

T.C  
Sağlık Bakanlığı  
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Psikiyatri Kliniği  
Klinik Şefi: Doç. Dr. Ahmet Levent METE

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇ GÖRÜNÜN  
BİREYSEL VE SOSYAL PERFORMANS İLE İLİŞKİSİ**

**DR. DURSUN HAKAN DELİBAŞ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Tez DanıŐmanı: Doç. Dr. Almıla EROL**

**2011 – İZMİR**

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince yanlarında eğitim alma şansına sahip olduğum başta sevgili hocam Doç. Dr. Levent Mete'ye, her zaman yoğun ilgi ve anlayışını hissettiğim tez danışmanım Doç Dr. Almıla Erol'a, E.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD başkanı Prof. Dr. Cahide Aydın'a, İAEAH 1. Nöroloji Kliniği Şefi Dr. Mustafa Başoğlu'na, 1. Dahiliye şef yardımcısı Dr. Dilek Ersil Soysal'a içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunuyorum.

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Doç. Dr. Şeref Gülseren'e, Doç. Dr. Leyla Gülseren'e, Uzm. Dr. Demet Gülpek'e, Uzm. Dr. Nabi Zorlu'ya, Uzm Dr. Füsun Bursalıoğlu'na, Uzm. Dr. Beyza Topaloğlu'na, Uzm. Dr. Atıl Mantar'a, tez verilerinin toplanmasında emeği geçen Dr. Özlem Çubuk Bora'ya,

Yardımları ve dostlukları için tüm çalışma arkadaşlarıma, yetişmemde sonsuz emekleri geçen aileme, anlayışı ve desteği için eşim Derya Delibaş'a

Teşekkür ederim...

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	iii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Şizofreni.....	2
2.2 Şizofrenide İşlevsellik.....	17
2.3 Şizofrenide İçgörü.....	20
2.4 Şizofrenide İşlevsellik ve İçgörü.....	23
3. AMAÇ.....	24
4. YÖNTEM.....	25
4.1 Denekler ve Desen.....	25
4.2 Araçlar.....	25
4.3 İstatistik.....	27
5. BULGULAR.....	28
6. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	32
7. ÖZET.....	35
8. SUMMARY.....	36
9. KAYNAKLAR.....	37
10. EKLER.....	43

## KISALTMALAR

**DSM IV** : Akıl Sağlığı Bozuklukları için Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

**SiÖ** : Sosyal İşlevsellik Ölçeği

**TMİSÖ** : Toplumsal ve Mesleki İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

**PANSS** : Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

**SUMD** : Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği

**PSP** : Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni birçok fonksiyonel alan üzerinde yetersizliğe yol açan bir mental hastalıktır. Son yıllarda üzerinde durulan sadece klinik belirtilerin düzelmesi değil, hasta ve ailesi için anlamlı olan işlevsel alanlarda da düzelmenin sağlanmasıdır. Şizofreni hastalarının işlevselliğine psikopatolojik belirtiler da düzelme, iç görü, kognitif fonksiyon ve ilaç uyumu gibi bir takım faktörlerin etkili olabileceği bildirilmiştir (1).

Şizofrenide işlevselliğe etkide bulunan faktörlerden biri olan iç görü yokluğu; sadece kişinin bir hastalığı olduğunun farkında olması değil diğer boyutları olarak, hastalığın klinik belirtilerine, sosyal zorluklarına, hastalığından dolayı tedaviye ihtiyaç duyduğuna yönelik farkındalığın da olmaması olarak tanımlanabilir (2).

İç görü ile sosyal işlevselliğin ilişkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında sonuçlar arasında tutarsızlık olduğu ve örneklem sayılarının az olduğu görülmektedir (3, 4). Ayrıca şizofrenide depresyon ile içgörü arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar içgörünün alt boyutuna göre aradaki ilişkinin değişebileceğini göstermiştir (5, 6, 7). Buda benzer biçimde şizofrenide sosyal işlevsellik ile içgörü arasındaki ilişkinin de içgörünün türü ve boyutlarına göre değişiyor olabileceği olasılığını gündeme getirmektedir.

Çalışmamızda örneklem sayısını yüksek tutup, içgörüyü, boyutlarını da kapsayacak şekilde, sosyal işlevsellik arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlıyoruz.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Şizofreni

#### 2.1.1 Tarihçe

Şizofreni birçok davranış ve düşünce bozukluğuna, beyin yapısı, fizyoloji ve kimyasında önemli değişikliklere neden olan, kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım dünyasına çekildiği bir ruhsal bozukluktur. İnsanı, gençlik yıllarından başlayarak üretim dışına itebilen ve çevresiyle önemli uyumsuzluk ve çatışmalar yaşamasına yol açan bu bozukluğun topluma maliyeti oldukça yüksektir (8).

Şizofreni ile ilgili tanımlamalar 18. yüzyılda yayınlanmaya başlanmıştır. İlk tanımlama 1850 yılında “Dementia Praecox” (erken bunama) şeklinde A. Morel tarafından yapılmıştır. Daha sonrasında Hecker 1871 yılında hebefreniyi ve 1874 yılında Kahlbaum katatoniyi tanımlamıştır. 1896 yılında Emil Kraepelin bu iki klinik tabloya paranoid ve basit tipleri eklemiş, bu klinik tanımlamaları metabolik kökenli bir hastalığın farklı klinik görünümleri olabileceğini öne sürüp hepsini “Dementia Praecox” başlığı altında toplamıştır. İlk kez, zihin bölünmesi anlamına gelen, “Şizofreni” terimini 1911 yılında Eugen Bleuler literatüre kazandırmıştır. Bleuler’e göre şizofrenide birincil olan çağrışımlarda bozulma olması ve diğer belirtilerin buna ikincil olduğudur. 4A belirtisi olarak tanımladığı çağrışımlarda bozulma, ambivalans, otizm ve duygulanım bozuklukları temel belirtiler, varsanı ve sanrılar ise ikincil belirtiler olduğunu bildirmiştir (8, 9).

20. yüzyılın ortalarına doğru Kurt Schneider kişinin iç yaşantısını tanımlamaya çalışan varoluşsal bir yaklaşımla “kendilik ve dış dünya arasındaki bariyerin” bozulmasıyla oluşan birinci sıra belirtileri tanımlamıştır. Bu belirtilerin oldukça özgün olduğu ve tani koymaya yeterli olabileceği düşüncesi belli bir süre psikiyatri dünyasında önemli bir yere sahip olmuştur.

1960'ların sonlarına doğru, Schneider'in "birinci sıra belirtileri" Avrupa'da yaygın bir kullanım bulurken, Amerikalılar Bleuler'in şizofreni tanımına göre tanı koyuyorlardı. Ancak bir taraftan Bleuler'in çağrışım çözüklüğü konusundaki savlarının yapılan çalışmalarla doğrulanamaması, öte yandan Amerikan psikiyatrisinde betimleyici düzeyle sınırlı bir tanı sınıflamasının benimsenmeye başlanması, Schneider'in sanrı ve varsanıllardan oluşan ölçütlerinin Amerikalılar tarafından da ön plana çıkarılmasına yol açtı. 1980'lı yıllarla birlikte iki önemli gelişme oldu; DSM-III yayınlandı ve Amerikan Psikiyatri Birliği, şizofreni tanısı konusunda, Andreasen'in makalelerinde anlatım bulan yeni yaklaşımı benimsedi. Şizofreniye eşlik eden zihinsel süreçler konusundaki tartışmalı çıkarımlar ve düşünce bozukluğu, otizm, ambivalans gibi bulanık tanımlanmalar tanı ölçütleri dışında bırakılırken, tanımlayıcı düzeyle sınırlı bir şizofreni kavramı yeniden ön plana çıktı.

İkinci önemli gelişme, İngiliz psikiyatrist Timothy Crow'un pozitif ve negatif belirtilerden oluşan iki farklı şizofreni alt tipi olduğunu ileri süren makalesinin yayınlanmasıydı.

Sonuç olarak, DSM-III ile tanı ölçütleri dışına itilen Bleulerci kavramlar daha ayrıntılı tanımlamalarla araştırma ölçeklerine dönüşerek klinik değerlendirme sürecine geri dönüldü. 1994 yılında yayınlanan DSM-IV tanı ölçütleri arasında negatif belirtilere de yer verilerek bu dönüşüm resmileştirildi (8).

### **2.1.2 Epidemiyoloji**

Şizofreni her toplum ve her coğrafi bölgede görülen bir bozukluktur. Karşılaştırmalı verilerin toplanmasındaki güçlüklerle karşın, şizofreni insidansı ve yaşam boyu prevalansının tüm dünyada eşit olduğu söylenebilir. Şizofreninin yaşam boyu prevalansının %1 ile 1.4 arasında olduğu bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, şizofreninin bir yıllık insidansı yüz binde 7 ila 14 arasında değişmektedir. Yaşam boyu hastalanma riski her iki cinsiyet için yaklaşık %1 olarak düşünülmektedir. Kabaca her yıl on bin kişiden birinde şizofreni geliştiği bildirilmektedir.

Şizofreni genellikle 45 yaşın altında ortaya çıkar. Ancak son yıllarda yapılan araştırmalar, geç başlangıçlı Şizofreninin sanıldığı kadar ender olmadığını göstermektedir. Geç başlayan olgular, genellikle süreğen ve ilerleyici bir gidiş göstermemeleri ve daha az yıkıma uğramalarıyla, erken başlangıçlı olgulardan ayrılırlar. Şizofreni kadın ve erkekte eşit oranda görülür. Ancak en sık ortaya çıktığı yaş dönemi erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşlarıdır. Dolayısıyla, erkekler yaklaşık on yıl daha erken bir dönemde hastalanmaktadırlar.

### **2.1.3 Etiyoloji**

Yüzyılı aşkın sreden beri çok sayıda araştırmaya konu olan Şizofreninin oluş nedenleri henüz kesin olarak aydınlatılamamıştır. Etiyolojiye ilişkin görüşler eskiden beri organik ve psikososyal olmak üzere iki ana başlıkta tarışılagelmekle birlikte 20-30 yıldan beri Şizofreni, giderek artan bir yaygınlıkla, beynin bir gelişim bozukluğu olarak kabul edilmektedir.

Şizofreni etiyojisine ilişkin başlıca varsayımlar:

1-Kalıtm

2-Beyinde yapısal ve işlevsel bozukluklar

3-Doğum ncesi, doğum sırasında ve doğum sonrasında travma, virüs varsayımları

4-Biyokimyasal araştırmalar

5-Nörogelişim kuramı

6-Nrodegenerasyon kuramı

7-Bilgi işlemede bozukluk varsayımı

8-Psikososyal etkenler

### 2.1.3.1 Kalıtım

Şizofreni ile ilgili olarak yapılan çok sayıda çalışma şizofrenide genetik etmenlerin etkisini ortaya koymaktadır. 1930'larda şizofreni genetiği ile ilgili klasik araştırmalar ailenin diğer bireylerinde şizofreni varsa kişinin şizofreni olma olasılığının toplumdan yüksek olduğunu ve bu olasılığın akrabalığın yakınlık derecesi ile doğru orantılı olduğunu göstermiştir. Eş yumurta ikizleri en yüksek eş hastalanma oranına sahiptir.

Evlat edinilenlerde yapılan çalışmalarda öz anne babası şizofreni olan ve evlatlık verilen kişilerde şizofreni yelpazesi bozukluklarının oranının öz anne babası şizofreni olmayan ve evlatlık verilmiş kişilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (10).

Son zamanlarda şizofreni genetiği ile ilgili yapılan çalışmalar, hastaların uzun aile ağaçlarını çıkararak hastalık fenotipine yol açan kromozomları araştırmaya yöneliktir. Moleküler biyoloji tekniklerinin yaygın olarak kullanılmaya başlanmasından bu yana pek çok kromozom bölgesi ve şizofreni arasında bağlantılar bildirilmiştir. Çeşitli bildirilerde tüm kromozomların yarısından fazlasının şizofreni ile bağlantısına değinilmiştir. Ancak kromozom 5,11 ve 18'in uzun kolları, kromozom 19'un kısa kolu ve X kromozomu en yaygın olarak bildirilenlerdir. Son yıllarda yayınlanan çalışmalarda ise 6 ve 8. kromozomların kısa kolları ile 22. kromozomun uzun kolu sıklıkla vurgulanmaktadır (11). Bu konudaki literatürün en doğru özeti şizofreni için heterojen bir genetik temelin söz konusu olduğu yolundadır.

### 2.1.3.2 Beyinde Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar

Nöropatoloji konusunda bazı çalışmalarda serebral korteks, beyin sapı ve talamusta nöropatolojik ve nörokimyasal anormallikler bildirilse de şizofrenide temel nöropatoloji için limbik sistem ve bazal ganglionlar sorumlu tutulmaktadır.

Beyin görüntüleme yöntemleri ile yaşayan hastalarda nörokimyasal maddeler ya da beyin işlevleri ile ilgili ölçümler yapmak olası duruma gelmiştir.

*Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG):*

Şizofreni hastalarında BT ve MRG ile yapılan çalışmalarda lateral ventriküllerde ve üçüncü ventrikülde genişleme saptanmıştır (12). Diğer çalışmalarda anormal serebral asimetri, azalmış serebellar hacim, beyin yoğunluğunda değişiklikler saptanmıştır. Pek çok çalışma BT tarama anormallikleri ile negatif ya da defisit belirtiler, nöropsikiyatrik bozukluk, nörolojik bulgularda artış, antipsikotik ilaç kullanımına bağlı olan ekstrapiramidal belirti sıklığında artma ve hastalık öncesi zayıf uyum arasında bağlantı kurmuştur. Tüm çalışmalar bunu kanıtlamasa da nöropatolojik hastalığı işaret eden kanıt çok olduğu oranda belirtilerin de ciddi olduğu gözlenmektedir.

MRG ile sağlanan daha ayrıntılı bilgiler şizofrenisi olan hastalarda hipokampus, amigdala ve parahipokampal girus hacimlerinde azalma olduğunu göstermiştir (13). Bazı çalışmalar limbik sistem hacminde azalmanın psikopatoloji ve hastalığın şiddetini gösteren diğer ölçütlerle doğru orantılı olduğunu göstermiştir. Bir çalışmada da şizofreni hastalarında frontal lob hacminde azalma saptanmıştır ve bu azalmanın negatif belirtilerin şiddeti ile bağlantılı olabileceği ileri sürülmüştür (14).

Çok sayıda MRG çalışmasının gözden geçirilmesi sonucu sağlıklı kontroller ile karşılaştırılan şizofreni hastalarında şu sonuçlar bildirilmiştir (9);

- Lateral ventriküller ve üçüncü ventrikülde genişleme
- Amigdala, hipkampus, parahipokampal girus dahil orta temporal lob volümünde azalma
- Üst temporal girus volümünde azalma.

*Pozitron Emisyon Tomografi (PET) ve (SPECT= single photon emission computed tomography)*

PET ve SPECT gibi işlevsel görüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda beyinin kan akımında, metabolizmasında ve nörokimyasal düzeneklerinde değişiklik saptanmıştır. Bazı klinik özellikler ve belirtilerin beyin kan akımı ile ilişkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (9).

*EEG:*

Bugüne dek şizofreniye özgü bir EEG bulgusu saptanmamıştır. Uyarılmış potansiyellerle yapılan çalışmalarda ise P300 ve P50 dalgası ile ilgili bulgular dikkati çekmektedir. P300 dalgası, herhangi bir uyarıya karşı oluşan ve uyarıdan 250- 450 ms sonra ortaya çıkan pozitif bir dalgadır. Şizofrenide bu dalganın amplitüdünde bir küçülme ve ortaya çıkış süresinde bir uzama görülmektedir. Bu bulgular sağaltım ve klinik belirtilerin şiddetinden etkilenmemektedir.

P50 dalgası, şizofrenideki duyusal filtre bozukluğunu sınamak amacıyla kullanılmaktadır. Sağlıklı kişilerde test uyarımından önce bir uyarı verildiğinde ortaya çıkan P50 dalgasının amplitüdünde belirgin bir küçülme görülmekte ve bu durumun algı filtresinin uyarılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Şizofrenililerde P50 dalgasının amplitüdünde aynı düzeyde bir küçülme olmamaktadır (8).

### **2.1.3.3 Doğum Öncesi, Doğum Sırasında ve Doğum Sonrasında Travma, Virüs Varsayımları**

Şizofrenisi olan hastalarda, sağlıklı kontrollere göre ve hastaların sağlıklı kardeşlerine göre daha fazla doğum öncesi ve doğum komplikasyonları olduğu bildirilmiştir. Doğum komplikasyonları şizofreni oluşumunda risk faktörü olarak kabul edilmektedir (15). Ancak obstetrik komplikasyonların genetik bir yatkınlığa yol açıp açmadığı kesinlik kazanmamıştır (16, 17).

Beyinde hücresel iskeleti oluşturan proteinlerin prenatal ya da perinatal dönemde hasra uğramasıyla şizofreninin ortaya çıkabileceği düşünülmektedir (18).

İnfluenza virüsü epidemisi ile prenatal dönemde karşılaşanlarda şizofreni insidansının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Viral etiyoloji varsayımını destekleyen diğer bulgular doğumdaki fiziksel anomaliler, artmış gebelik ve doğum komplikasyonları, doğumda viral enfeksiyonlara yakalanmada mevsimsellik, erişkin olgularda coğrafi kutuplaşmalardır. Bir çalışmada bazı ailelerde belirli enfeksiyon

ajanlarına karşı genetik yatkınlık olduğu ve bu ailelerde enfeksiyon ajanlarının şizofreni klinik bulgularının ortaya çıkması ile bağlantısı olduğu ileri sürülmüştür (19).

#### 2.1.3.4 Biyokimyasal Araştırmalar

Şizofreninin nedeni bilinmemekle birlikte geçen yıllar içerisinde yapılan araştırmalar frontal korteks, limbik sistem ve bazal ganglionlar gibi beyin bölgelerinin patofizyolojik rolü olduğunu desteklemektedir. Bu üç bölge birbiri ile bağlantılı olduğu için birisinde oluşan işlev bozukluğu diğerlerindeki patolojik işleme etki edebilir.

*Dopamin:* Şizofrenide dopamin varsayımının en basitleştirilmiş biçimi şizofreninin artmış dopaminerjik etkinlik sonucu ortaya çıktığıdır. Bu varsayım iki gözleme dayanmaktadır. Birincisi çoğu antipsikotik ilacın (dopamin reseptör antagonistleri) etkinliği ve gücü dopamin tip 2 reseptör (D2) antagonizmi yapıcı etkileri ile doğru orantılıdır. İkincisi dopaminerjik etkinliği arttıran ilaçlar psikomimetiktir. Varsayım dopaminerjik hiperaktivitenin yalnızca aşırı dopamin salınımına bağlı olduğuna dayanmaz; dopamin reseptörlerinin sayıca fazla olması, dopamin reseptörlerinin dopamine aşırı duyarlı olması da söz konusu olabilir. Ayrıca dopaminin ana metaboliti olan homovalinik asitin sağaltım öncesi plazma derişimlerinin sağaltıma yanıt ve belirti şiddeti ile bağlantılı olduğu ve homovalinik asit düzeylerindeki düşüşün belirtilerde düzelme ile bağlantılı olabileceği saptanmıştır.

Dopamin tip 1 (D1) reseptörleri negatif belirtiler üzerinde rol oynuyor olabilir ve bazı araştırmacılar tarafından D1 agonistleri bu belirtilere yönelik olarak kullanılmaktadır. Dopamin tip 5 (D5) reseptörleri de D1 reseptörleri ile ilişkilidir. Dopamin tip 3 ve tip 4 reseptörleri de D2 reseptörleri ile ilişkilidir.

Dopamin varsayımı şizofreni nörokimyasında önde giden varsayım olmakla birlikte bazı aksayan yönleri de vardır. Dopamin antagonistleri yalnızca şizofrenide değil, tanısı ne olursa olsun tüm psikotik ve ajite hastalarda etkilidir. Bu da dopaminerjik hiperaktivitenin şizofreniye özgü olmadığını gösterir. Bazı

elektrofizyolojik veriler antipsikotik ilaçların uzun süreli kullanımında dopaminerjik nöronların ateşlenme oranının arttığını göstermektedir. Bu veriler şizofrenide başlangıçta hipodopaminerjik bir durum olabileceğini göstermektedir. Dopamin fazlalığı, pozitif psikotik belirtilerle ilgili bazal gangliyonlar ve limbik sisteme uzanan dopaminerjik yollarla, dopamin eksikliği ise negatif belirtilerle ilgili mezokortikal yollarla sınırlıdır (9).

*Serotonin:* Serotonin tip 2 (5-HT<sub>2</sub>) reseptör antagonizmasının psikotik belirtileri azaltıcı ve D<sub>2</sub> antagonizmasına bağlı olarak gelişen hareket bozukluklarını yatıştırıcı etkisi vardır. Serotonin nöronlarının dopamin nöronları üzerinde düzenleyici etkisi vardır. Bulgular birden fazla nörotransmitter sisteminin birbiriyle belirli bir denge içerisinde etkileştiğini ve şizofreni bulgu ve belirtilerini ortaya çıkardığını göstermektedir. Serotonin etkinliği şizofrenik hastalarda da görülebilen suicidal ve impulsif davranışlarla da ilişkilidir. 5HT<sub>2</sub> nin anormal nörotransmisyonu şizofreni patogenezinde rol oynuyor olabilir (20).

*Norepinefrin:* Şizofreni hastalarının bir kısmında beyinde ve beyin omurilik sıvısında norepinefrinin arttığı ve bu yolla dopaminerjik yayılımın arttığı bildirilmekle beraber norepinefrinin yıkım ürünü ile yapılan çalışmalarda bir sonuç vermemiştir (9).

*GABA:* İnhibitör aminoasit nörotransmitter gama aminobütirik asitin (GABA) de şizofreni patofizyolojisinde rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bazı şizofreni hastalarında hipokampusta GABAerjik nöronlarda kayıp vardır. GABAerjik nöron kaybı teorik olarak dopaminerjik ve noradrenerjik nöronlarda etkinlik artışına neden olmaktadır (9).

*Glutamat:* Şizofreninin biyolojik temelinde eksitatör aminoasit glutamatın da rol aldığı ileri sürülmektedir. *Glutamat* beyinde ana uyarıcı nörotransmitterdir. İyonotropik reseptörlere bağlanır. Bunlar, NMDA, Kainat ve AMPA reseptörleridir. Fensiklidin ( PCP) NMDA reseptörleri ile ilişkilidir. PCP akut olarak kişiye verilirse pozitif ve negatif belirtileri taklit eder, kronik olarak verilirse negatif belirtilerle sonuçlanır. 2007 de yapılan bir çalışmada şizofrenide subkortikal NMDA reseptör

disfonksiyonu olduğu (21), bir diğer çalışmada ise hipokampusta ve prefrontal kortekste glutamat konsantrasyonlarının belirgin yksekligi ne sürülmüştür (22).

### 2.1.3.5 Nrogeleşim Kuramı

Son yıllarda yapılan araştırmalar şizofreni etiyolojisinin beyinde daha çok nöro-geleşimsel bir patoloji ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir ve çalışmalar bu doğrultuda hızla ilerlemektedir. şizofreninin nrogeleşimsel varsayımına göre erken beyin geleşimindeki anormallikler, ileride klinik belirtilerin ortaya çıkma riskini arttırmaktadır (23). Anormal beyin geleşiminin şizofreniye neden olabildiğine ilişkin çeşitli kanıtlar ne sürülmüştür (24).

1-şizofreni hastalarının çocukluk öykülerinde anormal nörolojik ve davranışsal bulgular, obstetrik komplikasyonlar mevcuttur

2-Postmortem çalışmalarda nrodejenarasyona ilişkin bulgular mevcut değildir.

3-Beyinde geleşimsel patolojik değişikliklerin, erişkinlikte psikoza ve ilişkili bozukluklara yol açabildiği, çeşitli hayvan modellerinde ve nörolojik modellerde gösterilmiştir.

Nrogeleşimsel modele göre genetik ve erken geleşimsel etkenlerin bir araya gelmesiyle oluşan bir beyin hasarı beynin normal olgunlaşma sürecini bozmaktadır ve nöronların geleşiminin erken dönemlerinde meydana gelen genetik ve epigenetik olaylar nöron geleşimini olumsuz etkilemektedir. Bu etkilenme, hücre çoğalması, farklılaşması, g, programlı hücre ölümü, sinaps oluşumu, nöron devresi oluşumu aşamalarında olabilir. Sinir sistemi geleşiminin ilerleyen dönemlerinde, bu etkiler sonucu ortaya çıkabilecek sinyal iletim bozuklukları ve nöron devrelerinin anormallikleri, şizofreni belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açabilir (24).

Yapısal beyin değişiklikleri hastalığın başlangıcı sırasında bulunduğu gibi, hastaların birinci dereceden akrabalarında da görülmektedir. Bu da yapısal değişikliklerin psikozun neden olduğu patolojik bir sürecin değil, kalıtsal risk etkenlerinin, yani, nrogeleşimi etkileyen genlerle ilişkili olduğuna işaret etmektedir.

Erken beyin gelişimi döneminde oluşan akuadukt stenozu, araknoid ve septal kistler, korpus kallozum agenezisi, normal serebral asimetrinin tersine dönmesi gibi anormallikler de şizofrenide sağlıklı kontrollere göre daha sık görülmektedir (24).

Şizofreni hastalarında minör fiziksel anormallikler (kafa, el, ayak ve yüzde hafif anatomik bozukluklar) de bildirilmiştir ve nörogelişimsel süreçte bozukluklar olması ile ilişkilendirilmiştir. Şizofrenideki nöropatolojik değişikliklerin prenatal olduğunu destekleyen diğer bir bulgu ise şizofreni hastalarının beyinlerinde gliozis olmadığını belirtilmesidir. Glial reaksiyonlar, erişkinlik döneminde başlayan beyin hasarlarında ve Alzheimer gibi nörodejeneratif bozukluklarda görülmekte olup, gelişimin erken aşamalarında olan nöropatolojik olaylarda görülmemektedir (25).

Ölüm ardı yapılan histolojik çalışmalarda kortikal hücre dizilimi ve dağılımında anormallikler gösterilmiştir. Bu tür anormallikler sadece beyin gelişiminin erken dönemlerinde olabilir. Bu alanda yapılan çalışmalar hücrelerin organizasyonunda bozukluk olduğunu, hücrelerin kortikal katmansal dağılımının içe doğru yer değiştirdiğini göstermektedir. Hücre organizasyonu ile ilgili bu bulgular, şizofreni etiyojisi açısından önemlidir; çünkü nörogelişimsel hipotez dışında bir açıklama bulunmamakta ve hastalığın temelinde olan nöronal bağlantılarda ve devrelerde olan bozuklukları açıklamaktadır (26).

#### **2.1.3.6 Nörodejenerasyon Kuramı**

Nörogelişim kuramının tersine nörodejenerasyon kuramına göre, hastalık başladıktan sonra beynin belli bölgelerinde dejenerasyon olmakta, bu da klinik olarak kötüleşmeye eşlik etmektedir. Şizofreninin negatif belirtilerinin hastalığın ilk dönemlerinde pek görülmemesi ya da hafif olması, hastalık süregelenlik kazandıkça ön plana geçmeleri ve şiddetlenmeleri bu kuramı desteklemektedir (9).

Beyin yapıları veya gidişteki bozulmayı belirleyen bazı çalışmalara göre; hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın süresi, epizod sayısı, ilk epizodta tedavi edilmemiş psikoz süresi nörotoksik hasar sonucu nörobiyolojik değişikliklere yol açmaktadırlar (27).

### **2.1.3.7 Bilgi İşlemede Bozukluk Varsayımı**

Şizofreni hastalarının bir bölümünde yatay olarak hareket eden bir uyararı gözün düzgün izleme hareketlerinde (smooth eye pursuit) bir yetersizliğin olduğu, kimi hastalarda silik nörolojik belirtilerin, birçok hastada seçici dikkat, bellek ve öğrenme yetilerinde azalmanın bulunduğu bilinmektedir. Bunlardan gözün düzgün izleme yetisindeki bozukluğun ve silik nörolojik belirtilerin ailesel yüklülük taşıdığı da gösterilmiştir (28).

Süreğen şizofreni hastalarında uyarıların beyine ulaşırken karşılaştıkları süzgeçte ve girdi ayarlamasında bir yetersizlik olduğu, bu nedenler beyine çok fazla bilgi iletildiği, fakat hastanın bu bilgileri uyum amacı ile ayıklayamadığı ve bütünleştiremediği anlaşılmaktadır. Şizofrenisi olan kişilerde temelde bir bilgi-işleme kusuru olabileceği görüşü ağırlık kazanmıştır (29).

### **2.1.3.8 Psikososyal Etkenler**

Şizofrenide organik yönden yapılan araştırmaların yanı sıra psikolojik ve çevresel etkenlerin araştırılması da önemli bir konu olmuştur. Şizofreni ile ilişkilendirilmiş pek çok sosyodemografik veri bulunmaktadır. Yoksulluk, düşük sosyoekonomik düzey yüksek oranda şizofreni ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle etnik azınlık gruplarda, mültecilerde şizofreni riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bireyde ya da ailede göç etme öyküsünün bulunmasının şizofreni için önemli bir risk etmeni olduğu ve risk düzeyinin diğer psikososyal farklılıklarla değişebildiği belirtilmiştir (30).

Son yıllardaki çalışmalarda çocukluk çağında sosyal ayrıma maruz kalmanın şizofreni için risk faktörü olabileceği üzerine durulmaktadır (31).

### **2.1.4 Tanı**

Şizofreni etiyojisinin henüz belirlenememiş olması, patognomik görüntüleme yöntemi ve laboratuvar bulgularının olmaması nedeniyle, şizofreni tanısı belirtilerin karakteristik olarak kümelenmesi ve diğer bozuklukların dışlanmasına dayanmaktadır (8). Şizofreni tanısı koymak için çok sayıda farklı tanımlama ve tanı

ölçütü geliştirilmiştir. Günümüzde DSM-IV ve ICD- 10 sınıflandırma sistemleri tanı koymak için yaygın olarak kullanılmaktadır. (8, 32).

### **DSM-IV-TR Şizofreni Tanı Ölçütleri**

**A.Karakteristik belirtiler:** Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin veya daha fazlasının bulunması:

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Dezorganize (Karmakarışık) konuşma
4. İleri derecede dezorganize veya katatonik davranış:
5. Negatif belirtiler, yani affekte donukluk, aloji ya da avolisyon

Not: Sanrılar bizar (düzensiz, dağınık, tutarsız ve tuhaf) ise veya varsanılar kişinin davranış veya düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden veya iki veya daha fazla sesin birbiriyle/birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütünden yalnızca bir belirtinin bulunması yeterlidir.

**B.Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu:** İş, kişilerarası ilişkiler veya kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir veya birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk veya ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili veya mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

**C.Süre:** Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süre ile (başarı ile tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal veya rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal veya

rezidüel dönemlerde, sadece negatif belirtilerle veya A tanı ölçütünde sıralanan iki veya daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örneğin tuhaf inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

**D.Şizoaffektif bozukluğun ve duygudurum bozukluğunun dışlanması:**

Şizoaffektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmıştır; çünkü ya aktif evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda majör depresif, manik veya mikst epizodlar ortaya çıkmamıştır veya aktif evre belirtileri sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

**E.Madde kullanımının/genel tıbbi durumun dışlanması:** Bu bozukluk bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine, genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

**F.Bir yaygın gelişimsel bozuklukla olan ilişkisi:** Otistik bozukluk veya diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin sanrı veya varsanılar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir.

**Şizofreni Alt Tipleri**

**Paranoid tip:** DSM-IV-TR paranoid şizofreniyi bir veya daha fazla sanrının ve sıklıkla işitsel varsanıların olduğu ve dezorganize veya katatonik tiplere özgü davranışların bulunmadığı şizofreni tipi olarak tanımlar. Hastalığın ilk epizodu genellikle katatonik ve dezorganize tiplere göre daha ileri yaşlarda ortaya çıkar. Diğer şizofreni tipleri ile karşılaştırıldığında paranoid şizofrenisi olan hastaların mental işlevlerinde, duygusal yanıtlarında ve davranışlarında daha az gerileme görülür .

**Dezorganize tip:** İlkel ve organize olmayan davranışlara gerileme olması ve katatonik belirtilerinin olmayışı ile belirlidir. Genellikle 25 yaşından önce başlar. Dezorganize hastalar genellikle hareketlidir ancak davranışları amaçsız ve anlamsızdır. Düşünce bozuklukları belirgin ve gerçekle ilişkileri zayıftır. Kişisel görünümüleri özensiz ve

duygusal yanıtları uygunsuzdur. Uygunsuz veya donuk duygulanım bu hastalarda sık görülür.

**Katatonik tip:** Son yıllarda daha seyrek görülmektedir. Klasik belirtisi motor işlevlerde belirgin bozukluktur. Stupor, negativizm, rijidite, eksitasyon, postür almayı içerebilir. Bunlara basmakalıp davranışlar eşlik edebilir. Mutizm sık görülür. Bazen hastalar eksitasyon ve stupor arasında hızlı geçişler gösterebilirler.

**Ayrışmamış tip:** Şizofreni A tanı ölçütünü karşılayan belirtileri olduğu halde paranoid, dezorganize veya katatonik tipin tanı ölçütlerin karşılamayan hastaları DSM-IV-TR ayrışmamış tip altında sınıflandırır.

### **ICD- 10 Şizofreni Tanı Ölçütleri**

G1. Şizofreni için (1) grubundaki belirtilerden en az birisinin açıkça bulunması, eğer belirtiler çok açık değilse bunlardan en az ikisinin bulunması ya da (2) grubundaki belirtilerden en az ikisinin bulunması ve bunların en az bir ay ya da daha uzun süre zamanın büyük bölümünde sürmesi gereklidir.

(1) Aşağıdakilerden en az birisi bulunmalıdır:

- (a) düşünce yankılanması, düşünce sokulması veya çekilmesi ve düşünce yayınlanması;
- (b) kontrol edilme, etkilenme ya da edilginlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ya da duyuları etkileyen); sanrılı algılama;
- (c) hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanılları ya da bedenin belli bölgesinden gelen varsanısal sesler;
- (d) tümü ile olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren başka sanrılar. Örneğin dinsel ya da siyasal kimliğe ya da insanüstü güç ya da yeteneklere sahip olma (Örneğin hava durumunu denetleme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme)

(2) Ya da aşağıdakilerden en az ikisi bulunmalıdır:

(a) herhangi bir türden inatçı varsanılar; bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen gelip geçici ya da yarı sistemli sanrılarla ya da aşırı değer kazanmış fikirlerle birlikte olmalı; ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak hergün bulunmalıdır;

(b) düşünce akımında kopma ve başka düşünce sokulmaları, bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (enkoherans), uygunsuz konuşma ya da neolojizm;

(c) katatonik davranış, örneğin eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, negativizm, mutizm ve stupor;

(d) “negatif belirtiler”, örneğin belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme ya da uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ya da sosyal performansın düşmesine yol açarlar; bu belirtilerin depresyona ya da nöroleptik tedavisine bağlı olmadığını bilmesi gerekir;

## G2. Sık kullanılan dışlama ölçütleri

(1) Eğer aynı zamanda manik epizod ya da depresif epizod belirtileri için de ölçütler karşılanıyorsa, G1 (1) ve G1 (2) ölçütleri duygudurum bozukluğu gelişmeden önce karşılanmış olmalıdır.

(2) Bozukluk organik beyin hastalığı ya da alkol-madde intoksikasyonu, bağımlılığı ya da bırakılmasına bağlı olarak ortaya çıkmamıştır (ICD-(104)).

### 2.1.5 Gidiş ve Sonlanım

Şizofreninin ilk belirtileri sıklıkla hastalık öncesi belirtiler olmakla birlikte bunlar ancak hastalık başlangıcından sonra geriye dönük olarak bakıldığında fark edilirler. Bu belirtiler en tipik olarak ergenlikte başlar ve günler veya aylar içerisinde yerini hastalığın prodromal belirtilerine bırakırlar. Prodromal dönem, açık psikotik belirtilerin ortaya çıkmasından önce bir yıl veya daha fazla sürebilir. Evden ayrılma veya bir yakının ölümü gibi sosyal etmenler belirtilerin ortaya çıkışında tetikleyici olabilir.

Şizofreni klasik olarak alevlenme ve remisyonlarla gider. İlk psikotik epizodun ardından hasta giderek iyileşir ve uzun süre görece normal bir işlevsellik düzeyini sürdürebilir. Buna karşın hasta genellikle yeni bir epizod geçirir ve tanı konduktan sonraki ilk 5 yıl içerisindeki hastalık biçimi genellikle hastalığın gidişinin nasıl olacağı hakkında fikir verir. Geçirilen her psikotik epizod hastanın işlevselliğinde daha fazla yıkıma neden olur. Bazen psikotik epizodu depresyon izler. Zaman içerisinde hastalığın pozitif belirtilerinin şiddeti azalma eğilimi gösterir. Ancak sosyal yıkıma neden olan negatif belirtiler ve eksiklik belirtileri şiddetlenebilir.

Şizofreni, genellikle süregen ve yeti yitimine neden olan bir hastalıktır. Hastaların önemli bir bölümünde belirtilerde alevlenme, yineleyen hastane yatışları, majör duygudurum epizodları ve özkıyım girişimleri ile belirli kötü sonuçlanmalar görülür. Buna karşın şizofreni her zaman kötüleşme ve yıkım ile sonuçlanmaz.

Şizofrenide iyileşme oranları %10-60 arasında bildirilmektedir ve tüm hastaların %20 ile 30'unun bir biçimde normal bir yaşam sürdürebildiği tahmin edilmektedir. Hastaların yaklaşık yarısında ise şizofreniye bağlı belirgin yıkım oluşur. Ayrıca şizofreni özkıyım, fiziksel hastalık ve erken ölüm riskinin artmasına da yol açar. Hastalarda ortalama yaşam süresi 10 yıl kadar kısalmıştır (8).

## **2.2 Şizofrenide İşlevsellik**

### **2.2.1 Tanım**

Ruhsal bozukluklarda belirtilerin yanı sıra, hastalıktan önceki döneme göre işlevsellikte bozulma olması da tanı koymada gereklidir (32). Hastalardan beklenen işlevsellik alanları olarak gündelik yaşam etkinlikleri, toplumsal bağların kurulması ve sürdürülmesi, sosyal işlevsellik, mesleki işlevsellik sayılmaktadır (33). İşlevsellikte bozulma toplumda genellikle olumsuz olarak değerlendirilir. Etkinliklere yeterince katılamama, aile içi ve dışında sosyal etkileşim düzeyinin düşük olması akrabalar tarafından sıklıkla eleştirilen konulardır. İşlevselliğin düzelmesi bu eleştirileri azaltabilir ve akrabalarda olumlu bir tutum gelişmesine yardım edebilir. İşlevsellik düzeyindeki düzelme hastanın yaşam kalitesindeki artışa

da yardımcı olabilir, bu düzelme ile hasta için yeni olanaklar ortaya çıkabilir. İşlevsellikte artışın hastalar için önemi vardır (34).

Şizofreni gibi şiddetli ruhsal hastalıklarda işlevsellik her alanda bozulmaktadır. İçtenlik, ilişki, irade, duygulanım, biliş, algı ve haz alma kapasitesi üzerindeki yıkıcı etkileri yönünden son derece bireysel farklılıklar gösterir. Gözlemcinin bakış açısıyla, şizofreni bizar davranışlara, uyarın olmaksızın algılara, sıradan olayların garip yorumlarına ve paylaşılmış yaşantıların paramparça olmasına neden olur. Kendini ihmal etme ve evsizlikten, klinikte aşırı bakım ve üretkenliğin yitimine kadar sosyal maliyeti yüksektir (35).

Sosyal bir varlık olarak insanoğlu başka insanlarla iletişimde bulunmak zorundadır. İletişimin en önemli özelliği bir kişinin herhangi bir 'şeyi' başka bir kişinin anlayabileceği bir duruma getirmesidir. Etkin ve başarılı bir iletişim için ön koşullar iletişimde bulunanların aynı gerçekliği, aynı iletişim durumunu yani aynı 'şimdi ve burada' yı paylaşmaları, ortak bir dil kullanmaları, kendilerini diğersinin yerine koyabilme yetisine sahip olmalarıdır. Oysa şizofrenide bu önkoşulların hemen hiçbiri yerine getirilememektedir (36).

Belirtilerin düzeldiği ve hastalığın remisyona ulaştığı dönemlerde dahi işlevsellik tam olarak istenen düzeye ulaşmamaktadır (37). Şizofrenide yapılan bir çalışmanın kesitsel sonuçlarında hastaların %44.8'inde belirtiler açısından düzelme elde edilirken, ancak %10.2'sinde işlevsellikte düzelme gözlenmiştir (38). Son yıllarda üzerinde durulan sadece klinik belirtilerde düzelme değil hasta ve ailesi için anlamlı olan işlevsellik alanlarında da düzelme sağlanmasıdır (1).

Negatif belirtiler, duygudurum, sosyal davranışlar (sosyal algı, bilişsel işlevler), çevresel koşullar (eğitim, iş sahibi olma, sosyal destek), ilaç uyumu ve içgörü gibi bir takım faktörlerin şizofrenide işlevselliğe etkili olabileceği daha önce yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (1, 39, 40).

## 2.2.2 İşlevselliğin Değerlendirilmesi

Sosyal işlevselliğin değerlendirilmesinde çeşitli araçlardan yararlanılmaktadır. Bunlar içinde en kapsamlı olanı Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)'dir. SİÖ sosyal ilişkiler ve meslek gibi toplum içinde uyumun çeşitli yönlerini kapsayan kısa, nesnel olarak puanlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Orijinali Birchwood ve arkadaşları (41) tarafından geliştirilmiştir ve Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Erakay (42) tamamlamıştır. Ancak ölçek gündelik değerlendirmede uzun süre gerektirmektedir.

DSM-IV içinde yer alan bir diğer değerlendirme aracı; Toplumsal ve Mesleki İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği' dir (TMİSÖ, Social and Occupational Functioning Assessment Scale; SOFAS). DSM-III'ten başlayarak sosyal işlevsellik düzeyi temel bir gösterge olarak alınmış ve ayrı bir eksenle değerlendirmeye başlanmıştır. DSM-IV'te yer alan beşinci eksen, klinisyenin, kişinin genel işlevsellik düzeyi ile ilgili yargısını belirtmek için kullanılır (43). Sosyal işlevselliğin DSM-IV Eksen V üzerinde puanlanması ve tek bir global puan verilmesi üzerine önemle durulmaktadır. Ancak bu tür puanlama, belirli bir sosyal yetersizlik üzerine odaklanan psikososyal ya da farmakolojik bir araştırmada yeterli olmayabilir (44). Genel işlevsellik ekseninin yapısı ve içeriği farklı bakış açılarına konu oluşturmaktadır. Bunlardan biri belirtiyi göz önüne almadan sadece uyum sağlamaya yönelik işlevselliğe odaklanmayı önermektedir. Bu bakış açısı, belirtinin en büyük önemi klinik sendrom eksenleri tarafından taşıdığını ve belirtilerin işlevsellik eksenine konmasının klinisyenin dikkatini bunlara çekerek sosyal işlevselliğin değerlendirilmesine zarar vereceğini savunmaktadır (45). TMİSÖ, işlevsellik değerlendirmesinde DSM sisteminin ön gördüğü sosyal ve mesleki işlevselliği değerlendirse bile, bireyin kendine bakımını araştırmamaktadır (32).

Bizimde çalışmamızda kullandığımız, işlevselliği değerlendiren başka bir ölçek ise Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği'dir. (Personal and Social Performance Scale, PSP) PSP, Morosini ve arkadaşları (46) tarafından geliştirilmiş, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Morosini ve arkadaşları tarafından PSP ölçeğinin geliştirilme nedeni; DSM'nin öngördüğü tüm işlevsellik alanlarını araştırması, belirti

şiddetinden etkilenmemesi ve aynı zamanda kısa, doğru ve duyarlı bir değerlendirme sağlaması belirtilmiştir. Ölçeğin türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (37). PSP ile gündelik uygulamada çok pratik biçimde değerlendirme sağlandığı gibi, değişimi çok iyi ölçebildiği, farklı şiddet düzeylerini oldukça hassas biçimde ayırt ederek değerlendirdiği gösterilmiştir (47).

## 2.3 Şizofrenide İçgörü

### 2.3.1 Tanım

Günlük kullanımda içgörü, durumun doğal yapısının farkında olma kapasitesi olarak tanımlanır. Tıbbi içgörü tanımı ise yıllar içerisinde gelişmiş ve psikolojik, psikopatolojik, nörobilişsel mekanizmaları ve kişiler arası ilişkileri de içine alan çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanmıştır (2).

Şizofreni hastalarının birçoğu kendiliklerinden değil, ailesi ve arkadaşlarından gelen baskı ile tedaviye ihtiyaçları olduğunu düşünmektedirler. Hastalığı kabul etmezlerse bile sosyal destek veya enjeksiyon tedavileri ile ilaç uyumları iyi olabilmektedir. Yine şizofreni tanılı hastaların bir kısmı belirtileri fark eder, bunlardan rahatsız olur tedaviye ihtiyacı olduğunu kabul edebilir ama mental bir hastalık etiketini kabul etmeyip belirtileri başka bir nedene bağlayabilir (48). Sonuç olarak, içgörü tanımı, sadece hastalığın değil aynı zamanda hastalık belirtilerinin, tedavi ihtiyacının ve hastalıktan dolayı uğranan sosyal kayıpların farkında olmayı içermektedir (49, 50).

Şizofreni hastalarında yapılan içgörü çalışmalarında hastaların %50-80'inde zayıf içgörü düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (51). Zayıf içgörü Bleuler'den beri şizofreni çekirdek belirtisi olarak görülmüştür (50). Zayıf içgörünün de hastalığın gidişi ve tedavi uyumunu olumsuz yönde etkilediği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (52, 53).

Önceki araştırmalarda şizofreni hastalarındaki zayıf içgörü: 1) pozitif, negatif ve dezorganize belirtilere bağlı olarak, 2) psikolojik bir savunma stratejisi olarak, 3) nörokognitif bozulmayla ilişkili olarak açıklanmaya çalışılmıştır (54).

Klinik belirtilerle içgörü arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Baier ve ark. sadece pozitif belirti şiddeti ile içgörü arasında ilişki bulurken (55), Debovaska ve ark. ise hem pozitif hem de negatif belirti şiddeti ile içgörü arasında ilişki bulmuştur (56). Belirti şiddeti ile içgörü arasında herhangi bir ilişki olmadığını bildiren araştırmalar da vardır (57). Yaklaşık 40 çalışmanın tarandığı bir metaanalizde pozitif ve negatif belirtiler ve genel psikopatoloji şiddeti arasında ters bağıntı saptanmış fakat bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (48).

Literatürdeki belirtilerle içgörü arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışmanın sonuçları çelişkilidir. Bu çelişkili sonuçlar ortak bir içgörü tanımının olmamasına, etki büyüklüğündeki başarısızlığa, rasgele olmayan örneklem metoduna, uygunsuz istatistiksel metotların kullanılmasına, küçük örneklerde çalışmaların yapılmasına, grupların heterojen olmasına, şüpheli geçerlilik-güvenilirliği olan ölçüm araçlarının kullanılmasına bağlı olduğu öne sürülmüştür (48, 58, 59).

Düşük içgörü düzeyinin kendilik saygısını koruma adına hastalığı inkar etmekle ilişkili olabileceği ileri sürülmüş (60) ve bazı yazarlar tarafından psikolojik bir savunma mekanizması olarak açıklanmıştır (61). Böylelikle içgörü, hastalıktan kaynaklanan kayıplar nedeni ile gelişen depresyona karşı bir savunma mekanizması gibi görünmektedir. İçgörü ve depresyon ilişkisini araştıran çalışmalarda ise tutarsız sonuçlar bulunmuştur. Amador ve arkadaşları anlamlı bir ilişki bulamazken (62), içgörü arttıkça depresif belirtilerin artacağı sonucuna ulaşan çalışmalarda vardır (48, 61).

Hasta olduğunu kabul edememe; kişinin hasta olduğunu idrak yeteneğini kaybetmesi olarak tanımlanan anosognozi, genellikle, sağ hemisfer lezyonlarında görülen klinik tablodur. Bazı araştırmacılar içgörü bozukluğunu şizofreniye olan anosognosiye eşdeğer olduğunu öne sürmüşlerdir (63). Anosognozi; Parkinson, Hantington hastalığı, travmatik beyin hasarı gibi beyin hastalıkları ile karşılaştırıldığı zaman içgörü eksikliği ile tek bir kavram içinde olmayabilir. Şizofreni hastalarında hastalıklarına, belirtilerine ya da tedaviye yönelik kısmi içgörü olabilirken diğer beyin hastalıklarında bu görülmemektedir (64).

### 2.3.2 İçgörünün Değerlendirilmesi

İçgörü değerlendirmek için kullanılan ilk ölçek McEvoy ve arkadaşları(1989) tarafından geliştirilen, tanı ve tedaviye olan içgörüyü sorgulayan onbir sorundan oluşan “Insight and Treatments Attitudes Questionary” (ITAQ) ölçeğidir (65).

1990’da David ve arkadaşları içgörünün tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşeni olduğunu öne sürmüşlerdir ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği-İÜBDÖ (Schedule for Assessing the Three Components of Insight) isimli, içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren bir ölçek geliştirmişlerdir. Sekiz sorudan oluşan, klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış ve şizofreni hastalarına yönelik bir ölçektir (66). İlk yedi sorunun en yüksek toplam puanı ondörttür. Sekizinci sorunun sorulması görüşmeciyeye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek puan onsekizdir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Bu ölçeğin Türkçe’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Arslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (67).

Amador ve arkadaşları içgörünün bazı belirtiler için korunmuşken diğerleri için bozulmuş olabileceğini öne sürmüş ve farkındalıkla belirtilerin neye atıf edildiği arasında ayırım yapmış, şimdi ve geçmiş farkındalık/atıf kavramlarını ayırmıştır (68). Sonrasında “Akıl Hastalığına İçgürsüzlük Ölçeği” ( Scale of Unawareness of Mental Disorder, SUMD) ölçeğini geliştirmişlerdir (69). SUMD’ un diğer içgörü ölçeklerine bazı üstünlükleri vardır ve bu nedenle geliştirildiği tarihten itibaren şizofreni ve diğer psikotik bozukluklardaki içgörü araştırmalarında en yaygın kullanılan araç olmuştur. Ölçek diğer ölçeklerin tersine belirtilere içgörüyü de sorgular. Klinik uygulamada bir hastanın belli bir belirtiyeye içgürüsü varken bir başka belirtiyeye olmadığı sık görülür. Ayrıca güncel ve geçmiş içgörü kavramlarını getirir. Ölçek her maddesi ve belirti alt ölçekleri çalışmanın amacına göre ayrı ayrı kullanılabilir şekilde oluşturulmuştur. Çeşitli çalışmalarda ölçeğin farklı bölümleri kullanılmıştır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bora ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (70).

## 2.4 Şizofrenide İşlevsellik ve İçgörü

Şizofrenide işlevsellik ile içgörü arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma vardır. Yapılan çalışmalarda içgörü düzeyi düşük olan hastalarda daha kötü işlevsellik görülürken, kısmi ya da tam içgörüsü olan hastalar daha yüksek seviyede işlevsellik göstermektedir (68, 71, 72). Tedaviler şizofrenide belirtileri uzun dönemde azaltsa da şizofreni hastalarının izleminde sosyal işlevsellikte azalma, bağımsız yaşam yetilerinde kayıplar, bozulmuş yaşam kalitesi, madde kötüye kullanımı ve zarar verici davranış, suisid riskinde artış sık görülür. Zayıf içgörüye sahip hastalar, tedaviye ihtiyaçları olduğunu kabul etmezler ve yine bu hastalar halüsinasyonlarını sanrılı yorumlamaya daha meyillidirler, bunlara göre hareket edip impulsif ve agresif davranışlar sergileyebilirler.

Lincoln ve arkadaşlarının düşük içgörülü şizofreni hastaları ile ilgili çalışmaları inceledikleri gözden geçirmelerinde; kesitsel yapılan onüç çalışmanın sekizinde içgörü ile işlevsellik arasında anlamlı ya da kısmen ilişki saptanırken, beşinde ilişki bulunamamış, beş izlem çalışmasında da kısmen bir ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar işlevsellik ile içgörü arasındaki ilişkinin kesitsel olarak saptanamayabileceğini ama izlemde içgörünün daha yüksek işlevsellik ile ilişkili olabileceğini belirtmektedirler. Buna göre, uzun dönemde işlevsellik ile içgörü arasındaki ilişkiye belirti şiddeti aracılık eder ve daha yüksek içgörü daha az belirti ve daha az hastane yatışı ile ilişkilidir (73).

İşlevsellik ile içgörü arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar işlevselliğin farklı alanlarına odaklanmışlardır. Örneğin bazı araştırmacılar klasik anlamda işlevselliğe odaklanırken, bazıları daha spesifik alanlara (çalışma, sosyal işlevsellik vs.) odaklanmıştır. Ayrıca yapılan çalışmalarda belirti şiddeti göz ardı edilmiş ve görece küçük örneklemeler üzerinde çalışılmıştır.

### 3. AMAÇ

Bu çalışmanın amacı;

1) şizofeniye yönelik içgörüsü bozulmuş ve bozulmamış şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevselliğin karşılaştırılması,

2) şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellik ile içgörü arasındaki ilişkinin içgörünün farklı boyutlarını içerecek biçimde kapsamlı olarak incelenmesi ve şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan içgörü boyutlarının saptanmasıdır.

Varsayımımız; şizofrenide içgörünün hastalık belirtilerinden (negatif belirtiler, pozitif belirtiler ve genel psikopatoloji) bağımsız olarak sosyal işlevsellik üzerine etkili olduğu ve bu etkinin yönü ve şiddetinin içgörünün alt boyutlarına göre değişebildiğidir.

## 4. YÖNTEM

### 4.1 Denekler ve Desen

Çalışma protokolü için hastanemiz etik kurulundan izin alındıktan sonra, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği genel polikliniği ve psiko polikliniğine başvuran şizofreni tanılı ardışık 170 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya alınmadan önce hasta ve/veya yakınlarına çalışma hakkında bilgi verildi, aydınlatılmış onamları alındı.

Tüm olgularla DSM-IV için yapılandırılmış görüşme (SCID-I) ile görüşme yapıldı ve şizofreni tanısını onaylandı. Hastalarda 18-65 yaş arasında olma koşulu arandı. Ek psikiyatrik tanısı olanlar, mental retardasyonu olanlar, son 6 ay içerisinde madde kötüye kullanımı olanlar, merkezi sinir sistemini etkileyen nörolojik ve tıbbi hastalığı olanlar çalışmaya alınmadı.

Bunun ardından tüm olgulara Sosyodemografik Bilgi Formu, Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (SUMD) uygulandı.

Hastalar önceki çalışmalara benzer biçimde, SUMD' un üç alanında tam içgörü veya iki alanda tam içgörü bir alanda kısmi içgörü varsa "İçgörüsü Bozulmamış" olarak (toplam SUMD skoru=3 veya 4); SUMD' un bir alanında tam içgörüsüzlük veya iki alanında kısmi içgörü varsa "İçgörüsü Bozulmuş" (toplam SUMD skoru>4) olarak gruplandırıldı (74).

### 4.2 Araçlar

**Sosyodemografik Bilgi Formu:** Hastaların adı-soyadı, yaşı, adresi, eğitim süresi, iş ve meslek durumu, sosyoekonomik düzeyi, medeni durumu, hastalık süresi, hastalığın başlangıç yaşı, soygeçmişte şizofreni ya da başka psikotik bozukluk öyküsü olup olmadığı, kullandıkları ilaçlar ve dozları, varsa diğer tedavi özellikleri bu bilgi formuna alındı.

**DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I):** First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş tanı koydurucu bir ölçektir (75). SCID-I Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (76).

**Akıl Hastalığına İlgisizlik Ölçeği (Scale of Unawareness of Mental Disorder, SUMD):** Amador ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilen ölçek, geliştirildiği tarihten itibaren şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda içgörü araştırmalarında en yaygın kullanılan araç olmuştur (77). 2006 yılında Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları Bora ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (70).

**Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (Personal and Social Performance Scale, PSP):** Görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Toplam dört boyutta, altılı Likert tipi sıralı değerlendirme sağlamaktadır. Bu dört boyut; sosyal açıdan yararlı etkinlikler, kişisel ve sosyal ilişkiler, öz-bakım ve rahatsız edici ve saldırgan davranışlar başlıklarıdır. Altılı sıralı değerlendirme ise; yok, hafif, görünür düzeyde, belirgin, şiddetli ve çok şiddetli olarak belirlenmiştir. Önce hastaya bu dört boyutta değerlendirme yapılmaktadır ve ardından PSP değerlendirme rehberine göre bu boyutlardan aldığı sonuçlar onarlı dilimler halindeki puanlama cetveline geçirilerek hastaya 0 ila 100 arasında bir toplam PSP puanı verilmektedir. Ölçeğin geliştirilmesi çalışması Morosini ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve daha sonra ileri psikometrik analizler yapılarak ölçeğin ölçmedeki hassasiyeti ve madde-yanıt aralıkları ortaya konmuştur (46). Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (37).

**Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS):** Şizofreninin pozitif ve negatif bulgularını değerlendirmede en sık kullanılan ölçeklerden biridir (78). 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesini içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Türkçeye Kostakoglu ve ark. tarafından uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (79).

### 4.3 İstatistik

Sosyal performans, sosyodemografik değişkenler, içgörsüzlük ve alt boyutları, PANSS ve alt ölçek puanlarının birbiriyle arasındaki ilişkinin saptanması için Pearson korelasyon Analizi uygulandı. Hastalık belirtilerinin sosyal performans ve içgörü üzerindeki karıştırıcı etkileri de göz önüne alınarak; sosyal performansın anlamlı yordayıcılarının saptanması amacıyla sosyal performans bağımlı değişken olarak alındı; içgörsüzlüğün alt boyutları ve diğer tüm değişkenler de bağımsız değişken olarak alınarak Aşamalı Çoklu Regresyon Analizi uygulandı. İçgörsü bozulmuş ve bozulmamış hastaların birbirleriyle karşılaştırılması için Bağımsız değişkenler için t testi kullanıldı.

## 5. BULGULAR

Çalışmaya katılan 170 şizofreni tanılı hastanın %39.4'ü kadın (s=67), %60.6'si (s=103) erkek idi. Yaş ve eğitim düzeyi açısından incelendiğinde; yaş ortalaması  $36.74 \pm 11.2$  idi. En düşük eğitim süresi okula gitmemiş, okuma yazma bilen iken en yüksek eğitim süresi 17 yıl ve eğitim yılı ortalaması  $8.59 \pm 3.6$  idi. Hastaların medeni durumu gözden geçirildiğinde %66.5' in (s=113) bekar, %20' sinin (s=34) evli, %13.5' nin (s=23) dul veya boşanmıştı. Hastaların meslek durumuna bakıldığında %55.9' un (s=95) işsiz, %16.5' nin (s=28) evhanımı, %6.5' in (s=11) yakınıyla çalışan, %15.3' ün (s=26) bağımsız bir işte çalıştığı (öğrenci, işçi, serbest meslek, memur), % 5.9' u (s=10) emekli idi. Hastaların birinci derece yakınlarında %20.6 (s=35) psikotik bozukluk olduğu saptandı. Hastaların sosyodemografik özellikleri tablo 1' de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

<b>Cinsiyet</b>	<b>Erkek</b>	%60.6 (s=103)
	<b>Kadın</b>	%39.4 (s=67)
<b>Medeni Durum</b>	<b>Bekar</b>	%66.5 (s=113)
	<b>Evli</b>	%20 (s=34)
	<b>Dul/Boşanmış</b>	%13.5 (s=23)
<b>Meslek</b>	<b>İşsiz</b>	%55.9 (s=95)
	<b>Evhanımı</b>	%16.5 (s=28)
	<b>Yakınıyla</b>	%6.5 (s=11)
	<b>Bağımsız</b>	%15.3 (s=26)
	<b>Emekli</b>	%5.9 (s=10)
<b>Ailede Psikotik Bozukluk</b>	<b>Var</b>	%20.6 (s=35)
	<b>Yok</b>	%79.4 (s=135)

Çalışmamız da hastalar, SUMD ölçeğinin kullanıldığı başka çalışmalara benzer şekilde, “İçgörüsü Bozulmamış” ve “İçgörüsü Bozulmuş” olarak gruplandırıldı (74). İçgörüsü Bozulmamış grupta 34 kadın (%40.5), 50 erkek (%59.5) toplam 84 kişi varken, içgörüsü bozulmuş grupta 33 kadın (%38.4), 53 erkek (%61.6) olmak üzere toplam 86 kişi vardı. Her iki grup arasında yaş, eğitim süresi, hastane yatış sayısı, PANSS pozitif, PANSS negatif, PANSS genel patoloji, PANSS toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. PSP puanlarına bakıldığında ise; içgörüsü bozulmamış grubun, içgörüsü bozuk olan gruba göre, anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptandı ( $t=-2.29$ ,  $p=0.02$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2.** İçgörüsü Bozulmamış ve Bozulmuş Hastaların yaş, eğitim, hastalık süresi, PANSS puanları ve PSP ölçek puanları açısından karşılaştırılması

	İçgörüsü Bozulmamış ss=84 ort ±ss	İçgörüsü Bozulmuş ss=86 ort ±ss	t	p
Yaş	38.12±11.06	35.38±11.41	-1.59	0.12
Eğitim	8.68±3.66	8.5±3.45	-0.32	0.74
Hastalık Süresi	13.17±9,5	11.31±8.03	-1.37	0.17
PANSS Pozitif Puanları	10.38±4.59	11.43±4.75	1.46	0.14
PANSS Negatif Puanları	18.83±6.37	19.4±5.99	0.59	0.55
PANSS Genel Patoloji	21.95±5.96	23.67±5.66	1.93	0.06
PANSS Toplam Puanları	51.29±13.81	54.49±13.11	1.55	0.12
PSP	61.49±21.16	54.36±19.29	-2.29	0.02*

Sayısal değişkenlerin birbiri ile bağıntısını saptanması amacıyla Pearson korelasyon analizi yapıldı. Sosyal performans ölçeği ile diğer sayısal değişkenler arasındaki ilişkilere bakıldığında; tedaviye, varsaniya, düşünce bozukluğuna, apatiye

ve anhedoniye olan içgörü, PANSS tüm alt ve toplam puanları açısından aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı. (Tablo 3)

**Tablo 3. PSP, SUMD, PANSS ölçek puanlarının Korelasyon Analizi**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1) Yaş	-																	
2) Eğitim	-,064	-																
3) Hastalık Süresi	,708**	-,065	-															
4) PANSS Pozitif	-,042	,002	-,031	-														
5) PANSS Negatif	-,003	-,228**	,026	,404**	-													
6) PANSS Genel Patoloji	-,108	-,111	-,132	,556**	,576**	-												
7) PANSS Toplam	-,056	-,155*	-,048	,752**	,823**	,852**	-											
8) Hastalık İçgörü	-,171*	-,135	-,166*	,131	,078	,188*	,141	-										
9) Tedaviye İçgörü	-,072	,001	-,049	,203**	,026	,170*	,161*	,482**	-									
10) Hast. Sonuçlarına İçgörü	-,102	-,167*	-,092	,140	,109	,210**	,163*	,757**	,543**	-								
11) Yaşamaya İçgörü	-,008	-,064	-,074	,433**	,219**	,426**	,411**	,427**	,304**	,400**	-							
12) Saunaya İçgörü	-,035	,032	-,103	,474**	,186*	,404**	,401**	,490**	,351**	,453**	,825**	-						
13) Düşünce Bzlk İçgörü	-,159*	-,093	-,189*	,102	,234**	,261**	,229**	,261**	,104	,253**	,275**	,239**	-					
14) Akad. İçgörü	-,083	-,200**	-,076	,153*	,170*	,130	,160*	,280**	-,026	,200**	,221**	,251**	,617**	-				
15) Karar Alabilme İçgörü	-,173*	-,136	-,178*	,167*	,093	,183*	,161*	,727**	,480**	,647**	,494**	,519**	,333**	,310**	-			
16) Anlatım İçgörü	-,110	-,167*	-,137	,155*	,282**	,178*	,226**	,252**	,050	,268**	,226**	,164*	,274**	,367**	,297**	-		
17) Anhedoniye İçgörü	-,233**	-,178*	-,164*	,127	,213**	,222**	,219**	,413**	,211**	,465**	,262**	,216**	,408**	,334**	,442**	,472**	-	
18) PSP-İşlevsellik	,038	,167*	-,008	-,357**	-,627**	-,468**	-,605**	-,194*	-,249**	-,215**	-,260**	-,208**	-,289**	-,130	-,193*	-,264**	-,349**	-

Tablo içerisindeki değerler Pearson korelasyon katsayılarını göstermektedir. \* $p \leq 0,01$  \*\* $p \leq 0,001$

PSP anlamlı yordayıcılarını saptamak amacı ile yaş, eğitim düzeyi, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, PANSS pozitif, negatif, genel patoloji, toplam puanı, SUMD tüm alt ölçek puanları bağımsız değişken olarak alınarak aşamalı regresyon analizi yapıldı. PSP puanı anlamlı yordayıcılarının negatif belirtiler, tedaviye olan ve anhedoniye olan içgörüsüzlük olduğu saptandı. Negatif belirtiler varyansın % 39.4' ünü, tedaviye yönelik içgörüsüzlük varyansın % 5.4' ünü, anhedoniye olan içgörüsüzlük ise varyansın % 3.1' ni açıkladı. Toplamda ise bu model ile varyansın % 47.9' un açıklandığı saptandı (Tablo 4).

**Tablo 4.** PSP'yi Yordayan Etmenler (Çok Aşamalı Regresyon Analizi)

<b>Anlamlı Yordayıcılar</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup> Değişim</b>	<b>F Değişim</b>	<b>p</b>
<b>PANSS Negatif</b>	0.479	0.394	109.083	≤0.001
<b>Tedaviye İçgörü</b>		0.054	16.335	≤0.001
<b>Anhedoniye İçgörü</b>		0.031	9.741	≤0.002

## 6. TARTIŞMA VE SONUÇ

Geçmiş araştırmalara benzer biçimde (62, 71, 72, 80) bizim çalışmamız da içgörü ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkiyi bir kez daha orta koymuştur. İçgörüsü bozulmuş ve bozulmamış iki grup; yaş, eğitim süresi, hastane yatış sayısı, PANSS pozitif, PANSS negatif, PANSS genel patoloji, PANSS toplam puanları açısından eşleştirildiğinde içgörüsü bozulmuş grubun işlevselliğinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu içgörünün işlevselliği negatif belirtilerden bağımsız olarak etkilediğini göstermektedir. Önceki araştırmalarda negatif belirtilerin sosyal işlevselliğin en önemli yordayıcılarından olduğu tekrar tekrar gösterilmiş olduğundan (3, 39, 80,81, 82) özellikle önemlidir. İçgörünün işlevsellik üzerine etkisi başka çalışmalarda da gösterilmiştir (74). Buna karşın araştırmamız negatif belirtiler, pozitif belirtiler ve genel psikopatoloji açısından eşleştirilmiş grupları karşılaştıran ilk çalışmadır.

Lincoln ve arkadaşları yaptıkları bir izlem çalışmasının sonucunda içgörü ile işlevsellik arasında belirti aracılığı ile de açıklansa bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. İçgörünün zamanla hastalık üzerine farklı etkileri olabileceği çünkü içgörüsüzlüğün farklı sebeplerden ötürü geliştiğini öne sürmüşlerdir. Klinik de değerlendirilen hastaların çoğunun sözel içgörülerinin olduğu şeklinde yansımaktadır ama hastanın gerçek içgörüsü davranış ve tutumları ile anlaşılacağını önermişlerdir (73).

İçgörü ile işlevsellik arasında bizim çalışmamıza benzer şekilde sonuçlar bulan araştırmacılar, yüksek içgörünün daha az davranış bozukluğuna, daha az hastaneye yatışa yol açacağı ve işlevselliğin daha iyi olmasının böyle açıklanabileceğini öne sürmüşlerdir (72, 73).

İçgörü alt ölçek puanlarına baktığımızda en anlamlı işlevsellik yordayıcısının tedaviye olan içgörü olduğu anlaşılmaktadır. Bildiğimiz kadarı ile daha önce PSP ve SUMD ölçeğinin beraber kullanıldığı bir çalışma olmadığı için birebir diğer çalışmalarla karşılaştırma yapılamamıştır. Tedaviye olan içgörünün hastaların işlevselliğini olumlu yönde etkilemesi klinik olarak da anlamlıdır. Depo

antipsikotikler ile tedavi edilen, yani bir anlamda tedaviye içgörüsü olmasa da tedavi uyumu artırılan hastaların işlevselliğinin daha iyi olduğu bildirilmiştir (83). Tedaviye ihtiyacı olduğuna içgörüsü olan hastaların daha iyi bir tedavi uyumu olacak bunun sonucunda da tedavi nedeni ile yakınları ile daha az iletişim problemleri yaşayacağı, zorla hastaneye yatışların azalacağı ve daha iyi bir işlevselliğinin olacağı öngörülebilir. Nitekim araştırmalar hastalığın alevlenmesinin en önemli yordayıcısının tedavinin kesilmesi ya da tedaviye uyumsuzluk olduğunu göstermektedir (84, 85).

Çalışmamızın sonuçlarından biriside tedaviye olan içgörüden sonra, içgörü alt boyutlarında en çok işlevsellik yordayıcısının anhedoniye olan içgörü olduğu sonucuydu. Anhedoni kelime itibari ile günlük etkinliklerden zevk alamama olarak tanımlanmaktadır (9, 86). Hastaların anhedonik olması işlevselliği bozacağı bilinmektedir (86), hastaların anhedoniye olan içgörüsü artıkça, daha fazla yardım arayışı içerisine girecekleri ve tedavi uyumlarının artıp, işlevselliklerinin artacağı düşünülebilir. Anhedoni şizofreni için negatif belirtiler arasında yer almaktadır (87) ve anhedonin ölçeklerle takip ve tedavisi hastaların işlevselliğinin düzelmesi açısından önemlidir (86).

Çalışmamızda şizofreni işlevselliğini yüksek oranda öngören parametrelerden biride hastaların PANSS negatif alt puanları olmuştur. Negatif belirtilerin baskın olduğu şizofrenide, dış uyaran yokluğunda istemli eylem geliştirebilme ve uygun olmayan davranışı baskılayabilme yetisindeki bozukluk nedeniyle sosyal işlevler ileri derece azalmaktadır (36). Şizofreni hastalarında işlevselliğin düzelmesi, içgörünün, negatif belirtilerin ve uzun dönem tedavinin düzenlenmesi ile ilişkilidir (88). Erol ve arkadaşlarının sosyal işlevselliğin öngörücülerini araştırdığı çalışmanın sonucu da bu bulgularımızı desteklemektedir (39).

Çalışmamızın sonucunda; şizofreni hastalarında işlevselliğin arttırılması için içgörü artırıcı girişimlerin, hastaların ve yakınlarının da tedaviye katıldığı ve her aşamasında bilgilendirildikleri psikososyal rehabilitasyon programlarının önemli olduğu söylenebilir.

Son yıllarda şizofrenide pozitif belirtilerin tedavisi üzerinde büyük aşamalar kaydedilmiştir. Buna karşın, şizofrenide işlevselliğin en önemli bileşeninin negatif belirtiler olduğu göz önüne alındığında; gelecekte negatif belirtiler üzerine etkili tedavilerinin geliştirilmesi işlevsellik üzerine en büyük katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızın önceki çalışmalara üstünlüğü büyük bir örneklem grubunun incelenmesinin yanı sıra; sadece yaş, eğitim ve cinsiyet açısından değil negatif belirtiler, pozitif belirtiler, genel psikopatoloji açısından da eşleştirilmiş içgörüsü bozuk ve sağlam gruplarda işlevselliğin karşılaştırılmış olmasıdır. Çalışmanın kısıtlılığı ise kesitsel olması ve işlevsellik ve içgörüde izlemde oluşabilecek değişikliklerin saptanamayacak olmasıdır.



## 7. ÖZET

Şizofreni hastalarında işlevselliğin düzelmesi hastalar ve aileler için önemli bir tedavi alanıdır (1). İçgörünün işlevsellik üzerine olan etkisini araştıran daha önceki çalışmaların sonuçları tutarsızlık göstermektedir (3, 4).

Bu çalışmamızda amacımız içgörünün alt boyutları ile beraber, pozitif, negatif belirtiler ve genel psikopatolojiden bağımsız olarak işlevsellik üzerine olan etkisini araştırmaktır.

Çalışmamıza 170 şizofreni hastası alınıp, SCID-I ile tanıları kesinleştirildikten sonra, Sosyodemografik veri formu, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (SUMD), Pozitif ve Negatif Sendrom ölçeği (PANSS) ve Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) uygulandı.

Hastalar içgörüsü bozulmuş ve bozulmamış olarak iki grupta incelendi. Yaş, eğitim süresi, hastane yatış sayısı, PANSS toplam ve alt puanları ve toplam puanı açısından iki grup arasında fark yoktu. İçgörüsü bozulmuş grupta daha kötü işlevsellik düzeyi olduğu saptandı. İçgörü alt boyutlarına bakıldığında tedaviye olan içgörü ve anhedoniye olan içgörü anlamlı işlevsellik yordayıcıları olarak bulundu.

Çalışmamızın sonucunda; şizofreni hastalarında işlevselliğin artırılması için içgörü artırıcı girişimlerin, hastaların ve yakınlarının da tedaviye katıldığı ve her aşamasında bilgilendirildikleri psikososyal rehabilitasyon programlarının önemli olduğu söylenebilir.

## 8. SUMMARY

Functioning is an important treatment area of interest for patients with schizophrenia and their families (1). Previous research about the influence of insight on functioning brought out conflicting results (3,4).

In this paper we aimed to investigate the influence of insight and its subdomains on functioning, independent of positive symptoms, negative symptoms and general psychopathology.

170 patients with schizophrenia were included in the study. Diagnosis of schizophrenia was confirmed with SCID-I. Afterwards, all subjects were given Scale to Unawareness of Mental Disorder (SUMD), Personal and Social Performance Scale (PSP), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).

Patients were investigated in two groups that had impaired and unimpaired insights. Two groups did not differ in terms of age, education level, hospitalisation number, PANSS total score and PANSS subdomain scores. The group with impaired insight had lower functioning scores. Insight for treatment and insight for anhedonia were the significant predictors of functioning.

We may conclude that interventions to improve functioning and psychosocial rehabilitation programs with informative features are important for patients with schizophrenia for better functioning.

## 9. KAYNAKLAR

1. Stefanopoulou E, Lafuente AR, Saez Fonseca JA, Huxley A. Insight, global functioning and psychopathology amongst in-patient clients with schizophrenia. *Psychiatr Q.* 80(3):155-65, 2009.
2. Danki D, Dilbaz N, Okay IT, Telci S. Şizofreni Tanısı Olan Hastalarda İçgörünün Aile Öyküsü, Pozitif ve Negatif Belirtilerle İlişkisi. *Turk Psikiyatri Derg.* 18(2):129-36, 2007.
3. Dickerson FB, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 48(2):195-9, 1997.
4. Mutsatsa SH, Joyce EM, Hutton SB, Barnes TR. Relationship between insight, cognitive function, social function and symptomatology in schizophrenia: the West London first episode study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 256(6):356-63, 2006.
5. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry.* Sep;153(9):1185-8, Am J Psychiatry. Sep;153(9):1185-8, 1996.
6. Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB, Lindenmayer JP, Hsu C, Alphas L, Meltzer HY; InterSePT Study Group. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiatry.* Aug;161(8):1494-6, 2004.
7. Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res.* 1;60(1):71-80, 2003.
8. Kültür S, Mete L, Erol A (2007) *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, 184-204 ed: Köroğlu E, Güleç C.
9. Öztürk O.M, Uluşahin A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. basım, Nobel Tıp Kitabevleri, 242-323.
10. Tienari P, Wynne LC, Läksy K, Moring J, Nieminen P, Sorri A, Lahti I, Wahlberg KE. Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: evidence from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 160(9):1587-94, 2003.
11. Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV. Schizophrenia: a review of genetic studies. *Harv Rev Psychiatry.* 7(4):185-207, 1999.
12. Kile SJ. Neuropsychiatric update: neuroimaging schizophrenia. *Psychopharmacol Bull.* 40(4):156-67, 2007.
13. Woodruff PW, Wright IC, Shuriquie N, Russouw H, Rushe T, Howard RJ, Graves M, Bullmore ET, Murray RM. Structural brain abnormalities in male schizophrenics reflect fronto-temporal dissociation. *Psychol Med.* 27(6):1257-66, 1997.
14. Baaré WF, Hulshoff Pol HE, Hijman R, Mali WP, Viergever MA, Kahn RS. Volumetric analysis of frontal lobe regions in schizophrenia: relation to cognitive function and symptomatology. *Biol Psychiatry.* 15;45(12):1597-605.1999.
15. Buka SL, Goldstein JM, Spartos E, Tsuang MT. The retrospective measurement of prenatal and perinatal events: accuracy of maternal recall. *Schizophr Res.* 1;71(2-3):417-26, 2004.

16. Boog G. Obstetrical complications and subsequent schizophrenia in adolescent and young adult offsprings: is there a relationship? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 15;114(2):130-6,2004.
17. Verdoux H. Perinatal risk factors for schizophrenia: how specific are they? *Curr Psychiatry Rep.* 6(3):162-7,2004
18. Lema Tomé CM, Nottingham CU, Smith CM, Beauchamp AS, Leung PW, Turner CP. Neonatal exposure to MK801 induces structural reorganization of the central nervous system. *Neuroreport.* 29;17(8):779-83, 2006
19. Fuller Torrey E, Yolken RH. Familial and genetic mechanisms in schizophrenia. *Brain Res Brain Res Rev.* 31(2-3):113-7, 2000
20. Akhondzadeh S. The 5-HT hypothesis of schizophrenia. *IDrugs.* 4(3):295-300, 2001.
21. Stone JM, Morrison PD, Pilowsky LS. Glutamate and dopamine dysregulation in schizophrenia--a synthesis and selective review. *J Psychopharmacol.* (4):440-52, 2007
22. Hans M.O, Gabrielle V, Nicolas R, Martin B. Section for Experimental Neurophysciatry, Department of Physciatry, Germany The World Journal of Biological Psychiatry, 1-5, 2007.
23. Alin M, Murray R. Schizophrenia: a neurodevelopmental or neurodegenerative disorder? *Curr Opin Psychiatry.* 15:9-15, 2002.
24. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar (2007) Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
25. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet.* 19;363(9426):2063-72, 2004.
26. Iritani S. Neuropathology of schizophrenia: a mini review. *Neuropathology.* 27(6):604-8, 2007.
27. Seok Jeong B, Kwon JS, Yoon Kim S, Lee C, Youn T, Moon CH, Yoon Kim C. Functional imaging evidence of the relationship between recurrent psychotic episodes and neurodegenerative course in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 30;139(3):219-28, 2005.
28. Erol A, Büyükçatalbaş S, Mete L. Şizofreni Tanılı Hastaların Anne-Babalarında Frontal Lob İşlevleri. *Turk Psikiyatri Derg.* 15(2):98-104, 2004.
29. Saccuzzo DP, Braff DL. Information-processing abnormalities: trait- and state-dependent components. *Schizophr Bull.* 12(3):447-59, 1986.
30. Harrison G, Fouskakis D, Rasmussen F, Tynelius P, Sipos A, Gunnell D. Association between psychotic disorder and urban place of birth is not mediated by obstetric complications or childhood socio-economic position: a cohort study. *Psychol Med.* 33(4):723-31, 2003.
31. Cantor-Graae E. The contribution of social factors to the development of schizophrenia: a review of recent findings. *Can J Psychiatry.* 52(5):277-86, 2007.
32. Amerikan Psikiyatri Birliği (Çeviri: E.Köroğlu). DSM-IV-TR tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001:137-5.
33. Aydemir Ö. Şizofrenide işlevsellik ve Paliperidon: Bireysel ve Toplumsal Performans Ölçeği ile Yapılan Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 19(Suppl. 2):S335-S340, 2009
34. Barrowclough C, Tarrier N. Families of Schizophrenic Patients Cognitive Behavioural Intervention, Chapman&Hall, London:43, 72, 120. 1992

35. Carpenter WT (1998) Önsöz. Şizofrenide Yeni İlaç Tedavileri (çev. Aydemir Ö) MedicoGraphics, Ankara.
36. Ünal S. Şizofrenide Öznel Yaşantılar ve Duyguların İfadesi. Klinik Psikiyatri Dergisi. Cilt 3, Sayı 2:131-135, 2000.
37. Aydemir Ö, Üçok. A, Danacı AE, Canpolat T, Karadayı G, Emiroğlu B, Sarıöz F. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 19:93-100, 2009.
38. San L, Ciudad A, Alvarez E, Bobes J, Gilaberte I. Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study. Eur Psychiatry 22:490-498, 2007.
39. Erol A, Ünal EK, Aydın ET, Mete L. Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 20(4):313-321, 2009.
40. Addington J, Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. Schizophr Bull. 25(1):173-82, 1999.
41. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Opestate S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. Br J Psychiatry. 157: 853-859, 1990.
42. Erakay SY. Şizofreni tanı hastalarda sosyal işlevsellik ölçeği. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. Yayımlanmamış uzmanlık tezi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir 2001.
43. Karşıdağ Ç, Taktak Ş, Alpay N. Yetiyitimi Kavramı ve Ruhsal Hastalıklarda Rehabilitasyon. Düşünen Adam Dergisi Cilt 13, Sayı 4:228-229, 2000.
44. Strauss GD. Diagnosis And Psychiatry: Examination of The Psychiatric Patient. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volume I (ed. Kaplan HI, Sadock BJ) Williams & Wilkins, Baltimore; 578, 633. 1995.
45. Mezzich JE. Kültür ve Çok Eksenli Tanı. Kültür ve Psikiyatrik Tanı (çev Tüzer T) Compos Mentis Yayınları, Ankara:379. 1997.
46. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. Acta Psychiatr Scand. 101(4):323-9, 2000.
47. Nasrallah H, Morosini P, Gagnon DD. Reliability, validity and ability to detect change of the Personal and Social Performance scale in patients with stable schizophrenia. Psychiatry Res 161: 213-224, 2008.
48. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophr Res. 1;61(1):75-88, 2003
49. Buckley PF, Wirshing DA, Bhushan P, Pierre JM, Resnick SA, Wirshing WC. Lack of insight in schizophrenia: impact on treatment adherence. CNS Drugs. 21(2):129-41,2007.
50. Yoshizumi M, Hirao K, Ueda K, Murai T. Insight in social behavioral dysfunction in schizophrenia: Preliminary study. Psychiatry Clin Neurosci. 62(6):669-76, 2008.
51. Amador XF, Gorman JM. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. Psychiatr Clin North Am. 21(1):27-42, 1998.

52. Lysaker P, Bell M, Milstein R, Bryson G, Beam-Goulet J. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry*. 57(4):307-15, 1994.
53. Buchanan A. A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychologic Med*, 22: 787-797, 1992.
54. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull*. 26(1):193-200, 2000.
55. 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*. 14(6):259-65, 2000.
56. Debowska G, Grzywa A, Kucharska-Pietura K. Insight in paranoid schizophrenia--its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Compr Psychiatry*. 39(5):255-60, 1998.
57. Schwartz RC, Petersen S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 187(6):376-8, 1999.
58. Schwartz RC. Insight and illness in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 39(5):249-54, 1998.
59. Schwartz RC, Skaggs JL, Petersen S. Critique of recent empirical research on insight and symptomatology in schizophrenia. *Psychol Rep*. 86(2):471-4, 2000.
60. McGlashan TH, Carpenter WT Jr. Postpsychotic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 33(2):231-9, 1976.
61. Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 14(5):264-9, 1999.
62. 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*. 51(10):826-36, 1994.
63. Amador XF, Kronengold H: Understanding and assessing insight. In *Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*, edn 2. Edited by Amador XF, David AS. London: Oxford University Press; 2004:197-229.
64. Medalia A, Thysen J. A comparison of insight into clinical symptoms versus insight into neuro-cognitive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res*. 118(1-3):134-9, 2010.
65. McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, Ortilip P, Brecosky J, Hammill K, Geller JL, Roth L. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis*. 177(1):43-7, 1989.
66. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*. 156:798-808, 1990.
67. Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H ve ark. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri*. 3:17-24, 2001.
68. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 17(1):113-32, 1991.
69. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*. 150(6):873-9, 1993.

70. Bora E, Özdemir F, Özaşkinlı S. Akıl Hastalığına İlgörüsüzlük Ölçeği'nin Kısaltılmış Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türkiye'de Psikiyatri. Cilt 8 - Sayı 2 – 2006.
71. Lysaker PH, Bryson GJ, Bell MD. Insight and work performance in schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 190(3):142-6, 2002.
72. Schwartz RC, Cohen BN, Grubaugh A. Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? Compr Psychiatry. 38(5):283-8, 1997.
73. Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. Schizophr Bull. 33(6):1324-42, 2007.
74. Lysaker PH, Bell MD, Bryson GJ, Kaplan E. Insight and interpersonal function in schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 186(7):432-6, 1998.
75. First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). American Psychiatric Press, Washington D.C 1997.
76. Özkürkçüğül A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik alışması. İlaç ve Tedavi Dergisi. 12;233-236, 1999.
77. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. Schizophr Bull. 17(1):113-32, 1991.
78. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 13: 261-275, 1987.
79. Kostakoglu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom öleğinin (PANSS) Türkçe uyarlanmasının geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi, 14:23-32, 1999.
80. McGurk SR, Moriarty PJ, Harvey PD ve ark. Relationship of cognitive functioning, adaptive life skills, and negative symptom severity in poor-outcome geriatric schizophrenia patients. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 12 (2): 257-64, 2000.
81. Smith TE, Hull JW, Huppert JD ve ark. Recovery from psychosis in schizophrenia and schizoaffective disorder: symptoms and neurocognitive rate-limiters fort he development of social behavior skills. Schizohr Res, 55: 229-237, 2002.
82. Wittorf A, Wiedemann G, Buchkremer G ve ark. Prediction of community outcome in schizophrenia 1 year after discharge from inpatient treatment. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 258: 48-58, 2008.
83. Apiquian R, Córdoba R, Louzã M. Clinical outcomes of long-acting injectable risperidone in patients with schizophrenia: six-month follow-up from the Electronic Schizophrenia Treatment Adherence Registry in Latin America. Neuropsychiatr Dis Treat. 22;7:19-26, 2010.
84. Doering S, Müller E, Köpcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, Müller P, Müller-Spahn F, Tegeler J, Schüssler G. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophr Bull. 24(1):87-98, 1998.
85. obanoğlu ZS, Aker T, obanoğlu N. şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. Düşünen Adam. 16(4):211-218, 2003.
86. Horan WP, Kring AM, Blanchard JJ. Anhedonia in schizophrenia: a review of assessment strategies. Schizophr Bull. 32(2):259-73, 2006.

87. Earnst KS, Kring AM. Construct validity of negative symptoms: an empirical and conceptual review. *Clin Psychol Rev.* 17(2):167-89, 1997.

88. Meijer CJ, Koeter MW, Sprangers MA, Schene AH. Predictors of general quality of life and the mediating role of health related quality of life in patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 44(5):361-8, 2009.



## 10. EKLER

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

#### 1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

**Araştırmanın Adı:** Şizofreni Hastalarında İç Görünün Bireysel ve Sosyal Performans İle İlişkisi

**Araştırmanın İçeriği:** Şizofreni hastalarında (Şizofreni; düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü, hastanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendi dünyasında yaşadığı, genellikle gençlik çağında başlayan bir ruhsal hastalıktır.) bir hastalığı olduğuna, hastalığın klinik belirtilerine, sosyal zorluklarına ve hastalığından dolayı tedaviye ihtiyaç duyduğunu kabul etmesi ile kişiler arası ilişkiler, gündelik bakımı, işlevselliği (örn; işine gidebilme, ev işlerini yapabilme gibi) arasındaki ilişki araştırılacaktır.

**Araştırmanın Amacı:** Şizofreni hastalarının günlük işlerini yapabilmesi, kendilerine bakabilmesi, çalışabilmesi ve toplum içerisine girebilmesine etkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

**Araştırmanın Öngörülen Süresi:** 6 ay

**Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** 170

**Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:** Hastaya herhangi bir tıbbi girişimde bulunulmayacak, tedavileri değiştirilmeyecektir. Çalışmada hastaya anket şeklinde araştırmacı tarafından sorular sorulacaktır.

#### 2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR:

Bu çalışmada şizofreni hastaları için beklenen yarar; hastanın hastalığının tedavisi ve sosyal sonuçlarını fark etmesi yönünde olması beklenmektedir.

### **3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:**

Bu araştırmada hastaya herhangi bir işlemde bulunulmayacak, tedavisi değiştirilmeyecektir. Herhangi bir rahatsızlık ve risk ön görülmemektedir.

### **4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:**

Bu araştırmada uygulanan ölçeklerin toplu olarak değerlendirilmesi ile hastalığın işlevselliğinin daha iyi olabilmesi için neler yapılabileceği anlaşılabilir. Ayrıca araştırmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

### **5.GEBELİK**

Gebelerle ilgili olarak çalışmaya katılmalarında herhangi bir risk yoktur.

### **6.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME**

Yukarıdaki araştırmada uygulanacak tetkik ve tedaviye yönelik girişimler dışında hastalığımla ilgili başka uygun yöntemlerin var olduğunu, ancak bu araştırmada uygulanmayacağını öğrendim. Eğer yukarıdaki çalışmaya katılmayı kabul etmezsem sözü edilen öteki tedavileri alma hakkına sahip olduğumun bilincindeyim.

### **7.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI**

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız, gebe kalmanız veya çalışma ilacı ile ilgili bir yan etkiye maruz kalmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

### **8.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI**

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

### **9.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

### **10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT**

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığınızda aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

Uzm. Dr. Almıla Erol.Telefon: 0232 2444444-2520

### **11.ZARARLARIN KARŞILANMASI:**

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu doktor tarafından yerine getirileceği, çalışma ilacı ya da uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür tıbbi zarara karşı güvencede olduğum, masraflarımın. Uzm. Dr. Almıla Erol tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

### **12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:**

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

### **13.GİZLİLİK:**

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, uygulanan yöntemin ya da ilacın kullanımının onaylanması için verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

### **14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:**

Çalışmaya katılma onayı gerçeği değerlendirme yetisi olağan olan hastaların kendisinden, olmayanların ise vasisi ya da yakınından alınacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

*Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.*

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Doktorun

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

## SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

**Adı Soyadı:**

**Yaş:**

**Cinsiyet:** 1)Kadın 2)Erkek

**Adres ve Telefon:**

**Eğitim süresi(Yıl olarak Yazılacak):**

**Meslek:** 0)İşsiz 1)Evhanımı 2)Öğrenci 3)İşçi 4) Serbest meslek  
5)Memur 6)Yakını ile beraber çalışıyor. (yardımcı) 7)Diğer

**Medeni durumu:** 0)Bekar 1)Evli 2)Dul/Boşanmış

**Sosyoekonomik düzeyi:** 0)Düşük 1)Orta 2)Yüksek

**Hastalık Süresi(Yıl olarak yazılacak):**

**Hastalığın Başlangıç Yaşı:**

**Ailede Psikiyatrik Hastalık:** 0)Yok 1)Var

**Ailede Psikoz Öyküsü:** 0)Yok 1)Var

**Kullandığı ilaçlar:** 0)Yok 1)Tipik Antipsikotik 2)Atipik  
Antipsikotik

3)Tipik + Tipik 4)Tipik + Atipik 5)Atipik + Atipik

**Kullandığı Antipsikotik** 0)Yok 1)Antidepresan 2)Antikolinerjik

**Dışı İlaçlar:** 3)Anksiyolitik 4)Duygudurum Düzenleyici

**Bedensel Hastalık:** 0)Yok 1)Var

**Hastane Yatış Sayısı:** .....

## Akıl Hastalığına İlgisizlik Ölçeği'nin Kısaltılmış Türkçe Formu

- 1- Ruhsal bozukluğun farkında olma düzeyi  
Hasta bir ruhsal bozukluğu ya da psikiyatrik bir sorunu olduğunu kabul ediyor mu?  
Ş G  
0 0 Değerlendirilemedi.  
1 1 Farkında: Hasta açık bir şekilde ruhsal bir hastalığı olduğuna inanıyor.  
2 2  
3 3 Kısmi: Bir ruhsal bozukluğu olabileceği konusunda şüphe içinde ama hasta olabileceği düşüncesini dikkate alabiliyor.  
4 4  
5 5 Farkında değil: Bir ruhsal bozukluğu olmadığını düşünüyor.
- 2- İlaç tedavisinin etkilerinin farkında olma düzeyi  
Hasta ilacın etkisiyle ilgili ne düşünüyor? Hasta ilaçların semptomlarının yoğunluğu ve sıklığını azalttığını düşünüyor mu?  
Ş G  
0 0 Değerlendirilemedi ya da uygun değil.  
1 1 Farkında: Hasta açık bir şekilde ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azalttığını düşünüyor.  
2 2  
3 3 Kısmi: Hasta ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azaltıp azaltmadığı konusunda şüpheli ama ilaçların etkili olmuş olabileceği fikrini dikkate alabiliyor.  
4 4  
5 5 Farkında değil: Hasta ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azaltmadığını düşünüyor.
- 3- Ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının farkında olma düzeyi  
Hastanın hastaneye yatırılması, isteği dışında tedavi edilmesi, tutuklanması, kovulması, yaralanması ve yaşadığı diğer sosyal sorunlar hakkındaki düşüncesi nedir?  
Ş G  
0 0 Değerlendirilemedi ya da uygun değil.  
1 1 Farkında: Hasta açık bir şekilde yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanıyor.  
2 2  
3 3 Kısmi: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığıyla ilgili olduğu konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor.  
4 4  
5 5 Farkında değil: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanmıyor.

#### Ek-1. Genel maddeler, semptom maddeleri ve semptom tarama çizelgesi

Bu ölçeğin uygulanması için hastanın aşağıdaki semptomlardan birine sahip olması gerekir.

Öncelikle hastanın araştırılan dönemde hangi semptomları olduğu saptanmalıdır. Semptomların şiddetinden çok açıkça bulunması önemlidir. Ölçek doldurulmadan önce semptom tarama çizelgesi doldurulmalıdır.

Güncel sütununa hastanın semptomlarına görüşme sırasındaki farkındalık düzeyi işaretlenir.

Geçmiş sütununa daha önceki bir dönemdeki semptomların farkındalık düzeyi işaretlenir. Geçmişte seçilen bir zamanda ( Örneğin son psikotik alevlenmesini yaşadığı dönem) hastanın semptomların ne kadar farkında olduğu sorgulanır. Araştırmanın amacına göre incelenen dönem değişebilir.

Semptomların farkındalık düzeyinden sonra 1-3 arası puan alan ( en azından kısmi içgörüsü korunmuş) maddelerin ne ölçüde hastalığa atfedildiği sorgulanır.

Semptom tarama çizelgesi

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

Madde

4	Ş	G	Varsanı
5	Ş	G	Sanni
6	Ş	G	Düşünce bozukluğu
7	Ş	G	Alaşı
8	Ş	G	Künt duygulanım
9	Ş	G	Apati
10	Ş	G	Anhedoni/Asosyalılık

4- 10 ..... farkında olma düzeyi

Hasta ..... farkında mı ?

Ş G

0 0 Değerlendirilemedi ya da uygun değil.

1 1 Farkında: Hasta açık bir şekilde .....inanıyor.

2 2

3 3 Kısmi: Hasta..... konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor.

4 4

5 5 Farkında değil: Hasta.....inanmıyor.

Atıf: Hasta bu yaşantısını nasıl açıklıyor? ( İlk soruda 1-3 arası puan alırsa uygula)

Ş G

0 0 Değerlendirilemedi ya da uygun değil.

1 1 Doğru: Semptom ruhsal bozukluğa bağlı.

2 2

3 3 Kısmi: Emin değil fakat ruhsal bozukluğun sonucu olabileceği olasılığını dikkate alıyor.

4 4

5 5 Doğru değil: Semptom ruhsal bozuklukla ilgili değildir.

## Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

Lütfen kişiyi geçen ay boyunca gösterdiği fonksiyon düzeyine göre değerlendiriniz.  
Bu ölçekte ele alınan dört ana fonksiyon alanı bulunmaktadır:

	Yok	Hafif	Görülür düzeyde	Belirgin	Şiddetli	Çok şiddetli
a) sosyal açıdan yararlı aktiviteler; çalışma ve öğrenim görmek dahil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) kişisel ve sosyal ilişkiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) öz-bakım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) rahatsız edici ve agresif davranışlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zorlukların derecesine karar vermek için iki farklı operasyonel ölçüt seti bulunmaktadır.  
bir tanesi a-c alanları için ve bir tanesi de d alanına özgüdür.

### a-c alanlarının şiddet derecesi

- (I) yok
- (II) hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen
- (III) görülür düzeyde, herkes tarafından açıkça fark edilebilen ancak kişinin sosyo-kültürel koşulları, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirme belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler
- (IV) belirgin, bu alandaki gerçekleştirmelerini ciddi bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, her ne kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hala bazı şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir
- (V) şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştirmez hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur
- (VI) çok şiddetli: kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler

### d alanında şiddetin derecesi

- (I) yok
- (II) hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor
- (III) görülür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi
- (IV) belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)
- (V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savunmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak
- (VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan

PSP toplam skoru için kılavuzlar

71-100: Bu dereceler yalnız hafif güçlükleri yansıtır

31-70: Bu dereceler değişen düzeylerdeki yetersizliği yansıtır

0-30: Bu dereceler kişinin yoğun destek veya gözetim gerektirdiği çok kötü işlevselliği yansıtır

Ad, Soyad:

Tarih:

Uygulayan doktor:

## PANSS

<b>Pozitif Belirtiler</b>	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)	
P1 Sannlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P2 Düşünce dağınıklığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P3 Varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P4 Taşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P5 Büyüklük duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P6 Şüphencilik kötülük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P7 Düşmanca tutum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Skor:</b>							<input type="text"/>	
<b>Negatif Belirtiler</b>	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)	
N1 Duygulanımda küntleşme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N2 Duygusal iççekilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N3 İlişki kurmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N4 Pasif biçimde kendini toplumdandan çekme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N5 Soyut düşünme güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N7 Steriotipik düşünme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Skor:</b>							<input type="text"/>	
<b>Genel Psikopatoloji</b>	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)	
G1 Bedensel kaygı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G2 Anksiyete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G3 Suçluluk duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G4 Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G5 Manyerizm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G6 Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G7 Motor yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G8 İşbirliği kuramama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G9 Olağandışı düşünce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G10 Yönetim bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G11 Dikkat azalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G12 Yargılama ve içgörü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G13 İrade bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G15 Zihinsel aşırı uğraş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G16 Aktif biçimde sosyal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Toplam skor:</b>	<input type="text"/>						<b>Skor:</b>	<input type="text"/>