



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ TANISI ALAN HASTALARDA MİZAÇ VE KARAKTER
ÖZELLİKLERİNİN İÇGÖRÜ İLE İLİŞKİSİ, SAĞLIKLI
GÖNÜLLÜLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Suna SOĞUCAK

Antalya, 2019



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ TANISI ALAN HASTALARDA MİZAÇ VE KARAKTER
ÖZELLİKLERİNİN İÇGÖRÜ İLE İLİŞKİSİ, SAĞLIKLI
GÖNÜLLÜLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Suna SOĞUCAK

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mustafa Mehmet ERYILMAZ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2019

TEŐEKKÜRLER...

Uzmanlık eğitiminin süresince bilgi, deneyim ve becerilerini benden esirgemeyen başta tez danışmanım Doç. Dr. Mehmet ERYILMAZ olmak üzere, değerli hocalarım Prof. Dr. Murat KULOĞLU, Doç. Dr. Özge BAYSAL, Dr. Öğr. Üyesi Buket CİNEMRE, Dr. Öğr. Üyesi Özmen METİN, Dr. Öğr. Gör. Burak KULAKSIZOĞLU'na, çalışma arkadaşlarıma ve hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, hertürlü fedakârlığı yapan aileme çok teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

İçindekiler	iv
Kısaltmalar Dizini	v
Tablolar Dizini	vii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni	4
2.2. İçgörü	9
2.3. Kişilik, Mizaç ve Karakter Kavramları	11
2.4. Şizofreni Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri ve İçgörü ile İlişkisi	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	38
7. ÖZET	39
8. ABSTRACT	40
9. KAYNAKLAR	41
10. EKLER	48

KISALTMALAR DİZİNİ

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HA : Harm Avoidance

İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

İY : İşbirliği Yapma

İY 1 : Sosyal kabullenme- Sosyal hoşgörüsüzlük

İY 2 : Empati duyma- Sosyal ilgisizlik

İY 3 : Yardımseverlik- Yardım sevmelik

İY 4 : Acıma- İntikamcılık

İY 5 : Temiz kalplilik/vicdanlılık- Kendine yarar sağlama

KA : Kendini Aşma:

KA 1 : Kendini kaybetme-Kendilik bilincinde yaşantı

KA 2 : Kişiler arası özdeşim- Kendi kendine ayrışma

KA 3 : Manevi kabullenme- Akılcı maddecilik

KY 1 : Sorumluluk alma-Kınama

KY 2 : Amaçlılık-Amaçsızlık

KY 3 : Beceriklilik

KY 4 : Kendini kabullenme-Kendisiyle çekişme

KY 5 : Aydınlanmış ikinci mizaç

KY : Kendi Kendini Yönetme

MKE : Mizaç ve Karakter Envanteri

NS : Novelty Seeking

ÖB : Ödül Bağımlılığı:

ÖB 1 : Duygusallık

ÖB 2 : Bağlanma

ÖB 3 : Bağımlılık

P : Persistence

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

RD : Reward Dependence

S: Self-directedness

SCID-1: DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

SE : Sebat Etme

SPSS: Sosyal Bilimler için İstatistiksel Paket

ST : Self-transcendence

TCI : Temperament Character Inventory

YA 1 : Keşfetmekten heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık

YA 2 : Dürtüsellik- İyice düşünme

YA 4 : Düzensizlik- Düzenlilik

YA :Yenilik Arayışı

YA3 : Savurganlık- Tutumluluk

ZK : Zarardan Kaçınma

ZK 1 : Endişe ve karamsarlık-Sınırsız iyimserlik

ZK 2 : Belirsizlik korkusu

ZK 3 : Yabancılardan çekinme

ZK 4 : Yorulma ve dermansızlık

TABLO DİZİNİ

- Tablo 4.1:** Şizofreni Hastalarının ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması
- Tablo 4.2:** Şizofreni Hastalarına Uygulanan Ölçeklerin Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı
- Tablo 4.3 :** Şizofreni Hastalarının ve Kontrol Grubunun Mizaç Karakter Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması
- Tablo 4.4 :** Şizofreni Hastalarının ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Mizaç Karakter Envanteriyle İlişkisi
- Tablo 4.5:** Şizofreni Hastalarında Mizaç Karakter Envanteri ve PANSS Ölçeği ve İÜBDÖ Arasındaki İlişki
- Tablo 4.6:** Şizofreni PANSS ve İÜBDÖ Arasındaki İlişki
- Tablo 4.7:** Şizofreni Hastalarında İÜBDÖ ile sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni hastalarının ortak bir özelliği hastanın var olan problemine farkındalığının yokluğu olarak bilinen zayıf içgörüdür. Jaspers psikiyatride içgörüyü klinik olarak tanımlayan ilk klinik araştırmacılardan biridir ve içgörüyü bir bütün olarak hastalığının farkında olma, hastalığının belirtilerinin farkında olma olarak tanımlamıştır (1). İçgörü, çeşitli tanımları olan çok boyutlu bir kavramdır. Çoğu tanım, kişinin tedavi gerektiren bir zihinsel hastalığı olduğunun, bu hastalığın sürdüğünün, belirtiler ve olası sonuçlarının farkında oluş halini içerir. Temel psikiyatri kitapları içgörüyü ruhsal muayenenin hastanın ruhsal durumu hakkında bilgi veren ve nevroz ile psikoza ayıran temel özellik olarak tanımlamaktadır. Bir literatür çalışmasında şizofreni hastalarının % 50-80'inin zayıf içgörü sahibi olduğu gösterilmiştir (2). WHO'nun 1973'te şizofreni ile ilgili gerçekleştirdiği uluslararası bir araştırmada psikotik hastaların %97'sinin içgörüsünün olmadığı bildirilmiştir (3).

İçgörü, sıkıntı duygusu ve birkaç baş etme yöntemi arasında ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, semptom ve sorunların farkında olma daha yoğun sıkıntı duygusuyla, olumlu yorum ve gelişme şeklinde baş etme yöntemi daha düşük sıkıntı duygusu ve daha düşük semptom farkındalığı ile ruhsal çözülme şeklinde baş etme yöntemi daha yoğun sıkıntı duygusu ve sorunların daha düşük farkında olma ile ve sosyal destek arama şeklindeki baş etme yöntemi daha büyük hastalık farkındalığı ile ilişkili bulunmuştur. İçgörü ya da sıkıntı duygusu ile baş etme mekanizması olarak inkârın kullanılması arasında ise bir ilişki saptanmamıştır (4).

İçgörü biyolojik, psikolojik ve psikososyal birçok faktörden etkilenmektedir. İçgörü düzeyinin düşüklüğü şizofreni hastasının ve hastalığının çeşitli özellikleriyle ilişkilendirilmiştir. Şizofreni hastalarında içgörünün kısmi ya da tamamen yok olmasının tedaviye uyumu bozduğu bildirilmiştir (5). İçgörünün çeşitli klinik, sosyodemografik ve kognitif faktörlerle ilişkisini

araştıran çalışma sonuçları tutarsızdır. Zayıf içgörünün ilişkili olduğu faktörler bilinir ve anlaşılırsa, bunlara yönelik spesifik tedavi ve psikoterapötik programlar geliştirilebilir.

Şizofrenide kişilik özellikleri Kreapelin ve Bleuler'den beri merak edilen konular arasında olmuştur. Pek çok çalışmada şizofreni hastalarının kişilik özelliklerinin sağlıklı bireylerden farklı olduğu belirlenmiştir (6). Bazı çalışmalar da kişilik yapısı, özerklik, hakimiyet, özyeterlilik, özsaygı gibi unsurların yaşam kalitesini değerlendirmekte kullanılabileceği öne sürülmektedir (7). Bu nedenle şizofreni hastalarında kişilik ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, şizofreni hastalarına ait yaşam kalitesini etkileyen durumları değerlendirebilmek için önemlidir. Kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi için geliştirilen bazı psikobiyolojik modeller bulunmaktadır. Bunlardan biri de Cloninger'in kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal çeşitliliği açıklayan psikobiyolojik kişilik modelidir (8).

Şizofreni hastalarında klinik, prognoz, içgörü tedaviye yanıt hastadan hastaya farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda kliniği, içgörüyü etkileyen faktörler incelendiğinde kesin sonuçlar elde edilememiş ve etkisi olabileceği düşünülen birçok farklı sonuç ortaya çıkmıştır. Son dönemde araştırmacılar bu çeşitliliğin hastaların farklı kişilik özelliklerine sahip olması ile ilişkili olabileceğini düşünerek bu konuya yönelik çalışmalar yapmaya başlamışlardır. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında özellikle bazı mizaç ve karakter özelliklerinin daha belirgin olduğu saptanmıştır. Bu araştırmalarda hastalık öncesi ya da hastalık sırasındaki kişilik özelliklerinin klinik özellikleri, tedavi süreci ve içgörü ile etkileşim içinde olabileceği öne sürülmüştür (9). Bu amaçla Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine başvuran, DSM-V tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı alan, çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan ve tedavisi başlanan hastalar projeye alınmak üzere proje yürütücüsüne yönlendirilecektir. Hastaya proje anlatıldıktan sonra onam formu doldurulacaktır. Çalışmaya katılacak şizofreni tanısı olan 50 kişinin her biri ile toplamda bir kez psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Sosyodemografik veri formu,

pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS), içgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ), SCID I hekim tarafından doldurulacaktır. Ayrıca hastalara kendilerinin doldurduğu; mizaç ve karakter envanteri (MKE) verilecektir. Hasta grup arasından belirlenen 50 kişi ile; yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve sosyoekonomik açıdan eşleştirilmiş 50 gönüllü sağlıklı kontrol grubu ile de birer kez psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Sosyodemografik veri formu, SCID I hekim tarafından doldurulacaktır. Ayrıca sağlıklı gönüllülere kendilerinin doldurduğu; mizaç ve karakter envanteri ölçeği verilecektir. şizofreni tanısı olan hastalara PANSS uygulanarak negatif belirti ve pozitif belirtilerin değerlendirilmesi yapılacaktır. Hastalara ve yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi olarak eşleştirilmiş sağlıklı gönüllülere SCID I uygulanarak eşlik eden ek psikiyatrik hastalıkların varlığının dışlanması; mizaç ve karakter envanterini tamamlaması planlanmıştır. şizofreni hastalarının karakter ve mizaç özellikler ile içgörü ilişkisi değerlendirilecektir. Sonrasında hastaların ve sağlıklı kontrollerin mizaç ve karakter özelliklerinin karşılaştırılması yapılacaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni, çoğunlukla ergenlik veya genç erişkinlik dönemlerinde başlayan, bilişsel, emosyonel, algısal ve davranışsal alanlarda bozukluklarla seyreden, kişinin sosyal bağlamından ve gerçeklikten uzaklaşarak kendi dünyasına kapandığı, yıkıcı ve süreğen seyirli bir ruhsal bozukluktur (10).

Şizofreni sadece kişide değil, kişinin ailesi ve sosyal çevresinde de güçlüklerle ve çok yönlü yıkımlara yol açan süreğen bir hastalıktır. Başlangıcı, semptomları ve gidiş şekli açısından çok farklı seyirler izleyebilir. Bu nedenle şizofreni heterojen bir klinik görünüm sergiler. Hastalığın temel semptomları, sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve davranış, uygunsuz duygulanım, bilişsel kayıplar ve psikososyal işlevsellikte bozulmadır (10).

Akıl hastalıkları eski çağlardan beri tanımlanmaya çalışılmıştır. Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan hekimlerinin yazılarında ve Sanskrit yazılarında, şizofrenik türde ruh hastalığının tanımlandığı bildirilmektedir. Orta Çağ Avrupa'sında diri diri yakıldıkları bilinen, şeytana tutulmuş diye zincire vurulan kişilerin önemli bir bölümünün şizofreni hastası olduğu düşünülmektedir (11). O çağlarda Türk ve İslam dünyasında ruh hastaları için hastaneler yapıldığı, Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde Anadolu'da kurulan bimarhanelerde ruh hastalarına bakım ve tedavi uygulandığı bilinmektedir (12). 17. yüzyılda Willis, 18. Yüzyılda Philippe Pinel bu belirtileri hastalık olarak değerlendirmeye başlamışlardır (13). Philippe Pinel akıl hastalıklarını beş kategoriye ayırmıştır ve şizofreninin tanı kriterlerini karşılayan birçok hasta tanımlamıştır. Bu hastaların çoğu demans (demence) olarak isimlendirdiği 'düşünme kabiliyetinin kalktığı' grupta bulunmaktadır (14). Morel 1860 yılında ergenlik ve erken erişkinlik döneminde başlayan ve yıkımla giden hastalık için erken bunama anlamına gelen 'demence precoce' deyimini kullanmıştır. 1871'de Hacker hebefreniyi, 1874'te Kahlbaum katatoniyi tanımlamış, sonrasında Kraepelin 1896'da erken başlangıç

yaşı ve yıkım ile sonlanmaları gibi ortak özelliklere sahip olmalarını dikkate alarak, bunların tek bir hastalığın farklı klinik görünümüleri olduğunu ileri sürmüş ve bu tabloları ‘dementia praecox’ tanısı altında toplamıştır (15). Eugen Bleuler 1908 yılında “akıl yarılması” (schisis:yarılma, phrenia:akıl) anlamına gelen ‘şizofreni’ terimini ortaya atmış ve hastalığın her zaman erken yaşta başlamayabileceğini ve her zaman yıkım ile sonuçlanmayabileceğini öne sürerek kullanmıştır (16). Hastalığın belirti ve bulguları üzerinde yoğunlaşan Bleuler, şizofreniye ait belirtileri tanımlamaya çalışmış ve klinik tabloların temel belirtilerini dört başlık olarak belirtmiştir. Bleuler’in temel belirtileri psikiyatride “4A Belirtisi” olarak bilinmektedir. Bleuler’in Temel Belirtileri; Autizm (otizm), Affekt (duygulanım) bozukluğu, Assosiasyon (çağırışım) bozukluğu, Ambivalanstır (17).

Kurt Schneider, şizofreninin tanımlanmasında fenomenolojik bir yaklaşım kullanarak şizofreniye özgül belirtileri tarif etmeye çalışmıştır. Schneider, patognomonik olduğunu ileri sürdüğü bazı ölçütleri “birincil sıra (first rank) belirtiler” olarak tanımlamıştır. Strauss, 1970’li yıllarda şizofreni semptomlarını pozitif semptomlar, negatif semptomlar ve ilişkilendirme bozuklukları olarak üç temel grupta sınıflandırmıştır. Carpenter ise bu üç semptom alanını psikotik semptomlar, bilişsel semptomlar ve negatif semptomlar olarak adlandırmıştır (12).

Şizofreni kişinin düşünce, duygulanım, algılama ve davranışları ile kişilerarası ilişkiler ve özbakım gibi önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açan, kronik bir ruhsal bozukluktur. (18). Şizofreni her coğrafi bölge ve toplumda görülen bir bozukluktur. Karşılaştırmalı verilerin toplanmasındaki güçlüklerle karşın, şizofreninin nokta yaygınlığı binde 5 civarındadır (19). ABD’de şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 100 kişide 1’dir (12). Türkiye’de yapılan epidemiyolojik çalışmada ise şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8.9’dur. (20) Son zamanlarda dünyanın her yerinde benzer sıklıkta görüldüğü ve cinsiyetler arası farklılık göstermediği yolundaki klasik bilgiler tekrar değerlendirilmekte olup, sıklığın değişiklik gösterdiği, kadın ve erkekler arasında eşit olmadığı, şehirleşme, göç hatta yaşanan bölgedeki gelir eşitsizlikleri ile sıklığın da değişebildiği yolundaki veriler çoğalmaktadır (21).

Şizofrenin sıklıkla ortaya çıktığı yaş dönemi erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşlarıdır. Son yıllarda yapılan araştırmalar, geç başlangıçlı şizofreninin sanıldığı kadar az olmadığını göstermektedir. Geç başlayan şizofrenide, genellikle kronik ve ilerleyici bir gidiş olmaz ve daha az yıkımla seyredir. Bu özellikler açısından bakıldığında erken başlangıçlı olgulardan farklıdırlar (22,23).

1990 yılından önce yapılan çalışmalarda yaşam boyu şizofreni yaygınlığı kadın ve erkek cinsiyette eşit saptanmıştır (16). Ancak son yıllarda kadınlarda şizofreni görülme sıklığının daha az olduğu saptanmıştır (17). 2003 yılında Aleman ve arkadaşlarının yaptıkları meta-analizde erkeklerde ve kadınlarda şizofreni geliştirme oranları karşılaştırmış, 1.42 bulunmuştur (23).

Şizofreni etyolojisi kesin olarak aydınlatılamamıştır. Ancak günümüzde şizofreni nörobiyolojisi ile ilgili çalışmalar anatomi, nöron işlevleri, nöropatoloji, elektrofizyoloji, genetik, nörofarmakoloji ve gelişimsel nörolojiyi de içerecek şekilde sürmektedir ve önemli bilgiler saptanmaktadır (24). Şizofreni çok etkenli bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Genetik ve perinatal etkilerle yaşamın erken döneminde psikobiyolojik bir yatkınlık oluşmaktadır. Sonrasında, hastalığın başlangıcı ve gidişi biyolojik ve psikososyal etkenlerle meydana gelmektedir. Bu etkenler, ergenlik ve erken erişkinlik döneminde nörogelişimsel olarak hastalığa yatkınlığı olan bireyde psikozun ortaya çıkmasını tetikleyebilir (26). Şizofrenide nörogelişimsel bir bozukluk olabileceği öne sürülmüştür (27). Gelişimin erken dönemlerindeki aksamaların, gen ve çevre etkileşimi ile birleşerek bozukluğa yol açtığı günümüzde kabul görmektedir (27).

Nörogelişimsel varsayımda, perinatal veya prenatal erken beyin hasarının daha sonra şizofreni ile sonuçlandığı düşünülmektedir (28). Şizofreni tanısı alan hastalarda prefrontal korteksin oluşumu sırasında nöronal göçte bozukluk olduğu ileri sürülmektedir. Daha sonra bu bozukluk ve diğer defektlerin belli bir latent dönemden sonra dopamin işlevinde patolojik olayları harekete geçirerek şizofreninin ortaya çıkmasına yol açabileceği düşünülmektedir. Hastalığa belirgin bir bilişsel yıkımın eşlik etmesi, şizofreninin nörodejeneratif bir süreçten kaynaklandığını da düşündürmektedir (29). Şizofrenide beyin görüntüleme ve

postmortem çalışmalar, serebral yapıdaki bozuklukla hastalığın ilişkisini göstermektedir. Farklı beyin bölgelerinin değişen boyutlarda etkilendiği, lateral ventriküllerde sağda % 36, solda % 44 hacim artışı olduğu gösterilmiştir (30).

Şizofreni etiolojisinde nörokimyasal değişiklikler önemlidir. Dopamin hipotezi, antipsikotik ilaçların keşfi ile ortaya çıkmıştır (31). Şizofreni belirtilerinde azalmaya neden olan antipsikotiklerin dopamin reseptörlerini bloke etmesi ve monoamin düzeylerini arttırarak etki gösteren amfetamin gibi uyarıcı maddeler ile psikotik semptomlar meydana gelmesi hipotezi desteklemiştir. (32, 33). Sonrasında teknolojik gelişmeler ile beyindeki dopamin yolları keşfedilmiştir. Mezolimbik dopaminerjik yolaktaki hiperaktivitenin pozitif, mezokortikal dopaminerjik yolaktaki hipoaktivitenin negatif psikotik belirtilere neden olduğuna inanılmaktadır (34). Serotonin hipotezi, dopamin hipotezinden daha erken ortaya çıkmıştır. Liserjik asit dietilamidin (LSD) halüsinojenik etkileri ve bu etkilerin serotonin metabolizması ile oluşması, serotoninin şizofreni patogenezinde rol oynayabileceğini düşündürmüştür (35). Sonrasında antipsikotik ilaçların gelişimi ile yerini dopamin hipotezine bırakmıştır (36). Ancak günümüzde klozapin ve diğer atipik antipsikotikler ile şizofreni semptomlarında düzelme sağlanması, serotonerjik sistemi tekrar gündeme getirmiştir (37). Noradrenalin sinyal artışı, bazı şizofreni olgularının etiolojisinde rol oynamaktadır (38). Asetilkolin, glutamat ve GABA şizofreni etiolojisinde rol oynadığı düşünülen, yeni tedavilerde hedeflenen diğer nörotransmitterlerdir (39).

Bu çalışmada şizofreni tanısı için DSM-5 tanı ölçütleri kullanılmıştır.

DSM-5-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 (ya da daha fazlasının) bulunması:

1. Hezeyanlar (sanrılar),
2. Halüsinasyonlar (varsanılar),
3. Dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. çağrışımlarda dağınıklık ya da enkoherans),

4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış,
5. Negatif belirtiler, yani duygulanım ifadesindeki donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolisyon.

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle / birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal / mesleki işlev bozukluğu: İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (Başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da 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 süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örn. acayip inanışlar, olağan dışı algısal yaşantılar) kendilerini 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 ya da Mikst Epizotlar ortaya çıkmamıştır ya da aktif-evre belirtileri sırasında duygudurum epizotları 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 (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç)

doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağılı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir yaygın gelişimsel bozuklukla olan ilişkisi: Otistik Bozukluk ya da diğere bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir (10).

2.2. İçgörü

İçgörü kişinin sorunlarını anlama kapasitesi olarak ifade edilebilir. İçgörüyü klinik olarak tanımlayan ilk araştırmacılardan olan Jaspers, hastalığının farkında olma, hastalığının belirtilerinin farkında olma olarak tanımlamıştır. Jaspers (1913) ve Lewis (1934) içgörüyü bütün bir özellik olarak ele almıştır. Hastanın içgörüsünün olduğunu ya da olmadığını kabul etmişlerdir. İçgörünün olmayışı psikoz için olmazsa olmaz denilmiştir. Ancak yakın zamandaki çalışmalarda bu görüş eleştirilmiş, bunun yerine içgörünün tek bir olgu değil bir kaç alt boyutun birleşiminden oluşan bir yapı olduğu düşüncesi önem kazanmıştır (40). Greenfeld ve arkadaşları ise içgörüyü 5 ana bölüme ayırmışlardır. Bunlar hastanın belirtileri hakkındaki görüşleri, hastalığın varlığı hakkındaki görüşleri, etiyoloji hakkındaki görüşleri, hastalığın tekrarı için duyarlılık, tedavinin değeri hakkındaki fikri olarak belirtilmiştir (41).

Klinisyenler şizofreni hastalarında ve diğere psikoz hastalarında, hastaların çoğunun kendi hastalıklarından habersiz ve hastalıklarına karşı ilgisiz olduğunu fark etmişlerdir. Zayıf içgörü klinisyen ve aile bireyleri tarafından sağlanacak yardım ve tedavi girişimlerini aksatmaktadır. Aynı zamanda psikotik bozukluk tanısı almış kişiler de kendileri asla inanmadıkları halde yakınlarının, doktorlarının ve arkadaşlarının kendilerinde bir ruhsal hastalık olduğunda ısrar etmesi nedeniyle hayal kırıklığı ve güvensizlik yaşamaktadırlar ve tedaviyi istememektedirler (42).

Şizofreni, içgörünün en sık bozulduğu psikiyatrik rahatsızlıktır. Bir literatür derlemesi şizofreni hastalarının % 50-80'inin kendilerinde bir rahatsızlık olduğuna inanmadıklarını göstermiştir. İçgörünün kısmi ya da yok olmasının tedaviye uyumu bozduğu bildirilmiştir (43). Valenstein ve arkadaşlarının yaptıkları bir metaanalizde herhangi bir zamanda şizofreni hastalarının % 40'ının tedaviye uyumunun zayıf olduğunu ve zaman geçtikçe de tedaviye uyumun düşeceğini ortaya koymuşlardır (44).

İçgörünün değişken olduğunu ileri süren araştırmacılar da vardır. Bazı araştırmacılar bazı hastaların hastalığın belirtilerini fark ettiğini fakat onları ruhsal hastalıktan başka bir nedene bağladıklarını belirterek psikotik semptomlara farkındalık ve psikotik semptomları hastalığa yorma arasında farka vurgu yapmışlardır. Yine bazı hastaların bazı belirtilerin farkındayken bazı belirtilerin de farkında olmadıklarını belirtmişlerdir (45).

İçgörünün kavramsal sınırları ile ilgili genel bir görüş oluşmuştur ancak, şizofrenideki içgörü eksikliğinin belirtilerle ilişkisi henüz aydınlatılamamıştır. İçgörünün oluşumuyla ilgili, içgörünün pozitif, negatif ya da dezorganize bir belirti olduğuna dair teoriler bulunmaktadır. Aynı zamanda nöropsikolojik, metabolik veya nöroanatomi bir eksiklik olduğu ya da bunların 2 ya da daha fazlasının bir kombinasyonu olduğunu öne süren görüşler mevcuttur. Görüşlere bakılırsa; pozitif belirtiler açısından içgörü eksikliği ruhsal hastalığın varlığını reddettiği bir sanrı tipi olarak kabul edilmiş ve "sağlık sanrısı" olarak adlandırılmıştır (46). Negatif belirti olarak içgörü eksikliğini ele alırsak, düşünce ve davranışlarda bozukluklar ve yetersizlikler olarak tanımlanmaktadır. İçgörü eksikliği "kişinin kendini algılama ile ilgili zihinsel iççekilme" olarak değerlendirilmiştir. Dezorganize belirti olarak içgörü eksikliğine bakarsak, şizofrenideki işlevsellik kaybı ve bunun hastalık öncesi dönemle kıyaslanmasının yapılabilmesi için gerekli soyut düşünme süreçlerinin etkilendiği öne sürülmüştür (47). Nörolojik ya da nöropsikolojik bir sorun olarak içgörü eksikliği değerlendirilmiştir. Anosognosia hastalarında belirtilerinin farkındalık yetisi yoktur. Bu durumun frontal lob disfonksiyonuna bağlı zayıf içgörüye bağlı

olduğu düşünölmektedir. İıgörü eksikliğini şizofreni için anosognosia eşdeğeri olduğunu kabul ederler (48). Bilişsel süreçler olarak içgörü değerlendirildiğinde ise klinik içgörünün aksine bilişsel içgörü metakognisyonu düşöndürmektedir (48). Nöroanatomik bir defisit olarak içgörü eksikliği değerlendirildiğinde ise dorsolateral prefrontal korteksin hastalığın farkında olamama boyutu ile, orbitofrontal alanın ise belirtileri yanlış affetme boyutu ile daha yakın bağlantılı olduğu saptanmıştır (50).

Zayıf içgörü eksikliği ile ilgili diğer bir görüş ise bilinçdışı bir savunma mekanizması olarak reddetme şeklinde ortaya çıktığı şeklindedir. Bunun da hastayı farkındalığın ortaya çıkartabileceği depresif belirtilerden ve stigmadan koruduğu ileri sürölmektedir (51).

2.3. Kişilik, Mizaç ve Karakter Kavramları

Karakter (character), mizaç (temperament) ve kişilik (personality) farklı kavramlardır. Mizaç ‘karışım’ anlamına gelen ‘temperare’ sözcüğünden türemiş olup, kalıtımla geçen ve değişmesi beklenmeyen yapısal özelliklerdir (52). Karakter ise; çevreden etkilenen , öğrenilmiş, değişime uğrayabilen davranış ve tutumlardır. Kişilik ise; kalıtımla gelen mizaç ile sonradan oluştuğu düşünölen öğrenilmiş tutumlardan oluşın, sosyal ve kültürel öğeleri içeren karakterin zekâ ile birleşmesi sonucu oluşmaktadır (53). Kraepelin, kişinin hastalık olmaksızın ömür boyu taşıdığı özellikleri ‘kişisel görüntü’ olarak tanımlamış ve depresif tip, hipertimik/manik tip, iritabl tip ve siklotimik tip olmak üzere 4 temel mizaca ayırmıştır (54).

Schneider ise depresif ve hipomanik mizaçlar tanımlamıştır. Ancak Kraepelin’in aksine genetik olarak bu iki mizacın duygudurum bozukluklarıyla bağlantısı olmadığını iddia etmiştir (55).

Akiskal beş temel afektif mizaç tanımlamıştır. Bunlar; depresif, siklotimik, hipertimik, iritabl ve anksiyöz mizaçtır. Akiskal tanımladığı afektif mizaçın duygudurum bozukluklarına zemin oluşturduğunu belirtmiştir (56).

Mizaç ve karakter konusunda en çok çalışma yapan kişilerden biri de Cloninger'dir. Cloninger, kişilik modeli oluşturmada fenotip ve genotipik kişilik boyutlarının birlikte ele alınması gerektiğini belirtmiştir (57). Kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, boyutsal kişilik modeli geliştirmiştir. Cloninger'in modeli altta yatan sosyal ve biyolojik belirleyicileri dikkate alması, belleğin tiplerini ayırt etmesi açısından diğer modellerden ayrılmıştır. Cloninger, kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ile karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan psikobiyojik kişilik modeli tanımlamıştır. Cloninger'in kişilik kuramı psikometrik kişilik çalışmaları kadar, ikizler ve ailelerde yapılan uzunlamasına gelişimsel çalışmalar, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgilerle oluşmuş ve ilerlemiştir (58). Psikobiyojik model, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez varsayılan dört mizaç ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu kapsamaktadır. Karakter ve mizaç özellikleri etiyojik olarak ayrı oluşumlardır. Ancak işlevsel olarak bağlantılıdır ve aralarındaki etkileşim dinamik bir kişilik organizasyonunu göstermektedir. Bu model önceki kişilik modellerinden farklı olarak altta yatan sosyal ve biyolojik belirleyicileri dikkate almış ve belleğin tiplerini ayırt etmiştir (59). Bir kişinin tehlike, yenilik, ödül ve cezaya otomatik olarak vereceği yanıt mizaç özellikleri olarak doğuştan getirilmiştir. Mizaç özellikleri kalıtılabilir niteliktedir. Tüm kültürlerde benzerdir. Yapılan ikiz çalışmalarında bu dört mizaç özelliğinin birbirinden bağımsız olarak kalıtıldığı saptanmıştır (59).

Mizaç boyutları, erken gelişimsel dönemde görülebilmektedir ve bu dönemde insan davranışında gözlenen diğer birçok sosyal işlevler, özellikle frontal, temporal ve limbik kortikal bölgelerdeki yoğun sinapslar ve nöronal devrenin düzenlenmesinde görevli değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Cloninger'e göre korku, öfke, heyecan gibi temel duygular, sonrasında daha karmaşık olan sevgi, empati, sevecenlik, gibi pozitif ikincil duygularla yer değiştirir. Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği, birbirinden genetik olarak bağımsız ve her biri farklı birincil ulak sistemi tarafından düzenlenen üç farklı mizaç özelliği tanımlamaktadır ve modele uygun olacak şekilde geliştirdiği ilk ölçektir (60).

Buna göre yenilik arayışı dopaminerjik, zarardan kaçınma serotonerjik, ödül noradrenerjik dizge tarafından düzenlenmektedir. Cloninger, başlangıçta ödül bağımlılığının bir alt grubu olarak düşündüğü sebat etmeyi, sonrasında ödül bağımlılığının diğer alt grupları ile bağlantılı olmadığını görünce, dördüncü mizaç grubu olarak tanımlamıştır (57, 58). Bu dört mizaç özelliği, Cloninger'e göre, birbirinden genetik olarak bağımsızdır, yaşamın erken dönemlerinde şekillenir ve kişiliğin biyolojik temelini oluşturur (59). Modele göre mizaç alt boyutları; yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme alt gruplarından oluşmaktadır.

Mizaç Alt Boyutları

1. Yenilik Arayışı –YA (Novelty Seeking-NS)

Yeniliğe yönelik isteğin başlangıcı ya da aktivasyonunda, ani dürtüsel karar verme, ödül alma olasılığı ortaya çıktığında çabuk sinirlenme, ceza sinyallerinden aktif kaçınma gibi davranışların kalıtsal yatkınlığını gösterir (62).

YA puanları yüksek olanlar; duyguları hızlı değişen, meraklı, heyecanlı, coşkulu, yeni keşiflerden zevk alan, kolay sıkılan, dürtüsel ve düzensizdirler. YA puanları düşük olanlar; duyguları yavaş değişen, heyecansız, duygusal olmayan, düşünceye önem veren, meraksız, monotonluğa tahammüllü, sistematik, düzenli ve tutumludurlar.

Yenilik arayışının 4 alt boyutu vardır:

YA 1: Keşfetmekten heyecan duyma- Kayıtsız bir katılık

YA 2: Dürtüsellik- Düşünerek hareket etme

YA 3: Savurganlık- Tutumluluk

YA 4: Düzensizlik – Düzenlilik

2. Zarardan Kaçınma –ZK (Harm Avoidance-HA)

Zarardan kaçınma; ödül olmayan, engelleyici veya ceza sinyallerine verilen yanıtlarda davranışın önlenmesine kalıtsal yatkınlığı ifade eder (61,62). ZK puanları yüksek olan bireyler; tedbirli, gergin, korkulu, çekingen, cesaretsiz, olumsuz, kötümser, utangaç, onay ve cesaretlendirme beklentisi içinde, eleştiriyi ve cezaya hassastırlar. ZK puanları düşük olan bireyler; tedbirsiz, rahat, sakin, iyimser, cesur, güvenli, dışa dönük ve dinçtirler.

ZK'nın 4 alt boyutu vardır:

ZK 1 Beklenti Kaygısı ve Kötümserlik - Sınırsız İyimserlik

ZK2 Belirsizlik Korkusu

ZK 3 Yabancılardan çekinme

ZK 4 Yorulma ve dermansızlık

3. Ödül Bağımlılığı –ÖB (Reward Dependence-RD)

Ödül Bağımlılığı; bir ödül karşısında harekete geçme ve bu sürede geçirdiği aşırı duygusallık, sosyal bağıllık ve diğerlerinin onayına bağımlılık gibi davranış yanıtının kalıtsal yatkınlığını ifade eder (61,62). ÖB puanları yüksek olan bireyler; sevecen, sıcak, duyarlı, bağımlı ve sosyaldirler. ÖB puanları düşük olan bireyler; pratik, soğuk, sosyal olarak duyarsızdırlar, tek başına olmaktan memnun ve mesafelidirler.

ÖB'nin 3 alt boyutu vardır:

ÖB 1: Duygusallık

ÖB 3: Bağlanma

ÖB 4: Bağımlılık

4. Sebat Etme –SE (Persistence-P)

Sebat etme, daha önce ödül bağımlılığı içerisinde değerlendirilirken, modelin geliştirilmesiyle ayrı bir alt grup olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Yorgunluk, engellenme, ve aralıklı olarak pekiştirilmeye rağmen davranışın devamlılığındaki kalıtsal eğilimi ifade eder. Sebat eden bireyler insanı engelleyen ödül yokluğu durumlarıyla karşılaştıklarında bu davranışın sönmesine karşı direnç sergilerler (61,62). SE puanları yüksek olan bireyler; engellenmeye rağmen üretken, çalışkan, kararlı ve sebatkârdırlar. Engellenme ve yorulma ile daha çok kamçılanırlar ve işkoliktirler. Koşullar istikrarlı ve ödüller aralıklı ise sebat etme uyum sağlayıcıdır ancak, koşullar hızlı değişiyorsa sebat etme uyum sağlayıcı olmaz. SE puanları düşük olan bireyler; tembeldirler ve işlere nadiren gönüllü olurlar. Kolay bir işi başlatmakta bile yavaş davranırlar ve ellerinde olandan daha fazlası için çaba harcamazlar. Ödül alacaklarını bilseler bile çalışmalarını arttırmazlar. Koşullar çok sık değişiyorsa uyum sağlayıcı, ödül uzun dönemde ve aralıklı olarak veriliyorsa uyum bozucudur (62).

Karakter neokorteks ile hipokampus tarafından düzenlenen yorumlama, çözümlenme, soyutlama, sembolizasyon, mantık süreçleri gibi yüksek bilişsel işlevleri içeren anlamsal bellek ile ilişkili olup kişiliğin kavramsal çekirdeğidir. Bu işlevler, benlik ile dış dünya arasında ilişkinin gelişmesine olanak sağlar (58, 59).

Cloninger'in ele aldığı 'karakter' kavramı, 'kişilik' kavramına göre psikodinamik formulasyonlarda daha sıkça kullanılmaktadır. Karakter mizaca göre daha az kalıtsal geçiş gösterir. Karakter oluşumunda sosyal öğrenme, bireye özgü yaşamsal olaylar, kültür ve çevresel faktörler rol oynamaktadır. Karakter, zamanla değişebilme ve olgunlaşabilme özelliği göstermektedir. Cloninger bu dört mizaç boyutundan oluşan özgün modelin, kişilik özelliklerini yeterince açıklamadığını gözlemlemiş; aynı mizaca sahip bireylerin farklı davranışlar sergileyebildiği bulgusundan ilerleyerek, ölçeğe üç karakter boyutu, iş birliği yapma, kendini aşma eklemiş ve ölçeğin adını 'Mizaç ve Karakter Envanteri' olarak değiştirmiştir. Kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma olgun kişiliği tanımlayacak olan üç karakter özelliği olarak nitelendirilmektedir. Bu karakter özellikleri yaşla birlikte artış göstermekte, kişisel ve sosyal etkinliği belirlemekte; zorluklarla dolu bir yaşam olayı karşısında kişiyi güçlü kılmaktadır. Bu özelliği düşük olan bireyler ise materyalist başarılar için uygun kişiliklerdir (63).

Karakter Alt Boyutları

1.Kendi Kendini Yönetme- KY (Self-Directedness- SD)

Kendini yönetme; bireysel açıdan anlamlı amaçlarının belirlenmesi ve sorunları çözümede beceri ve güvenin gelişimi, kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi ile kendini kabullenmeden oluşur (61,62). KY puanları yüksek olan bireyler; olgun, kendine yeten, sorumlu, güvenilir ve amaçlıdır. Kendilerine saygı ve güvenleri yüksektir. Davranışları, bireysel seçim ve hedefleri ile uyumlu ve etkindirler. Otorite karşısında asi olarak algılanabilirler. KY puanları düşük olan bireyler; kırılgan, suçlayıcı, sorumsuz ve güvenilmezdirler. Başlarında güvenilir bir liderleri olmadığında bu özellikleri

gösterirler. Organize edici bir sistemleri az gelişmiş olup, anlamlı hedefler tanımlamak ve bunları sürdürmekte zorlanırlar.

KY 5 alt gruptan oluşur:

KY 1 Sorumluluk alma- Kınama

KY 2 Amaçlılık- Amaçsızlık

KY 3 Beceriklilik

KY 4 Kendini kabullenme- Kendisiyle çekişme

KY 5 Aydınlanmış ikinci mizaç

2. İşbirliği Yapma –İY (Cooperativeness-C)

İşbirliği yapma; empati, yardımseverlik, sosyal kabul, hoşgörü, sevecenlik ve vicdanlı olmayı kapsar (61,62). İY puanları yüksek olan bireyler; sevecen, tahammüllü, destekleyici, eşduyumlu, ilkeli ve adalet duyguları gelişmiştir. Başkaları ile işbirliği yapmayı severler. Kişilerin ihtiyaçlarını fark eder ve saygı duyarlar. Grup çalışmalarına ve sosyal ortamlara uygun bireylerdir. İY puanları düşük olan bireyler; intikamcı, tahammülsüz, eleştirel ve fırsatçılardır. Sadece kendileri ile ilgilenir, diğer insanların isteklerini dikkate almazlar.

İY'nin 5 alt boyutu vardır:

İY 1 Sosyal kabullenme- Sosyal hoşgörüszlük

İY 2 Empati duyma- Sosyal ilgisizlik

İY 3 Yardımseverlik- Yardımsever olmama

İY 4 Acıma-İntikamcılık

İY 5 Vicdanlılık- Kendine yarar sağlama

3. Kendini Aşma –KA (Self-Transcendence-ST)

Kendini Aşma; kişiler arası özdeşime karşı kendini ayırıştırma, kendini kaybetmeye karşı kendilik bilincinde yaşantı, manevi kabullenmeye karşı akılcı yaklaşımı benimser (61,62). KA puanları yüksek olan bireyler; sabırlı, tatmin olmuş ve yaratıcıdır ve belirsizlik karşısında baş etme stratejileri diğerlerine göre daha çok gelişmiştir. Başarısızlıklarını kabullenirler ve yetersizliklerini fark ederler. Bu özellik bireylerin, acı ve ölüm karşısında uyum sağlayıcı davranış sergilemelerini sağlar. Yaşla uyumu arttırdığı kabul edilir. KA puanları düşük olan bireyler; belirsizliğe ve sürprizlere tahammülsüz, materyalist, hayal kuramayan bireylerdir. Bu bireyler kontrolcü olup, sahip olduklarıyla yetinmez ve

tatmin olmazlar. Ölümü kabul etmekte güçlük çekerler. Bu özellik ilerleyen yaşlarda uyumu bozar.

KA'nın 3 alt boyutu vardır:

KA 1 Kendini kaybetme- Kendilik bilincinde yaşantı

KA 2 Kişiler arası özdeşim- Kendi kendine ayrışma

KA 3 Manevi kabullenme- Akılcı Maddecilik

2.4. Şizofreni Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri ve İlgörü ile İlişkisi

Şizofreni hastalarında klinik, yaşam kalitesi, prognoz, tedaviye yanıt hastadan hastaya çok fazla çeşitlilik göstermektedir. Bu farklılık semptom, işlevsellik, prognoz ve içgörü gibi birçok faktörde kendini göstermektedir. Bu değişkenlerin de birbirleri ile ilişkisini inceleyen çalışmalar yapılmıştır. Şizofreni semptomları ve içgörü arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma olmakla birlikte elde edilen sonuçlar birbiriyle tutarlı bulunmamıştır. İçgörünün etyolojisi ile ilgili bir metaanalizde, hastalık farkındalığında defisit ile negatif ve pozitif semptomlar arasında yalnızca zayıf bir ilişki bulunmuştur (64). Güncel çalışmalarda şizofrenideki zayıf içgörü ile yürütücü işlevlerdeki bozulma arasında güçlü ilişki olduğu bulunmuş ve zayıf içgörünün nörokognitif disfonksiyonla daha iyi açıklanabileceği ileri sürülmüştür. Bu doğrultuda yapılan bir çalışmada nörokognitif semptomlara karşı daha az içgörü olduğu saptanmıştır (65). Yine literatürde içgörü ve nörokognisyon arasında ilişkinin olmadığını gösteren birkaç araştırma da bulunmaktadır (66,67). Çalışmalarda üzerinde durulan konular sosyodemografik veriler, uygulanan ilaç tedavisi, nörobilişsel bozulmalar, içgörüyü etkileyen faktörler gibi belli başlı konuların ilişkisini belirlemek üzerinedir. Son dönemde araştırmacılar, bu çeşitliliğin hastaların farklı kişilik özelliklerine sahip olması ile ilişkili olabileceğini düşünmüşler ve bu konuda çalışma yapmaya başlamışlardır. Şizofreni hastalarında özellikle bazı mizaç ve karakter özelliklerinin daha baskın olduğu saptanmıştır. Bu araştırmalarda hastalık öncesi ya da hastalık sırasındaki kişilik özelliklerinin sosyal işlevselliği azaltma riskini arttırdığı; hastanın klinik özellikleri ile etkileşim içinde olabileceği öne sürülmüştür. Sosyal işlevsellikteki değişim de

hastalarda yaşam kalitesi, içgörü, tedaviye uyum gibi birçok faktörü etkilemektedir (9). Yapılan araştırmaların bir kısmı anlamlı ilişkiler bulmuşken, bir kısmı ise bulamamıştır. Mizaç ve Karakter Envanteri kullanılarak yapılan çalışmalarda şizofreni hastaları, birinci derece akrabaları ve sağlıklı bireyler karşılaştırılmış. şizofreni hastalarının daha fazla zarardan kaçınma gösterdikleri ve teşhis konulmamış ancak genetik açıdan riskli bireylerde de çekingen davranış paterninin daha fazla olduğu belirlenmiştir (68). Yine yapılan bazı çalışmalarda şizofreni hastalarının ödöl bağımlılığı konusunda daha düşük puanlar aldığı saptanmış (68), bazı çalışmalarda da yenilik arayışının şizofrenilerde düşük olduğu bulunmuştur (68). Yüksek ZK puanları bu çalışmalarda en sık tekrarlayan bulgu olup, ‘şizofreni ile ilişkili endofenotip’ olduğu düşünölmüştür (69,70). Karakter özellikleri açasından bakıldığına yapılan bir araştırmada şizofreni hastalarında düşük KY ve İY, yüksek KA bulunmuştur (71). Yine yapılan bu araştırmalarda yüksek ZK ve KA, düşük KY’nin yaşam kalitesini kötüleştirdiği saptanmıştır (70,71). Klinik özellikler açasından mizaç karakter ilişkisini değerlendirilen araştırmalarda pozitif belirtilerin yüksek KA ile ilişkili olduğu, negatif semptomların ise yüksek ZK ve düşük KY ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (71).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Ağustos 2017- Kasım 2018 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi polikliniğine başvuran ya da takip edilen 18-65 yaşlar arasında, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış hastalardan, çalışma ölçütlerine uyan, bilgilendirme sonrasında çalışmayı kabul eden 50 hasta ve hasta gruplarıyla yaş ve cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş sağlıklı bireylerden oluşan 50 kişi kontrol grubu olarak alındı. Katılımcıların bilişsel açıdan çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayacak düzeyde ve en az ilkokul mezunu olmaları gerekmektedir. Katılımcıların zihinsel gelişim geriliğinin olması , testleri doldurma ve anlamada engeli olması, ciddi fiziksel veya nörolojik hastalığı olması, alkol yada madde kullanım bozukluğu olması, mental retardasyon tanısı olması, son 6 ay içerisinde ekt uygulanmış olması durumunda çalışmaya dahil edilmemiştir. Kontrol grubu olarak ise, 18-65 yaşlar arasında herhangi bir tıbbi hastalık öyküsü olmayan ve daha önce herhangi bir nedenle Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezine başvurmamış, hasta grubuyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş gönüllü bilgilendirme sonrasında çalışmayı kabul eden 50 kişi çalışmaya alınmıştır. Hastalar ve kontrol grubundaki kişiler çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirildi, sözlü ve yazılı onayları alındı, “Bilgilendirilmiş Yazılı Onam Formu” imzalatıldı. Çalışmaya alınan hastalara şizofreni tanısının doğrulanması amacıyla DSM-IV TR eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme olan SCID-I uygulanmıştır. Araştırma ve kontrol grubundaki kişilere; sosyodemografik verilerin kaydedilmesi ve klinik durumun saptanması amacıyla Sosyodemografik Veri Formu, mizaç ve karakter envanteri, SCID I uygulanmış, bunlardan farklı olarak araştırma grubuna; içgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği, pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS) uygulanmıştır.

Kullanılan Gereçler

1.Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın özellikleri dikkate alınarak bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri hakkında bilgi edinmek amacıyla çalışmacı tarafından oluşturulmuş bir formdur. Formda bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, medeni durumu, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, ilk hastalık yaşı, hastalık süresi, ,hastanede yatış sayısı, suicid öyküsü, alkol madde kullanım öyküsü, birinci dereceden akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü ve kullanılan ilaçlar gibi maddelere yer verilmiştir.

2. DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)

First ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen, kişilerin şu anda ve yaşam boyu Eksen I psikiyatrik bozukluk tanılarını göz önüne alarak araştıran yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (72). Duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, psikotik belirtiler, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve diğer bozukluklar olmak üzere altı modülden oluşmaktadır. Tanısal değerlendirmenin standardizasyonu, tanıların geçerliliğinin artırılması ve belirtilerin sistematik olarak taranması amacıyla geliştirilmiştir. Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçioğlu ve ark. tarafından 1999 yılında yapılmıştır (73).

3. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)

Cloninger tarafından geliştirilen, kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal, psikobiyolojik bir kişilik modeli temel alan, 240 soruluk bir ölçektir. Sorular hasta tarafından “doğru, yanlış” şeklinde cevaplandırılır (8). Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (74). TCI içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulanabilir. TCI ölçeğinin değerlendirilmesinde bazı maddeler tersine puanlanmaktadır. Bu maddelerin puanlanmasında Yanlış seçeneği işaretlenen maddeler 1 puan alır. Ayrıca TCI içinde yer aldıkları halde

puanlanmayan maddeler(69,75,101,111,118,134,140,170,176,190,213,230,239,240) bulunmaktadır.

4. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)

David (1990), içgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceği düşüncesiyle tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma gibi üç bileşenden yola çıkarak, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren ‘İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği’ni geliştirmiştir (40). 8 sorudan oluşan ve klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14’tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur, bu sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18’dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Bu ölçeğin Türkçe’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Arslan ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır (75).

5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan, otuz maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Görüşmeci tarafından değerlendirilen otuz psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom altölçeğine, yedisi negatif sendrom altölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji altölçeğine aittir (76). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostaoğlu ve arkadaşları tarafından 1999’da yapılmıştır (77).

İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama (mean), standart sapma (SD) ve medyan (ortanca), minimum (min), maksimum (max) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Fisher’sExact Test veya Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Normallik testinde gruptaki örneklem sayısı 50'den küçük olduğunda ShapiroWilks, büyük olduğunda Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. İki grubun ölçüm değerleri arasındaki farkın analizinde normal dağılım varsayımı sağlanmadığı için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Sıralı (ordinal) veya normal dağılıma uymayan sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon testi, normal dağılıma uyan sürekli değişkenler için Pearson korelasyon testi yapılmıştır.

Analizler SPSS 21.0 paket programı ile yapılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde şizofreni tanısı almış 50 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından benzer özelliklere sahip 50 sağlıklı gönüllü bireyin istatistiksel analizine yer verilmiştir. Çalışma grubu ve kontrol grubu yaş ve cinsiyet açısından eşleştirildiği için iki grup arasında bu açıdan fark yoktu. Kontrol grubunun eğitim ($p<0.01$) ve çalışma süresi ($p<0.05$) şizofreni hastalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Şizofreni hastalarında bekar olanların oranı kontrol grubunda göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0.01$). Şizofreni hastalarında çalışamayanların oranı kontrol grubuna göre yüksektir ($p<0.01$). Kontrol grubunda eşi-çocuğu ile yaşayanların oranı şizofreni hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0.01$). Şizofreni hastalarında aile öyküsü olanların oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0.01$). Bu karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımını Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1: Şizofreni Hastalarının ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

	Şizofreni (n:50)		Sağlıklı Kontrol (n:50)		p	
Yaş	39,10 ± 12,19		39,14 ± 9,93		0,121	
Hastalığın Başlama Yaşı	24,34 ± 3,47		-			
Eğitim Durumu (yıl)	9,25± 2,97		12,21± 3,67		0,001**	
Çalışma Süresi (yıl)	7,14±6,16		10,75±10,07		0,0035*	
	N	%	N	%		
Cinsiyet	Kadın	19	38	21	42	0,683
	Erkek	31	62	29	58	

Medeni Durum	Bekar	35	70	20	40	0,002**
	Evli	7	14	24	48	
	Eşi vefat etmiş	4	8	3	6	
	Boşanmış/Ayrı	4	8	3	6	
Öğrenim Durumu	İlkokul	13	26	9	18	0,783
	İlköğretim	18	36	19	38	
	Lise	13	26	14	28	
	Yüksekokul/ Üniversite	6	12	8	16	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	16	32	34	68	0,000**
	Çalışmıyor	34	68	16	32	
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Anne-Baba	33	66	15	30	0,002**
	Eş-Çocuk	11	22	23	46	
	Çocuk	2	4	1	2	
	Yalnız	2	4	7	14	
	Diğer	2	4	4	8	
Aile Öyküsü	Var	14	28	0	0	0,000**
	Yok	36	72	50	100	

+Mann-Whitney U ++Ki-Kare +++Fisher's Exact Ki-Kare, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Şizofreni hastalarına uygulanan ölçeklerden aldıkları minimum, maksimum puanları, ortalama ve standart sapmaları Tablo 4. 2' de gösterildiği gibidir.

Tablo 4.2: Şizofreni Hastalarına Uygulanan Ölçeklerin Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı

N	Minimum	Maximum	Ortalama	SS
PANSS-Pozitif	8	34	21,82	7,02
PANSS-Negatif	9	36	22,60	7,23
PANSS-Genel	29	58	42,66	7,59
İÜBDÖ	4	18	9,34	3,69

Şizofreni hastalarında, zarardan kaçınma toplam, endişe- karamsarlık, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme, yorulma-dermansızlık ve yabancılardan çekinme ($p<0.01$) puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Yine şizofreni hastalarının işbirliği yapma toplam ($p<0.05$), acıma-intikamcılık ($p<0.01$) puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti.

Kontrol grubunun yenilik arayışı toplam, savurganlık-tutumluluk düzensizlik-düzenlilik, sebat etme, kendi kendini yönetme sorumluluk alma-kınama, aydınlanmış ikinci mizaç ($p<0.01$), bağlanma, bağımlılık ($p<0.05$) puanları şizofreni hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Bu karşılaştırmaya dair bulgular Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3 : Şizofreni Hastalarının ve Kontrol Grubunun Mizaç Karakter Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması

N (100)	Şizofreni (n=50) Ort±SS	Kontrol (n=50) Ort±SS	z	p
Mizaç Karakter Envanteri				
(YA) Yenilik arayışı	16,22 ±3,84	18,40 ± 3,95	-3,140	0,002**
(YA1) Heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık	4,42± 0,95	4,54± 1,25	-0,090	0,928
(YA2) Dürtüsellik-İyice düşünme	3,86 ± 1,23	4,26± 1,45	-1,316	0,188
(YA3) Savurganlık-Tutumluluk	4,02 ± 1,35	5,02 ± 1,30	-3,814	0,000**
(YA4) Düzensizlik-Düzenlilik	3,92 ± 1,31	4,62 ± 0,70	-3,039	0,002**
Zarardan Kaçınma				
(ZK) Zarardan kaçınma	22,82 ±6,76	17,82 ±4,36	-4,028	0,000**
(ZK1) Endişe ve karamsarlık-İyimserlik	6,30± 1,92	4,42 ± 1,01	-4,773	0,000**
(ZK2) Belirsizlik korkusu	5,38 ± 1,58	4,38 ± 1,32	-3,220	0,001**
ZK3) Yabancılardan çekinme	5,48 ± 1,93	4,42 ± 1,39	-2,870	0,004**
(ZK4) Yorulma ve dermansızlık	5,70± 1,85	4,46± 1,31	-3,776	0,000**
Ödül Bağımlılığı				
(ÖB) Ödül bağımlılığı	13,56 ±3,75	15,02 ±3,55	-2,412	0,016
(ÖB1) Duygusallık	5,58± 1,82	5,54 ± 2,30	-0,202	0,840
(ÖB3) Bağlanma	4,22 ± 1,99	5,22 ± 1,43	-2,401	0,016*
(ÖB4) Bağımlılık	3,74 ± 1,27	4,26 ± 1,19	-2,172	0,030*
Sebat etme				
(S) Sebat etme	4,14 ± 1,95	5,06± 1,61	-2,639	0,008**
Kendi kendini yönetme				
(KY) Kendi kendini yönetme	26,94±4,39	30,10 ±4,46	-3,639	0,000**
(KY1) Sorumluluk alma-Kınama	4,52± 1,46	5,44 ± 1,72	-2,804	0,005**
(KY2) Amaçlılık-Amaçsızlık	4,88 ± 1,38	5,36± 1,31	-1,682	0,092

(KY3) Beceriklilik	3,10± 1,15	3,20 ± 1,12	-0,239	0,811
(KY4) Kendini kabullenme - Kendisiyle çekişme	7,40 ± 1,58	7,34 ± 1,69	-0,141	0,888
(KY5) Aydınlanmış ikinci mizaç	7,02± 2,77	8,56 ± 2,41	-2,786	0,005**
(İY) İşbirliği yapma	27,30 ±6,74	24,92 ±4,09	-2,083	0,037*
(İY1) Sosyal kabullenme - Sosyal hoşgörüsüzlük	6,00 ± 1,68	5,68 ± 1,49	-1,004	0,315
(İY2) Empati duyma-Sosyal ilgisizlik	4,26 ± 1,50	4,10 ± 1,47	-0,539	0,590
(İY3) Yardımseverlik-Yardım sevmemezlik	4,80 ± 1,59	4,58 ± 1,07	-0,628	0,530
(İY4) Acıma-İntikamcılık	6,42 ± 1,73	5,38 ± 1,34	-3,206	0,001**
(İY5) Vicdanlılık-Yarar sağlama	5,82± 2,45	5,26 ± 2,01	-1,438	0,151
(KA) Kendi kendini aşma	16,62 ±3,34	17,24±3,12	-1,320	0,187
(KA1) Kendini kaybetme – Kendilik bilincinde yaşantı	5,40 ± 1,50	5,70 ± 1,61	-0,823	0,411
(KA2) Kişilerarası özdeşim-Kendi kendine ayrışma	4,72 ± 1,16	5,22± 1,20	-1,867	0,062
(KA3) Manevi kabullenme - Akılcı maddecilik	6,50 ± 2,62	6,34 ± 2,37	-0,076	0,939

*Mann Whitney U *p<0.05, **p<0.01*

Şizofreni hastalarının eğitim süresi Mizaç Karakter Envanteri kendi kendini yönetme toplam, amaçlılık-amaçsızlık beceriklilik, yardımseverlik-yardım sevmemezlik puanları ile pozitif yönde, yorulma- dermansızlık, kişilerarası özdeşim-kendi kendine ayrışma puanı ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterdi.

Şizofreni hastalarının iş süresi Mizaç Karakter Envanteri işbirliği yapma toplam, sosyal kabullenme –sosyal hoşgörüsüzlük puanı ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdi.

Şizofreni hastalarının yaşı ve hastalığın başlama yaşı ile Mizaç Karakter Envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı (p>0.05).

Kontrol grubundaki katılımcıların eğitim süresi Mizaç Karakter Envanteri ödül bağımlılığı, bağlanma, kendi kendini yönetme toplam, sorumluluk alma-kınama, kendi kendini aşma toplam puanı ile pozitif yönde; düzensizlik-

düzenlilik, duygusallık puanı ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterdi ($p<0.05$).

Kontrol grubundaki katılımcıların iş süresi Mizaç Karakter Envanteri endişe ve karamsarlık-iyimserlik, belirsizlik korkusu, kendi kendini yönetme toplam, sorumluluk alma-kınama, amaçlılık-amaçsızlık, beceriklilik, kendi kendini aşma toplam puanı ile pozitif yönde; yenilik arayışı toplam, duygusallık, kendi kendini aşma toplam puanı ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterdi ($p<0.05$).

Kontrol grubundaki katılımcıların yaşı ile Mizaç Karakter Envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$).

Bu karşılaştırmaya dair bulgular Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4 : Şizofreni Hastalarının ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Mizaç Karakter Envanteriyle İlişkisi

N (100)	Şizofreni				Kontrol		
	MKE	Yaş	Eğitim Süresi	Çalışma Süresi	Hastalığın Başlama Yaşı	Yaş	Eğitim Süresi
YA	-0,019	-0,056	-0,029	0,151	0,137	0,025	-0,196*
YA1	0,123	0,436	0,069	0,051	0,193	0,695	0,158
YA2	0,170	-0,895	-0,355	0,095	0,192	-0,199	-0,637
YA3	-0,021	-0,024	0,331	0,167	0,109	0,124	-0,182
YA4	-0,268	-0,256	-0,242	0,114	0,114	-0,244**	-0,143
ZK	0,058	-0,152	-0,136	-0,027	0,164	-0,039	0,060
ZK1	0,087	-0,136	-0,125	0,017	0,112	-0,204	0,211*
ZK2	-0,022	-0,245	-0,128	-0,102	0,108	0,249	0,319*
ZK3	0,054	-0,155	-0,068	-0,066	0,116	-0,027	-0,464
ZK4	0,118	-0,135**	-0,025	0,060	0,217	-0,573	-0,304
ÖB	-0,037	0,025	0,650	0,137	0,066	0,027*	-0,247

ÖB1	-0,116	-0.145	0.257	0,030	0,060	-0.040*	-0.247**
ÖB3	-0,001	-0.015	0.024	0,120	-0,003	0.105*	-0.039
ÖB4	-0,101	-0.025	0.256	0,114	0,178	0.359	0.244
SE	-0,136	0.025	0.147	0,159	0,158	-0.243	-0.218
KY	-0,054	0.286**	0.258	0,096	0,012	0.356**	0.142**
KY1	-0,084	0.312	0.124	0,095	0,062	0.156**	0.294**
KY2	0,048	0.274**	0.358	0,099	-0,032	0.379	0.191**
KY3	-0,224	0.157*	0.182	-0,025	-0,020	0.255	0.232**
KY4	-0,272	0.165	0.045	-0,122	0,061	0.306	0.154
KY5	0,057	0.258	-0.032	0,136	0,078	0.240	0.498
İY	-0,071	0.201	0.147*	-0,031	-0,69	0.365	-0.040
İY1	0,215	0.147	0.224*	0,170	0,041	0.069	0.036
İY2	0,109	0.120	-0.021	0,170	-0,019	0.583	-0.450
İY3	-0,090	0.053*	0.369	-0,150	-0,025	-0.034	-0.245
İY4	-0,014	-0.155	0.215	-0,110	0,189	0.029	-0.252
İY5	0,031	-0.145	0.148	-0,161	-0,055	-0.114	-0.368
KA	-0,86	-0.472	-0.027	0,170	0,168	-0.124**	-0.143*
KA1	0,044	-0.158	0.128	0,078	0,191	-0.167	0.691*
KA2	0,062	-0.002*	0.058	-0,129	-0,136	-0.426	-0.373
KA3	-0,158	-0.224	-0.247	0,190	0,168	-0.197	-0.166

*Spearman's Rho *p<0.05, **p<0.01*

Şizofreni hastalarında PANSS-Pozitif puanları Mizaç Karakter Envanteri zarardan kaçınma toplam, endişe ve karamsarlık-iyimserlik, belirsizlik korkusu, yorulma ve dermansızlık, işbirliği yapma toplam, sosyal kabullenme - sosyal hoşgörüsüzlük, empati duyma-sosyal ilgisizlik, yardımseverlik-yardım

sevmemezlik, puanları ile pozitif yönde, yenilik arayışı toplam, heyecan duyma-kayıtsız bir katılık, düzensizlik-düzenlilik, ödül bağımlılığı toplam, bağlanma, sebat etme, kendi kendini yönetme toplam, kendini kabullenme-kendisiyle çekişme, aydınlanmış ikinci mizaç, kendi kendini aşma toplam, kendini kaybetme– kendilik bilincinde yaşantı, manevi kabullenme - akılcı maddecilik puanı ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterdi ($p<0.05$).

Şizofreni hastalarında PANSS-Negatif puanları Mizaç Karakter Envanteri zarardan kaçınma toplam, endişe ve karamsarlık-iyimserlik, yabancılardan çekinme, yorulma ve dermansızlık, işbirliği yapma toplam, sosyal kabullenme - sosyal hoşgörüsüzlük, yardımseverlik-yardım sevmemezlik acıma-intikamcılık, vicdanlılık-yarar sağlama puanı ile pozitif yönde, yenilik arayışı toplam, heyecan duyma-kayıtsız bir katılık, dürtüsellik-iyice düşünme düzensizlik-düzenlilik, ödül bağımlılığı toplam, duygusallık, bağımlılık sebat etme, kendi kendini yönetme toplam, kendini kabullenme-kendisiyle çekişme, aydınlanmış ikinci mizaç, kendi kendini aşma toplam, kendini kaybetme-kendilik bilincinde yaşantı, manevi kabullenme-akılcı maddecilik puanı ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterdi ($p<0.05$).

Şizofreni hastalarında PANSS-Genel puanları Mizaç Karakter Envanteri zarardan kaçınma toplam, endişe ve karamsarlık-iyimserlik, , belirsizlik korkusu, yorulma ve dermansızlık, işbirliği yapma toplam, sosyal kabullenme-sosyal hoşgörüsüzlük, empati duyma-sosyal ilgisizlik, yardımseverlik-yardım sevmemezlik acıma-intikamcılık, vicdanlılık-yarar sağlama puanı ile pozitif yönde, yenilik arayışı toplam, heyecan duyma-kayıtsız bir katılık, dürtüsellik iyice düşünme düzensizlik-düzenlilik, ödül bağımlılığı toplam, duygusallık, bağımlılık sebat etme, kendi kendini yönetme toplam, kendini kabullenme-kendisiyle çekişme, aydınlanmış ikinci mizaç, kendi kendini aşma toplam, kendini kaybetme–kendilik bilincinde yaşantı, manevi kabullenme-akılcı maddecilik puanı ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterdi ($p<0.05$).

Şizofreni hastalarında İÜBDÖ puanları, Mizaç Karakter Envanteri, yenilik arayışı toplam, heyecan duyma-kayıtsız bir katılık, savurganlık-tutumluluk, duygusallık, bağlanma, bağımlılık, kendi kendini yönetme toplam, kendini kabullenme-kendisiyle çekişme, aydınlanmış ikinci mizaç puanı ile pozitif yönde, zarardan kaçınma toplam, endişe ve karamsarlık-iyimserlik, belirsizlik korkusu, yorulma ve dermansızlık, acıma-intikamcılık, vicdanlılık-yarar puanı ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterdi ($p<0.05$).

Bu karşılaştırmaya dair bulgular Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5: Şizofreni Hastalarında Mizaç Karakter Envanteri ve PANSS Ölçeği ve İÜBDÖ Arasındaki İlişki

N (50)	Şizofreni			
	MKE	PANSS-Pozitif	PANSS-Negatif	PANSS-Genel
YA	-0,665**	-0,638**	-0,586**	0,963**
YA1	-0,462**	-0,445**	-0,394**	0,676**
YA2	-0,368	-0,396**	-0,328*	0,700
YA3	-0,652	-0,603	-0,571	0,861**
YA4	-0,655**	-0,614**	-0,628**	0,713
ZK	0,748**	0,691**	0,654**	-0,872**
ZK1	0,747**	0,695**	0,660**	-0,824**
ZK2	0,772**	0,715	0,674**	-0,833**
ZK3	0,723	0,678**	0,658	-0,816**
ZK4	0,543**	0,510**	0,479**	-0,695**
ÖB	-0,693**	-0,670**	-0,599**	0,925

ÖB1	-0,516	-0,488**	-0,479**	0,468**
ÖB3	-0,475**	-0,458	-0,375	0,728**
ÖB4	-0,487	-0,445**	-0,449**	0,758
SE	-0,709**	-0,685**	-0,617**	0,790
KY	-0,622**	-0,580**	-0,511**	0,840**
KY1	-0,202	-0,152	-0,104	0,259
KY2	-0,065	-0,041	-0,009	0,070
KY3	-0,191	-0,214	-0,182	0,168
KY4	-0,519**	-0,483**	-0,460**	0,577**
KY5	-0,428**	-0,435**	-0,410**	0,632**
İY	0,746**	0,735**	0,690**	-0,858
İY1	0,520**	0,519**	0,594**	-0,643
İY2	0,567**	0,515	0,489**	-0,556
İY3	0,502**	0,426**	0,373**	-0,491
İY4	0,662	0,611**	0,612**	-0,772**
İY5	0,629	0,674**	0,565**	-0,705**
KA	-0,613**	-0,600**	-0,532**	0,856
KA1	-0,347*	-0,353*	-0,328*	0,411
KA2	-0,064	-0,022	-0,022	0,108
KA3	-0,621**	-0,607**	-0,557**	0,767

*Spearman's Rho *p<0.05, **p<0.01*

Şizofreni hastalarında PANSS-Pozitif ,Negatif ve Genel puanları İÜBDÖ puanı ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterdi (p<0.01).

Bu karşılaştırmaya dair bulgular Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6: Şizofreni PANSS ve İÜBDÖ Arasındaki İlişki

N:50	İÜBDÖ
PANSS-Pozitif	-0,722**
PANSS-Negatif	-0,690**
PANSS-Genel	-0,630**

*Spearman's Rho *p<0.05, **p<0.01*

Şizofreni hastalarında İÜBDÖ puanı ile yaş, hastalığın başlama yaşı, eğitim süresi ve çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$).

Bu karşılaştırmaya dair bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7: Şizofreni Hastalarında İÜBDÖ ile sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

N:50	Yaş	Eğitim Süresi	Çalışma Süresi	Hastalığın Başlama Yaşı
İÜBDÖ	0,017	0,548	0,650	0,146

*Spearman's Rho *p<0.05, **p<0.01*

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarının ortak bir özelliği hastanın var olan problemine farkındalığının yokluğu olarak bilinen zayıf içgörüdür (1). Şizofreni hastalarında klinik, prognoz, içgörü tedaviye yanıt hastadan hastaya farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, içgörüyü etkileyen faktörler incelendiğinde kesin sonuçlar elde edilememiş ve etkisi olabileceği düşünülen birçok farklı sonuç ortaya çıkmıştır. Son dönemde araştırmacılar bu çeşitliliğin hastaların farklı kişilik özelliklerine sahip olması ile ilişkili olabileceğini düşünerek bu konuya yönelik çalışmalar yapmaya başlamışlardır. Çalışmalarda şizofreni hastalarında özellikle bazı mizaç ve karakter özelliklerinin daha belirgin olduğu bulunmuştur. Bu araştırmalarda hastalık öncesi ya da hastalık sırasındaki kişilik özelliklerinin klinik özellikleri, tedavi süreci ve içgörüsü ile etkileşim içinde olabileceği öne sürülmüştür (9).

Bu çalışmada şizofreni hastalarının mizaç ve karakter özelliklerinin; hastaların içgörü ve semptom düzeyi ile ilişkisinin değerlendirilmesi için TCI envanteri puanları ile İÜBDÖ puanları ve PANSS puanları ilişkisine bakılmıştır. Aynı zamanda şizofreni hastaları ile kontrol grubu arasında TCI puanları ile ilişkisine bakılmıştır. Şizofreni hastalarında, hastalığın başlangıç yaşının erken olması ve birçok hastada bilişsel kayıpların ve negatif belirtilerin olması değerlendirildiğinde; evlilik oranlarının, eğitim ve mesleki sürelerinin düşük saptanması beklediğimiz bir durumdur. Çalışmamızda da, hasta grubunda kontrol grubuna göre ortalama eğitim ve çalışma süreleri kısa saptanmış olup evlilik oranı daha düşük bulunmuştur. Mizaç ve karakter özelliklerinin de hastaların eğitim, meslek edinme ya da evlilik gibi süreçlerini etkilemesi olasıdır. Ayrıca şizofreni hastalarında aile öyküsünde şizofreni olma oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. Bu da şizofreninin etyolojisinde genetik faktörlerin de etkin olduğunu tekrar göstermiştir.

Hasta ve kontrol grubunun mizaç ve karakter özellikleri karşılaştırıldığında çalışmamızda şizofreni hastalarının ZK ve İY puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. ZK kalıtsal bir eğilim özelliği olan, davranışın önlenmesiyle ilişkilidir. Zarardan kaçınma, gelecek sorunlara ilişkin karamsar bir endişelilik hali, yabancılardan çekinme, belirsizlik korkusu ve çabuk yorulma gibi pasif kaçınma davranışları ile kendisini belli eder. Şizofreni hastalarının genel özelliklerinden biri de yabancılardan çekinme, eyleme başlama ya da sürdürmedeki zorluklar olup, bu durumun zemindeki bu mizaç özelliği ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir. Araştırmamızla uyumlu olarak yapılan diğer çalışmaların çoğunda ZK puanları şizofreni hastalarında yüksek saptanmıştır (69,71). Hatta şizofreni hastaları ve birinci derece yakınları ile yapılan bazı çalışmalar, yüksek ZK puanlarının şizofreni ile ilişkili endofenotip olabileceğini savunmaktadır (69). Aynı çalışmalarda, çalışmamızdan değişik olarak İY puanları şizofreni hastalarında düşük saptanmıştır (71). İY puanları kişinin toplumdaki diğer bireylerle işbirliği içerisinde olmasını, toplum içinde kendini anlayabilmesini temsil eden karakter özelliği puanlarıdır. Ancak çalışmamızda İY puanlarının sağlıklı bireylerden yüksek saptanmış olması beklenmemektedir. Hastaların İY ile ilgili sorulara olumlu yanıtlar vermeleri, damgalanma korkusu ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda YA, SE ve KY puanları hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır. SE engellenme ve yorgunluğa karşı sebat etmeye olan kalıtsal eğilimdir. Sebat eden bireyler engelleyici ödül yokluğu durumlarıyla karşılaştıklarında bu davranışın sönmesine karşı direnç ortaya koyarlar. YA; kalıtsal bir yatkınlık göstererek, davranışsal aktivasyon sistemi ile ilişkilidir ve dürtüsel karar verme, yeni bir uyarana yanıtta keşfedici bir etkinliği, ödül ipuçlarına yaklaşımda aşırıya kaçma, çabucak öfkelenme ile engellenmeden aktif kaçınmayı kapsar. Şizofreni hastalarında da bu durumu klinik olarak gözleriz. Hastalarda yine sorumluluklarını alma, kendine yeten bir birey olma gibi karakter özelliklerini temsil eden KY puanlarının şizofreni hastalarında eşlik eden bilişsel işlev kayıpları, negatif belirtiler gibi durumlar düşünüldüğünde sağlıklı bireylerden düşük olması beklenilmektedir. Literatürde de çalışmamızla uyumlu olarak YA SE ve KY puanları şizofreni hastalarında

düşük saptanmıştır (78,79). Çalışmamızdan farklı olarak bazı çalışmalarda ÖB puanları şizofreni hastalarında düşük saptanmıştır (79), çalışmamızda bu özellikler için kontrol ve hasta grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ÖB sosyal bağlanma, duygusallık, başkalarının onayına bağımlılık şeklinde ortaya çıkar ve hastalardaki negatif belirtiler, duygularını ifade etmekteki zorlukları gibi durumlar düşünüldüğünde ÖB puanlarının düşük olması beklenilmektedir, ancak çalışmamızda bu bulunmamıştır.

Çalışmamızda hasta ve sağlıklı bireylerin sosyodemografik özelliklerinin TCI ile ilişkisine bakıldığında; kontrol grubunda eğitim süresi ile KY ve ÖB puanları pozitif anlamlı ilişkili saptanmış, şizofreni hastalarında bu durum sadece KY ile pozitif anlamlı ilişkili saptanmıştır. Yine kontrol grubunda KA puanları ile eğitim süresi negatif ilişkili saptanmıştır. Kontrol grubunda iş süresi KY ve KA ile pozitif anlamlı ilişkili gösterirken, YA ile negatif ilişki göstermiştir. Hasta grubunda iş süresi İY ile pozitif anlamlı ilişki göstermiştir. Hem kontrol, hem hasta grubunda da yaşın TCI ile ilişkisi saptanmamıştır. Yine hasta grubunda hastalığın başlama yaşı ile TCI arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. KY bireylerin kendi sorunlarını çözebilme ve tercihleri konusunda sorumluluğu alabilme becerisini değerlendiren karakter alt birimidir. KY puanları ile bireyin eğitim ve meslek kariyerindeki başarı pozitif koreledir. Ancak KY puanları yüksek olan bireylerin mi eğitim ve mesleki kariyerlerini sürdürmekte daha başarılı olduğu; yoksa eğitimlerini sürdüren, mesleklerini devam ettiren bireylerin KY puanlarının bunlarla arttığı çelişkilidir. Çalışmamızda kontrol grubunda KY ve alt birimleri iş ve eğitim ile ilişkili bulunmuştur. Yine şizofreni hastalarında çalışma süresi ile İY puanları ilişkili bulunmuş olup, çalışmanın toplumsal düzeyde gelişmiş bir özellik olan işbirliği yapma ile ilişkili olması beklenen bir durumdur.

Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda hastalığın pozitif ve negatif belirtileri ve içgörünün hastaların mizaç ve karakter özelliklerinin ilişkisi olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda klinik belirtileri değerlendirmek için hastalara PANSS, içgörüyü değerlendirmek için İÜBDÖ ölçeği uygulanarak, bu puanların mizaç ve karakter özellikleri ile ilişkisine bakılmıştır. Pozitif ve negatif belirtiler ile ZK, İY ve KA pozitif, YA, ÖB, SE VE KY negatif ilişkili saptanmıştır.

Literatürde de çalışmamızla uyumlu olarak yüksek KA değerlerinin şizofreni hastalarında pozitif belirtilerle, yüksek ZK ve düşük KY negatif belirtilerle ilişkili saptanmıştır (69,80). Yine içgörü puanları ile yenilik arayışı toplam heyecan duyma-kayıtsız bir katılık savurganlık-tutumluluk, kendi kendini yönetme toplam, kendini kabullenme - kendisiyle çekişme, aydınlanmış ikinci mizaç, duygusallık, bağlanma, pozitif, zarardan kaçınma toplam, endişe ve karamsarlık-iyimserlik, belirsizlik korkusu, yorulma ve dermansızlık, acıma-intikamcılık, vicdanlılık yarar puanı ile negatif ilişkili bulunmuştur. İçgörü şizofreni hastalarında tedavi başarısını belirleyen önemli faktörlerden biridir. Bu nedenle hastaların kişilik özellikleri ile içgörü ilişkisinin saptanması önem olarak bilgi verebilmesi açısından önemlidir. Şizofreni hastalarında PANSS-Pozitif ,Negatif ve Genel puanları İÜBDÖ puanı ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. Bulgularımızı destekleyecek şekilde literatürde içgörü ile pozitif semptomlar, negatif semptomlar ve hastalık şiddeti arasında negatif ilişki olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında hastalık şiddeti ve semptomlar ile içgörü arasında yalnızca zayıf bir ilişkinin bulunduğu da ileri sürülmüştür (81).

Şizofreni hastalarında İÜBDÖ puanı ile yaş, hastalığın başlama yaşı, eğitim süresi ve çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ancak literatürde içgörünü, eğitim süresi ile arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur (81). Bizim çalışmamızda ilişki bulunmaması, örneklemin eğitim çeşitliliğinin olmamasıyla açıklanabilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER:

Sonuç olarak çalışmamızda içgörü puanları ile yenilik arayışı toplam heyecan duyma-kayıtsız bir katılık savurganlık-tutumluluk, kendi kendini yönetme toplam, kendini kabullenme - kendisiyle çekişme, aydınlanmış ikinci mizaç, duygusallık, bağlanma, pozitif, zarardan kaçınma toplam, endişe ve karamsarlık-iyimserlik, belirsizlik korkusu, yorulma ve dermansızlık, acıma-intikamcılık, vicdanlılık yarar puanı ile negatif ilişkili bulduk. Bu konuda yapılacak çalışmaların arttırılması, bu mizaç ve karakter özelliklerinin içgörü açısından ön belirleyici olabileceği ve tedavi uyumu açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

İçgörü düzeyinde artışın pozitif semptomlar, negatif semptomlar şiddetinde azalma ile ilişkili olduğunu bulduk. Bu durum da içgörünün hastalığın gidişatı ve prognoz üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. İçgörünün yürütücü işlevlerle, mizaç özellikleri, eğitim ve çalışma süreleri ve sosyal destekle ilişkisinin araştırıldığı çalışmaların şizofrenide içgörü eksikliği hakkında tamamlayıcı bilgiler sunacağı düşünülmektedir. Çalışmamızın kesitsel ve hasta sayısının sınırlı olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Daha fazla sayıda hastayı kapsayan izlem çalışmalarıyla çalışmamızın desteklenmesi gerekmektedir.

7.ÖZET

Amaç: Tez çalışması kapsamında şizofreni tanısı almış hastaların karakter ve mizaç özelliklerinin, içgörü ile ilişkisinin incelenmesi ve sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu amaçla Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine başvuran, DSM-V tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı alan 50 kişinin herbiri ile toplamda bir kez psikiyatrik görüşme yapılmış ve sosyodemografik veri formu, pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS), içgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ), mizaç ve karakter envanteri ölçeği (MKE) uygulanmıştır. Sağlıklı gönüllülere ise mizaç ve karakter envanteri ölçeği (MKE) sosyodemografik veri formu uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışma kapsamında içgörü puanları ile yenilik arayışı toplam, kendi kendini yönetme toplam pozitif, zarardan kaçınma toplam ile negatif ilişkili bulduk. İçgörü düzeyinde artışın pozitif semptomlar, negatif semptomlar şiddetinde azalma ile ilişkili olduğunu bulduk.

Sonuç: Çalışma kapsamında mizaç ve karakter özelliklerinin içgörü açısından ön belirleyici olabileceği ve tedavi uyumu açısından önemli olduğunu ve içgörünün hastalığın gidişatı ve prognoz üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz. Daha fazla sayıda hastayı kapsayan izlem çalışmalarıyla çalışmamızın desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, içgörü, mizaç

8.ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to investigate the character and temperament characteristics of patients with schizophrenia and to compare them with healthy volunteers.

Method: For this purpose, psychiatric interviews were performed once in total with 50 people diagnosed with schizophrenia according to DSM-V diagnostic criteria and applied to Akdeniz University Faculty of Medicine Mental Health and Diseases Hospital. The scale of temperament and character inventory (TCI), positive and negative syndrome scale , scale of assessment of three components of insight was applied. The temperament and character inventory and sociodemographic data form were applied to healthy volunteers.

Discussion: Within the scope of the study, we found that total of novelty seeking with insight scores were negative, self-directed positive, and negative associated with total harm avoidance. We found that the increase in insight level was associated with positive symptoms, a decrease in severity of negative symptoms.

Results: We think that temperament and character traits can be predictive in terms of insight and that it is important for treatment compliance and insight is effective on the prognosis and prognosis of the disease. Our study should be supported with follow-up studies involving more patients.

Keywords: schizophrenia, insight, temperament

9.KAYNAKLAR

1. Aslan S, Altınöz AE. İçgörü Kavramı ve Şizofreni. RCHP 2010;4: 23-32.
2. Işık E. Şizofrenide Klinik Tablo. Güncel Şizofreni. 2. Baskı içinde. Ankara: G.M. Matbaacılık ve Ticaret A.Ş., 2007:223–241.
3. Sartorius N, Shapiro R, Kimura M. WHO international pilot study of schizophrenia. Psychol Med 2(4): 422-425, 1972.
4. Cooke M, Peters E, Fannon D, et al. Insight, distress and coping styles schizophrenia Schizophr Res 2007;94:12–22.
5. Lysaker P, Bell M, Milstein R, Bryson G, Beam-Goulet J. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. Psychiatry 1994; 57:307-315.
6. Margetic BA, Jakovljevic M, Ivance D, Margetic B: Temperament, character and quality of life patients with schizophrenia and their first- degree relatives. Comprehensive Psychiatry, 2011;52:425-430.
7. Barry MM, Zissi A: Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: A review of empirical evidence. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997; 32: 38-47.
8. Cloninger CR.A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch Gen Psychiatry 1987; 44:573 588.
9. Eklund M, Hansson L, Bengtsson-Tops A: The influence of temperament and character on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia , European Psychiatry, 2004;19:34-41.
10. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13 Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2015.
11. Erkoç Ş: Tarihçe, Şizofreni(1) Erkoç Ş, Oral T(ed), Okyanus Yayınları, İstanbul, 1998; 6-21.
12. Soygür H, Erkoç Ş. Şizofreni Kavramına Tarihsel Bir Bakış. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H, ed. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar içinde. Ankara: BAYT Ltd. Şti., 2007:1–12.
13. Adasal R:Psikozlar(45), AÜTF Yayınları, Örnek Matbaası, Ankara, 1955; s 294.
14. Nasrallah A, Smeltzer D. Şizofreni Güncel Tanı ve Tedavi Kitabı. Astra Zeneca; 2002;13-24.

15. Özmenler N, Battal S: Şizofreni Tarihçesi, Yüksel N.(ed), Çizgi Tıp Yayınevi, 1998; s. 5-16.
16. Bleuler E: Dementia Praecox or the group of schizophrenias. New York, Internetal Universities Press, 1955.
17. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. KAPLAN & SADOCK'S Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry [Internet]. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (11th ed.). 2015. p. 356–359.
18. Çetin M, Ceylan ME. Genel Bilgiler. Ceylan ME, Çetin M (Editörler). Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, şizofreni-I'de. 3. baskı. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri. 2005; 83-124.
19. Eaton WW, Chen C. Epidemiology. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, eds. The American Psychiatric Publishing textbook of schizophrenia. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub., 2006; 17-37.
20. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Uzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme. Turk Psikiyatri Dergisi 2011;22(1):40-52.
21. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. Arc Gen Pschiatry. 2006; 63(3):250-258.
22. Knapp M, Almond S, Perducani M: Costs of schizophrenia: A review in Schizophrenia , WPA series evidence and experience in psychiatry. M Maj, N Sartorius (Ed), England , John & Wileysons, 1999; 407-454.
23. Aleman A, Kahn RS, Selten JP: Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. Arch Gen Psychiatry.2003; 60(6):565-571.
24. Kültür S, Mete L, Erol A, Köroğlu E, Güleç C, (Editörler). Psikiyatri temel kitabı'nda. 2. baskı. Ankara: HYM Basın Yayım. 2007; 184-204.
25. Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/ stress model of schizophrenic episodes. Schizophr Bull 1984; 10:300-312.
26. Veling W, Selten JP, Veen N, Laan W, Blom JD, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. Schizophr Res 2006; 86: 189–193.

27. Owen MJ, O'Donovan MC, Thapar A, Craddock N. Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2011 Mar;198(3):173-5.
28. Murray RM, O'callaghan E, Castle DJ, et al. A neurodevelopmental approach to the classification of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1992;18:319-332.
29. Işık E. Şizofreni Nörobijolojisi. Güncel Şizofreni. 2.Baskı içinde. Ankara: G.M. Matbaacılık ve Ticaret A.Ş., 2007:53–153.
30. Lawrie SM, Abukmeil SS. Brain abnormality in schizophrenia. A systematic and quantitative review of volumetric magnetic resonance imaging studies. *Br J Psychiatry* 1998;172:110–120.
31. Delay J, Deniker P, Harl JM. Therapeutic use in psychiatry of phenothiazine of central elective action (4560 RP) *Ann Med Psychol (Paris)* 1952;110:112-117.
32. Carlsson A, Lindqvist M, Magnusson T. 3,4-Dihydroxyphenylalanine and 5-hydroxytryptophan as reserpine antagonists. *Nature*. 1957;180:1200.
33. Lieberman JA, Kane JM, Alvir J. Provocative tests with psychostimulant drugs in schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)* 1987;91:415–433.
34. Stahl SM, Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi, İstanbul Medikal Yayıncılık 1.baskı 2015 p.90-91.
35. Woolley DW, Shaw W. A biochemical and pharmacological suggestion about certain mental disorders. *Proc Natl Acad Sci*. 1954; 40:228–231.
36. Ceylan ME, Cetin M. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Şizofreni, Tedavi 1.Cilt IV. Baskı İncekara Kağıt Mat. San. Ve Dış Tic. Ltd. Şti. İstanbul 2009.
37. Yavaşcı EO, Akkaya C. Şizofrenide Serotonin Rolu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012; 4(2):237-259.
38. Fitzgerald PJ. Is elevated norepinephrine an etiological factor in some cases of schizophrenia? *Psychiatry Res*. 2014 Mar 30;215(3):497-504.
39. Yang AC, Tsai S-J. New Targets for Schizophrenia Treatment beyond the Dopamine Hypothesis. *International Journal of Molecular Sciences*. 2017;18(8):1689.
40. David A. Insight in Psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156: 798-808.28.
41. Greenfeld et all. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. 1989;15(2):245-52.

42. Amador XF, Kronengold H. The Description and Meaning of Insight in Psychosis. In: Amador XF, Anthony SD, eds. *Insight and Psychosis*. New York Oxford: Oxford University Press, 1998:15–33.
43. Raffard S, Bayard S, Capdevielle D, et al. Lack of insight in schizophrenia:review. Part I: theoretical concept, clinical aspects and Amador's model. *Encephale* 2008;34(6):597–605.
44. Valenstein M, Ganoczy D, McCarthy JF, et al. Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. *J Clin Psychiatry* 2006;67(10):1542–1550.
45. Amador XF, Kronengold H. The Description and Meaning of Insight in Psychosis. In: Amador XF, Anthony SD, eds. *Insight and Psychosis*. New York Oxford: Oxford University Press, 1998:15–33.
46. Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 27:37-44, 1997.
47. Osatuke, K., Ciesla, J., Kasckow, J W.. Insight in schizophrenia: a review of etiological models and supporting research. *Comprehensive Psychiatry* 49 (1), 70-77, 2008.
48. Drake RJ, Lewis SW. Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophr Res*. 62:165-73, 2003.
49. Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Res* 167:231–238, 2009.
50. Shad MU, Muddasani S, Keshavan MS. Prefrontal subregions and dimensions of insight in first-episode schizophrenia—a pilot study. *Psychiatry Res* 146(1):35-42, 2006.
51. Pyne JM, Bean M, Sullivan G. Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *J Nerv Ment Dis* 189:146-53, 2001.
52. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F. Bipolar Bozuklukta Mizaç ile Klinik Özelliklerin İlişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005;16(3):164-169.
53. Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 1983;40:801–810.
54. Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S. Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004;15(3):183-190.

55. Von Zerssen D, Akiskal HS. Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *J Affect Disord*, 1998;51:1-5.
56. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the soft bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull*, 1987;23:68-73.
57. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*, 1986;3:167-226.
58. Cloninger CR, Pryzeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD: The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, 1994.
59. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:189–195.
60. Cloninger CR A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:573-588.
61. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*, 1986;3:167-226.
62. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 1993; 50: 975-989.
63. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:950-970.
64. Aleman A, Agrawal N, Morgan KD, David AS. Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2006;189:204–212.
65. Kamali M, Kelly L, Gervin M, et al. Insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2001;52(2):161–163.
66. Goldberg RW, Green-Paden LD, Lehman AF, Gold JM. Correlates of insight in serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2001;89(3):137–145.
67. Mintz AR, Addington J, Addington D. Insight in early psychosis: a 1– year follow-up. *Schizophr Res* 2004;67(2–3):213–217.

68. Van Ammers EC, Sellman JD, Mulder RT: Temperament and substance abuse in schizophrenia : Is there a relationship ? Journal of Nervous Mental Disease, 1997; 185:283-288.
69. Ritsner M. , Farkas H. , Gibel A. , Satisfaction with quality of life varies with temperament types of patients with schizophrenia, Journal of Nervous and Mental Disease, 2003 ; 191: 668-674.
70. Andreasen NC: Methods for assessing positive and negative symptoms. Mod Probl Pharmacopsychiatry 1990; 24:73-88.
71. Guillem F, Bicu M, Semkovska M, Debrulle JB: The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. Schizophrenia Research, 2002;56:137-147.
72. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBV. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington D.C.American Psychiatric Pres. 1997.
73. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1999.
74. Köse S, Sayar K, Ak İ, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kırpınar İ, Reeves R Przybeck T, Cloninger R: Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2004; 14:107-131.
75. Aslan S, Kiliç BG, Karakiliç HG ve ark. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türkiye'de Psikiyatri 2001; 3:17-24.
76. Opler et all. The positive and negative syndrome scale(PANNS) for schizophrenia. Schizophrenia Bull 1987; 13(2):261-276.
77. Kostako_lu AE ve ark. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANNS) Türkçe uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi; 14(44):23-32.
78. Kurs R, Farkas H, Ritsner M: Quality of life and schizophrenia : Comparative study of patients, their siblings and controls . Quality of Life Research, 2005; 14:433-440.
79. Hori H, Noguchi H, Hashimoto R, Nkabayashi T, Saitoh O, Murray RM, et al. Personality in schizophrenia assessed with the the Temperament and Character inventory (TCI) Psychiatry Res 2008 ; 160: 175-83

80. Smith MJ, Cloninger CR, Harms MP, Csernansky JG: Temperament and character as schizophrenia-related endophenotypes in non-psychotic siblings. *Schizophrenia Research*, 2008;104:198-205.

81. De Hert MAF, Simon V, Vidovic D, et al. Evaluation of the association between insight and symptoms in a large sample of patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009; 24:507–512.



10. EKLER

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı: “Şizofreni Tanısı Olan Hastalarda Mizaç ve Karakter Özelliklerinin İlgörü ile İlişkisi, Sağlıklı Gönüllülerle Karşılaştırılması “

b. Araştırmanın İçeriği:

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine başvuran, DSM-V tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı alan, çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan ve başka herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 18-65 yaş arası kişiler ile sağlıklı kişiler çalışmaya alınacaktır. Hastalar ve sağlıklı kişiler ile bir kez görüşme yapılacaktır. Sosyodemografik veri formu, pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS) , içgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği, SCID I ile mizaç ve karakter envanteri verilecektir. Şizofreni tanısı almış 18-65 yaş grubu mizaç özelliklerinin, içgörü ile ilişkisi değerlendirilecektir. Bu tanıyı almamış olan sağlıklı kişiler ile karşılaştırılacaktır.

c. Araştırmanın Amacı:

Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi polikliniğine başvuran şizofreni tanısı almış kişilerin mizaç ve karakter özelliklerinin içgörü ile ilişkisi, sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

d. Araştırmanın Nedeni:

- () Bilimsel araştırma
(x) Tez çalışması

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 16 ay

f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 100

g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yapılmayacaktır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Herhangi bir risk ya da zarar söz konusu değildir.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar: Şizofreni tanısı olan hastaların mizaç ve karakter özelliklerinin, içgörü ile ilişkisi ilişkisinin incelenmesi, bu alanlarda negatif belirtili ve pozitif belirtili şizofreni hastaları arasındaki farkların saptanarak, şizofreni hastalarında mizaç ve karakter özellikleri ve içgörü ile ilgili verilere katkı sağlanması amaçlanmıştır.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Suna SOĞUCAK

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr. Suna SOĞUCAK tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri: Araştırmanın herhangi bir gideri yoktur

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı olduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. **Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.**
- b. **Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.**

- c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, 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.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni 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 doyurucu 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 metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının 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 Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Mizaç ve Karakter Envanteri
(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını görüşlerini ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece su anda nasıl hissettiğiniz değil ÇOĞU ZAMAN ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi basınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini daire içine almanız

yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK

DOGRU YANLIŞ

Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum. D Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için “D”yi daire içine alınız.)

Tüm ifadeleri dikkatlice okuyunuz ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Yanıttan emin olmasanız bile her ifadeyi yanıtlamaya çalışınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987 1992 C. R. Cloninger

Türkçe TCI © 2001 Samet Köse Kemal Sayar

Türkçe TCI'nin eser sahipliği hakları Samet Köse ve Kemal Sayar'a aittir.

Yazarların izni olmaksızın her türlü kullanımı eser sahipliğinden doğan hakların ihlalini oluşturur ve etik değildir.

1. Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu zaman yeni şeyler denerim. D Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandırıcı durumlarda bile genellikle her şeyin iyiye gideceğine inanırım. D Y
3. Çoğu zaman güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim. D Y
4. Çoğu zaman koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm. D Y
5. Benden çok farklı olsalar bile genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim. D Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım. D Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider. D Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda çoğu zaman vaktin nasıl geçtiğinin farkına varmam. D Y
9. Çoğu zaman yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm. D Y

10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta yardımcı olmak isterim. D Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum. D Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim. D Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin çoğu zaman o anda nasıl hissettiğime bakarak yaparım. D Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa genellikle kendi tarzıma göre yaparım. D Y
15. Çoğu zaman çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir. D Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam. D Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır. D Y
18. Birçok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile zengin ve ünlü olmak için yasal olan hemen her şeyi yapardım. D Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir. D Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için çoğu zaman yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım. D Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım. D Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum. D Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan çoğu zaman “dalgın” olarak adlandırılırım. D Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim. D Y
25. Bir başkasının duygularını çoğu zaman kendiminkiler kadar dikkate alırım. D Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için çoğu zaman yabancılarla tanışmaktan kaçınırım. D Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım. D Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim. D Y
30. Zaman yokluğu nedeniyle genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam. D Y
31. Çoğu zaman hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım. D Y
32. Çoğu zaman başka herkesten daha zeki olmayı dilerim. D Y
33. Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir. D Y
34. Her ne zaman olursa olsun çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım. D Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür. D Y
36. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak çoğu zaman bana anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü alışkanlıklar kazandırdı. D Y

37. Genellikle o kadar kararlıyım ki başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim. D Y
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum. D Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var. D Y
40. Sorunlarıma çoğu zaman bir başkasının çözüm D Y sağlamasını beklerim.
41. Çoğu zaman nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım. D Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm. D Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum. D Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez. D Y
45. Kendimi rahatlamış hissederken çoğu zaman beklenmedik iç görü ya da anlayış parıltıları yasarım. D Y
46. Başkalarının benden ya da isleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmmam. D Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım. D Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir. D Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez. D Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz. D Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür. D Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok iyi bir dinleyiciyimdir. D Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim. D Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda çoğu kimseden daha sıkılanımdır. D Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır. D Y
56. Bazen neler olacağını sezmemeye olanak veren bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir. D Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım. D Y
58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım. D Y
60. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim. D Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım. D Y
63. Çok kolay yorulduğumdan çoğu zaman kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım. D Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım. D Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmmaksızın daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm. D Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim. D Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda genellikle sakin ve güvenli kalırım. D Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım. D Y
69. Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakinca görmem. D Y

70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım. D Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum. D Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kalmaz. D Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar. D Y
74. Çoğu zaman sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim. D Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım. D Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim. D Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım. D Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider. D Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm. D Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir. D Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraşıca düşünürüm. D Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm. D Y
84. Çoğu zaman etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim. D Y
85. Çoğu zaman “Süperman” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim. D Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor. D Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım. D Y
88. Dinsel yaşantılar yaşamımın gerçek amacını anlamama yardımcı olmuştur. D Y
89. Çoğu zaman başkalarından çok şey öğrenirim. D Y
90. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak pek çok şeyde iyi ve başarılı olmama olanak vermiştir. D Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim. D Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme destek ya da güvenceye gereksinim duyarım. D Y
93. Yaşamın kurallarının olduğunu ve hiç kimsenin sonunda bedelini ödemeksizin bu kuralları çiğneyemeyeceğini bilirim. D Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem. D Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim. D Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim. D Y
97. Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm. D Y

98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım. D Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım. D Y
100. Birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek benim için kolaydır. D Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu zaman öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım. D Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim. D Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım. D Y
104. Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem. D Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var. D Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu zaman sorunların gereğine bakamam. D Y
107. Çoğu zaman zamanın akısını durdurabilmeyi dilerim. D Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim. D Y
109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim. D Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine saka yapmak için doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm. D Y
111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesi için çalışırım. D Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım. D Y
113. Çok gergin yorgun ya da endişeli olacağım için işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür. D Y
114. İşleri eskiden olduğu gibi yapmayı bırakmadan önce genellikle çok gerçekçi gerekçeler talep ederim. D Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım. D Y
116. Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım. D Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim. D Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu zaman aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm. D Y
119. Hemen herkes korksa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım. D Y
120. Hüzünlü şarkıları ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum. D Y
121. Koşullar çoğu zaman beni irademin dışında bir şeyler yapmaya zorlar. D Y
122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür. D Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm. D Y
124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim. D Y
125. Çoğu zaman yaptığım isin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum. D Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum. D Y
127. Başkalarıyla olabildiğince is birliği yapmaya çalışırım. D Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir. D Y

129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim. D Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu zaman içgüdülerimi önsezi ve sezgilerimi izlerim. D Y
131. İnsanlar benden beklediklerini yapmadığımda çoğu zaman benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler. D Y
132. Çoğu zaman etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim. D Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek benim için genellikle kolaydır. D Y
134. Başkaları benden daha çok iş beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım. D Y
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikincil huy” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır. D Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam. D Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim. D Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar. D Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir. D Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım. D Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile çoğu zaman işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim. D Y
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim. D Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler. D Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol var olduğunu söylese bile işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim. D Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm. D Y
146. Düşmanlarımla acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım. D Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum. D Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım. D Y
149. Endişeye kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım. D Y
150. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir. D Y
152. Çoğu zaman kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki bir an nerede olduğumu unuturum. D Y
153. Bir ekibin üyeleri kendilerine düşen payı nadiren eşit biçimde alırlar. D Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir. D Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam. D Y

157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılğan değilimdir. D Y
158. Çoğu zaman arkadaşlarımın arzularına boyun eğirim. D Y
159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım. D Y
160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dini ya da ahlaki ilkelerin etkin olması gerektiğini düşünmem. D Y
161. Başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için çoğu zaman kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım. D Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır. D Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım. D Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem. D Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam. D Y
166. Düşündüğümde daha uzun sürerse çoğu zaman o isı bırakırım. D Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim. D Y
168. Bana yanlış davranan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım. D Y
169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu zaman kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım. D Y
171. İşlerin yapılması için bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim. D Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım. D Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan kendimi daha coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur. D Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir. D Y
175. Duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım. D Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım. D Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir. D Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır. D Y
179. Çoğu zaman sonsuza değin yaşamak isterim. D Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım. D Y
181. Hüzünlü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır. D Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum. D Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu zaman kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim. D Y
184. Çoğu ayartıcı durumda kendime güven duyabilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir. D Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar. D Y
186. Önemsiz ya da kötüyümüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir. D Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermektten hoşlanırım. D Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle sansım yaver gider. D Y

189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi) genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim. D Y
190. Başarılı olma sansı olmadıkça bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum. D Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım. D Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım. D Y
193. Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir. D Y
194. Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu. D Y
195. Ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu yaşadığım epeyce coşkulu anlarım oldu. D Y
196. İyi alışkanlıklar işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır. D Y
197. Çoğu kimse benden daha çok becerikli görünür. D Y
198. Sorunlarım için çoğu zaman başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım. D Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım. D Y
200. Çoğu zaman tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla “açılmamayı” tercih ederim. D Y
202. Kendimi zorlamaksızın genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim. D Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm. D Y
204. Bir şeyi yanlış yaparken yakalandığımda, sorundan kurtulmayı beceremem. D Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir. D Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu sadece bir görüş meselesidir. D Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm. D Y
208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım. D Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm. D Y
210. İnsanlar yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler. D Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir. D Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yasarım. D Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar vardır. D Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem. D Y
215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu zaman olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım. D Y
216. Tanıdığım çoğu kimse başkalarının incinebileceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini düşünür. D Y

217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle gergin ve endişeli hissederim. D Y
218. Çoğu zaman kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım. D Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür. D Y
220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir. D Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmalarım üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır. D Y
222. Herhangi bir kişinin acı çektiğini görmekten nefret ederim. D Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum. D Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım. D Y
225. Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu zaman ters gider. D Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda genellikle daha iyi hissederim. D Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm. D Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için başkalarına çoğu zaman sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir. D Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünümlü olsam. D Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim. D Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum. D Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim. D Y
233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm. D Y
234. Benimle ilgili kimseler işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar. D Y
235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır. D Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim. D Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde her şeyi okumaktan hoşlanırım. D Y
238. Yeni bir şey olmadığında genellikle heyecan ya da coşku verici bir şeyler aramaya başlarım. D Y
239. Bazen keyifsiz olurum. D Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum. D Y

TCI Derecelendirme Anahtarı

Tüm ölçekler için pozitif olarak puanlandırılan (D= 1, Y= 0) maddelerin altı çizilmemiş, negatif olarak puanlandırılan maddelerin altı çizilmiştir (D= 0, Y= 1). Aşağıdaki maddeler ise TCI'nın bir bölümü olarak puanlanmamıştır: 69, 75, 101, 111, 118, 134, 140, 170, 176, 190, 213, 230, 239, 240.

Yenilik Arayışı (Novelty Seeking)

NS1 Keşfetmekten heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık (11 madde)

1, 29, 52, 70, 99, 114, 144, 167, 191, 211, 238

NS2 Dürtüsellik-İyice düşünme (10 madde)

13, 35, 61, 82, 108, 130, 148, 187, 203, 237

NS3Savurganlık-Tutumluluk (9 madde)

19, 41, 66, 109, 139, 155, 174, 192, 219

NS4 Düzensizlik-Düzenlilik (10 madde)

34, 53, 79, 91, 110, 141, 165, 183, 204, 212

NS Toplam Yenilik Arayışı Puanı (40 madde): NS1 + NS2 + NS3 + NS4

Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance)

HA1 Beklenti endişesi ve karamsarlık-Sınırsız iyimserlik (11 madde)

2, 20, 42, 65, 81, 112, 119, 149, 164, 188, 225

HA2 Belirsizlik korkusu (7 madde)

12, 26, 67, 129, 154, 189, 217

HA3Yabancılardan çekinme (8 madde)

27, 54, 80, 100, 142, 157, 209, 231

HA4 Çabuk yorulma ve dermansızlık (9 madde)

22, 43, 63, 92, 113, 147, 182, 202, 236

HA Toplam Zarardan Kaçınma Puanı (35 madde): HA1 + HA2 + HA3 + HA4

Ödül Bağımlılığı (Reward Dependence)

RD1 Duygusalılık (10 madde)

3, 28, 55, 83, 102, 120, 158, 181, 210, 224

RD3Bağlanma (8 madde)

21, 44, 68, 117, 143, 180, 201, 226

RD4 Bağımlılık (6 madde)

14, 46, 71, 131, 156, 193

RD Toplam Ödül Bağımlılığı Puanı (24 madde): RD1 + RD3 + RD4

Sebat Etme (Persistence)

P Sebat etme (8 madde)

11, 37, 62, 103, 128, 166, 205, 218

Kendi Kendini Yönetme (Self-Directedness)

S1 Sorumluluk alma-Kınama (8 madde)

4, 24, 58, 86, 121, 151, 169, 198

S2 Amaçlılık-Amaçsızlık (8 madde)

9, 30, 59, 105, 126, 159, 177, 223

S3 Beceriklilik (5 madde)

40, 106, 171, 197, 233

S4 Kendini kabullenme- Kendisiyle Çekişme (11 madde)

32, 60, 74, 85, 94, 107, 136, 150, 179, 214, 229

S5 Aydınlanmış ikinci mizaç (12 madde)

17, 36, 39, 90, 104, 115, 135, 162, 184, 196, 207, 221

S Toplam Kendi Kendini İdare Etme Puanı (44 madde): S1 + S2 + S3 + S4 + S5

İş Birliği Yapma (Cooperativeness)

C1 Sosyal kabullenme-Sosyal hoşgörüsüzlük (8 madde)

5, 16, 48, 89, 122, 133, 172, 234

C2 Empati duyma-Sosyal ilgisizlik (7 madde)

25, 49, 73, 137, 161, 185, 227

C3Yardımseverlik-yardım sevmemezlik (8 madde)

10, 47, 64, 87, 127, 153, 178, 216

C4 Acıma-intikamcılık (10 madde)

7, 33, 57, 78, 98, 124, 146, 168, 199, 222

C5 Temiz kalplilik vicdanlılık-Kendi kendine yarar sağlama (9 madde)

18, 50, 72, 93, 138, 160, 186, 206, 235

C Toplam İş Birliği Puanı (42 madde): C1 + C2 + C3 + C4 + C5

Kendi Kendini Aşma (Self-Transcendence)

ST1 Kendini kaybetme-Kendilik bilincinde yaşantı (11 madde)
8, 23, 45, 76, 96, 125, 152, 173, 195, 215, 228

ST2 Kişiler arası Özdeşim-Kendi kendine ayrışma (9 madde)
15, 31, 51, 84, 95, 132, 163, 200, 232

ST2 Manevi kabullenme-Akılcı maddecilik (13 madde)
6, 38, 56, 77, 88, 97, 116, 123, 145, 175, 194, 208, 220

ST Toplam Kendi Kendini Aşma Puanı (33 madde): ST1 + ST2 + ST3



POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS)

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P):

P1. SANRILAR:

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

1 YOK: Tanımla ilgili bir özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

P3. VARSANILAR:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

P4. TAŞKINLIK:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3 HAFİF: Görüşme boyunca hafif ajitasyon, artmış uyanıklılık veya hafif düzeyde çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artış göstermeye meyillidir,

ancak belirgin taşkınlık nöbetleri veya duygudurum oynaklığı yoktur. Konuşma hafif basınçlı olabilir.

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

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

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

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

P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

5 ORTA /AĞIR: Hasta kişilerarası ilişkilerini ciddi ölçüde bozacak düzeyde belirgin güvensizlik göstermektedir **veya** kişilerarası ilişkiler ve davranışı sınırlı ölçüde etkileyen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

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

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

P7. DÜŞMANCA TUTUM:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N):

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME:

Duygusal yanıtta azalma yüz ifadesinde, duyguların ayarlanmasında ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinde azalma ile kendini gösterir.

Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında duygulanım ve duygusal yanıtın fiziksel ifade biçimlerinin gözlemidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK:

Hastanın başkalarına empati yapamaması, görüşme sırasında açık olamaması, görüşmeciyile yakınlık kuramaması ve bu kişiye ilgisiz kalmasıdır. Bu durum hastanın mesafeli durması, sözel ve sözel olmayan iletişiminin az olması şeklinde

gözlenebilir. Değerlendirmede temel alınacak veri hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ:

Soyut ve simgesel düşünmedeki bozulmadır; sınıflandırma, genellemeler yapma ve ve problem çözmeye yönelik işlerde benmerkezcil ve somut düşüncenin ötesine geçebilmede güçlülüdür. Değerlendirmede temel alınacak veriler,

benzerlikler ve atasözleriyle ilgili sorulara verilen yanıtlar ve görüşme boyunca somuta karşı soyut düşüncenin kullanımının değerlendirilmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI:

Kayıtsızlık, irade kullanamama, savunuculuk veya bilişsel yetilerdeki bozukluktan dolayı konuşmanın akışındaki yavaşlamadır. Sözel etkileşim sürecinde akıcılıkta ve üretkenlikteki azalmayla seyrederek değerlendirilmede temel alınacak veri görüşme sırasında izlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G):

G1. BEDENSEL KAYGI:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G2. ANKSİYETE:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G3. SUÇLULUK DUYGULARI:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G4. GERGINLİK:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3 HAFİF: Hareketlerde hafif derecede bir gariplik veya vücut duruşunda hafif bir rijidite vardır.

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

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

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

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

G6. DEPRESYON:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

7. ÇOK AĞIR: Çökkün duygudurum bir çok önemli işlevi ciddi ölçüde etkilemektedir. Sık ağlama, belirgin bedensel belirtiler, dikkat bozukluğu, psikomotor yavaşlama, sosyal ilgisizlik, kendine bakmama, muhtemel depresif veya nihilistik sanrılar ve/veya muhtemel intihar düşünceleri veya girişimi gibi belirtiler vardır.

G7. MOTOR YAVAŞLAMA:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3 HAFİF: Gücenen, tahammülsüz veya iğneleyici bir tutumla cevap verir. Görüşmedeki hassas sorgulamaya alınganlık göstermeden itiraz edebilir.

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

5 ORTA/AĞIR: Hasta sıklıkla çevresinin taleplerine uyum göstermez ve başkaları tarafından “toplum dışı” veya “ciddi bir davranış sorunu olan kimse” şeklinde tanımlanır. Görüşmeciye karşı belirgin savunuculuk ve alınganlık

göstermesi ve muhtemelen birçok soruyu yanıtlamak istememesi işbirliği kurulamadığının göstergeleridir.

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

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

G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G 10. YÖNELİM BOZUKLUĞU:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3 HAFİF: Genel olarak yönelim korunmuştur, ancak bazı ayrıntılarla ilgili zorluk yaşanmaktadır. Örneğin, hasta bulunduğu yeri bilse de sokak adresini bilmemektedir; hastane personelinin isimlerini bilse de görevlerini bilmemektedir; hangi ayda olduğunu bilse de günü bir sonraki günle karıştırmaktadır; veya tarihi iki günden fazla olmak üzere karıştırmaktadır. İlgi alanında, sağlık

personeli gibi yakın çevreyi tanıyabilme, ancak devlet ve siyaset adamları gibi daha uzak olan çevreyi tanıyamama şeklinde bir daralma söz konusu olabilir.

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

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

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

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

G 11. DİKKAT AZALMASI:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G 12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

4 ORTA: Hasta hastalığını tamamen değil, yüzeysel olarak kabul etmektedir. Hastalığın farkında olma durumu değişebilmektedir **veya** varolan sanrılar, düşünce dağınıklığı, şüphecilik ve kendini toplumdan çekme gibi belirtilerin çok az farkında olmaktadır. Hasta tedaviye olan ihtiyacının anksiyete, gerginlik, uyku bozukluğu gibi daha geri plandaki belirtiler için olduğunu düşünmektedir.

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

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

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

G 13. İRADE BOZUKLUĞU:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

7 ÇOK AĞIR: Iradedeki tama yakın yetersizlik nedeniyle hareketler ve konuşma belirgin olarak engellenir ve bu durum tam hareketsizlik ve/veya mutizme yol açar.

G 14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G 15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI:

Gerçeklerle olan bağlantının ve uyum sağlayıcı davranışların otistik yaşantılar ve içten gelen duygu ve düşüncelere kendini kaptırma nedeniyle olumsuz yönde

etkilenmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme boyunca gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G 16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

6 AĞIR: Hasta korku, düşmanca duygular veya güvensizlik nedeniyle çok az sosyal aktiviteye katılmaktadır. Yaklaşıldığı zaman hasta ilişkileri koparmaya kuvvetli bir şekilde meyil gösterir ve genelde kendisini diğer insanlardan soyutlar.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin korkular, düşmanlık duyguları veya kötülük görme sanrıları nedeniyle hastanın hiçbir sosyal aktiviteye katılımı sağlanamaz. Tüm

etkileşimlerden mümkün olabildiğince uzak durur ve kendisini diğer insanlardan soyutlar.

İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ:

1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

- o Sıklıkla =2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)
- o Bazen =1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)
- o Hiçbirci zaman =0

Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

- o Sıklıkla =2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)
- o Bazen =1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir.)
- o Hiçbir zaman =0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa.)

2a. Hastaya sorunuz: “Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ?” ya da “Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz ?”(mental,fiziksel, belirlenmemiş)

- o Sıklıkla =2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen =1 (Hastalığı olduğunu arada düşünmüş)
- o Hiç bir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

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

2b. hastaya “bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ?” şeklinde sorunuz. (2a. nın maddeleri geçerlidir). Sıklıkla=2, Bazen =1, Hiçbir zaman =0.

2c (2b. eğer 1 ya da 2 ise) “Hastalığınızı nasıl açıklarsınız ?” diye sorunuz.

- o Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar =2
- o Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da “ Bilmiyorum” şeklinde yanıtlar =1
- o Delüzyonel açıklamalar =0

3a. “.....(özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?” diye sorunuz. Ya da
“.....(özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz”

- o Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)
- o Hiçbir zaman =0

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

3b. Bu olayları/ yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (.....konusundaki inancınız / sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

- o “Hastalığının bir parçası” =2
- o “Yorgunluk ve stres” gibi dış olaylara bağlıyorsa =1
- o Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

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

0= “Yalan söylüyorlar.”

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

2= “Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem.”

3= “Bende bir hata olduğumu düşünürüm.”

4= “İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum.”

DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN
YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME

PUANLAMA CETVELİ

SCID-I

KLİNİK VERSİYON

Michael B. First, M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
Columbia University
New York, New York

Hastanın adı: _____

Kayıt Numarası: _____ Değerlendirme Tarihi: _____

Doktor: _____

- Bilgi kaynakları (tüm başvuruları kontrol ediniz):
- Hasta
 - Aile/arkadaş/eşlik edenler
 - Sağlık personeli
 - Tıbbi kayıtlar

SCID-CV TANI ÖLÇÜTLERİ

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Şu anda	Yaşam Boyu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bipolar I Bozukluğu (D4, s. 36)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.40 Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Hipomanik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.0x Bipolar I Bozukluğu, Tek Manik Epizod
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.5x Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Manik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.6x Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Mikst
		296.5x Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Depresif
		<i>belirleyiciyi beşinci-basamakta gösteriniz:</i>
		__ 1 — Hafif
		__ 2 — Orta Derecede
		__ 3 — Psikotik Özellikler Olmayan, Ağır
		__ 4 — Psikotik Özellikler Olan, Ağır
		__ 5 — Kısmi Remisyonda
		__ 6 — Tam Remisyonda
		__ 0 — Belirlenmemiş
		296.7 Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Belirlenmemiş
		Diğer Bipolar Bozukluklar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.89 Bipolar II Bozukluğu (s. 37, D9)
		<i>belirleyicileri gösteriniz:</i>
		__ hipomanik
		__ depresif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	301.13 Siklotimik Bozukluk (s. 37, D12)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.80 BTA Bipolar Bozukluk (s. 37, D12)
		Majör Depresif Bozukluk (s. 38, D16)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.2x Majör Depresif Bozukluk, Tek Epizod
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.3x Majör Depresif Bozukluk, Rekürtan
		<i>belirleyiciyi beşinci basamakta gösteriniz:</i>
		__ 1 — Hafif
		__ 2 — Orta Derecede
		__ 3 — Psikotik Özellikler Olmayan, Ağır
		__ 4 — Psikotik Özellikler Olan, Ağır
		__ 5 — Kısmi Remisyonda
		__ 6 — Tam Remisyonda
		__ 0 — Belirlenmemiş
		Diğer Depresif Bozukluklar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.4 Distimik Bozukluk (s. 23, A60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	311 BTA Depresif Bozukluk (s. 39, D19)

Şu anda Yaşam Boyu

Diğer Duygudurum Bozuklukları

293.82 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu (s. 24, A64)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

belirleyicileri gösteriniz:

___ Majör Depresif - benzeri Epizod

___ Diğer Depresif Semptomlar

___ Manik

___ Mikst

291.8 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu (s. 25, A69)

belirleyicileri gösteriniz:

___ Depresif

___ Manik

___ Mikst

292.84 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu (s. 25, A69)

Maddeyi Belirtiniz: _____

belirleyicileri gösteriniz:

___ Depresif

___ Manik

___ Mikst

ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Şizofreni (s. 29, C7)

belirleyicileri gösteriniz:

___ 295.30 Paranoid Tip (s. 30, C8)

___ 295.20 Katatonik Tip (s. 30, C9)

___ 295.10 Dezorganize Tip (s. 30, C10)

___ 295.90 Belirlenmemiş Tip (s. 30, C11)

___ 295.60 Rezidüel Tip (s. 30, C12)

295.40 Şizofreniform Bozukluk (s. 30, C15)

295.70 Şizoafektif Bozukluk (s. 31, C20)

297.1 Sanrısız Bozukluk (s. 32, C26)

298.8 Kısa Psikotik Bozukluk (s. 33, C31)

293.81 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden (s. 34, C34)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

293.82 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden (s. 34, C34)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

291.5 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden (s. 35, C38)

291.3 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden (s. 35, C38)

292.11 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden (s. 35, C38)

Maddeyi Belirtiniz: _____

292.12 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden (s. 35, C38)

Maddeyi Belirtiniz: _____

298.9 BTA Psikotik Bozukluk (s. 35, C39)

MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Şu anda	Yaşam Boyu	Alkol Kullanım Bozuklukları
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	303.90 Alkol Bağımlılığı (s. 42, E15)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.00 Alkol Kötüye Kullanımı (s. 42, E16)
Diğer Maddelerin Kullanım Bozuklukları		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Amfetamin Bağımlılığı (s. 46, E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.30 Kannabis Bağımlılığı (s. 46, E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.20 Kokain Bağımlılığı (s. 46, E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.50 Hallüsinasyon Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.60 İnhalan Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.00 Opiyat Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.60 Fensiklidin Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.10 Sedatif, Hipnotik ve Anksiyolitik Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Maddelerin Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.70 Amfetamin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.20 Kannabis Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.60 Kokain Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.30 Hallüsinojen Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.90 İnhalan Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.50 Opiyat Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.90 Fensiklidin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.40 Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitik Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Maddelerin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.21 Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu (s. 49, F23)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.01 Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu (s. 49, F24)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.03 Obsesif Kompulsif Bozukluk (s. 52, F38)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	309.81 Posttravmatik Stres Bozukluğu (s. 56, F64)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.0 BTA Anksiyete Bozukluğu (s. 57, F71)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	293.84 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu (s. 60, F86)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

belirleyicileri gösteriniz:

___ Yaygın Anksiyete ile Birlikte

* ___ Panik Ataklarıyla Birlikte

___ Obsesif Kompulsif Semptomlarla Birlikte

Şu anda Yaşam Boyu

291.8 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu (s. 62, F91)

belirleyiciyi gösteriniz:

- ___ Yaygın Anksiyete Gösteren
 ___ Panik Atakları Gösteren
 ___ Obsesif Kompulsif Semptomlar Gösteren
 ___ Fobik Semptomlar Gösteren

292.89 Diğer Maddelerin Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu (s. 62, F91)

Maddeyi Belirtiniz: _____

belirleyiciyi gösteriniz:

- ___ Yaygın Anksiyete Gösteren
 ___ Panik Atakları Gösteren
 ___ Obsesif Kompulsif Semptomlar Gösteren
 ___ Fobik Semptomlar Gösteren

Diğer Anksiyete Bozuklukları

300.22 Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi (s. 56, F65)

300.23 Sosyal Fobi (s. 56, F66)

300.29 Özgül Fobi (s. 56, F67)

300.02 Yaygın Anksiyete Bozukluğu (s.56, F68)

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

300.81 Somatizasyon Bozukluğu (s. 58, F72)

300.82 Farklaşmamış Somatoform Bozukluk (s. 58, F72)

300.7 Hipokondriazis (s. 58, F73)

300.7 Vücut Dismorfik Bozukluğu (s. 58, F74)

YEME BOZUKLUKLARI

307.1 Anoreksiya Nervoza (s. 58, F75)

307.51 Bulimia Nervoza (s. 58, F76)

UYUM BOZUKLUKLARI

309.0 Depresif Duygudurum ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.24 Anksiyete ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.28 Karışık Anksiyete ve Depresif Duygudurum ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.3 Davranım Bozukluğu ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.4 Karışık Duygu ve Davranım Bozukluğu ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.9 Belirlenmemiş Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

DİĞER DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI

Şu anda Yaşam Boyu

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kodu ve tanıyı yazınız: _____

Kodu ve tanıyı yazınız: _____

Kodu ve tanıyı yazınız: _____

DSM-IV Eksen IV Psikososyal ve Çevresel Sorunlar Listesi

Kontrol: Birinci destek grubuyla olan sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Toplumsal çevre ile ilişkili sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Eğitim ile ilgili sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Mesleki sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Evle ilgili sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Ekonomik sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Sağlık birimlerine ulaşmak ile ilgili sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Yasal sistemle etkileşimle ilgili sorunlar/suçlar. *Belirtiniz:* _____ Psikososyal ve çevresel diğer sorunlar. *Belirtiniz:* _____