



**T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EğİTİM VE
ARAşTIRMA HASTANESİ**

**şİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA ZİHİN KURAMI,
ÜSTBİLİş ÖZELLİKLERİNİN KARşILAşTIRILMASI, İÇGÖRÜ VE
KLİNİK DEğİşKENLER İLE İLİşKİSİ**

Dr. Rumeysa Dilara Kurban

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2022



**T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA ZİHİN
KURAMI, ÜSTBİLİŞ ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI,
İÇGÖRÜ VE KLİNİK DEĞİŞKENLER İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Rumeysa Dilara Kurban

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2022

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında bilgi birikimi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren hocam Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin' e, tez hazırlığı aşamalarında bana öncülük eden saygıdeğer hocam Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar'a ve akademik çaba ve motivasyonu ile bana her zaman destek veren Uzm. Dr.Pınar Şen Gökçeimam' a öncelikli olarak teşekkürlerimi sunarım.

Değerli başhekimimiz Doç Dr. Sema Baykara'ya, beraber çalışma fırsatı bulduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir, Prof. Dr. Medine Yazıcı, Doç Dr. Hüseyin Güleç, Doç. Dr. Onur Durmaz, Prof. Dr. Rabia Bilici, Doç. Dr. Merih Altıntaş, Doç Dr. Filiz İzci, Prof. Dr. S. Füsun Domaç, Prof. Dr. Cem Gökçen, Prof. Dr. Özalp Ekinci, Öğr. Gör. Dr. İbrahim Adak'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli uzmanlarım Uzm. Dr. Elif Yılmaz, Uzm. Dr. Salime Gürsoy, Uzm. Dr. Mehmet Fatih Üstündağ öncelikli olmak üzere hastanemizin tüm uzman doktorlarına,

Burada çalışmayı benim için keyif haline getiren sevgili eşkıdemlerim Uzm. Dr. Muhammet Enes Özel ve Uzm. Dr. Ozan Odabaşı öncelikli olmak üzere onları tanıma fırsatı bulduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim ve benim için her biri ayrı kıymete sahip sevgili arkadaşlarım Uzm. Dr. Sena Aktaş, Uzm. Dr. Burcu Yüce, Uzm Dr. Ezgi Yakupoğlu, Uzm. Dr. Betül Kırşavoğlu, Uzm. Dr. Nihal Taştekin, Uzm. Dr. Cemre Yaşöz ve beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca maddi manevi destekleri ile hep yanımda olan, hayallerime ulaşma konusunda varlıkları bana güç veren sevgili ailem, eşim ve varlığı ile hayatımıza anlam katan sevgili oğluma,

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Rumeysa Dilara Kurban

İstanbul 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
KISALTMALAR	iii
TABLolar.....	iv
ÖZET.....	vi
ABTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. ŞİZOFRENİ.....	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Tarihçe.....	4
2.1.3. Şizofreni tanısı için DSM 5 tanı kriterleri.....	5
2.1.4. Klinik özellikler.....	5
2.2. BİPOLAR BOZUKLUK.....	6
2.2.1. Tanım.....	6
2.2.2. Tarihçe.....	6
2.2.3. Bipolar bozukluk tanısı için DSM 5 tanı kriterleri.....	7
2.2.3.1. Mani dönemi.....	7
2.2.3.2. Hipomani dönemi.....	7
2.2.3.3. Major depresyon dönemi.....	8
2.3. İÇGÖRÜ.....	9
2.3.1. Bilişsel içgörü kavramı.....	10
2.3.2. Şizofrenide içgörü.....	10
2.3.3. Bipolar Bozuklukta içgörü.....	11
2.4. ÜSTBİLİŞ.....	11
2.4.1. Şizofrenide üstbiliş.....	11
2.4.2. Bipolar bozuklukta üstbiliş.....	12
2.5. ZİHİN KURAMI.....	12
2.5.1. Şizofrenide Zihin kuramı.....	13
2.5.2. Bipolar bozuklukta zihin kuramı.....	14
2.6. TEDAVİ UYUMU.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	15
3.1. ÖRNEKLEM VE YÖNTEM.....	15
3.2. DAHİL ETME HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ.....	15
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	16
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	16
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	37
6. KISITLILIKLAR.....	48
7. SONUÇLAR.....	49
8. KAYNAKLAR.....	50
9. EKLER.....	59

KISALTMALAR

BB: Bipolar Bozukluk

BBiÖ: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

DSM 5: The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

IPII: Indiana Psikiyatrik Hastalık Görüşmesi

İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşeni Değerlendirme Ölçeği

MAS-A: Metacognition Assessment Scale- Abbreviated

MAS S: Metacognition Assessment Scale – Self Reflectivity

MAS U: Metacognition Assessment Scale - Understanding Other's Minds

MAS D: Metacognition Assessment Scale - Decentration

MAS M: Metacognition Assessment Scale – Mastery

Ort: ortalama

PANSS: Positive And Negative Syndrome Scale

Ss: standart sapma

ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği -30

YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Testi

TABLÖLAR

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 2: Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri açısından karşılaştırılması

Tablo 3: Katılımcıların Üstbiliş ve ZK Ölçek Puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4: Şizofreni ve BB hastalarında üstbiliş ölçek puanları ile GZOT puanı arasındaki ilişki

Tablo 5: ÜBÖ-30 ve ile MAS-A alt ölçek puanlarının korelasyonu

Tablo 6: BB hastalarında klinik değişkenler ile ÜBÖ-30 MAS-A ve GZOT puanları arası korelasyon

Tablo 7: Şizofreni hastalarında klinik değişkenler ile ÜBÖ-30 MAS-A ve GZOT puanları arasında korelasyon

Tablo 8: Şizofreni hastalarında PANSS puanlarına göre ile ÜBÖ-30, MAS-A ve GZOT puanlarının karşılaştırılması

Tablo 9: BB ve Şizofreni hastalarında cinsiyete göre ÜBÖ-30, MAS-A ve GZOT ölçeklerinden alınan puanların karşılaştırılması

Tablo 10: Hasta gruplarında eğitim düzeyi ile üstbiliş ve ZK becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo 11: BB hastalarında aile öyküsü varlığına göre ile MAS-A ve GZOT ölçeklerinden alınan puanların karşılaştırılması

Tablo 12: BB ve Şizofreni hastaları arasında İÜBDÖ ve BBIÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 13: Hastalık başlangıç yaşına göre BB ve Şizofreni hastalarının BBIÖ ve İÜBDÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 14: Şizofreni hastalarının PANSS ölçeğinden aldıkları puanlara göre İÜBDÖ ve BBIÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 15: Hasta gruplarında eğitim düzeyinin BBIÖ ve İÜBDÖ puanları ile ilişkisinin incelenmesi

Tablo 16: BB hastalarında ÜBÖ-30 ölçek puanları ile İÜBDÖ ve BBIÖ puanları arasındaki ilişki

Tablo 17: BB hastalarında MAS-A ölçek puanları ile İÜBDÖ ve BBIÖ puanları arasındaki ilişki

Tablo 18: Şizofreni hastalarında ÜBÖ-30 ölçek puanları ile İÜBDÖ ve BBIÖ puanları arasındaki ilişki

Tablo 19: Şizofreni hastalarında MAS-A Ölçek puanları ile İÜBDÖ ve BBIÖ puanları arasındaki ilişki

Tablo 20: Üstbiliş ölçek puanlarının İÜBDÖ puanına etkisi – regresyon analizi

Tablo 21: Üstbiliş ölçek puanlarının BBIÖ puanlarına etkisi 3 (bileşik index) – Regresyon analizi

Tablo 22: BB ve Şizofreni hastalarında İÜBDÖ ve BBIÖ puanları ile GZOT puanlarının karşılaştırılması

Tablo 23: BB ve Şizofreni hastalarının tedavi uyumlarının karşılaştırılması

Tablo 24: İÜBDÖ ve BBIÖ puanlarının tedavi uyumu ile ilişkisi

Tablo 25: Üstbiliş ve ZK ölçek puanlarının tedavi uyumu ile ilişkisi

ÖZET

Amaç: Son yıllarda yapılan çalışmalarda zihin kuramı ve üstbiliş alanına giderek artan bir ilgi olduğu görülmektedir. Çalışmamızda Şizofreni ve Bipolar Bozukluk tanısı olan kişiler ve sağlıklı kontroller arasında zihin kuramı ve üstbiliş işlevleri açısından farklılık olup olmadığının araştırılması ve bunların içgörü ile ilişkisini incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya hastanemizin polikliniklerine başvuran hastalardan 53 şizofreni tanılı, 53 bipolar bozukluk tanılı hasta ve 53 sağlıklı kontrol dahil edildi. Katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik form, Pozitif ve Negatif Sendrom ölçeği (PANSS), Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), Üst-Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), Indiana Psikiyatrik Hastalık Görüşmesi (IPII) eşliğinde Metakognisyon Değerlendirme Ölçeği (MAS-A), Gözlerden Zihin Okuma Testi, Young mani derecelendirme ölçeği (YMDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD), Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Hasta grupları ve kontrol grubu arasında üstbiliş ölçek puanları karşılaştırıldığında; MAS-A ölçek puanlarında her iki hasta grubunda da sağlıklı kontrollere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüklük saptandı ve üstbiliş alanındaki işlevlerde bozukluk şizofreni hastalarında, bipolar bozukluk hastalarına göre de anlamlı olarak daha fazla görüldü ($p<0.001$). Şizofreni hastalarında PANSS puanı arttıkça üstbiliş alanındaki bozulmanın da arttığı görüldü. Hasta gruplarının ZK işlevlerini değerlendirme amacıyla uygulanan GZOT testi puanları kontrol grubunda en yüksek, bunu bipolar bozukluk hastaları takip ederken şizofreni hastalarında en düşük olarak saptandı ($p<0.001$). BB hastalarında hastalık süresi ile ZK işlevleri arasında negatif korelasyon saptandı ($p:0,036$ rho:-0,288). Şizofreni hastalarında üstbiliş işlevlerindeki bozulma ile ZK işlevlerindeki yetersizlikler arasında anlamlı ilişki saptandı ancak BB hastalarında istatistiki açıdan anlamlılık saptanmadı. BB ve Şizofreni hastaları arasında içgörü ölçekleri olan İÜBDÖ ve BBİÖ puanları karşılaştırıldığında BB hastalarında içgörü puanları şizofreni hastalarına göre daha yüksek olarak görüldü (İÜBDÖ için $p<0,001$ ve BBİÖ için $p: 0,037$). Şizofreni hastalarında içgörü ölçekleri olan İÜBDÖ ve BBİÖ puanları ile GZOT puanı arasındaki ilişki incelendiğinde GZOT puanı ile İÜBDÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde korelasyon saptandı ($p:0,07$ rho: 0,368) ancak BB hastalarında bu ilişki saptanmadı. İçgörü ile üstbiliş işlevleri arasındaki ilişki incelendiğinde de şizofreni

hastalarında MAS-A ölçek puanları ile içgörü ölçek puanları arasında pozitif korelasyon olduğu görüldü. Morisky ölçeğine göre tedavi uyumu yüksek olarak tespit edilen hastaların İÜBDÖ puanı, diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,002$), BBiÖ puanları ile tedavi uyumu arasında ise anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda şizofreni ve BB tanılı hastaların üstbiliş ve ZK işlevlerinde yetersizlikler olduğu saptandı. ZK ve üstbiliş işlevlerinin hastalık sürecinin en başından mı bozuk olduğu yoksa süreç içerisinde mi kötüleştiği birçok çalışmanın merak konusudur. Şizofreni hastalarında ZK işlevlerinin klinik değişkenlerden etkilenmediği görüldü ancak buna ek olarak üstbiliş işlevlerinin klinik kötüleştikçe daha kötü olduğu görüldü. Şizofreni hastalarında üstbiliş ve ZK işlevlerindeki yetersizlikler birbiri ile ilişkili olarak görüldü, aynı zamanda bu iki alandaki yetersizlikler aynı zamanda hastalığa dair içgörü ile de ilişkili saptandı. İki hastalık grubunun da üstbiliş ve ZK alanlarında bozulmalar yaşadığı ancak klinik olarak farklı şekilde prezente oldukları, BB hastalarının bu alanlarda şizofreni hastalarına göre daha az bozulma yaşadığı görülmekte ancak bu konuda daha fazla çalışmaya gerek olduğu ortadadır. Hangi alanın diğerinden önce bozulduğunu ve birbirlerini nasıl etkilediklerini daha iyi anlayabilmek için bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: üstbiliş, zihin kuramı, içgörü, şizofreni, bipolar bozukluk

ABSTRACT

Objective: In recent studies, it is seen that there is an increasing interest in theory of mind and metacognition. In our study, it was aimed to investigate whether there is a difference between people with Schizophrenia and Bipolar Disorder and healthy controls in terms of theory of mind and metacognitive functions, and to examine their relationship with insight.

Materials and methods: The study included 53 patients with schizophrenia and 53 patients with bipolar disorder from the patients who applied to the outpatient clinics of our hospital, and 53 healthy controls. Sociodemographic form prepared by the researcher for the participants, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Beck Cognitive Insight Scale (BCIS), Schedule for Assessing the Three Components of Insight (SAI), Metacognitions Questionnaire– 30 (MCQ-30), Indiana Psychiatric Illness Interview(IPII), Metacognition Assessment Scale-Abbreviated (MAS-A), Reading The Mind in the Eyes Test(RMET), Young Mania Rating Scale (YMRS), Hamilton Depression Rating Scale (HDDS), Morisky Medication Adherence Scale were applied.

Results: When metacognition scale scores were compared between the patient groups and the control group; MAS-A scale scores were found to be statistically significantly lower in both patient groups compared to healthy controls, and deficits in metacognition were significantly higher in schizophrenia patients than in bipolar disorder patients. ($p<0.001$). Şizofreni hastalarında PANSS puanı arttıkça üstbiliş alanındaki bozulmanın da arttığı görüldü. It was observed that as the PANSS score increased in patients with schizophrenia, the deficits in metacognition are also increased. The Eyes test scores of the patient groups, which were applied to evaluate the ToM functions, were found to be the highest in the control group, followed by bipolar disorder patients, and the lowest in schizophrenia patients. ($p<0.001$). A negative correlation was found between duration of disease and ToM functions in BD patients. ($p:0,036$ $\rho:-0,288$). A significant correlation was found between the deficits in metacognition and ToM functions in patients with schizophrenia, but no statistical significance was found in patients with BD. Comparing the IAQ and BCIS scores, which are the insight scales, between BD and schizophrenia patients, it was seen that insight scores were higher in BD patients than in schizophrenia patients. (for SAI $p<0,001$ ve for BCIS $p: 0,037$). When the relationship between the insight scales and the RMET test score in schizophrenia

patients and was examined, a statistically significant positive correlation was found between RMET score and SAI ($p=0,07$ rho: 0,368), however, no significant correlation was found in BD patients. When the relationship between insight and metacognition functions was examined, it was observed that there was a positive correlation between MAS-A scale scores and insight scale scores in schizophrenia patients. Patients who were found to have high adherence to medication according to the Morisky scale had a statistically significantly higher SAI score than the others ($p=0.002$), however, no significant correlation was found between BCIS scores and treatment adherence.

Conclusion: In our study, it was found that patients with schizophrenia and BD had deficiencies in metacognition and ToM functions. It is a matter of curiosity in many studies whether ToM and metacognitive functions are impaired from the beginning of the disease process or whether they worsen in the process. ToM functions were not affected by clinical variables in patients with schizophrenia, but in addition, it's observed that metacognitive deficits increased as the clinic worsening. In schizophrenia patients, deficiencies in metacognition and ToM functions were found to be related to each other, while deficiencies in these two areas were also found to be associated with insight into the disease. It is seen that both disease groups have impairments in metacognition and ToM areas, but they present clinically differently, BD patients have less impairment in these areas than schizophrenia patients, but it is clear that more studies are needed on this subject. New research is needed on this subject in order to better understand which area deteriorates before the other and how they affect each other.

Keywords: metacognition, theory of mind, insight, schizophrenia, bipolar disorder

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar psikopatolojinin en yıkıcı formlarından bir kısmı olup, genellikle bireyin eğitim, mesleki ve sosyal işlevi üzerinde derin bir olumsuz etki ile ilişkilidir (1). Şizofrenide bilişsel yıkım ve fonksiyonel sonuçlar arasındaki ilişkiyi gösteren çok sayıda veri mevcuttur. Bilişsel bozukluk, şizofrenide işlem hızı, dikkat / uyanıklık, çalışma belleği, sözel öğrenme, görsel öğrenme, akıl yürütme ve problem çözme ve sosyal biliş gibi sorunların temel kaynağı olarak kabul edilir (2). Bu defisitler aynı zamanda genetik çalışmalarında hastalık için bir endofenotip görevi görebilir. Biliş alanı, şizofreni hastalarında bir tedavi hedefi olarak kabul görmektedir, çünkü bilişsel bozukluk hastalığın neden olduğu yıkımlara katkıda bulunmaktadır. Benzer şekilde, bipolar bozukluk için de bilişsel bozulmanın hastalığın temel özelliklerinden biri olabileceğine dair veriler ortaya çıkmaktadır. Bilişsel bozulma bipolar bozuklukta da fonksiyonel sonuçları olumsuz yönde etkilemektedir. Bunların ışığında, bilişsel alanın hem şizofreni hem de bipolar bozukluğa müdahalede önemli bir hedef olabileceği görülmektedir (3). Çalışmalar şizofreni hastalarının çoğunda üstbiliş kapasitesinde veya kendileri veya başkaları hakkındaki kompleks temsilleri kurma yeteneğinde bozulma olduğunu göstermektedir. Literatürdeki veriler üstbiliş kapasitesinin şizofrenide semptomlar, içgörü ve nörobilişsel bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermektedir (4).

Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalıklarda içgörünün bozuk olmasının hastalığın klinik gidişatına, tedavi uyumuna ve sonuç olarak sosyal işlevselliğine önemli oranda etki eden önemli bir faktördür, içgörünün kötü olması hastalarda daha sık hastalanma ve daha kötü prognoza neden olabilmektedir (5; 6; 7; 8). İçgörü, "bir hastanın hastalığının doğasını, önemini ve ciddiyetini anlama kapasitesi" olarak tanımlanır (9) . Şizofreni hastalarının çoğunda içgörü zayıftır ve bunun sonucunda tedavi uyumları kötü olmaktadır. Ancak bugüne kadar zayıf içgörünün etiolojisi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Şizofrenideki zayıf içgörünün köklerine ilişkin yeni bir teori, bunun kısmen üstbilişteki bozukluklardan kaynaklanabileceğini öne sürmüştür (10). Bipolar bozukluk hastalarında da içgöründe zayıflık görülebilmektedir ancak genellikle şizofreni hastalarındaki kadar dramatik değildir (11). Ayrıca, şizofrenide içgörü ile ZK becerilerinin ilişkili olabileceğine dair de literatürde veriler olmakla birlikte BB hastalarında içgörü ve ZK ilişkisini araştıran yalnızca bir çalışmaya rastlanmıştır (12).

Üstbiliş ilk kez 1979 yılında Flavell tarafından tanımlanmış olup kısaca ‘düşünme üzerine düşünme’ anlamını taşımaktadır. Psikotik bozukluğu olan hastalarda üstbiliş kapasitesinde yetersizlik olabileceği gibi, disfonksiyonel üstbiliş inançları da olabilmektedir. Şizofrenide olduğu gibi bipolar bozukluğu olan hastalarda üstbiliş işlevlerinde bozulma olabileceği, negatif veya pozitif semptomların hastanın üstbiliş işlevlerindeki bozulmalarla ilişkili olabileceği farklı çalışmalarda gösterilmiştir (13; 14; 15).

Üstbilişin nörobiyolojik yapısı, yürütücü işlevler ve zihin kuramı sürecinin birleşiminden oluşmaktadır (16). Bazı araştırmacılar Zihin Kuramı ve üstbilişsel gelişimin ardında ortak bir mekanizma olduğu, her ikisinin de gelişiminin küçük yaşlarda başladığı ve birbirlerini etkilediklerini öne sürmektedirler (17; 18).

“Zihin kuramı” (Theory of Mind: ToM) kişinin; başkalarının duygu, düşünce ve niyetlerine dair çıkarsamalar yapabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Klinik alanda zihin kuramı ilk kez otizm spektrum bozuklukları üzerinde araştırılmış, sonrasında bunu frontal lob lezyonları ve şizofreni takip etmiştir (19). Zihin kuramı ve şizofreni arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmalar Frith tarafından gerçekleştirilmiş olup Frith, sosyal etkileşim alanındaki bozulmaların otizm ile şizofrenide benzer olduğunu iddia etmiştir. Frith şizofreninin pek çok bulgusunun hastanın başkalarının ve kendinin zihinlerini anlama yetisinin bozulmasıyla açıklanabileceğini ileri sürmüştür. Zihin kuramının şizofrenide bozulduğuna dair veriler vardır, bazı çalışmalarda da zihin kuramının psikotik bozukluklarda en baştan beri bozuk olduğu görüşü ileri sürülmektedir (20; 21). Remisyon dönemindeki şizofreni hastalarında içgörü bozukluğunun kişide saptanan yanlış inançlarla ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur ancak zihin kuramı işlevlerindeki bozukluğun içgörüyü etkilediği hipotezi üzerine yeterli sayıda çalışma henüz yoktur (20).

Çalışmanın Amacı:

Son yıllarda yapılan çalışmalarda üstbiliş ve zihin kuramı alanına ilgi giderek artmaktadır. Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında üstbiliş ve zihin kuramı işlevlerinde bozukluklar olabileceğini göstermiş olan bazı çalışmalar mevcuttur ancak bu bozuklukların birbiri ile ilişkili olabileceğini, ayrıca hastalığın klinik değişkenleri ve içgörü üzerine ne şekilde etkili olabileceği ve sonuç olarak tedavi uyumuna etki edip edemeyeceğini gösteren bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızın amacı Şizofreni ve Bipolar Bozukluk tanısı konan kişiler ve sağlıklı kontroller arasında zihin kuramı ve üstbiliş açısından farklılık olup olmadığı ve bunun hastalığın klinik değişkenleri, içgörü ile ilişkisini araştırmaktır.

Hipotezler:

- 1:** Şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere kıyasla üstbiliş ve zihin kuramı işlevlerinde yetersizlik mevcuttur.
- 2:** Şizofreni tanılı hastalarda bipolar bozukluk tanılı hastalara göre üstbiliş işlevlerinde ve zihin kuramı işlevlerinde yetersizlik daha şiddetlidir.
- 3:** Üstbiliş ile içgörü arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
- 4:** Şizofreni tanılı hastalarda bipolar bozukluk tanılı hastalara göre üstbiliş işlevlerindeki yetersizlik arttıkça içgörü ve tedavi uyumu daha kötüleşmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

2.1.1 Tanım

Şizofreni toplumun yaklaşık % 1'inde görülen, sanrı/varsanı gibi pozitif semptomlar, duygulanımda küntleşme ve sosyal içe çekilme gibi negatif semptomlar, dikkatte, bellekte, yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtilerle giden; düşünce, duygu, algı ve davranış alanlarını etkileyen; farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilen psikiyatrik bir hastalıktır (22). Kadın ve erkeklerde eşit olarak görülmekte, erkeklerde başlangıç yaşının kadınlara göre daha erken olduğu ve sosyoekonomik düzeyi düşük olmak, bekar olmak gibi durumların hastalığın görülme riskini arttırdığı bilinmekte ancak etiolojisi net olarak henüz belirlenememiştir (23).

2.1.2 Tarihçe

İlk Yunan doktorları tarafından grandiyöz hezeyanlar, paranoya, bilişsel fonksiyonlar ve kişilikte değişiklikler tanımlanmış olmakla beraber şizofreninin incelenmesi ve tedavi edilmesi gereken bir durum olduğu 19. Yüzyıla kadar anlaşılamamıştır. İlk kez Fransız bir psikiyatrist olan Benedict Morel(1809-1873) tarafından demence precoce terimi ile tanımlanan bu durum sonrasında Emil Krapelin(1856-1926) tarafından dementia prekoks(erken bunama) olarak değiştirilmiş ve ilk kez Eugen Bleuler(1857-1873) tarafından şizofreni terimi kullanılmıştır. Bleuler Krapelin'den farklı olarak şizofreninin yıkımlı bir gidişe sahip olmasının şart olmadığını vurgulamıştır (23).

2.1.3 Şizofreni tanısı için DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar

2. Varsanılar

3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmas konuşma)

4. İleri derecede dağınık davranış yada katatoni davranışı. 5. Negatif belirtiler (duygusal katılımda azalma yada kalkışamama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) 9 belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön yada artakalan evreleri sırasında, yalnızca negatif belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon ya da bipolar bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanısıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (24).

2.1.4. Klinik Özellikler

Şizofreni klasik olarak alevlenme ve remisyonlarla seyretmektedir. Hastalığın uzun dönem gidiş ve sonlanışını değerlendirebilmek güç olmakla birlikte; hastalığın belirtileri, toplumsal uyum, hastaneye yatış sayısı ve süresi, bilişsel yetiler, özkıyım eğilimleri, şiddet içeren davranış örüntüleri, genel sağlık durumu gibi belirtiler uzun dönemde hastalığın gidişatı

hakkında bizlere fikir verebilmektedir. Yapılan çalışmalarda iyileşme oranları % 10-60 arasında olmakla birlikte, bütün hastaların yaklaşık % 20-30'luk kesiminin normal yaşantısını sürdürebildiği tahmin edilmektedir (25; 26).

2.2. BİPOLAR BOZUKLUK(BB)

2.2.1.Tanım

Bipolar bozukluk; belli bir sırası ve düzeni olmaksızın hipomani, mani, depresyon ya da karma özellikler gösteren ataklarla seyreden ve bu ataklar sırasında kişilerde klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da işlevselliğinde azalmaya neden olan, atakların ara dönemlerinde ise genellikle iyilik halinin sağlandığı, kronik seyreden psikiyatrik bir bozukluktur (24).

2.2.2.Tarihçe

Duygudurum ve duygudurum değişikliklerinin dışarıdan gözlenebiliyor olması eski çağlardan beri ilgi çeken konulardan biri olmuştur. Günümüzde de kullanılan melankoli kelimesinin kökeni “melas” yani “siyah”, ve “kole” yani “safra” kelimelerinden gelmektedir ve Hipokrat zamanında (M.Ö 5. yüzyıl) enerjisizlik, umutsuzluk, hüznün, sinirlilik gibi olumsuz duyguların bir arada görüldüğü klinik durumu ifade etmek için kullanılmıştır.

Jules Falret 1854'te hastaların dönemsel olarak depresyon ve mani yaşadıkları folie circulaire adlı bir durum tanımlamıştır.1899'da ile Kraepelin geçmiş bilgiler temelinde şu anki bipolar bozukluk tanısı koymak için kullanılan ölçütlerin çoğunu kullanarak manik depresif psikoza tanımlamıştır. Kraepelin'e göre manik depresif psikoza dementia precox'tan (sonradan şizofreni olarak adlandırıldı) ayırt eden şey bunama ve kognitif yıkımı içeren bir gidişi olmamasıydı (23). Bleuler tarafından se 'afektif bozukluklar' tanımı kullanılmıştır (27). DSM-I sınıflandırma kitabında “manik depresif reaksiyon” adıyla yer almış (28), DSM II'de ise duygulanım bozuklukları başlığı altında, 'manik depresif hastalık' tanımlanmış, DSM-III'te ilk kez 'bipolar bozukluk' terimi kullanılmış, DSM-IV'te Duygudurum Bozuklukları ana başlığı altında “Depresif Bozukluklar” ve “İki uçlu Bozukluklar” olarak iki alt gruba ayrılmıştır ve en son DSM-V'te ise Duygudurum Bozuklukları başlığı kaldırılarak ‘İki uçlu ve ilişkili Bozukluklar’ ile ‘Depresyon Bozuklukları’ ana başlığı olarak iki farklı bölüme ayrılmıştır (24).

2.2.3.Bipolar Bozukluk Tanısı İçin DSM 5 Tanı Kriterleri

2.2.3.1. Mani Dönemi:

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygu durumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri
2. Uyku gereksiniminde azalma
3. Her zamankinden daha konuşkan olma
4. Düşünce uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşıntı
5. Dikkatin çelinebilirliği
6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma.

C. Duygudurum düzensizliği, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.2.3.2. Hipomani Dönemi:

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurum ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha çoğu (çabuk kızan duygudurum var ise dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli değişiklik ve belirgin derecede olmuştur:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri
2. Uyku gereksiniminde azalma
3. Her zamankinden daha konuşkan olma
4. Düşünce uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı
5. Dikkatin çelinebilirliği
6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevselliğinde belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğün dokunmaması için hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikler varsa, söz konusu dönem, tanım olarak mani dönemidir.

F. Bu dönem, bir maddenin fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.2.3.3. Yeğın (Major) Depresyon Dönemi:

A. Aynı iki haftalık bir dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir.

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.
3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon.
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da enerji azalması.
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısallabilir).
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.
9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

En az bir mani dönemin ölçütleri karşılanmışsa kişiye bipolar bozukluk tanısı konabilir (24).

2.3. İÇGÖRÜ

İçgörü, kişinin kendi iç dünyasını ve sorunlarının farkında olması ve aynı zamanda hastalığının dünya ile etkileşimini nasıl etkilediğini anlayabilmesi biçiminde tanımlanmıştır (29; 30). Jaspers (1913) ve sonrasında Lewis (1934) içgörüyü ‘var ya da yok’ şeklinde ele almışlardır. İçgörünün olmayışı psikoz için olmazsa olmaz bir özellik olarak değerlendirilmiştir. Lewis’e göre içgörü ‘kişinin kendinde ortaya çıkan ciddi değişiklikleri doğru biçimde algılayabilme yeteneğidir (29). Sonrasında içgörünün tek bir olgu değil bir kaç alt boyutun birleşiminden oluşan bir yapı olduğu fikri ağırlık kazanmıştır (31; 32)

2.3.1. Bilişsel İçgörü Kavramı

Bilişsel içgörü, başkalarının geri bildirimlerini kullanarak kendi hatalı inançlarından vazgeçebilme ve başkasının yorumlarını doğru şekilde kullanabilme yeteneğidir. Hastaların bilişsel süreçlerindeki sorunları anormal ruhsal yaşantıların tekrar değerlendirilmesini etkilemektedir. Bilişsel içgörü bir üstbilişsel yetidir. Kendini değerlendirme becerisi içgörü için gerekli öğelerden biridir (33). Buna yönelik Beck tarafından Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği geliştirilmiştir. İçgörü kavramı 2 elemandan oluşur: Kendini değerlendirme(Self reflectiveness), Kendinden eminlik(Self certainty) (34). Klinik içgöründen farklı olarak sadece hastalıkla ilgili değildir, düşünme süreçlerinin farkında olmayı içerir. Ayrıca klinik içgörünün gelişimini desteklemeyi sağlayan kognitif süreçleri içeren bir kavramdır. Birçok çalışmada birbirleriyle ilişkili oldukları gösterilmiştir (35). Bilişsel içgörünün klinik gidişat ile klinik içgöründen daha fazla ilişkili olduğu görülmüş ve hastaların klinik içgörüsü daha yüksek olmasa bile kognitif içgörüsü daha yüksek olan grupta psikososyal işlevsellik daha iyi olarak saptanmıştır (36).

İçgörü ile bağlantılı olduğu düşünülen bir diğer kavram da zihin kuramıdır. İçgörü ve sosyal işlevsellikteki bozulmanın da ZK bozukluğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (20).

2.3.2. Şizofrenide İçgörü

İçgörü azlığı; şizofreni hastalarının çoğunda görülen yaygın bir sorundur. İçgörü olmayışı gerçeği değerlendirmenin bozuk olması, sanrı oluşumu gibi bazı alanlarla ilgilidir (29). İçgörü düzeyinin düşük olmasına neden olan bazı faktörler üzerinde durulmuştur. Bunlar premorbid öykü (37), hastalık süresinin uzunluğu (38; 25) depresif belirti sayısının azlığı (39) ya da çokluğudur (40). İçgörünün çeşitli klinik, sosyodemografik ve kognitif faktörlerle ilişkisini araştıran çalışma sonuçları tutarsızdır.

1989 yılında Greenfeld ve ark. şizofrenlerde içgörüyü geleneksel bakış açısı ile değerlendirmenin yetersizliğini vurgulayarak, içgörünün kişinin belirtileri hakkındaki görüşleri, hastalığın varlığı ve kabullenme hakkındaki görüşleri, hastalığın nedenleri hakkındaki görüşleri, hastalığın belirtilerinin yinelemesi ile ilgili duyarlılık ve tedavinin değeri ve gerekliliği hakkındaki görüşleri şeklinde 5 ana bölüme ayrılarak incelenmesi gerektiğini önermişlerdir.

David 1990’ da yazdığı “içgörü ve psikoz” adlı içgörünün “var ya da yok” olarak değerlendirilmemesi gerektiğini; hastalığın farkında oluş, psikotik yaşantıları anormal olarak

değerlendirebilme yeteneği ve tedaviye uyum şeklinde üç ayrı boyuttan oluştuğunu öne sürmüştür ve psikozun değerlendirilmesinde ve tedavisinde içgörünün en önemli bileşenlerden biri olduğunu ileri sürmüştür (32).

İçgörü düzeyini şizofrenideki klinik belirtilerin şiddeti ile karşılaştıran birçok çalışma mevcuttur. Geçmiş yayınlarda içgörü azlığı daha ağır psikopatoloji ile ilişkilendirilememiş olsa da güncel yayınlara göre içgörü azlığının tedavi uyumunun kötü olması, işlevselliğin bozuk olması, hostilite riskinin artmış olması gibi daha ağır klinik durumlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (41; 42) .

DSÖ'nün şizofreni hastaları üzerinde yaptığı bir çalışmada, hastaların %97'sinde içgörünün olmadığı bildirilmektedir (43). Şizofreni hastalarıyla yapılan farklı çalışmalarda da, hastaların %50-80'inde tam olarak ya da kısmen içgörünün olmadığı saptanmıştır (44)

2.3.3. Bipolar Bozuklukta İçgörü

Bipolar bozuklukta özellikle hipomanik, manik ve karma dönemlerde içgörü azalması ve tamamen kaybedilmesi iyi bilinen bir durumdur. Genellikle manik dönemde içgörü bozuktur. Zayıf içgörü olması bipolar bozuklukta da şizofrenide olduğu gibi kötü prognoz ile bağlantılı bulunmuştur (45).

2.4. ÜSTBİLİŞ

Üstbiliş kavramı ilk kez Flavell tarafından 1979'da kullanılmıştır. Kısaca 'düşünme üzerine düşünme', 'kişinin kendi bilişsel süreçleri/ürünleri veya onlarla ilişkili herhangi bir konuda bilgisi' olarak açıklanabilir. Flavell'e göre, üstbiliş, kişinin kendi bilişsel süreçleri hakkındaki bilgi sahibi olması ve bu bilginin bilişsel süreçleri kontrol etmek için kullanılmasıdır (46). Bu çerçevede hafızanın işlevlerine ve izlenmesine ilişkin farkındalık ve becerileri de içine alır. Üstbiliş; üstbilişsel bilgi (metacognitive knowledge), üstbilişsel izleme (metacognitive monitoring) ve üstbilişsel kontrol (metacognitive control) olmak üzere üç boyutla ele alınmaktadır (47).

Üstbilişsel alanın gelişimi, Flavell'den itibaren zihin kuramı ile ilişkili olarak ele alınmış olan bir konudur ve zihin kuramı becerilerinin gelişmeye başladığı 3-5 yaşlarından itibaren üst bellek ve üst bilişsel bilgi gelişir ve bu gelişim yaşam boyunca devam eder (48).

2.4.1. Şizofrenide Üstbiliş

Şizofreni hastalarının %75-85'inde nörobilişsel kayıplar görülebilmektedir (49). Dünya Sağlık Örgütü'nün disabilite modeline göre bu bilişsel kayıplar sosyal işlevsellik, toplumsal

işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde etkilidir. Bununla beraber yapılan çalışmalarda kognitif kayıplar ile sosyal işlevsellik arasında direkt bir bağlantı kurulamamıştır, belki de üstbilişsel kayıp, kognitif kayıp ve işlevsellikte bozulma arasındaki ilişkinin altında yatmaktadır (50) . Psikoz hastaları hastaları üzerinde yapılan bazı çalışmalarda bilişsel işlevlerin sosyal işlevsellik üzerinde yordayıcı olduğu gösterilmiştir (51; 52; 53). Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde üstbiliş bozuk olup, beceri eksiklikleri ve semptom şiddeti üzerinde kötü sonuçlara neden olmaktadır. Üstbilişsel işlevlerdeki yetersizlik şizofrenide hastalık gidişatı üzerinde (özellikle negatif belirtiler) oldukça etkilidir ve kötü seyir ile ilişkilidir. Ayrıca şizofrenide disfonksiyonel üstbilişsel inançlar (kontrol edilemezlik ve tehlike) de saptanmıştır, bunlar da pozitif belirtilerle ilişkilendirilmiştir (54). Şizofrenideki üstbilişsel bozulmanın sanrıların oluşumu ve sürmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (50). Ayrıca Morrison ve ark yaptığı çalışmalarda işitsel varsanılar ile de olumsuz üstbilişsel inançlar arasında ilişki olduğu saptanmıştır (55). Çalışmalarda genel olarak şizofreni hastalarında artmış olarak görülen disfonksiyonel üstbilişsel inançlara örnek olarak endişe hakkında olumlu inançlar, kontrol edilemezlik hakkında olumsuz inançlar verilebilir ve disfonksiyonel üstbiliş inançlarında artış kliniği daha kötü olan hastalarda görülmüştür (56).

2.4.2. Bipolar Bozuklukta Üstbiliş

Bipolar bozuklukta da üstbilişsel alanda bozulma olabilmektedir. Şizofreni ve bipolar bozukluk hastaları arasında sağlıklı kontrollere göre her iki hasta grubunda da üstbilişsel alanda bozulma olduğu ancak şizofreni hastalarında üstbilişsel bozulmanın daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (13; 14; 15).

2.5. ZİHİN KURAMI (ZK)

“Zihin kuramı” (Theory of Mind: ToM) kişinin; başkalarının duygu, düşünce ve niyetlerine dair çıkarımlar yapabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Bu terimi ilk kez 1978 yılında Premack ve Woodruff şempanzelerle yaptıkları çalışmalar sonucunda kullanmışlardır. (57). Daha sonra çocukların bilişsel süreçlerinin gelişimi çerçevesinde de bu kavram ele alınmış ve sosyal çevreye uyumu sağlayan bir yeti olarak ileri sürülmüştür (58). Zihin Kuramı, diğerlerinin zihinsel durumlarının kişinin kendi zihin durumundan farklı olduğunu ayırt edebilme ve diğerlerinin niyet, inanç gibi zihin durumlarının içeriği ile ilgili doğru çıkarımlar yapabilme becerisidir (59).

2.5.1. ZK Gelişimi

ZK yetilerinin gelişim süreci konusunda farklı görüşler olmakla birlikte, ZK'nin diğer bilişsel ve motor beceriler gibi beyin yapılarının olgunlaşmasıyla birlikte yaşamın ilk aylarından itibaren belirdiği ve aşamalı olarak geliştiği, 18 ay civarı 'ortak dikkat'in gelişmesi ile belirginleştiği düşünülmektedir. 18-24 ay civarı dönemde bebek gerçek ile temsiller arasındaki farkı ayırt etmeye başlar ve bu dönemde 'sembolik oyun' oynama becerisini geliştirir (58). Çocuklar ilk kez 3-4 yaşları arasında kendi düşüncesi ile başkalarının düşündüğünü ayırt edebilmeye başlar. 6 yaşından sonra ise başkalarının zihinsel durumları üzerine düşünebilme yeteneği gelişir. Daha gelişmiş ZK becerileri olarak kabul edilen metafor ve ironiyi anlama yeteneği ancak 6 yaşından sonra gelişir, böylece çocuk söylenenin gerçek anlamının dışında bir anlamı olabileceğini düşünebilmektedir (60). ZK becerileri arasında en kompleks beceri olarak kabul edilen gaf kavrama yeteneği ise 9-11 yaşlarına kadar hala tam olarak gelişmemektedir (58).

2.5.2. ZK ve Psikopatoloji ilişkisi

Klinik alanda zihin kuramı ilk kez otizm spektrum bozuklukları olan çocukları anlamaya yönelik olarak kullanılmış ve bunu frontal lob lezyonları ve şizofreni takip etmiştir. Yakın zamanda frontotemporal demans, Alzheimer demansı, anti sosyal kişilik bozukluğu, iki uçlu duygu durum bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk gibi hastalıklar üzerinde de ZK araştırmaları yapılmaya başlanmıştır (19).

2.5.2.1.Şizofrenide Zihin Kuramı

ZK ve şizofreni arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmaları gerçekleştirmiş olan Frith, sosyal etkileşim alanındaki bozulmaların otizm ile şizofrenide benzer şekilde olduğunu ileri sürmüştür (61). Frith şizofreninin pek çok bulgusunun ZK yetisinin bozulmasıyla açıklanabileceğini düşünmüştür. Frith'e göre, başkalarının düşünce ve niyetlerini anlamadaki yetersizlik, referans ve perseküsyon hezeyanlarına ve dezorganize davranışlara yol açabilmektedir. Frith'e göre kontrol edilme hezeyanları, kendini gözlemede karşılaşılan güçlüklerle ilgilidir. Zihin kuramının şizofrenide belirgin olarak bozulduğuna dair kanıtlar vardır. Klinik bulgular şizofreni hastalarının, etkili bir şekilde iletişim kurma kapasitelerinin azalmasıyla ilgili olarak sosyal etkileşimde sorun yaşadıklarını göstermektedir (62).

Literatürde ZK işlevlerindeki bozukluğun şizofreninin başlangıcından itibaren bulunduğu, daha hafif bir şekilde remisyonda da sürdüğü, ayrıca yüksek riskli popülasyonda ve bipolar

bozuklukta da gözlemlendiği bildirilmiştir (20). Ancak şizofrenideki bozulma daha belirgin ve daha fazla alanda olmaktadır (63) Son yıllarda yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında ZK işlevlerinin hastalığa etkisi üzerine çok sayıda çalışma olmakla beraber ZK işlevlerindeki bozukluğun hastalarda durumsal bir belirteç mi yoksa sürekli bir belirteç mi olduğu konusu hala tartışmalıdır. Şizofreni hastalarında ZK alanındaki yetersizliklerin bir endofenotip olduğunun ileri sürüldüğü çalışmaların sayısı gitgide artmakta olup bu konuda yeni araştırmalara gerek duyulmaktadır (64; 65; 66; 67; 68; 69; 12; 70).

2.5.2.2.Bipolar Bozuklukta Zihin Kuramı

Bipolar hastalarda zihin kuramıyla ilgili yapılmış 34 araştırmayı kapsayan, remisyonunda, subsendromal, manik veya depresif dönemde 1214 hastayla yapılan bir metaanaliz çalışmasında, Zihin Kuramı becerilerinin bipolar bozukluk hastalarında kontrollere göre anlamlı oranda bozulmuş olduğu bulunmuştur. Manik dönemde daha fazla bozulmanın olduğu ve manik belirtilerin şiddeti ile zihin kuramı testlerindeki bozulmanın derecesi arasında bir ilişkili olduğu bildirilmiştir (68).

2.6. TEDAVİ UYUMU

Tedaviye uyum hastanın doktoru tarafından verilen ilaçları eksiksiz, zamanında ve önerilen şekilde kullanması, ilaçlarını sağlık profesyoneline danışmadan kendi kararı ile bırakmaması ve ilaçlarında değişiklik yapmaması olarak tanımlanabilir (71). Psikiyatri hastalarında tedaviyi sürdürmeme, kontrol muayenesine gelmeme oranı %20–50 olarak bildirilmekte olup psikotik hastalarda ise tedaviye uyumsuzluk oranı %70-80'e kadar çıkabilmektedir (72). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda uyumsuzluk %20-50 aralığında, Şizofreni hastalarında ise, %20-72 aralığında seyretmektedir (73).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 ÖRNEKLEM VE YÖNTEM

Çalışmaya SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine ardışık Şizofreni ve BB tanılı hastalar taranarak gerekli kriterleri karşılayan, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 53 Şizofreni tanılı ve 53 BB tanılı hastalar ve hasta grubu ile cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi bakımından uyumlu, kontrol grubu olarak çalışmaya katılmayı kabul eden, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 53 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir.

Klinik, kesitsel, kontrollü bir çalışmadır.

Araştırmaya dahil edilecek hasta ve kontrol sayısı g power analiz programı 3.1.9.2 versiyonu ile hesaplanmış olup; önceki çalışmalar değerlendirildiğinde, etki büyüklüğü: 0.25, güç:0,80, alfa hata değeri: 0.05, grup:3 kabul edilerek, örneklem büyüklüğü 159 (her grup için 53er kişi) olarak hesaplanmıştır.

Çalışma, aynı hastanenin etik kurulu tarafından 20.05.2019 tarih ve 35 No'lu kararı ile onaylanmıştır.

3.2. DAHİL ETME VE HARIÇ TUTMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil etme ölçütleri olarak; hasta grupları için DSM-5'e göre şizofreni veya BB tanısı almış olmak ve hastalığın remisyon döneminde olması, sağlıklı kontrol grubu için psikiyatrik hastalık öyküsünün olmaması, 18 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük olması, okur yazar olması, mental kapasitesi çalışma için yeterli ve çalışmaya gönüllü olarak katılıp onam formunu imzalaması şartları aranmıştır. Çalışmanın hariç tutma ölçütleri olarak ise; ek psikiyatrik hastalık tanısının olması, akut hastalık dönemi olması, alkol/madde kullanım bozukluğu öyküsü olması, BB hastaları için YMDÖ'nün 3 puanın üzerinde veya HDDÖ'nün 7 puanın üzerinde olması, son 6 ay içinde EKT tedavisi almış olması, çalışmayı tamamlamayı engelleyecek düzeyde nörobilişsel bozukluk ve zeka geriliği bulunması, ruhsal belirtilere yol açacak genel tıbbi durum bozukluğu olması sıralanmıştır.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 17.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, medyan değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenler Pearson Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. Verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda 2'li gruplar Mann Whitney U testi ile 2'den fazla gruplar ise Kruskal Wallis testi ile değerlendirildi. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi'nden faydalanılmıştır. İçgörünün 3 bileşeni, BBIÖ kendini ifade, BBIÖ kendinden eminlik ve BBIO birleşik index skorlarına etki eden faktörleri incelenmek üzere Lineer Regresyon Analizinden faydalanılmıştır. Ölçeklerin hastalık üzerine Etkisi Binary Logistic Regresyon Analiziyle incelenmiştir. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu: Çalışmaya katılacak olan kişilerin özellikleri ve çalışmanın amacı gözetilerek araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan veri toplama formudur. Çoktan seçmeli sorular ve açık uçlu sorular içermektedir.

3.4.2. SCID-5 (DSM 5'e Göre Yapılandırılmış Klinik Görüşme): SCID-5 uygulanarak şizofreni ve BB tanısı alan kişilerde eş zamanlı başka bir psikiyatrik bozukluk olup olmadığı, sağlıklı kontrol grubundaki gönüllülerde ise herhangi bir psikiyatrik tanı bulunup bulunmadığı kontrol edilmiştir.

3.4.3. Pozitif ve Negatif Sendrom ölçeği (PANSS): Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme ile şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklarda ortak görülen 30 belirtiyi 7 puanlı bir değerlendirme ile ölçen bir ölçektir. Türkçe çevirisi, geçerlik ve güvenirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. PANSS bu çalışmada pozitif, negatif belirtileri ve genel psikopatolojiyi değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Ölçek 30 belirtiyi tanımlayan 30 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1'den (semptom yok) 7'ye kadar (çok ağır) derecelendirilmektedir. 30 maddenin toplam puanı PANSS total puanı olarak belirtilmekte ve 30-210 arasında değişmektedir. PANSS pozitif ve PANSS negatif belirtileri yedişer maddeden oluşmaktadır ve puanları 30 PANSS maddesinin

14'ünün değerlendirilmesiyle elde edilmektedir. PANSS genel psikopatoloji puanları 30 PANSS maddesinden 16'sını içermektedir ve puan 16-112 arasında değişmektedir.

3.4.4. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ): Beck tarafından, 2004 yılında geliştirilmiştir. Onbeş maddeden oluşan dördümlük likert tipi bir ölçektir. Hastanın hastalığına yönelik farklılıklarını ölçmektedir. Türkçe geçerlik güvenilirliği Aslan ve arkadaşları tarafından, 2006 yılında yapılmıştır. Katılımcıların ilgili maddeleri 0 (hiç katılmıyorum) ile 3 (kesinlikle katılıyorum) arasında derecelendirmeleri istenmektedir. Ölçeğin iki ana boyutu vardır; 'kendini ifade etme' ve 'kendinden eminlik'. Birleşik indeks kendini ifade etme puanından eminlik puanın çıkarılması ile hesaplanmaktadır. Ölçekten en fazla 27 en düşük 0 puan alınabilmektedir. Puan arttıkça içgörü artmaktadır.

3.4.5. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ): David, 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 (İÜBDÖ - Schedule for Assessing the Three Components of Insight) geliştirmiştir. İÜBDÖ, sekiz sorudan oluşan ve klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14'tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur ve 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 ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Arslan ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır.

3.4.6. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30): Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal adı "Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)" şeklindedir. Daha sonra Wells ve Cartwright-Hatton (2004) bu ölçeğin 30 maddelik kısa formunu (ÜBÖ-30) oluşturmuşlardır. ÜBÖ-30'un Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Tosun ve Irak (2008) tarafından yapılmış ve ölçeğin yeterli psikometrik özelliklere sahip olduğu görülmüştür. Orijinal formuna uygun olarak ÜBÖ-30 Türkçe formu beş faktörden oluşmaktadır. 1) Endişe hakkında olumlu inançlar, 2) Kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar, 3) Bilişsel güven,, 4) Düşünceleri kontrol ihtiyacı, 5) Bilişsel farkındalık. ÜBÖ-30'daki her madde, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(4) kesinlikle katılıyorum" uçlarına sahip, dört birimli Likert tipi derecelendirme ölçeği üzerinden yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar

30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi olumsuz üst-bilişsel inançların arttığına işaret eder.

3.4.7. Metakognisyon Değerlendirme Ölçeği(The Metacognition Assessment Scale-Abbreviated (MAS-A)): Kişinin metakognitif kabiliyetlerini ölçmek için kullanılır. Orjinali Semerari ve arkadaşları tarafından 2003te şizofreni hastalarında kullanılmak üzere geliştirilmiş olup Lysaker ve arkadaşları tarafından 2005'te kısaltılmış ve IPII(Indiana Psikiyatrik Hastalık Görüşmesi) ile entegre edilmiştir. Indiana Psikiyatrik Hastalık Görüşmesi'nde bir psikiyatrist tarafından 30-60 dk süren bir görüşme yapılır. İlk olarak tüm katılımcılara kişinin ilk hatırladığı anılardan itibaren hayat hikayesini anlatması istenir. Görüşmenin devamında hastalar ve sağlıklı kontroller arasında bazı farklılıklar vardır. Görüşme 4 bölümden oluşur. Hastalar için; hayat hikayesini dinledikten sonra bir ruh sağlığı hastalığına sahip olup olmadıkları ve bu durumun yaşamlarını nasıl etkilediğı sorulur, sonrasında; bu durumlarının yaşamlarını ne derece kontrol ettiğı veya kendilerinin bu hastalığın yaşamlarındaki etkilerini ne derece kontrol edebildikleri sorulur, sonraki aşamada; hastalık başkalarını nasıl etkiliyor veya başkalarından nasıl etkileniyor kişinin anlatması istenir. Son olarak da gelecek hakkındaki düşünceleri sorulur.

4 skala içerir. İlki kendini anlama(self-reflectivity), ikincisi başkalarını anlama(understanding other's minds), üçüncüsü toplumsal biliş(decentration), dördüncü olarak da üstbiliş hakimiyeti(mastery) dir. Kişi her birinde üstbiliş fonksiyonlarını başarılı şekilde kullanıp kullanamadığına göre puanlanır. Tam fonksiyon için '1', fonksiyonum yarım gösterilebildiğı durum için '0,5' puan verilir. Birinci skala için(S) en yüksek puan 9, ikinci için 7, üçüncü için 3 ve dördüncü için 9dur. Yüksek puan, yüksek kapasiteyi gösterir.

IPII görüşmesi eşliğinde MAS-A ölçeği daha önce ülkemizde Celal Bayar Üniversitesi'nde Cumhur Taş ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada (13) Türkçe'ye çevrilerek kullanılmıştır.

3.4.8. Gözlerden Zihin Okuma Testi: Test ilk olarak Baron-Cohen ve ark. tarafından 1997 yılında 25 soru olarak yayınlanmıştır. 2001 yılında yayınlanmış gözden geçirilmiş versiyonu dört yanıt seçeneği içeren 36 soru içermektedir. Katılımcıdan, verilen 4 seçenekten resimdeki kişinin zihinsel durumunu en iyi tarif eden seçeneği belirlemesi istenmektedir. Seçenekler kompleks emosyonlar ya da niyetler üzerinden kurgulanmaktadır. Bu nedenle test emosyon tanıma ile zihin kuramı yeteneğinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve ark. tarafından yapılmıştır. Türkçe form 32

maddeden oluşmaktadır. Puanlama her soru için doğru cevaba bir puan verilmesi ile yapılır. Ölçekten alınabilecek puan 0-32 aralığındadır.

3.4.9. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ): Depresyonun değerlendirmesinde en yaygın olarak kullanılan ölçektir. Depresyon şiddetini ölçmek amacıyla kullanılır. Tanı koydurucu değildir, depresyonun seyrini izlemek amacıyla kullanılır. Hamilton (1960) tarafından hazırlanan orijinal ölçek 17 maddelidir. Her item için 0–4 arası puanlar verilir. En yüksek puan 53’tür. Ülkemiz için güvenilirlik ve geçerliliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada HDDÖ puanı 7nin altında olan bipolar bozukluk hastaları çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4.10. Young mani derecelendirme ölçeği (YMDÖ): Manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik ölçekler 1970’li yıllarda geliştirilmeye başlanmış ve Young ve arkadaşları 1978 yılında mani derecelendirme ölçeğini (Young Mani Ölçeği, YMO) geliştirmişlerdir. Oluşturulan birçok ölçeğe rağmen, günümüzdeki klinik araştırmalarda manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik en yaygın olarak kullanılan ölçek Young Mani Derecelendirme Ölçeği’dir. 11 maddeden oluşan ölçeğin yedi maddesi beşli likert tipinde, diğer dört maddesi ise dokuzlu likert tipindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 44’tür. Young Mani Derecelendirme Ölçeği’nin ülkemiz için güvenilirlik ve geçerliliği Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada YMDÖ puanı 3ün altında olan bipolar bozukluk hastaları çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4.11. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (MUÖ) Morisky Uyum Ölçeği (Morisky’s Questions Self Report Measure of Adherence): Ölçek, Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş ve Morisky, Green ve Levine tarafından 1986 yılında geçerlilik çalışması yapılmıştır (120). Ölçek “evet”, “hayır” şeklinde yanıtlanmakta ve hastanın ilaç uyumunu “tedaviye bağlı” ve “tedaviye bağlı değil” şeklinde belirtmektedir. Güven Bahar ve arkadaşları tarafından iki uçlu duygudurum bozukluğunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 2013 yılında yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

4.1.1. Hastaların ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 53 Bipolar Bozukluk hastası, 53 Şizofreni hastası ve 53 kontrol grubu olmak üzere toplam 159 kişi katıldı. Katılımcıların 84'ü(%52) kadın, 75'i(%48) erkektir. Katılımcılardan 66'sı(%41) evli, 67'si(%42) bekâr ve 26'sı(%16) boşanmış/dul'dur. Katılımcıların 29'u(%18) yalnız, 65'i(%40) eşi ile ve 65'i(%40) ise anne/baba/diğer kişilerle yaşamaktadır. Katılımcıların 54'ü(%33) ilkokul, 56'sı(%35) lise ve 49'u(%30) üniversite mezunudur.

Katılımcıların yaş ortalaması 39,24±10,36'dır (median:39). (Tablo1)

Tablo 2: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		n (%)
Tanı	Bipolar bozukluk	53 (33,33)
	Şizofreni	53 (33,33)
	Kontrol	53 (33,33)
Cinsiyet	Kadın	84 (52,83)
	Erkek	75 (47,17)
Medeni durum	Evli	66 (41,51)
	Bekar	67 (42,14)
	Boşanmış/dul	26 (16,35)
Kiminle yaşıyor	Yalnız	29 (18,24)
	Eşi ile	65 (40,88)
	Anne/Baba/Diğer	65 (40,88)
Eğitim durumu	İlköğretim	54 (33,96)
	Lise	56 (35,22)
	Üniversite	49 (30,82)
Sigara	Var	74 (46,54)
	Yok	85 (53,46)
Alkol	Var	7 (4,40)
	Yok	152 (95,60)
Madde	Var	0 (0,00)
	Yok	159 (100)
Aile öyküsü	Var	21 (13,21)
	Yok	138 (86,79)
Yaş (median)		39

*n yerine ort+ss, % yerine medyan verilmiştir.

Bipolar bozukluk hastalarının 32'si (%60,38) kadındır. Hastaların %37,74'ü evli olup, %90,57'si eşi veya ebeveynleri ile birlikte yaşamaktadır. Çalışma durumuna bakıldığında yüzde %35,85'i aktif çalışmaktadır. Bipolar Bozukluk Hastalarının ortalama yaşı ise 39,51±11,60'dır. (median: 37)

Şizofreni hastalarının 21'i (%39,62) kadındır. Hastaların %24,53'ü evli olup, %77,36'sı eşi veya ebeveynleri ile birlikte yaşamaktadır. Çalışma durumuna bakıldığında %28,30'u aktif çalışmaktadır. Şizofreni hastaları ortalama yaşı 42,98±8,76'dır (median:43).

Kontrol grubunun 31'i (%58,49) kadındır. Hastaların %62,26'sı evli olup, %77,36'sı eşi veya ebeveynleri ile birlikte yaşamaktadır. Çalışma durumuna bakıldığında %90,57'si aktif çalışmaktadır. Kontrol grubunda yaş ortalaması 35,23±9,17'dir (median:34).

Hastaların hastalık başlangıç yaşı ortalaması 29,22±9,47'dir (median:26,50). Hastaların hastalık süresi ortalaması 12,43±7,59'dur (median:11). Hasta gruplarına ayrı ayrı bakıldığında BB hastalarında hastalık başlangıç yaşı ortalaması: 28,68 şizofreni hastalarında: 29,74'tür. Hastalık süresi ortalaması hasta gruplarında ayrı ayrı bakıldığında BB hastalarında: 10,79, şizofreni hastalarında:14,07'dir. Hasta grupları arasında hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, remisyon süresi gibi klinik değişkenler açısından anlamlı fark saptanmadı. (Tablo2)

Birinci derece yakınında psikiyatrik hastalık öyküsü olan 21 kişi vardır. Bunların 9'u BB, 12'si Şizofreni hastası olup kontrol grubunda aile öyküsü pozitif katılımcı saptandı.

Tablo 2: Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

		Bipolar bozukluk	Şizofreni	Kontrol	p ¹
		n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Kadın	32 (60,38)	21 (39,62)	31 (58,49)	0,061
	Erkek	21 (39,62)	32 (60,38)	22 (41,51)	
Medeni durum	Evli	20 (37,74)	13 (24,53)	33 (62,26)	0,002
	Bekar	22 (41,51)	29 (54,72)	16 (30,19)	
	Boşanmış/dul	11 (20,75)	11 (20,75)	4 (7,55)	
Kiminle yaşıyor	Yalnız	5 (9,43)	12 (22,64)	12 (22,64)	<0,001
	Eşi ile	20 (37,74)	13 (24,53)	32 (60,38)	
	Anne/Baba/Diğer	28 (52,83)	28 (52,83)	9 (16,98)	
Eğitim	İlkokul	19 (35,85)	21 (39,62)	14 (26,42)	0,543
	Lise	18 (33,96)	16 (30,19)	22 (41,51)	
	Üniversite	16 (30,19)	16 (30,19)	17 (32,08)	
İş	Aktif çalışıyor	19 (35,85)	15 (28,30)	48 (90,57)	<0,001
	Çalışmıyor	14 (26,42)	10 (18,87)	0 (0,00)	
	Dönemsel çalışmış	20 (37,74)	28 (52,83)	5 (9,43)	
Sigara	Var	26 (49,06)	29 (54,72)	19 (35,85)	0,136
	Yok	27 (50,94)	24 (45,28)	34 (64,15)	
Alkol	Var	5 (9,43)	2 (3,77)	0 (0,00)	0,058
	Yok	48 (90,57)	51 (96,23)	53 (100,00)	
Yaş (median)		37,00	43,00	34,00	<0,001 ²
Hastalık başlangıç yaşı (ort)		28,68	29,68		
Hastalık süresi (ort)		10,79	14,07		
Ailede psikotik hastalık öyküsü		9 (16)	12 (22)		

¹Ki-Kare Testi ²Kruskal Wallis Testi

4.2. ÜSTBİLİŞ VE ZİHİN KURAMI BECERİLERİ

4.2.1. Hasta grupları ve sağlıklı kontroller arasında üstbiliş ve ZK becerilerinin kıyaslanması

Üstbiliş becerilerinin ölçülmesinde hastalar ve kontrol grubuna ÜBÖ-30ve MAS-A ölçekleri uygulandı.

Tablo 3: Üstbiliş ve ZK Ölçek Puanları

		Bipolar bozukluk	Şizofreni	Kontrol	p
		Ort. ± s.s	Ort. ± s.s	Ort. ± s.s	
ÜBO-30	endişe hakkında olumlu inançlar	10,72 ±4,30	10,25 ±4,45	11,08 ±4,26	0,408
	kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar	14,91 ±4,50	13,08 ±5,01	13,25 ±3,91	0,080
	bilişsel güven	12,43 ±5,82	13,70 ±6,18	10,68 ±4,34	0,044
	düşünceleri kontrol ihtiyacı	14,87 ±5,09	13,32 ±5,98	12,25 ±4,41	0,035
	bilişsel farkındalık	17,62 ±3,99	13,85 ±4,97	15,83 ±4,08	<0,001
	ÜBÖ toplam	70,55 ±15,20	64,19 ±20,62	63,07 ±14,59	0,045
MAS-A	MAS S	4,81 ±1,23	3,87 ±1,25	5,36 ±1,14	<0,001
	MAS U	4,87 ±5,71	3,13 ±1,00	4,64 ±0,96	<0,001
	MAS D	1,51 ±0,61	0,99 ±0,80	1,88 ±0,26	<0,001
	MAS M	4,93 ±1,96	3,48 ±1,61	5,65 ±1,01	<0,001
	MAS toplam	17,51 ±16,87	11,34 ±3,92	17,58 ±3,00	<0,001
ZK ölçeği	GZOT	17,85 ±5,31	14,51 ±5,60	20,71 ±4,47	<0,001

Kruskal Wallis Testi

Hasta grupları ve kontrol grubu arasında üstbiliş ölçek puanları karşılaştırıldığında ÜBO-30 ölçek puanlarından sadece ‘bilişsel farkındalık’ alt puanı için gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı. ‘Bilişsel farkındalık’ puanı BB hastalarında kontrol grubu ve Şizofreni hastalarına göre daha yüksek saptanmış olup, şizofreni hastaları en düşük puanı alan gruptur. (Tablo 3)

BB ve kontrol grupları arasında ÜBÖ-30 ölçek puanları karşılaştırıldığında; ÜBÖ-30 alt ölçeklerinde ‘düşünceleri kontrol ihtiyacı’ puanları da kontrol grubuna göre daha yüksek olarak saptandı ($p<0,001$), ancak BB ve Şizofreni hastaları arasında anlamlı fark görülmedi.. Şizofreni hastaları ve kontrol grupları arasında ÜBÖ-30 puanları karşılaştırıldığında; Şizofreni hastalarında ÜBÖ-30 alt ölçeklerinde ‘bilişsel güven’ puanı kontrol grubuna göre daha yüksek olarak saptandı ($p<0,001$), ancak BB ile Şizofreni hastaları arasında anlamlı fark görülmedi.

MAS-A ölçek puanları karşılaştırıldığında ise hem tüm alt ölçekler hem de ölçek toplam puanında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olup; bu değer kontrol grubunda en yüksek iken Şizofreni hastalarında en düşük olarak saptandı. (Tablo 3)

Hasta grupları ve kontrol grubunun GZOT puanları karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup; kontrol grubunda en yüksek iken Şizofreni hastalarında en düşüktür. (Tablo 3)

4.2.2. Üstbiliş puanları ile zihin kuramı puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Şizofreni hastalarında ÜBO-30 ve MAS-A puanları ile GZOT puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; GZOT skoru ile ÜBO-30 alt ölçeklerinden ‘bilişsel farkındalık’ puanı ve MAS-A alt ölçeklerinden ‘kendisini anlama(S)’, ‘toplumsal biliş(D)’, ‘üstbilişsel hakimiyet(M)’ ve MAS-A toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü orta seviyede korelasyon ve GZOT skoru ile MAS A ölçeklerinden ‘başkalarını anlama(U)’ puanı arasında pozitif yönlü, zayıf seviyede korelasyon saptandı. saptandı. (Tablo 4)

Tablo 4: Şizofreni ve BB hastalarında üstbiliş ölçek puanları ile GZOT puanı arasındaki ilişki

Şizofreni Hastaları	GZOT	
	rho	p
ÜBÖ endişe hakkında olumlu inançlar	0,158	0,259
ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar	0,136	0,332
ÜBÖ bilişsel güven	-0,201	0,148
ÜBÖ düşünceleri kontrol ihtiyacı	0,114	0,418
ÜBÖ bilişsel farkındalık	0,377	0,005
MAS S	0,427	0,001
MAS U	0,310	0,024
MAS D	0,429	0,001
MAS M	0,359	0,008
MAS toplam	0,412	0,002
BB Hastaları		
ÜBÖ endişe hakkında olumlu inançlar	0,007	0,963
ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar	-0,111	0,429
ÜBÖ bilişsel güven	-0,080	0,571
ÜBÖ düşünceleri kontrol ihtiyacı	0,060	0,670
ÜBÖ bilişsel farkındalık	0,670	0,062
MAS S	0,238	0,086
MAS U	0,245	0,078
MAS D	0,157	0,261
MAS M	0,062	0,661
MAS toplam	0,153	0,275

Spearman Korelasyon Testi

Bipolar bozukluk hastalarında üstbiliş test puanları ile zihin kuramı beceri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. (Tablo 4)

4.2.3. MAS-A ile ÜBÖ-30 ölçeklerinin korelasyonu

MAS-A ölçeği ile ÜBÖ-30 ölçeğinin korelasyonuna bakıldığında MAS-U puanı ile ‘bilişsel farkındalık’ puanı arasında zayıf derecede pozitif yönde korelasyon saptandı. (Tablo 5)

Tablo 5: ÜBÖ-30 ve ile MAS-A alt ölçek puanlarının korelasyonu

	ÜBÖ -30									
	Olumlu inançlar		Olumsuz inançlar		Bilişsel güven		Düşünceleri kontrol ihtiyacı		Bilişsel farkındalık	
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
MAS -S	0,083	0,301	0,072	0,365	-0,006	0,945	0,85	0,289	0,94	0,238
MAS - U	0,063	0,431	0,066	0,410	-0,114	0,152	0,003	0,966	0,169	0,033
MAS - D	0,040	0,619	0,041	0,606	-0,105	0,188	0,004	0,961	0,127	0,111
MAS -M	0,019	0,810	-0,008	0,923	-0,054	0,497	-0,40	0,613	0,080	0,315
MAS - toplam	0,050	0,533	0,032	0,693	-0,65	0,417	0,011	0,888	0,116	0,145

Spearman Korelasyon Testi

4.2.4. Klinik değişkenler ile üstbiliş ve zihin kuramı beceri puanlarının ilişkisi

Bipolar Bozukluk hasta grubunda ÜBÖ-30, MAS-A ve GZOT skorları ile hastalık süresi, yatış sayısı, hastalık başlangıç yaşı, remisyon süresi ve atak sayısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastalık süresi ile GZOT puanı arasında ters yönlü ilişki vardır. Yatış sayısı ile ÜBÖ-30 alt ölçeklerinden ‘kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar’ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü zayıf seviyede korelasyon saptandı. (Tablo 6)

Tablo 6: BB hastalarında klinik değişkenler ile ÜBÖ-30 MAS-A ve GZOT puanları arası korelasyon

BB		Hastalık süresi		Yatış sayısı		Başlangıç yaşı		Remisyon süresi		Atak sayısı	
		rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
ÜBÖ-30	Endişe hakkında olumlu inançlar	0,006	0,968	-0,171	0,221	0,132	0,348	0,215	0,122	0,051	0,715
	Kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar	-0,106	0,450	-0,316	0,021	-0,105	0,452	0,216	0,121	-0,133	0,343
	Bilişsel güven	0,095	0,499	-0,203	0,144	0,131	0,348	-0,004	0,980	0,248	0,074
	Düşünceleri kontrol ihtiyacı	-0,099	0,481	-0,267	0,053	0,059	0,677	0,028	0,840	0,181	0,196
	Bilişsel farkındalık	-0,038	0,789	-0,192	0,169	-0,040	0,777	-0,055	0,695	-0,061	0,665
MAS -A	MAS S	-0,035	0,802	-0,003	0,984	-0,045	0,750	0,090	0,522	0,083	0,557
	MAS U	-0,050	0,720	-0,172	0,219	-0,073	0,601	0,059	0,673	-0,074	0,600
	MAS D	-0,260	0,061	-0,133	0,342	-0,078	0,580	0,234	0,091	-0,184	0,187
	MAS M	-0,108	0,440	0,026	0,856	-0,103	0,461	-0,014	0,922	-0,006	0,964
	MAS toplam	-0,144	0,304	-0,035	0,806	-0,091	0,516	0,030	0,832	-0,021	0,881
ZK	GZOT	-0,288	0,036	0,126	0,370	0,061	0,665	-0,015	0,917	-0,112	0,425

Spearman Korelasyon Testi

Şizofreni Hastaları grubunda ÜBÖ-30, MAS-A ve GZOT puanları ile hastalık süresi, yatış sayısı, hastalık başlangıç yaşı, remisyon süresi arasındaki ilişki incelenmiştir. Remisyon süresi ile ÜBÖ-30 alt ölçeklerinden ‘düşünceleri kontrol ihtiyacı’ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü zayıf seviyede korelasyon saptandı. (Tablo 7)

Tablo 7: Şizofreni hastalarında klinik değişkenler ile ÜBÖ-30 MAS-A ve GZOT puanları arasında korelasyon

Sch		Hastalık süresi		Yatış sayısı		Başlangıç yaşı		Remisyon süresi	
		rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
ÜBO-30	Endişe hakkında olumlu inançlar	0,034	0,812	0,027	0,848	0,052	0,713	0,119	0,396
	Kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar	0,166	0,236	0,013	0,928	-0,032	0,819	0,166	0,234
	Bilişsel güven	0,144	0,303	0,027	0,846	-0,040	0,775	0,150	0,285
	Düşünceleri kontrol ihtiyacı	0,182	0,191	-0,062	0,659	-0,048	0,731	0,301	0,029
	Bilişsel farkındalık	0,191	0,170	-0,016	0,907	-0,099	0,480	0,234	0,092
MAS-A	MAS S	-0,043	0,761	-0,050	0,725	0,046	0,745	0,073	0,604
	MAS U	0,024	0,862	-0,049	0,730	0,065	0,644	0,193	0,166
	MAS D	-0,059	0,673	0,097	0,491	-0,053	0,708	-0,019	0,894
	MAS M	-0,018	0,900	0,070	0,618	0,103	0,462	0,080	0,571
	MAS toplam	0,002	0,987	0,023	0,870	0,067	0,634	0,104	0,457
ZK	GZOT	-0,044	0,757	0,003	0,984	-0,094	0,505	0,150	0,285

Spearman Korelasyon Testi

4.2.5. PANSS puanları ile üstbiliş ve zihin kuramı ölçekleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo 8’de Şizofreni Hastaları grubunda ÜBÖ-30, MAS-A, GZOT ölçekleri ile PANNS ölçekleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

PANSS negatif semptom puanı ile MAS-A alt ölçek puanları karşılaştırıldığında ‘kendini anlama(S)’ ve ‘başkalarını anlama(U)’ puanları ile zayıf seviyede, ‘toplumsal biliş(D)’, ‘üstbiliş hakimiyeti(M)’ ve MAS-A toplam puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde orta seviyede korelasyon saptandı.

PANSS genel psikopatoloji puanı ile MAS-A alt ölçek puanları karşılaştırıldığında ‘kendini anlama(S)’ puanı ile zayıf seviyede, ‘başkalarını anlama(U)’, ‘üstbiliş hakimiyeti(M)’ ve MAS-A toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde orta seviyede korelasyon saptandı.

PANSS toplam ölçek puanı ile MAS-A alt ölçek puanları karşılaştırıldığında ‘kendini anlama(S)’ puanı ile zayıf seviyede, ‘başkalarını anlama(U)’, ‘üstbiliş hakimiyeti(M)’ ve MAS-A toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde orta seviyede korelasyon saptandı.

PANSS puanları ile ÜBO-30 alt ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

PANSS puanları ile GZOT puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 8: Şizofreni hastalarında PANSS puanlarına göre ile ÜBÖ-30, MAS-A ve GZOT puanlarının karşılaştırılması

Şizofreni Hastaları	PANSS pozitif		PANSS negatif		PANSS genel psikopatoloji		PANSS toplam	
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
ÜBÖ endişe hakkında olumlu inançlar	0,014	0,919	-0,070	0,620	-0,159	0,256	-0,115	0,411
ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar	-0,113	0,420	-0,113	0,419	0,006	0,967	-0,070	0,619
ÜBÖ bilişsel güven	0,176	0,206	0,128	0,360	0,150	0,283	0,162	0,246
ÜBÖ düşünceleri kontrol ihtiyacı	0,165	0,237	-0,081	0,565	0,012	0,930	-0,008	0,953
ÜBÖ bilişsel farkındalık	-0,142	0,311	-0,226	0,104	-0,183	0,191	-0,209	0,134
MAS S	0,094	0,502	-0,318	0,020	-0,297	0,031	-0,273	0,048
MAS U	-0,108	0,440	-0,419	0,002	-0,340	0,013	-0,353	0,010
MAS D	-0,043	0,759	-0,297	0,031	-0,164	0,239	-0,221	0,112
MAS M	-0,115	0,414	-0,464	<0,001	-0,461	0,001	-0,467	<0,001
MAS toplam	-0,014	0,921	-0,401	0,003	-0,373	0,006	-0,368	0,007
GZOT	-0,020	0,885	0,017	0,904	-0,122	0,382	-0,036	0,799

Spearman Korelasyon Testi

4.2.6. Cinsiyete göre üstbiliş ve zihin kuramı beceri puanlarının karşılaştırılması

Tablo 9’da Bipolar Bozukluk Hastalarında cinsiyetler arasında ÜBÖ-30, MAS-A ve GZOT puanları karşılaştırılmıştır.

Bipolar Bozukluk hastalarında ÜBÖ-30 alt ölçeklerinden ‘bilişsel farkındalık’ puanı kadınlarda erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

MAS-A ölçek puanları ve GZOT puanları arasında cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Şizofreni hastalarında cinsiyetler arasında ÜBÖ-30, MAS-A ve GZOT puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmadı. (Tablo 9)

Tablo 9: BB ve Şizofreni hastalarında cinsiyete göre ÜBÖ-30, MAS-A ve GZOT ölçeklerinden alınan puanların karşılaştırılması

BB hastaları	Kadın		Erkek		p
	Medyan	(Ort ±s.s)	Medyan	(Ort ± s.s)	
ÜBÖ endişe hakkında olumlu inançlar	9,50	(10,19±4,59)	12,00	(11,52±3,78)	0,188
ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar	16,00	(15,81±5,07)	15,00	(13,52±3,08)	0,080
ÜBÖ bilişsel güven	12,00	(13,22±5,87)	10,00	(11,24±5,66)	0,168
ÜBÖ düşünceleri kontrol ihtiyacı	16,50	(15,28±5,50)	15,00	(14,24±4,46)	0,325
ÜBÖ bilişsel farkındalık	19,00	(18,47±4,18)	17,00	(16,33±3,37)	0,016
MAS S	5,00	(4,81±1,23)	4,50	(4,81±1,25)	0,797
MAS U	4,25	(4,19±,97)	3,50	(5,90±9,03)	0,433
MAS D	1,50	(1,47±,67)	1,50	(1,57±,51)	0,955
MAS M	5,00	(5,23±2,08)	5,00	(4,48±1,70)	0,351
MAS toplam	16,00	(19,25±21,45)	14,50	(14,86±3,81)	0,295
GZOT	18,00	(17,37±4,75)	20,00	(18,57±6,12)	0,174
Şizofreni Hastaları					
ÜBÖ endişe hakkında olumlu inançlar	9,00	(9,38±3,53)	9,50	(10,81±4,93)	0,409
ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar	12,00	(12,48±4,29)	12,50	(13,47±5,47)	0,675
ÜBÖ bilişsel güven	13,00	(13,52±6,24)	13,50	(13,81±6,23)	0,971
ÜBÖ düşünceleri kontrol ihtiyacı	12,00	(12,90±6,32)	15,50	(13,59±5,83)	0,798
ÜBÖ bilişsel farkındalık	13,00	(12,95±4,25)	15,50	(14,44±5,38)	0,294
MAS S	4,00	(4,07±1,19)	3,50	(3,73±1,29)	0,354
MAS U	3,50	(3,36±,92)	2,75	(2,98±1,03)	0,133
MAS D	1,00	(0,88±0,44)	1,00	(1,06±,97)	0,720
MAS M	4,00	(3,38±1,70)	4,00	(3,55±1,56)	0,985
MAS toplam	11,50	(11,69±3,71)	11,00	(11,11±4,10)	0,572

Mann Whitney U Testi

4.2.7. Hastaların eğitim durumu ile üstbiliş ve ZK işlevlerinin karşılaştırılması

Tablo 10’da hasta gruplarında eğitim durumlarına göre üstbiliş ve ZK beceri puanları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Şizofreni hastalarında MAS ‘kendini anlama(S)’, MAS toplam puanı ve her iki hasta grubunda da GZOT ölçek puanında eğitim durumu ilköğretim olanlarda diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olarak saptandı ancak eğitim durumu lise ve üniversite olanlar arasında anlamlı fark görülmedi. (Tablo 10)

Tablo 10: Eğitim düzeyi ile üstbiliş ve ZK becerileri arasındaki ilişki

		ilköğretim		lise		üniversite			
		median		median		median		p	
		Şizofreni	BB	Şizofreni	BB	Şizofreni	BB	Şizofreni	BB
ÜBO-30	endişe hakkında olumlu inançlar	8,00	10,00	9,50	9,00	10,00	12,00	0,499	0,291
	kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar	11,00	16,00	11,50	14,00	15,00	14,50	0,175	0,142
	bilişsel güven	15,00	13,00	11,00	8,50	13,50	11,00	0,060	0,362
	düşünceleri kontrol ihtiyacı	13,00	16,00	10,50	16,00	17,00	16,00	0,136	0,695
	bilişsel farkındalık	11,00	18,00	14,00	18,50	16,50	19,00	0,106	0,728
MAS-A	MAS S	3,00	4,50	4,25	4,50	4,00	5,25	0,009	0,662
	MAS U	2,50	4,00	3,50	4,25	3,35	4,25	0,009	0,965
	MAS D	0,50	1,50	1,00	1,50	1,00	1,50	0,006	0,921
	MAS M	3,00	4,50	4,00	4,75	4,00	5,00	0,031	0,386
	MAS toplam	9,50	14,50	13,00	15,50	12,25	16,25	0,006	0,569
ZK ölçeği	GZOT	11,00	16,00	15,00	20,00	16,50	18,50	0,002	0,017

Kruskal Wallis testi

4.2.8. Aile öyküsünün üstbiliş ve zihin kuramı becerilerine etkisinin incelenmesi

Aile öyküsü varlığı ile MAS-A ve GZOT puanları karşılaştırıldı. Aile öyküsü olmayanlarda MAS-A alt ölçeklerinden ‘kendini anlama(S)’ ‘başkalarını anlama(U)’, ‘toplumsal biliş(D)’, ‘üstbiliş hakimiyeti(M)’ ve MAS-A toplam puanları ve GZOT puanları aile öyküsü pozitif olanlara göre daha yüksek bulundu.

Bipolar Bozukluk hastalarında aile öyküsü varlığı ile MAS-A ve GZOT puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmadı. (Tablo 11)

Şizofreni Hastalarında aile öyküsü varlığı ile MAS-A ve GZOT puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmadı. (Tablo 11)

Kontrol grubunda aile öyküsü pozitif olan katılımcı yoktur.

Tablo 11: BB hastalarında aile öyküsü varlığına göre ile MAS-A ve GZOT ölçeklerinden alınan puanların karşılaştırılması

BB Hastaları	Aile öyküsü		p
	Var (n=9)	Yok(n=44)	
	Medyan (Ort. ±s.s)	Medyan (Ort. ±s.s)	
MAS S	4,50 (4,56±1,16)	4,75 (4,86±1,25)	0,503
MAS U	3,50 (3,61±,86)	4,25 (5,12±6,24)	0,115
MAS D	1,50 (1,28±,71)	1,50 (1,56±,58)	0,324
MAS M	4,50 (4,56±1,79)	5,00 (5,01±2,00)	0,583
MAS toplam	14,00 (14,17±3,24)	15,50 (18,19±18,42)	0,280
GZOT toplam	19,00 (18,11±4,68)	18,00 (17,80±5,48)	0,776
Şizofreni Hastaları	Var(n=22)	Yok(n=31)	

	Medyan	(Ort. $\pm$ s.s)	Medyan	(Ort. $\pm$ s.s)	
MAS S	3,50	(3,54 $\pm$,96)	4,00	(3,96 $\pm$ 1,32)	0,329
MAS U	2,50	(2,88 $\pm$,77)	3,00	(3,21 $\pm$ 1,05)	0,311
MAS D	0,50	(0,67 $\pm$,039)	1,00	(1,09 $\pm$,87)	0,058
MAS M	3,25	(3,13 $\pm$ 1,45)	4,00	(3,59 $\pm$ 1,65)	0,261
MAS toplam	10,50	(10,21 $\pm$ 2,95)	11,50	(11,67 $\pm$ 4,14)	0,229
GZOT toplam	12,00	(13,08 $\pm$ 6,05)	14,00	(14,93 $\pm$ 5,47)	0,201

Mann Whitney U Testi

4.3. Hastalardaki İlgörü Düzeyine İlişkin Bulgular

4.3.1 Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının içgörü düzeyleri açısından karşılaştırılması

İlgörü düzeyini ölçmek için bu çalışmada her 2 hasta grubuna İÜBDÖ ve BBIÖ ölçekleri uygulandı.

Tablo 12’de BB ve Şizofreni hastalarının BBIÖ’den almış oldukları puanlar karşılıklı olarak gösterilmektedir. BB hastalarının BBIÖ’nün içgörü düzeyini gösteren bileşik indeks puan ortalaması 3,13 $\pm$ 7,89 iken Şizofreni hastalarında 3,89 $\pm$ 7,78’dir.

BB ve Şizofreni hastaları arasında İÜBDÖ ve BBIÖ puanları karşılaştırıldığında BB hastalarında İÜBDÖ puanı ve BBIÖ ‘kendinden eminlik’ puanı Şizofreni hastalarına göre daha yüksek bulundu.

Tablo 12: BB ve Şizofreni hastaları arasında İÜBDÖ ve BBIÖ puanlarının karşılaştırılması

	Bipolar bozukluk			Şizofreni			p ¹
	Ort. $\pm$ s.s	min	max	Ort. $\pm$ s.s	min	max	
İÜBDÖ	12,72 $\pm$ 2,02	4	14	10,06 $\pm$ 4,04	0	14	<0,001 ²
BBIÖ kendini ifade etme	13,49 $\pm$ 5,65	0	25	12,43 $\pm$ 6,21	0	24	0,382 ²
BBIÖ kendinden eminlik	10,36 $\pm$ 4,01	3	18	8,58 $\pm$ 4,45	0	18	0,037 ²
BBIÖ bileşik index	3,13 $\pm$ 7,89	-15	22	3,89 $\pm$ 7,78	-15	24	0,669 ²

¹Ki-Kare Testi ²Mann Whitney U Testi

4.3.2. Klinik değişkenlerin içgörüye etkisi

Bipolar bozukluk hastalarında hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, remisyon süresi, atak sayısı, yatış sayısı değişkenleri ile BBIÖ ve İÜBDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalık başlangıç yaşı ile BBIÖ ‘kendini ifade etme’ puanları arasında pozitif yönde, zayıf seviyede korelasyon ve İÜBDÖ ölçek puanı ile arasında pozitif yönde, orta seviyede korelasyon saptandı. (Tablo 13)

Şizofreni hastalarında hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, remisyon süresi, yatış sayısı değişkenleri ile BBIÖ ve İÜBDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiki açıdan anlamlılık saptanmadı.

Tablo 13: Hastalık başlangıç yaşına göre BB ve Şizofreni hastalarının BBIÖ ve İÜBDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Hastalık başlangıç yaşı			
	BB Hastaları		Şizofreni Hastaları	
	rho	p	rho	p
BBIÖ kendini ifade etme	0,275	0,046	-0,071	0,612
BBIÖ kendinden eminlik	0,132	0,346	0,091	0,516
BBIÖ bileşik index	0,106	0,449	-0,042	0,763
İçgörünün 3 bileşeni	0,366	0,007	0,110	0,432

Spearman Korelasyon Testi

Bipolar bozukluk hastalarında YMDO ve HAMD puanları ile BBIÖ ve İÜBDÖ ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiki açıdan anlamlılık saptanmadı.

Şizofreni Hastalarında PANSS skorları ile BBIÖ arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişki saptanmadı. (Tablo 14)

PANSS puanları ile İÜBDÖ ölçek puanları karşılaştırıldığında PANSS genel psikopatoloji puanı ile İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde orta seviyede korelasyon ve PANSS toplam ölçek puanı ile İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde zayıf seviyede korelasyon saptandı. (Tablo 14)

Tablo 14: Şizofreni hastalarının PANSS ölçeğinden aldıkları puanlara göre İÜBDÖ ve BBIÖ puanlarının karşılaştırılması

Şizofreni Hastaları	PANSS pozitif		PANSS negatif		PANSS genel		PANSS toplam	
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
İÜBDÖ	-0,032	0,822	-0,093	0,506	-0,490	<0,001	-0,294	0,032
BBIÖ kendini ifade etme	0,254	0,067	0,028	0,840	-0,049	0,730	0,050	0,725
BBIÖ kendinden eminlik	-0,117	0,404	0,041	0,772	0,006	0,964	0,010	0,941
BBIÖ bileşik index	0,251	0,070	0,023	0,871	-0,061	0,662	0,025	0,857

Spearman Korelasyon Testi

4.3.3. Eğitim düzeyinin içgörüye etkisi

BB ve Şizofreni hastalarının eğitim düzeyleri ile İÜBDÖ ve BBIÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistik açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. (Tablo 15)

Tablo 15: Eğitim düzeyinin BBIÖ ve İÜBDÖ puanları ile ilişkisinin incelenmesi

	İlköğretim		Lise		Üniversite	
	Medyan (Ort. ±s.s)		Medyan (Ort.±ss)		Medyan (Ort. ±s.s)	
BBIÖ kendini ifade	16,00	(14,65±5,99)	16,00	(14,65±5,99)	12,00	(12,03±5,94)
BBIÖ kendinden eminlik	10,00	(9,93±4,72)	10,00	(9,93±4,72)	9,00	(9,24±4,07)
BBIÖ birleşik index	3,50	(4,73±7,91)	3,50	(4,73 ±7,91)	3,50	(2,79±7,98)
İÜBDÖ	12,50	(10,32±4,34)	12,50	(10,32±4,34)	13,00	(11,94±2,88)

Kruskal Wallis Testi

4.3.4. Üstbiliş puanlarının hastaların içgörü düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi

Bipolar Bozukluk Hastaları grubunda ÜBÖ-30 ve MAS-A ölçek puanları ile İÜBDÖ ve BBIÖ puanları arasındaki ilişki incelendi.

BBIÖ kendini ifade etme puanı ile ÜBÖ-30 alt ölçeklerinden ‘kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar’ ve ‘düşünceleri kontrol ihtiyacı’ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü orta seviye korelasyon saptandı. BBIÖ birleşik index puanı ile ÜBÖ-30 alt ölçeklerinden ‘kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar’ ile pozitif yönde, orta seviyede korelasyon ve ‘düşünceleri kontrol ihtiyacı’ puanları arasında pozitif yönde, zayıf seviyede korelasyon görüldü. (Tablo 16)

İÜBDÖ ile MAS-A alt ölçeklerinden ‘başkalarını anlama(U)’ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki görüldü, pozitif yönde orta seviyede korelasyon saptandı. (Tablo17)

Tablo 16: BB hastalarında ÜBÖ-30 ölçek puanları ile İÜBDÖ ve BBIÖ puanları arasındaki ilişki

BB	ÜBÖ -30									
	Olumlu inançlar		Olumsuz inançlar		Bilişsel güven		Düşünceleri kontrol ihtiyacı		Bilişsel farkındalık	
	rho	p	rho	P	rho	p	rho	p	rho	p
İÜBDÖ	-0,002	0,988	0,026	0,853	-0,002	0,987	0,156	0,265	0,092	0,514
BBIÖ kendini ifade etme	0,081	0,564	0,375	0,006	0,260	0,060	0,371	0,006	0,240	0,083
BBIÖ kendinden eminlik	0,072	0,609	-0,041	0,772	-0,029	0,836	-0,138	0,325	0,055	0,694
BBIÖ bileşik index	-0,010	0,942	0,301	0,028	0,196	0,159	0,343	0,012	0,123	0,379

Spearman Korelasyon Testi

Tablo 17: BB hastalarında MAS-A ölçek puanları ile İÜBDÖ ve BBIÖ puanları arasındaki ilişki

BB	MAS-A									
	S		U		D		M		Toplam	
	Rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
İÜBDÖ	0,148	0,291	0,370	0,006	0,255	0,066	0,253	0,067	0,251	0,070
BBIÖ kendini ifade etme	0,064	0,648	0,081	0,566	0,113	0,419	0,018	0,900	0,041	0,769
BBIÖ kendinden eminlik	-0,100	0,475	-0,009	0,952	-0,265	0,055	-0,160	0,253	-0,109	0,437
BBIÖ bileşik index	0,085	0,547	0,034	0,810	0,220	0,113	0,101	0,471	0,084	0,552

Spearman Korelasyon Testi

Tablo 18’de Şizofreni hastalarında ÜBÖ-30 ile İÜBDÖ ve BBIÖ puanları arasındaki ilişki incelendi.

İÜBDÖ puanı ile ÜBÖ-30 alt ölçeklerinden ‘düşünceleri kontrol ihtiyacı’ puanı ile arasında pozitif yönde zayıf seviyede korelasyon görüldü.

BBIÖ kendini ifade etme puanı ile ÜBÖ-30 alt ölçeklerinden 'kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar’ ve ‘düşünceleri kontrol ihtiyacı’ puanı arasında pozitif yönde orta seviyede korelasyon ve ‘bilişsel güven’ puanı için pozitif yönde zayıf korelasyon saptandı.

BBIÖ bileşik index puanı ile, ÜBÖ-30 alt ölçeklerinden ‘bilişsel güven’ ile pozitif yönde orta seviyede korelasyon ve ‘düşünceleri kontrol ihtiyacı’ puanı ile pozitif yönde zayıf seviyede korelasyon saptandı.

Tablo 19’da Şizofreni Hastalarında MAS-A ölçek puanları ile İÜBDÖ ve BBIÖ puanları arasındaki ilişki incelendi

İÜBDÖ puanı ile MAS-A alt ölçeklerinden ‘kendisini anlama(S)’, ‘başkalarını anlama(U)’, ‘toplumsal biliş(D)’, ‘üstbilişsel hakimiyet(M)’ ve MAS-A toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta seviyede korelasyon saptandı.

BBIÖ ‘kendini ifade etme’ puanı ile MAS-A alt ölçeklerinden ‘kendini anlama(S)’, ‘başkalarını anlama(U)’, ‘bilişsel hakimiyet(M)’ ve MAS-A toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde orta seviyede korelasyon saptandı.

BBIÖ bileşik index puanı ile MAS-A alt ölçeklerinden ‘bilişsel hakimiyet (M)’ puanı arasında pozitif yönde zayıf seviyede korelasyon görülmüş olup, ‘kendini anlama(S)’, ‘başkalarını

anlama(U)', ve MAS-A toplam puanları için pozitif yönde orta seviyede korelasyon saptandı. (Tablo 19)

Tablo 18: Şizofreni hastalarında ÜBÖ-30 ölçek puanları ile İÜBDÖ ve BBiÖ puanları arasındaki ilişki

Şizofreni	ÜBÖ -30									
	Olumlu inançlar		Olumsuz inançlar		Bilişsel güven		Düşünceleri kontrol ihtiyacı		Bilişsel farkındalık	
	Rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
İÜBDÖ	0,189	0,174	0,212	0,127	0,129	0,359	0,287	0,037	0,189	0,175
BBiÖ kendini ifade etme	0,187	0,179	0,330	0,016	0,285	0,038	0,488	<0,001	0,268	0,052
BBiÖ kendinden eminlik	0,261	0,059	0,065	0,641	-0,156	0,266	-0,136	0,332	0,149	0,287
BBiÖ bileşik index	-0,042	0,767	0,193	0,166	0,275	0,047	0,406	0,003	0,099	0,481

Spearman Korelasyon Testi

Tablo 19: Şizofreni hastalarında MAS-A Ölçek puanları ile İÜBDÖ ve BBiÖ puanları arasındaki ilişki

Şizofreni	MAS-A									
	S		U		D		M		Toplam	
	Rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
İÜBDÖ	0,640	<0,001	0,492	<0,001	0,345	0,011	0,571	<0,001	0,638	<0,001
BBiÖ kendini ifade etme	0,456	0,001	0,358	0,008	0,211	0,129	0,328	0,016	0,418	0,002
BBiÖ kendinden eminlik	-0,213	0,126	-0,216	0,120	-0,148	0,291	-0,087	0,535	-0,209	0,134
BBiÖ bileşik index	0,457	0,001	0,376	0,006	0,231	0,096	0,282	0,040	0,427	0,001

Spearman Korelasyon Testi

ÜBÖ 'düşünceleri kontrol ihtiyacı', ÜBÖ 'bilişsel farkındalık', MAS S, MAS U, MAS D, MAS M, MAS toplam puanlarının İÜBDÖ puanı üzerine etkisi incelendi. MAS S değerindeki bir birimlik artış İÜBDÖ değerini 0,817 kat, MAS M değerindeki bir birimlik artış İÜBDÖ değerini 0,869 arttırmaktadır, MAS toplam değerindeki bir birimlik artış İÜBDÖ değerini 0,064 kat azaltmaktadır. (Tablo 20)

Tablo 20: Üstbiliş ölçek puanlarının İÜBDÖ puanına etkisi – regresyon analizi

İÜBDÖ	Beta	t	p	Güven aralığı: %95	
				Alt sınır	Üst sınır
ÜBÖ düşünceleri kontrol ihtiyacı	0,144	1,544	0,126	-,025	0,204
ÜBÖ bilişsel farkındalık	0,035	,359	0,721	-,111	0,160
MAS S	0,313	2,409	0,018	,144	1,489
MAS U	0,061	,734	0,465	-,085	0,185
MAS D	-,096	-,841	0,402	-1,480	0,598
MAS M	0,485	3,438	0,001	,367	1,370
MAS toplam	-,233	-1,991	0,049	-,127	0,000

ÜBÖ ‘kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar’, ÜBÖ ‘bilişsel güven’, ÜBÖ ‘düşünceleri kontrol ihtiyacı’, MAS S ve MAS toplam puanlarının BBIÖ bileşik index puanı üzerine etkisi incelendi. ÜBÖ ‘düşünceleri kontrol ihtiyacı’ puanı üzerindeki bir birimlik artış BBIÖ bileşik index puanını 0,383 kat arttırmaktadır. (Tablo 21)

Tablo 21: Üstbiliş ölçek puanlarının BBIÖ puanlarına etkisi 3 (bileşik index) – Regresyon analizi

BBIO bileşik index	Beta	t	p	Güven aralığı: %95	
				Alt sınır	Üst sınır
ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar	,039	,341	0,733	-,303	0,429
ÜBÖ bilişsel güven	,085	,821	0,414	-,157	0,378
ÜBÖ düşünceleri kontrol ihtiyacı	0,274	2,134	0,035	,027	0,739
MAS S	0,184	1,832	0,070	-,090	2,266
MAS toplam	0,013	,130	0,897	-,113	0,129

Lineer Regresyon Analizi

4.3.4. Zihin kuramı becerileri ile hastaların içgörü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

BB hasta grubunda İÜBDÖ ve BBIÖ puanları ile GZOT puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı. (Tablo 22)

Şizofreni Hastaları grubunda İÜBDÖ ve BBIÖ puanları ile GZOT puanı arasındaki ilişki incelendiğinde GZOT puanı ile İÜBDÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde orta seviyede korelasyon saptandı. (Tablo 21)

Tablo 22: BB ve Şizofreni hastalarında İÜBDÖ ve BBİÖ puanları ile GZOT puanlarının karşılaştırılması

BB Hastaları	GZOT	
	r	P
İÜBDÖ	-0,072	0,606
BBİÖ kendini ifade etme	-0,225	0,105
BBİÖ kendinden eminlik	-0,100	0,476
BBİÖ birleşik index	-0,097	0,490
Şizofreni Hastaları		
İÜBDÖ	0,368	0,007
BBİÖ kendini ifade etme	-0,044	0,754
BBİÖ kendinden eminlik	-0,031	0,825
BBİÖ birleşik index	-0,067	0,636

Spearman Korelasyon Testi

4.4. TEDAVİ UYUMU

4.4.1. Hastaların tedaviye uyum durumlarının karşılaştırılması

Morisky ölçek puanlarına göre Şizofreni hastaları arasında 33 kişide(%62) tedavi uyumu iyi, olarak saptanırken BB hastaları arasında 31 kişide(%58) tedavi uyumu iyi olarak tespit edilmiştir. BB ve Şizofreni hastaları Morisky ölçeğine göre tedaviye uyumluluk açısından karşılaştırıldığında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmadı. (Tablo 23)

Tablo 23: BB ve Şizofreni hastalarının tedavi uyumlarının karşılaştırılması

		Bipolar bozukluk n (%)	Şizofreni n (%)	P
Tedavi uyumu	yüksek	33 (62,26)	31(58,49)	0,556
	orta	16 (30,19)	20(37,74)	
	düşük	4 (7,55)	2 (3,77)	

Kikare testi

4.4.2. Hastaların içgörü düzeyleri ile tedavi uyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

Morisky ölçeğine göre tedavi uyumu yüksek olarak tespit edilen hastaların İÜBDÖ puanı, tedavi uyumu orta ve düşük olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulundu, BBİÖ puanları ile tedavi uyumu arasında ise anlamlı ilişki saptanmadı. (Tablo 24)

Tablo 24: İÜBDÖ ve BBİÖ puanlarının tedavi uyumu ile ilişkisi

İçgörü ölçekleri	Tedavi uyumu			p
	Yüksek	Orta	Düşük	
	Medyan (Ort±s.s)	Medyan (Ort±s.s)	Medyan (Ort±s.s)	
İÜBDÖ	13,00 (12,22±2,54)	12,50 (10,56±4,02)	8,50 (7,50±4,85)	0,002
BBİÖ kendini ifade	13,00 (12,92±5,71)	14,00 (12,61±6,30)	16,00 (15,50±6,44)	0,609
BBİÖ kendinden eminlik	10,00 (9,94±4,08)	8,00 (8,53±4,63)	10,00 (10,17±4,58)	0,318
BBİÖ bileşik index	3,00 (2,98±7,48)	3,50 (4,14±8,22)	3,00 (5,33±9,56)	0,626

Kruskal Wallis Testi

4.4.3. Üstbiliş ve ZK becerileri ile tedavi uyumunun ilişkisi

Morisky ölçeğine göre hastaların tedavi uyumu ile ÜBÖ-30 ‘bilişsel farkındalık’ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmüş olup; tedavi uyumu düşük olanlarda, tedavi uyumu yüksek ve orta olanlara göre daha yüksek olarak saptandı.

MAS-A ve GZOT puanları ile tedavi uyumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı. (Tablo 25)

Tablo 25: Üstbiliş ve ZK ölçek puanlarının tedavi uyumu ile ilişkisi

	Tedavi uyumu						p
	Yüksek		Orta		Düşük		
	Medyan	ort±ss	Medyan	ort±ss	Medyan	ort±ss	
ÜBÖ endişe hakkında olumlu inançlar	10,00	(10,92±4,32)	9,00	(9,33±4,11)	13,00	(12,67±5,35)	0,120
ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar	13,50	(13,75±5,02)	15,00	(14,00±4,74)	15,50	(16,50±2,59)	0,296
ÜBÖ bilişsel güven	12,00	(12,19±5,51)	13,50	(14,19±6,68)	18,00	(15,67±5,89)	0,152
ÜBÖ düşünceleri kontrol ihtiyacı	15,00	(13,86±5,52)	15,50	(14,22±5,67)	17,50	(15,83±6,37)	0,656
ÜBÖ bilişsel farkındalık	17,00	(15,73±4,77)	15,50	(14,81±4,82)	21,00	(21,33±2,34)	0,006
GZOT	17,00	(16,47±5,13)	15,00	(15,17±6,15)	22,50	(19,17±7,94)	0,226

Kruskal Wallis Testi

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, remisyondaki bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarının, üstbiliş ve ZK işlevleri açısından birbirleri ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması hedeflendi. Ayrıca Bipolar bozukluk ve şizofreni gruplarında içgörü, tedaviye uyum düzeyi, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın şiddeti gibi klinik değişkenlerin üstbiliş ve ZK işlevleri ile ilişkisi araştırıldı.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Hasta grupları ve kontrol grubu arasında sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında cinsiyet dağılımı ve eğitim durumu açısından gruplar arası fark yoktur. Medeni durum açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunda evli olanların oranı diğer hasta gruplarına göre daha yüksek bulundu. Kontrol grubunda yalnız yaşama oranı yüksekken, anne/baba/diğer kişilerle yaşam oranı bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarında daha yüksektir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada Şizofreni hastalarının yarısından fazlasının aile ile yaşadıkları görülmektedir (74). Celal Bayar Üniversitesi'nde şizofreni hastaları ve kontrol grubu arasında üstbiliş karşılaştırması yapmış olan bir çalışmada da aynı şekilde şizofreni hastalarında evli olma durumu kontrol durumundan daha düşük olarak saptanmıştır (75). Lysaker ve ark. tarafından şizofreni, BB ve kontrol grubu arasında üstbiliş karşılaştırması yapmış olan başka bir çalışmada da evli olma durumu en az olan grup şizofreni hastaları olarak saptanmıştır (14).

5.2. ŞİZOFRENİ VE BB TANILI HASTALARIN ÜSTBİLİŞ VE ZK İŞLEVLERİNİN KONTROL GRUBU İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızın birinci hipotezi Şizofreni ve BB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere kıyasla üstbiliş ve zihin kuramı işlevlerinde yetersizlik olduğu idi. Çalışmamızın bulgularına göre; ÜBÖ-30 ölçeğine göre BB hastalarında 'bilişsel farkındalık' ve 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' puanları kontrol grubuna göre daha yüksek olarak saptandı Şizofreni hastalarında da 'bilişsel güven' puanı kontrol grubuna göre daha yüksekken, 'bilişsel farkındalık' puanı kontrol grubuna göre daha düşüktür. ÜBÖ-30 toplam puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında fark saptanmadı. Literatürde bu konuda farklı veriler mevcuttur. Popolo ve ark yaptığı bir çalışmada Şizofreni, BB ve kontrol grubu arasında ÜBÖ alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (15). Türkiye'de BB hastalarında yeme bozukluğu ve üstbiliş ilişkisini inceleyen bir çalışmada ÜBÖ puanları açısından hastalar ve kontrol grubu arasında anlamlı fark görülmemiştir (76). Şizofreni hastalarında üstbilişe dair daha çok sayıda çalışma

ve farklı sonuçlar mevcuttur. Celal Bayar Üniversitesi'nde şizofreni hastaları, hastaların kardeşleri ve sağlıklı kontroller arasında üstbiliş inançlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada 'kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar', 'bilişsel güven', 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt ölçekleri ve toplam puanda şizofreni hastalarında diğer gruplara göre olumsuz anlamda daha yüksek puanlar aldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (75). Şizofreni hastalarının klinik özelliklerine göre ve sağlıklı kontroller ile üstbiliş becerilerine göre kıyaslandığı bir çalışmada ise ÜBÖ-30 alt ölçeklerinden 'kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar', 'düşünceleri kontrol ihtiyacı', 'bilişsel farkındalık' ve toplam ÜBÖ puanları şizofreni hastalarında kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur (77) Morrison ve ark. tarafından Şizofreni spektrum hastaları ve sağlıklı kontroller arasında yapılan başka bir çalışmada tüm ÜBÖ puanlarında hastalarda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (78). Austin ve ark. yaptıkları bir çalışmada, ilk kez psikoz atağı geçirdikten sonraki 10 yıl boyunca hastalar takip edilmiş ve 10 yıl sonundaki klinik duruma göre son 1 yıl içinde akut psikoz kliniğinde olan/ son 6 aydır remisyonunda olan/ son 1 yıldır remisyonunda olan şizofreni hastaları ve sağlıklı kontroller arasında üstbiliş karşılaştırılmış olup; akut psikoz kliniğindeki hastalarda tüm ÜBÖ alt ölçekleri kontrol grubundan yüksek iken, remisyonunda olan şizofreni hastalarında ÜBÖ alt ölçeklerinden 'kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar' puanı kontrol grubuna göre daha yüksek, 'bilişsel güven' puanı kontrol grubuna göre daha düşük olarak saptanmıştır (56). Psikoz hastaları ve sağlıklı kontroller arasında üstbiliş karşılaştırması yapan başka bir çalışmada ise 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' puanı psikoz hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (79). Üstbiliş konusunda 2017 yılında yapılmış bir metaanaliz çalışmasında psikoz hastaları sağlıklı kontroller ile kıyaslandığında ÜBÖ ölçeğinin her 5 alt ölçek puanında da yükseklik saptanmış ancak psikoz hastaları herhangi bir ruhsal sorunu olan kişilerle karşılaştırıldığında sadece olumlu inançlar puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu veriler ışığında ÜBÖ ölçeğindeki işlevsiz inançların herhangi bir ruhsal patolojide artabileceği ve psikoza özgü bir özellik olmadığı ileri sürülmüştür (80). Bizim çalışmamızda ÜBÖ verileri literatürdeki çalışmalardan farklı sonuçlara sahiptir.

BB hastaları ile ilgili literatürde daha az sayıda veri olmakla beraber sonuçlar birbirine ve bir kısmı da bizim sonuçlarımıza benzerdir. Yakın zamanda biri Türkiye'de biri yurtdışında olmak üzere yapılan iki çalışmada da 'olumlu inançlar' dışında tüm ÜBÖ puanları BB hastalarında kontrollere göre daha yüksek olarak saptanmıştır (81; 82). Favaretto ve ark 2020 yılında BB-I BB-II ve sağlıklı kontroller arasında yaptıkları çalışmada, literatürdeki birçok

diğer çalışmayla (83; 84) paralel olarak ‘olumlu inançlar’ ve ‘bilişsel farkındalık’ dışında tüm ÜBÖ puanlarının ve toplam puanın BB hastalarında(her 2 grupta da) kontrollere göre yüksek olduğunu saptamış olup; ‘kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar’, ‘düşünceleri kontrol ihtiyacı’ ve ‘bilişsel farkındalık’ üçlüsünün hastalığın alt tipi ve kliniğinden bağımsız olarak hastalığa bağlı (trait-dependent) üstbilişler olduklarını ileri sürmüşlerdir (85). Yakın zamanda ülkemizde yapılan bir çalışmada ise BB hastaları sağlıklı kontroller arasında ÜBÖ puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır (86).

MAS-A alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, her iki hasta grubunda da üstbiliş kapasitesinde bozulma saptandı. Şizofreni hastalarında tüm MAS-A alt ölçekler ve toplam puanı kontrol grubuna göre daha düşük olarak tespit edildi. BB hastalarında ‘kendini anlama(S)’ alt ölçeği diğerlerinin aksine kontrol grubuna göre yüksek olup, diğer alt ölçek puanları ve toplam MAS-A puanı şizofreni hastalarına benzer şekilde kontrol grubuna göre düşük olarak saptandı. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu veriler literatürdeki birçok çalışma ile uyumludur. Literatürdeki çalışmaların hepsinde bizim çalışmamızdakine paralel olarak şizofreni hastalarında tüm MAS-A alt ölçeklerinde kontrol grubuna göre daha düşük puanlar tespit edilmiştir (13; 14; 15) , ancak literatürdeki MAS-A ölçeği ile yapılan üstbiliş alanındaki çalışmalarda BB hastalarında kontrol grubuna göre üstbilişte bozulma gösteren başka çalışmaya rastlanmamıştır.

Zihin kuramı işlevlerine bakıldığında hem BB hem de şizofreni hastalarında GZOT puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görüldü, her iki hasta grubunda da ZK işlevlerinde yetersizlik olduğunu öngören hipotezimizi bu sonuçlar doğrulamaktadır. Şizofreni hastaları sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında şizofreni hastalarında ZK işlevlerinde bozulma olduğunu gösteren (65; 64; 87; 66; 21; 63) ve BB hastalarında da kontrol grubuna göre ZK işlevlerinde bozulma olduğunu gösteren (12; 88; 68; 63; 89; 90) çalışmalar ile bulgularımız uyumludur.

Bu sonuçlara göre hem üstbiliş hem de ZK işlevlerinde her iki hasta grubunda da kontrol grubuna göre bozulma tespit edildi.

5.3. ŞİZOFRENİ VE BB TANILI HASTA GRUPLARI ARASINDA ÜSTBİLİŞ VE ZK İŞLEVLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızdaki ikinci hipotezi Şizofreni tanılı hastalarda BB tanılı hastalara göre üstbiliş ve ZK işlevlerinde yetersizliğin daha şiddetli olacağı yönünde idi. ÜBÖ-30 puanları

karşılaştırıldığında ‘bilişsel farkındalık’ alt ölçek puanı BB hastalarında şizofreni hastalarına göre daha yüksek bulundu. Literatürde bu konuda fazla veri bulunmamaktadır. Popolo ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada BB ve Şizofreni hastalarında üstbilis inançları açısından fark saptanmamıştır (15) . Çalışmamızda üstbilis değerlendiren diğer bir ölçek olan MAS-A puanları karşılaştırıldığında ‘kendini anlama(S)’, ‘başkalarını anlama(U)’, ‘toplumsal bilis(D)’, ‘üstbilis hakimiyeti(M)’ ve MAS toplam puanları şizofreni hastalarında BB hastalarına göre daha düşük bulundu. Bu sonuç üstbilis işlevlerinde yetersizliğin şizofreni hastalarında BB hastalarına göre daha fazla olduğu hipotezimizi desteklemektedir ve bu veriler literatürdeki çalışmalar ile örtüşmektedir (13; 14; 15).

BB hastaları ile Şizofreni hastaları arasında ZK işlevlerini inceleme amacıyla uygulamış olduğumuz GZOT ölçeğinde hastaların almış oldukları puanlar karşılaştırıldığında beklediğimize uygun şekilde GZOT puan ortalaması şizofreni hastalarında bipolar hastalara göre daha düşük bulundu. Şizofreni hastalarında ZK işlevlerinin BB grubuna göre daha fazla bozulmuş olduğunu gösteren çalışmalar (91; 92; 12; 68; 88; 65; 67) ile bulgularımız örtüşmektedir.

Böylece ilk iki hipotezimiz peşpeşe değerlendirildiğinde beklenene benzer bir sonuç olarak üstbilis ve ZK işlevlerinde şizofreniden BB hastalarına, BB hastalarından da kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yetersizlik saptandı.

5.4. ÜSTBİLİŞ VE ZK İŞLEVLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Şizofreni hastalarında üstbilis üzerine birçok araştırma vardır. Üstbilis aslında kişinin kendi zihinsel süreçleri, kendi fikirleri hakkında yanılabilme, başkalarının yüzlerinden ve ifadelerinden duygularını anlayabilme ve zihin kuramı yani başkalarının fikirleri, inançları veya niyetlerini bilişsel olarak anlayabilme yeteneklerinin hepsini kapsayan geniş bir kavramdır (93). Bu anlamda aslında üstbilis ve ZK birbiriyle oldukça ilişkili kavramlardır. Çalışmamızda bu iki kavram arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla hasta grupları arasında üstbilis testleri ve GZOT testi arasındaki ilişkiyi inceledik. Şizofreni hastalarında ÜBO-30 ve MAS-A puanları ile GZOT puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; GZOT skoru ile ÜBO-30 alt ölçeklerinden ‘bilişsel farkındalık’ puanı ve MAS-A alt ölçeklerinden ‘kendisini anlama(S)’, ‘başkalarını anlama(U)’, ‘toplumsal bilis(D)’, ‘üstbilisel hakimiyet(M)’ ve MAS-A toplam puanı arasında aynı yönlü ilişki saptandı. MAS-A puanlarında düşüklük üstbilis alanındaki bozulmayı göstermektedir ve sonuçlarımıza göre ZK alanındaki bozulma da şizofreni hastalarında buna eşlik etmektedir. BB hastalarında ise üstbilis puanları ve ZK

puanları arasında ilişki saptanmadı. Bildiğimiz kadarıyla literatürde bu iki önemli bilişsel alanı ölçek puanları üzerinden karşılaştıran başka bir veri bulunmamaktadır ve bu konuda daha çok çalışmaya gerek duyulduğu görülmektedir.

5.5. KLİNİK DEĞİŞKENLERİN ÜSTBİLİŞ VE ZK İŞLEVLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Şizofreni ve BB hastaları arasındaki üstbiliş ve ZK becerileri arasındaki farkın yordayıcıları olarak iki hasta grubu arasındaki klinik değişkenlere bakıldı. BB hasta grubunda ÜBÖ-30, MAS-A ve GZOT skorları ile hastalık süresi, yatış sayısı, hastalık başlangıç yaşı, remisyon süresi ve atak sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde; klinik değişkenler ile üstbiliş arasında ilişki saptanmadı. Hastalık başlangıç yaşı düştükçe ÜBÖ puanlarının daha yüksek olarak tespit edildiği bir çalışma (82) dışında literatürde bu konuda çok fazla veri yoktur. BB hastalarında hastalık süresi ile GZOT puanı arasında ters yönlü ilişki saptandı, HAMD ve YMDÖ puanlarına göre üstbiliş ve ZK işlevlerine bakıldığında ilişki saptanmadı. Türkiye’de yapılan bir çalışmada BB hastalarında hastalık başlangıç yaşı ile ZK alanındaki bozulmanın korele olduğu gösterilmiştir (88), aksine Samame ve ark tarafından yapılan bir çalışmada ise BB hastalarında ZK işlevleri ile hastalık süresi, atak sayısı gibi klinik değişkenler arasında bir ilişki saptanmamış ve ZK işlevlerindeki yetersizliğin bu hastalarda kalıcı bir durum olacağı ve hastalığın gidişatı ya da tedaviden etkilenmediği öne sürülmüştür (94). Şizofreni grubunda klinik değişkenler ve PANSS puanları ile ZK arasında ilişki saptanmadı. Şizofreni hastalarının yaşı, hastalık alt tipi, pozitif/negatif semptomlar, PANSS değerleri; hastalık süresi gibi klinik değişkenlerin ZK işlevlerindeki bozulmayı değiştirmediklerine dair çok sayıda çalışma mevcut olup bu veriler ışığında ZK alanındaki bozulmanın durumsal değil karakteristik (trait-dependent) bir durum olduğu ileri sürülmektedir (64; 65; 66; 67; 69; 12; 21), bizim çalışmamızdaki sonuçlar da buna paraleldir.

Şizofreni hastalarında MAS-A ile PANSS ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde PANSS negatif, genel psikopatoloji ve toplam PANSS puanları ile ‘kendini anlama(S)’, ‘başkalarını anlama(U)’, ‘üstbiliş hakimiyeti(M)’ ve MAS-A toplam puanları arasında ters yönlü ilişki saptandı, PANSS pozitif puanı ile üstbiliş arasında ilişki saptanmadı. Lysaker ve ark. MAS-A ölçeğini kullanarak üstbiliş alanını incelediği bir çalışmada ‘kendini anlama(S)’ puanı düştükçe negatif semptomların arttığı gösterilmiştir (4). Yakın tarihte yapılmış olan başka bir çalışmada da şizofreni hastalarının PANSS pozitif değerleri ile MAS-A puanları arasında ilişki olmayıp, PANSS negatif puanları ile MAS-A alt ölçeklerinden ‘üstbiliş hakimiyeti(M)’ ve toplumsal biliş(D)’ puanı arasında anlamlı bir ilişki ve diğer MAS puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ilişki eğilimi gösterilmiş (95) olup bizim bulgularımız her iki çalışma ile de uyumludur.

Çalışmamızda PANSS puanları ile ÜBO-30 puanları arasında ise istatistik açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Literatürde şizofrenide klinik değişkenlerin üstbilişe etkisini araştıran bir çalışmada; hastalık süresi ve hastalık şiddeti daha fazla olan hastalarda ÜBÖ test puanları daha yüksek saptanmış olup sadece ‘düşünceleri kontrol ihtiyacı’ bilişi hastalığın evrelerinden ve klinik durumundan bağımsız olarak yüksek olarak saptanmıştır (56).

Cinsiyet, yaş, eğitim durumu gibi sosyodemografik veriler ile üstbiliş arasındaki ilişki incelendiğinde; BB hastalarında ÜBÖ-30 alt ölçeklerinden ‘bilişsel farkındalık’ puanı kadınlarda erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuş iken şizofreni hastalarında cinsiyetler arası fark saptanmadı. Yaş ile MAS puanları arasında ters yönlü bir ilişki saptandı. ÜBO-30 alt ölçeklerinden ‘bilişsel güven’ puanı ilkökul mezunu olanlarda lise mezunu olanlara göre daha yüksek saptanmış olup MAS puanları da ilkökul mezunu olanlarda lise ve üniversite mezunlarına göre daha düşük olarak saptandı. Bu bulgulara göre üstbiliş kapasitesinin eğitim düzeyi ile aynı yönlü, yaş ile ters yönlü bir ilişkisi olduğu iddia edilebilir ancak literatürde bunun aksine yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik değişkenlerin MAS puanları üzerine etkisinin olmadığını gösteren bir çalışma (4) da vardır.

Cinsiyet, yaş, eğitim durumu gibi sosyodemografik veriler ile ZK işlevleri arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile GZOT puanları arasında ters yönlü bir ilişki tespit edildi, cinsiyete göre alınan GZOT puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Eğitim durumu ile ZK işlevlerinin ilişkisi incelendiğinde; GZOT puanları ilkökul mezunu olanlarda lise ve üniversite mezunlarına göre daha düşük olarak saptandı. Brune ve ark. yaptıkları bir çalışmada Şizofreni hastalarında ZK işlevlerinde bozulmanın erkeklerde kadınlardan daha belirgin olduğu ileri sürmüşlerdir (58). Ama literatürde genel olarak demografik verilerden bağımsız olarak ZK işlevlerinin şizofreni hastalarında bozuk olduğuna yönelik çok sayıda çalışma vardır (64; 65; 66; 67; 68). BB hastalarında demografik değişkenler ile ZK işlevleri arasında bir ilişki saptanmadığını gösteren çalışmalar (68; 96; 97) da mevcuttur. Çalışmamızın bulgularına göre BB hastalarında ZK işlevlerinin hastanın yaşı ile ters yönlü, eğitim düzeyi ile aynı yönlü olduğu öne sürülebilir, ancak bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Eğitim düzeyinin üstbiliş ve ZK işlevleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip gibi görünmektedir. Çalışmamızdaki gruplar eğitim düzeyine göre denk olarak seçilmiştir, bu nedenle gruplar

arasındaki üstbiliş ve ZK sonuçlarındaki farklılık eğitim düzeyinden bağımsız olarak da anlamını korumaktadır.

Çalışmamızdaki şizofreni hastaları yaş ortalaması olarak diğer iki gruptan yüksek bulundu. Şizofreni hastalarının MAS ve GZOT puanlarının yaş etkisinden bağımsız olarak BB hastalarına göre daha yüksek olduğunu göstermek için benzer yaş grubu ile daha fazla çalışma yapılması bu konuda aydınlatıcı olabilir.

5.6. ŞİZOFRENİ VE BB TANILI HASTALARIN İÇGÖRÜ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hasta grupları arasında içgörü düzeylerini karşılaştırmak için her 2 hasta grubuna İÜBDÖ ve BBIÖ ölçekleri uygulandı. İÜBDÖ ölçeğine göre yüksek puan, yüksek içgörü düzeyini göstermektedir. BB hastalarında ortalama İÜBDÖ puanı(12,72±2,02) şizofreni hastalarına(10,06±4,04) göre daha yüksek bulunmuş olup içgörülerinin şizofreni hastalarına göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürdeki BB ve şizofreni hastalarının içgörü düzeyleri karşılaştırıldığında şizofreni hastalarının içgörü düzeyinin BB hastalarına göre daha kötü olduğunu gösteren çalışmalar (98; 99; 11; 100) ile bulgularımız uyumludur. Ancak ülkemizde BBIÖ ölçeği ile yapılmış başka bir çalışmada şizofreni ve BB hastaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (101).

BBIÖ ölçeğinde bileşik index puanı içgörü düzeyini göstermekte olup, ‘kendini ifade etme puanı’ ile içgörü doğru orantılı iken ‘kendinden eminlik’ puanı arttıkça içgörü düzeyi ters olarak etkilenmektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre BB hastalarının ‘kendini ifade etme’ puan ort: 13,49±5,65, ‘kendinden eminlik’ puan ort: 10,36±4,01 olup BBIÖ’nin içgörü düzeyini gösteren bileşik indeks puan ortalaması 3,13±7,89’dir. Şizofreni hastalarında ‘kendini ifade etme’ puan ort: 12,43±6,21, ‘kendinden eminlik’ puan ort: 8,58±4,45 olup bileşik index:3,89±7,78’dir. BBIÖ puanlarına göre şizofreni hastalarının içgörü düzeyi literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Beck ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında şizofrenide ‘kendini ifade etme’ puan ort: 12.97±5.00, ‘kendinden eminlik ‘ puan ort: 7.94±3.78 ve bileşik indeks puan ortalaması: -5.03±5.76.’dir (102). İpçi ve ark. (2018)’nın çalışmasında kendini ifade etme alt boyutunda puan ortalaması 13.0.8±5.7, kendinden eminlik alt boyutunda puan ortalaması ise 10.6±3.9 ve BBIÖ’nin içgörü düzeyini gösteren bileşik indeks puan ortalaması 3.8±5.6.’dir (33). Bileşik index puanları arasında anlamlı fark saptanmamış olup BBIÖ ‘kendinden eminlik’ puanı BB hastalarında Şizofreni hastalarına göre daha yüksek bulundu. Gruplar arasındaki üstbilişsel farklılığa paralel olarak bilişsel

farklılığı göz önüne alarak şizofreni hastalarında BBİÖ puanlarının BB hastalarına göre daha düşük olacağını öngörmüştük, ancak sonuç beklediğimiz gibi çıkmadı. İÜBDÖ'nin klinisyen tarafından objektif doldurulan bir ölçek olmasına karşın BBİÖ'nün öz bildirim ölçeği olması, ve hastalar tarafından optimal şekilde doldurulmamış olma ihtimali buna sebep olabilir. BBİÖ ölçeği ile ilgili tartışmalı bir konu ölçeğin sadece karşılaştırmalı olarak anlam ifade etmesi, bir kesme puanının olmamasıdır. Sağlıklı kontrollere de BBİÖ uygulandığı çalışmalar vardır ancak bazı sorular psikotik yaşantılarla ilişkili olduğu için sağlıklı kişiler tarafından cevaplanmamıştır ve bu nedenle net bir sonuç anlamak zordur. Ayrıca bileşik index puanı 'kendini ifade etme' puanından 'kendinden eminlik' puanının çıkarılmasıyla elde edildiği için aslında farklı kombinasyonlar aynı sonucu verebildiği için tek başına kıyaslanması çelişkiler doğurabilir (35). Ülkemizde yakın zamanda yapılmış olan; başka bir içgörü ölçeği kullanılarak şizofreni ve BB hastalarının içgörü ve ZK durumu arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada da iki hasta grubu arasında içgörü düzeyi açısından fark saptanmamıştır (12). 2015'te Novick ve ark. tarafından bir çalışmada ise BB hastalarının içgörüsünün şizofreni hastalarına göre daha yüksek olduğu ileri sürülmüştür (103).

5.7. KLİNİK DEĞİŞKENLERİN İÇGÖRÜYE ETKİSİ

İçgörü düzeyi ile klinik değişkenlerin ilişkisini araştırma amacıyla BB hastalarında hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, remisyon süresi, atak sayısı, yatış sayısı değişkenleri ile BBİÖ ve İÜBDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalık başlangıç yaşı ile BBİÖ kendini ifade ve İÜBDÖ puanları arasında aynı yönlü ilişki saptandı. Yani hastalığın başlangıç yaşı daha erken oldukça BB hastalarında her iki ölçeğe göre de hastanın içgörüsü negatif olarak etkilenmektedir. Şizofreni hastalarında hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, remisyon süresi, yatış sayısı değişkenleri ile BBİÖ ve İÜBDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu veriler ışığında şizofreni hastalarındaki içgörü zayıflığının hastalığın kliniğinden bağımsız olduğu ileri sürülebilir. Hastalık süresi ile içgörü ilişkisine dair literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Psikotik hastalıklarda hastalık süresi ile içgörü arasında negatif yönlü ilişki saptayan (104) bir çalışma ve tam tersine hastalık süresi arttıkça içgörünün daha iyi olduğunu gösteren (105; 106) veriler mevcut olduğu gibi, ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada (107) da bizim sonuçlarımıza benzer olarak hastalık süresi ile İÜBDÖ puanları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. JP McEvoy ve ark yapmış olduğu bir çalışmada (31) şizofreni hastalarında içgörü azlığının duruma bağlı değil, karakteristik bir özellik olduğu ileri sürülmüştür ve bu veri de klinik değişkenlerden etkilenmediği görüşünü desteklemektedir. Şizofreni Hastalarında PANSS skorları ile BBİÖ

arasındaki ilişki incelendiğinde ve herhangi bir anlamlılık saptanmadı. Literatürde BBIÖ ‘kendini ifade etme’ puanı ile şizofrenideki negatif semptomlar ile ters yönlü, ‘kendinden eminlik’ puanı ile de pozitif semptomlar arasında aynı yönlü ilişki olduğuna dair veriler mevcuttur. PANSS puanları ile İÜBDÖ ölçek puanları karşılaştırıldığında PANSS genel psikopatoloji puanı ve PANSS toplam ölçek puanı ile İÜBDÖ puanları arasında ters yönlü ilişki saptandı. Ülkemizde yapılmış olan, PANSS puanları ile içgörü arasında ters yönlü bir ilişkinin gösterildiği başka çalışmalar da mevcuttur (104; 108).

BB hastalarında YMDÖ ve HAMD ölçek puanları ile içgörü arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı ilişki saptanmadı. BB hastalarında içgörü azlığının şizofreni hastalarındaki gibi karakteristik bir özellik olmaktan çok durumsal bir özellik olduğunu, hastaların atak dönemlerinde içgörülerinin bozulmasına karşın remisyonda iken içgörünün düzelmekte olduğunu gösteren bir çalışma (109) mevcuttur. Bizim çalışmamızda yalnızca remisyonadaki hastalar bulunduğu için bu sonuç ortaya çıkmış olabilir.

Hastaların yaşları ile BBIÖ ve İÜBDÖ ölçekleri arasındaki ilişkiye bakıldığında her 2 ölçek sonucuna göre de içgörü ile yaş arasında bir ilişki bulunmadı. Yaş ile içgörünün pozitif yönde korele olduğunu öner süren çalışmalar mevcuttur (110; 111; 112; 113). Ancak çalışmamızdaki sonuçlara paralel olarak içgörü ile yaş arasında ilişki olmadığını öne süren veriler mevcuttur (102; 114; 104). Hatta negatif ilişkiyi gösteren bir çalışma da vardır (115) . Bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

5.8. ÜSTBİLİŞ VE ZK İŞLEVLERİ İLE İÇGÖRÜ İLİŞKİSİ

İçgörü kaybının altındaki mekanizmalar tam olarak anlaşılmamakla birlikte, teorilerden biri şizofrenideki üstbilis alanındaki bozulmanın içgöründe de bozulmaya neden olabileceği yönündedir (10). Bu konuyu araştırmak amacıyla çalışmamızın hipotezlerinden biri de İçgörü ile üstbilis arasında pozitif yönde bir ilişki olduğuydu. İçgörü ve üstbilis ilişkisini anlama amacıyla hastaların MAS-A, ÜBÖ ölçek puanları ile BBIÖ ve İÜBDÖ puanları arasındaki ilişkiye spearman korelasyon testi ile bakıldı. Şizofreni hastalarında İÜBDÖ puanı ile MAS-A alt ölçeklerinden ‘kendisini anlama(S)’, ‘başkalarını anlama(U)’, ‘toplumsal bilis(D)’, ‘üstbilisel hakimiyet(M)’ ve MAS-A toplam puanı arasında aynı yönlü ilişki saptandı. Bulgularımıza göre tüm MAS-A alt ölçeklerinde yüksek puan alan yani üstbilis becerileri yüksek olan hastalarda içgörünün de daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde Lysaker ve ark yaptığı çalışmalardan birinde (4) ‘kendini anlama(S)’becerisi ile içgörünü yakından ilişkili olduğuna dair sonuçlar mevcuttur. BB hastalar için bakıldığında ise yalnızca

‘başkalarını anlama(U)’ puanı ile içgörü arasında ilişki görüldü. Bu sonuçlara göre özellikle şizofreni hastalarında içgörü ile üstbilis becerileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir. Psikotik hastalarda üstbilisel kayıpların içgörü azlığı ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (10; 116; 117; 118).

Üstbilis benzer olarak, ZK becerilerinin de içgörüyü etkileyebileceği düşünülmektedir (118). Şizofrenide içgörü azlığı ile ZK becerileri arasında ilişki olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (119; 120; 121). Ancak BB hastalarında içgörü ile ZK ilişkisini inceleyen bildiğimiz kadarıyla literatürde yalnızca iki çalışma mevcut olup, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yapılmış bir çalışmada BB hastalarında içgörü ile ZK arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (12). Ülkemizde Başoğlu ve ark. tarafından yapılmış başka bir çalışmada ise bu kez BB hastalarında ZK ile içgörü azlığı arasındaki ilişki gösterilmiş (118) olup bizim çalışmamız da bununla örtüşmektedir.

5.9. ÜSTBİLİŞ VE ZK İŞLEVLERİNİN TEDAVİ UYUMU İLE İLİŞKİSİ

Tedavi uyumu ile hastaların üstbilis becerileri arasındaki ilişki incelendiğinde Morisky ölçeğine göre tedavi uyumu düşük olan hastaların ÜBÖ-30 ‘bilis sel farkındalık’ puanı tedavi uyumu yüksek ve orta olanlara göre daha yüksek olarak saptandı. MAS-A ve GZOT puanları ile tedavi uyumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Türkiye’de yakın zamanda yapılmış bir çalışmada BB hastalarında ZK test puanları yüksek hastalarda tedavi uyumunun daha iyi olduğu, Şizofreni hastalarında ise bu iki değişken arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (12).

5.10. İÇGÖRÜ İLE TEDAVİ UYUMU İLİŞKİSİ

Literatürde psikotik hastalıklarda içgörünün tedaviye uyumda çok önemli bir parametre olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (122; 123; 32). Çalışmamızda Morisky ölçeğine göre tedavi uyumu yüksek olarak tespit edilen hastaların İÜBDÖ puanı Morisky puanları orta ve düşük olanlara göre daha yüksek bulundu, içgörü ile tedavi uyumu arasındaki bu aynı yönlü ilişki literatürdeki veriler ile uyumludur (99; 124). Ancak beklediğimizin aksine BBİÖ puanları ile tedavi uyumu arasında ise ilişki saptanmadı.

Çalışmamızın son hipotezi hastaların üstbilis ve ZK becerilerinin etkisi ile içgörüdeki kayıpların tedavi uyumunu da etkileyeceği yönünde idi. İçgörü ile üstbilis ve ZK becerileri arasında beklediğimiz gibi pozitif yönde bir ilişki saptandı, içgörü ile de tedavi uyumu arasında aynı yönlü bir ilişki saptandı. Ancak BB ve Şizofreni hastaları arasında tedaviye

uyumluluk açısından fark saptanmadı. Tedavi uyumunu etkileyen çok sayıda faktör vardır, bu konuda çok sayıda çalışma olmakla beraber üstbiliş ve ZK işlevlerinin içgörü üzerinden tedavi uyumuna etki edip edemeyeceği üzerine yapılmış başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu konuda daha fazla araştırmaya gereksinim olduğu görülmektedir.



6. KISITLILIKLAR

Çalışmamız üçüncü basamak bir sağlık kuruluşu olan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH polikliniklerine başvuran remisyondaki hastalar arasında yürütülmüş olması nedeni ile elde edilen bulguların topluma genellenmesi uygun olmayabilir.

ÜBÖ-30, GZOT ve BBIÖ ölçekleri öz bildirim ölçeği olması çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir ancak üst biliş ve içgörü alanlarında bir öz bildirim ölçeği yanında bir de klinisyen tarafından doldurulan birer ölçek daha kullanılarak bu kısıtlılık kısmen aşılmaya çalışılmıştır.



7. SONUÇLAR

1. Hem BB hem de şizofreni hastalarında üstbiliş işlevlerinde bozulma saptandı. Üstbiliş alanındaki işlevlerde bozukluk şizofreni hastalarında BB hastalarına göre daha belirgin olarak görüldü.
2. Hem BB hem de şizofreni hastalarında ZK işlevlerinde bozulma saptandı ve ZK işlevlerinde bozulma şizofreni hastalarında BB hastalarına göre daha belirgin olarak görüldü.
3. Şizofreni tanılı hastalarda üstbiliş işlevleri daha iyi durumda olanlarda ZK işlevleri de daha yüksek olarak görüldü.
4. Şizofreni hastalarında eğitim durumu ilköğretim olanlarda hem üstbiliş hem de ZK işlevleri daha kötü olarak saptandı. BB hastalarında üstbiliş eğitim durumundan etkilenmemekle beraber ZK işlevleri ilköğretim mezunu olan hastalarda en bozuk olarak saptandı.
5. BB hastalarında hastalık süresi arttıkça ZK işlevleri kötüleşmektedir.
6. Şizofreni hastalarında hastalık şiddeti arttıkça üstbiliş alanında daha belirgin bozulma görüldü.
7. BB hastalarında hastalık başlangıç yaşı arttıkça içgörü düzeyi daha iyi olarak görüldü.
9. Şizofreni hastalarında hastalık şiddeti arttıkça içgörü de kötüleşmekte olarak görüldü.
10. Her iki hasta grubunda da hastalarında üstbiliş işlevleri daha iyi olan hastalarda içgörü daha yüksek görüldü.
11. Şizofreni hastalarında ZK işlevleri daha iyi olan hastalarda içgörü daha yüksek olarak görüldü.

8. KAYNAKLAR

1. Barch, D. M. (2021). Schizophrenia spectrum disorders. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), Noba textbook series: Psychology. Champaign, IL: DEF publishers.
2. Şizofreni 1. Cilt. 2009: İstanbul. p. 75–831. Ceylan ME, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri -.
3. Green MF., 2006, Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. J Clin, 9:3-8, 67 Suppl ve 16965182., discussion 36-42.
4. Nicolò G, Dimaggio G, Popolo R, Carcione A, Procacci M, Hamm J, Buck KD, Pompili E, Buccione I, Lagrotteria B, Lysaker PH. Associations of metacognition with symptoms, insight, and neurocognition in clinically stable outpatients with schizophrenia. Cilt J Nerv Ment Dis. 2012 Jul;200(7):644-7.
5. Bauer M. NIMH Affective Disorders Workgroup. Bipolar Disorder. Ment Health Serv Res, 2002,4:225-229.
6. Fennig S. Insight in first-admission psychotic patients. Schizophrenia Research, 1996,3:257-263.
7. Meier SM. Obsessive-compulsive disorder as a risk factor for schizophrenia a nationwide study. JAMA Psychiatry, 2014,11: 1215-1221.
8. Alvarado-Esquivel C. Socio-demographic, clinical and behavioral characteristics associated with a history of suicide attempts among psychiatric outpatients: a case control study in a northern Mexican City. International Journal of Biomedical Science, 2014.
9. Sims A. Descriptive phenomenology. In: Gelder MG, Andreasen NC, Lopez-Ibor JJ, Geddes JR, editors. New Oxford Textbook of Psychiatry. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. pp. 47–61. .
10. Kevin K.S. Chan, Associations of symptoms, neurocognition, and metacognition with insight in schizophrenia spectrum disorders, Comprehensive Psychiatry, Volume 65, 2016, Pages 63-69.
11. Braw Y, Sitman R, Sela T, Erez G, Bloch Y, Levkovitz Y. Comparison of insight among schizophrenia and bipolar disorder patients in remission of affective and positive symptoms: analysis and critique. Eur Psychiatry. 2012 Nov;27(8):612-8.
12. Sakarya, A., 2012. Remisyonda Şizofreni Ve Bipolar Bozukluk Hastalarında Zihin Kuramı Bozukluklarının İlgörü Ve Diğer Bilişsel İşlevlerle İlişkisi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.
13. Tas C, Brown E C, Aydemir O ve diğ. Metacognition in psychosis: Comparison of schizophrenia with bipolar disorder. Psychiatry Res, 2014; 219(3):464-469. .
14. Lysaker PH, Irarrázaval L, Gagen EC, Armijo I, Ballerini M, Mancini M, Stanghellini G. Metacognition in schizophrenia disorders: Comparisons with community controls and bipolar disorder: Replication with a Spanish language Chilean sample. Psychiatry Res. .

15. Popolo R, Smith E, Lysaker PH, Lestingi K, Cavallo F, Melchiorre L, Santone C, Dimaggio G. Metacognitive profiles in schizophrenia and bipolar disorder: Comparisons with healthy controls and correlations with negative symptoms. *Psychiatry Res.* 2017 Nov;25.
16. Özaslan Z., Bilgin H., Şizofrenide Üstbiliş, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Eylül 2017, Cilt 3, s. 33-36.
17. Lockl, K., & Schneider, W. (2006). Precursors of metamemory in young children: The role of.
18. Feurer, Emanuel & Sassu, Raluca & Cimeli, Patricia & Roebbers, Claudia. (2015). Development of Meta-Representations: Procedural Metacognition and the Relationship to Theory of Mind. *Journal of Educational and Developmental Psychology.* 5. 10.5539/jedp.v5n1p.
19. Sperber D., Wilson D. (2002). Pragmatics, modularity and mind-reading. *Mind Lang.* 17 3–23. 10.1111/1468-0017.00186 .
20. Bora E. Şizofreni Spektrum Bozukluklarında Zihin Kuramı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(3):269-281 .
21. Bora E, Bartholomeusz C, Pantelis C. Metaanalysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychol Med* 2016; 46:253-264.
22. Ertuğrul A.; Şizofreninin Nörobiyolojisi, Temel Psikofarmakoloji, 1: 354, Ankara (2010).
23. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri (Çev. Ed. A Bozkurt). İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri, 2016 .
24. Köroğlu E., Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
25. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım 2008;11:242-316.
26. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2007.
27. Isik E, U. Isik and YIT. Çocuk, Ergen, Eriskin ve Yaslılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Rotatip Kitapevi; 201.
28. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive İllness. New York: Oxford University, 1990.
29. Aslan S, Altınöz AE. İçgörü kavramı ve şizofreni. *Psikiyatride Derlemeler. Olgular ve Varsayımlar (RCHP)* 2010; 1-2:23-32. .
30. Markova IS, Berrioz GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry* 1992; 160:850860. .
31. McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, Ortlip P, Brecosky J, Hammill K, Geller JL, Roth L. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis.* 1989 Jan ve 177(1):43-7.
32. David, A.S., 1993. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 156, 798-828.

33. İpçi K., İncedere A., Kiras F., Yıldız M., Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme ile Bilişsel İçgörü Arasındaki İlişkinin Araştırılması, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Ocak 2018, Cilt 4, Sayı 1, s:1-4.
34. Aslan S, H Türkçapar, E Güney, N Eren, Y Akkoca, M Uğurlu, G Karakaş. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun Şizofrenik Hastalar İçin Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi 2005 ve 8(4):186-196.
35. Van Camp LSC, Sabbe BGC, Oldenburg JFE. Cognitive insight: A systematic review. Clin Psychol Rev. 2017 Jul;55:12-24.
36. O'Connor JA, Wiffen B, Diforti M, Ferraro L, Joseph C, Kolliakou A, Bonaccorso S, Murray RM, David AS. Neuropsychological, clinical and cognitive insight predictors of outcome in a first episode psychosis study. Schizophr Res. 2013 Sep;149(1-3):70-6.
37. Dębowska G, Grazwa A, Kucharska-Pietura K, Insight in paranoid schizophrenia—its relationship to psychopathology and premorbid adjustment Comprehensive Psychiatry. 1998, 39(5): 255-260.
38. Drake RJ. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 2000, 177(6):511-515.
39. Moore O. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. European Psychiatry. 1999, 14(5):264-269.
40. Carroll A. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. Schizophrenia Research. 1999, 35(3):247-253.
41. Jacob KS. Insight in psychosis: An indicator of severity of psychosis, an explanatory model of illness, and a coping strategy. Indian J Psychol Med 2016;38:194-201.
42. Bitter I, Fehér L, Tényi T, Czobor P. Treatment adherence and insight in schizophrenia. Psychiatr Hung. 2015;30(1):18-26.
43. Sartorius N, Shapiro R, Jablensky A. The international pilot study of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1974;(11):21.
44. Lincoln TM, Lüthmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia A systematic review. Schizophrenia Bulletin, 2007;(6) 1324-1342.
45. Altinoz, Ercan & Aslan, Selcuk. (2010). İçgörü Kavramı ve Şizofreni. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar. 7. 23-36. .
46. Flavell, JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive—developmental inquiry. American psychologist 34.10 (1979):906.
47. Karakelle S, Saraç S. Üst biliş hakkında bir gözden geçirme: Üstbiliş çalışmaları mı yoksa üst bilişsel yaklaşım mı? Türk Psikoloji Yazıları 13.26 (2010):45-60. 7.
48. Karakelle S., Şentürk C., Üstbilişsel Düzeyleri Yüksek ve Düşük Öğrencilerin Ebeveyn Tutumlarının İncelenmesi - Psikoloji Çalışmaları, 2006 .

49. Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, Mojtabai R, Rabinowitz J, Heaton RK ve ark. Neuropsychological Function and Dysfunction in Schizophrenia and Psychotic Affective Disorders Schizophrenia, Schizophr Bull 2009 ve 35:1022-1029.
50. Eisenacher S., Zink, Prof. Dr. M. Metacognition in at risk mental states for psychosis – Exploring metamemory and a bias against disconfirmatory evidence. Ru p r e c h t - K a r l s - U n i v e r s i t ä t H e i d e l b e r g Medizinische Fakultät Mannheim D i.
51. Malla AK1, Norman RM, Manchanda R, Townsend L. Symptoms. Cognition, treatment adherence and functional outcome in first episode psychosis. Psychol Med 2002; 32:1109-19.
52. Oie M, Sundet K, Ueland T, Neurocognition and functional outcome in early onset schizophrenia and attention-deficit/hyperactivity disorder: a 13 year follow up. Neuropsychology 2011 ve 25:25-35.
53. Neurocognitive deficits in adolescents with schizophrenia: longitudinal stability and predictive utility for short-term functional outcome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:867-78. Cervellione KL, Burdick KE, Cottone JG, Rhinewine JP, Kumra S.
54. Moritz, Steffen & Vitzthum, Francesca & Randjbar, Sarah & Veckenstedt, Ruth & Woodward, Todd. (2010). Detecting and defusing cognitive traps: Metacognitive intervention in schizophrenia. Current opinion in psychiatry. 23. 561-9. 10.1097/YCO.0b013e32833.
55. Morrison AP, Wells A. A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. Behavior Research and Therapy, 2003 Feb;41(2):251-6.
56. Austin S.F., et al., Schizophrenia and Metacognition: An Investigation of Course of Illness and Metacognitive Beliefs Within a First Episode Psychosis. Cognitive Therapy and Research, 2014, Page 1-9.
57. Harrington, Leigh & Siegert, Richard & McClure, John. (2005). Theory of mind in schizophrenia: A critical review. Cognitive neuropsychiatry. 10. 249-86. 10.1080/13546800444000056.
58. Brune, M.. (2006). "Theory of mind" in schizophrenia: A review of the literature. Ricerca in Psicoterapia. 9. 123-177.
59. Green MF, Olivier B, Crawley JN, Penn DL, Silverstein S. Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. Schizophr Bull 2005; 31:827-882. .
60. Şahin, Berkan & Bozkurt, Abdullah & Usta, Miraç & Aydın, Muazzez & Çobanoğlu Osmanlı, Cansu & Karabekiroğlu, Koray. (2019). Zihin Kuramı: Gelişim, Nörobilim, İlişkili Alanlar ve Nörogelişimsel Bozukluklar. 11. 62-79. 10.18863/pgy.390629.
61. Frith CD. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. Hove, UK: Psychology Press. 1992. .
62. Martin Brüne; "Theory of Mind" in Schizophrenia: A Review of the Literature, Schizophrenia Bulletin, Volume 31, Issue 1, 1 January 2005, Pages 21–42.

63. Wang Y. et al., Theory of mind impairment and its clinical correlates in patients with schizophrenia, major depressive disorder and bipolar disorder. *Schizophrenia Research* 197(2018)349-356.
64. Janssen I, Krabbendam L, Jolles J, van Os J. Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta Psychiatr Scand*. 2003 Aug ve 108(2):110-7.
65. Geraci, Alessandra & Signorelli, Maria & Aguglia, E.. (2012). Reading the mind: A comparative study of out- and inpatients. *Giornale Italiano di Psicopatologia*. 18. 0-0.
66. Charernboon, Thammanard & Patumanond, Jayanton. (2017). Social Cognition in Schizophrenia. *Mental Illness*. 9. 10.4081/mi.2017.7054.
67. Nitzburg, George & Burdick, Katherine & Malhotra, Anil & DeRosse, Pamela. (2015). Social cognition in patients with schizophrenia spectrum and bipolar disorders with and without psychotic features. *Schizophrenia Research: Cognition*. 32. 10.1016/j.scog.201.
68. Bora E, Bartholomeusz C, Pantelis C. Metaanalysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychol Med* 2016; 46:253-264.
69. Corcoran, R., Mercer, G., Frith, C.D., 1995. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophr. Res*. 17, 5–13.
70. Eack SM, Mermon DE, Montrose DM, Miewald J, Gur RE, Gur RC ve ark. Social Cognition Deficits Among Individuals at Familial High Risk for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2010 ve 36:1081–1088.
71. Muslu S. Şizofrenide Sosyal Desteğin Ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyum Üzerindeki Etkisinin Araştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2010.
72. Süheyla Ü, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk Sonrası Tedaviye Gelmeyen Psikotik Hastaların Özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;7:69-75.
73. Julius, R. J., Novitsky, M. A., Jr., & Dubin, W. R. (2009). Medication adherence: A review of the literature and implications for clinical practice. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(1), 34–44.
74. . Lüle D. Şizofreni Hastalarının Umut Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.
75. Aydın O, Şizofreni hastalarında üstbiliş ve üstbilişi etkileyen faktörler. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı Uzmanlık tezi, Manisa 2015.
76. Şahin, Feride Betül, Bipolar bozuklukta yeme davranışlarının üstbilişler ve duygu düzenleme ile ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Ruh sağlığı ve hastalıkları eğitim kliniği, İstanbul. 2020.
77. Perona-Garcelán S, García-Montes JM, Ductor-Recuerda MJ, Vallina-Fernández O, Cuevas-Yust C, Pérez-Álvarez M, Salas-Azcona R, Gómez-Gómez MT. Relationship of metacognition, absorption, and

- depersonalization in patients with auditory hallucinations. *Cilt Br J Clin Psychol.* 2012 Mar;51(1):100-18.
78. Morrison, A.P., Gumley, A.I., Ashcroft, K., Manousos, I.R., White, R., Gillan, K., Wells, A. and Kingdon, D. (2011), Metacognition and persecutory delusions: Tests of a metacognitive model in a clinical population and comparisons with non-patients. . *Cilt British Journal of Clinical Psychology*, 50: 223-233.
79. Brett CM, Johns LC, Peters EP, McGuire PK. The role of metacognitive beliefs in determining the impact of anomalous experiences: a comparison of help-seeking and non-help-seeking groups of people experiencing psychotic-like anomalies. *Cilt Psychol Med.* 2009 Jun;39(6):939-50.
80. Rachel Sellers, Filippo Varese, Adrian Wells, Anthony P. Morrison, A meta-analysis of metacognitive beliefs as implicated in the self-regulatory executive function model in clinical psychosis, *Schizophrenia Research*, Volume 179, 2017, Pages 75-84.
81. Sedat Batmaz, Semra Ulusoy Kaymak, Sibel Kocbiyik, Mehmet Hakan Turkcapar, Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression, *Comprehensive Psychiatry*. Volume 55, Issue 7,2014, Pages 1546-1555,ISSN 0010-440X.
82. Østefjells Tiril, Melle Ingrid, Aminoff Sofie R, Hellvin Tone,Hagen Roger, Lagerberg Trine Vik, Lystad June Ullevoldsæter, Røssberg Jan Ivar, Anexploration of metacognitive beliefs and thought control strategies in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry* (2016).
83. Sarısoy, Gökhan & Pazvantoğlu, Ozan & Ozturan, Deniz & Ay, Naile & Yilman, Tuba & Mor, Sema & Korkmaz, Işıl & Kaçar, Omer & Gümüş, Kübra. (2013). Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nordic journal of psychiatry*. Cilt 68.
84. L. Van Camp, B.G.C. Sabbe, J.F.E. Oldenburg, Metacognitive functioning in bipolar disorder versus controls and its correlations with neurocognitive functioning. *Comprehensive Psychiatry*. Volume 92,2019,Pages 7-12,ISSN 0010-440X.
85. Ettore Favaretto, Fulvio Bedani, Alessia Offredi, Magdalena Schroffenegger, Sandra Sassaroli, Giovanni Ruggiero, Andrea Fagiolini, Gabriele Caselli, Metacognitions and repetitive negative thinking in bipolar disorder and healthy controls:. *Cilt A comparative study, Journal of Affective Disorders*,Volume 276, 2020,Pages 152-158,ISSN 0165-0327,.
86. Yılmaz Şahin F., Bipolar bozuklukta yeme davranışlarının üstbilişler ve duygu düzenleme ile ilişkisi, t.c. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul 2020.
87. Ay, Rukiye & Boke, Omer & Pazvantoglu, Ozan & Şahin, Ahmet & Sarısoy, Gökhan & Arik, Ali & Guz, Hatice. (2016). Social Cognition in Schizophrenia Patients and Their First-Degree Relatives. *Noro Psikiyatri Arsivi*. 53. 10.5152/npa.2016.10223.
88. Ateş Budak, E. , Küçükgöncü, S. , Beştepe, E. E. "Theory of mind abilities and its relationship with clinical features in euthymic bipolar patients" . *Cukurova Medical Journal* 44 (2019): 176-182.

89. Bora E, Pantelis C. Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis. *Schizophr Res.* 2016 Aug ve 175(1-3):72-78.
90. Gauri N. Savla, Lea Vella, Casey C. Armstrong, David L. Penn, Elizabeth W. Twamley, Deficits in Domains of Social Cognition in Schizophrenia: A Meta-Analysis of the Empirical Evidence, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 39, Issue 5. Cilt September 2013, Pages 979–992.
91. Yalcin-Siedentopf, N., Hoernagl, C.M., Biedermann, F., Baumgartner, S., Deisenhammer, E.A., Hausmann, A., Kaufmann, A., Kemmler, G., Mühlbacher, M., Rauch, A.S., Fleischhacker, W.W., Hofer, A. Facial affect recognition in symptomatically remitted patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr. Res.* 2014.
92. Sarfati, Y., Hardy-Baylé, M.C., 1999. How do people with schizophrenia explain the behaviour of others? A study of theory of mind and its relationship to thought and speech disorganization in schizophrenia. *Psychol. Med.* 29, 613–620.
93. Metacognition in schizophrenia: Correlates and stability of deficits in theory of mind and self-reflectivity, P. Paul H. Lysaker, Kyle L. Olesek, Debbie M. Warman, Joel M. Martin, Anlize K. Salzman, Giuseppe Nicolò, Giampaolo Salvatore, Giancarlo Dimaggio. *Cilt Psychiatry Research*, Volume 190, Issue 1, 2011, Pages 18-22, ISSN 0165-1781.
94. Cecilia Samamé, Social cognition throughout the three phases of bipolar disorder: A state-of-the-art overview, *Psychiatry Research*, Volume 210, Issue 3, 2013, Pages 1275-1286, ISSN 0165-1781.
95. Mcleod, Hamish & Gumley, Andrew & Macbeth, Angus & Schwannauer, Matthias. (2014). Metacognitive functioning predicts positive and negative symptoms over 12 months in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric Research.* 54. 10.1016/j.jpsychires.2014.0.
96. Cecilia Samamé, Diego J. Martino, Sergio A. Strejilevich, An individual task meta-analysis of social cognition in euthymic bipolar disorders, *Journal of Affective Disorders*, Volume 173, 2015, Pages 146-153.
97. Samamé, C., Martino, D.J. and Strejilevich, S.A. (2012), Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125: 266-280.
98. J Pini S, de Queiroz V, Dell’Osso L, Abelli M, Mastrocinque C, Sættoni M, et al.
99. Yen CF, Chen CS, Ko CH, Yeh ML, Yang SJ, Yen JY, Huang CF, Wu CC. Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005 Aug ve 10.111, 59(4):403-9. doi:.
100. Yen CF, Chen CC, Cheng CP, Yen CN, Lin HC, Ko CH, Yen JY, Chen CS. Comparisons of insight in schizophrenia, bipolar I disorder, and depressive disorders with and without comorbid alcohol use disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008 Dec ve 62(6):685-90.
101. G. Gizem, 2017, Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçgörüsü, İçselleştirilmiş Damgalanmanın Tedavi Uyumuna etkisi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi.

102. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*. 2004 Jun 1 ve 15099613., 68(2-3):319-29. doi: 10.1016/S0920-9964(03)00189-0. PMID:.
103. Novick, D., Montgomery, W., Treuer, T., Aguado, J., Kraemer, S., & Haro, J. (2015). Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: Cilt results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry*, 15(1).
104. Danki, Demet & Dilbaz, Nesrin & Okay, Ihsan & Telci, Sükran. (2007). Insight in Schizophrenia: Relationship to family history, and positive and negative symptoms. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*. 18. 129-36.
105. C. İbrahim Erdem, 2019, Kronik Şizofreni Hastalarında Bilişsel İlgörü, Yeti Yitimi ve Öznel İyileşmenin Değerlendirilmesi, TÇC: Marmara Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
106. Sağlam Aykut, Demet & Arslan, Filiz & Karagüzel, Evrim & Tiryaki, Ahmet. (2017). Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder: a Dimensional Approach. *Psychiatra Danubina*. 29. 141-147. 10.24869/psyd.2017.141.
107. G. Merih, 2018, Bipolar ve şizofrenik bozukluk tanısı almış hastalarda içgörü, tedavi uyumu ve yaşam kalitesi, Yakınadoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi ve Lefkoşa.
108. MUT G, ÖZTÜRK Z. A, DANIŞMANT B. S, KÜÇÜKPARLAK İ, KARAMUSTAFALIOĞLU N (2012). Relationship between treatment adherence, insight and violence among schizophrenia inpatients in a training *Düşünen Adam - Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25(3), 212-220.
109. Yen CF, Chen CS, Ko CH, Yen JY, Huang CF. Changes in insight among patients with bipolar I disorder: a 2-year prospective study. *Bipolar Disord*. 2007 May ve 9(3):238-42.
110. Braw Y, Sitman R, Sela T, Erez G, Bloch Y, Levkovitz Y. Comparison of insight among schizophrenia and bipolar disorder patients in remission of affective and positive symptoms: analysis and critique. *Eur Psychiatry*. 2012 Nov ve 10.1016/j.eurpsy.2012.08.008. doi: 10.1016/j.eurpsy.2012.08.008.
111. J Dias VV, Brissos S, Frey BN, Kapczinski F. Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2008 ve 110(1-2):75-83.
112. Weiler MA, Fleisher MH, McArthur-Campbell D. Insight and symptom change.
113. Wiffen BD, Rabinowitz J, Fleischacker WW, David AS. Insight: demographic differences and associations with one-year outcome in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2010 ve 4(3):169-75.
114. Kukla M, Lysaker PH, Roe D. Strong subjective recovery as a protective factor against the effects of positive symptoms on quality of life outcomes in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2014 Aug ve 55(6):1363-8.

115. Deveci A, Danacı AE, Yurtsever F, Deniz F, Yüksel EG. Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İlgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2008 ve 266-273., 19(3):.
116. Cooke MA, Peters ER, Fannon D, Aasen I, Kuipers E, Kumari V. Cognitive insight in psychosis: the relationship between self-certainty and self-reflection dimensions and neuropsychological measures. Psychiatry Res 2010 ve 178:284-9.
117. Konstantakopoulos G, Ploumpidis D, Oulis P, Patrikelis P, Nikito poulou S, Papadimitriou GN, et al. The relationship between insight and theory of mind in schizophrenia. Schizophr Res 2014 ve 152:217-22.
118. BAŞOĞLU E, İNANÇ L, ALTINTAŞ M, BEŞTEPE E. E (2018). Bipolar I bozukluk hastalarında zihin kuramı becerileri, iç görü ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği olgu-kontrol çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19(3), 235 - 243.
119. Erdil N. Şizofrenide Zihin Teorisi, Empati ve İlgörü Yeteneklerinin Klinik Değişkenler ile ilişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2008.
120. Langdon R, Corner T, McLaren J, Ward PB, Coltheart M. Externalizing and personalizing biases in persecutory delusions. The relationship with poor insight and theory-of-mind. Behav Res Ther 2006 ve 44:699-713gg.
121. Bora E, Sehitoglu G, Aslier M, Veznedaroglu B. Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia: is poor insight a mentalising defi cit? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2007 ve 257:104-111.
122. Beck, E.M., Cavelti, M., Kvrđic, S., Kleim, B., Vauth, R., 2011. Are we addressing the 'right stuff' to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. Schisophr Res 132, 42–9.
123. Lysaker PH, Vohs J, Hillis JD, Kukla M, Popolo R, Salvatore G, Dimaggio G. Poor insight into schizophrenia: contributing factors, consequences and emerging treatment approaches. Expert Rev Neurother. 2013 Jul ve 13(7):785-93.
124. Lysaker PH, Pattison ML, Leonhardt BL, Phelps S, Vohs JL. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. World Psychiatry. 2018 Feb ve 17(1):12-23.

9. EKLER

EK-1 AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu çalışma, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan Dr. Rumeysa Dilara Kurban tarafından yürütülmektedir. Bu çalışma ile Şizofreni ve Bipolar Bozukluk tanısı konan kişiler ve sağlıklı kontroller arasında zihin kuramı ve üstbiliş açısından farklılık olup olmadığı ve bunun hastalığın klinik değişkenleri, içgörü ile ilişkisini araştırılması amaçlanmıştır.

Bu araştırmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Polikliniklerine başvuran, Şizofreni tanısı konulmuş olup klinik olarak remisyonda olan 53 hasta, Bipolar bozukluk tanısı konulmuş olup klinik olarak remisyonda olan 53 hasta ve kontrol grubu olarak çalışmaya katılmayı kabul eden, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 53 sağlıklı gönüllü dâhil edilecektir. Araştırma, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılacaktır.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Çalışmaya katılmanız durumunda, bir psikiyatrist tarafından yapılacak bir değerlendirme görüşmesine katılmanız gerekmektedir. Bu görüşme tıbbi ve psikiyatrik öykünüzün alınacağı, psikiyatrik tanılar açısından değerlendirileceğiniz bir görüşme olacaktır. Bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız, bir kısmı ise görüşmeci tarafından doldurulacak anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır. Bu görüşme ve görüşme dahilinde size uygulanacak olan testler için herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Uygulanmış olan tedavi üzerine hastalığınız açısından güvenli olmayan bir müdahale ya da girişim olmayacaktır. Dolayısı ile bu çalışma uygulanan tedavi etkinliğini değiştirmeyecektir.

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz çalışma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır. Bununla beraber izleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişim imkanları bulunmaktadır, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Elinizde bulunan bu gönüllü olur formunu imzalayarak söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. Çalışmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinde, Dr. Rumeysa Dilara KURBAN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya katılan gönüllü hastanın;

Adı soyadı :

İmzası :

Araştırmayı yürüten Dr.;

Adı soyadı :

Bölümü :

İmzası :

TARİH:

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Ad – soyad:
2. Doğum tarihi:
3. Cinsiyet: K / E
4. Medeni durumu: 1)evli 2)bekar 5)boşanmış/dul
5. Kiminle yaşıyor: 1)yalnız 2)eşi ile 3)anne/baba/diğer
6. Eğitim durumu: 1) okuryazar 2) ilkokul mezunu 3) lise mezunu 4) üniversite mezunu
7. İş durumu: 1)Çalışıyor 2)Çalışmıyor 3)Dönemsel çalışmış
8. Alışkanlıklar: Sigara kullanımı: paket/ yıldır

Alkol kullanımı: /haftada kez

Madde kullanımı: var() yok () varsa nedir:..... / en son ne zaman:

9. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı: var () yok () varsa açıklayınız:
10. Ek tıbbi hastalık var mı: var () yok () varsa açıklayınız:
11. Daha önce psikiyatrik bir öykü var mı? Kullanılan bir ilaç var mı? Varsa açıklayınız:

Bipolar bozukluk için doldurulacak:

- Hastalığın başlangıç yaşı/ yılı:
- Psikiyatri kliniğine yatış öyküsü: a)var / kaç kez: b)yok
- En son hastane yatış tarihi:
- EKT tedavisi öyküsü: a) var/ en son ne zaman: b)yok
- Toplam Geçirdiğiniz Atak Sayısı:
- İntihar öyküsü: var () yok () varsa kaç kez/ ne şekilde:
- Ek psikiyatrik tanısı: var() yok() varsa nedir:
- Remisyon süresi:
- Son kullanmakta olduğu tedavi ve süresi:
- İlaç kullanmayı reddettiğiniz/ doktordan habersiz kestiğiniz bir dönem oldu mu? A) hayır
B)evet ise kaç kez: ne zaman:
hangi ilaç: İlacı bırakma sebebi: (yan etkiler / hasta olduğunu düşünmeme/ diğer sebepler)
İlaçsız kaldığınız süre:

Şizofreni için doldurulacak:

- Hastalığın başlangıç yaşı/ yılı:
- Psikiyatri kliniğine yatış öyküsü: a)var / kaç kez: b)yok
- En son hastane yatış tarihi:
- EKT tedavisi öyküsü: a) var/ en son ne zaman: b)yok
- İntihar öyküsü: var () yok () varsa kaç kez/ ne şekilde:
- Ek psikiyatrik tanısı: var() yok() varsa nedir:
- Remisyon süresi:
- Son kullanmakta olduğu tedavi ve süresi:
- İlaç kullanmayı reddettiğiniz/ doktordan habersiz kestiğiniz bir dönem oldu mu? A) hayır
B)evet ise kaç kez: ne zaman: hangi
ilaç: İlacı
bırakma sebebi: (yan etkiler / hasta olduğunu düşünmeme/ diğer sebepler)
İlaçsız kaldığınız süre:

HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. DEPRESE DUYGUDURUM

(Keder, umutsuzluk, değersizlik, çaresizlik)

- & Son 7 gün içerisinde moraliniz nasıldı?
- & Kendinizi çöküntüde veya kötü hissediyor muydunuz?
- & Kederlilik, umutsuzluğunuz var mıydı?
- & Son 7 gün içinde ne kadar süreyle kendinizi böyle hissettiniz? Her gün? Bütün gün?
- & Hiç ağlıyor muydunuz?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hastanın her zamankinden daha çökkün olduğuna tam olarak emin olunamıyor.

2= HAFİF

Hasta bu duygularını sözel olarak kendiliğinden ifade ediyor. Ağlama eğilimleri var.

3= ORTA

Hastanın bu hali yüz mimikleri, duruşu ve sesinden açıkça anlaşılıyor. Görüşmede ağlayabilir.

4= AĞIR

Hastanın bu duygularını sözlü veya sözsüz olarak ifade edişi görüşmeye hakim. Hastanın dikkati başka yöne çekilemiyor.

2. İŞ VE ETKİNLİKLER

(Hasta ilk görüşmede hastanede yatmaktaysa 4 puan işaretlenir. Takip görüşmelerinde hastanede olsa bile bulgularında düzelme varsa diğerleri gibi değerlendirilir)

- & Son 7 gün içerisinde zamanınızı nasıl geçiriyordunuz (iş dışı zamanlarda)?
 - & Bunları ilgi duyarak mı, yapmak zorunda olduğunuz için mi yaptınız?
 - & Eskiden yapıp da şu anda yapmayı bıraktığınız şeyler var mı?
 - & Hevesle beklediğiniz herhangi bir şey var mı?
- (TAKİPTE: İlginiz eski normal haline döndü mü?)

0= Normal iş etkinlikleri.

1= Hasta işi ve/veya iş dışı ilgi alanlarıyla ilgili yetersizlik duygularını ifade eder, motivasyon eksikliğini belli eder. Bütün bunlara karşın işini belirgin bir aksama görülmeden yapabilmektedir.

2= İşine ve iş dışı alanlara karşı belirgin motivasyon eksikliği vardır. Çalışma kapasitesi azalmıştır. Eski çalışma hızına ulaşamaz. Bazı günler işe gitmez veya işten erken ayrılmaya çalışır. İş yerinde veya evde yapılması gereken işlerle veya başka işlere karşı kayıtsızlığı, aile ve iş arkadaşları tarafından belirtilir veya bunları kendisi ifade eder. Yatan hastalarda: Tüm gün hastası ise gündüz hastası konumuna geçebilir durumdadır. Evde veya hastanede günlük etkinliklere 3-4 saat katılmaktadır.

3= Hastanın işine ayırdığı zaman ileri derecede azalmış, verimi belirgin derecede düşmüştür. Çalışamayacağı için rapor verilmesi gerekmektedir. Yatan hastalar servis etkinliklerine 3. saatten az katılmaktadır.

4= Hastalığından dolayı kesinlikle çalışamaz durumdadır. Hastanede yatan hastalar servis işlerini yardımsız yapamaz ya da yapsa bile bunlar dışında etkinliği yoktur.

3. GENİTAL BELİRTİLER (CİNSEL İLGI)

(Bu konuda bilgi alınamazsa 0 işaretlenmelidir. Adet düzensizlikleri burada belirtilmelidir ve 2 işaretlenir.)

(Örneğin libido kaybı, menstruel bozukluk gibi)

& Son 7 gün içerisinde cinsel isteğiniz nasıldı?

(Cinsel ilişkide bulunup bulunmadığınızı değil, cinsel isteğinizi soruyorum, bu konuyu ne kadar düşünüyorsunuz?)

& Cinsel isteğinizde bir değişiklik oldu mu?

(Çökkün olmadığınız döneme göre)

& Cinsellik sıkça düşündüğünüz bir konu mu?
Hayır ise: Bu sizin için farklı bir durum mu?

0= Cinsel ilgi her zamanki gibi.

1= Şüpheli veya hafif azalmış cinsel ilgi ve zevk.

2= Cinsel ilgide açık azalma

Erkeklerde sıklıkla fonksiyonel impotans, kadınlarda uyarılma eksikliği veya açık iğrenme duyguları, adet düzensizlikleri.

4. SOMATİK BELİRTİLER (GASTROİNTESİNAL)

Anksiyetenin GIS belirtileri, örneğin midesinde kelekler pır pır etmektedir vb. Hipokondriyaklık başlığı altında ele alınması gereken nihilistik sanılardan, örn. barsaklarında haftalardır hareket yok - ayırt edilmelidir. Aşırı yemek yemek anksiyete bulgusudur.

& Son 7 gün içerisinde iştahınız nasıldı? (Her zamanki iştahınızla karşılaştığınızda nasıl?)

& Yemek için kendini zorlamak zorunda kaldınız mı?

& Çevrenizdeki insanlar yemeniz için ısrar etmek zorunda kaldı mı?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

İştahsız, kendi kendine yemek yiyor, ama yediklerinde tat yok, bazen kabız.

2= VAR

Yemek alımı azalmış. Hastanın yemek yemesi için teşvik edilmesi gerekiyor. Kural olarak kabız. Laksatif gereksinimi duyuyor, ancak bundan fayda görmüyor.

5. ERKEN UYKUSUZLUK (UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ)

& Geçtiğimiz hafta boyunca uykunuz nasıldı?

& Geceleri uykuya dalmakta zorluk çektiniz mi?

(Yatağa yattıktan sonra, uykuya dalmanız ne kadar süre alıyordu?)

& Son 7 gün içinde kaç gece uykuya dalmakta güçlük çektiniz.

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hasta, son üç gecedan en az birinde uykuya dalmadan önceki yarım saat, yatakta uyanık kalmıştır.

2= VAR

Hasta son üç gece yatakta yarım saatten fazla uyanık kalmıştır.

6. ORTA UYKUSUZLUK (UYKUYU SÜRDÜRME GÜÇLÜĞÜ)

(Hasta gece yarısı ile saat 05:00 arasında bir veya birden fazla uyanıyor mu? Eğer idrar yapmak içinse ve ardından hemen uykuya dalıyorsa 0 işaretlenir.)

& Son 7 gün boyunca gece yarısı uyanıyor muydunuz?

EVET ise: Yataktan kalkıyor musunuz?

& Kalkınca ne yaparsınız? (Sadece banyoya, tuvalete mi gidersiniz?)

& Peki yatağa döndüğünüzde hemen uyuyabiliyor musunuz?

& Bazı geceler uykunuzun rahatsız ve huzursuz olduğunu hissettiniz mi?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hasta son 3 gecede 1 veya 2 kere gece boyu uykusuzluktan, huzursuzluktan yakınır.

2= VAR

Her gece en az bir kere uyanırsa veya son üç gecedan herhangi birinde tuvalet gereksinimi dışında yataktan kalkarsa.

7. GECE UYKUSUZLUK (ERKEN UYANMA)

(Hasta planladığından ya da koşullarının gerektirdiğinden 1 saat önce veya daha erken uyanır.)

& Son 7 gün içerisinde sabahları en geç olarak ne zaman uyanıyordunuz?

ERKEN ise: Saatin alarmıyla mı, yoksa kendi kendinize mi uyanıyordunuz?

& Genellikle ne zaman uyanırsınız (yani, bu çökkün durumunuz ortaya çıkmadan önce)?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Uyanı ama tekrar uykuya dalar.

2= VAR

Sürekli erken uyanır ve bir daha uyuyamaz.

8. GENEL BEDENSEL BELİRTİLER

(Yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı gibi duygular. Genel kas ağrıları)

& Son 7 gün içerisinde gücünüz-kuvvetiniz nasıldı?

& Her zaman yorgun muydunuz?

& Bu hafta hiç sırt ağrınız, baş ağrısı ya da adale ağrınız oldu mu?

& Bu hafta kol ve bacaklarınızda, sırtınızda veya başınızda herhangi bir ağırlık hissettiniz mi?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Çok hafif kas yorgunluğu ve diğer bedensel rahatsızlıklar.

2= VAR

Açıkça veya sürekli yorgunluk, bitkinlik, herhangi bir kesin yakınma.

EK-4: YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok

2. Kendisi arttığını belirtiyor

4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık

atakları

6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor

8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor

4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı

6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma

8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış

2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması

3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uykulu konuşma; ekolali

4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal

2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar

4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar

6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri

8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın

2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor

4. Tehdide varacak derecede talepkar

6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç

8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

1. Hafif derecede dağınıklık

2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması

3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj

4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor

2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor

3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor

4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

EK 5. 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)

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

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

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

- ☐ Sıklıkla =2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)
- ☐ Bazen =1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir.)
- ☐ 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)

- ☐ Sıklıkla =2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- ☐ Bazen =1 (Hastalığı olduğunu arada düşünmüş)
- ☐ 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.

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

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

- ☐ Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)
- ☐ Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)
- ☐ 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.)

- ☐ "Hastalığının bir parçası" =2
- ☐ "Yorgunluk ve stres" gibi dış olaylara bağlıyorsa =1
- ☐ 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 olduğunu düşünürüm."
- 4= "İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum."

EK-6: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

POZİTİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
P1 Sanrılar							
P2 Düşünce dağınıklığı							
P3 Varsanılar							
P4 Taşkınlık							
P5Büyüklik Duyguları							
P6 Şüphecilik ve kötülük görme							
P7. Düşmanca Tutum							
POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
NEGATİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
N1. Duygulanımda Küntleşme							
N2. Duygusal İççekilme							
N3. İlişki Kurmada Güçlük							
N4. Pasif Biçimde Kendini Toplumdan çekme							
N5. Soyut Düşünme Güçlüğü							
N6. Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı							
N7. Stereotipik Düşünme							
NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
GENEL PSİKOPATOLOJİ							
	1	2	3	4	5	6	7
G1. Bedensel Kaygı							
G2. Anksiyete							
G3. Suçluluk Duyguları							
G4. Gerginlik							
G5. Manyerizm							
G6. Depresyon							
G7. Motor Yavaşlama							
G8. İşbirliği Kuramama							
G9. Olağandışı Düşünce İçeriği							
G10. Yönelim Bozukluğu							
G11. Dikkat Azalması							
G12. Yargılama ve İçgörü Eksikliği							
G13. İrade Bozukluğu							
G14. Dürtü Kontrolsüzlüğü							
G15. Zihinsel Aşırı Uğraş							
G16. Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma							
GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI							
PANSS GENEL TOPLAM PUANI							

EK-7: BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ (BBİÖ)

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

Hasta adı:

Yaşı:

Doldurma tarihi:

Aşağıda insanların nasıl hissettiğine ilişkin ifadeler vardır. Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. Her bir ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısında uygun gelen alana X işareti koyarak belirtiniz.

Hiç	Çok az	Epeyce	Tamamen
katılmıyorum	katılıyorum	Katılıyorum	katılıyorum

- (1) Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum.
- (2) Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur.
- (3) Diğer insanlar olağandışı yaşantılarının nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.
- (4) Çok çabuk sonuca atlıyorum.
- (5) Bana çok sahici görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağlı olabilir.
- (6) Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.
- (7) Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o şey doğrudur.
- (8) Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile, yanlış olabiliyim.
- (9) Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.
- (10) İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.
- (11) Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenemem.
- (12) Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse, onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.
- (13) Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.
- (14) İnsanların neden belli bir şekilde davrandıklarının sıklıkla birden fazla açıklaması vardır.
- (15) Benim olağandışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.

EK-8: Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (MUÖ) Morisky Uyum Ölçeği

Ölçek “evet”, “hayır” şeklinde yanıtlanmakta ve hastanın ilaç uyumunu “tedaviye bağlı” ve “tedaviye bağlı değil” şeklinde belirtmektedir.

1. İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu? Evet/Hayır
2. İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz? Evet/Hayır
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu? Evet/Hayır
4. Bazen ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?
Evet/Hayır



EK-9: ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ -30 (ÜBÖ-30)

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum)

1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur. (1) (2) (3) (4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir. (1) (2) (3) (4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım. (1) (2) (3) (4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim. (1) (2) (3) (4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım. (1) (2) (3) (4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur. (1) (2) (3) (4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var. (1) (2) (3) (4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur. (1) (2) (3) (4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder. (1) (2) (3) (4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder. (1) (2) (3) (4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum. (1) (2) (3) (4)
12. Düşüncelerimi izlerim. (1) (2) (3) (4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım. (1) (2) (3) (4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır. (1) (2) (3) (4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım. (1) (2) (3) (4)
16. Endişelerim beni delirtebilir. (1) (2) (3) (4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım. (1) (2) (3) (4)
18. Zayıf bir belleğim vardır. (1) (2) (3) (4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür. (1) (2) (3) (4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder. (1) (2) (3) (4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir. (1) (2) (3) (4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam. (1) (2) (3) (4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur. (1) (2) (3) (4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem. (1) (2) (3) (4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür. (1) (2) (3) (4)
26. Belleğime güvenmem. (1) (2) (3) (4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem. (1) (2) (3) (4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır. (1) (2) (3) (4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem. (1) (2) (3) (4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm (1) (2) (3) (4)

EK-10: GÖZLERDEN ZİHİN OKUMA TESTİ

Kayıt sayfası

Doğum tarihi.....

Tarih.....

Eğitim durumu / mesleği.....

T kıskanç	paniklemiş	kibirli	nefret dolu
1 neşeli	teselli eden	rahatsız	sıkılmış
2 korkmuş	üzüntülü	kibirli	kızgın
3 şakacı	telaşlı	arzulu	ikna olmuş
4 şakacı	ısrarcı	keyifli	gevşemiş
5 rahatsız	iğneleyici	endişeli	arkadaş canlısı
6 donakalmış	hayal kuran	sabırsız	diken üstünde
7 özür dileyen	arkadaş canlısı	tedirgin	şevksiz
8 kötümser	rahatlamış	utangaç	heyecanlı
9 kızgın	düşmanca	dehşete düşmüş	zihni meşgul
10 temkinli	ısrarcı	sıkılmış	donakalmış
11 korkmuş	keyifli	pişman	işveli
12 aldırılmaz	mahcup	şüpheli	şevksiz
13 kararlı	bekleyen	tehditkar	utangaç
14 rahatsız	hayal kırıklığına uğramış	keyifsiz	suçlayıcı
15 mütefekkir	telaşlı	cesaret veren	keyifli
16 rahatsız	düşünceli	cesaret veren	cana yakın
17 şüphelenmiş	şefkatli	neşeli	donakalmış
18 kararlı	keyifli	donakalmış	sıkılmış
19 baskın	arkadaş canlısı	suçlu	dehşete düşmüş
20 zihni meşgul	minnettar	ısrarcı	yalvaran
21 memnun	özür dileyen	küstah	ilgili
22 tereddütlü	rahatsız	heyecanlı	düşmanca

23 diken üstünde	utangaç	düşmanca	gergin
24 şakacı	temkinli	kibirli	güven verici
25 merak eden	şakacı	şefkatli	memnun
26 sabırsız	donakalmış	rahatsız	dalgın
27 minnettar	işveli	düşmanca	hayal kırıklığına uğramış
28 utanmış	kendinden emin	şakacı	şevksiz
29 ciddi	utanmış	şaşırmış	diken üstünde
30 mahcup	suçlu	hayal kuran	kaygılı
31 donakalmış	hayrete düşmüş	güvenilmez	korkmuş
32 utanmış	sinirli	kuşkucu	kararsız