup hastanın günlük yaşamında hastalığına ilişkin belirgin kanıtlar olmasına rağmen hastalığının varlığını kabul etmediği sanrı tipi olarak kabul edilmiştir.
2. Negatif bir belirti olarak içgörü eksikliği: İçgörü eksikliği “kişinin dünya ile alakalı sorgulamasındaki deneyimini anlamada zihinsel içe-çekilme” olarak değerlendirilmiştir (Osatukea, 2008).
3. Dezorganize bir belirti olarak içgörü eksikliği: Şizofrenideki dezorganizasyon, kişinin ortalama sağlıklı biri ile kendi işlevi arasındaki karşılaştırmayı yapabilmesi için gerekli soyut düşünmeyi gerçekleştirebilmesinin kaybı olarak düşünülmüştür.
4. Nörolojik ya da nöropsikolojik bir eksik olarak içgörü eksikliği: Bu teori içgörü eksikliğini, hastalığının farkında olamama şeklinde değerlendirmiştir (Antonius ve ark., 2011; Marks ve ark., 2000).
5. Nöroanatomik olarak içgörü eksikliği: Bu teori temelinde ventriküler hacim genişlemesi içgörüyle ilişkili bulunmuştur (Morgan ve ark., 2010). Dorsolateral prefrontal korteksin hasarlanması farkındalık boyutu ile, orbitofrontal alanın hasarlanması ise belirtileri yanlış anlama boyutu ile daha ilişkili olduğu düşünülmüştür (Shad ve ark., 2006).
6. Psikolojik savunma olarak içgörü eksikliği: İçgörünün kısmı olması ya da olmaması bilinçaltı savunma mekanizması olarak kendini kandırma veya reddetme

şeklinde oluştuğu ileri süren bu teoride, kronik bir hastalıktan yakınan bireyin, farkındalığın yaratabileceği depresif belirtilerden koruduğu söylenmektedir (Carroll ve ark., 1999; Freudenreich ve ark., 2004; Moore ve ark., 1999; Schwartz, 2000). Psikolojik savunma modelini destekleyen içgörü fazlalığının çaresizlik ve suicid eğilimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Carroll ve ark., 1999; Schwartz, 2000).

Mayer-Gross (1920) şizofreni hastalarının savunma mekanizmalarını dört kategoride sınıflandırmıştır:

- Geleceğin inkarı,
- Hastalıktan sonra yeni bir hayatın yaratılması,
- Psikotik deneyimin inkarı
- Psikotik deneyimin yeni bir dizi yaşam deneyimine dönüşmesi.

Bu dört kategorinin, hastaların anormal deneyimlerine uyum sağlamasına yardımcı olan bir savunmalar sürekliliği oluşturduğu düşünülmüştür. Bu adımlardan ikisinde, farklı türde içgörü eksikliği gözlemlenmiştir. "Geleceğin inkarı" kategorisinde, hastaların, bu tür olayların olasılığı yüksek olsa bile, gelecekteki olumlu olayların olasılığını reddettikleri (yani, "umutsuzluk" sergiledikleri) gözlemlenmiştir. Bu arada, "psikotik deneyimin inkarı" kategorisinde, hastalar tipik olarak hastalığın belirti ve semptomlarından habersiz olduğu düşünülmüştür. Buna ek olarak, inkar (yani savunma) derecesinin iyileşme süreci boyunca değiştiğini öne sürmüştür (Mayer-Gross, 1920).

Psikoz, pek çok kişi tarafından, iyileşme şansı çok az olan, kronik, yaşam boyu süren, güçten düşüren bir bozukluk şeklinde görülmektedir. Bu sebeple, bir psikoz teşhisi tehdit edici olarak görülebilmekte ve bazı bireylerin bu tehditle başa çıkmalarına ve neden olduğu sıkıntı miktarını azaltmalarına yardımcı olmak için inkarı kullandıkları varsayılmıştır. Psikozdaki içgörü azlığı, bu nedenle, hastalık gerçeğinin inkarı biçiminde psikolojik bir başa çıkma mekanizmasının kullanımını yansıtabilmektedir (Lysaker ve Bell, 1994).

Mc Glashan ve Carpenter (1976) (Mcglashan ve Carpenter, 1976), psikotik dönem sonrası depresyon üzerine literatürü gözden geçirdiklerinde, şizofrenide bunun inkarla ilişkisini tanımlamışlardır. Psikotik dönem sonrası depresyon, ya inkar ile

karakterize edilen daha "ilkel" bir savunma durumunu takip eden (Kayton, 1973; Pajonk ve ark., 2005) (1976) ya da eski haline dönmeden önce gelen psikozdan iyileşme aşamasının bir işareti olarak tanımlayan birkaç yazardan bahsedilmiştir. Farklılıklarına rağmen, McGlashan ve Carpenter'ın gözden geçirdiği yazarların tümü, psikotik dönem sonrası depresyonun, hastaların hastalıklarının trajik koşullarının farkına varmalarıyla sonuçlanan savunma inkârının azalmasından kaynaklandığı görüşünü paylaşmıştır. Kısacası, bu görüş şu şekilde tanımlanmıştır: "Psikozlarından gelen bilgileri (yaygın inkar kullanmak yerine) bütünleştirmeye çalışan hastalar, yeni içgörüyü depresif tepki vermeye daha yatkın olabilir" (Kayton, 1973).

Bazı araştırmalar, psikotik tanı alan bireylerde içgörünün, psikotik olmayan tanılar olanlara (majör depresif bozukluk gibi) göre daha düşük olduğunu bulmuştur (Fistikci ve ark., 2016a), şizofreniden (en zayıf içgörü), psikotik depresyona kadar psikotik tanılar içinde bir süreklilik olduğuna dair kanıtlarla (en yüksek), şizoaffektif bozukluk ve bipolar afektif bozukluk orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, bazı çalışmalarda tanı grupları arasında içgörü açısından bir fark bulunamamıştır (David ve ark., 1995; Pini ve ark., 2001). İçgörü eksikliği olduğu bildirilen psikozlu bireylerin oranında da %11 (Carpenter ve ark., 1973) ile %89 (Foldemo ve ark., 2004) arasında önemli farklılıklar bulunmuştur.

Psikozda içgörü, ilk başlarda, bireylerin kategorik olarak ya sahip oldukları ya da olmadıkları düşünülen ya hep ya hiç olgusu olarak tanımlanmış olup daha sonralarda içgörünün çok boyutlu olduğu ve birkaç süreklilikten oluştuğu düşünülmüştür. İçgörünün kavramsallaştırılmasındaki bu değişiklikler, farklı kavramsal çerçeveler tarafından önemli olarak kabul edilen belirli boyutları değerlendirmek için çok sayıda ölçeğin geliştirilmesine yol açmıştır (Marková ve Berrios, 2001).

Çalışmamızda remisyondaki şizofeni hastalarında, farklı içgörü ölçekleriyle içgörüyü ölçüp birbirleriyle ilişki ve farklılıklarına ve bu ölçeklerin şizofeni semptomlarını ne kadar predikte ettiklerini araştırmak amaçlanmıştır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmamız 01.03.2022 - 01.06.2022 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine başvuru yapmış, DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış, akut tedavisini tamamlamış ve sürdürüm tedavisine devam eden, 18-65 yaş aralığındaki hastalar üzerinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışmada örneklem büyüklüğünü belirlemek için yapılan güç analizinde, çalışmanın gücü $1-\beta$ (β =II.Tip hata olasılığı) olarak ifade edilerek ve 0.95 güçte olacak şekilde hesaplanmıştır. Cohen'in etki büyüklüğü katsayılarına göre; lineer regresyon analizi yapılacak olan değerlendirmelerin orta düzeyde etki büyüklüğüne ($d=0.5$) sahip olacağı varsayılarak yapılan hesaplama göre 56 kişi olması gerektiği hesaplanmıştır.

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine belirtilen süre içinde başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden, çalışmanın dâhil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan 130 olgu çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.3. Uygulama

Çalışmaya katılan tüm hastalar gönüllü çalışma hakkında bilgilendirildi. Çalışma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan yazılı onam alındı.

Yapılan psikiyatrik görüşmeler ve uygulanan ölçekler sadece hasta ve hekimin bulunduğu, sessiz bir odada gerçekleştirildi. Hastalara öncelikle Şizofreni tanısını doğrulamak ve komorbid psikiyatrik hastalıkları değerlendirmek amacıyla DSM-V e uyarlı SCID-1 (DSM-IV Eksen I İçin Yapılandırılmış Tanısal Görüşme) görüşmesi yapıldı. Sosyodemografik veriler ve klinik özellikler hakkında bilgi edinmek amacı ile sosyodemografik veri formu uygulandı. Sonrasında ise hastalığın şiddetini değerlendirmek için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Klinik Global İzlenim Ölçeği, Global Değerlendirme Ölçeği(GAS), Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği ve içgörü ölçekleri olan Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BECK), Brown

İnançları Değerlendirme Ölçeği (BROWN), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İUB), Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHI), Aşırı Değer Verilmiş Düşünceler Ölçeği (ADVD) uygulandı. Öz bildirim ölçekleri olan BECK ise hastalar tarafından dolduruldu.

Akut dönemdeki psikotik hastalarda hem semptom şiddetinin yüksek olması, hem bilişsel kapasitesinin azalması, hem de gerçeği değerlendirme yetisinin az olması nedeniyle içgörü oluşma ihtimalinin azaldığından çalışmamızda akut sürdürüm tedavisini tamamlayan remisyonunda şizofreni hastalarında çalışma yapmayı tercih ettik.

3.3.1. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri

1-18-65 yaş aralığında olmak

2-DSM-V tanı kriterlerine göre Şizofreni tanısı almış olmak ve akut tedavilerini tamamlamış ve sürdürüm tedavisi devam ediyor olması

3-Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

4-Okur yazar olmak ve klinik görüşmede görüşmeyi tamamlayabilecek zihinsel yeterliğe sahip olmak

3.3.2. Çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri

1-18-65 yaş dışındakiler

2- Görüşmeyi tamamlayamayacak düzeyde herhangi bir fiziksel veya psikiyatrik bozukluk olması (6 ayda EKT tedavisi almış olan, epilepsi, parkinson gibi süreğen nörolojik hastalığı bulunan, zekâ geriliği olan, konuşma ve anlamayı engelleyecek düzeyde dil sorunu yaşayan, son bir yılda alkol ya da madde kullanım bozukluğu öyküsü bulunan, psikiyatrik ek tanısı olan hastalar)

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu (EK-2)

Çalışmaya katılanların isim soy isim, iletişim bilgileri, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hane aylık geliri, mesleği, yaşadığı bölge gibi sosyodemografik verilerinin ve aynı zamanda şizofreni hastalığının; başlangıcı, seyri, klinik özellikleri, hastanede yatış

sayısı, tedavi uyumunu değerlendirecek hastayla yapılan görüşme ile doldurulan görüşme formu.

3.4.2 Pozitif ve negatif sendrom ölçeği (EK-3)

Otuz madde ve yedi puandan oluşan yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Otuz psikiyatrik parametreden yedi tanesi pozitif belirtiler alt ölçeğini, yedi tanesi negatif belirtiler alt ölçeğini ve on altı tanesi genel psikopatoloji alt ölçeğini değerlendirmektedir. Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışmasını Kostakoğlu ve diğ. tarafından yapılmıştır (Kay ve ark., 1987).

3.4.3 Klinik genel izlenim ölçeği(EK-4)

Herhangi bir hastalığın hastalık şiddeti, hastalık belirtilerindeki düzelme ve ilaç yan etki şiddetini genel olarak değerlendirmeye yarayan bir ölçüm aracıdır. Klinisyen hastalığın şiddeti ve düzelme parametrelerini hafıftan şiddetliye 1'den 7'ye, ilaç yan etkisi parametresini 1'den 3'e Likert tipi bir derecelendirme ile değerlendirir (Guy, 1976).

3.4.4 İşlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeği (EK-5)

Kişinin işlevselliğini psikolojik, toplumsal ve mesleki açıdan değerlendiren, fiziki veya çevresel faktörlerin neden olduğu bozulmaları dahil etmeyen bir ölçüm aracıdır. Puanlama klinisyen tarafından 0-100 arasında tek bir rakam seçimi ile yapılır. Ölçek on işlevsellik aralığına bölünmekle beraber klinisyen yapan gerektiğinde ara değerler de kullanabilir. Ölçekten yüksek puan alınması işlevselliğin de yüksek olduğuna işaret eder (Luborsky, 1962).

3.4.5. Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (EK-6)

Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği, Eisen ve arkadaşları tarafından, psikiyatrik hastalıklarda, hastanın baskın olan inancı üzerinden içgörünün değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir (Eisen ve ark., 1998). Ölçek klinisyen tarafından uygulanan, 0 ile 4 puan arasında değerlendirilen 7 maddeden oluşmaktadır. Son madde referans fikirlerini değerlendirir ve her psikiyatrik hastalıkta referans düşüncesi olmaması nedeniyle bu maddeden alınan puan ölçek toplam skoruna dahil edilmez ancak görüşmecisi tarafından içgörü düzeyinin belirlenmesinde ek bir gösterge olarak kullanılabilir. Ölçek toplam skoru 0 ile 24

puan arasında değişir ve yüksek puanlar daha düşük içgörü düzeyine işaret eder. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özcan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Özcan ve ark., 2013).

3.4.6. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (EK-7)

İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği, 1990 yılında içgörüyü 3 boyutta (hastalık farkındalığı, tedavi uyumu, psikotik yaşantıları tanıyabilme) değerlendirip yeniden tanımlayan AS. David tarafından geliştirilmiştir (David, 1990b). Ölçek klinisyen tarafından uygulanan 8 maddeden oluşur. İlk 7 madde 0 ile 2 arasında puanlanır ve bu maddelerden toplamda en fazla 14 puan alınır. Son maddenin sorulması görüşmeciye bırakılmış olup bu madde ile ölçeğin en yüksek toplam skoru 18'dir. Ölçek toplam skorunun yüksekliği, yüksek içgörü düzeyine işaret eder. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Arslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Arslan ve ark., 2000).

3.4.7. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (EK-8)

Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği, Amador ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Amador ve ark., 1993). Ölçek, klinisyen tarafından uygulanan, 3 tane giriş ve 17 tane belirti için farkındalık ve atıf sorularından oluşur. Giriş sorularında, hastalık farkındalığı, tedavi etkisinin farkındalığı ve hastalığın neden olduğu sosyal sorunların farkındalığı değerlendirilir. Belirti sorularında ise hastada var olan her bir belirti için farkındalık düzeyi ve bu belirtinin neye atfedildiği değerlendirilir. Her soru, şimdi ve geçmiş zaman için 0 ile 5 puan arasında değerlendirilir. Ölçek toplam skorunun artması içgörü ve hastalık farkındalığında azalmaya işaret eder. Ölçek soruları hastanın hastalığı ve semptomları özelinde kısmi olarak uygulanabilir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bora ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Bora ve ark., 2006).

3.4.8. Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği (EK-9)

Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği, Neziroğlu ve arkadaşları tarafından, Obsesif Kompulsif Bozukluk'ta aşırı değerli fikirlerin değerlendirilmesi amacı ile geliştirilmiştir (Neziroğlu ve ark., 1999). Ölçek klinisyen tarafından uygulanan, her biri 1 ile 10 puan arasında puanlanan 10 madde ve puanlamaya dahil edilmeyen, mevcut inancın süresi ve bu süre içerisinde inançta dalgalanma olup olmadığının

değerlendirildiği 1 maddeden oluşur. Maddeler hastanın temel inancı üzerinden değerlendirilir. Ölçeğin toplam skoru, 10 maddenin puanının ortalaması ile hesaplanır ve toplam puanı 6 ve üzeri olan hastalar içgörüsü zayıf olarak değerlendirilir.

3.4.9. Beck bilişsel içgörü ölçeği (EK-10)

Beck bilişsel içgörü ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Beck ve ark., 2004). Ölçek 4 dereceli Likert tipinde, 15 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Puanlama, 0: hiç katılmıyorum, 1: çok az katılıyorum, 2: epeyce katılıyorum, 3: tamamen katılıyorum şeklinde her madde için 0 ile 3 puan arasında değerlendirilir. Ölçekteki 15 maddenin 9'u (1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14 ve 15. maddeler) kişinin kendi hakkında düşünme alt ölçeğini, 6'sı (2, 7, 9, 10, 11 ve 13. maddeler) ise kendi hakkında emin olma alt ölçeğini oluşturur. Ölçek toplam skoru, kendi hakkında düşünme alt ölçeği toplam puanından kendi hakkında emin olma alt ölçeği toplam puanının çıkarılması ile elde edilir. Yüksek skorlar iyi içgörüyü, düşük skorlar ise kötü içgörüyü işaret eder. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aslan ve Türkçapar tarafından yapılmıştır (Aslan ve ark., 2005b).

3.4.10. Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeği (EK-11)

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği, “Şizofreni”de İşlevsel İyileşme Gözlem Grubu”nun uzmanları tarafından tasarlanmıştır. Hastalığın belirtilerini katılmaksızın işlevsellikteki düzeyi inceler. 19 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. Uygulamalar yarı yapılandırılmış görüşmeler şeklinde gerçekleşmektedir. Değerlendirme yapılırken, görüşmeden önceki son bir aydır sorgulanarak hem hastanın kendisinden hem de ailesinden bilgi alınır. Her bir madde için. 1. düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi yansıtırken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) “ideal” işlev düzeyine karşılık gelmektedir. 2. (Düzey kısmen var), 3. Düzey (yeterince var) ve 4. Düzey (neredeyse tamamen var)’den oluşmaktadır. Günlük yaşam becerileri, sosyal işlevsellik ile sağlık ve tedavi alt ölçeklerinden oluşur. Üç farklı alanda işlevsel iyileşmeyi ölçmektedir (Birgül ve ark., 2009).

3.5. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde IBM SPSS Statics 22.0 programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov Ve Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Verilerin analizinde

bağımlı ve bağımsız değişkenler arası ilişkileri anlamak amacı ile ki-kare, farkları anlamak için Independent Sample t testi kullanılmıştır. İki den fazla grup karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlandığı durumda ANOVA ve post-hoc test olarak Tukey testinden yararlanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişki Spearman ve Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir.



4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Bu çalışmaya katılmaya gönüllü olarak 130 hasta dâhil edilerek veri toplanmıştır. 23 kişi aktif psikoz olması, madde kullanımı olması, konuşma engeli olması, mental kısıtlı olması nedeniyle ve 2 kişi de çalışmaya katılmaktan sonradan vazgeçmesi nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Toplamda 105 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

Tablo 4.1’de katılımcıların sosyodemografik özellikleri tablo halinde sunulmuştur.

Katılımcıların %74,3’ü erkek (n=78) ve %25,7’si kadındı (n=27).

Hastaların yaş dağılımı 20-62 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 43,55 saptandı. Erkeklerin yaş ortalaması 43,79 iken, kadın hastaların yaş ortalaması 42,85 olarak bulundu. Hastaların yaş ortalaması cinsiyetler arasında benzer olduğu tespit edildi..

Eğitim düzeylerine bakıldığında %2,8’sinin okuryazar olmadığı(n=3), %43,8’ünün ilkokul mezunu olduğu (n=46), %18,1’inin ortaokul mezunu olduğu (n=19), %23,8’sinin lise mezunu olduğu (n=25), %12’sinin üniversite mezunu olduğu (n=12) bulundu.

Hastaların medeni hali değerlendirildiğinde %19’unun evli (n=20), %57,1’inin bekâr (n=60), %22,9’unun boşanmış (n=24) ve %1’inin dul (n=1) olarak bulundu. Çocuk sahibi olup olmadığına bakıldığında %30,5’inin çocuğu olduğu (n=32) ve %69,5’inin çocuğu olmadığı (n=73) saptandı.

Hastaların yaşadığı yerler incelendiğinde %24,8’inin il merkezinde (n=26), %64,8’inin ilçede yaşadığı (n=68) ve %10,5’inin köyde yaşadığı (n=11) bulundu. Birlikte yaşadığı kişiler değerlendirildiğinde %62,9’unun anne-baba/kardeş ile birlikte yaşadığı (n=66), %18,1’inin eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı (n=19), %5,7’sinin yalnız yaşadığı (n=6), %13,3’ünün diğer (bakımevi, yurt, sokak) yerlerde yaşadığı (n=14) tespit edildi.

Çalışma durumu incelendiğinde %23,8’sinin çalıştığı (n=25), %76,2’inin (n=80) çalışmadığı bulundu. %24,8’inin 2500TL’ye kadar geliri olduğu (n=26), %53,3’ünün

2500-5000TL arası geliri olduğu (n=56), %21'inin 5000-10000TL arası geliri olduğu (n=22), %1'inin 10000TL üzeri geliri olduğu (n=1) bulundu.

Hastaların sigara kullanımı incelendiğinde %68,6'sının sigara kullanımının olduğu (n=72), %21,9'sinin sigara kullanmadığı (n=23), %9,5'inin geçmişte kullandığı şuan aktif kullanımının olmadığı (n=10) öğrenildi. Hastaların %1'inin aktif alkol kullanımının olduğu (n=1), %79'unun alkol kullanımı olmadığı (N=83), %20'sinin geçmişte kullandığı aktif kullanımı olmadığı (n=21) öğrenildi. Halen aktif madde kullanımı olmayan hastaların %84,8'inin daha önce madde kullanım deneyimi olmadığı (n=89), %15,2'sinin geçmişte kullandığı, halen aktif kullanımı olmadığı (n=16) bulundu.

Hastaların intihar girişim ve düşünceleri incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların hiçbirinin aktif intihar düşüncesi olmadığı, %11,4'ünün daha önceden intihar girişimi olduğu (n=12), %88,6'sının geçmişinde intihar girişimi olmadığı (n=93) saptandı.

Hastaların adli öyküleri incelendiğinde %32,4'ünün adli öyküsü olduğu (n=34), %67,6'sının adli öyküsü olmadığı (n=71) tespit edildi.

Ek psikiyatrik hastalıklar incelendiğinde 1 hasta dışında ek psikiyatrik hastalığı olmadığını bulundu. %30,5'inin ek dâhili hastalıkları olduğu(n=32), %69,5'inin ek herhangi bir hastalığının olmadığı(n=73) bulundu. Hastaların %38,1'inin ailede psikiyatrik hastalığının olduğu (n=40), %61,9'ünün ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı (n=65) öğrenildi.

Hastaların %98,1'sinin tedavi uyumunun iyi olduğu (n=103), %1,9'unun tedavi uyumsuz olduğu (n=2) bulundu.

Hastaların klinisyen tarafından yapılan görüşmedeki içgörü değerlendirmesinde %23,8'inin içgörüsünün olduğu (n=25), %36,2'sinin kısmi içgörüsünün olduğu (n=38), %40'ının içgörüsünün olmadığı (n=42) saptandı.

Erkeklerin %22,4'ünün içgörüsünün tam olduğu (n=19), %38,5'inin kısmi içgörüsünün olduğu(n=30), %37,2'sinin içgörüsünün olmadığı (n=29) bulundu. Kadınların %22,2'sinin içgörüsünün olduğu (n=6), %33,3'ünün kısmi içgörüsünün

olduğu (n=9), %44,4'ünün içgörüsünün olmadığı (n=12) saptandı (Tablo 4.2). Kadın ve erkek cinsiyette içgörü açısından anlamlı bir farklılık yoktu (Şekil 4.1).

Tablo 4. 1. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri

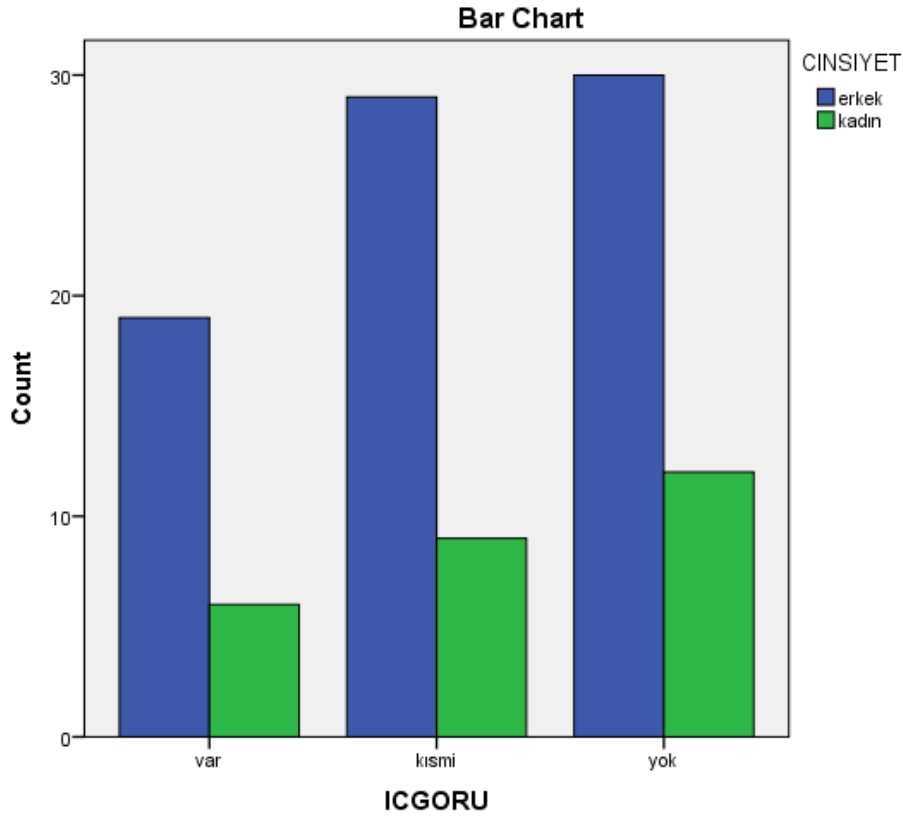
Değişkenler	Gruplar	Sayı (N=105)	Oran (%)
Cinsiyet	Erkek	78	74,3
	Kadın	27	25,7
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar Değil	3	2,8
	İlkokul Mezunu	46	43,8
	Ortaokul Mezunu	19	18,1
	Lise Mezunu	25	23,8
	Üniversite ve Üzeri	12	11,4
Medeni Hal	Evli	20	19,0
	Bekar	60	57,1
	Boşanmış	24	22,9
	Dul	1	1,0
Çocuk	Var	32	30,5
	Yok	73	69,5
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Anne-baba/kardeş	66	62,9
	Eş ve çocuklar	19	18,1
	Yalnız	6	5,7
	Diğer	14	13,3
Yaşadığı Yer	İl	26	24,8
	İlçe	68	64,8
	Köy	11	10,5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	25	23,8
	Çalışmıyor	80	76,2
Ekonomik Düzey	0-2500 TL	26	24,8
	2500-5000 TL	56	53,3
	5000-10000	22	21,0
	10000 ve üzeri	1	1,0

Tablo 4. 2. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri (devam)

Sigara Kullanımı	Var	72	68,6
	Yok	23	21,9
	Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor	10	9,5
Alkol Kullanımı	Var	1	1,0
	Yok	83	79,0
	Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor	21	20,0
Madde Kullanımı	Var	0	0
	Yok	89	84,8
	Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor	16	15,2
İntihar Düşüncesi	Var	0	0
	Yok	105	100
İntihar Girişimi	Var	12	11,4
	Yok	93	88,6
Adli Öyküsü	Var	34	32,4
	Yok	71	67,6
Ek Psikiyatrik Hastalık	Var	1	1,0
	Yok	104	99,0
Ek Hastalık	Var	32	30,5
	Yok	73	69,5
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	40	38,1
	Yok	65	61,9
Tedavi Uyumu	Uyumlu	103	98,1
	Uyumsuz	2	1,9
İçgörü	Var	25	23,8
	Kısmi	38	36,2
	Yok	42	40,0

Tablo 4. 3 İlgörü * Cinsiyet

			CINSİYET		Total
			erkek	kadın	
ICGORU	var	N	19	6	25
		%	24	22	24
	kısmi	N	29	9	38
		%	37	33	36
	yok	N	30	12	42
		%	38	44	40
Toplam		N	78	27	105
		%	100	100	100



Şekil 4. 1 Klinisyenin ilğörü değerdendirmesi ile cinsiyet dağılımının ilişkisi

4.2 Normallik Testine İlişkin Bulgular

Ölçeklerin normal dağılımını incelemek için toplanan veriler Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerine tabi tutulmuştur. Uygulanan PANNS, Klinik Global İzlem Ölçeği, Global Değerlendirme Ölçeği, Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme

Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği, Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği normal dağılım göstermektedir.

4.3 İçgörü Gruplarının Semptom Türlerine Göre Ortalamaları

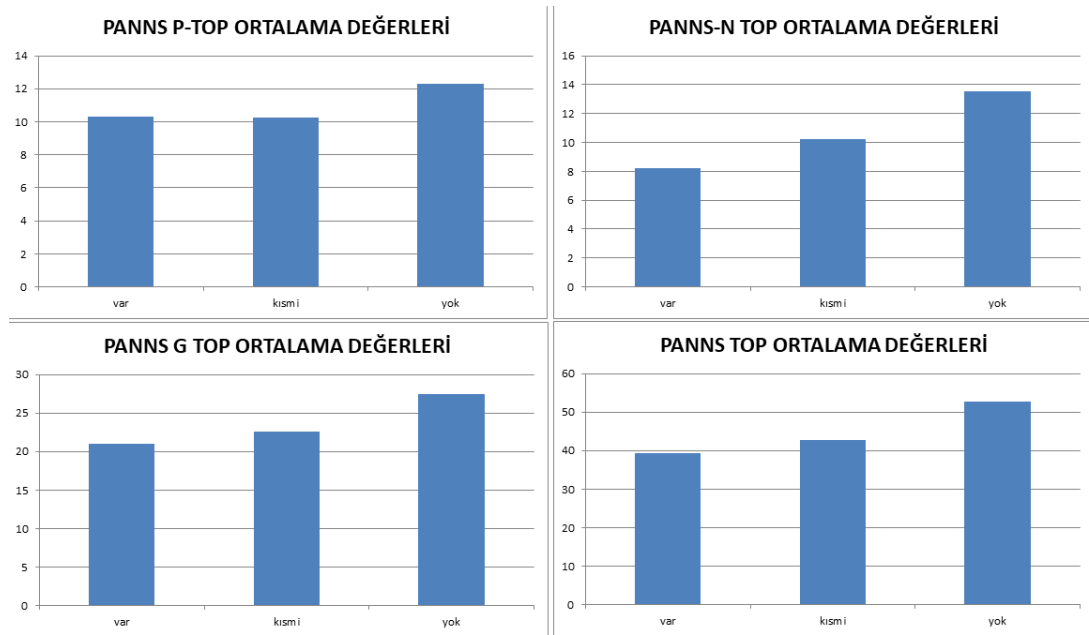
4.3.1 İçgörü gruplarına göre şizofreni semptom türlerinin ortalamaları

Klinisyenin içgörü değerlendirmesi ile semptom boyutları karşılaştırıldığında içgörüsü olan hastalarda pozitif semptom puan ortalaması 10,32, kısmi içgörüsü olan hastanın pozitif semptom puan ortalaması 10,23 ve içgörüsü olmayan hastaların pozitif semptom puan ortalaması 12,33 olarak saptandı (Şekil 4.2). Buna karşın içgörüsü olan hastalarda negatif semptom puan ortalaması 8,2, kısmi içgörüsü olan hastalarda 10,21 ve içgörüsü olmayanlarda 13,52 olarak tespit edildi. Genel psikopatolojiye bakıldığında içgörüsü olanlarda ortalama puan 21,04, kısmi olanlarda 22,6 içgörüsü olmayanlarda 21,04 olarak saptandı. PANNS toplam skorları değerlendirildiğinde içgörüsü olanların puan ortalaması 39,36, kısmi olanların 42,84, içgörüsü olmayanların puan ortalaması 52,71 olarak bulundu. Bu sonuçlar ışığında PANNS toplam belirti skoru ve pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptom şiddetleri arttıkça hastaların içgörüsünün azaldığı sonucuna varılmıştır.

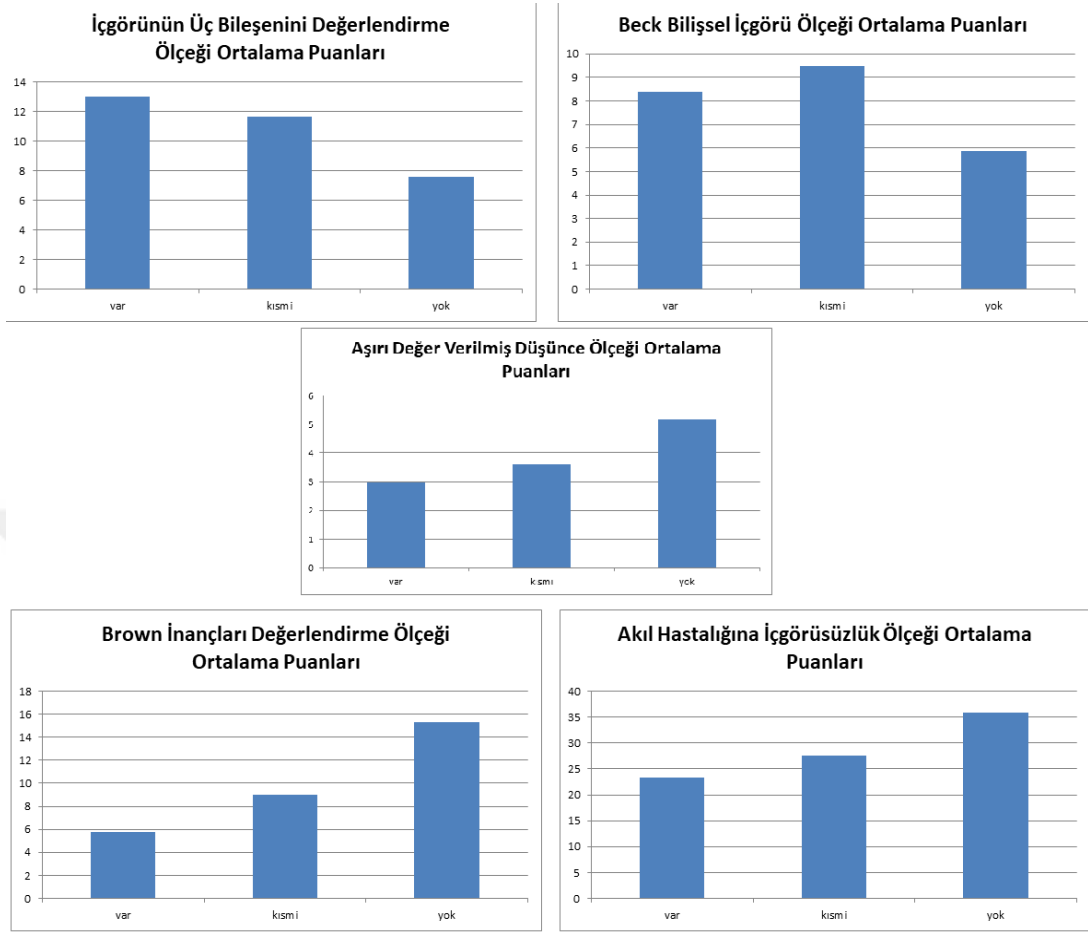
Tablo 4.3’de gösterildiği gibi içgörü ile PANNS P-N-G ve TOP ölçekleri arasında yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre hastalarında içgörünün var olup olmadığını değerlendirmek için kullanılan PANNS testi toplam puanı ve alt kategorilerin toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. ($p=0,000$) Bir diğer anlatımla içgörünün ilgili ölçeklere göre değerlendirilmesi klinisyenin vardığı kanı ile uyumlu olduğu kanısına varılmıştır.

Tablo 4. 4 Klinisyenin içgörü değerlendirmesine (var-yok-kısmi) göre semptom boyutlarının ortalamaları ve karşılaştırma sonuçları

	İÇGÖRÜ	N	Ort	SS	F	p
	var	25	10,32	2,73		
PANNS-P	kısmi	38	10,23	3,02		
TOPLAM	yok	42	12,33	4,69	3,853	0,024
	Total	105	11,09	3,83		
	var	25	8,2	2,02		
PANNS-N	kısmi	38	10,21	4,07		
TOPLAM	yok	42	13,52	6	11,344	0,00
	Total	105	11,05	5,07		
	var	25	21,04	5,35		
PANNS-G	kısmi	38	22,6	4,34		
TOPLAM	yok	42	27,5	6,45	13,245	0,00
	Total	105	24,19	6,12		
	var	25	39,36	8,19		
PANNS	kısmi	38	42,84	9,2		
TOPLAM	yok	42	52,71	14,6	12,756	0,00
	Total	105	45,96	12,73		



Şekil 4. 2 İçgörü ile PANNS toplam ve alt tiplerin ortalama değerleri



Şekil 4. 3 İçgörü ile içgörü ölçek toplamalarının ortalama değerleri

Klinisyenin içgörü değerlendirmesi ile içgörü ölçekleri arasında yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre içgörüyü değerlendirmek için kullanılan İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği ($p=0,000$), Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği($p=0,038$), Akıl Hastalığına İçgörüslük Ölçeği ($p=0,000$), Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği ($p=0,000$), Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği'nde ($p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (Tablo 4.4). Bir diğer anlatımla içgörünün ilgili ölçeklere göre değerlendirilmesi klinisyenin varlığı kanı ile uyumlu olduğu kanısına varılmıştır.

Tablo 4. 5 Klinisyenin içgörü değerlendirmesi (var-kısmi-yok) ile içgörü ölçek toplam puanlarının tanımlayıcı değerleri

İÇGÖRÜ		N	Ort	SS	F	p
IUB TOPLAMI	var	25	13,00	1,708	41,48	0,00
	kısmi	38	11,61	1,980		
	yok	42	7,60	3,372		
	Total	105	10,33	3,446		
BECK TOPLAM	var	25	8,40	7,869	3,38	0,038
	kısmi	38	9,47	5,554		
	yok	42	5,86	6,051		
	Total	105	7,77	6,506		
BROWN TOPLAM	var	25	5,76	5,939	24,26	0,00
	kısmi	38	9,02	5,037		
	yok	42	15,28	6,22		
	Total	105	10,75	6,91		
ADVD TOPLAM	var	25	2,96	1,541	24,17	0,00
	kısmi	38	3,61	1,480		
	yok	42	5,17	1,695		
	Total	105	4,08	1,822		
AHI TOPLAM	var	25	23,24	6,534	17,84	0,00
	kısmi	38	27,58	5,885		
	yok	42	35,81	9,287		
	Total	105	29,84	9,105		

Tablo 4.5’te hastalık şiddetini ölçen ölçekler (CGI, GAS, PANNSTOP) ile içgörü ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisinde Beck Bilişsel İçgörü Ölçeğinin semptom şiddeti ölçen testlerle korele olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4. 6 Hastalık şiddeti ile içgörü ölçeklerinin korelasyon değerleri

		BECK	ADVD	BROWN	PANNS TOP	GAS	IUB	CGI
BECK	Pearson	1	-,375**	-,376**	-,178	,085	,337**	-,122
	p		,000	,000	,070	,387	,000	,214
ADVD	Pearson	-,375**	1	,826**	,542**	-,566**	-,613**	,544**
	p	,000		,000	,000	,000	,000	,000
BROWN	Pearson	-,376**	,826**	1	,506**	-,509**	-,693**	,521**
	p	,000	,000		,000	,000	,000	,000
PANNS TOP	Pearson	-,178	,542**	,506**	1	-,652**	-,500**	,614**
	p	,070	,000	,000		,000	,000	,000
GAS	Pearson	,085	-,566**	-,509**	-,652**	1	,485**	-,724**
	p	,387	,000	,000	,000		,000	,000
IUB	Pearson	,337**	-,613**	-,693**	-,500**	,485**	1	-,508**
	p	,000	,000	,000	,000	,000		,000
CGI	Pearson	-,122	,544**	,521**	,614**	-,724**	-,508**	1
	p	,214	,000	,000	,000	,000	,000	

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

BECK: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği, ADVD: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği, BROWN: Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği, PANNS_TOP: Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği Toplam Puanı, GAS: Global Değerlendirme Ölçeği, IUB: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, CGI: Klinik Global İzlem Ölçeği

Tablo 4.6’te görüldüğü gibi şizofreni semptomatolojisinde PANNS ölçeği toplam puanı ve alt kategori toplam puanları ile içgörüyü değerlendirmek için kullanılan ölçeklerin korelasyon testlerinde (İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (p=0,000), Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (p=0,000), Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği (p=0,000), Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (p=0,000) toplam puanlarının hepsinin birbiri ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılırken, BECK ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı (p=0,065) sonucuna varılmıştır.

Tablo 4. 7 PANNS toplam belirti puanı ve alt semptom şiddetleri ile içgörü ölçekleri arasındaki korelasyon değerleri

	PAN NS- P_TO P	PAN NS- N_T OP	PAN NS- G_T OP	PANNS_ TOP	IUB_ TOP	BECK_ TOP	AHI_ TOP	BROWN_TO PLAM	ADVD_ TOP
PANNS- P_TOP	1								
PANNS- N_TOP	.426**	1							
PANNS- G_TOP	.540**	.712**	1						
PANNS_TO P	.711**	.842**	.906**	1					
IUB_TOP	.371**	.449**	.460**	-.500**	1				
BECK_TOP	-.178	-.087	-.166	-.267	.337**	1			
AHI_TOP	.343**	.319**	.248*	.347**	-.716**	-.142	1		
BROWN_TO PLAM	.486**	.400**	.468**	.506**	-.693**	-.333**	.573**	1	
ADVD_TOP	.228*	.422**	.435**	.431**	-.645**	-.181	.559**	.558**	1

*, P<0.05 **, P<0.01

PANNS: Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği, IUB: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, AHI: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, BROWN: Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği, ADVD: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği

4.5. Regresyon Analizi Sonuçları

Aynı bağımsız değişkenlere bağımlı değişken olarak PANNS pozitif semptom puanları alınarak çoklu regresyon analizi uygulandı. Bağımsız değişkenler içinde Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği puanları pozitif semptom şiddetini yordamada en önemli katkıda bulunan değişkendi ($p=0,000$, $B= 0,584$) (Tablo 4.7). Pozitif belirtiler ADVD puanlarıyla ilişkili toplam varyansın (pozitif belirtilerin) %34,1'ini açıklıyordu (Tablo 4.7).

Tablo 4. 8 PANNS pozitif belirti düzeyi puanı bağımlı değişken olarak regresyon analizi sonuçları

Aşama	Yordayıcı değişken	R	R2	F değışikliğı	P değışikliğı	Beta	t
1	ADVD	0,584	0,341	53,248**	0	0,584	7,297

**p<0,01; *p<0,05

ADVD: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeğı

Bağımsız Değişkenler: İçgörünün Üçbileşenini Değerlendirme Ölçeğı, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeğı, Brown İnançları Değerlendirme Ölçeğı, Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeğı

Yine aynı bağımsız değişkenlere bağımlı değişken olarak PANNS negatif semptom puanları alınarak çoklu regresyon analizi uygulandı. Bağımsız değişkenler içinde İUB puanları negatif semptom şiddetini yordamada en önemli katkıda bulunan değışkendi ($p=0,007$, $B= -0,303$). İkinci güçlü değışken olarak da Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeğı saptandı ($p=0,031$, $B=0,239$) (Tablo 4.8). Negatif belirtiler İÜB puanlarıyla ilişkili toplam varyansın %20,2'sini; ADV D ile birlikte %23,8'ini açıklıyordu (Tablo 4.8).

Tablo 4. 9 PANNS negatif belirti düzeyi puanı bağımlı değişken olarak regresyon analizi sonuçları

Aşama	Yordayıcı değişken	R	R2	F değışikliğı	P değışikliğı	Beta	t
1	IUB	0,449	0,202	26,064**	0,007	-0,303	-2,764
2	IUB, ADV D	0,488	0,238	15,902*	0,031	0,239	2,187

**p<0,01; *p<0,05

IUB; İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeğı, ADV D: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeğı

Bağımsız Değişkenler: İçgörünün Üçbileşenini Değerlendirme Ölçeğı, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeğı, Brown İnançları Değerlendirme Ölçeğı, Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeğı

Yine aynı bağımsız değişkenlere bağımlı değişken olarak PANNS genel psikopatoloji puanları alınarak çoklu regresyon analizi uygulandı. Bağımsız değişkenler içinde Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği puanları genel psikopatoloji şiddetini yordamada en önemli katkıda bulunan değişkendi ($p=0,017$, $B=0,288$) (Tablo 4.9). İkinci güçlü değişken olarak da IUB saptandı ($p=0,031$, $B=-0,260$). Genel psikopatoloji Brown puanlarıyla ilişkili toplam varyansın %21,9'unu; IUB ile birlikte %25,4'ünü açıklıyordu (Tablo 4.9).

Tablo 4. 10 PANNS genel belirti düzeyi puanı bağımlı değişken olarak regresyon analizi sonuçları

Aşama	Yordayıcı değişken	R	R2	F değışikliğ i	P değışikliğ i	Beta	t
1	BROWN	0,468	0,219	28,896*	0,017	0,288	2,125
2	BROWN, IUB,	0,504	0,254	17,388*	0,031	-0,260	-2,193

** $p<0,01$; * $p<0,05$

BROWN: Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği, IUB; İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

Bağımsız Değişkenler: İçgörünün Üçbileşenini Değerlendirme Ölçeği, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği, Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği

Çoklu regresyon analizi sonuçları: Bağımsız değişken olarak İçgörünün Üçbileşeni Ölçeği, Beck Bilişsel İçgörü, Ölçeği, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği ve Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği ile, bağımlı değişken olarak da PANNS toplam puanı alınarak çoklu regresyon analizi yapıldı. Değişken seçimi aşamalı (stepwise) yöntemi ile $p_{in}=0,05$ ve $p_{out}=0,1$ ölçütleriyle belirlendi. Bağımsız değişkenler içinde Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği puanları şizofreni belirti toplam puanını yordamada en önemli katkıda bulunan değişkendi ($p=0,000$, $B=0,361$). İkinci güçlü değişken olarak da İUB saptandı ($p=0,010$, $B=-0,269$) (Tablo 4.10).

Şizofreni semptomatolojisinin ADVD puanlarıyla ilişkili toplam varyansın %29,3'ünün; İÜB ile birlikte %33,9'unu açıklıyordu (Tablo 4.10). Analiz eksiksiz veri toplanabilen 105 kişi üzerinde yapıldı.

Tablo 4. 11 PANNS toplam belirti düzeyi puanı bağımlı değişken olarak regresyon analizi sonuçları

Aşama	Yordayıcı değişken	R	R2	F değışikliği	P değışikliği	Beta	t
1,	ADVD	0,542	0,293	42,765**	0	0,376	3,692
2.	ADVD, IUB	0,582	0,339	26,117**	0,01	-0,269	-2,643

**p<0,01; *p<0,05

ADVD: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği, IUB; İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

Bağımsız Değişkenler: İçgörünün Üçbileşenini Değerlendirme Ölçeği, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği, Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Psikozu olan bireylerin, akıl hastalığı olup olmadığı, olağandışı deneyimlerinin ve davranışlarının anormal olup olmadığı ve klinik tedaviye ihtiyaç duyup duymadıkları konusunda hastanın çevresi, aileleri ve klinisyenler ile aynı fikirde olmadıkları uzun zamandır bilinmektedir (Cooke ve ark., 2005). Bu farklılık klinisyenler tarafından psikozlu bireyin içgörü eksikliğini ifade ettiğini savunur, ancak bu evrensel olarak kabul edilmiş bir durum değildir (Cooke ve ark., 2005). Klinisyenler arasında da bu içgörü eksikliğini sadece “var ya da yok” olarak değerlendirmek yerine farklı alt kategorilerde daha kapsamlı değerlendirilmesi gerektiği savunulmaktadır. Bu doğrultuda çeşitli içgörü ölçekleri geliştirilmiştir. Literatür incelemelerinde bu içgörü ölçekleri ile hastanın hastalık şiddeti arasında ilişki ve farklılıklar incelenmiş olup semptomatolojide pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptomları olarak alt tiplendirme ile değerlendirme yapılmamıştır. Çalışmamızda şizofreni hastalarında hastalık şiddetini ölçen ölçeklerle semptom değerlendirmesi yaparak; içgörü ölçekleri ile hastalık semptomları arasındaki ilişkiyi ve içgörü ölçekleri arasındaki farklılıkları incelemeyi amaçladık.

Remisyondaki şizofreni hastaları ile yaptığımız çalışmada hastaların %74,3’ü erkek (n=78), %25,7’si kadın (n=27) olarak bulunmuştur.

Literatürde şizofrenide içgörü eksikliği olduğu bildirilen bireylerin oranları %11-89 arasında değişmektedir (Carpenter ve ark., 1973; Foldemo ve ark., 2004). Çalışmamızdaki tüm hastaların klinisyen değerlendirmesine göre içgörü düzeyleri incelendiğinde içgörünün yokluğu %40 hastada bulunmuştur (n=42). Çalışmamızla benzer olarak 115 kronik şizofreni hastasında içgörü değerlendirilen hastaların %30’unun içgörüsünün tam olduğu, %30’unun kısmi içgörüsünün olduğu bulunmuştur (Ramachandran ve ark., 2016).

Klinisyenin içgörü değerlendirmesine göre erkek hastaların %28’sinin içgörüsünün olmadığı (n=30), %29’unun kısmi içgörüsünün olduğu (n=29) ve %24’ünün içgörüsünün tam olduğu (n=19) bulunmuştur. Bununla birlikte kadınlarda da benzer oranlar görülmektedir. Literatürde bazı kaynaklarda kadın cinsiyette içgörünün daha az olduğu vurgulanmıştır (Peralta ve Cuesta, 1998).

Çalışmamızda hastaların %64,7'si ortaokul mezunu ve altında, %35,3'ü lise mezunu ve üstündedir.

Şizofreni hastalarının medeni durumları açısından yapılan çalışmalarda evli olma durumunun normale göre düşük olduğu bulunmuştur (Thara ve Srinivasan, 1997). Literatürü destekler nitelikte bizim çalışmamızda da evli hastaların oranı %19 olarak tespit edildi. Hastalığın erken dönemde başlaması, sosyal çevreye katılımlarının sınırlı olması ve toplumun hastalığa bakış açısı nedenleriyle şizofreni hastalarında evli olma oranının normalden düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Şizofreni hastalığının kronik bir süreç olması, ilerleyen dönemlerde ya da hastalık şiddetinin artması nedeniyle işlevsellikte düşmeye sebep olur ve bu sebeple hastalarda çalışma oranının düşük olması beklenmektedir (Ensari ve ark., 2013). Çalışmamızda çalışan hastaların oranları %23,6 olarak saptandı ve sosyoekonomik düzeyleri düşüktü. Hastalarının işlevselliklerinin düşük olması nedeniyle ailenin sağladığı maddi ve manevi destek ve hastalık konusundaki inanç ve tutumlarının hastalığın prognozu üzerinde önemli derecede etkili olduğu bilinmektedir. Hastaların en çok iletişimde bulunduğu grup olan aile, en önemli sosyal desteği oluşturmaktadır (Guada ve ark., 2012).

Yapılan çalışmalarda psikotik hastalarda sigara kullanımının normale göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (Kumari ve Postma, 2005). Bunun en önemli nedenlerinden biri olarak da sigaranın nikotin reseptörleri ile hastalık semptomlarını hafifleterek self medikasyon oluşturduğuna dair hipotezler öne sürülmüştür (Kumari ve Postma, 2005). Literatürle benzer olarak bu çalışmaya dâhil olan remisyondaki şizofreni hastalarında aktif sigara kullanım oranı %68,6 olarak bulundu.

Şizofreni en önemli risk faktörlerinden bir diğeri de alkol (Alptekin ve ark., 2009) ve madde (Callaghan ve ark., 2011; Henquet ve ark., 2005) kullanımıdır. Bizim hastalarımızda da %20'sinin geçmişte alkol kullanımı olduğu, %15,2'sinin de geçmiş madde kullanım öyküsü olduğunu bulduk.

Bu çalışmada hastaların %30,5'in ek tıbbi hastalıkların olduğunu bulduk. Tıbbi komorbidite yaygınlığı ile yapılmış çalışmalarda %40-45 olarak bildirilmiş olup

çalışmamızda saptadığımız oran literatürde belirtilenlere göre düşük bulunmuştur (Koran ve ark., 1989).

333 kronik şizofreni hastası ile yapılan içgörü ve umutsuzluğun şizofrenide intihar eğilimi ile ilişkisine bakılan bir çalışmada içgörü arttıkça, intihar girişimi ve intihar düşüncesi ile pozitif ilişkilendirilmiştir (Kim ve ark., 2003). Amador ve ark. içgörü ve intihar eğilimi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve tekrarlayan intihar düşünceleri ve davranışları olan şizofreni hastalarının belirli spesifik semptomların daha fazla farkındayken, genellikle bir akıl hastalığına sahip olduklarının daha fazla farkında olmadıklarını bulmuşlardır (Harkavy-Friedman ve ark., 1999). Bizim çalışmamızda aktif intihar düşüncesi olan hasta bulunmazken geçmişte intihar girişimi olan hastaların oranı %11,8 idi.

Şizofreni semptom şiddetini ölçmek için çalışmamızda PANNS ölçeğini kullandık. PANNS toplam belirti puanı ve semptom şiddeti ile kullandığımız içgörü ölçekleri sonuçlarına göre BECK ile PANNS toplam belirti düzeyi ve pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Diğer ölçekler olan IUB, ADVD; AHI ve BROWN ile hastalık ve spesifik semptom şiddetleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Türkçapar ve arkadaşlarının yaptığı Beck Bilişsel İçgörü Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışmasında IUB ve BECK ile hastalık şiddeti karşılaştırmasında çalışmamızla uyumlu olarak IUB ile anlamlı ilişki bulunmuş olup BECK ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Aslan ve ark., 2005a). Yine bu konuda Obsesif Kompulsif Bozukluk ile içgörü ilişkisini inceleyen tek çalışmada BECK ile obsesyon şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Shimshoni ve ark., 2011). Bunun nedeni olarak BECK'in obsesyonlara yönelik değil, genel düşünce süreçlerine yönelik içgörüyü değerlendirilmesi olarak yorumlanmıştır. Yani hasta kendi belirtilerine yönelik içgörü oluşturabilirken, düşünce süreçlerine yönelik içgörü oluşturmadığı için diğer içgörü ölçeklerinden farklı çıkmış ve korele olmadığı bulunmuştur (Shimshoni ve ark., 2011). Aynı zamanda Obsesif Kompulsif tanısı olan hastalarda içgörü ve semptom şiddeti (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale ile değerlendirilmiş) karşılaştıran bir diğer çalışmada aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bilgiler ışığında şizofreni hastalarında da benzer olarak BECK ile PANNS toplam belirti skoru arasında

anlamalı bir ilişki olmaması, PANNS toplam skorunun belirtiler üzerinden değerlendirilmesi ve BECK'in düşünce içeriği süreçlerini değerlendirmesi olarak düşünüldü.

Tablo 4.5' te görüldüğü üzere klinisyenin içgörü değerlendirmesi ile semptom boyutları karşılaştırıldığında hastalık şiddeti arttıkça hastaların içgörüsünün azaldığı sonucuna varılmıştır. Literatürde bu konu ile ilgili bulgular çelişkilidir. Kimi araştırmacılar hastalık şiddeti azaldıkça içgörünün arttığını savunsa da (Jacob, 2016) kimi araştırmacılar da hastalık şiddeti azaldıkça hastanın uyumunun arttığı ve kendisine anlatılan hastalığıyla ilişkili bilgiler ışığında içgörüsü varmış gibi davranmayı öğrendiğini savunmaktadır (Aslan S, 2010). Yakın zamanda araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu ile 12 klinisyenin 30 şizofreni hastası ile görüşülerek içgörü değerlendirme karşılaştırması yapılan bir çalışmada, psikozlarda içgörü değerlendirmesinde hekim yargılarının güvenilirliği düşük bulunmuştur (Galloghly ve ark., 2013). Bu nedenle kabul gören güncel görüş içgörünün çok boyutlu incelenmesinin uygun olduğudur (David ve ark., 1992). Bununla birlikte Şekil 4.3 ve Tablo 4.6'da görüldüğü üzere bizim çalışmamızda klinisyen değerlendirmesi ile öz-bildirim ölçekleri büyük oranda tutarlılık göstermiştir.

Birçok çalışma, özellikle şizofrenide içgörü ve psikotik semptomlar arasındaki ilişkiyi incelemiştir (Mintz ve ark., 2003). Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, sanrılar ve varsanılar gibi şiddetli semptomlara, içgörü eksikliği eşlik etmektedir. Bununla birlikte, bu ilişkiler genel olarak zayıftır, yani diğer faktörler önemli bir rol oynamaktadır. İçgörü ile pozitif (ama yine de zayıf bir şekilde) ilişkili olan tek semptom boyutu depresyon bulunmuştur (Belvederi Murri ve ark., 2015). Meta analitik veriler, daha iyi klinik içgörünün daha az şiddetli pozitif ve negatif semptomlarla ve daha şiddetli depresif belirtiler ilişkili olduğunu göstermektedir (Drake ve ark., 2004; Mcevoy ve ark., 2006; Mintz ve ark., 2003; Wiffen ve ark., 2010). Bu nedenle, sağlam klinik içgörü, umutsuzluk, utanç ve depresyon ile sonuçlanabilir. İçgörü arttıkça yaşam kalitesinin düşmesi ve bunun akabinde umutsuzluk gelişmesi literatürde içgörü paradoksu olarak tanımlanmaktadır (Davis ve ark., 2020). Bununla birlikte içgörünün olmaması; pozitif semptomlarla (Amador

ve ark., 1994; Baier ve ark., 2000), negatif ve dezorganize semptomlarla (Cuesta ve ark., 1998) ilişkili olduğu gibi pozitif veya negatif semptomlar olmadan da zayıf içgörünün olabildiği de gösterilmiştir (Schwartz ve Petersen, 1999). Markova ve Berioz'un yaptığı bir çalışmada (Marková ve Berrios, 1992) hastalık belirtileri şiddetlendikçe içgörünün azaldığı, aralarında ters bir ilişkinin olduğu gösterilmiştir ki bu daha önceki iki çalışmada (David ve ark., 1992; Mcevoy ve ark., 1989a) gösterilememiş ancak klinik gözlemlerle aynı doğrultuda gözlenen bir bulgudur. Bizim çalışmamızda da hastalık şiddeti arttıkça içgörü azaldığı yönünde bulgular saptanmış olup bu sonuçlarla aynı yöndedir.

Şizofreni alt belirti kümeleri ve toplam belirti puanları ile içgörü ölçekleri arasındaki korelasyonları gösteren tabloda görüleceği gibi belirtiler ve içgörü ölçekleri arasında anlamlı korelasyonlar saptanmıştır; sadece BECK içgörü ile şizofreni belirti kümeleri arasında korelasyon saptanmamıştır, ancak içgörü ölçekleri birbiri ile anlamlı korelasyonlar göstermişlerdir. Değişkenler arasında korelasyonlar ağı bu şekilde anlamlı ve karmaşık olunca yorumlamak güçleşmektedir, regresyon analizi böyle karmaşık ilişkiler ağını sadeleştirmek ve bağımlı değişkeni predikte etme gücüne göre sıralamak için uygun bir yöntem olarak kullanılagelmiştir.

Şizofreni belirtilerini değerlendirmek için en sık olarak kullanılan ölçek olan PANNS ölçeği aynı zamanda şizofreni belirtilerinin alt gurplarının ölçülme imkanı da sunmaktadır. Regresyon analizi yaparken içgörü ölçeklerinin hepsini bağımsız değişken olarak alırken PANNS toplam puan, pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji puanlarını bağımlı değişken olarak alıp analiz yaptık. Bu yaklaşım toplam puan ve diğer alt semptom kümelerini predikte etme gücü açısından içgörü ölçeklerini karşılaştırma ve önem sıralaması yapma imkanı sunmaktadır.

PANNS pozitif belirti puanını regresyon analizi basamaklı seçim yöntemine göre en güçlü predikte eden ölçek ADVD ölçeği olarak saptandı. Literatürde Si-Sheng Huang'ın 90 akut psikotik epizodda olan şizofreni hastaları ile hastalık şiddeti ve IUB ile içgörüyü karşılaştıran çalışmasında PANNS pozitif semptom skoru ve depresif semptomlarla içgörü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Huang ve Chang, 2021). Bu bulgular ile çalışmanın yazarları, hastaların heyecan, düşmanlık, işbirliği yapmama, savunmacı tutum veya provokasyon gözlemlerinin şu anda daha

zayıf içgörülerini gösterebileceğini göstermekte olup daha fazla içgörü elde etmek için şizofreninin akut döneminde hastanın uyarılmış semptomlarının azaltılmasına daha fazla vurgu yapılması gerektiği savunmuştur. Kokurcan ve arkadaşlarının 229 remisyon/kısmi resmiyondaki şizofreni hastasında IUB ile içgörü değerlendirilerek PANNS pozitif ve negatif belirti şiddeti karşılaştırılmış, IUB ile pozitif ve negatif semptom şiddeti arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Bitter ve ark., 2015). Bu çalışmada içgörü ve uyum düzeyinin güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ve özellikle daha şiddetli semptomların ve artan düşmanlık düzeylerinin şizofreni hastalarının uyumunu belirgin şekilde azalttığı, bu sebeple tedavi uyumu ve hastalık ve semptomların farkındalığını sorgulayan IUB'nin içgörü ile anlamlı bir ilişkide olduğunu düşünmüşlerdir. Yine Ritsner ve arkadaşlarının yaptığı 107 remisyonlu şizofreni hastası ile AHI ile pozitif semptom karşılaştırmasında sonuçlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Ritsner ve Blumenkrantz, 2007). Zayıf içgörü, görme ve hareket becerilerindeki bozulma, sürekli dikkat, yürütücü işlevler, otistik meşguliyetlerin yoğunluğu ve pozitif semptomların yanı sıra artan yenilik arama davranışına bağlanmıştır. Smith ve arkadaşlarının 48 remisyonlu şizofreni hastasında yaptığı çalışmada kısa pozitif ve negatif semptom ölçeği ile AHI karşılaştırılmıştır ve aralarında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Smith ve ark., 2000). Hastalara görsel-uzaysal yetenek ve yürütücü işlevleri ölçen nörobilişsel testler de uygulanan bu çalışmada semptomların yanlış atfedilmesi, semptomların farkında olmamasından daha çok, frontal lob işlevindeki eksikliklerle ilişkilendirilmiştir. Şizofreni hastalarında pozitif belirtiler olarak hezeyan ve halüsinasyonlar altta yatan temel inancı yansıttığından, pozitif belirti skoru ile hastaların inancını değerlendiren Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeğinin predikte olduğu sonucuna varılmıştır.

PANNS negatif belirti puanını regresyon analizi basamaklı seçim yöntemine göre en güçlü predikte eden ölçek IUB ölçeği, ikinci en güçlü predikte eden ölçek ADVD olarak saptandı. Yapılan çalışmalara bakıldığında McEvoy ve arkadaşlarının şizofrenide içgörü üzerine yaptıkları öncü bir çalışmada akut psikopatoloji ile beklenenin aksine içgörü derecesinin ilişkisiz olduğunu ileri sürmüşlerdir (McEvoy ve ark., 1989a). Akut alevlenme tablosunda içgörü ile ilgili bulgular çelişkilidir. PANNS ile hastalık şiddeti ölçümü ve AHI ile içgörü değerlendirmesi yapılan akut dönemdeki 96 şizofreni hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların negatif

semptomları içgörü ile ilişkisiz bulunmuştur (Nieto ve ark., 2012). Bu araştırmada bilişsel işlevlerin, çevremizi, düşüncelerimizi ve davranışlarımızı algılamamızı sağladığı, bu nedenle bilişsel başarısızlıklar, çevrenin yorumlanmasındaki hatalara karşılık geldiği için içgörünün negatif semptomlar ile ilişkisiz olabileceğini savunmuştur. Ayrıca negatif semptom profilli, hastalığın farkında olma eksikliği ile bazı semptomlar (düşmanlık, işbirliği eksikliği ve oryantasyon bozukluğu) arasındaki ilişkinin bilişsel işlevden etkilendiği düşünülmüştür. Erikson ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada 78 şizofreni hastasında PANNS negatif belirti puanı ve AHI ile değerlendirilen içgörü karşılaştırmasında, içgörünün az olması ile negatif belirti şiddeti ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (Erickson ve ark., 2011). Yüksek negatif semptom puanlarının daha düşük iş performansı ile ilişkili olduğu ve sağlam içgörünün gelecekteki mesleki başarı ile ilişkili olduğu ve işe yerleştirilen hastaların çoğunda içgöründe iyileşmelerin gözlemlendiği bulunduğu sonucunda içgörünün az olması ile negatif semptomların ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. İçgörü ve semptomatolojiyi değerlendiren bir metaanalizde 1487 hastadan oluşan 20 çalışmanın incelemesi neticesinde negatif belirtilerin arttıkça içgörünün azaldığına sonucuna ulaşılmıştır (Mintz ve ark., 2003). Bizim çalışmada negatif semptomları en güçlü predikte eden ölçek olan IUB hastaların hastalığı kabul etme, hastalık semptomlarının farkında olma ve tedaviye başvurma alt başlıklarını inceleyerek içgörüyü değerlendiren bir ölçektir. IUB hastalığın hezeyan ve halüsinasyon dışındaki tedaviyi algılama ve uyum sağlama, hastalığın ve semptomların farkındalığı gibi belirtileri de içine aldığı için negatif belirtilerde predikte olduğu düşünülmüştür.

PANNS genel psikopatoloji belirti puanını regresyon analizi basamaklı seçim yöntemine göre en güçlü predikte eden ölçek Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği, ikinci en güçlü predikte eden ölçek IUB olarak bulundu. Literatür incelemesinde genel psikopatoloji ve içgörü karşılaştırmalarında daha çok G12 maddesi olan içgörü kaybı ve G4 maddesi olan depresyon belirtileri ile çalışıldığı görüldü. İçgörünün çok boyutlu doğası (boyutları değilse bile) olmasına rağmen, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden (PANSS) G12 maddesi de dahil olmak üzere, geniş semptom derecelendirme ölçeklerinden izole edilmiş maddeler de sıklıkla tek boyutlu içgörü ölçüleri olarak kullanılmıştır (Cooke ve ark., 2005). Tranulis ve arkadaşlarının 38

şizofreni hastası ile BECK ve AHI ile içgörü değerlendirmesi yaparak PANNS G12 maddesi ile karşılaştırma yaptığı çalışmada G12 maddesi ve kullanılan içgörü ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tranulis ve ark., 2008). 333 kronik şizofreni hastası ile yapılan klinik içgörü değerlendirilmesi ve umutsuzluğun şizofrenide intihar eğilimi ile ilişkisine bakılan bir çalışmada içgörü arttıkça, intihar girişimi ve intihar düşüncesi ile pozitif ilişkilendirilmiştir (Kim ve ark., 2003). Bu bulgular, kronik şizofrenide umutsuzluk, hastalığa ilişkin daha fazla içgörü ve daha yüksek bilişsel işlevin daha fazla intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu, ancak bunların arasında umutsuzluğun intiharın başlıca yordayıcısı olabileceğini düşündürdüğünü savunmuştur. Amador ve ark. içgörü ve intihar eğilimi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve tekrarlayan intihar düşünceleri ve davranışları olan şizofreni hastalarının belirli spesifik semptomların daha fazla farkındayken, genellikle bir akıl hastalığına sahip olduklarının daha fazla farkında olmadıklarını bulmuşlardır (Harkavy-Friedman ve ark., 1999). Daha önce bahsedildiği gibi içgörü artışı ile yaşam kalitesinin düşmesi ve bunun devamında umutsuzluk gelişmesi literatürde içgörü paradoksu olarak tanımlanmaktadır (Davis ve ark., 2020). Yine içgörü ile semptomatolojinin karşılaştırıldığı 1218 hasta ve 15 çalışmanın kullanıldığı metaanalizde depresif belirtiler arttıkça içgörünün arttığı sonucuna varılmıştır (Mintz ve ark., 2003). Keshavan ve arkadaşlarının araştırmasında (Keshavan ve ark., 2004); psikozun erken seyrinde PANSS ölçeğinin olağandışı düşünce içeriği ile içgörü arasında en çok ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Dezorganizasyon semptomları, normal günlük çağrışımların gevşemesi olarak görülebildiğinden ve akıl yürütmedeki zorlukları yansıtabildiğinden, bu ilişki için makul bir açıklama, semptomların inkâr edilmesi veya yanlış yorumlanması yoluyla içgörünün bozulmasına yol açmaları olarak değerlendirilebilir (Rossell ve ark., 2003). İlginç bir şekilde, PANSS genel psikopatoloji öğeleri arasında, olağandışı düşünce içeriği (G9) en çok içgörü ile ilişkilendirilmiştir. G9 maddesinin şizofrenideki pozitif ve dezorganize semptom faktörü ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur (Brazo ve ark., 1996). Olağandışı düşünce süreçleri, ya bir inkar modeli ya da semptom deneyimlerinin yanlış yorumlanması yoluyla içgöründe bozulmalara yol açabilir; içgörüye giden bu yolun, bilişsel bozuklukların aracılık ettiği semptomun farkında olmama ile ilişkili mi yoksa ondan bağımsız mı olduğu henüz belirlenmemiştir (Lysaker ve ark., 2003). Bizim

çalışmamızda genel psikopatoloji belirti puanını en güçlü predikte eden ölçek olan Brown İnançları Değerlendir Ölçeğinin soruları incelendiğinde hastanın inançlarının doğruluğu ve değiştirilebilirliğine ikna olma ve bu çerçevede içgörüyü değerlendirmektedir. PANNS genel belirti düzeyinde değerlendirilen işbirliği kuramama, olağandışı düşünce içeriği, içgörü kaybı, irade bozukluğu, zihinsel aşırı uğraş gibi alt soruların Brown İnançları Değerlendirme Ölçeğindeki irdelenen konu ile alakalı olduğu ve bu bilgiler ışığında genel belirti düzeyi ile BROWN'un predikte olduğu sonucu çıktığı düşünülmektedir.

PANNS toplam belirti puanını regresyon analizi basamaklı seçim yöntemine göre en güçlü predikte eden ölçek ADVD ölçeği olarak saptandı. Şizofrenide hastalığın farkında olmama ile psikopatolojinin şiddeti arasındaki ilişki belirsizliğini korumaktadır. Bu ilişkiyi inceleyen bazı erken araştırmalar, psikopatoloji ve hastalık farkındalığı arasındaki ilişkinin hem ters ilişkili olduğunu (Amador ve Strauss, 1993) hem de pozitif olarak ilişkili olduğunu (Whitman ve Duffey, 1961) bulmuştur. Daha yakın tarihli araştırmalarda, psikopatoloji ve hastalık farkındalığının birbirinden bağımsız olduğunu göstermektedir (Bartko, 1988; Mcevoy ve ark., 1989b). Literatüre bakıldığında Peter Phalen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada BECK ve AHI ile PANNS toplam skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Phalen ve ark., 2015). Bu bulgular semptomlar daha şiddetli olduğunda daha düşük kendinden eminlik daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olabileceğinin kaynaklandığını düşündürmüştür. Hastalık şiddeti ile içgörü arasındaki ilişkiyi akut psikotik hastalarda araştıran bir çalışmada AHI ve PANNS toplam skoru arasında ilişki karşılaştırılmış ve AHI ile PANNS toplam semptom şiddet skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Soriano-Barceló ve ark., 2016). İçgörünün, uzun vadede semptomatik stabilite ile oluştuğu ve ilaca artan uyum ile psikotik bozukluğu olan hastalarda psikososyal işlevselliği iyileştirebileceği için akut psikotik hastalarda semptom şiddeti ile içgörünün az olması ilişkili bulunmuştur. Yine diğer bir araştırmada Aaron Beck, BECK çalışmalarını yaparken BECK bileşik indeksinin, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği'nde (AHI) bir ruhsal bozukluğa sahip olmanın farkında olma ile anlamlı bir korelasyon gösterdiğinden bahsetmiş ve öz-düşünümsellik alt ölçeğinin AHI'deki sanrılarının farkında olma ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ve BECK puanları ile, pozitif ve negatif semptomlardaki puanlar ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur.

Yine aynı çalışmada Beck (Beck ve ark., 2004), çeşitli ölçeklerle değerlendirilen klinik içgörü kavramının, akıl hastalığının varlığını ve prognozunu belirlemenin yanı sıra uygun tedavi ve yönetimi reçete etmede değerli olduğunu, bununla birlikte, klinik yönelimli içgörü ölçeklerinin, hastaların anormal deneyimlerini ve hatalı çıkarımlarını değerlendirmek için sınırlı kapasitelerini doğrudan ele almadığını savunmuştur. Ve bu bilişsel eksiklikler doğrultusunda, klinik içgörüdeki bozulmaya ve sanrısız inançların ve düşüncenin gelişmesine katkıda bulunduğunu dile getirmiştir. Bizim çalışmamızda BECK ile semptom şiddetleri arasında ilişki bulunmamasının sebebi olarak BECK'in düşünce sürecine göre içgörüyü tespit etmesi amaçlanmış olması, fakat hastalık şiddeti belirlenirken belirtilere karşı içgörünün değerlendirilmesi olması sonucuna varılmıştır. Akut psikotik hastada semptom şiddetinin Rozalski ve arkadaşlarının psikotik dönemdeki 199 bipolar duygu durum bozukluğu ve şizofreni hastalarında yaptığı AHI ile içgörü değerlendirilmesi ve hastalık şiddetini karşılaştırdığı çalışmada psikozdaki hastaların hastalık şiddeti ile AHI arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Rozalski ve Mckeegan, 2019). Psikotik bozukluğu olan bireyler, akut dönemde işlevsellik eksikliklerini başka kaynaklara (örn., sanrılar, halüsinasyon içeriği) bağlayabildiklerinden, semptomlarının işlevlerini ve hastalık değerlendirmesini zayıflatmasına daha yatkın olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Çalışmamızda PANNS toplam belirti skorunu en iyi predikte eden ölçek olarak ADVD saptanması; şizofreni hastaları remisyon döneminde iken de önemli oranda hezeyan ve hallüsinasyonları uyarınca düşünmeye devam ettiği ve bu konuda içgörülerinin yeterli olmadığını göstermektedir.

110 ergen akut psikoz hastasında yapılan bir çalışmada AHI ile içgörü değerlendirilmiş olup içgörünün az olması ile hastalık şiddeti ilişkili bulunmuştur (Parellada ve ark., 2009). Bu sonuçlar yorumlanırken içgörünün ilk atakta belirgin düzeyde oluşmadığı, hastalığın ilerleyen sürelerinde ya da geçirilen diğer ataklardan sonra oluşabileceği düşüncesi ile uyumlu bulunduğu bahsedilmiştir. Beklenenin aksine tedavinin ilerleyen dönemlerinde zaman içinde görülen klinik düzelme ile paralel olarak içgörüde bir düzelme bulunamamıştır ve sonuçlar şizofreni alevlenmesinde belirtilerin şiddeti ile içgörü yokluğu arasında yakın bir bağlantı olduğu varsayımını desteklememiştir (Mcevoy ve ark., 1989a).

Literatürdeki çalışmalarda içgörü ölçekleri değerlendirilirken toplam hastalık şiddeti ile farklı içgörü ölçekleri karşılaştırılmış olup farklı içgörü ölçeklerinin semptomlara yönelik predikte etme gücüne bakılmamıştır. Şizofreni hastalığı çok çeşitli semptom gruplarını içeren bir hastalık grubu olduğundan, farklı kavramsal boyutları değerlendiren içgörü ölçekleri aslında total hastalık şiddeti yerine farklı semptomları temsil etmektedir. Çalışmamızda farklı içgörü ölçeklerinin; farklı semptom gruplarını farklı yüzdelerle predikte ettiği bulunmuştur ve meseleye bu açıdan yaklaşan başka bir çalışma literatürde bulunmadığı için çalışma bu açıdan önem arz etmektedir.

Çalışmamızın en önemli avantajı olarak da literatürde farklı semptom şiddeti ile içgörü ölçeklerini karşılaştıran bir araştırma saptanmamıştır.

Sonuçlar

- Çalışmamızdaki tüm hastaların klinisyen değerlendirmesine göre içgörü düzeyleri incelendiğinde içgörünün yokluğu %40 oranında bulunmuştur.
- PANNS toplam belirti puanı ve semptom şiddeti ile kullandığımız içgörü ölçekleri sonuçlarına göre BECK ile PANNS toplam belirti düzeyi ve pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- IUB, ADVD; AHI ve BROWN ile hastalık ve spesifik semptom şiddetleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- Klinisyenin içgörü değerlendirmesi ile semptom boyutları karşılaştırıldığında hastalık şiddeti arttıkça hastaların içgörüsünün azaldığı saptanmıştır.
- PANNS pozitif belirti puanını regresyon analizi basamaklı seçim yöntemine göre en güçlü predikte eden ölçek ADVD ölçeği olarak saptandı. Şizofreni hastalarında pozitif belirtiler olarak hezeyan ve halüsinasyonlar altta yatan temel inancı yansıttığından, pozitif belirti skoru ile hastaların inancını değerlendiren Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeğinin predikte olduğu sonucuna varılmıştır.
- PANNS negatif belirti puanını regresyon analizi basamaklı seçim yöntemine göre en güçlü predikte eden ölçek IUB ölçeği, ikinci en güçlü predikte eden ölçek ADVD olarak saptandı. IUB hastalığın hezeyan ve halüsinasyon dışındaki tedaviyi algılama ve uyum sağlama, hastalığın ve semptomların farkındalığı gibi belirtileri de içine aldığı için negatif belirtilerde predikte olduğu düşünülmüştür.

- PANNS genel psikopatoloji belirti puanını regresyon analizi basamaklı seçim yöntemine göre en güçlü predikte eden ölçek Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği, ikinci en güçlü predikte eden ölçek IUB olarak bulundu. PANNS genel belirti düzeyinde değerlendirilen işbirliği kuramama, olağandışı düşünce içeriği, içgörü kaybı, irade bozukluğu, zihinsel aşırı uğraş gibi alt soruların Brown İnançları Değerlendirme Ölçeğindeki irdelenen konu ile alakalı olduğu ve bu bilgiler ışığında genel belirti düzeyi ile BROWN'un predikte olduğu sonucu çıktığı düşünülmektedir.
- PANNS toplam belirti puanını regresyon analizi basamaklı seçim yöntemine göre en güçlü predikte eden ölçek ADVD ölçeği olarak saptandı. Çalışmamızda PANNS toplam belirti skorunu en iyi predikte eden ölçek olarak ADVD saptanması; şizofren hastaları remisyon döneminde iken de önemli oranda hezeyan ve hallüsinasyonları uyarınca düşünmeye devam ettiği ve bu konuda içgörülerinin yeterli olmadığını göstermektedir.
- Literatürdeki çalışmalarda içgörü ölçekleri değerlendirilirken toplam hastalık şiddeti ile farklı içgörü ölçekleri karşılaştırılmış olup farklı içgörü ölçeklerinin semptomlara yönelik predikte etme gücüne bakılmamıştır.
- Şizofreni hastalığı çok çeşitli semptom alt gruplarını içeren bir hastalık grubu olduğundan, farklı kavramsal temelleri olan ve içgörünün yansıdığı farklı boyutları değerlendiren içgörü ölçeklerinin farklı semptom boyutlarını predikte etme güçleri açısından farklılık sergiledikleri görülmektedir. Bu durumun gösterildiği ilk çalışma olabilir.

6. KAYNAKLAR

Abel KM, Heuvelman, HP, Jørgensen, L, Magnusson, C, Wicks, S, Susser, E, Hallkvist, J , Dalman, C. Severe bereavement stress during the prenatal and childhood periods and risk of psychosis in later life: population based cohort study. BMJ. 2014;348:f7679.

Akdoğan R TaS. Psikolojik yardım sürecinde terapötik bir hedef olarak içgörü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6:375 - 88.

Akdoğan R , Türküm, AS. Psikolojik yardım sürecinde terapötik bir hedef olarak içgörü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6:375-88.

Alptekin K, Ulas, H, Akdede, BB, Tümüklü, M , Akvardar, Y. Prevalence and risk factors of psychotic symptoms: in the city of Izmir, Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009;44:905-10.

Altinoz E , Aslan, S. İçgörü Kavramı ve Şizofreni. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar. 2010;7:23-36.

Amador XF, Flaum, M, Andreasen, NC, Strauss, DH, Yale, SA, Clark, SC , Gorman, JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Arch Gen Psychiatry. 1994;51:826-36.

Amador XF , Strauss, DH. Poor insight in schizophrenia. Psychiatric Quarterly. 1993;64:305-18.

Amador XF, Strauss, DH, Yale, SA, Flaum, MM, Endicott, J , Gorman, JM. Assessment of insight in psychosis. Am J Psychiatry. 1993;150:873-9.

Amador XF, Strauss, DH, Yale, SA , Gorman, JM. Awareness of illness in schizophrenia. Schizophr Bull. 1991;17:113-32.

Amador XF, Anthony S. Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders, 2nd ed. AMADOR, XF , DAVID, AS, editors. New York, NY, US: Oxford University Press; 2004. xiv, 402-xiv, p.

Andreasen NC, Carpenter, WT, Jr., Kane, JM, Lasser, RA, Marder, SR , Weinberger, DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry. 2005;162:441-9.

Antonius D, Prudent, V, Rebani, Y, D'angelo, D, Ardekani, BA, Malaspina, D , Hoptman, MJ. White matter integrity and lack of insight in schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophr Res. 2011;128:76-82.

Arslan S, Gunay Kilic, B , Karakilic, H. Reliability and validity study of the Schedule for Assessing the Three Components of Insight. Psychiatry in Türkiye. 2000;3:17-24.

Aslan S AA. İçgörü kavramı ve şizofreni. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar (RCHP). 2010;1-2:23-32.

Aslan S, Turkcapar, H, Güney, E, Eren, N, Akkoca, Y, Ugurlu, M , Karakas Ugurlu, G. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun Şizofrenik Hastalar İçin Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2005a;8:186-96.

Aslan S, Türkçapar, H, Güney, E, Eren, N, Akkoca, Y, Ugurlu, M , Karakaş, G. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2005b;8:186-96.

Baier M, Deshay, E, Owens, K, Robinson, M, Lasar, K, Peterson, K , Bland, RS. The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs. 2000;14:259-65.

Bartko GH, I.; and Zador, G. Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1988:74-6.

Beck AT, Baruch, E, Balter, JM, Steer, RA , Warman, DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. Schizophr Res. 2004;68:319-29.

Belvederi Murri M, Respino, M, Innamorati, M, Cervetti, A, Calcagno, P, Pompili, M, Lamis, DA, Ghio, L , Amore, M. Is good insight associated with depression

among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2015;162:234-47.

Bhugra D. Psychiatry in ancient Indian texts: a review. *Hist Psychiatry.* 1992;3:167-86.

Binbay T, Alptekin, K, Elbi, H, Zağlı, N, Drukker, M, Tanık, F, Özkınay, F, Onay, H , Van Os, J. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Derg.* 2012a;23:149-60.

Binbay T, Drukker, M, Elbi, H, Tanık, FA, Özkınay, F, Onay, H, Zağlı, N, Van Os, J , Alptekin, K. Testing the psychosis continuum: differential impact of genetic and nongenetic risk factors and comorbid psychopathology across the entire spectrum of psychosis. *Schizophr Bull.* 2012b;38:992-1002.

Binbay T, Ulaş, H, Elbi, H , Alptekin, K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg.* 2011;22:40-52.

Birgül E, Karadayi, G, Aydemir, O , Ucok, A. Validation of the Turkish Version of the “Functional Remission of General Schizophrenia” (FROGS) Scale. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2009;46.

Bitter I, Fehér, L, Tényi, T , Czobor, P. Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatr Hung.* 2015;30:18-26.

Bleuler. *Die Schizophrenien (Dementia praecox).* Lehrbuch der Psychiatrie Berlin: Springer. 1983.

Bora E, Özdemir, F , Özaşkinli, S. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği’nin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. *Türkiye’de Psikiyatri Derg.* 2006;8:74-80.

Børglum AD, Demontis, D, Grove, J, Pallesen, J, Hollegaard, MV, Pedersen, CB, Hedemand, A, Mattheisen, M, Uitterlinden, A, Nyegaard, M, Ørntoft, T, Wiuf, C, Didriksen, M, Nordentoft, M, Nöthen, MM, Rietschel, M, Ophoff, RA, Cichon, S,

Yolken, RH, Hougaard, DM, Mortensen, PB , Mors, O. Genome-wide study of association and interaction with maternal cytomegalovirus infection suggests new schizophrenia loci. *Mol Psychiatry*. 2014;19:325-33.

Bramon E , Murray, RM. A plausible model of schizophrenia must incorporate psychological and social, as well as neuro developmental, risk factors. *Dialogues Clin Neurosci*. 2001;3:243-56.

Brazo P, Ribeyre, JM, Petit, M , Dollfus, S. [Identification by typological analysis of distinct groups of schizophrenic patients. Applicability of a disorganized schizophrenia subtype]. *L'Encephale*. 1996;22 3:165-74.

Brown Sd LR. *Handbook of Counseling Psychology*. 3rd edition. New York, Wiley,. 2000a.

Brown Sd LR. *Handbook of Counseling Psychology*, 3rd edition. New York, Wiley. 2000b.

Buka SL, Cannon, TD, Torrey, EF , Yolken, RH. Maternal exposure to herpes simplex virus and risk of psychosis among adult offspring. *Biol Psychiatry*. 2008;63:809-15.

Burton C, Vella, L , Twamley, E. Clinical and Cognitive Insight in a Compensatory Cognitive Training Intervention. *Am J Psychiatry*. 2011a;14:307-26.

Burton CZ, Vella, L , Twamley, EW. Clinical and Cognitive Insight in a Compensatory Cognitive Training Intervention. *Am J Psychiatry*. 2011b;14:307-26.

Callaghan R, Cunningham, J, Allebeck, P, Arenovich, T, Sajeew, G, Remington, G, Boileau, I , Kish, S. Methamphetamine Use and Schizophrenia: A Population-Based Cohort Study in California. *Am J Psychiatry*. 2011;169:389-96.

Cannon M, Jones, PB , Murray, RM. Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1080-92.

Caracci G, Mukherjee, S, Roth, SD , Decina, P. Subjective awareness of abnormal involuntary movements in chronic schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*. 1990;147:295-8.

Carpenter WT, Jr., Strauss, JS , Bartko, JJ. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Science*. 1973;182:1275-8.

Carroll A, Fattah, S, Clyde, Z, Coffey, I, Owens, DG , Johnstone, EC. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res*. 1999;35:247-53.

Cooke M, Peters, E, Greenwood, K, Fisher, P, Kumari, V , Kuipers, E. Insight in psychosis: Influence of cognitive ability and self-esteem. *Br J Psychiatry*. 2007;191:234-7.

Cooke MA, Peters, ER, Kuipers, E , Kumari, V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:4-17.

Corey. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, 5th edition. Pacific Grove California, Brooks/Cole Publishing Company. 1996.

Cuesta MJ , Peralta, V. Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1994;20:359-66.

Cuesta MJ, Peralta, V , Zarzuela, A. Psychopathological dimensions and lack of insight in schizophrenia. *Psychol Rep*. 1998;83:895-8.

Çetin. Şizofreni Özel Sayısı. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri – Özel Konular*. 2010:38-80.

D. W. *Psychology, Mind, Brain and Culture*. New York, Wiley. 1996.

David A, Buchanan, A, Reed, A , Almeida, O. The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry*. 1992;161:599-602.

David A, Van Os, J, Jones, P, Harvey, I, Foerster, A , Fahy, T. Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *Br J Psychiatry*. 1995;167:621-8.

David AS. Insight and Psychosis. Br J Psychiatry. 1990a;156:798-808.

David AS. Insight and psychosis. Br J Psychiatry. 1990b;156:798-808.

David AS. "To see ourselves as others see us". Aubrey Lewis's insight. Br J Psychiatry. 1999;175:210-6.

David AS, Bedford, N, Wiffen, B , Gilleen, J. Failures of metacognition and lack of insight in neuropsychiatric disorders. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. 2012;367:1379-90.

Davis BJ, Lysaker, PH, Salyers, MP , Minor, KS. The insight paradox in schizophrenia: A meta-analysis of the relationship between clinical insight and quality of life. Schizophr Res. 2020;223:9-17.

Dean K, Stevens, H, Mortensen, PB, Murray, RM, Walsh, E , Pedersen, CB. Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. Arch Gen Psychiatry. 2010;67:822-9.

Drake RJ, Pickles, A, Bentall, RP, Kinderman, P, Haddock, G, Tarrier, N , Lewis, SW. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. Psychological medicine. 2004;34:285-92.

Eisen JL, Phillips, KA, Baer, L, Beer, DA, Atala, KD , Rasmussen, SA. The brown assessment of beliefs scale: reliability and validity. Am J Psychiatry. 1998;155:102-8.

Eisenberg S , Delaney, D. Psikolojik Danışma Süreci. çev. N. Ören ve M. Takkaç. İstanbul: MEB Yayınları. 1998.

Ellis A. How to Stubbornly Refuse to Make Yourself Miserable About Anything (yes, anything!). Secaucus NJ, Lyle Stuart. 1988.

Ensari H, Gültekin, BK, Karaman, D, Koç, A , Beşkardeş, AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anatolian J of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Drg. 2013;14.

Erickson M, Jaafari, N , Lysaker, P. Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2011;189:161-5.

Erkoç Ş. Şizofreni. okyanus yayın. 1998.

Fistikci N, Keyvan, A , Cesur, E. The Concept of Insight in Psychiatric Disorders: A Review. *Yeni Symposium.* 2016a;54:1.

Fistikci N, Keyvan, A , Cesur, E. The Concept of Insight in Psychiatric Disorders: A Review. *Yeni Symposium.* 2016b;54:25.

Foldemo A, Ek, AC , Bogren, L. Needs in outpatients with schizophrenia, assessed by the patients themselves and their parents and staff. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39:381-5.

Freud A. The Ego and the Mechanisms of Defence 2018.

Freudenreich O, Deckersbach, T , Goff, DC. Insight into current symptoms of schizophrenia. Association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110:14-20.

Frith U. Autism and theory of mind in everyday life. *Social Development.* 1994;3:108-24.

Galloghly DP, Dear, GE , Jablensky, A. Reliability of clinical judgements of insight in patients with psychoses. *Psychiatry Res.* 2013;208:291-2.

Gardiner Hw GM. Çocuk ve Ergen Gelişimi (Çev: A Dönmez, B Onur). Ankara, İmge Kitapevi. 1993.

Gerstmann J. PROBLEM OF IMPERCEPTION OF DISEASE AND OF IMPAIRED BODY TERRITORIES WITH ORGANIC LESIONS RELATION TO BODY SCHEME AND ITS DISORDERS. *J of Nervous and Mental Disease.* 1942;48:890-913.

Geschwind N. Disconnexion syndromes in animals and man. I. *Brain.* 1965;88:237-94.

Gm. G. Group Counseling: A Developmental Approach, 4th ed. USA, Allyn and Bacon. 1989.

Guada J, Hoe, M, Floyd, R, Barbour, J , Brekke, JS. How family factors impact psychosocial functioning for African American consumers with schizophrenia. *Comm Ment Health J.* 2012;48:45-55.

Gunawardana L, Smith, GD, Zammit, S, Whitley, E, Gunnell, D, Lewis, S , Rasmussen, F. Pre-conception inter-pregnancy interval and risk of schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2011;199:338-9.

Gurillo P, Jauhar, S, Murray, RM , Maccabe, JH. Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2015;2:718-25.

Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology: US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service ...; 1976.

Haldun S, Köksal a, E. Cem a, Hasan H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. *Türkiye Psikiyatri Derneği.* 2007.

Harkavy-Friedman JM, Restifo, K, Malaspina, D, Kaufmann, CA, Amador, XF, Yale, SA , Gorman, JM. Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1276-8.

Henquet C, Murray, R, Linszen, D , Van Os, J. The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophr Bull.* 2005;31:608-12.

Henriksen M , Parnas, J. Self-disorders and Schizophrenia: A Phenomenological Reappraisal of Poor Insight and Noncompliance. *Schizophr Bull.* 2013.

Hirayasu Y, Tanaka, S, Shenton, ME, Salisbury, DF, Desantis, MA, Levitt, JJ, Wible, C, Yurgelun-Todd, D, Kikinis, R, Jolesz, FA , Mccarley, RW. Prefrontal gray matter volume reduction in first episode schizophrenia. *Cereb Cortex.* 2001;11:374-81.

Huang S-S , Chang, C-C. The relationship of insight with psychopathological dimensions in patients with schizophrenia. J of Experimental Psychopathology. 2021;12:20438087211019932.

Jacob KS. Insight in Psychosis: An Indicator of Severity of Psychosis, an Explanatory Model of Illness, and a Coping Strategy. Indian J Psychol Med. 2016;38:194-201.

K. S. Clinical psychopathology New York: Grune and Stratton. 1959.

Karim J, Bibi, Z, Réhman, SU , Khan, MS. Emotional Intelligence and Perceived Work-related Outcomes: Mediating Role of Workplace Incivility Victimization. Pakistan Journal of Psychological Research. 2015;30:21.

Kay SR, Fiszbein, A , Opler, LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13:261-76.

Kayton L. Good outcome in young adult schizophrenia. Arch of General Psychiatry. 1973;103-10.

Keefe RS , Harvey, PD. Cognitive impairment in schizophrenia. Handb Exp Pharmacol. 2012;11-37.

Kelleher I, Harley, M, Lynch, F, Arseneault, L, Fitzpatrick, C , Cannon, M. Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. Br J Psychiatry. 2008;193:378-82.

Keshavan MS, Rabinowitz, J, Desmedt, G, Harvey, PD , Schooler, N. Correlates of insight in first episode psychosis. Schizophr Res. 2004;70:187-94.

Kessler RC, Coccaro, EF, Fava, M, Jaeger, S, Jin, R , Walters, E. The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:669-78.

Khandaker GM, Zimbron, J, Lewis, G , Jones, PB. Prenatal maternal infection, neurodevelopment and adult schizophrenia: a systematic review of population-based studies. Psychological medicine. 2013;43:239-57.

Kim CH, Jayathilake, K , Meltzer, HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res.* 2003;60:71-80.

Kolk C , Merrill, E. Introduction to group counseling and psychotherapy. Canada, Charles E Merrill Company. 1998.

Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. *Psychiatriki.* 2019;30:13-6.

Koran LM, Sox, HC, Jr., Marton, KI, Moltzen, S, Sox, CH, Kraemer, HC, Imai, K, Kelsey, TG, Rose, TG, Jr., Levin, LC , Et Al. Medical evaluation of psychiatric patients. I. Results in a state mental health system. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46:733-40.

Kuhn R. Eugen Bleuler's concepts of psychopathology. *Hist Psychiatry.* 2004;15:361-6.

Kumari V , Postma, P. Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypotheses. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005;29:1021-34.

Lichtenstein P, Yip, BH, Björk, C, Pawitan, Y, Cannon, TD, Sullivan, PF , Hultman, CM. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet (London, England).* 2009;373:234-9.

Lincoln TM, Lüllmann, E , Rief, W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull.* 2007;33:1324-42.

Luborsky L. Clinicians' judgments of mental health: A proposed scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1962;7:407-17.

Lysaker P , Bell, M. Insight and cognitive impairment in schizophrenia. Performance on repeated administrations of the Wisconsin Card Sorting Test. *J Nerv Ment Dis.* 1994;182:656-60.

Lysaker PH, Lancaster, RS, Davis, LW , Clements, CA. Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 2003;191:38-44.

Mackay-Sim A, Féron, F, Eyles, D, Burne, T , Mcgrath, J. Schizophrenia, vitamin D, and brain development. Int Rev Neurobiol. 2004;59:351-80.

Malaspina D. Paternal factors and schizophrenia risk: de novo mutations and imprinting. Schizophr Bull. 2001;27:379-93.

Marcel AJ, Tegnér, R , Nimmo-Smith, I. Anosognosia for plegia: specificity, extension, partiality and disunity of bodily unawareness. Cortex. 2004;40:19-40.

Margariti M, Ploumpidis, D, Economou, M, Christodoulou, GN , Papadimitriou, GN. Quality of life in schizophrenia spectrum disorders: associations with insight and psychopathology. Psychiatry Res. 2015;225:695-701.

Marková IS , Berrios, GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. Br J Psychiatry. 1992;160:850-60.

Marková IS , Berrios, GE. The 'object' of insight assessment: relationship to insight 'structure'. Psychopathology. 2001;34:245-52.

Marks KA, Fastenau, PS, Lysaker, PH , Bond, GR. Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. Schizophr Res. 2000;45:203-11.

Mayer-Gross W. Über die stellungnahme zur abgelaufenen akuten psychose Zeitschrifte fur die Gesmate. Neurologie und Psychiatrie. 1920:160-212.

Mcevoy JP, Apperson, LJ, Appelbaum, PS, Ortlip, P, Brecosky, J, Hammill, K, Geller, JL , Roth, L. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. J Nerv Ment Dis. 1989a;177:43-7.

Mcevoy JP, Freter, S, Everett, G, Geller, JL, Appelbaum, P, Apperson, LJ , Roth, L. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. J Nerv Ment Dis. 1989b;177:48-51.

Mcevoy JP, Johnson, J, Perkins, D, Lieberman, JA, Hamer, RM, Keefe, RS, Tohen, M, Glick, ID , Sharma, T. Insight in first-episode psychosis. *Psychological medicine*. 2006;36:1385-93.

Mcglashan TH , Carpenter, WT. Postpsychotic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33 2:231-9.

Mcglashan TH, Levy, ST , Carpenter, WT, Jr. Integration and sealing over. Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1975;32:1269-72.

Mcglynn SM , Schacter, DL. Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *J of clinical and experimental neuropsychology*. 1989;11 2:143-205.

Mcglynn SM , Schacter, DL. The Neuropsychology Of Insight: Impaired Awareness Of Deficits In a Psychiatric Context. *Psychiatric Annals*. 1997;27:806-11.

Mcgrath J. Hypothesis: is low prenatal vitamin D a risk-modifying factor for schizophrenia? *Schizophr Res*. 1999;40:173-7.

Miller B, Messias, E, Miettunen, J, Alaräisänen, A, Järvelin, MR, Koponen, H, Räsänen, P, Isohanni, M , Kirkpatrick, B. Meta-analysis of paternal age and schizophrenia risk in male versus female offspring. *Schizophr Bull*. 2011;37:1039-47.

Mintz AR, Dobson, KS , Romney, DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2003;61:75-88.

Moore O, Cassidy, E, Carr, A , O'callaghan, E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 1999;14:264-9.

Morgan KD, Dazzan, P, Morgan, C, Lappin, J, Hutchinson, G, Suckling, J, Fearon, P, Jones, PB, Leff, J, Murray, RM , David, AS. Insight, grey matter and cognitive function in first-onset psychosis. *Br J Psychiatry*. 2010;197:141-8.

Moskowitz A , Heim, G. Eugen Bleuler's Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. Schizophr Bull. 2011;37:471-9.

Murdock NL. Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları. Çev. F. Akkoyun). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. 2012.

N. Y. Ruhsal Hastalıklar. Hatiboğlu Yayınevi. 1995;Ankara:209-45.

N. Y. Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara. 2014:360-2.

N. Y. Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Hatiboğlu Yayıncılık. 2020;Ankara:369-432.

Neziroglu F, Mckay, D, Yaryura-Tobias, JA, Stevens, KP , Todaro, J. The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 1999;37:881-902.

Nielsen SM, Toftdahl, NG, Nordentoft, M , Hjorthøj, C. Association between alcohol, cannabis, and other illicit substance abuse and risk of developing schizophrenia: a nationwide population based register study. Psychological medicine. 2017;47:1668-77.

Nieto L, Cobo, J, Pousa, E, Blas-Navarro, J, García-Parés, G, Palao, D , Obiols, JE. Insight, symptomatic dimensions, and cognition in patients with acute-phase psychosis. Compr Psychiatry. 2012;53:502-8.

Olsson-Tall M, Hjärthag, F, Olsson, A-K, Johansson, M, Moradi, H , Helldin, L. F116. CAN INSIGHT LEAD TO REMISSION - FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA? Schizophr Bull. 2018;44:S265-S.

Osatukea K, Cieslaa, J., Kasckowb, J. W. Ve Ark. Insight in schizophrenia: a review of etiological models and supporting research. Compr Psychiatry. 2008;49 (1):7.

Owen MJ, Sawa, A , Mortensen, PB. Schizophrenia. Lancet (London, England). 2016;388:86-97.

Özcan T, Kuru, E, Şafak, Y, Karadere, ME, Yavuz, KF , Turkçapar, MH. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2013;2:25-33.

Öztürk O UA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara. 2008:242-316.

Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel. 2015:189–247.

Pajonk FG, Wobrock, T , Falkai, P. [Longterm therapy of schizophrenia]. Fortschr Neurol Psychiatr. 2005;73:218-31; quiz 32-4.

Parellada M, Fraguas, D, Bombín, I, Otero, S, Castro-Fornieles, J, Baeza, I, Gonzalez-Pinto, A, Graell, M, Soutullo, C, Paya, B , Arango, C. Insight correlates in child- and adolescent-onset first episodes of psychosis: results from the CAFEPS study. Psychological medicine. 2009;39:1433-45.

Park SC , Kim, YK. An Integrated Bio-psycho-social Approach to Psychiatric Disorders. Adv Exp Med Biol. 2019;1192:331-40.

Peralta V , Cuesta, MJ. Factor structure and clinical validity of competing models of positive symptoms in schizophrenia. Biol Psychiatry. 1998;44:107-14.

Phalen PL, Viswanadhan, K, Lysaker, PH , Warman, DM. The relationship between cognitive insight and quality of life in schizophrenia spectrum disorders: Symptom severity as potential moderator. Psychiatry Res. 2015;230:839-45.

Pini S, Cassano, GB, Dell'osso, L , Amador, XF. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. Am J Psychiatry. 2001;158:122-5.

Ps S. Head injury slightly increases risk of non-affective psychosis but not schizophrenia. Evidence Based Mental Health. 2007;10:92-.

Pu S, Nakagome, K, Yamada, T, Yokoyama, K, Matsumura, H, Mitani, H, Adachi, A, Nagata, I , Kaneko, K. The relationship between the prefrontal activation during a

verbal fluency task and stress-coping style in major depressive disorder: a near-infrared spectroscopy study. *J Psychiatr Res.* 2012;46:1427-34.

Raij TT, Riekk, TJ , Hari, R. Association of poor insight in schizophrenia with structure and function of cortical midline structures and frontopolar cortex. *Schizophr Res.* 2012;139:27-32.

Ramachandran AS, Ramanathan, R, Praharaj, SK, Kanradi, H , Sharma, PSVN. A cross-sectional, comparative study of insight in schizophrenia and bipolar patients in remission. *Indian J Psychol Med.* 2016;38:207-12.

Raskin NJ , Rogers, CR. Person-centered therapy. 2005.

Ritsner MS , Blumenkrantz, H. Predicting domain-specific insight of schizophrenia patients from symptomatology, multiple neurocognitive functions, and personality related traits. *Psychiatry Res.* 2007;149:59-69.

Rosen AM, Mukherjee, S, Olarte, S, Varia, V , Cardenas, C. Perception of tardive dyskinesia in outpatients receiving maintenance neuroleptics. *Am J Psychiatry.* 1982;139:372-4.

Rossell SL, Coakes, J, Shapleske, J, Woodruff, PW , David, AS. Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychological medicine.* 2003;33:111-9.

Rozalski V , McKeegan, GM. Insight and Symptom Severity in an Inpatient Psychiatric Sample. *Psychiatr Q.* 2019;90:339-50.

Ruissen AM, Widdershoven, GA, Meynen, G, Abma, TA , Van Balkom, AJ. A systematic review of the literature about competence and poor insight. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125:103-13.

Saha S, Chant, D, Welham, J , McGrath, J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005;2:e141.

Sanz M, Constable, G, Lopez-Ibor, I, Kemp, R , David, AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychological medicine*. 1998;28:437-46.

Schwartz RC. Insight and suicidality in schizophrenia: A replication study. *J of Nervous and Mental Disease*. 2000;188:235-7.

Schwartz RC , Petersen, S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187:376-8.

Selten JP, Frissen, A, Lensvelt-Mulders, G , Morgan, VA. Schizophrenia and 1957 pandemic of influenza: meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2010;36:219-28.

Shad MU, Tamminga, CA, Cullum, M, Haas, GL , Keshavan, MS. Insight and frontal cortical function in schizophrenia: a review. *Schizophr Res*. 2006;86:54-70.

Shimshoni Y, Reuven, O, Dar, R , Hermesh, H. Insight in obsessive-compulsive disorder: a comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011;42:389-96.

Siddi S, Petretto, DR , Preti, A. Neuropsychological correlates of schizotypy: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *Cogn Neuropsychiatry*. 2017;22:186-212.

Simeone JC, Ward, AJ, Rotella, P, Collins, J , Windisch, R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990–2013: a systematic literature review. *BMC psychiatry*. 2015;15:193-.

Skalski JH. Joseph Jules François Félix Babinski (1857–1932). *J of Neurology*. 2007;254:1140.

Smith TE, Hull, JW, Israel, LM , Willson, DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull*. 2000;26:193-200.

Soriano-Barceló J, López-Moríñigo, J, Ramos-Ríos, R, Rodriguez, E , David, A. Insight assessment in psychosis and psychopathological correlates: validation of the

Spanish version of the Schedule for Assessment of Insight - Expanded Version. *Eur Psychiatry*. 2016;30:55-65.

Stathopoulou A, Beratis, IN , Beratis, S. Prenatal tobacco smoke exposure, risk of schizophrenia, and severity of positive/negative symptoms. *Schizophr Res*. 2013;148:105-10.

Sullivan EV, Shear, PK, Lim, KO, Zipursky, RB , Pfefferbaum, A. Cognitive and motor impairments are related to gray matter volume deficits in schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1996;39:234-40.

Sullivan P, Kendler, K , Neale, M. Schizophrenia as a Complex Trait: Evidence From a Meta-analysis of Twin Studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;60:1187-92.

Susser E, Neugebauer, R, Hoek, HW, Brown, AS, Lin, S, Labovitz, D , Gorman, JM. Schizophrenia after prenatal famine. Further evidence. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:25-31.

Swartz BE , Brust, JC. Anton's syndrome accompanying withdrawal hallucinosis in a blind alcoholic. *Neurology*. 1984;34:969-73.

Sweeney TJ. Adlerian Counseling: A Practical Approach for a New Decade. Third Edition. ERIC. 1989:538.

Tai S , Turkington, D. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments. *Schizophr Bull*. 2009;35:865-73.

Thara R , Srinivasan, TN. Outcome of marriage in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997;32:416-20.

Torrey EF, Bartko, JJ, Lun, ZR , Yolken, RH. Antibodies to *Toxoplasma gondii* in patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2007;33:729-36.

Tranulis C, Lepage, M , Malla, A. Insight in first episode psychosis: who is measuring what? *Early Intervention in Psychiatry*. 2008;2:34-41.

Trimble MR. The Frontal Lobes. By Donald T. Stuss and Frank D. Benson. New York: Raven Press. 1986. Pp 303. \$65.50. *Br J Psychiatry*. 1986;149:393 - 4.

Van Os J. Does the urban environment cause psychosis? Br J Psychiatry. 2004;184:287-8.

Van Os J , Selten, JP. Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. The May 1940 invasion of The Netherlands. Br J Psychiatry. 1998;172:324-6.

Varese F, Smeets, F, Drukker, M, Lieveise, R, Lataster, T, Viechtbauer, W, Read, J, Van Os, J , Bentall, RP. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. Schizophr Bull. 2012;38:661-71.

Von Hagen KO, Ives, E.R. Two autopsied cases of anosognosia. Bull of the Los Angeles Neurological Society. 1939:41-4.

Weinstein EaKRL. 1955. *Denial of illness : symbolic and physiological aspects* [Online]. Springfield, IL: Thomas. Available: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pzh&jid=200710745&site=ehost-live> [Accessed].

Whitman JR , Duffey, RF. The relationship between type of therapy received and a patient's perception of his illness. J Nerv Ment Dis. 1961;133:288-92.

Wiffen BD, Rabinowitz, J, Lex, A , David, AS. Correlates, change and 'state or trait' properties of insight in schizophrenia. Schizophr Res. 2010;122:94-103.

Wilson WH, Ban, TA , Guy, W. Flexible system criteria in chronic schizophrenia. Compr Psychiatry. 1986;27:259-65.

Yanartas O, Ergün, S, Akça, E, Hicri, N, Gürsoy, S , Sayar, K. Schneiderian Symptoms and DSM 5: Related to two cases. J of Mood Disorders. 2017:1.

Yen CF, Cheng, CP, Huang, CF, Yen, JY, Ko, CH , Chen, CS. Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. Bipolar Disorders. 2008;10:617-24.

Young DA, Davila, R , Scher, H. Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. Schizophr Res. 1993;10:117-24.

Zammit S, Odd, D, Horwood, J, Thompson, A, Thomas, K, Menezes, P, Gunnell, D, Hollis, C, Wolke, D, Lewis, G , Harrison, G. Investigating whether adverse prenatal and perinatal events are associated with non-clinical psychotic symptoms at age 12 years in the ALSPAC birth cohort. Psychological medicine. 2009;39:1457-67.



7. EKLER

7.1. EK-1: Etik kurul kararı

7.2. EK-2: Sosyodemografik veri formu

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

Adı Soyadı:

Hasta No:

Yaş:

T.C. Kimlik No:

Cinsiyet: E/ K

TEL:

Eğitim düzeyi/ süresi	1. Okur yazar değil 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu 4. Lise mezunu 5. Üniversite ve üzeri
Medeni hali	1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul (eşi vefat etmiş)
Çocuk sayısı	1. Var, varsa sayısı: 2. Yok
Evde yaşayan kişi sayısı	 kişi
Birlikte yaşadığı kişiler	1. Anne-baba/kardeşler 2. Eş ve çocuklar 3. Yalnız 4. Arkadaşlar 5. Diğer (yurt, kurum... vs)
Yaşadığı yer	1. İl 2. İlçe 3. Köy
Çalışma durumu- Mesleği	1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

Ekonomik düzey (yaşanılan hanenin geliri)	1. 0-2.500 TL 2. 2.500-5.000 TL 3. 5.000-10.000 TL 4. 10.000 TL ve üzeri
Sigara kullanımı - Miktar: - Süre:	1. Var 2. Yok 3. Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor
Alkol kullanımı - Miktar: - Süre:	1. Var 2. Yok 3. Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor
Madde kullanımı - Miktar - Süre: - Madde cinsi:	1. Var 2. Yok 3. Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor
İntihar düşüncesi	1. Var 2. Yok
İntihar girişimi	1. Var varsa kaç kere: 2. Yok
Adli öyküsü	1. Var varsa kaç kere: 2. Yok
Hastalık başlangıç yaşı	
Hastalık süresi (yıl)	

Hastanede yatış sayısı	
Ek psikiyatrik hastalık Geçmiş psikiyatrik tanıları / şu an mevcut ek psikiyatrik tanı (scid ile doktor tarafından tespit edilen)	1. Var 2. Yok
Ek tıbbi hastalık	1. Var 2. Yok
Ailede psikiyatrik hastalık tanısı almış kişi	1. Var yakınları: 1.derece /2.derece /3.derece 2. Yok
Tedavi uyumu	1. Uyumlu 2. Uyumsuz
Geçmiş tedaviler / Son tedavi	
Psikotik atak sırasındaki psikotik bulgular	1. Halüsinasyon 2. Hezeyan 3. Diğer

Psikotik atak sırasındaki psikotik bulgular	1. Halüsinasyon 2. Hezeyan 3. Diğer
Remisyondayken devam eden psikotik bulgular	1. Halüsinasyon 2. Hezeyan 3. Diğer
İçgörü	1. Var 2. Kısmi 3. Yok

7.3. EK-3: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P):

P1. SANRILAR:

Temeli olmayan, gerçekdışı, alışılmamış ve garip inançlardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede hastanın kendisinin ifade ettiği düşüncelerin içeriği ve bu düşüncelerin tedavi ekibi veya ailenin aktardığı üzere, sosyal ilişkiler ve davranış üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili bir özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Billurlaşmamış, müphem ve kuvvetle bağlanılmamış bir veya iki sanrı vardır. Sanrılar düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranışı etkilemez.

4 ORTA: Zayıf yapılanmış, sabit olmayan, çok sayıda ve biçim değiştiren sanrılar vardır veya birkaç tane tam oluşmuş ve düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranışı arasına etkileyen sanrılar vardır.

5 ORTA/AĞIR: Kuvvetle bağlanılmış, çok sayıda sanrı vardır ve arasına düşünmeyi, sosyal ilişkileri veya davranışı etkilemektedir.

6 AĞIR: Billurlaşmış, muhtemelen iyi düzenlenmiş, kuvvetle inanılmış ve düşünmeyi, sosyal ilişkileri ve davranışı açıkça etkileyen sanrılar kümesi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Çok iyi düzenlenmiş veya çok sayıda olan ve hastanın yaşamını önemli derecede etkileyen sanrılar kümesi vardır. Bu durum, hasta veya yakınlarının güvenliğini de etkileyebilecek düzeyde, sorumsuz ve uygunsuz davranışlara sıklıkla neden olabilmektedir.

P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI:

Hedefe yönelik işleyişin bozulduğu dağınık düşünce süreci ile karakterizedir; ör:çevresellik, teğetsellik, çağrışımlarda kopukluk, sonuca bağlanamama, belirgin anlamsızlık veya düşünce blokları. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce çevresel, teğetsel veya mantık dışıdır. Düşünceleri hedefe yönlendirmede bir miktar güçlük vardır ve baskı altında çağrışımlarda kopukluk gözlenebilir.

4 ORTA: Konuşmalar kısa ve iyi yapılanmış olduğunda düşünceler toparlanabilmektedir, ancak daha karmaşık konuşmalar olduğunda veya hafif baskı altında çağrışımlarda gevşeme, konudan uzaklaşma olabilmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Baskı altında olunmadığında bile sıklıkla konu dışı konuşma, konular arasındaki ilişkileri kuramama veya çağrışımlarda kopukluk ile kendini gösteren biçimde düşünce toparlamada güçlük vardır.

6 AĞIR: Düşünmede, sürekli olarak belirgin derecede konu dışına çıkma ve düşünce sürecinde bozulmaya yol açacak şekilde, ciddi ölçüde sapma ve tutarsızlık vardır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünceler hastanın anlaşılabilir olmasına yol açacak düzeyde bozulmuştur. Çağrışımlardaki belirgin kopukluk hiçbir şekilde iletişim kurulamamasına neden olmaktadır (ör:kelime salatası veya mutizm).

P3. VARSANILAR:

Dış uyaranlarla oluşturulmayan algıların varlığının sözel olarak bildirilmesi veya davranışlarla ortaya konmasıdır. Bu algılar işitme, görme, koku varsanıları veya bedensel varsanılar olabilir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibinin veya ailenin bildirdiği davranışların yanısıra görüşme sırasında hastanın bu algıları sözel olarak ifade etmesi ve bu algılara göre davrandığının gözlenmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Bir veya iki tane açık ancak sık olmayan varsanı vardır veya düşünce veya davranışta bozulmaya neden olmayan birkaç tane müphem, anormal algı sözkonusudur.

4 ORTA: Varsanılar sürekli olmamakla beraber sıklıkla vardır, ancak hastanın düşünme ve davranışları çok hafif düzeyde etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Varsanılar siktir ve değişik varsanılar (işitme, görme, koku vb.) birarada olabilir. Bu varsanılar düşünceyi bozmakta ve/veya davranışı etkilemektedir. Hasta bu yaşantıları sanrılarla yorumlayabilir, bunlara duygusal ve bazen de sözel olarak yanıt verebilir.

6 AĞIR: Varsanılar hemen hemen sürekli, düşünce ve davranışta belirgin bozulma yapacak düzeydedir. Hasta bunları gerçek algılar olarak değerlendirmektedir ve bu algılara verdiği duygusal ve sözel yanıtların sık olması hastanın işlevselliğini bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın zihni tamamen düşünce ve davranışlara hakim olan varsanılarla meşguldür. Varsanılara değiştirilemeyen sanrılı yorumlar eşlik etmekte ve varsanılara boyun eğerek uyma şeklinde sözel ve davranışsal tepkiler görülebilmektedir.

P4. TAŞKINLIK:

Hareketler ve davranışlarda hızlanma, çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artma (aşırı uyarılmışlık) ve duygudurumda hızlı değişimler (oynaklık) ile kendini gösteren aşırı hareketlilik durumudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Görüşme boyunca hafif ajitasyon, artmış uyanıklılık veya hafif düzeyde çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artış göstermeye meyillidir, ancak belirgin taşkınlık nöbetleri veya duygudurum oynaklığı yoktur. Konuşma hafif basınçlı olabilir.

4 ORTA: Görüşme boyunca ajitasyon veya aşırı uyarılmışlık belirgindir ve konuşmayı, genel hareket halini etkilemektedir veya seyrek olarak ani taşkınlık patlamaları oluşmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Hastada heran birkaç dakikadan fazla yerinde oturmasına engel olacak düzeyde belirgin aşırı hareketlilik veya sıkça olan hareketlilik patlamaları vardır.

6 AĞIR: Görüşmede dikkati bozan ve yeme, uyuma gibi kişisel işlevleri belli bir derecede etkileyen belirgin düzeyde taşkınlık gözlenmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin düzeyde taşkınlık, yeme ve uyumayı ciddi ölçüde etkilemekte ve kişiler arası ilişki kurmayı imkansız hale getirmektedir. Konuşmada ve beden hareketlerindeki hızlanma hastanın anlaşılabilir olmasına ve bitkin hale düşmesine neden olmaktadır.

P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI:

Olağanüstü yeteneklere, servete, bilgiye, üne, güce ve ahlaki değerlere sahip olma gibi abartılmış şekilde kendini algılama ve gerçekdışı üstünlük duygusudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında ifade edilen düşünceler ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki

etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Belirgin büyüklük sanrıları olmamakla birlikte hafif kabarma veya kendini övme vardır.

4 ORTA: Gerçek dışı ve kesin bir biçimde kendini diğer insanlardan üstün hissetmektedir. Özel bir konuma veya özel yeteneklere sahip olma biçiminde tam oluşmamış sanrılar olsa da bunlar doğrultusunda davranılmamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Özel yeteneklere, konuma veya güce sahip olmayla ilgili belirgin sanrılar belirtilmekte ve tutumu etkilemektedir, ancak davranışı etkilememektedir.

6 AĞIR: Bir özellikten daha fazlasını kapsayan (servet, bilgi, ün vb.) alanlarla ilgili belirgin üstünlük sanrıları belirtilmekte ve ilişkileri etkilemekte, bunlar doğrultusunda davranılabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Acayip özellikler gösterebilen, üstün yetenek, bilgi, ün, güç ve/veya ahlaki değerlerle ilgili çok sayıda sanrılar düşünmeye, ilişkilere ve davranışa hakim durumdadır.

P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME:

Savunuculuk, güvensiz tutum, kuşkular nedeniyle tetikte olma veya birilerinin kendisine zarar vermeye çalıştığına dair bariz sanrılardan anlaşıldığı üzere gerçekdışı veya abartılmış kötülük görme düşünceleri vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede ifade edilen düşünce içeriği ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Savunucu veya açıkça güvensiz bir tutum içindedir, ancak düşünceleri, ilişkileri ve davranışları çok az etkilenmektedir.

4 ORTA: Güvensizlik belirgindir ve görüşmeyi ve/veya davranışı etkilemektedir, ancak kötülük görme sanrıları yoktur, veya tam oluşmamış kötülük görme sanrıları bulunabilir, ancak bunlar hastanın tavrını veya kişilerarası ilişkilerini etkilememektedir.

5 ORTA /AĞIR: Hasta kişilerarası ilişkilerini ciddi ölçüde bozacak düzeyde belirgin güvensizlik göstermektedir veya kişilerarası ilişkiler ve davranışı sınırlı ölçüde

etkileyen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

6 AĞIR: İyi düzenlenmiş sayılabilen ve kişilerarası ilişkileri ciddi düzeyde etkileyebilen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bir seri iyi düzenlenmiş kötülük görme sanrıları örgüsü hastanın düşünmesine, sosyal ilişkilerine ve davranışına hakimdir.

P7. DÜŞMANCA TUTUM:

İğneleyici konuşma, pasif agresif davranış, sözel saldırı veya saldırganlık gibi sözel veya sözel olmayan öfke ve küskünlük ifadeleridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlarıdır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: İğneleyici konuşma, saygısızlık gösterme, düşmanca ifadeler ve arasıra olan sinirlilik gibi öfke ifadeleri doğrudan değildir veya sınırlıdır.

4 ORTA: Sık sinirlenme ve doğrudan öfke veya küskünlük ifadeleri gösteren, açık bir düşmanca tutum içindedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta oldukça kolay kızar ve zaman zaman tehdit edici veya küfürlü konuşmaları olmaktadır.

6 AĞIR: İşbirliği kuramaması ve küfürlü konuşması veya sözel tehditleri görüşmeyi ve toplum ilişkilerini ciddi ölçüde etkilemektedir. Hasta hırçın veya tahrip edici olabilir ancak diğer insanlara karşı fiziksel güç kullanmaz.

7 ÇOK AĞIR: Şiddetli öfke nedeniyle işbirliği kuramamakta ve dolayısıyla ilişkileri engellenmekte veya diğer insanlara fiziksel güç kullanarak saldırması söz konusu olmaktadır.

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N):

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME:

Duygusal yanıtta azalma yüz ifadesinde, duyguların ayarlanmasında ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinde azalma ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında duygulanım ve duygusal yanıtın fiziksel ifade biçimlerinin gözlemidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Yüz ifadesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerindeki değişiklikler tutuktur, zorlamalıdır, yapmadır veya iyi ayarlanamaz.

4 ORTA: Yüz ifadesindeki ve az sayıdaki el kol hareketindeki azalma donuk bir görünüme neden olmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Nadiren yüz ifadesinin değişmesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinin azalması ile duygulanım genelde “künttür”.

6 AĞIR: Çoğu zaman belirgin күntлүк ve duygularda azalma görülmektedir. Taşkınlık, öfke ve uygunsuz, kontrol edilemeyen gülme şeklinde ayarsız, aşırı duygulanım ifadeleri olabilir.

7 ÇOK AĞIR: Yüz ifadesinde değişim ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketleri hiç yoktur. Hasta sürekli boş veya “heykel gibi” bir ifade içindedir.

N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME:

Gündelik olaylara karşı ilgi eksikliğinin olması ve duygusal katılmanın olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin hastanın işlevselliğiyle ilgili görüşleri ve hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genelde bir işe kalkışmaya hevesi yoktur ve arasıra çevredeki olaylara karşı ilgi azlığı gösterebilir.

4 ORTA: Hasta genelde çevresinden ve bu çevrenin getirdiği güçlüklerden duygusal olarak uzaklaşmıştır, ancak yüreklendirilirse ilişki kurar.

5 ORTA/AĞIR: Hasta katılımını sağlamak için harcanan tüm çabalara rağmen çevresindeki kişiler ve olaylardan duygusal olarak uzaklaşmıştır. Hasta mesafeli, uysal ve amaçsız gözükmemektedir, ancak kısa süre için de olsa iletişim kurabilmekte ve bazen yardım gerekse de kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir.

6 AĞIR: Belirgin ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama hastanın diğer insanlarla konuşmasını sınırlamaktadır ve aynı zamanda ancak gözetim altında yapabildiği kişisel işlevlerini sıkça ihmal etmesine neden olmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Ağır ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama nedeniyle hasta hemen hemen tamamıyla içe kapanmıştır, ilişki kuramamaktadır ve kişisel ihtiyaçlarını ihmal etmektedir.

N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK:

Hastanın başkalarına empati yapamaması, görüşme sırasında açık olamaması, görüşmeciyile yakınlık kuramaması ve bu kişiye ilgisiz kalmasıdır. Bu durum hastanın mesafeli durması, sözel ve sözel olmayan iletişiminin az olması şeklinde gözlenebilir. Değerlendirmede temel alınacak veri hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma tutuk, zorlamalı ve yapay bir tondadır. Duygusal derinliği olmayabilir veya kişisel olmayan, entellektüel bir tarzda sürmeye meyilli olabilir.

4 ORTA: Hasta tipik olarak kişiler arası ilişkilerde belirgin mesafelidir. Sorulara mekanik olarak cevap verip sıkılmış gibi veya ilgisiz davranabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın ilgisizliği belirgindir ve bu durum görüşmenin verimliliğini açıkça bozmaktadır. Hasta göz göze gelmekten kaçınabilir.

6 AĞIR: Hastanın kayıtsız, mesafeli tavrı oldukça belirgindir. Yanıtları baştan savmadır ve ilgisine dair sözel olmayan göstergeler çok azdır. Göz göze gelmekten sıklıkla kaçınır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta görüşmeciye karşı tamamen ilgisizdir. Tamamen kayıtsızdır ve görüşme boyunca sözel ve sözel olmayan etkileşimlerden sürekli kaçınır.

N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME:

Pasiflik ve kayıtsızlık, enerji azalması ve irade kullanamama nedeniyle toplumsal etkileşimlerde ilgi ve girişimlerin azalmasıdır. Bu durum kişiler arası ilişkilerde azalmaya ve günlük aktivitelerde ihmale neden olmaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sosyal aktivitelere arasıra ilgi göstermekle beraber girişimi azdır. Genellikle ilk adımı başkaları attığında ilişki kurmaktadır.

4 ORTA: Çoğu sosyal aktiviteye pasif olarak katılmaktadır, ancak ilgisiz ve mekanik bir tavır söz konusudur. Arka planda kalmaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Hiçbir ilgi ve girişim göstermeden aktivitelerin çok azına pasif olarak katılmaktadır.

6 AĞIR: Sosyal aktivitelere nadiren katılır, arasıra kişisel ihtiyaçlarını ihmal eder, kayıtsız olmaya ve kendibaşına kalmaya meyillidir. Kendiliğinden gelişen sosyal ilişkileri çok azdır.

7 ÇOK AĞIR: Tamamen kayıtsızdır, yalnızdır ve kendini ihmal etmektedir.

N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ:

Soyut ve simgesel düşünmedeki bozulmadır; sınıflandırma, genellemeler yapma ve problem çözmeye yönelik işlerde benmerkezcil ve somut düşüncenin ötesine geçebilmede güçlüdür. Değerlendirmede temel alınacak veriler, benzerlikler ve atasözleriyle ilgili sorulara verilen yanıtlar ve görüşme boyunca somuta karşı soyut düşüncenin kullanımının değerlendirilmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Daha zor atasözlerine harfiharfine veya kişisel açıklamalar getirmeye meyillidir ve açıkça soyut veya birbirleriyle uzaktan ilişkili kavramları anlamakta güçlük çekmektedir.

4 ORTA: Genellikle somut düşünce tarzını kullanmaktadır. Çoğu atasözleri ve bazı kategorileri anlamada güçlüğü vardır. Düşünce bahsi geçen nesnelerin işlevsel yönlerine ve en göze çarpan özelliklerine kaymaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Çoğu atasözlerinde ve kategorilerde zorlanmasına yol açacak şekilde somut tarzda düşünmektedir.

6 AĞIR: Hiçbir atasözünün veya mecazi ifadenin soyut anlamını kavrayamamaktadır ve bahsi geçen nesneleri en basit benzerliklere göre sınıflandırmaktadır. Düşünce ya anlamsızdır ya da bahsi geçen nesnelerin işlevsel yönlerine, en göze çarpan özelliklerine ve bunlarla ilgili alışılmamış yorumlamalara takılıp kalmıştır.

7 ÇOK AĞIR: Sadece somut tarzda düşünebilmektedir. Hiçbir atasözünü, mecaz veya teşbihi ve basit kategorileri kavrayamamaktadır. En göze çarpan ve işlevsel özellikleri bile sınıflandıramamaktadır. Bu derecelendirme belirgin bilişsel bozukluk nedeniyle muayene yapan kişiyle hiçbir ilişkiye giremeyen hastalar için de yapılabilir.

N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI:

Kayıtsızlık, irade kullanamama, savunuculuk veya bilişsel yetilerdeki bozukluktan dolayı konuşmanın akışındaki yavaşlamadır. Sözel etkileşim sürecinde akıcılıkta ve

üretkenlikteki azalmayla seyreder. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında izlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşmaya çok az isteği vardır. Hastanın yanıtları doğrudan ve soruya yanıt tarzında, kısa ve sade olmaya meyillidir.

4 ORTA: Konuşmada serbest akış yoktur ve konuşma düzgün değildir veya duraksamalıdır. Yeterli yanıtların alınabilmesi ve konuşmanın devam edebilmesi için sıkça yönlendirici sorular gerekmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin sorularına bir veya iki kısa cümle ile yanıt verir. Kendiliğinden ve açık bir biçimde konuşmada belirgin eksiklik vardır.

6 AĞIR: Konuşmayı kısaltmak veya konuşmaktan kaçınmak isteğiyle hastanın yanıtları birkaç kelime veya cümle ile sınırlanmaktadır (ör: “bilmiyorum”, “söylemeye izinli değilim”). Bu nedenle karşılıklı konuşma ciddi biçimde bozulmaktadır ve görüşme ilerlemez.

7 ÇOK AĞIR: Sözel iletişim taktik kelimelerle sınırlıdır ve karşılıklı konuşma imkansızlaşmaktadır.

N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME:

Düşünmenin akıcılığı, kendiliğinden oluşu ve esnekliği azalmıştır ve değişmez, tekrarlayıcı veya sık düşünce içeriği ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Tavırlar veya inançlarda bir miktar değişmezlik gözlenir. Hasta diğer durumları gözönüne almayı reddedebilir veya bir düşünceden diğerine geçmede zorlanabilir.

4 ORTA: Konuşma, yeni bir konuya geçişi güçleştirecek biçimde tekrarlayan bir konu etrafında dönmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin çabalarına rağmen, düşünme o kadar değişmez ve tekrarlayıcıdır ki konuşma iki veya üç konuyla sınırlı kalmaktadır.

6 AĞIR: Taleplerin, ifadelerin, düşüncelerin veya soruların kontrol edilemeyen tekrarları konuşmayı ciddi ölçüde bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünme, davranış ve konuşmaya, sabit, tekrarlayan düşünceler veya sınırlı cümleler hakimdir. Bu durum konuşmada uygunsuzluğa, değişmezliğe ve sınırlılığa neden olur.

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G):

G1. BEDENSEL KAYGI:

Bedensel yakınmalar veya bedensel bir hastalık veya işlev bozukluğu olduğuna dair inançlar vardır. Bu durum, müphem bir hastalık algısından ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrılara kadar değişen belirtileri kapsamaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta olmadığına ilişkin teminat verilmesi isteğiyle sorduğu sorulardan anlaşıldığı üzere, sağlık veya bedenle ilgili konularda belirgin kaygısı vardır.

4 ORTA: Sağlığın kötüleşmesi veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili yakınmalar vardır, ancak bunlar sanrı düzeyinde değildir ve teminat ile aşırı kaygı yatıştırılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın fiziksel bir hastalık veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili olarak sık ve çok sayıda yakınması vardır veya hasta bu konularda zihnini sürekli meşgul etmeyen bir veya iki açık sanrı sergilemektedir.

6 AĞIR: Hastanın zihni bedensel bir hastalık veya organlarda işlev bozukluğuyla ilgili belirgin bir veya birkaç sanrıyla meşguldür, ancak duygulanımı tamamen bu konulara gömülmemiştir ve biraz çabayla görüşmeci hastanın düşüncelerini farklı yöne yönlendirebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın duygulanımına ve düşüncelerine tamamen hakim olan çok sayıda ve sık somatik sanrılar veya birkaç tane ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrı vardır.

G2. ANKSİYETE:

Şimdiki durum veya gelecekle ilgili aşırı kaygıdan panik duygusuna kadar değişen derecelerde sinirlilik, endişe, kaygıyla bekleme veya huzursuzluk gibi öznel bir yaşantıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında bu duyguların sözel olarak ifade edilmesi ve bunlarla ilgili olarak gözlenen fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Bir miktar endişe, aşırı kaygı veya öznel huzursuzluk ifade edebilir, ancak bu duruma bağlı beden ve davranış değişiklikleri bildirilmez veya görülmez.

4 ORTA: Hasta, ellerde ince tremor ve aşırı terleme gibi hafif bedensel belirtilerin eşlik ettiği belirgin sinirlilik belirtileri bildirmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta, belirgin gerginlik, konsantrasyon bozukluğu, çarpıntı veya uyku bozukluğu gibi önemli fiziksel ve davranışsal belirtilere yol açan ciddi anksiyete belirtileri bildirmektedir.

6 AĞIR: Fobiler, belirgin huzursuzluk veya çok sayıda bedensel belirtilerle ilişkili olan, hemen hemen süregelen ve öznel bir korku hissi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bazen panik düzeyine ulaşan ve hemen hemen sürekli olan veya gerçek panik atakları şeklinde görülen anksiyete durumu hastanın hayatını ciddi şekilde etkilemektedir.

G3. SUÇLULUK DUYGULARI:

Geçmişteki gerçek veya hayali hatalardan dolayı vicdan azabı veya kendini suçlama hissidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede suçluluk duygusunun ifade edilmesi ve bunun tavırlar ve düşünceler üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sorgulama ile önemsiz bir olayla ilgili müphem bir suçluluk veya kendini suçlama hissi ortaya çıkmaktadır, ancak hasta açık olarak fazla endişeli değildir.

4 ORTA: Hasta, hayatındaki gerçek bir olaydan dolayı kendisini sorumlu tuttuğunu ifade etmektedir, ancak zihni sürekli bununla meşgul değildir ve tavır ve davranışları bundan etkilenmemektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta, kendini küçük görme veya cezalandırılmayı hakketme düşüncelerinin eşlik ettiği güçlü bir suçluluk duygusu ifade etmektedir. Suçluluk duyguları sanrı niteliğinde olabilir, nedeni olmaksızın ortaya çıkabilir, zihin meşguliyeti ve/veya çökkün duygudurumun kaynağı olabilir ve görüşmeci tarafından yatıştırılamaz.

6 AĞIR: Güçlü suçluluk düşünceleri sanrı özelliğine bürünür ve ümitsizlik veya değersizlik hislerine yol açar. Hasta yaptığı hatalar için sert bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanmaktadır ve hatta o anda içinde bulunduğu şartları bir ceza olarak görebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın yaşamı değişmesi mümkün olmayan suçluluk sanrılarının etkisi altındadır ve bu nedenle hasta hapse atılma, işkence veya ölüm gibi ağır cezalar hakettiğini düşünmektedir. Ek olarak intihar düşünceleri veya başkalarının sorunlarını kendisinin geçmiş hatalarına bağladığı görülebilir.

G4. GERGİNLİK:

Vücudun sertleşmesi, tremor, belirgin terleme ve huzursuzlukla kendini gösteren korku, anksiyete ve ajitasyonun açık fiziksel belirtileridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede anksiyetenin sözel olarak ifadesi ve görüşme sırasında gerginliğe bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kaygıyla bekleyişin göstergeleri olarak hafif rijidite, arasıra olan yerinde duramama hali, pozisyon değiştirme veya ellerde ince tremor gibi vücut duruşu ve hareketleri görülmektedir.

4 ORTA: Kıpır kıpır olma, ellerde belirgin titreme, aşırı terleme veya heyecanlı tavırlar gibi çeşitli belirtilerle sinirli bir görünüm ortaya çıkmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Heyecan nedeniyle titreme, belirgin terleme ve huzursuzluk gibi çok sayıda belirtiler belirgin gerginliğe işaret etmektedir, ancak görüşmedeki davranışlar önemli ölçüde etkilenmemiştir.

6 AĞIR: Kişiler arası ilişkileri bozacak düzeyde belirgin gerginlik vardır. Hasta uzun süre bir yerde oturamayacak derecede huzursuz olabilir veya hızla soluk alıp verebilir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin gerginliğin göstergesi olarak hızla ve huzursuzca ileri geri yürüme ve bir dakikadan fazla yerinde oturamama gibi panik belirtileri veya hareketlerde hızlanma gözlenir ve bu nedenle konuşma sürdürülemez.

G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU:

Garip, tutuk, uyumsuz veya acayip görünümlü doğal olmayan hareketler veya vücut duruşudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme boyunca gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerde hafif derecede bir gariplik veya vücut duruşunda hafif bir

rijidite vardır.

4 ORTA: Hareketler belirgin olarak gariptir veya düzensizdir veya kısa süreli doğal olmayan bir vücut duruşu vardır.

5 ORTA/AĞIR: Arasıra acayip törensel hareketler veya çarpık bir vücut duruşu gözlenmektedir veya uzunca bir süre korunan anormal bir vücut duruşu vardır.

6 AĞIR: Acayip törensel hareketlerin, manyerizmin veya stereotipik hareketlerin sıkça tekrarı veya uzunca bir süre korunan çarpık bir vücut duruşu vardır.

7 ÇOK AĞIR: Sürekli olan törensel, manyeristik veya stereotipik hareketler veya doğal olmayan sabit bir postürün uzun süre korunması nedeniyle işlevsellik ciddi ölçüde bozulmaktadır.

G6. DEPRESYON:

Üzüntü, kendine güvenememe, çaresizlik ve kötümserlik duygularıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında çökkün duygudurumun gözlenmesi ve bunun tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere tavır ve davranışlardaki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sadece sorulduğunda bir miktar çaresizlik ve üzüntü dile getirir, ancak genel tavrında veya davranışlarında depresyonla ilgili özellikler yoktur.

4 ORTA: Açığa vurulabilen belirgin üzüntü veya çaresizlik duyguları vardır, ancak çökkün duygudurumun davranış ve sosyal işlevler üzerine etkisi yoktur. Hasta genelde neşelendirilebilir.

5 ORTA/AĞIR: Belirgin üzüntü, kötümserlik, sosyal ilgi kaybı, psikomotor yavaşlama ve bir miktar uyku ve iştah sorunlarıyla giden bariz çökkün duygudurum vardır. Hasta kolaylıkla neşelendirilemez.

6. AĞIR: Sürekli ağır elem, arasıra ağlama, çaresizlik ve değersizlik duyguları ile giden belirgin çökkün duygudurum vardır. Ek olarak, önemli düzeyde iştah ve/veya uyku bozukluğu, kendine bakmamayla ilgili belirtilerin de görülebileceği motor ve sosyal davranışlarda bozukluk vardır.

7. ÇOK AĞIR: Çökkün duygudurum bir çok önemli işlevi ciddi ölçüde etkilemektedir. Sık ağlama, belirgin bedensel belirtiler, dikkat bozukluğu, psikomotor yavaşlama, sosyal ilgisizlik, kendine bakmama, muhtemel depresif veya

nihilistik sanrılar ve/veya muhtemel intihar düşünceleri veya girişimi gibi belirtiler vardır.

G7. MOTOR YAVAŞLAMA:

Hareketlerin ve konuşmanın yavaşlaması ve azalması, uyaranlara verilen yanıtta azalma ve beden kuvvetindeki azalmadan anlaşılabileceği üzere motor aktivitede azalma vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi ve ailenin bildirdiği belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerin ve konuşmanın hızında hafif ancak gözlenebilir bir azalma vardır. Hastanın konuşması ve iletişimde kullandığı el kol hareketlerinde bir miktar azalma olabilir.

4 ORTA: Hastanın hareketleri açıkça yavaşlamıştır ve sorulara uzun sürede yanıt verilmesi, konuşmada uzamış duraklamalar olması veya konuşmanın hızının yavaşlaması ile konuşmanın verimliliği azalmıştır.

5 ORTA/AĞIR: Motor aktivitedeki belirgin azalma iletişimi verimsiz kılmaktadır veya toplumsal ve mesleki işlevselliği sınırlamaktadır. Hasta genellikle ya yatar ya oturur durumda bulunmaktadır.

6 AĞIR: Hareketlerdeki aşırı yavaşlama aktivite ve konuşmanın en aza indirgenmesine neden olmaktadır. Genel olarak hasta gününü yatarak veya uzanarak geçirmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Hasta tamamen hareketsizdir ve dış uyaranlara yanıt vermemektedir.

G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA:

Görüşmeci, hastane çalışanları veya hastanın ailesinin de dahil olduğu önemli kişilerle güvensizlik, savunuculuk, inatçılık, karşı gelme eğilimliliği, otoriteyi reddetme, düşmanca tutum veya kavgacılık gibi nedenlerden ötürü uyum sağlamayı aktif olarak reddetmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gücenen, tahammülsüz veya iğneleyici bir tutumla cevap verir.

Görüşmedeki hassas sorgulamaya alınganlık göstermeden itiraz edebilir.

4 ORTA: Kendi yatağını yapma, önceden planlanan programlara katılma gibi normal sosyal gerekliliklere arasıra ani olarak karşı koyar. Düşmanca, savunucu veya karşı gelme eğilimi olan bir tutum gösterebilir, ancak bu tutumu genellikle ele alınabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta sıklıkla çevresinin taleplerine uyum göstermez ve başkaları tarafından “toplum dışı” veya “ciddi bir davranış sorunu olan kimse” şeklinde tanımlanır. Görüşmeciye karşı belirgin savunuculuk ve alınganlık göstermesi ve muhtemelen birçok soruyu yanıtlamak istememesi işbirliği kurulamadığının göstergeleridir.

6 AĞIR: Hasta işbirliği kurmayan, karşı gelme eğilimli ve kavgacı bir tutum içindedir. Sosyal gerekliliklerin çoğuna uymayı reddeder. Görüşmeye başlamayı veya görüşmeyi sonuna kadar sürdürmeyi reddedebilir.

7 ÇOK AĞIR: Tüm önemli işlev alanlarını ciddi ölçüde etkileyecek düzeyde aktif bir karşı koyma tutumu vardır. Hasta herhangi bir sosyal aktiviteye katılmayı, kişisel temizliğiyle ilgilenmeyi, ailesi veya sağlık personeliyle konuşmayı ve görüşmeye kısa süre için bile olsa katılmayı reddeder.

G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ:

Yabancı veya alışılmadık olan düşüncelerden çarpıtılmış, mantıkdışı ve saçma düşüncelere kadar değişen bir dağılım gösteren, garip, hayali veya acayip düşüncelerin olmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce içeriği bir miktar garip veya alışılmamıştır veya herkesin aklından geçebilecek düşünceler garip bir bağlam içinde düşünülmektedir.

4 ORTA: Düşünceler sıklıkla çarpıtılabilir ve zaman zaman oldukça acayıptır.

5 ORTA /AĞIR: Hasta birçok garip ve hayali (ör: bir kralın daha sonra evlat edinilen oğlu olduğu, ölüm listesinde olup daha sonra kurtulduğu) veya tamamen anlamsız bazı (ör: yüzlerce çocuğa sahip olduğu, dış dolgusu aracılığıyla uzaydan radyo mesajları aldığı) düşünceler aktarır.

6 AĞIR: Hasta birçok mantıksız veya anlamsız düşünceler veya belirgin acayip niteliği olan bazı düşünceler (ör: üç tane kafası olduğu, başka bir gezegenden gelen

bir ziyaretçi olduğu) aktarır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünce içeriği tamamen saçma ve acayip düşüncelerden oluşmaktadır.

G 10. YÖNELİM BOZUKLUĞU:

Kişinin kişi, zaman ve yer yöneliminin bozulması, çevresiyle olan ilişkisinin konfüzyon veya bir kesilme durumuna bağlı olarak farkında olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında yönelimle ilgili sorulara verilen yanıtlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genel olarak yönelim korunmuştur, ancak bazı ayrıntılarla ilgili zorluk yaşanmaktadır. Örneğin, hasta bulunduğu yeri bilse de sokak adresini bilmemektedir; hastane personelinin isimlerini bilse de görevlerini bilmemektedir; hangi ayda olduğunu bilse de günü bir sonraki günle karıştırmaktadır; veya tarihi iki günden fazla olmak üzere karıştırmaktadır. İlgi alanında, sağlık personeli gibi yakın çevreyi tanıyabilme, ancak devlet ve siyaset adamları gibi daha uzak olan çevreyi tanıyamama şeklinde bir daralma söz konusu olabilir.

4 ORTA: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada kısmi başarı vardır. Örneğin hasta hastanede bulunduğunu bilmekte ancak hastanenin adını bilmemektedir; bulunduğu şehri bilmekte ancak mahalle adını bilmemektedir; kendi terapistinin adını bilmekte ancak diğer birçok sağlık personelinin adını bilmemektedir; yıl ve mevsimi bilmekte ancak aydan emin olamamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada önemli ölçüde bozukluk vardır. Hasta nerede olduğuna dair müphem bir fikre sahiptir veya çevresindeki çoğu insanı tanıyamamaktadır. Yılı doğru veya doğruya yakın olarak bilse de içinde bulunulan ayı, haftanın gününü veya mevsimi bilmemektedir.

6 AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada belirgin bozukluk vardır. Örneğin hastanın nerede olduğuna dair hiçbir fikri yoktur; tarihi bir yıldan fazla olmak üzere karıştırmaktadır; şu andaki yaşamında sadece bir veya iki kişinin ismini bilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın kişilere, yere ve zamana ait yönelimi tamamen bozulmuştur. Bulunduğu yer, içinde bulunduğu yıl ve hatta ebeveynleri, eşi, arkadaşları ve kendi terapisti gibi en çok tanıdığı insanları bile bariz olarak karıştırmakta veya

bilememektedir.

G 11. DİKKAT AZALMASI:

Dikkatin odaklanmasında bir azalma vardır ve bu durum kendini dikkati toplamada zayıflama, dikkatte iç ve dış uyaranlar nedeniyle dağılma ve dikkati bir durum üzerinde tutma, koruma veya yeni bir uyaran üzerinde toplamada güçlük ile belli eder. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme sırasında gözlenen belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Arasira dikkatte dağılmaya meyil veya görüşmenin sonuna doğru dikkatin dağılması şeklinde görülebilen dikkati toplama sorunu vardır.

4 ORTA: Dikkatte kolayca dağılma, dikkati bir konu üzerinde uzun süre tutamama veya dikkati yeni konulara çevirmede zorluk nedeniyle konuşma etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Dikkati toplayamama, dikkatte kolayca dağılma ve dikkati yeni konulara odaklama zorluğu nedeniyle konuşma ciddi olarak engellenmektedir.

6 AĞIR: İç ve dış uyaranların dikkati dağıtması nedeniyle hastanın dikkati çok kısa süre için veya çok büyük çabayla toparlanabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Dikkat o kadar bozulmuştur ki hastanın kısa bir süre konuşması bile mümkün değildir.

G 12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ:

Kişinin kendi psikiyatrik rahatsızlığının ve içinde bulunduğu durumun farkında olması veya bunları anlamasındaki eksikliklerdir. Bu durum, geçmişteki veya şu andaki psikiyatrik hastalığı veya belirtileri kabul etmeme, hastaneye yatma veya tedavi görme ihtiyacını reddetme, sonuçlarının ne olacağını çok kestiremediği kararlar verme ve gerçekçi olmayan kısa ve uzun vadeli planlar yapma şeklinde gözlenir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Psikiyatrik bir bozukluğu olduğunu kabul eder, ancak ciddiyetini, tedavinin gerekçelerini veya hastalığın tekrarlamaması için önlem alması gerektiğini hafife almaktadır. Geleceğe yönelik tasarlamada bozukluk vardır.

4 ORTA: Hasta hastalığını tamamen değil, yüzeysel olarak kabul etmektedir.

Hastalığın farkında olma durumu değişebilmektedir veya varolan sanrılar, düşünce dağınıklığı, şüphecilik ve kendini toplumdan çekme gibi belirtilerin çok az farkında olmaktadır. Hasta tedaviye olan ihtiyacının anksiyete, gerginlik, uyku bozukluğu gibi daha geri plandaki belirtiler için olduğunu düşünmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Psikiyatrik rahatsızlığının geçmişte olduğunu, ancak şu anda hasta olmadığını düşünmektedir. Üstüne gidilirse, yanlış yorumlamalar veya sanrısız düşünce ile açıklamaya meyilli olduğu ilgisiz veya önemsiz bazı belirtilerin varlığını kabul edebilir. Psikiyatrik tedaviye ihtiyacı olduğunu farkında değildir.

6 AĞIR: Hasta geçmişte bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu kabul etmez. Geçmişte veya şu anda herhangi bir psikiyatrik belirtinin var olduğunu kabul etmez; uyum göstermesine rağmen tedavi ve hastaneye yatma ihtiyacını olduğunu da yadsır.

7 ÇOK AĞIR: Geçmişte veya şu andaki psikiyatrik hastalık varlığını yadsır. Hastaneye yatışını ve tedavisini sanrılı biçimde yorumlar (ör: geçmişteki kötülüklerin cezası, işkencecilerin zulmü gibi) ve bu nedenle terapistlere, ilaç tedavisine ve tedavinin diğer yönlerine uymayı reddeder.

G 13. İRADE BOZUKLUĞU:

Kişinin düşüncelerinin, davranışının, hareketlerinin ve konuşmasının iradi olarak başlatılması, sürdürülmesi ve kontrol edilmesindeki bozukluktur. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme boyunca gözlenen düşünce içeriği ve davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma ve düşünmedeki hafif derecedeki kararsızlık sözel ve bilişsel süreçleri biraz engelleyebilir.

4 ORTA: Hasta genellikle ikilemedir ve karar vermede belirgin güçlük çekmektedir. Düşüncedeki gelgitler nedeniyle konuşma etkilenmektedir ve sonuç olarak sözel ve bilişsel işlevsellik açıkça bozulmuştur.

5 ORTA/AĞIR: Irade güçlüğü hem düşünce hem davranışı etkilemektedir. Hasta toplumsal ve hareketle ilgili aktivitelerin başlatılması ve sürdürülmesini bozacak ve konuşmada duraklamaya da neden olabilecek düzeyde belirgin kararsızlık gösterir.

6 AĞIR: Irade güçlüğü giyim kuşam gibi basit, otomatik işlevlerin bile yapılmasına engel olmaktadır ve konuşmayı belirgin olarak etkilemektedir.

7 ÇOK AĞIR: Iradedeki tama yakın yetersizlik nedeniyle hareketler ve konuşma

belirgin olarak engellenir ve bu durum tam hareketsizlik ve/veya mutizme yol açar.

G 14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ:

Davranışların düzenlenmesinin ve kontrolünün dürtülere bağlı olarak bozulması sonucunda gerilimin ve duyguların ani, ayarlanmamış, rastgele veya yanlış yönlendirilmiş bir biçimde, sonuçlar düşünülmeden ortaya çıkmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında gözlenen ve tedavi ekibi ve aile tarafından bildirilen davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta zorlanmayla yüzyüze kaldığında veya doyumunu engellendiğinde kolay öfkelenmeye ve hayal kırıklığına uğramaya meyillidir, ancak dürtü doğrultusunda hareket etmez.

4 ORTA: Çok hafif kışkırtmayla bile hasta öfkelenmekte ve küfredebilmektedir. Arasına tehditkar, tahripkar olabilir veya dövüşle karşıkarşıya kaldığı veya hafif ağız dalaşı yaptığı görülebilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta tekrarlayıcı biçimde dürtüsel olarak küfürlü konuşabilir, eşyalara zarar verebilir veya fiziksel tehdit savurabilir. Hastanın tecrid edilmesini, bağlanmasını veya gerektiğinde ilaçla sakinleştirilmesini gerektiren, saldırganlaştığı bir veya iki olay olmuş olabilir.

6 AĞIR: Hasta sonuçlarını hiç düşünmeden sıkça dürtüsel bir biçimde saldırgan, tehditkar, talepkar ve tahripkardır. Saldırgan davranış sergiler ve cinsel saldırganlık da gösterebilir. Muhtemelen varsanı niteliğindeki işittiği seslere uymaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta cinayet girişimleri, cinsel saldırılar, tekrarlayan kabakuvvet kullanma veya kendine zarar verme davranışları göstermektedir. Tehlikeli dürtülerini kontrol edememesi nedeniyle sürekli gözetim altında tutulması veya tesbit edilmesi gerekir.

G 15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI:

Gerçeklerle olan bağlantının ve uyum sağlayıcı davranışların otistik yaşantılar ve içten gelen duygu ve düşüncelere kendini kaptırma nedeniyle olumsuz yönde etkilenmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme boyunca gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kişisel ihtiyaçlar veya sorunlarla aşırı uğraşma nedeniyle konuşmanın benmerkezcil konulara yönlendiği ve diğer insanlara gösterilen ilginin azaldığı gözlenir.

4 ORTA: Hastada gündüz hayal kurma veya iç yaşantılarla uğraşma tarzında bir kendisiyle meşgul olma hali vardır ve bu nedenle iletişim az da olsa etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta otistik yaşantılarla içiçedir. Boş bakışlar, kendikendine mırıldanma veya konuşma veya stereotipik hareketler şeklinde gözlenen bu tür davranışlar toplumsal işlevleri ve iletişimi olumsuz etkilemektedir.

6 AĞIR: Otistik yaşantılarla olan aşırı zihinsel uğraşı dikkati toplamayı, konuşmayı ve çevreye yönelimi ciddi ölçüde sınırlamaktadır. Hasta sıklıkla kendikendine gülerken, mırıldanırken, konuşurken veya bağırırken gözlenebilir.

7 ÇOK AĞIR: Davranışını her yönde etkileyecek biçimde otistik yaşantılarla içiçedir. Hastanın sürekli sözel olarak veya davranışlarıyla varsanılara yanıt vermesi söz konusu olabilir. Hasta diğer insanların veya çevresinin pek farkında değildir.

G 16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA:

Temelsiz korku, düşmanlık duygusu veya güvensizlik nedeniyle sosyal ilişkilerin azalmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal işlevsellik düzeyidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gerektiğinde sosyal aktivitelere katılmakla birlikte hasta diğer insanların yanında kendisini rahatsız hissetmekte ve zamanını kendibaşına geçirmeyi tercih etmektedir.

4 ORTA: Hasta isteksizce toplumsal aktivitelerin tamamına veya çoğuna katılmaktadır, ancak ikna edilmesi gerekebilir veya anksiyete, şüphencilik veya düşmanca duygular nedeniyle bu aktivitelerden erken ayrılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Başkalarının çabalarına rağmen hasta korkuyla veya öfkeyle birçok sosyal aktiviteden uzak durmaktadır. Serbest saatlerini kendikendine geçirmeye meyillidir.

6 AĞIR: Hasta korku, düşmanca duygular veya güvensizlik nedeniyle çok az sosyal aktiviteye katılmaktadır. Yaklaşıldığı zaman hasta ilişkileri koparmaya kuvvetli bir

şekilde meyil gösterir ve genelde kendisini diğer insanlardan soyutlar.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin korkular, düşmanlık duyguları veya kötülük görme sanrıları nedeniyle hastanın hiçbir sosyal aktiviteye katılımı sağlanamaz. Tüm etkileşimlerden mümkün olabildiğince uzak durur ve kendisini diğer insanlardan soyutlar.



7.4. EK-4: Klinik Global İzlenim Ölçeği

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil ☐
2. Hastalık sınırında ☐
3. Hafif düzeyde hasta ☐
4. Orta düzeyde hasta ☐
5. Belirgin düzeyde hasta ☐
6. Ağır hasta ☐
7. Çok ağır hasta ☐

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi ☐
2. Oldukça düzeldi ☐
3. Biraz düzeldi ☐
4. Hiç değişiklik yok ☐
5. Biraz kötüleşti ☐
6. Oldukça kötüleşti ☐
7. Çok kötüleşti ☐

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini göz önüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok ☐
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor ☐
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor ☐
4. Terapötik etkinin yararlarını göz ardı ettirecek düzeyde etkiliyor ☐

7.5. EK-5: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi

GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Mental sağlık-bostaluk-va vccayvccal- s sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, öcc. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir ~~semptomu~~ yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (öcc. ~~gssvddan~~ önce hafif bir ~~okkkyete~~ duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması ~~çok~~ çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (öcc. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve ~~psikososyal~~ stres kaynaklarına verilen beklenen tepkilere (öcc. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (öcc. geçici olarak okulda geri kalma).
61-70	Birtakım hafif semptomlar (öcc. depresif ~~duygudurum~~ ve hafif ~~ssssss~~) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (öcc. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hirsizlik yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede ~~semptomlar~~ (öcc. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (öcc. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile tartışmaları vardır).
41-50	Ağır ~~semptomlar~~ (öcc. intihar düşünceleri, ağır ~~obsesyonel~~ törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (öcc. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçekli değerlendirilmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (öcc. konuşması kimi zaman mantıksız, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da ~~duygudurum~~ gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (öcc. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışmaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve ~~varsanılardan~~ oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (öcc. bazen ~~okkbbccccc~~ , ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (öcc. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (öcc. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; ~~sssskk-oksitasyon~~) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereksinimleri bile ~~yarıoo~~ getiremez (öcc. dışı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (öcc. ileri derecede ~~okkbbccccc~~ ya da ~~ssssss~~ içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (öcc. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel ~~qssssssss~~ sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

PUAN

7.6. EK-6: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

1. **Son hafta içinde** sizin için önemli kaygı oluşturan belirli düşünce veya inançlarınız oldu mu? Bunlardan hangisini en fazla kaygı verici olarak işaretlersiniz? (asıl inanç):
2. Zihninizin aşırı meşgul olduğu/uğraştığı başka bir fikriniz (düşünce veya inanç) var mı ?

Her bir madde için hastayı en iyi şekilde karakterize eden cevabı saptayarak daire içine alın. Hastanın spesifik inançları sorularla bütünleştirilebilir -- Örneğin “ Kapı kollarına dokunmanın sizi hasta yapacağına ne kadar inanıyordunuz”. Tercihe bağlı sorular parantez içinde belirtilmiştir; görüşmeciye yönelik yönergeler italik olarak yazılmıştır.

1. İkna olma

Bu fikirlere veya inançlara ne kadar inanıyordunuz? Fikirlerinizin veya inançlarımızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz? (Bu eminliğiniz neye dayanıyor?)

- 0- Kesinlikle bu inançların yanlışlığına inanıyor(%0 emin olma)
- 1- İnançlar doğru değil yada önemli derecede bir şüphe bulunmakta.
- 2- İnançlar doğru olabilir yada olmayabilir veya inançların doğru olup olmadığına karar veremiyor.
- 3- Bu inançların doğru olduğuna oldukça inanmış durumda fakat bir parça şüphe bulunmakta.
- 4- Var olan inançların gerçekliğiyle ilgili tamamıyla ikna olmuş durumda(%100 emin).

2. Diğerlerinin inançla ilgili bakış açıları konusundaki algı

Diğer insanların inançlarımızla ilgili olarak ne düşündüklerini (düşünebileceklerini) düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] İnsanların çoğunun inançlarımızı anlamlı buldukları konusunda ne kadar eminsiniz?

(Görüşmeci eğer gerekliyse hastaya bu soruyu cevaplarırken diğer insanların düriüst bir şekilde fikrini açıkladığını varsayarak cevaplamasını söylemelidir)

- 0- İnsanların çoğunun bu inançları gerçek dışı düşündüğü konusunda tamamıyla emindir.
- 1- İnsanların çoğunun bu inançların gerçek dışı olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğer insanlar bu inançların gerçek dışı olduğunu düşünebilirler veya düşünmeyebilirler veya bu inançlara ilişkin diğer insanların bakış açıları konusunda emin değildir.
- 3- Çoğu insanın bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.

- 4- Çoğu insanların bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda tamamen emindir.

3. Farklı bakış açılarının açıklanması

Demiştiniz ki (...1. maddedeki cevabı buraya koyarak....) fakat (2. maddedeki cevabı buraya yaz....) dediniz? [DURUP BEKLE] inançlarınızın doğruluyla ilgili olarak sizin düşündüklerinizle diğer insanların düşündükleri arasındaki farkı nasıl açıklarsınız? (Kimin doğru olması daha muhtemeldir?)

(Görüşmeci eğer 1 ve 2. maddeler verilen cevaplar aynıysa bu soruyu sormamalıdır. Bu durumda 1 ve 2 deki skor ne ise o skoru vermelidir.)

- 0- Bu inançların gerçek dışı veya absürd olduğu konusunda tamamıyla emindir. (ör. Zihnim bana oyun oynuyor.)
- 1- Bu inançların gerçek dışı olduğu konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğerlerinin neden onunla aynı fikirde olmadığı konusunda emin değildir.— inançlar gerçek dışı olabilir veya diğerleri yanılıyor olabilir.
- 3- İnançların doğru olduğu konusunda oldukça emindir; diğerlerinin bakış açıları daha az doğrudur.
- 4- İnançların doğru olduğu konusunda tamamıyla emindir; diğerlerinin inançları yanlıştır doğru değildir.

4. Fikirlerin sabitliği

Eğer inançlarınızın doğruluğunu sorgularsam (veya karşı çıkarsam) tepkiniz ne olur? [DURUP BEKLE] Sizi yanıltığımıza ikna edebilir miyim?

(Hastanın ikna edilip edilemeyeceğini esas alarak derecelendirin. Onun kendisinin ikna edilip edilmemesi konusundaki arzusunu dikkate almayın.)

- 0- İnançların yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya istekli; bu olasılıkla ilgili olarak herhangi bir hoşnutsuzluk sergilemiyor.
- 1- İnançm yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya kolaylıkla istekli arzulu; buna olan hoşnutsuzluğu/isteksizliği minimal.
- 2- Bir şekilde inançların yanlış olabileceği olasılığını dikkate almaya istekli fakat orta derecede direnç var.
- 3- Çok açık bir şekilde inancm yanlış olabileceğini dikkate alma konusunda isteksiz; isteksizlik/hoşnutsuzluk belirgin.
- 4- İnançm yanlış olabileceği olasılığını dikkate alma konusunu dikkate almayı kesinlikle reddediyor—Ör: inanç sabit.

5. Fikri yanlışlama girişimleri

İnançlarınızın yanlışlığını kanıtlamaya veya reddetmeye ne kadar aktif bir biçimde çalışıyorsunuz.? İnançlarınızın yanlış olabileceğine kendinizi ikna etmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz?

(Görüşmeci hastanın kendisini bu inançtan kurtarmaya dönük çabalarını derecelendirmelidir. Bu düşünce veya fikirleri zihninden atmaya dönük veya başka bir şey düşünmeye dönük girişimlerini dikkate almamalıdır.)

- 0- Bu inancm yanlışlığını hep kanıtlamaya çalışıyor veya inançlar yanlış olduğu için böyle bir kanıtlama çabasına gerek duymuyor.
- 1- Genellikle bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor
- 2- Bazen bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.

- 3- Nadiren bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 4- İnançların yanlışlığını kanıtlamak için her hangi bir girişimde bulunmuyor.

6. İlgörü

Bu inançlara neyin yol açtığını düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] Bunların psikiyatrik veya psikolojik her hangi bir nedeni olabilir mi veya bunlar gerçekten doğru mu?

(Görüşmeci hastanın gerçekten inanıp inanmadığı konusunda karar vermelidir. Ona söyleneni veya gerçek olmasını umduğu şeyi değil. Psikolojik etyoloji psikiyatrik hastalıkla eşdeğer olarak görülmelidir.)

(Düşüncelerin abartılı olduğunun bilinmesi—örneğin çok zaman aldığının- veya hasta için sorun oluşturduğunun bilinmesi psikiyatrik veya psikolojik etyolojiyle aynı şeymiş gibi değerlendirilmemelidir. Bunun yerine hastanın bu inançlarının psikiyatrik veya psikolojik kaynağı veya nedeni olduğu konusundaki farkındalığını derecelendirin.)

- 0- İnançların kesinlikle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 1- İnançların büyük ihtimalle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 2- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni olma olasılığı var.
- 3- Muhtemelen inançların psikiyatrik veya psikolojik nedeni yok.
- 4- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni kesinlikle yok.

EK MADDE (toplam puana katmayınız)

7. referans fikirleri veya hezeyanları

İnancımız yüzünden insanların sizinle ilgili konuştukları veya size dikkat ettikleri oluyor mu? OPSİYONEL: (inancımı yazın) çevreden özel mesajlar aldığınız oluyor mu? (Bundan ne kadar eminsiniz?)

(Bu soru sadece BABS görüşmecisi tarafından değerlendirilen inançlarla ilgilidir— değerlendirilen inançla alakasız bir nedenle kendisine dikkat edildiğini düşünüyorsa bununla ilgili değil. Görüşmeci bu soruyu cevaplarken gözlenebilir eylem veya kompulsyonları değil, bunun yerine temel inancı puanlamalıdır.)

- 0- Hayır, diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat etmiyorlar.
- 1- Diğerleri muhtemelen bana özel bir dikkat göstermiyorlar.
- 2- Diğerleri bana özel bir dikkat gösteriyor da olabilir göstermiyor da olabilir.
- 3- Diğerleri muhtemelen bana özellikle dikkat ediyor.
- 4- Diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat ediyor.

o Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar yada “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlar =1

o Delüzyonel açıklamalar = 0

3a. “.....(özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını

düşünüyor musunuz?” diye sorunuz. Ya da “.....(özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz”

o Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)

o Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)

o Hiçbir zaman =0

Eğer 3a. 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları/ yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (..... konusundaki inancınız/sesler

işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

o “Hastalığımın bir parçası” =2

o “Yorgunluk ve stres” gibi dış olaylara bağlıyorsa =1

o Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

Ek soru: durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

0= “Yalan söylüyorlar.”

1= “Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissederim.”

2= “Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem.”

3= “Bende bir hata olduğunu düşünürüm.”

4= “İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum.”

7.8. EK-8: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği

GENEL MADDELER

1.RUHSAL BOZUKLUĞUN FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hasta bir ruhsal bozukluğu ya da psikiyatrik bir sorunu olduğunu kabu ediyor mu? (Ş-Şimdi G-Geçmişte)

Ş	G
0	Değerlendirilemedi
1	Farkında: hasta açık bir şekilde ruhsal hastalığı olduğuna inanıyor
2	Kısmi: Ruhsal bir hastalığı olabileceği konusunda şüpheli
3	ama bu fikri dikkate alabiliyor
4	Farkında değil: Bir ruhsal bozukluğu
5	Olmadığını düşünüyor

2.İLAÇ TEDAVİSİNİN ETKİLERİNİN FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hasta ilacın etkisiyle ilgili ne düşünüyor? Hasta ilaçların, semptomların yoğunluğunu ve sıklığını azalttığını düşünüyor mu?

Ş	G
0	Değerlendirilemedi ya da uygun değil
1	Farkında: Hasta açık bir şekilde ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azalttığını düşünüyor.
2	Kısmi: İlaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azalttığı konusunda şüpheli
3	ama bu fikri dikkate alabiliyor
4	Farkında değil: İlaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azaltmadığını düşünüyor
5	

3.RUHSAL BOZUKLUĞUN SOSYAL SONUÇLARININ FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hastanın hastaneye yatırılması, isteği dışında tedavi edilmesi, tutuklanması, kovulması, yaralanması ve yaşadığı diğer sosyal sorunlar hakkındaki düşüncesi nedir?

Ş	G
0	Değerlendirilemedi ya da uygun değil
1	Farkında: Hasta açık bir şekilde yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanıyor.
2	Kısmi: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğu konusunda şüpheli
3	ama bu fikri dikkate alabiliyor
4	Farkında değil: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu
5	olmadığını düşünüyor

SMUD

Semptom tarama çizelgesi

Semptomların hangi dönemde görüldüğü şimdi (Ş) ya da geçmiş (G) harfleri yuvarlak içine alınarak işaretlenir.

4.	Ş	G	Varsanı
5.	Ş	G	Sanrı
6.	Ş	G	Düşünce bozukluğu
7.	Ş	G	Uygunsuz duygulanım
8.	Ş	G	Uygunsuz giyim ve görünüm
9.	Ş	G	Stereotipik ve törensel davranış
10.	Ş	G	Sosyal muhakemede zayıflık
11.	Ş	G	Saldırgan dürtüleri kontrol güçlüğü
12.	Ş	G	Cinsel dürtüleri kontrol güçlüğü
13.	Ş	G	Aloji
14.	Ş	G	Künt duygulanım
15.	Ş	G	Avolusyon, apati
16.	Ş	G	Anhedoni/ asosyallik
17.	Ş	G	Dikkat eksikliği
18.	Ş	G	Konfüzyon/yönelim bozukluğu
19.	Ş	G	Alışılmadık göz kontağı
20.	Ş	G	Sosyal ilişkilerde yetersizlik

Alt ölçek itemi

..... Farkında olma düzeyi

	Ş	G	
	0		Değerlendirilemedi ya da uygum değil
inaniyor	1		Farkında: hasta açık bir şekilde
ama bu fikri	2		Kısmi: hasta Konusunda şüpheli
	3		dikkate alabiliyor.
	4		Farkında değil: hasta inanmıyor.
	5		

İlk soruda 1-3 puan alırsa uygulanacak

ATIF: Hasta yaşantısını nasıl açıklıyor

	Ş	G	
	0		Değerlendirilemedi ya da uygum değil
	1		Doğru: Semptom ruhsal bozukluğa bağlı
olabileceği olasılığını	2		Kısmi: Emin değil fakat ruhsal bozukluğun sonucu
	3		dikkate alıyor.
değildir.	4		Doğru değil: Semptom ruhsal bozuklukla ilgili
	5		

7.9. EK-9: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği

Ad ve Soyad:

Tarih:

AŞIRI DEĞER VERİLMİŞ DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ

Hastanın bugün de dahil olmak üzere geçen hafta içinde var olduğunu ifade ettiği obsesyon ve/veya kompulsiyonları için aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

Hastada geçen hafta mevcut olan temel inancı belirtiniz. Bu, puanlamacı tarafından yapılan değerlendirmeye göre, hastada en yoğun sıkıntı ya da sosyal ve mesleki işlevsellikte en ciddi bozulmaya yol açmış olan bir inanç olmalıdır (örn; hastaneyi ziyaret ettikten sonra uygun biçimde yıkanmazsam AIDS olurum; evden çıkarken sobayı kontrol etmezsem evim yanabilir; topladıklarımı atarsam önemli bilgileri kaybedebilirim; çekici değilim; burnum şekilsiz; benim kompleksim sivilcelerimdir, vb.). Puanlar hastanın inançlarını yansıtmalıdır (örn; hasta inancını ne kadar mantıklı buluyor; korkulan sonuçları önlemede kompulsiyonlar ne kadar etkili, vb.). **Yalnız obsesif kompulsif bozuklukla ilgili olan inancı belirtiniz. Bütün maddeleri hastanın inancını değerlendirmenize göre puanlayınız. İnancın, şiddeti, mantıklı olup olmadığı gibi çeşitli yönlerini değerlendirmek için her kategorinin altında yer alan üç sorudan yararlanabilirsiniz.**

Aşağıda, temel inancı belirtiniz:

Hastayı her bir madde için puanlarken, hastanın özgül inancını gözönüne alın. Örn; hastaneye giderseniz, AIDS olacağımıza dair inancımız ne kadar güçlü?

1) İNANCIN ŞİDDETİ

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Bu inancın doğru olduğuna ne kadar kuvvetle inanıyorsunuz?

Bu inancın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?

İnancımız siz ya da başka birisi tarafından sarsılabilir mi?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
İnanç çok zayıf	İnanç oldukça zayıf		İnanç güçlü olmaktan ziyade zayıf		İnanç zayıf olmaktan ziyade güçlü		İnanç oldukça güçlü		İnanç çok güçlü

(Çok zayıftan çok güçlüye doğru giden derecelendirme, inancın doğru olma olasılığına işaret etmektedir. Örn., çok zayıf düşük bir olasılığa; çok güçlü yüksek bir olasılığa karşılık gelir.)

Ad ve Soyad:

Tarih:

Puanlama maddesi 1: _____

2) İNANCIN AKLA UYGUNLUĞU

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

İnancınız ne kadar akla uygun?

İnancınız doğrulanabilir ya da makul görülebilir mi?

İnancınız mantıklı ya da akla uygun görüntüyor mu?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tümüyle mantıksız	Hemen hemen mantıksız		Çok mantıklıdan daha azı		Az mantıklıdan daha fazlası		Hemen hemen mantıklı		Tümüyle mantıklı

Puanlama maddesi 2: _____

3) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN DÜŞÜK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en düşük puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar zayıfladı?

Geçen hafta bir an için bile olsa, bu inancın doğru olup olmadığı konusunda kuşku duyduğunuz zamanlar oldu mu? Eğer öyleyse, bu konuda biraz daha fazla konuşun.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
İnanç çok zayıf	İnanç oldukça zayıf		İnanç güçlü olmaktan ziyade zayıf		İnanç zayıf olmaktan ziyade güçlü		İnanç oldukça güçlü		İnanç çok güçlü

Puanlama maddesi 3: _____

4) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN YÜKSEK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en yüksek puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar kuvvetlendi?

Geçen hafta inancınızdan ne kadar emindiniz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
İnanç çok zayıf	İnanç oldukça zayıf		İnanç güçlü olmaktan ziyade zayıf		İnanç zayıf olmaktan ziyade güçlü		İnanç oldukça güçlü		İnanç çok güçlü

Puanlama maddesi 4: _____

Ad ve Soyad:

Tarih:

5) İNANCIN DOĞRULUĞU

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

İnancınız ne kadar kesin?

İnancınız ne kadar doğru?

İnancınız ne oranda yanlış?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tümüyle doğru değil	Hemen hemen doğru değil		Çok doğrudan daha azı		Az doğrudan daha fazlası		Hemen hemen doğru		Tümüyle doğru

Puanlama maddesi 5: _____

6) İNANCIN BAŞKALARI TARAFINDAN PAYLAŞILMASININ BOYUTU

Toplumdaki diğer insanların sizinle aynı inanca sahip olmaları ne kadar mümkündür?

Başkaları inancınıza ne oranda katılmaktalar?

Başkaları inancınızı ne boyutta paylaşıyorlar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tümüyle uyuşmama	Hemen hemen uyuşmama		Çok uyuşmadan daha azı		Az uyuşmadan daha fazlası		Hemen hemen uyuşma		Tümüyle uyuşma

Puanlama maddesi 6: _____

7) BAŞKALARININ BENZER YA DA FARKLI BİR İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkaları sizinle aynı inancı paylaşıyor mu? Evet _____ Hayır _____

Hasta evet yanıtı vermişse 7a'ya, hayır yanıtı vermişse 7b'ye geçiniz.

7a) BAŞKALARININ AYNI İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkalarının inancınıza katıldığını düşündüğünüze göre, bu kişilerin inancınız hakkında sizin kadar bilgili olduğunu düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz?

Başkalarının bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna inanıyor musunuz?

Ad ve Soyad:

Tarih:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Tümüyle bilgisiz		Biraz bilgisiz		Az bilgiliden daha fazlası		Çok bilgiliden daha azı		Hemen hemen kendisi kadar bilgili		Bilgisi kendisiyle aynı

Puanlama maddesi 7a: _____

7b) BAŞKALARININ FARKLI İNANÇLARININ OLMASI

Başkalarının size katılmadıklarını düşündüğünüze göre, bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduklarını düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz ?

Başkalarının bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna inanıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bilgisi kendisiyle aynı		Hemen hemen kendisi kadar bilgili		Çok bilgiliden daha azı		Az bilgiliden daha fazlası		Biraz bilgisiz		Tümüyle bilgisiz

Puanlama maddesi 7b: _____

8) KOMPULSİYONLARIN ETKİLİLİĞİ

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Anksiyete dışındaki olumsuz sonuçları önlemede kompulsiyonlar/törenselle davranışlar ne kadar etkili?

Korkulan sonucu durdurmada kompulsiyonlarınızın herhangi bir etkisi var mı?

Kompulsiyonlarınızın olumsuz sonuçları önlemeye yardımcı olabilmesi mümkün mü?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Tümüyle etkisiz		Hemen hemen etkisiz		Çok etkiden daha azı		Az etkiden daha fazlası		Hemen hemen etkili		Tümüyle etkili

Puanlama maddesi 8: _____

9) İÇGÖRÜ

Hastalığınızın bu inanca sahip olmanıza neden olduğunu ne oranda düşünüyorsunuz?

İnançlarınızın psikolojik ya da psikiyatrik nedenlere bağlı olma olasılığı ne kadardır?

İnancınızın bir hastalığa bağlı olduğunu düşünüyor musunuz?

Ad ve Soyad:

Tarih:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----		-----		-----		-----		-----	
Tümüyle olası		Biraz olası		Tersine göre daha fazla olası		Tersine göre daha az olası		Biraz olası değil	
								Tümüyle olası değil	

Puanlama maddesi 9: _____

10) DİRENCİN GÜCÜ

İnancınızı aklınızdan atmak için ne kadar enerji harcıyorsunuz?

İnancınızı değiştirmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

İnanacınıza direnmeye kalkışıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----		-----		-----		-----		-----	
Tümüyle direnme		Epey direnme		Az direnmenin daha fazlası		Çok direnmenin daha azı		Az direnme	
								Hiç direnmemeye	

Puanlama maddesi 10: _____

11) İNANCIN SÜRESİ

a) Bu inanca sahip olduğunuz zaman içinde hiç dalgalanma oldu mu?

Eğer öyleyse hangi zaman dilimi içinde?

Aşağıdakilerden birini işaretleyin:

Gün _____ Hafta _____ Ay _____ Yıl _____

b) Geriye dönüp baktığınızda ne kadar zamandır bu inancınız var?

Aşağıdakilerden birini işaretleyin:

Gün _____ Hafta _____ Ay _____ Yıl _____

7.1. EK-10: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

Aşağıda insanların nasıl hissettiğine ilişkin ifadeler vardır. Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. Her bir ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısında uygun gelen alana X işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Epeyce katılıyorum	Tamamen katılıyorum
(1) Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum.				
(2) Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur.				
(3) Diğer insanlar olağandışı yaşantılarının nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.				
(4) Çok çabuk sonuca atlıyorum.				
(5) Bana çok sahici görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağlı olabilir.				
(6) Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.				
(7) Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o şey doğrudur.				
(8) Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile, yanlış olabilirim.				
(9) Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.				
(10) İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.				
(11) Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenemem.				
(12) Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse, onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.				
(13) Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.				
(14) İnsanların neden belli bir şekilde davrandıklarının sıklıkla birden fazla açıklaması vardır.				
(15) Benim olağandışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.				

7.11. EK-11: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği

Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği (ŞİLÖ)

İsim:_____ Tarih:_____ Görüşmecisi:_____

1. Yok (en düşük işlev düzeyi)
2. Kısmen var
3. Yeterince var
4. Neredeyse tamamen var
5. Mükemmel derecede var (ideal işlev düzeyi)

	1	2	3	4	5
1. Kişisel görünüm ve bakım					
2. Kişisel aktiviteler					
3. Ev işi etkinlikleri					
4. Strese ve beklenmeyen sorunlara uyum sağlama					
5. İletişim ve bilgi					
6. Beslenme					
7. Hayat için gerekli olan sosyal çevre					
8. Biyolojik ritimlere uyum					
9. Hastalığın ve tedavinin idareti					
10. İdari ve finansal yönetim					
11. Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme					
12. Sosyal hayata ve/veya bir derneğe katılım					
13. Çalışma					
14. Aile ve arkadaşlar					
15. Duygusal ve cinsel ilişkiler					
16. Sağlık idareti					
17. Agresif, saldırgan veya antisosyal davranışın kontrolü					
18. Empati ve başkalarına yardım					
19. Tedavinin yan etkilerini idare etme					