



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA İÇGÖRÜNÜN, DEPRESYON, SIKINTIYA
DAYANMA DÜZEYİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEKLE İLİŞKİSİ

Dr. Şükriye İpek ÇIĞŞAR TEKİNSOY
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Aylın ERTEKİN YAZICI

MERSİN-2020



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA İÇGÖRÜNÜN, DEPRESYON, SIKINTIYA
DAYANMA DÜZEYİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEKLE İLİŞKİSİ

Dr. Şükriye İpek ÇIĞŞAR TEKİNSOY
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Aylın ERTEKİN YAZICI

MERSİN-2020

TEŐEKKÜR

Psikiyatri uzmanlık eğitimim boyunca bana her türlü desteği veren, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım hocalarımdan başta tez danıŐmanım Prof. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI, diğer hocalarım Prof. Dr. Kemal YAZICI, Prof. Dr. Őenel ACAR, Yrd. Doç. Dr. Eda ASLAN ve Uzm. Dr. Seda Türkili'ye;

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkılarda bulunan Nöroloji Anabilim Dalı, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı değerli öğretim üyelerine;

Uzmanlık eğitimim süresince beraber çalıŐmaktan ve tanımaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Tezimin oluŐumunda katkısı olan Biyoistatistik Anabilim Dalına;

Üzerimde büyük emekleri olan, destek, sevgi ve özverilerini hiç esirgemeyen sevgili annem, babam ve eŐime;

TeŐekkür ederim..

Dr Şükriye İpek ÇIĞŞAR TEKİNSOY

İÇİNDEKİLER

ÖZET	5
ABSTRACT	6
1.GİRİŞ VE AMAÇ	7
2.GENEL BİLGİLER	10
2.1.Şizofreni	10
2.1.1.Tanım, tarihçe.....	10
2.1.2.Epidemiyoloji.....	13
2.1.3.Etyoloji	14
2.1.4.Klinik belirtiler.....	17
2.1.5.DSM-V Tanı Kriterleri	20
2.1.6.Gidiş ve Sonlanım	21
2.2.Şizofreni ve İlgörü	22
2.3.Şizofreni ve Depresyon	28
2.4.Şizofreni ve Algılanan Sosyal Destek	32
2.5.Şizofreni ve Sıkıntıya Dayanma Düzeyi	34
3. GEREÇ ve YÖNTEM	37
3.1.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	37
3.2.Araştırmanın Amacı.....	37
3.3.Örneklem	37
3.3.1.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	37
3.3.2.Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	38
3.4.Veri Toplama Araçları	38
3.4.1.Sosyodemografik Bilgi Formu.....	38
3.4.2.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	38
3.4.3.Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDÖ).....	38
3.4.4.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ).....	39
3.4.5. Akıl Hastalığına İlgürsüzlük Ölçeği (AHİÖ).....	39
3.4.6.Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ).....	40
3.5.Uygulama.....	40
3.6.İstatistiksel Değerlendirme	41
4.BULGULAR	42
4.1.Sosyodemografik Veriler.....	42
4.2.Klinik Özellikler.....	43
4.3.Genel Dağılım ve Ölçek Verileri	43
4.4.Ölçekler Arası İlişkiler	45
4.5.Sosyodemografik ve Klinik Veriler ile Ölçeklerin Karşılaştırılması	48
5.TARTIŞMA.....	53
6.SONUÇ	71
7.KAYNAKLAR	94
8.KISALTMALAR DİZİNİ	91
9.TABLolar DİZİNİ	93
10.EKLER	95

ÖZET

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA İÇGÖRÜNÜN, DEPRESYON, SIKINTIYA DAYANMA DÜZEYİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEKLE İLİŞKİSİ

Şizofreni hastalarının hastalıklarına karşı farkındalığı değersizlik, umutsuzluk, karamsarlıkla ilişkili olabilmektedir. Çalışmamızda hastaların sıkıntıya dayanma düzeyindeki artışın, inkar mekanizmasından koruyucu bir etken olabilerek, hastaların içgörü seviyeleriyle ilişkili olup olmadığı ve hastaların içgörü seviyelerinin depresif semptom yükü ve algıladıkları sosyal destekle ilişkili olup olmadığı değerlendirilmek istenmiştir.

Çalışmaya, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Polikliniği'nde takip edilen Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış 81 hasta dahil edilmiştir. Hastalara Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, Calgary Depresyon Ölçeği, Sıkıntıya Dayanma Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, PANNS ve sosyodemografik veri formu uygulanmıştır.

Çalışmamızda hastaların içgörülerıyla, depresif semptom yükü, sıkıntıya dayanma düzeyi, algılanan sosyal destek arasında ilişki bulunmamıştır. Hastaların depresif semptom yükleriyle, sıkıntıya dayanma düzeyi, total algılanan sosyal destek, aile ve arkadaş kaynaklı algılanan sosyal destek seviyeleri arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda dikkat çekici bir bulgu gördük. Hastaların aile kaynaklı algılanan sosyal destekleri, depresif belirtiler, sıkıntıya dayanma düzeyi ile ilişkiliyken, arkadaş kaynaklı algılanan sosyal destek daha zayıf bir şekilde depresif belirtilerle ilişkili bulunmuş ve özel bir insan kaynaklı algılanan sosyal destek ile bu ilişkiler görülmemiştir. Bu bulgu, hastaların tedavi planlarında yer alabilecek psikososyal müdahalelere yaklaşımda, daha etkin olabilecek sosyal destek kaynaklarına yönelmede bir yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: depresyon, içgörü, sıkıntıya dayanma, sosyal destek şizofreni

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN INSIGHTS, DEPRESSION, DISTRESS TOLERANCE AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHENIA

Awareness of schizophrenia patients against their mental illness may be related to worthlessness, hopelessness, and pessimism. In our study, it was aimed to evaluate whether the increase in the level of distress tolerance of patients was a protective factor from the denial mechanism and whether it was related to the patients' insight levels and whether the patients' insight levels were related to depressive symptom burden and perceived social support.

The study included 81 patients diagnosed with schizophrenia according to the diagnostic criteria of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, which was followed up at Mersin University Health Research and Application Center Psychiatry Outpatient Clinic. Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, Calgary Depression Scale, Distress Tolerance Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, PANNS and sociodemographic data form was applied.

In our study, no relation was found between the patients' insight and the depressive symptom burden, the level of distress tolerance and the perceived social support. A negative correlation was found between the depressive symptom burden of the patients and their distress tolerance, total perceived social support, perceived social support from family and friends.

In our study, we saw a remarkable finding. While the perceived social support from family of the patients was associated with depressive symptoms and distress tolerance, the perceived social support from friends was weakly associated with depressive symptoms. These relationships were not seen with perceived social support from a special human being. This finding may be a guide in approaching psychosocial interventions that may be included in the treatment plans of the patients and in turning towards social support resources that may be more effective.

Keywords: depression, distress tolerance, insight, schizophrenia, social support

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Genellikle yaşamın erken dönemlerinde başlayan şizofreni çeşitli klinik görünümde olabilmekte, kronik ve ilerleyici bir şekilde seyredebilmektedir. Hastanın gerçeklerden uzaklaşmasına, içe kapanmasına, kendisine ait bir dünya içinde düşünce, duygu ve davranış bozuklukları yaşamasına, aile, iş ve özel hayatında önemli kayıplara neden olabilmektedir. Hastalığın bugün gelinen noktada nasıl oluştuğu hala tam olarak bilinmemektedir. Yapılan çok sayıda çalışma ve araştırmaya rağmen edinilen bilgiler yeterli seviyede değildir. Adlandırma konusunda da çatışmalar devam etmekte ve şizofreni tek bir hastalık olmaktan daha çok bir belirtiler kümesi olarak tanımlanmaktadır¹.

Şizofreni yeti yitimine neden olan ve kişilerarası ilişkilerde sorunlara yol açabilen bir ruhsal hastalıktır. Sıklığı hakkındaki yapılan çalışmalar sonucunda değişken veriler elde edilmiştir. Yaşam boyu sıklığının genel toplumda ortalama %1 olduğu düşünülmektedir². Şizofreni gerek kişisel sonuçları, gerekse global ekonomiye neden olduğu yükler açısından başta gelen sağlık sorunları arasında yer almaktadır³.

Her toplumda ve her sosyoekonomik düzeyde görülebilmektedir. Genellikle genç yaşlarda başlamakla birlikte şizofreniye her yaşta rastlanabilir. Hastalarda hastalık tanısını almadan önce prodromal belirtilerin olduğu bir dönem görülebilir. Aile ve arkadaşlar ile olan ilişkilerde, okul ve iş yaşamında bu belirtilerin izleri görülür. Hastaların topluma uyumunda sorun yaşamasına, işlevselliğinin bozulmasına neden olabilmektedir⁴.

Şizofreni tanısı konan kişiler kendilerini toplumdan dışlanmış ve değersiz hissedebilmektedirler. Toplumda şizofreni hakkında, bu hastalığın ilerleyici nitelikte ve düzelmeye ihtimalinin düşük olduğu düşüncesi vardır. Kişi toplumun kendisine karşı tutumu ve kendi yaşam tecrübeleri nedeniyle depresyon tanısı almaya yatkındır. Şizofreni hastalarında hastalığın farkında olma tüm bu nedenlerden dolayı depresyon, umutsuzluk ve intihar düşüncesi gibi sorunlara yol açmaktadır⁵.

Şizofrenide sanrılar, varsanılar, uygunsuz duygulanım ve davranış, sosyal işlevsellikte bozulma, bilişsel bozukluklar temel belirtilerdir. Ayrıca

şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda içgörü bozukluğu en sık rastlanılan bulgulardandır. Araştırmalarda içgörü kavramından klinik ve bilişsel olmak üzere iki farklı şekilde söz edilmektedir. Klinik içgörü hastalığın varlığı ve sonuçlarına karşı farkındalık, bilişsel içgörü ise kişinin kendisini diğer insanlardan ayrı bir birey olarak kavrayabilmesi ve düşüncelerini yorumlayabilmesi yetisini içerir⁶. Çalışmamızı klinik içgörü kavramı üzerinden yürüteceğiz. DSM-V varsanı, sanrı gibi semptomları tanı için kesin olarak gerekli belirtiler olarak ele almakla birlikte, geçmişte temel belirtiler arasına girmiş olan içgörü tanı kriterleri içinde yer bulamamıştır⁷. İçgörü kavramı şizofrenide hastaların hastalıklarına karşı farkındalığı ve tedavinin gerekliliğini kabullenme olarak tanımlanmıştır. Lewis'e göre içgörü kişinin kendinde meydana gelen değişikliklere mantıklı bir açıklama geliştirmesi, belirtilerinin zihinsel olduğunu fark etmesidir⁸.

Şizofrenide %50 oranında iç görünün kısmi kaybı görülmektedir⁹. İçgörünün eğitim seviyesi, tedavinin olmadığı psikotik semptom süresi, depresif semptomlar ve dezorganizasyon bulgularıyla ilişkili olabildiği düşünülmektedir^{10,11,12}. Ayrıca içgörü eksikliğinin tedaviye uyumu bozduğunu ve hastaneye yatış sayısında artışa neden olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur^{13,14,15,16}.

İçgörü gelişim mekanizmaları üzerinde çok sayıda görüş ortaya atılmıştır. Bunlardan biri kişilerin sorunlarla baş etme mekanizmalarının bu konuda rol üstelenebileceği görüşüdür. 1991 yılında Amador şizofrenide içgörü azlığına, başa çıkma tutumu olarak inkar mekanizmasının kullanılmasının neden olabileceğini düşünmüştür. Böylece hastalığı inkar etmenin kişiyi hastalığı kabul etmeyle ortaya çıkacak sıkıntıdan koruduğunu düşünmüştür¹⁷.

Çalışmamızda içgörü azlığını sıkıntıya dayanma gücü üzerinden değerlendirmeyi amaçladık. Sıkıntıya dayanma gücü yüksek olan kişilerin daha kabullenici tutumlara sahip olabilecekleri düşüncesiyle, hipotezimize göre sıkıntıya dayanma düzeylerinde düşüklük olan kişiler, bu mekanizmayla içgörü geliştirmede sorun yaşamaya yatkın olabilir.

Şizofreni hastalarının karşılaştıkları stresörlerle baş edebilmelerinde sosyal destek çok önemlidir. Bu hastaların işlevselliklerinde ve topluma uyumunda meydana gelen aksamalar nedeniyle alacakları destek yol gösterici

olacaktır. Sosyal destek kavramı kişinin ihtiyaç duyduğu duygusal yardımı aile, arkadaş ve hayatındaki diğer kişilerden alabilme imkanları olarak tanımlanabilir¹⁸. Algılanan sosyal destek ise, ihtiyaç duyduğu zamanlarda, onun yanında bulunabilecek insanların varlığının kişi tarafından kendi yararına olarak fark edilmesidir¹⁹. Sosyal desteğin güçlü olmasının kişide yaratacağı sosyal yardım farkındalığıyla şizofrenide içgörünün olumlu etkilenebileceğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır²⁰.

Bu çalışmada şizofreni tanılı hastaların içgörü düzeylerindeki artışla depresif semptom yükünde artış olabileceği ve artmış sosyal destek algısının içgörü artışında etken olabileceği, sıkıntıya dayanma kapasitesi yüksek hastaların daha az inkar mekanizmasına gerek duyup, daha yüksek içgörü oluşturabileceği düşünölmüş ve bu alanları değerlendiren ölçeklerin birbiriyle ilişkisi araştırılmak istenmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Şizofreni

2.1.1.Tanım, tarihçe

Şizofreni düşünce, algılama, hareket, duygulanım alanlarında bozukluklara ve kişiler arası ilişkilerde sorunlara, sosyal ve mesleki alanlarda gerilemeye neden olan bir ruhsal hastalıktır. Şizofreninin izlerini ve bu hastalığın getirdiği klinik tabloya karşı farkındalığı, tarihin çok eski zamanlarında bile görmekteyiz. İlk olarak M.Ö. 2000 yıllarında Mısır yazılı metinlerinde şizofreniyi işaret edecek yazılara rastlanmıştır. M.Ö. 1400 yılında Hinduizm'e ait kutsal bir metin olan Rtharva Veda'da şizofreni benzeri örnekler verilmiştir. M.Ö. 1000 yılında Çin yazılarında ruh hastalıkları ve demans belirtilerinden bahsedilmiştir²¹. Eski Yunan zamanlarında sanskrit yazılarında, Hint ve Çin uygarlıklarına ait yazılarda şizofreni belirtilerine benzer tanımlamalara rastlanması bunun bir örneğidir²².

M.Ö. 400 yıllarında, dezorganize davranış ve düşünce içeriğinde bozukluklar saptanan bir grupta ruhsal hastalığın olduğunu düşünen Hipokrat ilk defa "paranoia" terimini kullanmıştır²³. Orta Çağ'da şeytan tarafından ele geçirilmiş ya da bir büyücü olarak görülen, toplumdan dışlanan ve işkencelere maruz kalan birçok kişi belki de birer şizofreni hastasıydı²⁴.

İbni Sina'nın "Kanun" adlı eserinde ise "jununmufrut" olarak bahsettiği tablonun şizofreniyle benzerliği dikkat çekmektedir²⁵. 17. yüzyılda Thomas Willis'ten, 18. Yüzyılda ise Philippe Pinel'den şizofreninin getirdiklerinin fark edildiğine dair işaretler bulunmaktadır. Pinel hastalıkları gözlemlerine dayanarak beş kategoriye ayırmıştır. Şizofreni düşünme yeteneğinde bozuklukların bahsedildiği grup içerisinde değerlendirilmiştir. Thomas Willis ise çocukluklarında normal zeka seviyesine sahip bazı kişilerde, ergenlikte duygulanımda küntleşmeyle giden tablolardan bahsetmiştir²⁶. Yine 18. Yüzyılda John Haslam ve George Man tam olarak isim koymasalar bile erken yaşlarda içe kapanmanın başladığı, düşünce akışında aksamaların olduğu bir bozukluktan bahsetmişlerdir. Bugün hala şizofreniyi Pinel-Haslam hastalığı olarak adlandıran İngiliz psikiyatristler bulunmaktadır²⁷.

1860 yılında Avusturyalı psikiyatrist Benedict Augustin Morel, "Traite Des Maladies Mentales" adlı eserinde "demence precoce" terimini ilk defa kullanmıştır²⁸. Daha sonra ardı ardına 1871 yılında Ewald Hecker dezorganize davranış ve dağınık düşüncelerle karakterize "hebefrenik" ve 1874 yılında Kahlbaum mutizm ve katı postür ile tanımladığı "katatoni" tanımlamalarıyla şizofreni tarihine katkılarını sunmuşlardır^{26,29}. 1896'da ise Emil Krapelin bu tablolara paranoid ve basit kavramlarını ekleyerek hepsini "dementia praecox" adı altında toplamıştır³⁰. Kraepelin'e göre hastalığın erken başlaması ve bunamanın olması gerekmektedir. Ayrıca Krapelin şu anda da kullandığımız pozitif ve negatif belirti ayrımının temellerini atmıştır³¹. İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler ise "dementia praecox" adının gerektirdiği erken bunamanın bu bahsedilen tablo için bir zorunluluk olmadığını, zihin yarılması benzetmesinin daha uygun bir yaklaşım olacağını düşünmüştür. Şizofreni kelimesi ayrık, bölünmüş anlamına gelen "schizein" ve akıl anlamına gelen "phren" kelimelerinden oluşmuştur. Bu kelime anlamı gibi görünen iki akıllı olmak dışında, kişinin doğru olarak inandığı iki gerçeklik algısının bulunması olarak tanımlanmıştır³². 1911 yılında Eugene Bleuler'in "Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu" adlı eserinde kullandığı "şizofreni" terimi bugün hala kullanılmaktadır ve tüm dünyada kabul görmüştür¹.

Bleuler çalışmalarını şizofreni hastalarını çok yakından tanımaya çalışarak sürdürmüştür. Hastalığın belirtilerini kapsamlı bir şekilde tanımlamış ve psikososyal sağaltım açısından bu gün bile yol gösterici olacak yaklaşım önerilerinde bulunmuştur. Bleuler'in görüşüne göre şizofreni belirtileri temel ve ikincil belirtiler olmak üzere ikiye ayrılmaktaydı. Temel belirtiler; duygulanımda bozukluk, düşünce akışında bozukluk, ambivalan duygulanım ve otizm şeklinde hastalığın asıl bulguları olarak görülen semptomlardan oluşmaktaydı. Ek olarak hastada bilinç, yönelim ve bellek bozukluğunun olmaması şartı bulunmaktaydı. Düşünce akışında bozukluk her hastada ve hastalığın her anında bulunması gereken bulguydu³³. İkincil belirtiler ise başka ruhsal hastalıklarda da görülebilecek uyum ve tamir mekanizmaları aracılığıyla ortaya çıkabilecek bulgulardı. Varsanı, sanrı ve katatoni ikincil belirtiler arasında değerlendirilmişti. Bu belirti ayrımı ve otizm, ambivalan duygulanım kavramları nesnel

değerlendirme güçlükleri nedeniyle günümüz tanı ölçütleri arasında yer bulamamıştır³².

1913 yılında Karl Jaspers şizofreninin belirleyici özelliğinin hastaların anlaşılabilirliği olduğunu “Genel Psikopatoloji” adlı kitabında ele almıştır. Jaspers ruhsal hastalıklarda bir takım öncelikli belirtilerin ilk başta göz önüne alınması gerektiğini savunarak “tanı kriterleri” anlayışını doğuran sistemin temellerini atmıştır³⁴.

Adolph Meyer’e göre hayattaki bazı başarısızlıklarla ve güçlüklerle baş edemeyen kişi, zamanla yaşamındaki eksiklikleri yerine koymak için birtakım düzeltme mekanizmaları kullanıyordu. Başta zararı olmayan bu mekanizmalar yaygınlaştıkça ve biyolojik süreçlerin de eklenmesiyle bu bozukluğa dönüşüyordu³⁵.

Sigmund Freud bozukluğun sebebinin, hastanın kişiler ve nesnelere ilişkilerindeki değişiklikler olduğunu düşünmekteydi. Şizofrenideki içe çekilme, libidinal yatırımın kişinin kendisine yönelmesiyle oluşuyordu. Freud bunu “decathexis” olarak adlandırdı ve bunun bastırma mekanizmasıyla benzer bir rol üstlendiğini düşünüyordu³⁶.

1930 yılları sırasında Alman psikiyatrist Kurt Schneider, daha sonra “schneider belirtileri” adıyla da anılan şizofreniye özgü olabilecek bir takım bulgular üzerinde çalışmıştır. Kişinin kendisi ve çevresi arasındaki sınırların bozulmasıyla birinci sıra belirtiler ortaya çıkıyordu³³. Birinci sıra belirtiler; davranışları hakkında yorum yapan, aralarında konuşan sesler duyma, kendi düşüncelerinin duyulması, sanrılara bağlı algı bozuklukları, beden kontrolünün dış güçler tarafından sağlanması, duygularının kontrolünün başkaları tarafından etkilenmesi, düşüncelerin okunması, çalınması ve yayınlanması olarak sıralanabilir. Bu belirtiler bir süre boyunca şizofreniye özgü belirtiler olarak görülüp tanı koymada da kullanılmıştır³⁷.

Strauss şizofreninin belirtilerini pozitif semptomlar, negatif semptomlar ve ilişkilendirme bozuklukları olarak üç başlığa ayırmıştır. Carpenter’da yine üç başlık kullanmıştır. Bunlar psikotik semptomlar, negatif semptomlar ve bilişsel semptomlardır³⁸.

Şizofreni tanı sisteminde ilk defa Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı "Uluslar Arası Hastalık, Yaralanma ve Ölüm Nedenleri El Kitabı" içinde yer almıştır. Günümüzde Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 2013'de yayınlanan DSM-V'te, "Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar" grubu içinde "şizofreni" başlığı altında ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1992'de yayınladığı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması'nda (ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision), "şizofreni, şizotipal ve sanrılı bozukluklar" grubunda sınıflandırılmıştır^{7,39}.

2.1.2.Epidemiyoloji

Şizofreni, toplumda sık görülmesi, genç yaşlarda ortaya çıkması ve neden olduğu kayıplarla önemli bir sağlık sorunudur. 2010 yılında DSÖ tarafından yapılan "Global Hastalık Yüğü" çalışmasında, yeti yitimine en fazla neden olan ruhsal hastalıklar arasında ilk sıradadır. Sıklığı konusunda yapılan çalışmalarda, hastaneye başvuruların çoğu zaman sadece hastalığın ilerlediği durumlarda olması, ülkeler arasında kullanılan tanı kriterlerinin farklılığı, farklı araştırma yöntemlerinin kullanılması nedeniyle farklı sonuçlar bulunmuştur. Nokta yaygınlığının 10.000'de 1,5 olduğu gösterilmiştir⁴⁰. Dünyada 24 milyon kişinin şizofreni tanısının olduğu ve her yıl 2 milyon kişinin tanı aldığı düşünülmektedir.

Geçmişte şizofreninin sıklığında cinsiyetler arasında fark olmadığı düşünülüyordu. Son zamanlarda yapılan araştırmalar sonucu erkek/kadın arası görülme oranınının 1,4/1 civarında olabileceği gözlenmiştir. Başlangıç yaşı erkeklerde 20-25 ve kadınlarda 30-35 yaşları arasında artış göstermektedir. Kadınlarda ortalama beş yıl daha geç görülmektedir. 30 yaşına kadar erkeklerde daha sık görülmekle birlikte, 40 yaş sonrasında ise kadınlarda iki kat daha sık olduğu fark edilmiştir. Hastalığın ilk dekat ve 7. dekat civarında görülmesi nadirdir⁴¹.

Şizofreni tüm toplumlarda, her sosyoekonomik seviyede görülmekle birlikte, düşük sosyoekonomik düzeylerde daha sık görüldüğüne dair göstergeler bulunmuştur. Prevelansı düşük sosyoekonomik seviyelerde %2,5, yüksek sosyoekonomik seviyelerde %0,5 olarak görülmüştür⁴². Şizofreni tanısı

alan hastalardaki stresli yaşam olaylarının artışı mı sıklığın bu yöne kaymasına neden oluyor, ya da hasta kişiler işlevselliklerinin düşmesi sonucu mu toplumun bu kesimine yöneliyor? Bu soruların cevabına henüz ulaşılamamıştır²⁴.

Şizofreni tanılı hastalarda evli olma oranı toplumun geneline göre düşük bulunmuştur. Evlilerde prevalansının %1, bekârlarda ise %2.9 olduğu görülmüştür⁴². Bu duruma neden olabilecek sebepler, evliliğin hastalığa karşı koruyucu bir rol üstlenebileceği, hasta kişilerin daha sık boşandığı, yalnız yaşamının hastalık gelişiminde rol alabileceği olarak düşünülmüştür⁴³. Kadın hastalarda evli olma oranı, erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur⁴². Ülkemizde şizofreni evli kadınlarda bekarlara oranla ve bekar erkeklerde evli olanlara oranla daha ağır seyretmektedir⁴⁴.

Yakın zamanda bir çalışmada göç eden kesimde şizofreni sıklığında artışa rastlanmıştır. Göç etme sonucu azınlık olmanın getirdiği stres etkenlerinin, yatkın kişilerde tetikleyici bir faktör olabileceğini savunan görüşler bulunmaktadır. Bu kişilerin mevcut ruhsal hastalıkları nedeniyle de göçe yatkın olabileceği düşünülmüştür. Şehirlerde kırsal alanlara göre daha sık görülmektedir⁴⁵. Bu, şehirde doğmaktan çok, ergenlik ve genç erişkinlik yıllarının şehirde geçirilmesiyle ilişkili bulunmuştur⁴⁶.

Şizofrenide hastaların yaşam süresinin topluma göre %20 daha kısa olduğu görülmüştür. İntihar dışında yaşam süresinin kısalmasında en önemli yeri kalp-damar hastalıkları almaktadır⁴⁷.

2.1.3.Etyoloji

Şizofreninin etyolojisi hala kesin olarak bilinmemektedir. Çok sayıda faktörün etken olabileceği düşünülmektedir. Genel olarak kabul gören görüşe göre yaşamın erken dönemlerinde genetik ve çevresel etkenlerle duyarlı hale gelen beyin şizofreni gelişimine yatkın hale gelmekte, daha sonra biyolojik ya da ruhsal bir tetikleyiciyle hastalığın geliştiği düşünülmektedir. Çevresel etkenler de mutasyona yol açabilmeleri, gen açılımında değişimler yapabilmeleri nedeniyle biyolojik özellik taşımaktadır⁴⁸.

Oluş nedenleri aslında gerçekten birer neden mi, yoksa şizofreninin gidişi sırasında görülen durumlar mıdır? Biyokimyasal birçok bulgunun aslında sebep olmak yerine birer sonuç olduğu görülmüştür. Kraepelin'e göre şizofreni,

metabolik, toksik ve dejeneratif süreçlerin rol oynadığı, kalıtımın önemli rolünün olduğu bir hastalıktır³¹.

Şizofreninin gelişiminde kalıtımın önemli bir yeri vardır. Birinci derece akrabalarında şizofreni tanısı olanlarda şizofreni gelişme riski on kat fazladır. Genel popülasyonda şizofreni prevalansının %1 iken anne ya da babasından birinde şizofreni hastalığı olanlarda %12, anne ve babasından şizofreni tanısı olanlarda %40, ikiz kardeşler dışında bir kardeşinde şizofreni tanısı olanlarda %8, çift yumurta ikizlerinde %12, tek yumurta ikizlerinde %47 olduğu görülmüştür⁴⁹. Evlat edinme çalışmalarında şizofreni hastalarının çocuklarında, şizofreni tanısı olmayan aile ortamlarında büyüdüklerinde bile şizofreni riskinin genel toplumdaki yüksek olduğu bulunmuştur. Evlat edinilen şizofreni tanılı çocukların biyolojik ailelerinde şizofreni riski ise, sağlıklı çocukların biyolojik ailelerindeki riskten yüksek bulunmuştur⁵⁰. Yapılan çalışmalar sonucunda kalıtımın rolünün önemliliği görülmüş, ama hala tam olarak genetik geçişin türü aydınlatılamamıştır. Günümüz araştırmaları bağlantı ve ilişkilendirme çalışmalarına yönelmektedir. Bağlantı çalışmaları hastalığın bir kromozom bölgesiyle ilişkili olup olmadığını göstermektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar tutarsız sonuçlar vermiştir. İlişkilendirme çalışmaları ise, genetik belirtecin bir allele ne kadar kuvvetli bir ilişkide olduğuyla ilgilenir. İlişkilendirme çalışmalarında aday genlerden özellikle “disbindin” ve “nöregülin” üzerine yoğunlaşmıştır⁵¹.

Çocuğun anne karnında bulunduğu zamanda başlayan stres etkenlerinin de şizofreni gelişiminde risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Stres etkenlerinin hipoksi üzerinden bu riske neden olabileceği üzerinde durulmaktadır. İlk trimesterde yetersiz beslenme, ikinci trimesterde annenin maruz kaldığı influenza salgınları etken olabilecek nedenler arasındadır. Özellikle ikinci trimester, hipokampus gelişiminin bu dönemde olmasından dolayı şizofreni gelişim riski açısından önemlidir⁵². Gebelik ve doğum komplikasyonları da geriye dönük çalışmalarda şizofreni tanısı alan kişilerde yüksek oranda görülmüştür. Kış sonu ve ilkbahar aylarında doğan çocuklarda da şizofreni gelişim riski fazla bulunmuştur. Bu aylarda geçirilen viral enfeksiyonların fazlalığının ve beslenme özelliklerinin buna neden olabileceği düşünülmüştür⁵³. Düşük doğum ağırlığı, acil sezaryen ihtiyacı ve annede diyabet varlığı da risk

artışına neden olabilen faktörlerdir⁵⁴. İleri baba yaşı da artan kromozomal kusurlar nedeniyle etyolojide araştırılan bir başka faktördür⁵⁵. Bir başka bulgu ise ileri baba yaşına göre daha düşük olmakla birlikte 25 yaş altı baba çocuklarındaki risk artışıdır⁵⁴.

Şizofreni gelişim riskleri açısından yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında; sağlıklı kişilere göre lateral ve üçüncü ventriküllerde genişleme, beyin hacminde azalma, gri cevher azalması, beyaz cevher bütünlüğünde bozulma, normal asimetride bozulma ve gelişimsel anomaliler gibi bulgular görülmüştür⁵⁶. Bir çalışmada MR değişikliklerinin şiddetiyle, atak süreleri ve kullanılan antipsikotikler arasında ilişki görülmüştür. Atak süresiyle özellikle frontal korteks ve beyaz cevherde, antipsikotik miktarıyla da bağlantılı olarak tüm beyinde hacim azalması dikkat çekmiştir⁵⁷. Başka bir çalışmada lateral ventrikül genişliğinin artışıyla, negatif ve bilişsel belirtiler arasında ters yönlü bir bağlantı saptanmıştır⁵⁸.

FMRI, PET ve SPECT gibi işlevsel beyin görüntüleme çalışmaları da şizofreni etyolojisine katkıda bulunabilecek bilgiler sunmuştur. FMRI'da frontal kortekste aktivite azalması ve orta hat yapılarının bir kısmında istirahatte aktivite artışı görülmüştür⁵⁹. İşitsel varsanıları olan hastaların çoğunda ise varsanı esnasında sol üst ve orta temporal kortekste aktivite artışı görülmüştür⁶⁰.

Post-mortem çalışmalarda prefrontal ve temporal kortekslerde kortikal gri madde azalması, serebral beyaz cevher yolu bozuklukları, amigdala, hipokampus ve entorinal korteks ile talamus gibi limbik sistemde hacim azalması ve bazal ganglion çekirdeklerinde hacim artışı olduğuna dair bulgular saptanmıştır. Çalışmalarda gliozise rastlanmaması, şizofreninin dejeneratif olmaktan daha çok gelişimsel bir hastalık olduğunu düşündürmüştür⁶¹.

Nörokimyasal açıdan yapılan incelemelerde başlıca mekanizmalar; dopamin, serotonin, noradrenalin, glutamat ve GABA aktivitesi üzerinden olmuştur. Dopamin varsayımına örnek olarak; antipsikotiklerin etki gücü ile D2 reseptör bağlanma oranları arası ilişki, şizofreni hastalarında post-mortem beyin D2 reseptör yoğunluk artışı ve amfetamin, kokain gibi maddelerin dopamin etkinlik artışıyla şizofreni benzeri semptomlar ortaya çıkarmasını verebiliriz⁶².

Şizofreni hastalarında otoimmün hastalık birlikteliğinin sıklığı da etyolojide immün süreçlerin etkili olabileceğini düşündürmüştür⁶³. Yapılan çalışmalarda özellikle interlökin-6 ve interlökin-8 üzerinde durulmuştur^{64,65}. Kompleman-4 sentezinden sorumlu genetik bölgenin araştırıldığı çalışmalarda bulunmaktadır⁶⁶.

Şizofreni tanısı alan bireylerin gelişimsel süreçleri izlendiğinde motor gelişim, dil ve bilişsel beceri gibi alanlarda aksamalar görülmüştür⁶⁷. Çocukluk çağı travmaları da etyolojide etken olabilmektedir⁶⁸. Psikoaktif maddelerin, bunlardan da özellikle kannabisin şizofreni riskini iki kat arttırdığı düşünülmektedir⁶⁹.

Şizofreniyi bu bilgiler ışığında genetik yatkınlığın önemli rolünün olduğu, nörogelişimsel bozulma, nörotransmitter sistemlerindeki bozukluklar ve nörodejeneratif süreçlerle gelişen çok etkenli bir hastalık olarak tanımlayabiliriz.

2.1.4.Klinik belirtiler

Şizofreninin belirtilerini günümüzde de hala kullanılabilen şekliyle ilk tanımlayanlar Kraepelin ve Bleuler olmuştur. Şizofrenide belirtiler; algılama, düşünme, duygu, davranış ve bilişsel alanlarda gelişen bozukluklar sonucunda oluşmaktadır. Bu belirtiler şizofreniye özgü olmamakla birlikte başka psikiyatrik ya da nörolojik hastalıklarda da görülebilir⁷⁰. Şizofreniyi belirtilerin birlikte bulunduğu bir sendrom olarak tanımlayabiliriz. Kişinin işlevselliğini, baş etme becerilerini, iletişimini bozabilir, sosyal ve iş hayatında sorunlara yol açabilir. Şizofreni hastalarının yaşadığı sorunlar kişiden kişiye, aynı kişide de zaman içinde değişiklik gösterebilir. Gerçeğe yabancılaşma hissine tepki olarak hasta garip bir düşünce, davranış ve duygu sistemi oluşturur. Çoğu zaman hasta olduğunun bilincinde olmaz. Yaşadıklarını gerçek olarak değerlendirir ve tepkileri bu yönde gelişir⁷¹.

Şizofreni hastasına genel olarak bakıldığında; sessiz, ilişki kurulması zor, içe kapanık, donuk, aldırılmaz ve anlaşılmaz bir görünüm vardır. Genellikle genç yaşlarda başlayan şizofrenide çocukluk çağlarından itibaren bir takım haber verici semptomlar bulunabilir. Hastalık tanısı konmadan önceki dönemde arkadaş sayısı az, okul başarısı düşük ve sosyal etkinliklerden kaçan bir kişi bulabiliriz. Bu bulgular başta kişilik özellikleri olarak düşünülebilir. Tanı

konduktan sonra hastanın geçmişine bakıldığında yaşananların prodromal belirtiler olduğu farkedilebilir. Bu belirtilere her hastada olmamakla birlikte çoğunlukta rastlanılmaktadır. Sindirim sorunları, kas ağrıları, somatik belirtiler ve obsesif kompulsif davranışlar gibi semptomlarda tanı konmadan önceki dönemde bulunabilir. Hastanın işlevselliği gittikçe bozulur. Okul ve iş hayatında başarısızlıklar görülebilir. Psikotik atak herhangi bir stresörle tetiklenerek ya da kendi kendine başlayabilir⁷².

Konuşmada tek düze bir ses tonu vardır ve düşünce içeriğindeki bozulmalar konuşmaya yansiyabilir. Konuşmanın içeriğinde fakirleşme olabilir. Yani konuşma uzun sürse bile anlam içeren konu miktarı kısıtlıdır. Sorulara kısa cevaplar verebilirler. Konuşmaya kendiliğinden başlama davranışında azalma görülebilir. Bazen de konuşmayı gereğinden fazla uzatabilir. Aşırı soyut ya da somut bir anlatım kullanabilir. Kullanılan antipsikotik ilaçlar konuşmada güçlüğe yol açabilir⁷³.

Hastaların olaylara duygularıyla katılımlarında azalma görülebilir. Konuşulan konunun içeriğine eşlik etmeyen, değişmeyen bir yüz ifadesi vardır. Mimikler, göz teması kurma ve gerektiği zamanlarda gülümseme davranışı yeterince olamayabilir. Vurdumduymaz ve aldırılmaz görünebilirler. Ama bu acı çekmediklerini düşündürmemelidir. Hastalığın ilk dönemlerinde görülebilen anksiyeteye bağlı olarak huzursuz, sıkıntılı bir duygulanım olabilir. Bazen anlamsız gülme, ağlama ve uygunsuz duygulanım eşlik edebilir⁷⁴.

Şizofreni hastalarında genellikle bilinç, yönelim ve dikkat bozukluğu görülmemektedir. Bazı durumlarda hastalar yönelim sorularına anlamsız cevaplar verebilirler. Hastaların algılama bozuklukları ya da ilgi kaybından kaynaklanan dikkat azalması görülebilir. Dikkat muayenesinde hastanın sorulara yeterince ilgisi çekilebilirse çoğu zaman dikkat konusunda sorun olmadığı görülebilir. Bellek muayenesinde de isteksizlik ve düşünce bozukluğuna bağlı olarak bozulmalar fark edilebilir. Temelde birincil bir bellek ya da dikkat bozukluğunun olmadığı yönünde çalışmalar vardır⁷⁵. Bazı görüşler ise bağımsız olarak dikkat ve bellekle alakalı bozukluklar olabileceğini savunmaktadır⁷⁶. Hastanın bilişsel yıkımı nedeniyle zeka geriliği düşündüren bir görünüm olabilir. Son zamanlarda bazı çalışmalar ise işlem belleği üzerinde yoğunlaşmıştır. Hastaların ayrıntılı muayenesi yapıldığında; akıl yürütme,

problem çözüme ve öğrenme gibi alanlarda aksamalar görülmektedir. Bu işlemler birer kısa süreli bellek çalışması ürünüdür⁷⁷.

Şizofreninin temel bulgularından biri de algı bozukluklarıdır. Varsanılar şizofreni hastalarında tanı için gerekli olan belirtilenlerden biridir. Dış uyaran olmadan algılanan duyuşsal yaşantılardır. En sık işitme varsanılarına rastlanmaktadır. Bunlar; hakaret, emir verme, yorum yapma, kendi aralarında konuşan sesler biçiminde olabilir. Görsel, tat, koku ve dokunma varsanıları da bazı hastalarda görülebilir. Hastalar varsanılarına sanrısal açıklamalar da getirilebilir⁷⁸. Hastalar çoğu kez varsanılarının gerçek olduğunu düşünür. Bu konuda içgörü geliştiremezler. Depersonalizasyon ve derealizasyon da şizofreni hastalarında rastlanabilen diğer algı bozukluklarındandır⁷⁹.

Hastalarda düşünce bozuklukları da sıklıkla görülmektedir. Bunlar; içerik, süreç, biçim bozulmaları şeklinde olmaktadır. Düşünce hızında artma, azalma, konudan konuya atlama, içerikte fakirleşme, düşünce blokları, yeni sözcük uydurma ve aynı sözcükleri tekrarlama düşünce biçiminde görülen bozuklukların bazılarıdır. Düşünce içeriğinde ise; mantıklı açıklamayla değiştirilemeyen, sunulan kanıtlarla sarsılmayan, kişinin içinde bulunduğu kültürle bağdaştırılamayan bir takım inanışlar, “sanrılar” olabilir. Sanrılar tutarsız, acayip ve dağınık niteliktedir. Kötülük görme, alınma, erotomanik, nihilistik, büyüklük ve küçüklük görülebilen diğer sanrı biçimlerindedir. Obsesyonlara da şizofreni hastalarında rastlanmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda şizofreni hastalarının obsesyonlarının, şizofreni tanısı olmayan hastaların obsesyonlarından farklılık göstermediğini ortaya koymuştur⁸⁰.

Şizofreninin negatif ve pozitif belirtileri 1800’lü yıllarda Hughling Jackson tarafından tanımlanmıştır. Pozitif belirtiler; normalin üstünde, aşırılık, sapmalar ve daha önce bulunmayan belirtilerin gelişmesi, negatif belirtiler ise; normalin altında, eksik, yetersiz ve mevcut yetilerin kaybı olarak nitelendirilen durumları tanımlar. Pozitif belirtilerle ifade edilen grup; sanrılar, varsanılar, taşkınlık, dezorganize konuşma ve davranış gibi semptomlar, negatif belirtilerle ise; duyuşsal içe çekilme, ilgi azlığı, küntlük, konuşma içeriğinde fakirlik, ilişki kurmada güçlük ve asosyalittir. Negatif belirtiler; pozitif belirtilere bağlı olarak toplumdan kaçınma şeklinde, ilaçların neden olduğu güçsüzlük, dikkat azalması, donukluk ya da depresyona bağlı olarak gelişebilir. Bunlara ikincil

negatif belirtiler denir. Şizofreninin ilk atağında ve yineleme gösterdiği dönemlerde pozitif, yatışmaların olduğu süreğen dönemlerde ise negatif belirtiler daha çok görülür. Negatif belirtilerle seyreden durumların seyrinin daha kötü olduğu ve ilaçlara daha az cevap verdiği, pozitif semptomların yoğun olduğu durumların ise seyrinin daha iyi olduğu ve ilaçlara daha iyi yanıt alındığı görülmüştür. Hastalığın başlangıcında bulunan negatif belirtiler ise birincil defisit sendromu olarak adlandırılır⁸¹.

Şizofrenide hareket bozuklukları da görülmekle birlikte bu bozukluklar çok çeşitli şekillerde olabilir. Anlamsız yüz, göz hareketleri, yineleyici, amaçsız, el, kol, beden hareketleri, tikler, donakalma ve taşkınlık bunlara örnek olarak verilebilir. Şizofreniye özgü olmayan uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları da sıklıkla görülmektedir⁸².

2.1.5.DSM-V Tanı Kriterleri⁷

A.Aşağıdaki belirtilerden ikisi, en az bir aylık sürenin (tedavi edilmişse daha az bir süre) önemli bir bölümünde bulunur. Bunlardan en az biri 1., 2. ya da 3. belirti olmalıdır.

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Dezorganize konuşma
4. Dezorganize davranış ya da katatoni
5. Negatif belirtiler

B.Bu bozukluğun başladığı zamandan beri önemli bir sürede iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok alanda işlevsellik seviyesi, bozukluk başlamadan önceki düzeye göre belirgin olarak azalmıştır.

C. Bu bozukluğun bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evrede, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarı ile tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve prodromal ve rezidüel belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, prodromal ya da rezidüel evrelerde, yalnızca negatif belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütündeki iki ya da daha fazla belirtinin eşik altı biçimleriyle ortaya çıkabilir.

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

E.Bu bozukluk, bir madde ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

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

2.1.6.Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni çok farklı şekillerde seyredebilmektedir. Yavaş ve gizli belirtilerle uzun süre ilerlerken ilk atak dönemi, herhangi bir stresörle ya da kendiliğinden ortaya çıkabilir. Ataklar spontan şekilde ya da tedaviyle gerileyebilir. Daha sonra çoğu zaman negatif belirtilerin yoğun olduğu kalıntı şizofreni olarak ilerleyebilir. Genç yaşlarda uzun süren pozitif belirtilerin olduğu atak dönemleri de görülebilmektedir. Pozitif belirtilerin olduğu dönem kimi zaman uzun yıllar sürebilir. Hastalık iyileşme ve ataklarla seyredebilir. Nadiren tamamen iyileşmelerin olduğu da durumlar da olmuştur⁸³.

Hastanede tedavi gören şizofreni hastaları tedaviye devam etseler bile, bir yıl içinde %35-40 oranında tekrar atak geçirebilirler. Atak sayısı arttıkça hastalığın kronikleşme riski artar⁸⁴. Şiddetli bulguları olmasına rağmen sosyal yaşama ve iş yaşamına uyum sağlayabilecek düzeyde iyileşen hastalar da vardır²⁴. Tek psikotik atak geçiren hastaların izlendiği bir çalışmada beş yıl içinde %14 oranında iyileşme görülmüştür⁸⁵.

Kadın cinsiyet, hızlı başlangıç, hastalığın ileri yaşlarda başlaması, evli olmak, kırsal alanda yaşama, zeka seviyesinin yüksekliği, pozitif belirtilerin fazla olması, tedaviye erken başlanması ve hastalık öncesi toplum uyumunun iyi olması hastalığın gidişinin iyi olacağına yönelik göstergelerdir. Erkek olmak, yavaş seyirli başlangıç, erken ilk atak, bekar olmak, şehirde yaşamak, düşük

zeka düzeyi, negatif belirtilerin fazla olması, tedaviyi düzenli almamak ve ailede şizofreni öyküsü ise daha kötü seyirli olabilecek bir hastalık dönemi için öngörücülerdir⁸⁶. Ayrıca kişinin stresle baş etme yeterliliği anlamına gelen “psikolojik dayanıklılık” gidişin olumlu olabileceğini gösteren bir faktör olarak değerlendirilmeye başlanmıştır⁸⁷. Araştırmalar ilk hastane yatışı sonrası 5-10 yıl içinde, hastaların %10-20’sinin iyi bir gidiş gösterdiğini ortaya çıkarmıştır. Hastaların %50’sinden çoğu ise duygudurum bozuklukları, tekrarlayan hastane yatışları ve intihar girişiminin olduğu kötü bir seyir göstermektedir. Şizofreni seyri duygudurum bozukluklarına göre daha ağır olmaktadır⁸⁸.

Ailede duygu dışavurumunun fazla olmasının da hastalığın seyrini olumsuz yönde etkileyebileceğine dair çalışmalar bulunmaktadır⁸⁹. Hastanın ailesinin beklentilerinin yüksek olması hasta için stres kaynağı durumuna gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde ailelerin ve hastanın beklentilerinin daha yüksek olabileceği tahmin edilebilir. Hastalığın doğal seyri nedeniyle uyum sorunlarının olabileceği bilinen bir gerçektir. Hastanın ailesinin beklentileri düşmedikçe hasta daha fazla stres yükü altında kalacaktır ve hastalığın gidişi olumsuz etkilenecektir. Bu nedenle gelişmekte olan ülkelerde hastalığın seyrinin daha iyi olabileceği yönünde görüşler vardır. Batıya göre kabul ve sosyal bağlılığın daha yüksek olması da bu farkın nedenlerinden biri olabilir⁹⁰.

2.2.Şizofreni ve İçgörü

İçgörünün bir kavram olarak tam olarak açıklaması, geçerliliği ve güvenilirliği hala tartışmalıdır⁹¹. İçgörü, en basit haliyle hastanın yaşadığı sorunların bilincinde olması, hasta olduğuna karşı farkındalık kazanmasıdır⁹². Şizofreni hastalarının çoğunun hasta olduklarına, belirtilerinin neyi ifade ettiğine, yaşadıkları sosyal problemlerin nedenlerine ya da tedavi gereksinimlerine dair farkındalıkları yoktur⁹³.

Jaspers ve Lewis içgörüyü ilk tanımlayan kişilerdendir. Lewis ve Jaspers tanımlamalarında içgörüyü hastalarda var ya da yok olarak ele almışlardır. Psikotik bozukluklarda içgörü kaybını bozukluğun temel özelliklerden biri olarak görmüşlerdir. Son zamanlardaki görüşler ise, içgörünün var ya da yok olarak nitelendirilemeyip, birçok bileşeni olan bir işlev olarak ele alınabileceği düşüncesine yöneldi. David bir makalesinde bu konunun öneminden bahsedip

içgörüyü hastalığın farkındalığı, psikotik bulguların anormal olarak değerlendirilebilmesi ve tedavi uyumu olarak gruplandırmıştır⁹⁴. 1989 yılında Greenfeld ise içgörüyü; belirtiler hakkındaki düşünceler, hasta olup olmadığı konusundaki hastanın yorumu, bu duruma neden olabilecek faktörler hakkındaki görüşleri, hastalığın yinelemesine duyarlılık ve tedavinin faydası olarak alt başlıklara ayırmıştır⁹⁵. Yine 1989 yılında Mcevoy ve arkadaşları tarafından içgörü ilk defa yapılandırılmış bir ölçekle değerlendirilmiştir⁹⁶. İçgörü klinik muayenenin bir parçası olarak tedaviye istekli olma, bilinçli bir rıza alımı, iradenin yürütülmesi ve cezai sorumluluk gibi konularda da değerlendirilmektedir. İstemsiz tedavi yönetimi ve klinik psikiyatrideki yasal denetimlerde şizofrenide içgörü eksikliğinin kabul edilmesinin sonuçlarıdır⁹⁴.

Bleuler'in tanımlamasına göre, şizofreni hastaları paylaşılan dünya ve içsel psikotik dünya olarak tanımlanan farklı iki dünyaya sahiptir. Bu dünyalar birbirinden ayırılır. Genellikle bu iki dünya arasında çelişki yaşamaz. Hastanın görüşüne göre iç dünyası diğer insanlar tarafından anlaşılmamaktadır. İç dünyasında hezeyanları doğrultusunda davranırken, paylaşılan dünyada bunu göstermeyebilir. Bu tanımlama "çift kayıt tutma" olarak ifade edilmektedir⁹⁷.

Markowa ve Berrios'a göre ise içgörü, sadece hastalığın olup ya da olmadığı şeklinde bir yorumlama olarak değerlendirilmemeli, hastanın çevreyle yaşadığı etkileşimin sonuçlarının da farkında olması gerekmektedir. Bu nedenle hastaların kendilerini değerlendirdikleri bir ölçek geliştirmiştir. İçgörünün çevresel ya da kişinin iç dünyası etkenli olarak değişebileceği, eğitim, kişilik ve geçmiş yaşantılardan etkilenebileceği konusu da çalışmalarına konu olmuştur⁹⁸.

Klinik muayenede içgörü tamamen hastalık reddi, hafif farkındalık ama aynı zamanda yardıma ihtiyacı olduğunun kabulü, hasta olma bilinciyle birlikte bazı olayları dış etkenlere bağlama, entelektüel içgörü ve gerçek duygusal içgörü basamaklarında değerlendirilmektedir⁹⁹.

İçgörü bozukluğunun nedenleri günümüzde hala tam olarak aydınlatılamamıştır. Bir savunma mekanizması olarak işlev gördüğü, kognitif bir bozukluk olabileceği ya da hastalığın kliniğinden kaynaklanan varsanı ve sanrılarla ilişkili bir semptom olabileceği gibi değişik görüşler ortaya atılmıştır¹⁰⁰. Saravannan ve arkadaşları ise bu şekilde bir sınıflamayı daha çok Avrupa yönlü

olarak düşünüp, içgörünün daha sosyokültürel bir süreç olabileceğini savunmuştur. Doğu kültüründe “günah”, “ceza”, “doğaüstü olaylar”, “karma” gibi kavramların eklenmesi nedeniyle, birçok hastanın biyomedikal ve biyomedikal dışı müdahalelere ihtiyacı vardır⁹⁹. Bu nedenlerin hiçbiri tek başına geçerli olmayıp her hastada, hastalarda da; hastalığın varlığına, tedavinin etkilerine ve sosyal sonuçlarına karşı olan gibi içgörünün farklı boyutlarına göre şekillenebilir¹⁰¹. Aynı hasta içinde hastalığın süresine ve klinik durumuna göre de değişebilmektedir¹⁰². Nöropsikolojik, nöroanatomik ya da metabolik etkenlerinin de olabileceğine yönelik görüşler vardır. Frontal korteks hasarı olan, belirtilerini açıklama getiremeyen ve tanımlayamayan hastalarda görülen anozognozi de şizofreni hastalarında görülen içgörü eksikliğiyle benzer bir bulgu olarak düşünülmüştür¹⁰³. Her ikisinde de rahatsızlıklarının farkındalığı konusunda ciddi bir eksiklik, kendi iddialarını kanıtlamak için güçlü bir arzu, patolojik semptomları açıklamak için masallamalar ve frontal kortekste patolojiler görülebilir⁹⁹.

Bilişsel fonksiyonlar içgörüyle ilişkilendirilen alanlardan biridir. İşlem belleği öğrenilen bilgiyi akılda tutarak, herhangi bir işlemde kullanabilme yeteneğini ifade eder. Bazı çalışmalarda içgörüyle yakından ilişkili olduğu görülmüştür¹⁰⁴. Hastaların öğrendikleri bilgileri yeterince değerlendirip, hastalığa bağlı bir bulgu olduğuna dair yorumlamaları yetersiz olabilir¹⁰⁵. Ayrıca içgörünün sözel hafıza ve IQ puanlarıyla da ilgili olduğunu gösteren veriler vardır¹⁰⁶. Önemli bilişsel işlev parametrelerinden biri olan “hatayı ayırabilme kapasitesi” ise içgörüyle ilişkili bulunmamıştır¹⁰⁷.

Yapılan çalışmalar sonucunda içgörüyle ilişkilendirilen beyin bölgeleri; ventrolateral prefrontal korteks, ventromedyal prefrontal korteks, arka prefrontal korteks ve temporal korteksler olarak saptanmıştır¹⁰⁸. Başka çalışmalarda ise düşük içgörüyle bağlantılı olarak temporal, parietal korteks, ön ve arka singulat, insula ve serebellumda gri cevher azalması görülmüştür^{109,110}.

İçgörüyü pozitif, negatif ya da dezorganize bir belirti olarak değerlendiren görüşler de vardır. Pozitif bir bulgu olarak içgörü azlığı, karşılaşılan zorluklara rağmen hastalığın yok sayılması nedeniyle sanrısız bir düşünce olarak yorumlanabilir¹⁰⁰. Kişinin gerçekleri yorumlamasında ve düşüncelerinde yetersizlikler olarak bakıldığında, negatif bir bulgu yönünde tanımlanabilir.

Kişinin hastalık öncesindeki zamanlara göre nelerin değiştiği konusundaki yetersiz yorumları ise bir dezorganize belirti olarak değerlendirilebilir¹¹¹. Jaspers içgörü konusunda bazı önemli noktalara dikkat çekmiştir. Entelektüel içgörü olarak tanımlanan hastaların tıbbi bilgileri, psikoterapötik görüşmeler sonucunda edindiği yorumları ve psikotik yaşantıları hakkındaki bazı görüşleri içgörüyü değerlendirme açısından yanıltıcı olabilir. Hastalara sorulduğunda, psikotik semptomlarına karşı "birtakım nedenler sonucunda" ve "hastalığın etkisiyle" olduğu gibi bazı açıklamalar getirebilirler. Entelektüel içgörü bu şekilde tedavi uyumunda yardımcı olabilir. Derinlemesine incelendiğinde ise hastaların bu bulguların hastalığa bağlı olmadığına ve gerçekten var olduğuna inandığı görülebilir⁹⁴.

İçgörünün her alanda sabit bir yorum olmadığı görüşünü savunan araştırmacılar olmuştur. Hastalar psikotik semptomlarını hastalığa bağlayabilir ama tedaviyle düzeleceğine inanmayabilir¹¹². Bazı hastalar ise bazı belirtileri fark edebilir fakat bunları hastalık dışındaki başka nedenlere bağlayabilir. Burada belirtilerin farkında olma ve belirtileri hastalığa atfetme kavramlarındaki farklılık öne çıkmaktadır¹¹³. Yapılan çalışmalarda belirtilerin farkında olmama dorsolateral prefrontal korteks, belirtileri doğru atfedememe ise orbitofrontal korteks ile ilişkili bölgeler olarak tanımlanmıştır¹¹⁴.

Şizofreni hastalarının çoğunda içgörü azlığının olduğu çoğu çalışmada gösterilmiştir. DSÖ'nün yaptığı bir çalışmada %97 oranında bir içgörü yetersizliğinden söz edilmektedir¹¹⁵. İçgörünün sosyodemografik ve klinik birçok değişkenle ilişkisi çok sayıda çalışmaya konu olmuştur. Kadın cinsiyette olmak, hastalık süresi, işlevsellikte bozulma, depresif belirti azlığı ya da çokluğu bunlardan bazılarıdır. Çalışmaların sonuçları çoğunlukla tutarsız olarak değerlendirilmiştir^{116,117,118,119,120}. Hastane yatışının uzunluğu, yatış sayılarının artışıyla, düşük ya da yüksek seviyedeki içgörü arasında ilişki bulan çalışmalar da vardır^{15,121,122}. Ailede şizofreni öyküsü de içgörüyü etkileyebilecek faktörlerden biridir. Ailede şizofreni tanısı olan başka kişilerin bulunması hastanın sosyal konumunu kötüleştirmekte, psikososyal işlevsellikte düşmeye neden olmakta ve içgörüsünü azaltabilmektedir¹²³. Klinik belirtilerin düzeyiyle içgörüyü karşılaştıran çalışmalar da yapılmıştır. Bazı çalışmalar pozitif semptom şiddetiyle içgörü arasında doğrusal bir ilişki gösterirken, bazı çalışmalarda

hempozitif hem negatif semptomlarla içgörü arasında doğrusal bir ilişki göstermiştir^{119,124}. Pozitif ve negatif semptomlarla içgörü arasında ilişki bulmayan çalışmalar da olmuştur¹²⁵.

Şizofreni hastalarında hastalıklarına karşı farkındalık savunma teorisiyle açıklanan depresif duygudurum, umutsuzluk ve intihar düşüncesi ile ilişkilidir⁵. Şizofrenide içgörüyle depresif semptomlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı çalışmalarda anlamlı ilişkiler bulunmuştur. İçgörü artıkça depresif semptomlar artmaktadır^{101,126,127}. Depresif belirtilerle bu ilişkiyi bulmayan çalışmalar da olmuştur¹²⁸.

İçgörü azlığıyla ilgili ortaya atılan görüşlerden biriside kişinin hastalığını inkar etmesidir¹²⁹. Hastalık belirtilerinin arttığı dönemlerde içgörü azalmakta, hasta olumsuz bir duyguya kapılmamak için hastalığın varlığı inkar ederek bir savunma mekanizması oluşturmaktadır¹³⁰. Şizofreni tanısının netleşmesinden kısa bir süre sonra 1920 yılında Mayer-Gross, hastaların yaşantılarına karşı ilk tepkisinin “psikotik deneyimin inkarı” ile semptomların farkında olmadıklarını dile getirmiştir. Başka görüşler ise hastaların hastalığa karşı farkındalıklarının olabileceğini, ama acı çekmemek için hastalığı yok sayabildiklerini düşünmektedir. Hastalar inkar, aktif kaçınma ve sıkıntıları pozitif anlama gelecek şekilde yorumlama ile hastalıkla başa çıkabilmektedirler. Bu düşünceye göre inkar mekanizması kullanıldığında sıkıntı ve içgörü daha az olacaktır^{131,132}. Warner hastaların toplumda damgalanmamak için hastalığı inkar edebileceklerini öne sürmüştür. İçgörünün disforiyle bağlantılı olduğunun bazı çalışmalarda gösterilmiş olması da bu görüşü onaylayan bulguların içinde değerlendirilmektedir^{133,134}. Yapılan başka bir çalışmada ise Lysaker ve arkadaşları hastalıkla başa çıkma yöntemi olarak kaçma tutumunu kullanan hastaların, semptomlarına karşı daha düşük farkındalığı olduğunu görmüştür¹³⁵.

Şizofrenide içgörü azlığı yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir¹³⁶. Depresyonu olmayan şizofreni hastalarında, depresyonu olan hastalara göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Bu durum başka bir görüşle, içgörü seviyelerindeki yükseklikle sıkıntılarını sağlık durumlarındaki bozukluklara, sosyal desteklerinin yetersizliğine ve yaşamlarındaki olumsuz koşullara bağlayabilen hastaların daha depresif hissettiklerine bağlanmıştır¹³⁷. İçgörüde meydana gelen iyileşmelerle ise hastaların işlevselliği artmaktadır¹³⁸. Sosyal

desteği fazla olan hastalarda içgörü seviyesinde artış görölmektedir²⁰. Başka bir çalışmada ise yüksek ve düşük seviyedeki içgörüye sahip hastaların algıladıkları sosyal destek tatmini yüksek bulunurken, orta seviye içgörüde düşük bulunmuştur¹³⁹. White ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise yüksek içgörü, aile ve yakın arkadaş sayısıyla pozitif ilişki gösterirken, bu ilişkilerden duyulan tatmin aynı ölçüde ilişkili bulunmamıştır¹²³.

Şizofreni hastalarıyla karşılan birçok uzman, çoğu hastada durumlarına karşı içgörü azlığına rastlamaktadır. İçgörü kaybı hastanın konuyla ilgili uzmanlardan gelen tedavi ve ailelerinden gelen tedavi desteklerini almasına engel olmaktadır¹¹³. Bazı hastaların psikotik semptomlarına karşı içgörülerini olmamasına rağmen tedaviye uyumu iyidir¹⁴⁰. Buna rağmen içgörü azlığı, tedaviye uyumsuzluk, hastane yatışı sayısında artış ve hastalığın olumsuz gidişyle ilişkilidir. İçgörüsü fazla olmasına rağmen tedavi uyumu bozuk olan hastalar da vardır⁹⁴. Geçmişe yönelik yapılan bir çalışmada hastaların hastalıklarına karşı içgörülerinin olmasının, psikotik ilk atak sonrası sonraki bir atağın gelişip gelişmeyeceği yönünde en iyi öngörücü olduğu saptanmıştır¹⁴¹. Başka bir çalışma ise içgörü seviyesindeki artışın hastalığın sık relapsıyla ilişkili olduğunu göstermiştir¹³.

İçgörü konusunda öne sürölen hipotezlerden biri de psikotik bozukluklarda içgörü sorununun bir benlik patolojisi olduğu düşüncesidir. Psikoz içinde olmayan bir benlik kendi kendine mevcut olduğunu, dünyada geçici olarak bulunduğunu, bedensel ve deneyim olarak sınırları olduğunu kabul eder. Bu durum hep böyledir ve kişi üstünde düşünme gereği duymaz. Psikotik bozukluklarda kişinin iç dünyası ve çevre iç içedir, neden sonuç ilişkisi kurulmaz. Dünya ve gerçek sadece o kişinin zihninden ibarettir. Şizofrenide dış gerçeklik durumsal olarak bu şekilde algılanmaz, sürekli böyledir. Bu nedenle kişinin hezeyanlarının hatalı yorumlar olarak değerlendirilip değiştirilmeye çalışılmasındansa, bu algının kişinin hayatında nasıl bir etkisinin olduğunun anlaşılması faydalı olabilir^{142,97}.

2.3.Şizofreni ve Depresyon

Major depresyon kişinin yoğun bir üzüntü, keder, ilgi kaybı, isteksizlik içinde bulunduğu, değersizlik ve suçluluk duygularının eşlik edebildiği, uyku ve yeme bozukluklarıyla seyredabilen, kişinin iş ve sosyal yaşamında aksamalara neden olan bir duygudurum bozukluğudur. Şizofreniye eşlik edebilen depresif semptomların varlığı Kraepelin, Bleuler ve Mayer Gross zamanlarından beri bilinmektedir. İlk başta şizofrenide yas, umutsuzluk ve inkar mekanizmaları sonucunda yaşanan olumsuz duygular nedeniyle depresif belirtilerin geliştiği görüşü yaygın olarak kabul görmüştür. Mayer Gross'da 1920'de şizofreni hastalarının psikotik semptomlarından dolayı üzüntü ve mutsuzluk hissettiğinden bahsetmiştir. Bleuler ise keyifsizlik ve mutsuzluğun şizofreniyle birlikte bulunabilecek bulgular olabileceğinden çalışmalarında söz etmiştir^{143, 144}.

Bazı çalışmalar depresyonun aktif evredeki bulgulara tepki olarak ortaya çıktığını savunurken, bazı çalışmalar sonucunda da atak dönemi geriledikten sonra depresif tablonun ortaya çıktığı düşünülmüştür^{144,143}. Knight, atak sırasında pozitif belirtiler nedeniyle depresyon tanısı koymanın güçlüklerinden dolayı atak geriledikten sonraki dönemde bu belirtilerin fark edilebileceğini, "yani açığa çıkan depresyon" un bu dönemde kendisini göstereceğini belirtmiştir¹⁴⁵. Geçmişte şizofreni tanısı aldıktan sonra gelişen depresyona dikkat çekilip "post-psikotik depresyon" kavramından söz edilmişti. Bazı çalışmalar post-psikotik depresyonu hastanede uzun süreli yatışla ilişkili bulmuştur. Bu tanımı ilk defa 1976 yılında Mc Glashan kullanmıştır¹⁴⁶. Daha sonra bu kavram bırakılmıştır. ICD-10'da ise "post-şizofrenik depresyon" olarak şizofreni belirtilerinin tabloya hakim olmadığı, şizofreni ardından gelişen, negatif belirtilerin sık görüldüğü, ağır depresif nöbetten yoğunluk ve süre olarak daha hafif olan, ayırıcı tanı gereksinimi buldurmeyen bir tanım bulunmaktadır. Günümüzde artık eş tanı olarak depresyondan bahsedilmektedir. Şizofrenide atak sırasında ya da sonrasındaki dönemlerde depresyona rastlanabilmektedir⁷.

Bartels ve Drake şizofreniye eşlik eden depresyonda bir gruplama yaklaşımı önermişlerdir. Bu grupları ilaç kullanımı, tıbbi bozukluklar gibi organik etyolojiye bağlı depresyon, psikotik belirtilere bağlı depresyon, prodromal, negatif belirtiler gibi nedenlerle oluşan ve psikotik belirtisiz depresyon olarak ayırmışlardır¹⁴⁷. Liddle ve arkadaşları ise şizofrenide depresyonun nedenlerini

psikolojik ve nörolojik olarak ikiye ayırmıştı. Psikolojik mekanizmaya göre hastalar yetersizliklerinin farkına vardığında, olumsuz duygulara kapılıyor ve depresif bir duygudurum geliyordu. Nörolojik varsayımına göre ise, bu hastalarda depresyona şizofreninin getirdiği bir yatkınlık bulunuyordu¹⁴⁸. Nakaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresif semptomlarda iyileşme, pozitif semptomlarda iyileşmeyle anlamlı bulunurken, negatif semptomlarla iyileşmeyle anlamlı bulunmamıştır¹⁴⁹. Başka bir çalışmada ise kadın şizofreni hastalarında depresyon negatif bulgularla ilişkiliyken, erkeklerde pozitif bulgular ve hastanede kalış süresinin azalmasıyla ilişkili bulunmuştur¹⁵⁰.

Şizofreni hastalarında depresif semptomların varlığı atak gelişmeden önceki dönemde, atak sırasında ve sonrasında yapılan çalışmalarda %20-80 oranında bulunmuştur. Eski sınıflandırma sistemlerinde kullanılan paranoid şizofrenide depresyon riski diğer şizofreni türlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Messias ve arkadaşlarının bu konuda yaptığı bir çalışmada, sanrıların artmış depresyon riskiyle ilişkili olduğundan ve sanrıların önüne geçilebilmesinin depresyondan koruyucu bir etken olabileceği öne sürülmüştür¹⁵¹. Şizofreninin farklı evrelerinde depresyon birlikteliğini araştırmak için yapılan bir çalışmada, ilk atak şizofreni hastalarında %33, tekrarlayan atakta %38 ve klinik olarak atağın gerilediği hastalarda %29 oranında depresyon görülmüştür. Bu birlikteliği araştıran bir başka çalışmacı Siris, 2001 yılında şizofreni ve depresif belirtilerin varlığını konu alan 30 çalışmayı inceledikten sonra %25 oranında şizofreni ve depresyon birlikteliğinden bahsetmiştir. Ayrıca psikiyatristlerin şizofreni hastalarında depresyonun varlığını gözden kaçırabildiğini ve daha az tedavi ettiklerini çalışmaları sonucunda belirtmiştir^{152,153,154}.

Geçmişte depresyonun şizofrenide iyi gidiş öngörücüsü olabileceği düşünülürdü¹⁵⁵. Son yıllarda yapılan çalışmalarda şizofreniye eşlik eden depresyonun daha ağır olduğu, ayrıca şizofreninin seyrinide olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu hastalarda şizofreni de daha farklı bir biçimde ilerlemektedir. Eşlik eden depresyon artmış psikotik atak sayısı, hastaneye yatış sayısı, artmış ilaç kullanımı ve intihar riskiyle de ilişkili bulunmuştur^{156,154}. İlaçlara bağlı olarak gelişen “farmakojenik depresyon” a dikkat çeken ise Johnson olmuştur¹⁵⁷. Antipsikotik yan etkisi nedeniyle ortaya çıkan akatizi bir yan etki olmakla birlikte,

bazı durumlarda depresyonla karışabilmektedir. Buna neden olduğu intihar düşünceleri sebep gösterilebilir¹⁵⁸. İlaçlara bağlı akinetik depresyonda ise hastalarda psikomotor yavaşlama, kendiliğinde olan hareketlerde azalma ve bu davranışlarına karşı suçluluk düşüncesi olabilir¹⁵⁹.

Yapılan çalışmalarda depresyonu olan şizofreni hastalarının olmayanlara göre daha fazla hastane başvurusunda bulunup, daha fazla antidepresan tedavi aldıklarına, daha fazla intihara teşebbüs ettiklerine dair bulgular vardır. Çalışmanın sonucuna göre, bu hastalar daha düşük kendilik değerine sahip olup, daha fazla yalnız yaşamakta ve tanı öncesi altı ay içinde daha fazla stresli yaşam olayına maruz kalmaktaydı¹⁶⁰.

Şizofreniyle birlikte görülen depresyonun duygudurum bozukluklarından nörobiyolojik açıdan farklı olabileceğine dair soruları araştırmak amacıyla bazı çalışmalar yapılmıştır. Depresyon hastalarında yüksek trombosit MAO aktivitesine rastlanırken, depresyon tanısı alan şizofreni hastalarında düşük trombosit MAO aktivitesi saptanmıştır. Bu bulgunun ayırıcı tanı açısından yol gösterici olabileceği düşünülmüştür. Başka bir bulguysa depresyonu olan şizofreni hastalarındaki TRH küntleşmesidir¹⁶¹. Şizofreni hastalarının yaşadığı yüksek düzeydeki duyarlılıkta depresyona neden olabilecek faktörlerden biri olarak düşünülmüştür. Yüksek duyarlılığın etkisiyle sosyal çevrelerindeki olumsuz olaylardan daha kolay etkilenebilmekte, bu nedenle depresyona daha yatkın hale gelebilmektedirler. Şizofreni hastalarının olumsuz olaylara daha fazla maruz kaldıklarının öne sürüldüğü bir çalışma sonucunda da, hastaların depresyon gelişimi açısından çok sayıda etkenle karşılaşabildikleri görülmektedir¹⁶².

Şizofreninin klinik özelliklerinden olan; negatif belirtiler, istek kaybı, içe kapanma ya da ilaç etkilerine bağlı olarak ortaya çıkan akinetik durumların depresyondan ayrımı güçtür¹⁵⁴. 2002 yılında yapılan bir çalışmada şizofrenide depresyon tanısı koyabilmek için ayırt edici birtakım belirtilerin olup olmadığı araştırılmak istenmiştir. Çalışmaların sonuçları neticesinde depresif duygudurum ve değersizlik düşüncesinin ayırt edici olabileceği düşünülmüştür. Şizofreni hastalarında görülebilen duygulanımda küntleşme, dikkat bozukluğu ve apatinin, şizofreninin klinik tablosuna mı ait olduğu ya da hastalarda ek olarak depresyon tanısının olup olmadığı ayırımında güçlükler

yaşanabilmektedir. Depresyon hastalarında görülen depresif duygulanım, daha çok şizofreni lehine düşünülebilecek olan hastaların duygularını ifade etmede yaşadığı güçlükleri tanımlamak için kullanılan duygulanımda küntleşmeyle karışabilmektedir. Depresyonla ilişkili olabilen istek azlığı, ilgi kaybı ve psikomotor retardasyonun ise şizofreni hastalarındaki motivasyon kaybıyla ilişkilendirilen apatiyle ayrımı güç olmaktadır. Şizofrenide duygulanımda küntleşme ve apati, depresyonda ifade edilen duygusal niteliği taşımayan kavramlardır. Dikkat bozukluğu hem şizofrenide, hem de depresyonda görülebilmektedir. Anhedoni çalışma sonucuna göre bir tanı karışıklığına yol açmamıştır. Şizofrenide görülen anhedoninin emosyonel bileşeni içermemesi bunun açıklaması olabilir. Şizofrenide kişinin kendi içinde olmaktan çok toplumsal bir anhedoniden, depresyonda görülen haz alamamakla ilgili olmayan bir sosyal soyutlanmadan söz edilmektedir. Bu nedenle şizofrenide görülen anhedoni, depresyondaki istek azlığının getirdiği üzüntü, karamsarlık ve keder anlam yükünü taşımamaktadır. Bu çalışmayla şizofreni hastalarındaki depresyon açısından farkındalık kazandırıcı bulguların depresif duygudurum ve değersizlik duygusu olabileceği sonucuna ulaşılmıştır¹⁵².

Akut psikotik tabloda görülen depresif belirtilerin, ne derecede depresyon tanısı yönünde değerlendirilebilecek birer bulgu olduğunu araştırmak için bir çalışma yapılmıştır. Hastalara Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği verilmiş ve depresif duygudurum, intihar düşüncesi, suçluluk duygusu, retardasyon ve uykusuzluk depresyon açısından kuvvetli birer bulgu olarak nitelendirilmiştir. Hastalığın stabil olduğu ileri dönemlerde ise depresif duygudurum, intihar düşüncesi, somatik bulgular ve kilo kaybı depresyon açısından anlamlı birer bulgu olarak değerlendirilmiştir¹⁴⁹.

Depresyon, hastanın yaşadığı derin üzüntü, karamsarlık ve umutsuzluk duyguları nedeniyle intihar riskinde artışa yol açmaktadır. Şizofreniye eşlik eden depresyonda da bu risk devam etmektedir ve şizofreni tanısı konduktan sonraki on yıl içinde %10'luk bir intihar riski olduğu görülmüştür^{7,154}. Şizofreni hastalarında kliniğinin karmaşıklığı ve ortaya çıkarılmasının güç olması nedeniyle depresyon sağaltımında güçlükler yaşanmaktadır. Genellikle de hastalar depresyon tedavisi almamaktadır. Bu hastalarda tedavi planları

arasında; tedaviye uyumu iyileştirmeye, sosyal izolasyonla baş etmeye, yineleyen depresyon ve intihar riskini azaltmaya yer verilmelidir¹⁶³.

2.4.Şizofreni ve Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek kişinin aile, arkadaş ve yaşamındaki diğer kişilerden gördüğü ilgi, sevgi ve güvenle birlikte, yardım ve bilgilendirme ihtiyacının giderilebildiği, sosyal, maddi, psikolojik olarak kaynak sağlayan bir araç olarak tanımlanabilir¹⁶⁴. Bu kavramın özü, kişilere toplumsal bağlar yoluyla ihtiyacı olan yardımın iletilmesidir. Kişinin toplumun bir parçası olduğunun, ihtiyaçlarının fark edildiğinin ve giderildiğinin, değer gördüğünün bilincinde olmasına olanak sağlar^{165,166}. Kişinin ailesi, arkadaşları, akrabaları ve yaşamındaki özel kişiler başlıca sosyal destek kaynaklarıdır¹⁶⁴.

Sosyal destek kavramı algılanan ve sağlanan olarak gruplanmıştır. Kef'in görüşüne göre algılanan sosyal destek kişinin diğer insanlarla birtakım bağlarının olduğuna ve onlardan yardım göreceğine inanmasıdır¹⁶⁷. Algılanan sosyal destek kavramında kişinin çevreden gelecek yardıma karşı öznel bir değerlendirmesi söz konusudur¹⁶⁴. Son yıllarda bir baş etme faktörü ve hastalıklara karşı koruyucu etken olarak sosyal destek gündem konusu olmuştur. Yapılan araştırmalarda da sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlığın üzerindeki olumlu etkileri dikkat çekmiştir¹⁶⁸. Azalmış sosyal bağlantılar ise sağlık kalitesinde düşüş ve erken ölümle ilişkili bulunmuştur¹⁶⁹.

Kişinin çevresinden aldığı yardım, olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında yaşadıkları umutsuzluk duygularını azaltmakta ve baş etme becerilerinde artmaya neden olmaktadır¹⁷⁰. Sosyal destek kişinin stresli yaşam olaylarını kavrayabilip, başa çıkmasında yol gösterici olabilecek bir geri bildirimdir. Araştırmalar psikiyatrik hastalığı olan kişilerin psikiyatri dışı hastalığı olan kişilere göre ihtiyaçları olan sosyal yardımı daha az alabildiklerini göstermiştir. Hatta psikotik hastalıklarda bu destek neredeyse hiç yoktur¹⁶⁶. Şizofreni tanısı olan hastalar, toplumun bu hastalığa karşı olan yanlış inanışları nedeniyle dışlanma ve damgalanmaya maruz kalmaktadır. Bu da tedaviye ulaşma imkanlarını kısıtlamaktadır^{171,172,173}.

Yapılan araştırmalarda şizofreni hastalarının algıladıkları sosyal destek seviyesi arttığında benlik saygısının ve yaşam kalitesinin arttığı, yalnızlık

hissinin azaldığı görülmüştür^{174,175,176}. Ayrıca kişinin olumsuz yaşam olaylarında baş etme kabiliyetini arttırmakla birlikte, bu olayların yaşanmasının önüne de geçilebilmesine olanak sağlamaktadır¹⁷⁷. Sosyal desteğin yeterli olmaması ise tekrarlayan ve uzun süren hastane yatışlarına, kişinin duygusal zorlanma yaşamasına neden olmaktadır^{178,179}. Psikotik ilk atağın ve hastane yatışının sonrasındaki birkaç yıl içinde hastaların sosyal destek seviyelerinde önemli bir azalma görülmektedir¹⁸⁰.

Şizofreni hastalarında sıkıntının olumsuz etkilerinden korunabilmede ya da baş etme becerileri kazanmada sosyal desteğin önemli bir yeri vardır. Sosyal destek öncelikle sorun ortaya çıkmadan önce onu kaldırabilir. Hastaların başka kişilerle yaşadığı sorunları ve iletişim problemlerini çözebilir. Sorunlara karşı baş etme becerilerini kuvvetlendirir¹⁸¹.

Şizofreni hastalarının çoğu yeni ilişkiler kurma, arkadaşlıkları sürdürme, sorunlara çözüm yolları üretme konusunda sorunlar yaşamaktadır.¹⁸² Yapılan araştırmalar şizofreni hastalarının olumsuz yaşam olayları karşısında yardım arayışında ilk olarak aile ve arkadaşlarına, daha sonraki aşamada sağlık kuruluşlarına başvurduğunu göstermektedir¹⁸³.

Sosyal desteğin en önemli kaynaklarından biri ailedir. Kronik bir ruhsal hastalığa sahip kişilerin sağlıklı destek sağlayıcıları tarafından anlaşılmaya, desteklenmeye, ilgiye ve çevre ilişkilerinde memnuniyet yaşamaya ihtiyaçları vardır¹⁸⁴. Birçok şizofreni hastası sosyal olarak içe çekilir ve kişilerarası iletişimde sorun yaşar. Bu sebeple aileleri ve yakın arkadaşları dışında insanlarla etkileşime girmekte zorlanır^{185,186}. Bu görüşler yanında, Hindistan'da şizofreni hastalarının arkadaşlarından hissettikleri sosyal desteğin, ailelerinden daha fazla olduğu bir çalışma da bulunmaktadır¹⁸⁷.

Bakırköy Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 50 şizofreni, 50 bipolar bozukluk, 50 unipolar depresyon hastası ve 50 kontrol'ün dahil edildiği bir çalışmada algılanan sosyal destek düzeyleri incelenmiştir. Özel bir insandan kaynaklanan algılanan sosyal destek açısından sadece şizofreni grubunda anlamlı bir düşme görülmüştür. Aile desteği konusunda gruplarda anlamlı bir fark görülmemiştir. Arkadaş desteği konusunda

ise hasta grubuyla kontrol grubu arasında fark bulunmuş, hasta grubu içinde de şizofreni hastalarıyla diğer hastalar arasında bir fark bulunmuştur¹⁸⁸.

Geçmiş çalışmalar sosyal desteğin yaşam ve akıl sağlığı için çok önemli olduğuna dikkat çekmiştir. Yapılan çalışmaların bulguları sonucunda da şizofreni hastalarının hastalığın seyrinde karşılaşılabilecek olan kişilerarası sorunları çözme, sıkıntılarla baş etme, ihtiyaçları olan yardıma ulaşma ve tedaviye uyum konusunda desteğe ihtiyaçları olduğu görülmektedir.

2.5.Şizofreni ve Sıkıntıya Dayanma Düzeyi

Sıkıntıya dayanma kapasitesi olumsuz duygusal ya da fiziksel etkenlerle başa çıkabilme yeteneğini ifade eder. Fiziksel ve emosyonel olarak iki farklı alanda ölçülebilmektedir. Bu ölçümlerde fiziksel ya da emosyonel olumsuz etkenlere rağmen, sonuçlandırılması gereken olaya ne kadar dayanılabildiği değerlendirilmektedir¹⁸⁹. Biz çalışmamızı emosyonel sıkıntıya dayanma kapasitesi üzerinden yürüteceğiz. Sıkıntıya dayanma düzeyi kişinin stresli duygusal durumlara uyum sağlayabilmesi için anahtar görevi görür¹⁹⁰. Olumsuz duyguları deneyimlemenin kişide uyandırdığı hisleri, bunlardan kaçınma ya da hafifletme yönündeki davranışları konu alır. Duygusal sıkıntıya dayanma kapasitesi Simon ve Gaher'in araştırmalarının odak noktası olmuştur¹⁹¹. Leyro ve arkadaşları ise, algılanmış ya da gerçekte de mevcut olan olumsuz bir duyguya ya da sıkıntı doğurucu fiziksel bir olaya dayanma kapasitesi olarak tanımlamışlardır¹⁹². Simon ve Gaher'in ifadesiyle sıkıntıya dayanma, olumsuz duygular karşısında kişinin beklenti ve düşüncelerini temsil eden bir üst duygu oluşumdur. Bilişsel ya da fiziksel etkenlerle ortaya çıkabilir ama duygusal bir biçimde ifade edilmektedir. Bu oluşum dört ayrı kategoriye ayrılmıştır. Bunlar sıkıntıya dayanabilme, kabullenebilme, duygu kontrolü ve sıkıntıya odaklanabilme olarak ayrılmıştır. Kişinin sıkıntıyla baş etme kapasitesi düşükse bu duyguyu dayanılmaz olarak değerlendirebilir ve kabullenilmez bulabilir. Sıkıntidan kaçmak amacıyla işlevsiz kısa süreli kaçış yöntemlerine başvurabilir. Baş etme düzenekleri yetersiz kaldığında ise sıkıntı kişinin yaşamının tüm alanlarına yansiyabilir. Kişinin işlevselliğini azaltarak sıkıntıyla baş edebilme yolunda enerjisini ve dikkatini bu alanda harcamasına neden olabilir. Sıkıntının yaşamın olağan bir parçası olarak değerlendirilmemesi, kişilerin sıkıntıya karşı

görüşlerini olumsuz etkileyerek sıkıntının daha çok artmasıyla sonuçlanacaktır¹⁹¹.

Sıkıntıya dayanma kapasitesindeki düşüklük duygudurum, kaygı ve kişilik bozuklukları, madde kullanımı için risk faktörü olarak değerlendirilmiştir¹⁹³. Kişinin iyilik halini tehdit eden çevresel faktörler olarak tanımlanan stres şizofreninin tüm aşamalarında ortaya çıkmaktadır¹⁹⁴. Şizofrenide strese karşı artmış bir duyarlılık vardır¹⁹⁵. Bilişsel kaybın artması ve strese karşı duyarlılığın etkisiyle, hastalar strese neden olan olaylarla baş etmekte güçlük çekmektedirler¹⁹⁶.

Şizofrenide herhangi bir stres hedefine yönelik bir davranışta, davranışı azaltabilme kapasitesinin azaldığı ve strese karşı farklı fizyolojik tepkiler verildiği düşünülmektedir¹⁹⁷. Yapılan bir çalışmada strese tepkiyi azaltmada kayıpla ilişkilendirilen otonomik kardiyak bulgular, zihinsel aritmetik stres testi yapılan şizofreni hastalarında da ortaya çıkmıştır¹⁹⁸. Bu bulgu hastaların birinci derece akrabalarında da bulunmuş ve genetik bir etyolojiye dayandırılmıştır¹⁹⁹. Bu stres yanıtının stresle baş etmede nasıl bir rol aldığı bilinmemektedir¹⁹⁵.

Chiappelli ve arkadaşları sıkıntıya dayanma düzeyiyle tükürük kinurenin seviyeleri arasındaki ilişkiyi araştırmak için, hastalara psikolojik stres oluşturacak görevler vererek, bu görevler sırasında ve başlangıçta tükürük kinurenin metabolitlerini ölçmüşlerdir. Bu çalışmada sıkıntıya dayanma düzeyi düşük olan hastaların kontrollere ve sıkıntıya dayanma düzeyinde düşüklük olmayan hastalara göre, tükürüklerinde başlangıca göre daha yüksek kinurenin metabolitlerine rastlanmıştır. Ama bu hastanın bildirdiği olumsuz duygulanım gibi faktörlerden daha çok görevi devam ettirmekte yaşanan zorluklarla ilişkili bulunmuştur. Triptofanın iki ana metabolizması serotonin-melatonin ve kinurenin yolları üzerinden olmaktadır. Son yıllardaki çalışmalar şizofrenide kinurenin yolağında bozuklukların olabileceği görüşünü araştırmaktadır. Şizofreni hastalarında post-mortem BOS'ta (beyin omurilik sıvısı) kinurenin yolağı ürünleri olan kinuren ve kinurenik asit konsantrasyonları yüksek düzeyde bulunmuştur. Şizofreni patofizyolojisinde de sebep olarak gösterilen stres, kinurenin metabolizmasının hız kısıtlayıcı basamağında rol oynamaktadır¹⁹⁴.

Şizofreni hastalarındaki empati eksikliğinin, sıkıntıya dayanma düzeyiyle ilişkisini inceleyen bazı araştırmalar vardır. Bu görüşe göre hastaların empati eksikliği sosyal ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Sıkıntıya dayanma konusunda sorun yaşayan hastalar, kimi durumlarda kendi olumsuz duygularını görmezden gelme konusunda yetersiz kalıp empatik davranışlar sergileyememektedir¹⁹⁰.

Macatee ve arkadaşlarının genel popülasyonda yaptığı bir çalışmada sıkıntıya dayanma düzeyi düştükçe hastaların günlük endişe ve depresyon düzeyleri artmış, sosyal anksiyete düzeyleri değişmemiştir. Bu durumun nedenleri olarak sosyal anksiyetenin daha çok bir dış uyaran karşısında gelişebileceği, endişe ve depresyonun ise daha içsel ve belirsiz bir kaynağının olabileceği düşünülmüştür²⁰⁰.

Şizofrenide fonksiyonel olarak bir bozulmaya neden olan faktörleri açığa çıkarmak yaşamsal bir önem taşımaktadır¹⁹⁵. Stres nörogelişimsel dönemde de şizofreni gelişimi açısından risk etmenlerinden biridir²⁰¹. Stres ayrıca ergenlik döneminde de şizofreninin ortaya çıkması açısından tetikleyici bir faktördür²⁰². Yetişkinlik döneminde ise psikotik semptomların şiddetlenmesi ile ilişkilidir²⁰³.

Şizofreni hastalarıyla sağlıklı kontroller arasında yapılan bir çalışmada, sıkıntıya dayanma düzeyi şizofreni hastalarında kontrollere göre daha düşük bulunmuştur¹⁹⁴. Sıkıntıya dayanma düzeyinin klinik semptomlar, bilişsel işlevler ve fonksiyonel kapasiteyle ilişkisini inceleyen bir çalışmada sıkıntıya dayanma düzeyi yüksek olan şizofreni hastalarında, bilişsel işlevler ve fonksiyonel kapasite daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada dürtüsellik, ilgi kaybı ve depresyonla sıkıntıya dayanma düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır¹⁹⁵. Başka bir çalışmada sıkıntıya dayanma düzeyleri düşük olan kişiler daha fazla depresyon tanısı almış, tedaviye daha az uyum göstermiş ve bu kişilerde daha fazla madde kullanımına rastlanmıştır²⁰⁴. Sıkıntıya dayanma düzeyindeki azalmayla artan psikotik bulgular ve olumsuz duygudurum arasında ilişki olduğunu gösteren bir çalışma da bulunmaktadır²⁰⁵.

Sıkıntıya dayanma kapasitesi sadece hastalıkların etyolojisi açısından önem taşımamaktadır. Ayrıca tedavide bir hedef ve tedavi cevabında bir izlem faktörüdür¹⁹¹.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Polikliniği'nde 15.03.2019-15.07.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2.Araştırmanın Amacı

Şizofreni tanılı hastaların içgörü düzeylerinin depresyon, algılanan sosyal destek ve sıkıntıya dayanma düzeyi ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

3.3.Örneklem

Araştırmanın örneklemini; Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Polikliniği'ne 15.03.2019-15.07.2019 tarihleri arasında başvuran DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış, araştırmaya dahil edilme ve araştırmadan dışlanma kriterlerini karşılayan, araştırmaya katılmayı kabul eden 81 hasta oluşturmuştur.

3.3.1.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1.15.03.2019-15.07.2019 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Polikliniği'ne başvurup, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olmak

2.18-65 yaş arasında olmak

3.Son altı ay içinde EKT uygulaması almamış olmak

4.Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamış olmak

5.Klinik olarak stabil durumda olmak

3.3.2.Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1.DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı dışında ek olarak herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almış olması

2.Ruhsal muayene sırasında görüşme yapmayı ve sürdürmeyi engelleyecek derecede zeka geriliği ya da fiziksel rahatsızlığı olması

3.Bilişsel işlevselliği etkileyecek nörolojik hastalığı olması

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1.Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalığın başlangıç yaşını, hastalık süresini, varsa yatış sayılarını değerlendirmek için kullanılan form olup araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Sosyodemografik bilgi formu Ek-1'de yer almaktadır.

3.4.2.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Son bir hafta içinde olan, şizofreni hastalarının belirtilerini ve işlevselliğini değerlendiren yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçekte otuz madde ve üç alt ölçek bulunmaktadır (Pozitif Belirtiler Ölçeği, Negatif Belirtiler Ölçeği ve Genel Psikopatoloji Ölçeği). Maddeler araştırmacı tarafından belirtilerin şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilmektedir. Yüksek puanlar belirti şiddetindeki artışı göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır²⁰⁶. Çalışmamızda semptom şiddetlerini değerlendirmek amacıyla pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji alt ölçeklerini kullandık.

PANSS Ek-2'de yer almaktadır.

3.4.3.Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDÖ)

Şizofreni hastalarında depresif belirtilerin, hastalığın kliniğinden kaynaklanan belirtilerle ya da antipsikotiklerden kaynaklanan yan etkilerle karışabilmesi nedeniyle, depresif belirtilerin derecelendirmesi sırasında ölçek özgüllüğüne dikkat edilmesinin önemine geçmiş çalışmalarda dikkat çekilmiştir²⁰⁷. Literatürde Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ve Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği kullanan çalışmalarda, şizofreninin kliniğinin bir bileşeni olan negatif belirtilerle ve

antipsikotiklere bağı ekstrapiramidal yan etkilerle depresyonun karışabilmesi nedeniyle bazı güçlükler ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda depresyonu şizofreni hastaları için düzenlenmiş olan CDÖ ile değerlendirdik. Ölçek Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Şizofreni hastalarının depresyon açısından değerlendirilmesi, depresif belirtilerin seviyesini ve şiddetlerindeki değişmeyi araştırmak amacıyla hazırlanmıştır. Şizofreni ve psikotik bozukluğu olan diğer hastalar ölçeğin uygulama grubunu oluşturmaktadır. Ölçek dokuz maddeden oluşmakta ve dördü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Maddeler 0 ile 3 puan arasında kodlanmakta ve bunların toplanmasıyla toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Yüksek puanlar daha yüksek seviyedeki depresif belirtileri göstermektedir. Ölçek yarı yapılandırılmış bir görüşme ile doldurulmakta, görüşme esnasındaki gözlemler ve hastanın yakınlarından alınan bilgiler doğrultusunda yapılmaktadır. Araştırmacının uyguladığı bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır²⁰⁸. Çalışmamızda ölçeğin total puanını kullandık.

CDÖ Ek-3'de yer almaktadır.

3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ)

Ölçek üç farklı kaynaktan sağlanan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmektedir. On iki maddeden oluşmaktadır ve ölçekte desteklerin kaynağına göre üç grup, gruplar için dört madde bulunmaktadır. Ölçeğin grupları aile, arkadaş ve özel bir insandan oluşturmaktadır. Her madde 1 ile 7 puan arasında derecelendirilmiştir. Puanların artışı algılanan sosyal destek seviyesindeki yüksekliği göstermektedir. Hasta tarafından doldurulan bu ölçeğin de Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır²⁰⁹. Çalışmamızda ölçeğin total puanını ve alt ölçek puanlarını kullandık.

ASDÖ Ek-4'de yer almaktadır.

3.4.5. Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ)

Bu ölçek 1993 yılında Amador ve arkadaşları tarafından hazırlanmış olup, 43 şizofreni veya şizoaffektif bozukluk hastasıyla geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Sorular için geçmiş ve şimdiki zamanın ayrı ayrı değerlendirilebileceği bölümler bulunmaktadır. Üç giriş maddesi ve on yedi

semptom maddesi bulunmakla birlikte, semptom maddeleri sadece semptomların mevcut olduğu hastalarda, belirgin seviyede oldukça kodlanmaktadır. Üç giriş sorusu için şimdi ve geçmiş olmakla birlikte altı puan hesaplanmaktadır. İlk üç soru hastalığın farkında olma, tedavinin etkisinin farkında olma ve hastalığın sosyal sonuçlarının farkında olmayı değerlendirmektedir. Cevaplar 1 ile 5 puan arasında kodlanmaktadır. Yüksek puanlar daha düşük bir içgörü seviyesini göstermektedir. Semptom sorularında mevcut olan semptomların farkındalığı ve bunların neye atfedildiği sorgulanır. Giriş maddeleri gibi burada da şimdi ve geçmiş ayrı ayrı değerlendirilir. Bu bölümde semptomların farkındalığı ve neye atfedildiği sorularıyla dört puan hesaplanır. Araştırmacı tarafından doldurulan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır²¹⁰. Çalışmamızın amacı doğrultusunda sadece giriş maddelerinin şimdiki total puanını ve hastalığın farkında olma, tedavinin etkisinin farkında olma ve hastalığın sosyal sonuçlarının farkında olma alt ölçeklerini kullandık.

AHIÖ Ek-5'de yer almaktadır.

3.4.6.Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)

Simons ve Gaher tarafından 2005 yılında geliştirilen SDÖ, kişinin öz bildirimine dayalı on altı maddeden oluşturulan bir ölçektir. Maddeler 1 ile 5 puan arasında değişen Likert tipi ölçeğe göre değerlendirilmektedir. Bu ölçekteki seçenekler (5) kesinlikle katılmıyorum ile (1) kesinlikle katılıyorum arasında belirlenmiş olup yüksek puanlar sıkıntıya dayanma düzeyindeki yüksekliği ifade etmektedir. SDÖ emosyonel sıkıntıya dayanma kapasitesini ölçme açısından dört alt grup içermektedir. Hasta tarafından doldurulan bu ölçeğin de Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır¹⁸⁹. Çalışmamızda ölçeğin total puanını kullandık.

SDÖEk-6'de yer almaktadır.

3.5.Uygulama

Çalışmaya Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Polikliniği'ne 15.03.2019-15.07.2019 tarihleri arasında başvuran, daha önce DSM-V kriterlerine göre şizofreni tanısı almış, kontrol muayenelerine

gelen, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan hastalar alınmıştır. Şizofreni hastalarında içgörü seviyesinin artmasına paralel olarak depresif belirtilerin sıkıntıya dayanma düzeyi ve algılanan sosyal destek seviyelerindeki artmaya bağlı olarak da içgörü seviyelerinde artma olabileceği hipotezini tespit etmek amacıyla planlanan çalışmada, kullanılacak ölçekler olan SDÖ ile PANSS arasında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilebilecek 0,32 kaynak birimlik bir ilişki için %80 güç ve %5 Tip I hata ile çalışmaya minimum 74 bireyin dahil edilmesi planlanmıştır¹⁹⁰. Çalışmaya 81 hasta dahil edilmiştir. Hastalara çalışmanın amacı, ölçeklerin içerikleri açıklanmıştır. Hastaların tamamı ile yüz yüze 30-45 dakika süren bir görüşme yapılmıştır. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verildikten sonra araştırmacı tarafından düzenlenen bir anket formu uygulanarak sosyodemografik veriler sorgulanmıştır. Daha sonra araştırmacı tarafından AHİÖ, CDÖ, PANNS, hasta tarafından ise, ASDÖ, SDÖ doldurulmuştur. Çalışmamızın Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07.03.2019 tarih ve 994510 no' lu etik kurul onayı alınmıştır.

Etik Kurul İzni Ek-7'de yer almaktadır.

3.6.İstatistiksel Değerlendirme

Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları ShapiroWilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım varsayımı sağlayan değişkenler $\text{ort} \pm \text{sd}$ cinsinden özetlenirken, varsayımı sağlamayan değişkenler $\text{medyan}[\text{min.}-\text{max.}]$ şeklinde özetlenmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde cinsinden özetlenmiştir. İki bağımsız grup karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlandığı durumda IndependentSample t testinden, sağlanmadığı durumda Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. İki'den fazla grup karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlandığı durumda ANOVA ve post-hoc test olarak Tukey testinden yararlanılmıştır. Normallik varsayımı sağlanmadığı durumda ise Kruskal Wallis testi ve post-hoc test olarak Dunn-Bonferroni testinden yararlanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearmankorelasyon katsayısından yararlanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Analizler için Statistica 13.3.1 paket programı kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Çalışmaya Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Polikliniği'nde ayaktan takipleri yapılan, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konmuş 81 hasta alınmıştır.

4.1.Sosyo-demografik Veriler

Hastaların en genci 19, en yaşlısı 61 yaşındaydı. Yaşların ortalaması 39,2'ydi. Standart sapma 10,050 olarak hesaplandı. Yaşların dağılımı normal dağılıma uyuyordu.

Tablo 1. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Sayısı ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı

	SAYI	YÜZDE
Kadın	31	38,3
Erkek	50	61,7
Total	81	100,0

Tablo 2. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Medeni Durumları

	SAYI	YÜZDE
Bekar	50	61,7
Evli	21	25,9
Boşanmış	8	9,9
Dul	1	1,2
Ayrı yaşıyor	1	1,2
Total	81	100,0

Tablo 3. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Eğitim Durumları

	SAYI	YÜZDE
Okur yazar	2	2,4
İlköğretim	17	21
Lise	35	43,2
Üniversite	27	33,3
Total	81	100,0

Tablo 4. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Çalışma Durumları

	SAYI	YÜZDE
Öğrenci	3	3,7
Çalışıyor	12	14,8
Çalışmıyor	40	49,4
Malulen emekli	18	22,2
Ev hanımı	8	9,9
Total	81	100,0

Tablo 5. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Yaşadıkları Yerler

	SAYI	YÜZDE
Şehir	68	84,0
İlçe	11	13,6
Köy	2	2,5
Total	81	100,0

Tablo 6. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Birlikte Yaşadıkları Kişiler

	SAYI	YÜZDE
Tek başına	1	1,2
Eş-Çocuklar	22	27,2
Anne-Baba-Kardeş	57	70,4
Arkadaş	1	1,2
Total	81	100,0

4.2.Klinik Özellikler

Tablo 7. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Hastaneye Yatış Sayıları

	SAYI	YÜZDE
5'den az	69	85,2
5 ve üstü	12	14,8
Total	81	100,0

Tablo 8. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Hastalık Başlangıç Yaşları (HBY), Tedaviye Başlama Yaşları (TBY) ve Tedavisiz Geçen Süreleri (TGS)

	HBY	TBY	TGS
Median	22,00	24,00	,00
Minimum	5	13	0
Maximum	54	54	21

4.3.Genel Dağılım ve Ölçek Verileri

Çalışmaya alınan hastalarda HBY, TBY, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği Total içgörü (AHİÖ), PANNS pozitif (PP), PANNS genel psikopatoloji (PG), CDÖ ve TGS puanları normal olarak dağılmıyordu (Tablo 9).

Tablo 9. Normal Dağılıma Uygun Olmayan Bileşenler**Kolmogorov-Smirnov****Shapiro-Wilk**

	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
HBY	,151	81	,000	,924	81	,000
TBY	,145	81	,000	,941	81	,001
AHİÖ	,210	81	,000	,841	81	,000

PP	,168	81	,000	,881	81	,000
PG	,128	81	,002	,947	81	,002
CDÖ	,151	81	,000	,889	81	,000
TGS	,336	81	,000	,603	81	,000

Çalışma grubunda yaş, PANNS negatif (PN), SDÖ ve ASDÖ puanları normal olarak dağılıyordu (Tablo 10).

Tablo 10. Normal Dağılıma Uygun Bileşenler

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Yaş	,072	81	,200	,985	81	,441
PN	,112	81	,014	,976	81	,137
SDÖ	,066	81	,200	,982	81	,324
ASDÖ	,081	81	,200	,969	81	,050

Tablo 11. Çalışma Grubundaki Hastaların AHİÖ ve PANNS Puanları, Genel Tanımlayıcı Tablo

		AHİÖ	PP	PN	PG
N	Valid	81	81	81	81
	Missing	0	0	0	0
Mean		6,0247	12,7160	17,4198	30,7531
Median		5,0000	11,0000	17,0000	30,0000
Std. Deviation		3,09021	5,66620	5,18860	8,65813
Minimum		3,00	7,00	7,00	18,00
Maximum		13,00	32,00	32,00	49,00
Percentiles	25	3,0000	7,0000	14,0000	23,0000
	75	8,5000	17,0000	21,0000	37,0000

Tablo 12. Çalışma Grubundaki Hastaların CDÖ, SDÖ ve ASDÖ Puanları, Genel Tanımlayıcı Tablo

		CDÖ	SDÖ	ASDÖ
N	Valid	81	81	81
	Missing	0	0	0
Mean		5,2593	43,0000	53,6173
Median		4,0000	43,0000	54,0000
Std. Deviation		4,76911	10,40913	16,47996
Minimum		,00	23,00	19,00
Maximum		21,00	71,00	84,00
Percentiles	25	1,0000	35,0000	40,0000
	75	7,5000	50,0000	63,0000

4.4.Ölçekler Arası İlişkiler

Hastaların yüksek içgörü puanları hastalıklarına, tedavinin etkilerine ve sosyal etkilere karşı düşük içgörü seviyesiyle bağlantılıdır. AHIÖ puanlarıyla PANNS pozitif, negatif ve genel psikopatoloji puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların AHIÖ ve PANNS Puanlarının Karşılaştırılması

		PP	PN	PG
AHIÖ	r	,306	,272	,293
	p	,005	,014	,008
	N	81	81	81

Hastaların hastalığa karşı içgörü puanı (AHIÖ-1) ile PANNS pozitif, negatif ve genel psikopatoloji puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Tedavinin etkisine karşı içgörü puanı (AHIÖ-2) ile PANNS pozitif, negatif ve genel psikopatoloji puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Hastalığın sosyal sonuçlarına karşı içgörü puanı (AHIÖ-3) ile PANNS pozitif puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 14. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların İçgörü Alt Ölçekler ve PANNS Puanlarının Karşılaştırılması

		PP	PN	PG
AHIÖ-1	r	,266	,256	,303
	p	,016	,021	,006
	N	81	81	81
AHIÖ-2	r	,323	,277	,314
	p	,003	,012	,004
	N	81	81	81
AHIÖ-3	r	,292	,155	,214
	p	,008	,168	,055
	N	81	81	81

Hastaların AHIÖ puanlarıyla CDÖ, SDÖ ve ASDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların AHİÖ Puanlarıyla CDÖ, SDÖ ve Total ASDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

		CDÖ	SDÖ	ASDÖ
AHIÖ	r	-,025	,020	,124
	p	,823	,860	,272
	N	81	81	81

Hastaların PANNS pozitif puanlarıyla CDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. PANNS pozitif puanlarıyla SDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve negatif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. PANNS pozitif puanlarıyla ASDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. PANNS negatif puanlarıyla CDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. PANNS negatif puanlarıyla SDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve negatif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. PANNS negatif puanlarıyla ASDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. PANNS genel psikopatoloji puanlarıyla CDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve pozitif yönde orta seviyede bir korelasyon bulunmuştur. PANNS genel psikopatoloji puanlarıyla SDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve negatif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. PANNS genel psikopatoloji puanlarıyla ASDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve negatif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 16. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların PANNS Puanlarıyla CDÖ, SDÖ ve Total ASDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

		CDÖ	SDÖ	ASDÖ
PP	r	,383	-,251	-,124
	p	,000	,024	,272
	N	81	81	81
PN	r	,371	-,262	-,174
	p	,001	,018	,120
	N	81	81	81
PG	r	,582	-,391	-,267
	p	,000	,000	,016
	N	81	81	81

Hastaların Algılanan Sosyal Destek aile alt ölçeği (ASDÖ-Aİ) puanlarıyla PANNS pozitif ve PANNS genel psikopatoloji puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve negatif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. ASDÖ-Aİ

puanlarıyla PANNS negatif puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Algılanan Sosyal Destek arkadaş alt ölçeği puanlarıyla (ASDÖ-AR) PANNS puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Algılanan Sosyal Destek özel bir insan alt ölçeği (ASDÖ-ÖZ) puanlarıyla PANNS puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 17).

Tablo 17. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların PANNS ve ASDÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		ASDÖ-Aİ	ASDÖ-AR	ASDÖ-ÖZ
PP	r	-,368	-,026	,085
	p	,001	,814	,449
	N	81	81	81
PN	r	-,213	-,109	-,073
	p	,056	,333	,516
	N	81	81	81
PG	r	-,381	-,186	-,060
	p	,000	,096	,593
	N	81	81	81

Hastaların PANNS pozitif puanlarıyla PANNS negatif puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve pozitif yönde orta şiddette bir korelasyon bulunmuştur. PANNS pozitif puanlarıyla PANNS genel psikopatoloji puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve pozitif yönde yüksek bir korelasyon bulunmuştur. PANNS negatif ve PANNS genel psikopatoloji puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve pozitif yönde yüksek bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 18. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların PANNS Puanlarının Karşılaştırılması

		PN	PG
PP	r	,487	,790
	p	,000	,000
	N	81	81
PN	r		,700
	p		,000
	N		81

Hastaların CDÖ puanlarıyla SDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve negatif yönde orta şiddette bir korelasyon bulunmuştur. CDÖ puanlarıyla total ASDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve negatif

yönde orta şiddette bir korelasyon bulunmuştur. SDÖ puanlarıyla total ASDÖ puanları arasında ilişki yoktu (Tablo 19).

Tablo 19. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların CDÖ, SDÖ ve Total ASDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

		SDÖ	Total ASDÖ
CDÖ	r	-,552	-,415
	p	,000	,000
	N	81	81
SDÖ	r		,146
	p		,194
	N		81

Hastaların CDÖ puanlarıyla ASDÖ-Aİ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve negatif yönde orta şiddette bir korelasyon bulunmuştur. CDÖ puanlarıyla ASDÖ-AR puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve negatif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. CDÖ puanlarıyla ASDÖ-ÖZ puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu. SDÖ puanlarıyla ASDÖ-Aİ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki ve pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. SDÖ puanlarıyla ASDÖ-AR ve ASDÖ-ÖZ puanları arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların CDÖ ve SDÖ Puanlarıyla, ASDÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		ASDÖ-Aİ	ASDÖ-AR	ASDÖ-ÖZ
CDÖ	r	-,480	-,275	-,175
	p	,000	,013	,119
	N	81	81	81
SDÖ	r	,262	,061	-,006
	p	,018	,589	,960
	N	81	81	81

4.5.Sosyodemografik ve Klinik Veriler ile Ölçeklerin Karşılaştırılması

CDÖ puanları arasında kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Erkek hastalarda CDÖ puanları daha yüksekti (Tablo 21).

Tablo 21. Erkek ve Kadın Hastaların CDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

CDÖ		Kadın	Erkek
Median		2,0000	6,5000
Minimum		,00	,00
Maximum		21,00	18,00
Percentiles	25	1,0000	1,7500
	75	6,0000	9,2500
p			0,041

Çalışmaya alınan hastalar arasında AHİÖ puanları, evli ve boşanmış hastalar arasında anlamlı bir farklılık gösteriyordu ($p=0,023$).

Hastaların maddi durumlarına göre gruplarda CDÖ için iyi ve orta $p=0,020$, iyi ve düşük grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,009$).

Çalışmaya alınan hastalarda çalışma durumu grupları arasında PANNS pozitif puanlarında, ev hanımı ve çalışmıyor grupları arasında anlamlı olarak farklılık bulunmuştur. Çalışmıyor grubunda PANNS pozitif puanları daha yüksekti ($p=0,001$) (Tablo 22).

Tablo 22. Ev Hanımı ve Çalışmayan Hastaların PP Puanlarının Karşılaştırılması

PP		Ev hanımı	Çalışmıyor
N		8	40
Median		7,0000	13,0000
Minimum		7,00	7,00
Maximum		8,00	32,00
Percentiles	25	7,0000	8,2500
	75	7,0000	19,0000

PANNS genel psikopatoloji puanları ev hanımı ve çalışmıyor grupları arasında anlamlı olarak farklılık bulunmuştur. Çalışmıyor grubunda PANNS genel psikopatoloji puanları daha yüksekti ($p=0,032$) (Tablo 23).

Tablo 23. Ev Hanımı ve Çalışmayan Hastaların PG Puanlarının Karşılaştırılması

PG		Ev hanımı	Çalışmıyor
N		8	40
Median		21,0000	31,5000
Minimum		19,00	18,00
Maximum		31,00	49,00
Percentiles	25	19,5000	24,0000
	75	26,2500	38,5000

PANNS genel psikopatoloji puanları ev hanımı ve malulen emekli grupları arasında anlamlı olarak farklılık bulunmuştur. Malulen emekli grubunda PANNS genel psikopatoloji puanları daha yüksekti ($p=0,033$) (Tablo 24).

Tablo 24. Ev Hanımı ve Malulen Emekli Hastaların PG Puanlarının Karşılaştırılması

PG		Ev hanımı	Malulen emekli
N		8	18
Median		21,0000	34,5000
Minimum		19,00	18,00
Maximum		31,00	48,00
Percentiles	25	19,5000	24,5000
	75	26,2500	39,5000

Çalışmaya alınan hastalarda, birlikte yaşadıkları kişiler grupları arasında PANNS pozitif puanlarında eş-çocuklar ve anne-baba-kardeş grupları arasında anlamlı olarak farklılık bulunmuştur. Anne-baba-kardeş grubunda PANNS pozitif puanları daha yüksekti ($p=0,040$)(Tablo 25).

Tablo 25. Eş-Çocuklar ve Anne-Baba-Kardeş ile Birlikte Yaşayan Hastaların PP Puanlarının Karşılaştırılması

PP		Eş-Çocuklar	Anne-Baba-Kardeş
N		22	57
Median		7,0000	13,0000
Minimum		7,00	7,00
Maximum		19,00	32,00
Percentiles	25	7,0000	8,0000
	75	14,2500	18,0000

Hastalarda kadın ve erkek grupları arasında AHİÖ-3 puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,014$)(Tablo 26).

Tablo 26. Kadın ve Erkek Hastaların AHİÖ-3 Puanlarının Karşılaştırılması

AHİÖ-3		Kadın	Erkek
N		31	50
Median		2,00	1,00
Percentiles	25	1,00	1,00
	75	4,00	2,25
p			0,014

AHIÖ-3 puanlarında bekar, evli ve boşanmış grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,006$). Bu farklılık evli ve boşanmış ($p=0,004$) ile bekar ve boşanmış grup ($p=0,008$) arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Boşanmış grubunda AHIÖ-3 puanları daha yüksekti (Tablo 27).

Tablo 27. Hastaların Medeni Durumlarına Göre AHIÖ-3 Puanlarının Karşılaştırılması

AHIÖ-3		Bekar	Evli	Boşanmış
N		50	21	8
Median		1,00	1,00	3,50
Percentiles	25	1,00	1,00	3,00
	75	3,00	2,00	4,75
p				0,006

Çalışmaya alınan hastalarda kaldıkları yer grupları arasında CDÖ puanlarında kendi evi ve yakınlarının evi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılık bulunmuştur ($p=0,028$).

SDÖ puanları bakımından eş-çocuklar ve anne-baba-kardeş ile yaşayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Anne-baba-kardeş grubunda SDÖ puanları daha yüksekti ($p=0,009$) (Tablo 28).

Tablo 28. Hastaların Yaşadıkları Kişilere Göre SDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

SDÖ	N	Mean	Std. Deviation	p
Eş-Çocuklar	22	38,3636	8,51635	0,009
Anne-Baba-Kardeş	57	45,0877	10,53782	

SDÖ puanları bakımından medeni durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,039$). Bu farklılık bekar ve evli grupları arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Bekar grubunda SDÖ puanları daha yüksekti ($p=0,044$)(Tablo 29).

Tablo 29. Bekar ve Evli Hastaların SDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

SDÖ	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Bekar	50	23,00	71,00	45,2000	10,58301
Evli	21	23,00	64,00	38,7143	9,96566

Çalışmaya katılan hastaların AHIÖ, PANNS genel psikopatoloji, CDÖ puanları, yaş, HBY, TBY ve hastaneye yatış sayısı (HYS) korelasyon göstermiyordu. PANNS pozitif puanları yaş ve HBY istatistiksel anlamlı ilişki ve negatif yönde korelasyon gösteriyordu. PANNS pozitif puanları, TBY ve HYS ile korelasyon göstermiyordu (Tablo 30).

Tablo 30. Ölçeklerle Klinik Değişkenler Arası Korelasyonlar

		Yaş	HBY	TBY	HYS
AHIÖ	Correlation Coefficient	-,109	-,009	-,020	-,119
	Sig. (2-tailed)	,332	,938	,857	,289
	N	81	81	81	81
PP	Correlation Coefficient	-,240	-,299	-,168	,029
	Sig. (2-tailed)	,031	,007	,134	,795
	N	81	81	81	81
PG	Correlation Coefficient	-,028	-,209	-,072	,039
	Sig. (2-tailed)	,807	,062	,523	,727
	N	81	81	81	81
CDÖ	Correlation Coefficient	,075	-,154	,056	,116
	Sig. (2-tailed)	,506	,171	,620	,303
	N	81	81	81	81

5.TARTIŞMA

Çalışmamızın birincil amaçları arasında sosyodemografik veriler ve klinik özelliklerin ölçeklerle ilişkisi bulunmamakla birlikte, anlamlı olan bazı bulguları kısaca değerlendirdik.

Çalışmamıza 18-65 yaş aralığındaki şizofreni hastaları alınmıştır. Şizofreni daha çok geç ergenlik ve erken erişkinlik yaşlarında başlamaktadır⁴. Çalışmamızdaki en genç hastanın 19, en yaşlı hastanın 61 yaşında olduğu görülmüştür. Hastaların yaşlarıyla AHİÖ ve alt ölçekleri arasında ilişki saptanmamıştır. Literatürde de içgörüyle yaş arasında ilişki bulamayan çalışmalar vardır^{15,211,212,213,118}. Hastaların yaşlarıyla pozitif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların yaşları ve pozitif semptom şiddetleri arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Şizofreninin genç yaşlarda başlaması ve pozitif belirtilerin hastalığın başlangıç dönemlerinde sıklıkla görülmesi bu bulguyu açıklayabilir⁸³. Negatif ve genel psikopatoloji semptomları ise yaşla farklılık göstermemiştir. Hastaların yaşlarıyla depresif semptom yükü, sıkıntıya dayanma düzeyi ve algıladıkları sosyal destek arasında ilişki bulunmamıştır. Nugent ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da sıkıntıya dayanma düzeyi ve yaşla bu ilişki görülmemiştir¹⁹⁵.

Şizofreninin erkeklerde kadınlara göre 1,4 kat daha sık ortaya çıktığı düşünülmektedir²¹⁴. Kadın hastalarda hastalığın seyri erkek hastalara göre daha iyi olmaktadır⁴¹. Çalışmamızda kadınlar hastaların %38,3'ünü, erkekler %68,7'sini oluşturuyordu. Bu bulgu şizofreninin erkeklerde daha çok görüldüğünü savunan literatürle uyumludur. Çalışmamızda kadın ve erkekler arasında AHİÖ-3 puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Kadınlarda hastalığın sosyal sonuçlarına farkındalığın erkeklerden daha az olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda kadınların çoğunluğunun ev hanımı olması ve hastaların hastalığın stabil olduğu dönemlerde ev işlerini kısmen yapabilecek olmaları öngörüldüğünde, işlevsellikte kayıplar çok fazla olmayabilir ve hastaların sosyal işlevselliklerinde olası bir kayıba karşı farkındalıkları azalmış olabilir. Erkeklerin çalışma hayatında, bunun sonucuyla da işlevsellikte yaşayabilecekleri kayıplar, sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında daha fazla farkındalık yaratan bir boyutta olabilecek olması kadınlarla erkekler arasındaki

hastalığın sosyal sonuçlarına karşı farkındalık farklılığını açıklayabilecek faktörlerden biri olarak düşünülebilir. Total içgörü seviyesinde, hastalığa ve tedavinin etkilerine karşı içgörü alanlarında kadın ve erkek arasında fark bulunmamıştır. Cobo ve arkadaşlarının şizofreni hastalarında cinsiyet ve içgörü ilişkisini inceledikleri çalışmasında, düşünce bozukluğu ve aloji semptomlarının farkındalığı kadınlarda daha düşük bulunmuştur²¹⁵. Literatürde içgörüyle cinsiyet arasında ilişki bulamayan çalışmalar da vardır^{213,116,118}. Pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptomlarında cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır. Depresif semptomlar açısından kadın ve erkek arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Erkeklerde depresif semptomların daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastaların algıladıkları sosyal destek ve sıkıntıya dayanma düzeyleri kadın ve erkek arasında fark göstermemiştir. Şizofreni hastalarında sıkıntıya dayanma düzeylerini araştıran Nugent ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçları da bulgularımızla uyumlu bulunmuştur¹⁹⁵. Literatürde algılanan sosyal desteğin kadın ve erkek arasında farklılık göstermediği başka bir çalışma da vardır²¹⁶.

Şizofreni hastaları içerisinde evli olanların oranı genel popülasyona oranla daha düşüktür²⁴. Literatürdeki veriler, şizofreni hastalarında bekar olanların evli olanlara oranının 2.6–7.6 arasında olduğunu göstermiştir²¹⁷. Tek başına yaşamının şizofreniye yatkınlık oluşturabilecek bir faktör olması ve şizofreni hastalarının yaşadığı kişilerarası ilişki problemleri nedeniyle bekar olanların oranın yüksek olması beklenebilir²¹⁸. Çalışmamızdaki hastaların, %61,7'sini bekarlar, %25,9'unu evliler oluşturuyordu. Çalışma grubundaki bekarların oranı literatürle uyumluydu. Hastaların medeni durumları arasında AHİÖ-3 puanları açısından anlamlı bir farklılık vardı. Bu bulgu, evli ve boşanmış gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklanıyordu. Boşanmış hastalarda hastalığın sosyal etkilerine karşı daha düşük bir içgörü vardı. Boşanmış hastaların evli hastalara göre sosyal izolasyonunun artabilecek olması, sosyal olarak temas halinde olduğu kişilerin sayısının azalması, bunun sonucunda da çevresindeki kişilerden alacağı kendisiyle ilgili geribildirimlerin azalabilme ihtimali nedeniyle hastalığın sosyal sonuçlarına karşı farkındalıkta azalma olabilir. AHİÖ-3 puanları arasındaki başka bir farklılık da bekar ve boşanmış grup arasında ortaya çıkmıştır. Boşanmış hastalarda bekar hastalara göre hastalığın sosyal sonuçlarına farkındalık daha az bulunmuştur. Hastaların medeni durumları

arasında diğer bir bulgu da AHİÖ puanının gruplar arasında farklılık göstermesinden kaynaklanıyordu. Evli ve boşanmış arasında AHİÖ puanları arasında fark vardı. Boşanmış hastaların total içgöröleri evli hastalara göre daha düşük bulundu. Boşanmış hastaların içgörö geliştirmede yardımcı olabilecek sosyal iletişim kaynak seviyelerinde azalma görölebileceği bu bulguyu açıklayabilir. Hastaların medeni durumlarıyla AHİÖ diğer alt ölçekleri arasında ilişki saptanmamıştır. Literatürde içgöröyle medeni durum arasında ilişki bulamayan çalışmalar vardır²¹³. Pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptomlarının şiddeti, hastaların medeni durumlarındaki farklılıktan etkilenmiyordu. Hastaların bekar, boşanmış ya da evli olması depresif semptom yükünde herhangi bir değişlikle ilişkilendirilmemişti. Literatürde depresyonu olan ve olmayan şizofreni hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada da medeni durum, depresyon seviyesindeki bir değişlikle ilişkili deđildi¹⁴³. Hastaların algıladıkları sosyal destek medeni durumları farklı olan kişiler arasında değişiklik göstermiyordu. Bu bulguyla uyumlu çalışmalar literatürde vardır^{216,219}. Sıkıntıya dayanma düzeyi bekar ve evli hastalar arasında farklılık gösteriyordu. Bekar hastaların sıkıntıya dayanma düzeyleri daha yüksekti. Evli hastaların sosyal kaynaklarının daha fazla olacağı düşünöldüğünde sıkıntıya dayanma düzeylerinin daha yüksek olması beklenebilirdi. Şizofreni hastalarının evlilik yaşamlarında, bekar hastaların yaşadıkları aile ortamına göre sorumluluklarla daha fazla karşılaşabilme ihtimali, hastalarda daha düşük bir sıkıntıya dayanma düzeyine sebep olmuş olabilir.

Çalışmaya alınan hastaların eğitim düzeyleri gruplarında ölçek puanları farklılık göstermiyordu. Hastaların eğitim durumları içgörö seviyelerini, pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptom şiddetini, depresif semptomları, algılanan sosyal desteği ve sıkıntıya dayanma düzeyini etkilememiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak eğitim düzeyiyle içgörö arasında ilişki gösteremeyen yayınlar vardır^{121,212,220}. Şizofreninin her eğitim düzeyindeki kişilerde göröbilmesi, algı ve sanrıların hastalar tarafından gerçekçi bir şekilde yaşanması, hastaların içgörö gelişimi ve eğitim ilişkisinden daha farklı boyutta açıklamalara ihtiyaç duyabilmesi bu bulguyu açıklayabilir. Literatürde eğitim düzeyinin artmasıyla içgörönün arttığına dair bulgular gösteren bir çalışma da vardır²¹¹. Ayrıca eğitim düzeyiyle algılanan sosyal destek arasında ilişki

bulamayan çalışmalar da vardır^{216,219}. Nugent ve arkadaşlarının yaptığı, hastaların sıkıntıya dayanma düzeylerini ölçen ve bu ölçüm sırasında verilen görevleri bırakma seçeneği sunulan bir çalışmada hastalardan lise ve daha yüksek eğitim seviyesine sahip olanlar, lise altı eğitim düzeyindekilere göre daha yüksek oranda bir veya iki görevi yarıda bırakmıştır¹⁹⁵.

Şizofreni hastaların aile, arkadaş, iş ve toplum hayatındaki paylaşımlarında aksamalara neden olmaktadır. Hastaların işlevselliği bozulmakta ve hastalar çoğunlukla düzenli bir işte çalışmamaktadır⁴. Çalışma grubumuzda hastaların %49,4'ünün herhangi bir işi yoktu. Bu bulgu şizofreninin yol açtığı işlevsellikteki kayıplarla uyumlu görünmektedir. Çalışmamızda hastaların çalışma durumları içgörü seviyesiyle ilişkili görünmüyordu. Pozitif semptomlar açısından çalışmıyor ve ev hanımı grupları arasında anlamlı bir farklılık vardı. Herhangi bir işi olmayan hastaların pozitif semptomları daha fazlaydı. Çalışmıyor grubu çalışmayan erkeklerden oluşmaktaydı ve ev hanımı grubunu sadece kendi ev işlerinde çalışan kadınlar oluşturuyordu. Çalışmayan kadınlar için ayrı bir grup oluşturulmamıştı. Erkeklerde şizofreninin seyrinin kadınlara göre daha kötü olabileceği düşünüldüğünde, pozitif semptomların çalışmıyor grubunda ev hanımı grubuna göre daha fazla olması beklenebilir. Genel psikopatoloji semptomları da çalışmıyor ve ev hanımı grupları arasında farklılık gösterdi. Çalışmıyor grubunda genel psikopatoloji bulguları daha fazlaydı. Malulen emekli olan hastalarda da genel psikopatoloji bulguları ev hanımlarına göre daha fazlaydı. Çalışmıyor ve malulen emekli gruplarının da daha çok erkeklerden oluşması nedeniyle şizofreninin seyrinin erkeklerde daha kötü olabilmesi, bu bulguyu açıklayacak sebeplerden biri olabilir. Negatif bulgular çalışma durumu grupları arasında farklılık göstermiyordu. Hastaların depresif semptomları, algılanan sosyal destekleri ve sıkıntıya dayanma düzeyleri çalışma durumlarıyla ilişkili görünmüyordu. Literatürde çalışan hastalarda algılanan sosyal desteğin daha fazla olduğunu gösteren bir çalışma vardır²¹⁶.

Şizofreni sıklıkla genç yaşlarda görülmektedir. Erkeklerde 20-25 yaşlarında, kadınlarda erkeklerden ortalama beş yıl daha geç başlamaktadır. Çocukluk yaşlarında ve ileri yaşlarda başlayan hastalık daha nadir olarak görülmektedir⁴¹. Çalışmamızda hastaların hastalık başlangıç yaşı

median:22'ydi. Çalışmamızda hastalık başlangıç yaşıyla içgörü arasında herhangi bir ilişki görülmedi. Literatürde bu ilişkiyi bulamayan çalışmalar vardır²¹³. Lysaker ve arkadaşları hastaların psikotik ilk atak öncesi dönemlerde, bazı kayıpların farkında oldukları ama bunları hastalığa atfedemediklerini savunmuştur²²¹. Literatürde total içgörü, tedavinin etkilerine ve sosyal sonuçlara içgörü alanlarında hastalık başlangıç yaşıyla ilişki bulan bir çalışma vardır. Bu çalışmalarda hastalık başlangıç yaşı azaldıkça içgörü azalmaktadır. Bu çalışmada hastalığın kabulüne karşı içgörü alt ölçeğinde ilişki bulunmamıştır²²². Çalışmamızda pozitif semptomlar hastalık başlangıç yaşı daha düşük olan hastalarda fazla bulunmuştur. Hastalığın gençlerde daha yoğun pozitif semptomlarla seyredebilmesi bu bulguyu açıklayabilir. Negatif ve genel psikopatoloji semptomları, depresif semptomlar, algılanan sosyal destek ve sıkıntıya dayanma düzeylerinde hastalık başlangıç yaşıyla ilişki bulunamamıştır.

İçgörü bozukluğu şizofreni hastalarında sıklıkla görülmektedir ve çoğunlukla hastaların hastalıkları, tedavinin etkileri ve yaşadıkları sosyal sıkıntılar hakkında farkındalıkları yoktur. Şizofreni hastalarında savunma teorisi ile desteklenen hastalığa karşı içgörü varlığının, geçmişte çoğu çalışmada umutsuzluk, değersizlik duyguları ve olumsuz duygulanımla ilişkili olduğu görülmüştür⁹. Çalışmamızda içgörünün çeşitli alanlardaki işlevi ile depresif semptomların şiddeti arasında herhangi bir ilişki bulamadık. Literatürde çalışmamızla uyumlu olarak içgörü ve depresyon arasında ilişki bulamayan başka çalışmalar da vardır^{139,223,17,224}. Murri ve arkadaşlarının yaptığı psikotik bozukluklarda içgörü ve depresyon ilişkisini inceleyen 59 çalışmanın meta-analizinde, klinik içgörü alanında depresyon ve semptomlara karşı içgörü, semptomları hastalığa atfedebilme, hastalığın kabulüne karşı ve total içgörü puanları arasında zayıf derecede pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Klinik içgörünün tedavinin etkilerine ve hastalığın sosyal sonuçlarına alanlarında ise depresyonla anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bilişsel içgörü alanındaki değerlendirmelerde depresyonla pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Meta-analizdeki çalışmaların kullandıkları farklı içgörü ölçekleri için ayrı değerlendirilmeler yapıldığında ise değişken ilişkiler saptanmıştır. Çalışmamızda kullandığımız "Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği" kullanan on dokuz çalışmanın meta-analizinde sadece belirtilere spesifik olarak

değerlendirilen, belirtilerin farkında olma ve bunları hastalığa atfetme alt ölçeklerinde (örneğin sanrılara karşı farkındalık ve sanrıları hastalığa atfetme) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların belirli semptomlarına karşı içgörülerini arttıkça depresyon seviyeleri de artmıştır²⁰⁷. Çalışmamızda semptom spesifik alt ölçekleri kullanmayıp, ölçeğin üç giriş alt ölçeğini ve total puanı kullandık. Bu meta-analizde kullandığımız ölçek ile yapılan değerlendirmelerde, çalışmamızda kullandığımız total içgörü puanı, hastalığa karşı içgörü, tedavinin etkilerine karşı içgörü ve hastalığın sosyal sonuçlarına karşı içgörü alt ölçeklerinde depresyonla ilişki saptanmamıştır. Bu meta-analiz geçmiş yıllarda yapılan çalışmalara göre içgörü ve depresyon arasındaki ilişkinin zayıfladığına, hastalığın sosyal sonuçlarına ve tedavinin etkilerine karşı olan içgörüyle depresyon arasındaki ilişkinin ise önceki çalışmalarda saptandığı kadar yüksek düzeyde olmadığına dikkat çekmiştir. Ayrıca bu çalışmada klinisyenin puanladığı depresyon ölçekleri ile hastanın öz bildirimine dayalı ölçekler arasında içgörü ve depresyon ilişkisi farklılık göstermemiştir²⁰⁷. Çalışmamızdan farklı olarak, depresif semptomları olan ve olmayan şizofreni hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, depresyonu olan grubun %65'inde saptanan içgörü yüksekliği seviyesi, depresyonu olmayan grubun %25 oranındaki kısmında tespit edilmiştir²²⁵. Moore ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da hastaların içgörülerini arttıkça depresif semptomları artmıştır¹¹⁶. Murri ve arkadaşlarının yaptıkları meta-analizde, bazı çalışmalarda hastalığın akut döneminde pozitif semptomların artışıyla depresif semptomların artışı arasında ilişki görülmüştür. Ayrıca akut dönemde pozitif bulgular ve depresyonun ilişkisine ek olarak bu dönemde içgörünün azaldığı görülmüştür. Bazı çalışmalarda hastalığın akut döneminde, hipotezimiz ve geçmiş çalışmaların görüşünün tersi yönünde, daha düşük içgörü ve daha yüksek depresyon seviyeleri görülmüştür. Bu bulgu hastalığın ilk dönemlerinde pozitif bulgulara bağlı olarak depresyonun artışı ve henüz içgörü seviyesinin yeterli olmamasıyla açıklanabilir. Daha sonraki dönemlerde içgörünün daha fazla olup, hastalık kronikleştikçe artan demoralizasyon ve umutsuzluk düşünceleriyle depresyonun artabileceği beklenebilir. Bu meta-analizde de içgörü ve depresyonun savunma teorisiyle açıklanan ilişkisi postpsikotik dönemde daha kuvvetli olarak değerlendirilmiştir. Kesitsel olarak yapılan çalışmaların çoğunun sonuçları da zaman içerisinde değişiklik göstermiştir. Bu sonuçlar içgörü ve depresyon

arasındaki ilişkinin araştırılmasında, hastalığın evresinin de değerlendirmede bir faktör olabileceğine ve akut fazda içgörü ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirmesinde pozitif semptomların da etkilerinin olduğuna dikkat çekmiştir²⁰⁷. Amador ve arkadaşları depresyon ve içgörü arasında nedensel ilişki yönünde önemli bir noktaya dikkat çekmiştir. Çalışmaların çoğunda olduğu gibi, savunma teorisiyle açıklanan kronik ve yeti yitimine neden olabilecek bir hastalığının olduğu farkındalığı kişilerde depresyon gelişimiyle ilişkili olabilmektedir. Atfetme teorisi ise kognitif değerlendirme çalışmalarının bulgularında ağır depresyonu olan kişilerin öz bildirimlerinde daha doğru sonuçlara ulaşması nedeniyle, artan depresyonun içgöründe artışla ilişkili olabileceğini savunmuştur²²⁶. Çalışmamız ve geçmişte yapılan çoğu çalışma depresyon ve içgörü ilişkisinin hangi mekanizmayla gelişebileceğini açıklayacak şekilde yapılmamıştır. Schennah Wolff ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada başlangıçtaki depresif semptomlardaki artışın, taburculukta daha iyi bir içgörüyle ilişkili olduğunu görmüştür⁵. Cotton ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise başlangıçtaki depresyon seviyelerinde artışın, taburculukta ve sonrasında 5 yıl içinde daha düşük bir içgörü seviyesiyle ilişkili olduğu görülmüştür²²⁷. Bu çalışmalar sonuçları farklı bulgulara ulaşmıştır. Literatürde savunma teorisinin tersi yönünde içgörü seviyesinin artışıyla, depresif semptomların azaldığı bir çalışma da bulunmaktadır²²⁸. Murri ve arkadaşlarının meta-analizinde iki çalışma başlangıçtaki içgörü varlığının, daha sonraki dönemlerde depresyon gelişimi açısından risk oluşturup oluşturmadığını değerlendirmiş ve çalışmaların biri ilişki bulurken diğeri bulamamıştır^{229,20}. Murri ve arkadaşlarının yaptığı bu meta-analizde iki çalışmada ise, farklı içgörü ölçekleri kullanıldığında depresyon ve içgörü ilişkisi için benzer sonuçlar bulunmuştur^{230,231}. Meta-analiz sonucunda içgörü ve depresyon ilişkisini değerlendirmede, içgörü ölçeklerinin farklılık yaratmayacağı savunulmuştur. HAM-D ölçeğinin ise diğer depresyon ölçeklerine göre bu ilişkiyi ölçmede daha zayıf olduğu görülmüştür²⁰⁷. Çalışmamızda düşündüğümüz şekilde içgörü ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi bulamadık. Şizofrenide hastalığın stabil dönemlerinde depresif belirtilerin azaldığını gösteren bazı çalışmalar bulunmaktadır²³². Literatürde ülkemizde yapılan akut ve klinik olarak stabil evredeki şizofreni hastalarının içgörü seviyelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, stabil evrede içgörü puanları daha yüksek bulunmuştur²³³. Çalışmamızda

hastalar klinik olarak stabil durumdaydı. Bu dönemdeki hastaların depresif belirtilerinde oluşabilecek gerilemeler ve zamanla gelişebilecek olası içgörü artışı, öngördüğümüz içgörü artışı ve depresif belirti artışı arasındaki ilişkiyi bulamamamızda bir etken olabilir. Ayrıca çalışma esnasında muayeneye tek başına gelen hastaların, içgörü değerlendirmeleri yalnızca bir görüşme sonucuyla saptanmıştı. Daha güvenilir veriler açısından tekrarlayan görüşme sonuçlarına ve hastaların yakınlarının görüşlerine ihtiyaç duyulabilir. Geçmiş yıllarda yapılan çalışmaların da sonuçlarını çelişkili görünmektedir. Altta yatan olası nedenler ve mekanizmalar için gelecekte daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının sosyal bağlantılarının bozukluğuna sıklıkla rastlanmıştır. Hastaların sosyal destek tatminiyeti, ilk atak ve atağın başlamasından önceki dönemde düşüş göstermektedir²¹⁹. Çalışmamızda hastaların algıladıkları sosyal destekleri ile içgörü seviyeleri arasında bağlantı olup olmadığını araştırmak istedik. İçgörü ve algılanan sosyal destek arasında herhangi bir ilişki bulamadık. Literatürde bulgularımızla uyumlu çalışmalar vardır^{139,234}. Kaiser ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hastaların hissettikleri sosyal destek tatminiyeti ile içgörü arasında doğrusal bir ilişki ortaya çıkmamıştır. Ama bu çalışmada hastaların düşük ve yüksek seviyedeki içgörüleriyle yüksek sosyal destek tatminiyeti, orta seviyedeki içgörüleriyle ise düşük sosyal destek tatminiyeti görülmüştür. Orta seviyede içgörüye sahip olan hastaların yüksek ve düşük seviye içgörüye sahip olan hastalara göre daha fazla nörobilişsel bozuklukları olduğunu gösteren bir çalışmanın ışığında, orta seviyede içgörüye sahip hastaların kendilerine sunulan sosyal destekleri kullanmada yetersiz kalabilecek olmaları bu bulguyu destekleyebilir^{139,102}. Algılanan sosyal destek ve içgörü ilişkisini değerlendirmede içgörü gelişiminin sosyal destek algısından daha fazla, bazı nörobilişsel açıklamalara ihtiyaç duyuyor olabilir. Bu çalışmanın savunduğu bir görüş de, hastaların hastalıklarını kabullenici tutumlarının içgörüde artışla ilişkili olacağı ve sosyal ilişkilerini daha olumlu yönde yorumlayabilecekleri olmuştur¹³⁹. Ayrıca içgörü seviyesindeki artış sayesinde hastalar, genel yaşam desteği yönetiminde ve başkalarından yardım isteme konusunda beceri kazanabileceklerdir. Tastet ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada algılanan

sosyal destekten duyulan tatmin ile total içgörü arasında ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların sosyal temas sıklığı ve sosyal biliş performansları arttıkça içgörü seviyelerinde yükselme olmuştur²³⁵. İçgörü dinamik özelliği nedeniyle kişinin yakın çevresiyle olan ilişkileri, ilişkilerin sıklığı ve kalitesiyle yeniden düzenlenebilmektedir²³⁵. Yen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da sosyal işlevselliği ve uyum düzeyi iyi olan hastaların içgörü puanları olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur¹⁵. Literatürde algılanan sosyal destek ve içgörü ilişkisini araştıran yeterli veri bulunmamaktadır. Çalışmamız içgörü artışının sosyal ilişkilerin sıklığında artışla, olası bir algılanan sosyal destek tatminiyetine yol açıp açmayacağı ya da sosyal desteklerin artışının, hastalarda içgörü artışıyla ilişki olup olmayacağı sorularına cevap verebilecek şekilde düzenlenmemiştir. Hastalara verilen sosyal desteklerin hastalarda yeterli içgörüyü oluşturabilecek nitelikte olabilmesi için destekleyici, açıklayıcı, anlamlandırıcı, farkındalık kazandırıcı gibi bazı özellikler içermesi gerekebilir. Hastanın öz bildirimlerine dayalı memnuniyetleri bu ilişkiyi değerlendirmede yetersiz kalmış olabilir. Çalışmamızda hastaların algıladıkları sosyal desteğin nitelikleri değerlendirilmiyordu. İçgörü gelişiminde algılanan sosyal desteğin etkisini incelemek için gelecekte sosyal destek kaynaklarının etkisini, kalitesini, bilgilendirici niteliklerini ve şizofreni hakkındaki bilgi birikimlerini değerlendiren daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulabilir.

Mayer-Gross tarafından 1920 yılında şizofrenin tanımlanmasından kısa bir süre sonra baş etme mekanizması olarak inkarın kullanılmasının düşük içgörüyle ilişkili olabileceği bildirilmiştir. İçgörü bozukluğuna neden olabilecek faktörlerden biri olarak inkar mekanizmasının kullanılmasının, hastaları hastalığı kabul etmekle ortaya çıkabilecek olumsuz duygulardan koruyabileceği ve daha az stres yükü altında hissedebilecekleri görüşü son yıllarda önem kazanmıştır²³⁶. Literatürde hastaların daha çok inkar mekanizması kullanmasıyla içgörü seviyelerinin azalmasının, bunun da daha düşük depresyon seviyeleriyle ilişkili olduğunu gösteren bir çalışma vardır¹¹⁶. Çalışmamızda hastaların strese dayanma düzeylerinin yüksekliğinin inkar mekanizmasını kullanmaktan koruyucu bir faktör olabileceği ve bu şekilde içgörü seviyelerinin artabileceği yönünde bir hipotez oluşturduk. Çalışmamızda sıkıntıya dayanma düzeyi ile içgörü arasında ilişki bulamadık. Literatürde

sıkıntıya dayanma düzeyi ve içgörü ilişkisini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Lysaker ve arkadaşlarının yaptığı hastaların içgörülerine aralarında “inkar” alt maddesinin de bulunduğu başa çıkma tutumları ölçeği puanları ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, bulgularımızla uyumlu olarak ilişki bulunmamıştır¹³⁵. Cooke ve arkadaşları bir çalışmalarında şizofreni hastalarında içgörünün, baş etme stratejisi olarak inkarı kullanan hastalarda bozuk olabileceği ve bunun daha düşük stres seviyesiyle ilişkili olabileceği konusunu araştırmışlardır. Stres seviyesini hastaların depresyon, anksiyete, intihar düşüncesi ve düşük özgüvenleri ile ilişkilendirmişlerdir. İnkâr ise başa çıkma tutumları ölçeğinin “inkar” alt ölçeği ile değerlendirilmiştir. İnkâr ile total içgörü puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Hastaların başa çıkma tutumları alt ölçeklerinden biri olan mevcut durumlarına karşı, kendi kendini aldatici pozitif yorumlamanın artışı ise içgörü bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada aldatici pozitif yorumlama arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı görülmüştür ve pozitif yorumlamanın inkar etmeye göre sıkıntıyı azaltmada daha etkin bir faktör olabileceği savunulmuştur²³⁶. Lysaker ve arkadaşları da belirtilere büyük önem verilmeden, kişisel güçlü yönlerin kabul edildiği bir pozitif yorumlamanın hastalığın kayıplarını ve sosyal izolasyonu azaltabileceğini düşünmüşlerdir. Bu bulgular içgörü azlığının her zaman sorunla sonuçlanacak bir durum olup olmadığı sorusunu akla getirmiştir²³⁷. Moore ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hastaların kendi kendilerini aldatici pozitif yorumlarının artmasının, hastalığın varlığına ilişkin içgörü ve hastalığın sosyal sonuçlarına karşı içgörü alanlarında azalmayla uyumlu olduğu bulunmuştur¹¹⁶. Çalışmamızın sonuçlarında sıkıntıya dayanma düzeyi içgörüyle ilişkili görünmemektedir. Sıkıntıya dayanma düzeyinin artışı ve içgörünün artışı ilişkisini, inkara başvurma seviyelerinin, sıkıntıya dayanma düzeyi yüksek olan kişilerde daha az olabileceğini düşünmemiz nedeniyle çalışmamız dolaylı bir etkiye odaklanmıştır. Sıkıntıya dayanma düzeyinin, inkar mekanizması ve içgörünün ilişkisinin birlikte değerlendirildiği bir çalışma bu ilişkiyi değerlendirmede daha güçlü olabilir.

Şizofrenide hastaların içgörü seviyeleri klinik semptomların şiddetinden etkilenebilmektedir²¹¹. Çalışmamızda hastaların pozitif semptomları ve total içgörü, hastalığa, tedavinin etkilerine ve hastalığın sosyal sonuçlarına karşı

ıçgörü ile negatif bir ilişkili bulunmuştur. Pozitif semptomlar arttıkça bu alanlarda ıçgörü azalmıştır. Sanrı ve varsanların şiddetinin artmasıyla hastaların semptomlarına karşı daha az farkındalıklarının olması beklenebilecek bir bulgudur²¹¹. Amador ve arkadaşları da çalışmalarında pozitif semptomlar ve ıçgörünün kuvvetli ilişkisinden bahsetmiştir⁹³. Literatürde bu ilişkiyi gösteren başka çalışmalar da vardır^{211,238,213}. Şizofrenide semptom şiddetleri ve ıçgörü arasındaki ilişkiyi açıklayan çeşitli görüşler vardır. Bu görüşlerden birine göre pozitif bulguların önemli bir kısmını kaplayan sanrılara, hastaların günlük olaylarda sebep-sonuç ilişkisi kurmada yaşadıkları zorluklar neden olmaktadır. Aynı mekanizmayla hastaların yaşadıkları sorunlara açıklama getirmekte zorlanabilmeleri ve ıçgörü bozukluğunun olması, pozitif bulgularla ıçgörü arasındaki ilişkiyi açıklayabilir²²⁰. Hastalar ne kadar fazla sanrı ve varsanı yaşıyorsa, gerçek dünyadan o derecede uzaklaşabileceklerini bu bilgiler ışığında söyleyebiliriz. Mintz ve arkadaşları bir meta-analizde, pozitif bulguların ıçgörü bozukluğunun %3-7'lik bir kısmını içerdiğinden bahsetmiştir²³⁹. Türkiye'de Akıl Hastalığına İıçgürsüzlük Ölçeği ile yapılan bir çalışmada pozitif semptomlarla total ıçgörü puanıyla ilişki bulunurken, hastalığın, tedavi etkilerinin ve sosyal sonuçların etkilerine ıçgörü alanlarında ilişki bulunmamıştır²²². Çalışmamızda pozitif semptomlarla total ıçgörü dışında hastalığın, tedavi etkilerinin ve sosyal sonuçların farkındalığı alanlarında da ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda negatif semptomlarla total ıçgörü, hastalığa ıçgörü ve tedavinin etkilerine ıçgörü alanlarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Negatif semptomlar arttıkça bu alanlarda ıçgörü azalmıştır. Literatürde total ıçgörü puanıyla negatif semptomlar arasında ilişki gösteren çalışmalar vardır^{220,213}. Literatürde bir çalışmanın görüşüne göre hastaların negatif belirti şiddeti arttıkça, kendi yaşamlarındaki olaylar ile dış dünyadaki gerçekleri birbirinden ayırmada sorun yaşayabilirler²²⁰. Çalışmamızda ıçgörü alt ölçeklerinden hastalığın sosyal sonuçlarına karşı olan ıçgörü ile negatif semptomlar arasında ilişki bulunmamıştır. Negatif bulgularla hastalığın sosyal sonuçlarına karşı olan ıçgörü arasında ilişkinin bulunabileceği bazı yayınlarda bildirilmiştir. Bu görüşe göre negatif semptom grubunda bulunan "pasif biçimde kendini toplumdan çekme" ve "duygusal içe çekilme" semptomları, hastalığın sosyal sonuçlarını anlamada güçlük yaşamayla ilişkili olabilir²¹¹. Çalışmamızda bu ilişkiyi

göremedik. Hastaların negatif bulguları attıkça sosyal alanlarda yaşayacakları kayıpların, işlevsellikteki azalmanın ve kişilerarası ilişkilerde yaşanacak sorunların artabilecek olması, hastalığın sosyal sonuçlarına karşı olan içgöründe, hastalığın varlığına ve tedavinin etkilerine karşı olan içgörüyeye göre daha fazla farkındalıkla ilişkili olmuş olabilir. Hastalığın sosyal sonuçlarına karşı olan içgöründe artış, neden sonuç ilişkisini beklenenin tersi yönüne çevirmeyecek derecede olsa bile seviyesini azaltıp, sonucu anlamsız bulmamıza neden olabilir. Literatürde Sevy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da negatif semptomlarla hastalığın sosyal sonuçlarına karşı farkındalık arasında, çalışmamızla uyumlu olarak ilişki görülmemiştir²⁴⁰. Literatürde negatif bulgularla içgörünün diğer alanlarıyla da ilişki saptayamayan çalışmalar da vardır^{211,238}. Çalışmamızda hastalığa ve tedavinin etkilerine içgörü alanlarında da ilişki bulunmuştur. Negatif semptom şiddeti arttıkça hastalığa ve tedavinin etkilerine karşı içgörü azalmıştır. Negatif bulgular hastalığın seyri boyunca diğer bulgulara göre tedaviye daha dirençli seyretmektedir²⁴¹. Ayrıca hastalarda tedaviye ulaşımı azaltıp, tedavinin getirdiği etkilerin farkına varmalarına ve içgörü geliştirebilmeye de engel olabilmektedir²²⁰.

Çalışmamızda genel psikopatoloji bulguları arttıkça total içgörü, hastalığa ve tedavinin etkilerine içgörü azalmıştır. Hastalığın sosyal sonuçlarına içgörü ile ilişki bulunmamıştır. Total içgörü ile genel psikopatoloji bulguları arasında ilişki bulan başka çalışmalar da vardır^{211,242,243,244,213}. Genel psikopatoloji bulguları arasında bir bileşen olarak içgörü bulunduğu için, sonucun anlamlı çıkması beklenmektedir²¹³. Mcevoy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise bu ilişki bulunmamıştır²⁴⁵. Literatürde ilişki bulunmadığı yönünde bulguları olan başka çalışmalar da vardır^{119,246}.

Çalışmamızda pozitif, negatif ve genel psikopatoloji bulgularıyla depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bulguların şiddeti arttıkça depresif semptomlar artmaktadır. Hastaların pozitif bulgularının artışı, artmış stres yüküyle ilişkili olarak depresif semptomlarda yükselmeye yol açmış olabilir. Sanrı ve varsanıların hastalar için korkutucu, üzücü ve tehdit edici olarak nitelendirilip, umutsuzluk, karamsarlık ve mutsuzlukla ilişkili olması beklenebilir. Genel psikopatoloji semptomları içerisinde depresyonun bulunması nedeniyle, depresif belirtilerle ilişki görülmesinin önde gelen nedenlerinden birisi olabilir.

Çalışmamızla uyumlu olarak literatürde Lançon ve arkadaşlarının şizofrenin akut ve stabil fazlarında pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptomlarıyla depresyonun ilişkisini inceleyen bir çalışmaları vardır. Bu çalışmada stabil fazda pozitif ve negatif semptomlar ile genel psikopatoloji bulguları arttıkça depresyon artmıştır. Akut fazda ise yalnızca pozitif semptomlarla, bunlardan da daha çok sanrılarla depresyon arasında ilişki görülmüştür. Bu hastalarda akut faza göre stabil fazlarda hastaların depresyon seviyeleri azalmıştır²⁴⁷. Ülkemizde Balcı ve arkadaşlarının yaptığı şizofrenide depresif semptomlar ve içgörü ilişkisini araştırdıkları bir çalışmada, pozitif ve negatif semptomlar depresyonu olan grupta, olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur²⁴⁸. Müller ve arkadaşları da şizofreni hastalarında cinsiyetler arası pozitif ve negatif semptomlarla, depresif belirtiler arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada kadın hastalarda negatif belirtiler arttıkça depresif belirtiler artmıştır. Erkek hastalarda ise pozitif belirtilerin artışı depresyonla ilişkili olarak değerlendirilmiştir¹⁵⁰. Kullhara ve arkadaşları bir çalışmalarında depresyonda görülebilen psikomotor aktivitede azalma, cinsel işlev bozuklukları, enerji kaybı, kilo kaybı, depresif duygudurum, intihar düşüncesi, özsaygıda azalma ve suçluluk düşüncelerinin negatif belirtilerle ilişki olmadığını savunmuştur²⁴⁹. Sax ve arkadaşları ise yaptıkları bir çalışmada, negatif belirtiler arasında bulunan anhedoni ve apatinin depresyonla, pozitif semptomların ise depresyonun seviyesiyle ilişkili olduğunu belirtmiştir²⁵⁰. Evren ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da, akut fazda şizofreni hastalarında pozitif, negatif semptomlar ve genel psikopatoloji semptomları depresyon için öngörücüken, stabil fazda içgörü, depresyon gelişimi açısından kuvvetli bir faktör olarak değerlendirilmiştir²⁵¹. Carroll ve arkadaşlarının hastaların içgörülerini, depresif semptomları, pozitif ve negatif semptomları arası ilişkileri inceledikleri çalışmalarında ise, pozitif ve negatif semptomlarla depresif semptomlar arası ilişki bulunamamıştır¹⁰¹. Baynes ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada pozitif semptomlarla depresyon arasında ilişki bulunmuş, negatif semptomlarla bu ilişki bulunamamıştır¹⁴³.

Toplumda kişiler stresli yaşam olaylarına, duygudurum değişiklikleri ya da kaygıyla cevap verebilmekteler. Şizofreni hastalarında da bu süreç benzer şekilde ilerlemektedir²⁰³. Strese dayanma düzeyleri birbirlerinden farklı olan

kişilerin, stres kaynağından farklı derecelerde etkilenecek buna uygun tepkiler verebileceğini düşünebiliriz. Çalışmamızda depresif semptomlar ile sıkıntıya dayanma düzeyini karşılaştırdığımızda anlamlı bir ilişki gördük. Hastaların depresif semptomları ve sıkıntıya dayanma düzeyleri ters yönde ilişkiliydi. Literatürde bir çalışmada artan sıkıntıya dayanma düzeyi ile depresif semptomlarda azalma görülmüştür²⁰⁰. Başka bir çalışmada ise hastaların strese dayanma düzeyleri ile depresif semptomları arasında ilişki bulunamamıştır. Nugent ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada, sıkıntıya dayanma düzeyini ölçmek için hastalara verilen görevler sırasında hastaların gösterdikleri negatif ve pozitif duygulanım parametreleri ölçülmüştür. Sıkıntıya dayanma düzeyiyle duygulanım parametreleri arasında ilişki görülmemiştir¹⁹⁵. Hastaların sıkıntıya dayanma düzeylerindeki yükseklik mi depresif semptomlarda azalmaya neden oluyor? Depresif semptomları fazla olan kişilerin mi sıkıntıya dayanma kapasiteleri düşüyor? Çalışmamız bu nitelikleri değerlendirmiyordu.

Şizofreni hastalarında sosyal izolasyon ve yalnızlık kötü prognoz ile ilişkilendirilen faktörlerdendir²⁵². Çalışmamızda hastaların depresif semptomlarıyla total, aile ve arkadaş kaynaklı algılanan sosyal destek arasında ilişki görülmüştür. Özel bir insan kaynaklı algılanan sosyal destekte ise bu ilişki görülmemiştir. Hastaların aile ve arkadaş kaynaklı algıladıkları sosyal desteği depresif belirti seviyelerindeki azalmayla uyumlu bulundu. Depresif belirtilerin aile kaynaklı algılanan sosyal destek ile ilişkisi, arkadaş kaynaklı algılanan sosyal destek ile ilişkisine göre daha güçlüydü. Fakat özel bir insan kaynaklı sosyal destek, depresif belirti seviyesindeki değişikliklerle ilişkili değildi. Hastaların daha çok aileleriyle beraber yaşamaları ve sosyal çevrelerinin zamanla azalması nedeniyle hissettikleri sosyal destek daha çok ailelerinden kaynaklanıyor olabilir. Literatürde depresyonu olan ve olmayan şizofreni hastalarının sosyal destek seviyelerini inceleyen bir çalışmada, depresyonu olan hastalarda ailelerin desteği, kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur²²⁵. Erken evre şizofreni hastalarının dahil edildiği bir çalışmada ise, arkadaşların sayısıyla depresif semptomlar arasında ilişki görülmemiştir²⁵³. Literatürde arkadaş sayısındaki artışla, depresif semptom yükünde azalmanın olabildiği bildiren bir çalışma vardır¹⁶⁹. Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise, hastaların arkadaşlarından hissettikleri sosyal destek, ailelerinden hissettikleri

sosyal destekten daha fazla bulunmuştur. Kültürel yapı içindeki festivaller ve toplantılar nedeniyle, neredeyse ailenin bir parçası haline gelen arkadaş ortamına zemin hazırlayan sosyal yapının buna neden olabileceği düşünülmüştür. Aynı çalışmada hastaların ve ailelerinin çevreden algıladıkları sosyal destekleri arasında fark görülmemiştir. Bu bulgunun da Hindistan'ın kültürel yapısının yoğun sosyal ilişkiler içermesine bağlı olabileceği düşünülmüştür. Hastaların problem çözme becerileri ise ailelerine göre daha düşük bulunmuştur¹⁸⁷. Bu bulgu da sosyal destek algısının aileleriyle benzer olmasına rağmen, hastaların bazı alanlarda hala desteğe ihtiyacı olabileceğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının sosyal olarak iletişimde olduğu kişilerin sayısının, sağlıklı popülasyona göre daha düşük olduğu görülmüştür. Şizofreni hastaların sosyal çevre popülasyonu daha küçük olmakta ve çoğunlukla aile bireylerinden oluşmaktadır²¹⁹. Literatürde sosyal destek tatminiyeti ile depresyonun ters ilişkisini gösteren bir çalışma vardır. Fakat bu çalışmanın da bahsettiği bir güçlük dikkat çekmektedir. Depresyon mu sosyal desteklerdeki tatminiyet düşüklüğüne sebep oluyor? Yoksa düşük sosyal destek tatmini mi depresyona yol açıyor? Bu çalışmanın görüşüne göre sosyal destek tatminiyeti, şizofrenide gelişen içgörünün depresyona dönüşüp dönüşmeyeceğinde etkili bir unsur olabilir¹³⁹. Bu nedenle şizofreni hastalarında depresyonun tedavisinde medikal ve sosyal müdahalelerin birlikte kullanılmasının gerekliliği düşüncesi önem kazanmıştır²⁵². Türkiye'de yapılan, şizofreni hastalarının sosyal çevrelerinden hissettikleri maddi, duygusal destek ve ilişkili etmenleri araştıran bir çalışmada şizofreni hastalarının ilgi görebilmeyi, kendilerine sabırlı davranılmasını ve nasıl olduklarının kendilerine sorulmasını istedikleri görüldü. Ailelerin zayıf empatik tutumları ise nükslerle ilişkili bulunmuştur. Ayrıca hastaların başkalarına verdikleri destek de destekleyici bir bulguydu ve özgüven artışıyla ilişkiliydi²⁵⁴. Bu bulguların yanında literatürde algılanan sosyal destek ile depresyon arasında ilişki bulamayan bir çalışma da vardır²⁵⁵.

Son zamanlarda psikopatoloji etyolojisine yönelik yapılan çalışmalarda, bireysel durumlar için risk faktörlerini belirlemek yerine daha geniş bir alan için risk faktörleri belirlenmeye çalışılmıştır²⁵⁶. Akut olumsuz bir olaya karşı önleyici amaçla, olumsuz değerlendirme ve yanıt verme eğilimini arttıran bireysel bir

değişken olarak kavramsallaştırılan sıkıntıya dayanma gücü, önemli bir diyagnostik faktör olarak araştırılmaktadır¹⁹². Şizofreni hastalarında sıkıntıya dayanma düzeyindeki azalmanın bilişsel ve fonksiyonel alanlardaki bozulmayla ilişkili olabileceğini bildiren çalışmalar vardır. Nugent ve arkadaşlarının sağlıklı kontrollerle şizofreni hastaları arasında yaptığı bir çalışmada, şizofreni hastalarının sıkıntıya dayanma düzeyi, sağlıklı kontrollere göre daha düşük bulunmuştur¹⁹⁵. Şizofreni hastalarında stresli yaşam olaylarıyla birlikte psikotik semptomlarda ve hastalığın relapsında artış olmaktadır²⁰³. Çalışmamızda pozitif, negatif ve genel psikopatoloji bulgularıyla sıkıntıya dayanma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalık şiddeti arttıkça sıkıntıya dayanma düzeyi azalmaktadır. Nugent ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, şizofreninin total semptomlarıyla sıkıntıya dayanma düzeyi arasında ilişki görülmemiştir¹⁹⁵. Bonfils ve arkadaşlarının yaptığı empati ve sıkıntıya dayanma düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada ise pozitif semptomlar arttıkça sıkıntıya dayanma düzeyi azalmıştır. Empatiyle sıkıntıya dayanma düzeyi arasında ilişki görülmemiştir¹⁹⁰. Norman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, ailede şizofreni öyküsü olan şizofreni hastalarında olmayan hastalara göre, sıkıntıya dayanma düzeyi ile pozitif semptomlar arasında daha güçlü bir ilişki bulunmuştur²⁵⁷. Docherty ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, stresli yaşam olaylarının artışının bazı hastalarda psikotik semptomların artışıyla ilişkiliyken, bazılarında bu seviyede bir etkinin görülmemesinin, şizofreni hastalarının bazılarında görülen olası bir duyarlılığa bağlı olup olmadığı araştırılmıştır. Hastalar ve kontroller, stresli yaşam olayları sonrası dokuz aylık bir süre sonunda değerlendirildiğinde, hastaların uyarılma yatkınlıkları, kaygı düzeyleri ve bu çalışma için geliştirilen emosyonel reaktivite ölçeğiyle ölçülen duygusal tepkileri sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur. Psikotik semptomlar ile kaygı düzeyleri arasında ilişki görülmüş, emosyonel reaktivite ve uyarılma yatkınlıkları arasında ilişki görülmemiştir. Bu çalışmada yüksek emosyonel reaktivite gösteren hastaların stresli olaylar karşısında, gerçeklerden uzaklaşmaya çalışarak kendilerini savunabileceklerine dikkat çekilmiştir²⁰³. Çalışmamızda hastaların aile kaynaklı algıladıkları sosyal destek arttıkça sıkıntıya dayanma düzeyleri artmıştır. Hastaların total, arkadaş ve özel bir insan kaynaklı algılanan sosyal destekleriyle bu şekilde bir ilişki gösterilememiştir. Bu bulgu hastaların aile kaynaklı sosyal desteklerinin, diğer kaynaklara göre daha

olumlu sonuçlarla ilişkili olduğunu düşünebilir. Şizofreni hastalarında aile içi kaynakların etkinleştirilmesi, yapıcı niteliklerinin artırılması hastaların hayatlarına kolaylaştırmada, geleceğe karşı karamsarlık duygularını azaltmada, damgalanma ve umutsuzluk duygularından korunmada önemli bir etken olabilir.

Hastaların psikotik alevlenme dönemleri stresli ve kaotik olmaktadır. Bunun sonucu olarak da sosyal çevreyle etkileşimleri azalmakta ve semptomlarını sosyal etkileşimler yoluyla çözme kabiliyetlerinde düşüş olmaktadır²¹⁹. Çalışmamızda genel psikopatoloji bulgularıyla algılanan sosyal destek total puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalık şiddeti hastaların hissettikleri sosyal destek negatif yönlü ilişkiydi. Bulgularımızla uyumlu literatürde bir çalışma vardır²⁵⁸. Çalışmamızda pozitif ve negatif semptomlar ile algılanan sosyal destek total puanı arasında ilişki bulunmamıştır. Literatürde bir meta-analizde, sosyal çevre büyüklüğüyle hastaların semptom yükleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Yedi çalışmanın meta-analizinde pozitif semptomlarla kişilerin sosyal çevrelerinin büyüklüğü arasında ilişki bulunmamıştır. Üç çalışmanın meta-analizinde ise pozitif semptomlarla sosyal çevre büyüklüğü arasında ters ilişki saptanmıştır²¹⁹. Çalışmamızda pozitif ve genel psikopatoloji bulgularıyla algılanan sosyal desteğin aile alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Negatif bulgular ile aile kaynaklı algılanan sosyal destek arasında ilişki bulunmamıştır. Hastaların sosyal izolasyonu, çevreye karşı ilgisizlikleri ve isteksizlikleri, pozitif bulgular ve genel psikopatoloji semptomlarında görülen ilişkiyi bulamamakta bir etken olabilir. Başka bir bulguysa arkadaş ve özel bir insan kaynaklı algılanan sosyal destek, genel psikopatoloji bulgularıyla ilişki göstermemiştir. Literatürde hastaların ilk psikotik atak sonrasında izlendiği bir çalışma, dezorganize semptomların kişilerin ilişkide olduğu aile üyeleri sayısı ile ilişkili olduğu, ailedeki kişiler azaldıkça dezorganize semptomların arttığı sonucuna ulaşmıştır. Arkadaş sayısı ile ise bu ilişki görülmemiştir. Aynı çalışmada pozitif semptomlarla sosyal çevre büyüklüğü arasında ilişki saptanmamıştır. Arkadaş sayısı ile negatif belirtiler arasında negatif ilişki görülmüş, fakat ilk iki yıl boyunca aile üyeleriyle negatif belirtiler arasında bu şekilde bir ilişki görülmemiştir²⁵⁹. Negatif belirtilerle sosyal çevre büyüklüğünün karşılaştırıldığı bir meta-analizde ise yedi çalışmada negatif bir ilişki bulunmuştur. Pozitif semptomlara göre negatif belirtilerin medikal

tedavilere cevabının daha az olması nedeniyle, bu konudaki sorunların giderilmesi açısından sosyal destek önemlidir²⁶⁰. Bu meta-analizde daha ileri evredeki şizofreni hastalarının sosyal çevre büyüklükleriyle semptomlar arası ilişkileri, hastalığın başlangıç dönemine göre daha anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçların etkisiyle, sosyal çevre büyüklüğündeki düzenlemelerle kişilerin semptomlarında azalma sağlanabileceğini söyleyebiliriz. Sosyal beceri eğitimleri ve psikososyal müdahaleler bu konuda faydalı olabilir. Aile, arkadaşlar ve profesyonel kişilerle olan ilişkiler dahil olmak üzere, kişinin hayatındaki çeşitli alanlarda sosyal bağlantılar kurma ve sürdürme becerilerine odaklanılmalıdır. Sosyal çevre büyüklüğünün sonuçlarının olumlu yanlarının kabulüyle birlikte bu sonuçlara odaklanmaktan daha çok, kişilerarası ilişkinin kalitesine önem vermek daha faydalı olabilir²¹⁹. Sosyal ilişkilerin her zaman destekleyici olmadığı, çatışma ve stres kaynağı da olabileceği unutulmamalıdır. Son yıllarda yapılan çalışmalar şizofreni hastalarının, hastalıklarının nüksü ve rehabilitasyonları konusunda aile ortamına ve duygu dışavurumunun önemine dikkat çekmiştir. Çalışma sonuçları aile ortamının ve bakım verenlerin, hastalığın gidişinde neden olabilecekleri olumsuz etkilerden hastaları koruma amacıyla yapılan psikososyal müdahalelere zemin hazırlamıştır¹⁸⁷.

6.SONUÇ

Şizofreni hastalarının kronik, ilerleyici, yeti yitimine neden olabilen, aile hayatında, mesleki ve sosyal hayatta kayıpların yaşanabildiği bu hastalık karşısında hastalıklarını kabullenmeleri depresif belirtilerle ilişkili olabilmektedir. Hastalar ortaya çıkabilecek olan mutsuzluk, moral bozukluğu, karamsarlık ve değersizlik duygularıyla baş edebilmek için inkar yolunu başvurabilirler.

Çalışmamızda hastaların içgörü seviyeleriyle depresif belirtileri, sıkıntıya dayanma düzeyi ve algıladıkları sosyal destek arasında herhangi bir ilişki görülmemiştir. Hastaların pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptomlarıyla içgörü negatif yönde ilişkili görünmektedir.

Çalışmamızda hastaların total algıladıkları sosyal destekleri ile depresif belirtileri arasında negatif yönlü bir ilişki görülmüştür. Bu ilişki aile, arkadaşlar ve özel bir insan için ayrı ayrı değerlendirildiğinde, aile ve arkadaş kaynaklı algılanan sosyal destek ile depresif belirtiler arasında anlamlı olarak bulunmuştur. Aile kaynaklı algılanan sosyal destekte bu ilişki daha güçlü olarak değerlendirilmiştir. Sıkıntıya dayanma düzeyleriyle total algılanan sosyal destek arasında ilişki görülmemekle birlikte, aile kaynaklı algılanan sosyal destek ile sıkıntıya dayanma düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki görülmüştür. Hastaların algıladıkları sosyal desteklerin hangi gruplarda daha çok olduğunun belirlenmesi, depresif belirtilerin ve sıkıntıya dayanma düzeyinin üzerindeki olası etkileri, düzenlenecek psikososyal müdahaleler açısından önemlidir. Şizofreni hastalarının sosyal çevreleri, hastalık kronikleştikçe zayıflamakta ve hastalar daha çok aile bireyleriyle vakit geçirmektedirler. Bulgularımız da aile desteğinin artışının, şizofreni hastalarında depresif semptomlarda azalmayla ve sıkıntıya dayanma düzeyinde artışla ilişkili olabileceğini göstermiştir.

Çalışmamızda hastaların pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptom şiddeti ve depresif semptom yükleri arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Pozitif, negatif ve genel psikopatoloji semptom şiddeti ve sıkıntıya dayanma düzeyi arasında da negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Total algılanan sosyal destekle ise genel psikopatoloji semptomları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Stresli yaşam olaylarının pozitif semptomlar üzerindeki olumsuz etkileri geçmiş çalışmalarda incelenmiştir. Ayrıca stresli yaşam olaylarının, olumsuz duygusal semptomlara neden olmaları ve bunların da artmış psikotik

semptomlarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Çevresel stresörlerin pozitif semptomlar üzerindeki etkisi ve şizofreni hastalarının sıkıntıya dayanma düzeylerindeki topluma oranla azalmalar göz önüne alındığında, şizofreni hastalarının olumsuz çevresel olaylara karşı daha duyarlı olabilecekleri düşünüldüğünde psikososyal düzenlemelerin gerekliliği önem kazanmaktadır. Hastaların semptomlarını kontrol altına almak, sosyal destek kaynaklarını etkin şekilde düzenlemek ve psikososyal müdahalelere dahil etmek çok yönlü bir şekilde birbirini etkileyerek, sıkıntıya dayanma düzeylerinde artma ve depresif semptomlarda azalmaya katkıda bulunabilir.

İçgörü hakkında geçmişte yapılan çok sayıda çalışmanın sonuçları birbirleriyle tutarsız görünmekte ve bu konuda bilgilerimiz hala yetersiz seviyede kalmaktadır. İçgörünün oluşum mekanizmaları, artışı ve azalmasına neden olabilecek faktörler ve altta yatan nörobilişsel etkenlerin anlaşılabilmesi için gelecekte daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Kısıtlılıklar ve Öneriler

1. Çalışmamızda çoğu hastada içgörü hastanın kendi ifadesiyle, yanında bilgi alınabilecek herhangi bir yakını olmadan, tek bir görüşme sonucuna dayanıyordu. Tekrarlayan görüşme sonuçları daha güvenilir veriler elde etmeyi sağlayabilirdi.

2. Çalışmamızın kesitsel olarak yapılması nedeniyle içgörü ve depresyon ilişkisi, neden sonuç ilişkisinin hangi yönlü olduğunu açıklayabilecek şekilde araştırılmamıştı. Geçmişte bu ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma bulunmamaktadır. Gelecek çalışmalar bu yönde tasarlanabilir.

3. Literatürde algılanan sosyal destek ve içgörü ilişkisini araştıran yeterince çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız algılanan sosyal destek ve içgörü ilişkisini değerlendirmede sadece hastanın öz bildirimine dayalı memnuniyetini hedef alıyordu. Bu ilişkiyi değerlendirmek için, daha çok sosyal destek kaynaklarının özelliklerini araştıran çalışmalara ihtiyaç duyulabilir.

4. Literatürde sıkıntıya dayanma düzeyi ve içgörü ilişkisini araştıran herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda içgörü ve sıkıntıya dayanma düzeyi ilişkisi, inkar mekanizması üzerinden dolaylı bir etkiyi hedef

alıyordu. Bu değişkenlerin birlikte değerlendirildiği bir çalışmada daha sağlıklı veriler elde edilebilir.

5. Çalışmamız algılanan sosyal destek, sıkıntıya dayanma düzeyi ve içgörü ilişkisinin neden sonuç yönünü açıklayabilecek şekilde düzenlenmemişti. Algılanan sosyal destek, sıkıntıya dayanma düzeyi ve içgörünün neden sonuç ilişkisi gelecekte başka çalışmalar için araştırma konuları olabilir.

6. Çalışmamızda hastaların antidepresanları ve diğer psikiyatrik ilaçları kullanıp kullanmadıkları, kullanıyorlarsa bunun sonuçlara neden olabilecek etkileri değerlendirilmemiştir.



7.KAYNAKLAR

- [1] Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Comprehensive Textbook of Psychiatry (Kaplan & Saddock's)(2). 2009.
- [2] Bornheimer LA, Nguyen D. Suicide among individuals with schizophrenia: A risk factor model. Soc. Work Ment. Health. 2016.
- [3] Murray CJL. The global burden of disease. Harvard Univ. Press. 1996.
- [4] Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. World Psychiatry. 2013;12:155-64.
- [5] Schennach R, Meyer S, Seemuller F, et al. Insight in schizophrenia-course and predictors during the acute treatment phase of patients suffering from a schizophrenia spectrum disorder. Eur. Psychiatry. 2012;27: 625-33.
- [6] Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. Schizophr. Res. 2004;68: 319-29.
- [7] Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Beşinci Baskı (DSM-5). In Hekimler Yayın Birliği.
- [8] Lewis A. The Psychopathology of Insight. Br. J. Med. Psychol.1934;14: 332–348.
- [9] Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. Schizophr. Bull. 2007;33:1324-42.
- [10] Wiffen BDR, Rabinowitz J, Lex A, David AS. Correlates, change and 'state or trait' properties of insight in schizophrenia. Schizophr. Res. 2010;122: 94-103.
- [11] Saravanan B, Jacob KS, Johnson S, Prince M, Bhugra D, David AS. Outcome of first-episode schizophrenia in India: Longitudinal study of effect of insight and psychopathology. Br. J. Psychiatry. 2010;196: 454-459.
- [12] Ayesa-Arriola R, Rodriguez-sanches JM, Morelli C, et al. Insight dimensions in first-episode psychosis patients: Clinical, cognitive, pre-morbid and socio-demographic correlates. Early Interv. Psychiatry. 2011;5: 140-9.
- [13] Drake RJ, Dunn G, Tarrier N, Bentall RP, Haddock G, Lewis SW. Insight as a predictor of the outcome of first-episode nonaffective psychosis in a prospective cohort study in England. J. Clin. Psychiatry. 2007;68: 81-6.

- [14] Kelly BD, Clarke M, Browne S, et al. Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *Eur. Psychiatry*. 2004;19: 67-71.
- [15] Yen CF, Yeh ML, Chen CS, Chung HH. Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: A prospective study. *Compr. Psychiatry*. 2002;43: 443-7.
- [16] Buckley PF, Wirshing DA, Bhushan P, Pierre JM, Resnick SA, Wirshing WC. Lack of insight in schizophrenia: Impact on treatment adherence. *CNS Drugs*. 2007; 21: 129-41.
- [17] Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am. J. Psychiatry*. 1993;150: 873-9.
- [18] Onur Arsel C, Durak Batıgün A. İntihar ve Cinsiyet: Cinsiyet Roller, İletişim Becerleri, Sosyal Destek ve Umutsuzluk Açısından Bir Değerlendirme. (Turkish). *Suicide Gen. An Investig. terms Gen. Roles, Interpers. Relatsh. Style, Soc. Support, Hopelessness*. 2011.
- [19] Varni JW, Katz ER, Colegrove R, Dolgin M. Perceived social support and adjustment of children with newly diagnosed cancer. *J. Dev. Behav. Pediatr*. 1994;15: 20-6.
- [20] Mohamed S, Rosenheck R, McEvoy J, Swartz M, Stroup S, Lieberman J A. Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 2009;35: 336-346.
- [21] Kyziridis TC. Notes on the history of schizophrenia. *Ger. J. Psychiatry*. 2005;8: 42-48.
- [22] Bhugra D. Psychiatry in ancient Indian texts: A review. *History of Psychiatry*. 1992;3: 167-186.
- [23] Lewis A. Paranoia and paranoid: A historical perspective. *Psychol. Med*. 1970;1: 2-12.
- [24] Öztürk MO. Şizofreni, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Gözden geçirilerek yenilenmiş 11. basım. Ankara. Tuna Matbaacılık San ve Tic AŞ 2008;26: 1300-2163.
- [25] Youssef HA, Youssef FA. Evidence for the existence of schizophrenia in medieval Islamic society. *Hist. Psychiatry* 1996;7: 55–62.
- [26] Jelliffe SE. Dementia praecox: An historical summar. *Int J Psycho-Anal*. 1910;9: 521–531.
- [27] Bark NM. On the history of schizophrenia. *N Y State J. Med*. 1988;88: 374–383.

- [28] Wender PH. Dementia praecox: the development of the concept. *Am. J. Psychiatry*, 1963;119: 1143–1151.
- [29] Kahlbaum KL. Catatonia. (Trans. Y. Levij & T. Pridan). *Catatonia*. (Trans. Y. Levij & T. Pridan). Baltimore, 1973;18: 102.
- [30] Andreasen NC. The evolving concept of schizophrenia: From Kraepelin to the present and future. in *Schizophrenia Research*. 1997;28: 105-9.
- [31] Ebert A, Bär KJ. Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. *Indian Journal of Psychiatry*. 2010;52: 191-192.
- [32] Peralta V, Cuesta MJ. Eugen bleuler and the schizophrenias: 100 Years after. *Schizophr. Bull.* 2011;37: 1118-1120.
- [33] Keller WR, Fischer BA, Carpenter WT. Revisiting the Diagnosis of Schizophrenia: Where have we been and Where are We Going?. *CNS Neuroscience and Therapeutics*. 2011;17: 83-8.
- [34] De Leon J. DSM-5 and the research domain criteria: 100 years after jaspers' general psychopathology. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171: 492-4.
- [35] Tomlinson WK. Schizophrenia, the history of an illness. *Psychiatr. Med.* 1990;8: 1–19.
- [36] Freud S, Strachey J. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Stand. Ed. Complet. *Psychol. Work. Sigmund Freud*. 1957.
- [37] Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders (3rd ed). *New York State Psychiatr. Inst.* 1978;35: 773-82.
- [38] Robert DLK, Conley R. *Pharmacologic Treatment of Schizophrenia*. 2 edition. 2003.
- [39] Americans N. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. IACAPAP E-textb. child Adolesc. Ment. Heal. 2013.
- [40] McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30: 67-76.
- [41] Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*. 2010;22: 417-28.

- [42] Cooper HT. Epidemiology on the Prevention of Mental Disorders for the World Psychiatric Association. London. 1989.
- [43] Black DW, Yates WR, Andreasen NC. Schizophrenia, schizophreniform disorder and delusional disorders (paranoids). in American Psychiatric Press. Washington. Yudofsky (Eds.) Textbook of Psychiatry. Y. S. Halec RE. Ed. Washington: American Psychiatric Press. 1988: 355–400.
- [44] Çetingök M, Chu CC, Park DB. The effect of culture on the sex differences in schizophrenia. *Int. J. Soc. Psychiatry.* 1990;36: 272–279.
- [45] Werbeloff N, Levine SZ, Rabinowitz J. Elaboration on the association between immigration and schizophrenia: A population-based national study disaggregating annual trends, country of origin and sex over 15 years. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012;47: 303-11.
- [46] Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2001;58:1039-46.
- [47] Newman SC, Bland RC. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: A record linkage study. *Can. J. Psychiatry.* 1991;36: 239-45.
- [48] Corcoran C, Walker E, Huot R, et al. The Stress Cascade and Schizophrenia: Etiology and Onset. *Schizophr. Bull.* 2003;29: 671-92.
- [49] Turner T. ABC of mental health: Schizophrenia. *British Medical Journal.* 1997;315: 108-111.
- [50] Glatt SJ, Faraone SV, Tsuang MT. Association between a functional catechol O-methyltransferase gene polymorphism and schizophrenia: Meta-analysis of case-control and family-based studies. *Am. J. Psychiatry.* 2003;160: 469-476.
- [51] Norton N, Williams HJ, Owen MJ. An update on the genetics of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry.* 2006;19: 158-64.
- [52] King S, St-Hilaire A, Heidkamp D. Prenatal factors in schizophrenia. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 2010;19: 209-213.
- [53] Torrey EF, Miller J, Rawlings R, Yolken RH. Seasonality of births in schizophrenia and bipolar disorder: A review of the literature. *Schizophrenia Research.* 1997;28: 1-38.
- [54] Matheson SL, Shepherd AM, Laurens KR, Carr VJ. A systematic meta-review grading the evidence for non-genetic risk factors and putative antecedents of schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 2011;133: 133-42.

- [55] Torrey EF, Buka S, Cannon TD, et al. Paternal age as a risk factor for schizophrenia: How important is it?. *Schizophr. Res.* 2009;114: 1–5.
- [56] Delisi LE. The concept of progressive brain change in schizophrenia: Implications for understanding schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 2008;34: 312-321.
- [57] Andreasen NC, Liu D, Ziebell S, Vora A, Ho BC. Relapse duration, treatment intensity and brain tissue loss in schizophrenia: A prospective longitudinal MRI study. *Am. J. Psychiatry.* 2013;170: 689.
- [58] Wilms G, Van Ongeval C, Baert AL, et al. Ventricular enlargement, clinical correlates and treatment outcome in chronic schizophrenic inpatients. *Acta Psychiatr. Scand.*1992;85: 306-12.
- [59] Mueller S, Keeser D, Reiser MF, Teipel S, Meindl T. Functional and structural MR imaging in neuropsychiatric disorders, part 2: Application in schizophrenia and autism. *American Journal of Neuroradiology.* 2012;33: 2033-7.
- [60] Kircher TTJ, Thienel R. Functional brain imaging of symptoms and cognition in schizophrenia. *Progress in Brain Research.* 2005;150: 299-308.
- [61] Powchik P, Davidson M, Haroutunian V, et al. Postmortem studies in schizophrenia. *Schizophr. Bull.*1998;24: 325-41.
- [62] Toda M, Abi-Dargham A. Dopamine hypothesis of schizophrenia: Making sense of it all. *Current Psychiatry Reports.* 2007;9: 329-36.
- [63] Strous RD, Shoenfeld Y. Schizophrenia, autoimmunity and immune system dysregulation: A comprehensive model updated and revisited. *Journal of Autoimmunity.* 2006;27: 71-80.
- [64] Brown AS, Hooton J, Schaefer CA, et al. Elevated Maternal Interleukin-8 Levels and Risk of Schizophrenia in Adult Offspring. *Am. J. Psychiatry.* 2004;161: 889-95.
- [65] Frydecka D, Misiak B, Pawlak-Adamska E, et al. Interleukin-6: the missing element of the neurocognitive deterioration in schizophrenia? The focus on genetic underpinnings, cognitive impairment and clinical manifestation. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2015;265: 449-459.
- [66] Sekar A, Bialas AR, de Rivera H, et al. Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4. *Nature.* 2016;530: 177-83.
- [67] Jones P, Murray R, Jones P, Rodgers B, Marmot M. Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet.* 1994;344: 1398-1402.

- [68] Read J, Van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;112: 330-50.
- [69] Dragt S, Nieman DH, Schultze-Lutter F, et al. Cannabis use and age at onset of symptoms in subjects at clinical high risk for psychosis. *Acta Psychiatr. Scand*. 2012;125: 45-53.
- [70] Arndt S, Andreasen NC, Flaum M, Miller D, Nopoulos P. A Longitudinal Study of Symptom Dimensions in Schizophrenia: Prediction and Patterns of Change. *Arch. Gen. Psychiatry*.1995;52: 352-60.
- [71] Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, et al. Awareness of Illness in Schizophrenia and Schizoaffective and Mood Disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*.1994;51: 826-36.
- [72] Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer RM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2001;58: 158-64.
- [73] Andreasen NC, Grove WM. Thought, language, and communication in schizophrenia: diagnosis and prognosis. *Schizophr. Bull*.1986;12: 348-59.
- [74] Nicodemus KK, Marenco S, Batten AJ, et al. Serious obstetric complications interact with hypoxia-regulated/vascular- expression genes to influence schizophrenia risk. *Mol. Psychiatry*. 2008;13: 873-7.
- [75] Bozkurt A (2009) *Klinik Psikiyatri El Kitabı*. 4. Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara
- [76] Möser C, Krieg JC, Zihl J, Lautenbacher S. Attention and memory deficits in schizophrenia: The role of symptoms of depression. *Cogn. Behav. Neurol*.2006;19: 150-6.
- [77] Reichenberg A, Caspi A, Harrington H, et al. Static and dynamic cognitive deficits in childhood preceding adult schizophrenia: A 30-year study. *Am. J. Psychiatry*. 2010;167: 160-9.
- [78] Andreasen NC, Flaum M. Schizophrenia: The characteristic symptoms. *Schizophrenia Bulletin*. 1991;17: 27-49.
- [79] Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues Clin. Neurosci*. 2010;12: 271-287.
- [80] Özdemir Ö, Tükel R, Türksoy N, Üçok A. Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. *Compr. Psychiatry*. 2003; 44: 311–316.

- [81] Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagman AMI. Deficit and nondesic forms of schizophrenia: The concept. *Am. J. Psychiatry*. 1988.
- [82] Yoon JH, Minzenberg MJ, Ursu S, et al. Association of dorsolateral prefrontal cortex dysfunction with disrupted coordinated brain activity in schizophrenia: Relationship with impaired cognition, behavioral disorganization, and global function. *Am. J. Psychiatry*. 2008;165:1006-14.
- [83] Carpenter WT, Kirkpatrick B. The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1988;14: 645-652.
- [84] Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophr. Bull.*1998;24: 75-85.
- [85] Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. Symptomatic and Functional Recovery from a First Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Am. J. Psychiatry*. 2004;161: 473-9.
- [86] Remschmidt H, Theisen F. Early-onset schizophrenia1. *Neuropsychobiology*. 2012;66: 63-9.
- [87] Jobe TH, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2005;50: 892-900.
- [88] Lang FU, Kösters M, Lang S, Becker T, Jäger M. Psychopathological long-term outcome of schizophrenia -- a review. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2013.
- [89] Mintz LI, Liberman RP, Miklowitz DJ, Mintz J. Expressed emotion: a call for partnership among relatives, patients, and professionals. *Schizophr. Bull.*1987;13: 227-35.
- [90] Kulhara P. Outcome of schizophrenia: some transcultural observations with particular reference to developing countries. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*1994;244: 227-35.
- [91] Fıstıkçı N, Keyvan A, Cesur E. Psikiyatrik hastalıklarda içgörü kavramı: Bir gözden geçirme. *Yeni Symp*. 2016;54: 55-2.
- [92] Kafka JS. On the question of insight in psychosis. *J. Am. Acad. Psychoanal.*1990;18:18-28.
- [93] Amador XF, Gorman JM. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr. Clin. North Am.*1998;21: 27-42.
- [94] David AS. Insight and psychosis. *Br. J. Psychiatry*.1990;156: 798–808.

- [95] Greenfeld D, Strauss JS, Bowers MB, Mandelkern M. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr. Bull.*1989;15: 245-52.
- [96] McEvoy JP, Applebaum PS, Apperson LJ, Geller JL, Freter S. Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Compr. Psychiatry.* 1989;30: 13-7.
- [97] Henriksen MG, Parnas J. Self-disorders and schizophrenia: A phenomenological reappraisal of poor insight and noncompliance. *Schizophr. Bull.* 2014;40: 542-7.
- [98] Marková IS, Berrios GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1992;86: 159-64.
- [99] Reddy M. Insight and psychosis. *Indian J Psychol Med.* 2015;37: 257–260.
- [100] Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophr. Res.*1997;27: 37-44.
- [101] Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Owens DGC, Johnstone EC. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. in *Schizophrenia Research.* 1999;35: 247-253.
- [102] Startup M. Insight and cognitive deficits in schizophrenia: evidence for a curvilinear relationship. *Psychol. Med.* 1996;26: 1277-81.
- [103] Drake RJ, Lewis SW. Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2003;62: 165-73.
- [104] Shad MU, Keshavan MS, Tamminga CA, Cullum CM, David A. Neurobiological underpinnings of insight deficits in schizophrenia. *International Review of Psychiatry.* 2007;19: 437-46.
- [105] Marks KA, Fastenau PS, Lysaker PH, Bond GR. Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): Relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2000;45: 03-11.
- [106] Nair A, Palmer EC, Aleman A, David AS. Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta-analysis. *Schizophr. Res.* 2014;152:191-200.
- [107] Kansal V, Patriciu I, Kiang M. Illness insight and neurophysiological error-processing deficits in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2014;156: 122-7.
- [108] Pu S, Nakagome G, Yamada D, et al. Association between cognitive insight and prefrontal function during a cognitive task in schizophrenia: A

multichannel near-infrared spectroscopy study. *Schizophr. Res.*2013;13: 785-93.

[109] Bergé D, Carmona S, Rovira M, Bulbena A, Salgado P, Vilarroya O. Gray matter volume deficits and correlation with insight and negative symptoms in first-psychotic-episode subjects. *Acta Psychiatr. Scand.*2011;123: 431-9.

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

[111] Osatuke K, Ciesla J, Kasckow JW, Zisook S, Mohamed S. Insight in schizophrenia: a review of etiological models and supporting research. *Comprehensive Psychiatry.* 2008;49: 70-7.

[112] Tek C, Kirkpatrick B, Buchanan RW. A five-year followup study of deficit and nondeficit schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2001;49: 253-60.

[113] Amador XF, Kronengold H. The description and meaning of insight in psychosis. in *Insight and psychosis.*1998:15-32.

[114] Shad MU, Muddasani S, Keshavan MS. Prefrontal subregions and dimensions of insight in first-episode schizophrenia - A pilot study. *Psychiatry Res. - Neuroimaging.* 2006;146: 35-42.

[115] Sartorius N, Shapiro R, Kimura M, Barrett K. Who international pilot study of schizophrenia. *Psychol. Med.* 1972;2: 422-5.

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

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

[118] Dickerson FB, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 1997;48: 195-9.

[119] Dębowska G, Grzywa A, Kucharska-Pietura K. Insight in paranoid schizophrenia - Its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Compr. Psychiatry.* 1998;21: 27-42.

[120] Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry.* 2000;177: 511-5.

- [121] Larøi F, Fannamel M, Ronneberg U, et al. Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Res. - Neuroimaging*. 2000;100: 49-58.
- [122] Macpherson R, Jerrom B, Hughes A. Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*.1996;168: 718-22.
- [123] White R, Bebbington P, Pearson J, Johnson S, Ellis D. The social context of insight in schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2000;35: 500-7.
- [124] Baier M, DeShay E, Owens K, et al. The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. *Arch. Psychiatr. Nurs*. 2000;14: 259-65.
- [125] Schwartz RC, Petersen S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis*.1999;187: 376–378.
- [126] Drake RJ, Pickles A, Bentall RP, et al. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol. Med*. 2004;34: 285-92.
- [127] Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I, Kemp R, David AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol. Med*. 1998;28: 437-46.
- [128] Drake RJ, Haley C, Lewis SW. Are insight measures related to other symptoms in first episode schizophrenia?. *Schizophr. Res*.1998;29:1–2.
- [129] Pyne JM, Bean D, Sullivan G. Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *J. Nerv. Ment. Dis*. 2001;189:146-53.
- [130] Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr. Bull*. 2000;26: 193-200.
- [131] Cunningham Owens DG, Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Johnstone EC. A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta Psychiatr. Scand*. 2001;103: 362-9.
- [132] Schwartz RC, Smith SD. Suicidality and psychosis: The predictive potential of symptomatology and insight into illness. *J. Psychiatr. Res*. 2004;38: 185-91.
- [133] Bassman R. Agent, not objects: Our fight to be. *J Clin Psychol*.2000; 56: 1395–1411.

- [134] Taylor KE, Perkins RE. Identity and coping with mental illness in long-stay psychiatric rehabilitation. *Br. J. Clin. Psychol.* 1991;30: 73-85.
- [135] Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders: Evidence of an interaction. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2005;193: 287-92.
- [136] Boyer L, Aghababian V, Richieri R, et al. Insight into illness, neurocognition and quality of life in schizophrenia. *Prog. Neuro-Psychopharmacology Biol. Psychiatry.* 2012;36: 271-6.
- [137] Sim K, Mahendran R, Siris SG, Heckers S, Chong SA. Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Res.* 2004;129: 141-7.
- [138] Van Baars AWB, Wierdsma AI, Hengeveld MW, Mulder CL. Improved insight affects social outcomes in involuntarily committed psychotic patients: A longitudinal study in the Netherlands. *Compr. Psychiatry.* 2013;54: 873-9.
- [139] Kaiser SL, Snyder JA, Corcoran R, Drake RJ. The relationships among insight, social support, and depression in psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2006;194: 905-8.
- [140] Lysaker PH, Dimaggio G, Buck KD, et al. Poor insight in schizophrenia: Links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need, and consequences of illness. *Compr. Psychiatry.* 2011;52: 253-60.
- [141] Rosen K, Garety P. Predicting recovery from schizophrenia: A retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes. *Schizophr. Bull.* 2005;31: 735-50.
- [142] Parnas J. A disappearing heritage: The clinical core of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2011;37:1121-30.
- [143] Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, et al. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: Prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophr. Res.* 2000;45:47-56.
- [144] Kayahan B, Veznedaroğlu B. Şizofrenide depresif belirtilerin önemi ve psikofarmakolojik sağaltımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni.* 2006.
- [145] Knights A, Hirsch SR. Revealed Depression and Drug Treatment for Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1981;38:806-11.
- [146] McGlashan TH, Carpenter WT. An investigation of the postpsychotic depressive syndrome. *Am. J. Psychiatry.* 1976;133:14-9.

- [147] Bartels SJ, Drake RE. Depressive symptoms in schizophrenia: Comprehensive differential diagnosis. *Compr. Psychiatry*. 1988;29:467-83.
- [148] Liddle PF, Barnes TRE, Curson DA, Patel M. Depression and the experience of psychological deficits in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.*1993; 88: 243–247.
- [149] Nakaya M, Komahashi T, Ohmori K, Suwa H. The composition of the depressive syndrome in acute schizophrenia. *Schizophr. Res.* 1998;34:151-7.
- [150] Müller MJ. Gender-specific associations of depression with positive and negative symptoms in acute schizophrenia. *Prog. Neuro-Psychopharmacology Biol. Psychiatry*. 2007;31:1095-100.
- [151] Messias E, Kirkpatrick B, Ram R, Tien AY. Suspiciousness as a specific risk factor for major depressive episodes in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2001;47:159-65.
- [152] Aydemir Ö. Şizofrenide Depresyonu Olan İle Olmayan Hastaların Belirti Yönünden Ayrımı. *Türk Psikiyatr. Derg.*2002;13: 173–178.
- [153] Collins AA, Remington G, Coulter K, Birkett K. Depression in schizophrenia: A comparison of three measures. *Schizophr. Res.* 1996;20:205-9.
- [154] Siris SG, Addington D, Azorin JM, Falloon IRH, Gerlach J, Hirsch SR. Depression in schizophrenia: Recognition and management in the USA. *Schizophr. Res.* 2001;47:185-97.
- [155] Gift TE, Strauss JS, Kokes RF, Harder DW, Ritzler BA. Schizophrenia: Affect and outcome. *Am. J. Psychiatry*.1980; 137: 580–585.
- [156] Koreen AR, Siris SG, Chakos M, Alvir J, Mayerhoff D, Lieberman J. Depression in 1st-Episode Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 1993;150:1643-1648.
- [157] Johnson DAW. The side effects of fluphenazine decanoate. *Br. J. Psychiatry*.1973;122: 519–522.
- [158] Drake RE, Ehrlich J. Suicide attempts associated with akathisia. *Am. J. Psychiatry*. 1985;142:499-501.
- [159] Becker RE. Depression in schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry*.1988 ;39:1269-75.
- [160] Roy A, Thompson R, Kennedy S. Depression in chronic schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*.1983; 142: 465–470.

- [161] Ceylan ME. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. Şizofreni. 4th ed. İncekara Matbaacılık. 2009.
- [162] Işık E. güncel şizofreni. 2nd ed. ankara: GM Matbaacılık ve Tic AŞ. 2007.
- [163] Peuskens J. Proper psychosocial rehabilitation for stabilised patients with schizophrenia: The role of new therapies. Eur. Neuropsychopharmacol. 1996; 6: 7-12.
- [164] Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom. Med. 1976;38: 300-314.
- [165] Kozacoğlu H, Gördürür GH. Bireyden topluma ruh sağlığı. istanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım. 1995.
- [166] Öntaş Ö, Sosyal hizmet mesleğinde sosyal destek kavramı. İç.: Yaşam Boyu Sosyal Hizmet. ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Yüksekokulu. 1999.
- [167] Kef S. The personal networks and social supports of blind and visually impaired adolescents. J. Vis. Impair. Blind. 1997;
- [168] Christenfeld N, Gerin W, Linden W, et al. Social support effects on cardiovascular reactivity: Is a stranger as effective as a friend?. Psychosom. Med. 1997; 59: 388-389.
- [169] Ueno K. The effects of friendship networks on adolescent depressive symptoms. Soc. Sci. Res. 2005;34: 484-510.
- [170] Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi. istanbul: Remzi Kitabevi. 2000.
- [171] Smith J, Birchwood M. Relatives and patients as partners in the management of schizophrenia. The development of a service model. Br. J. Psychiatry. 1990;156: 654-60.
- [172] Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. antalya. 2000.
- [173] Çobanoğlu Üstünsoy ZS, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. Düşünen Adam Psikiyatr. ve Nörolojik Bilim. Derg. 2003;16:211-218.
- [174] Eack SM, Newhill CE. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. Schizophr. Bull. 2007;33: 1225-1237.
- [175] Ritsner M, Ben-Avi I, Ponizovsky A, Timinsky I, Bistrov E, Modai I. Quality of life and coping with schizophrenia symptoms: Quality of life and coping. Qual. Life Res. 2003;12: 1-9.

- [176] Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann. Behav. Med.* 2010;40: 218-27.
- [177] Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç , Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Turk Onkol. Derg.* 2008;23
- [178] Duman ZC, Yildirim NK, Ucok A, Er F, Kanik T. The effectiveness of a psychoeducational group program with inpatients being treated for chronic mental illness. *Soc. Behav. Pers.* 2010;38: 657-666.
- [179] Ng P, Chun RWK, Tsun A. Recovering from hallucinations: A qualitative study of coping with voices hearing of people with schizophrenia in Hong Kong. *Sci. World J.* 2012.
- [180] Brown C. A comparison of living situation and loneliness for people with mental illness. *Psychiatr. Rehabil. J.* 1996;20: 59-63.
- [181] Alınmış RK. The Explanatory Relationship Among Self-esteem, Problem Solving, Ways of Coping, Social Support and Suicidal Ideation of Patients with Schizophrenia. Middle East Technical University. 2011.
- [182] İbadi Teke Y. Şizofreni Hastalarında Sosyal Yönelme ve Kaçınma Davranışının Nöropsikolojisi ve Nörofizyolojisi. Üsküdar Üniversitesi. 2015.
- [183] Sorias O. Sosyal destek kavramı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 1988;27: 353-357.
- [184] Velioğlu P. Psikiyatri hastalarının kişisel sorunlarını tartışmak için yaklaştığı personel kategorileri. *Turk Hemsire. Derg.* 1983.
- [185] Beels CC. Social support and schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1981;7: 58-71.
- [186] Holmes-eber P, Riger S. Hospitalization and the composition of mental patients' social networks. *Schizophr. Bull.* 1990;16: 157-64.
- [187] Sawant NS, Jethwani KS. Understanding family functioning and social support in unremitting schizophrenia: A study in India. *Indian J. Psychiatry.* 2010;52: 145-9.
- [188] Muslu S. Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. 2010. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi. 88 sayfa. Ankara. (Prof. Dr. Engin Turan).
- [189] Sargın AE, Özdel K, Utku Ç, Kuru E, Yalçınkaya-Alkar Ö, Türkçapar H. "Sıkıntıya Dayanma Ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg.* 2012.;1: 152-161.

- [190] Bonfils KA, Minor KS, Leonhardt BL, Lysaker PH. Metacognitive self-reflectivity moderates the relationship between distress tolerance and empathy in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2018;265: 1-6.
- [191] Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion.* 2005;29: 83-102.
- [192] Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress Tolerance and Psychopathological Symptoms and Disorders: A Review of the Empirical Literature Among Adults. *Psychol. Bull.* 2010;136: 576-600.
- [193] Allan NP, Macatee RJ, Norr AM, Raines AM, Schmidt NB. Relations between common and specific factors of anxiety sensitivity and distress tolerance and fear, distress, and alcohol and substance use disorders. *J. Anxiety Disord.* 2015;33: 81-9.
- [194] Chiappelli J, Pocivavsek A, Nugent K, et al. Stress-induced increase in kynurenic acid as a potential biomarker for patients with schizophrenia and distress intolerance. *JAMA Psychiatry.* 2014;71: 761-768.
- [195] Nugent KL, Chiappelli J, Rowland LM, Daughters SB, Hong LE. Distress intolerance and clinical functioning in persons with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2014;220: 31-36.
- [196] Barnett JH, Salmond CH, Jones PB, Sahakian BJ. Cognitive reserve in neuropsychiatry. *Psychological Medicine.* 2006;36: 1053-64.
- [197] Albus M, Ackenheil M, Engel RR, Müller F. Situational reactivity of autonomic functions in schizophrenic patients. *Psychiatry Res.* 1982;6: 361-70.
- [198] Castro MN, Vigo DE, Chu EM, et al. Heart rate variability response to mental arithmetic stress in patients with schizophrenia. Autonomic response to stress in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2008;139: 134-40.
- [199] Bär KJ, Berger S, Metzner M, et al. Autonomic dysfunction in unaffected first-degree relatives of patients suffering from schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2010;36: 1050-1058.
- [200] Macatee RJ, Albanese BJ, Allan NP, Schmidt NB, Cogle JR. Distress intolerance as a moderator of the relationship between daily stressors and affective symptoms: Tests of incremental and prospective relationships. *J. Affect. Disord.* 2016;206: 125-132.
- [201] Van Os J, Selten JP. Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. The May 1940 invasion of The Netherlands. *Br. J. Psychiatry.* 1998;172: 304-6.

- [202] Tessner KD, Mittal V, Walker EF. Longitudinal study of stressful life events and daily stressors among adolescents at high risk for psychotic disorders. *Schizophr. Bull.* 2011;37: 432-41.
- [203] Docherty NM, St-Hilaire A, Aakre JM, Seghers JP. Life events and high-trait reactivity together predict psychotic symptom increases in Schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2009;35: 638-645.
- [204] O'Cleirigh C, Ironson G, Smits JAJ. Does Distress Tolerance Moderate the Impact of Major Life Events on Psychosocial Variables and Behaviors Important in the Management of HIV?. *Behav. Ther.* 2007;38: 314-23.
- [205] Stanage-Becker EJ. Computerized experience sampling method in schizophrenia and schizoaffective disorder: Distress tolerance as a moderator of response to daily stressors, psychotic, and negative mood symptoms. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering.* 2010.
- [206] Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikol. Derg.* 1999;14: 23-32.
- [207] Belvederi Murri M, Repino M, Innamorati M, et al. Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research.* 2015;162: 234-47.
- [208] Oksay SE, Aksaray G, Kaptanoğlu C. Calgary Depresyon Ölçeğinin şizofreni hastalarında geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatr. Derg.* 2000;11: 278-284.
- [209] Eker D, Arkar H. Factorial Structure, Validity, and Reliability of Revised Form of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Türk Psikol. Derg.* 1995;10: 45-85.
- [210] Bora E, Özdemir F. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğinin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye'de Psikiyatr.* 2006;8: 74-80.
- [211] Danki D, Dilbaz N, Okay IT, Telci S. Şizofreni Tansı Olan Hastalarda İçgörünün Aile Oyküsü, Pozitif ve Negatif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Derg.* 2007;18: 129-136.
- [212] Duarte Gigante A, Castel S. Insight into schizophrenia: A comparative study between patients and family members. *Sao Paulo Med. J.* 2004;122:246-251.
- [213] Tiryaki A, Karahan A. Şizofreni Hastalarında İçgörünün Psikopatoloji ve Nöropsikolojik İşlevlerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Derg.* 2018;29: 22-30.

- [214] Aleman A, Kahn RS, Seltzer JP. Sex Differences in the Risk of Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2003;60:565-71.
- [215] Cobo J, Nieto L, Ochoa S, et al. Insight and gender in schizophrenia and other psychoses. *Psychiatry Res*. 2016;243: 268-77.
- [216] Soysal M Şizofren hastaların algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. 2017. Gaziantep Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi. 91 sayfa. Gaziantep. (Doç. Dr. Ahmet ÜNAL).
- [217] Li XJ, Wu JH, Liu JB et al. The influence of marital status on the social dysfunction of schizophrenia patients in community. *Int. J. Nurs. Sci*. 2015;2: 149-152.
- [218] Büyüksandıç Özşen P. Şizofren Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Bilgileri, İnançları ve Yardım Arama Davranışları. 2013. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi. 113 sayfa. Gaziantep. (Yrd. Doç. Dr. Derya Tanrıverdi).
- [219] Degan A, Berry K, Sweet D, Abel K, Crossley N, Edge D. Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2018;53: 873-888.
- [220] Mingrone C, Rocca P, Castagna F, et al. Insight in stable schizophrenia: Relations with psychopathology and cognition. *Compr. Psychiatry*. 2013;54: 484-92.
- [221] Lysaker PH, Bryson GJ, Lancaster RS, Evans JD, Bell MD. Insight in schizophrenia: Associations with executive function and coping style. *Schizophr. Res*. 2003;59: 41-7.
- [222] Kurtgöz Zorlu P, Bilgiç Ö, Şahin T. Şizofrenide Klinik İlgörünün Psikiyatrik Semptomlar ve Bilişsel İşlevler ile İlişkisi. *Dusunen Adam J. Psychiatry Neurol. Sci*. 2017;30: 79-85.
- [223] Wang Y, Xiang YT, Wang CY, et al. Insight in Chinese schizophrenia patients: A 12-month follow-up. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs*. 2011;18: 751-7.
- [224] Kurtz MM, Tolman A. Neurocognition, insight into illness and subjective quality-of-life in schizophrenia: What is their relationship?. *Schizophr. Res*. 2011;127: 157-162.
- [225] Pješčić KD, Nenadović MM, Jašović-Gašić M, Trajković G, Kostić M, Ristić-Dimitrijević R. Influence of psycho-social factors on the emergence of depression and suicidal risk in patients with schizophrenia. *Psychiatr. Danub*. 2014;26: 226-230.

- [226] Amador XF, Kronengold H. Understanding and assessing insight. in *Insight and Psychosis Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders* (2 ed.). Oxford University Press. 2013: 3-30.
- [227] Cotton SM, Lambert M, Schimmelmann BG, et al. Depressive symptoms in first episode schizophrenia spectrum disorder. *Schizophr. Res.* 2012;134: 20-6.
- [228] Riedel M, Mayr A, Seemuller M, et al. Depressive symptoms and their association with acute treatment outcome in first-episode schizophrenia patients: Comparing treatment with risperidone and haloperidol. *World J. Biol. Psychiatry.* 2012;13: 30-8.
- [229] Crumlish N, Whitty P, Kamali M, et al. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005;112: 449-55.
- [230] Cavelti M, Beck EM, Kvrjic S, Kossowsky J, Vauth R. The Role of Subjective Illness Beliefs and Attitude Toward Recovery Within the Relationship of Insight and Depressive Symptoms Among People With Schizophrenia Spectrum Disorders. *J. Clin. Psychol.* 2012;68: 462-76.
- [231] Misdrahi D, Denard S, Swendsen J, Jaussent I, Courtet P. Depression in schizophrenia: The influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Res.* 2014;216: 12-6.
- [232] Siris SG. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: Implications for DSM-IV. *Schizophr. Bull.* 1991;17: 75-98.
- [233] Evren B. Şizofrenide akut alevlenme ve stabil dönemlerde depresyonun değerlendirilmesi ve içgörü ile ilişkisinin araştırılması. *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.* 2002.
- [234] Goldberg RW, Green-Paden LD, Lehman AF, Gold JM. Correlates of insight in serious mental illness. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2001;189: 137-45.
- [235] Hélène T, Hélène V, Jean B, Jean-Marc D, Antoinette P. Impact of interpersonal factors on insight in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2014;159: 527-32.
- [236] Cooke M, Peters E, Fannon D, et al. Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2007;94: 12-22.
- [237] Lysaker PH, France CM, Hunter NL, Davis LW. Personal narratives of illness in schizophrenia: Associations with neurocognition and symptoms. *Psychiatry.* 2005;68: 140-51.

- [238] Nieto L, Cobo J, Pousa E, et al. Insight, symptomatic dimensions, and cognition in patients with acute-phase psychosis. *Compr. Psychiatry*. 2012;53: 502-8.
- [239] Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr. Res.* 2003;61: 75-88
- [240] Sevy S, Nathanson K, Visweswaraiiah H, Amador X. The Relationship between Insight and Symptoms in Schizophrenia. *Compr. Psychiatry*. 2004;45: 16-9.
- [241] Jäger M, Riedel M, Schmauss M, et al. Prediction of symptom remission in schizophrenia during inpatient treatment. *World J. Biol. Psychiatry*. 2009;10: 426-34.
- [242] Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: A longitudinal perspective. *Schizophr. Res.* 1998;33: 63-67.
- [243] Vaz FJ, Béjar A, Casado M. Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2002;28: 311-7.
- [244] Kemp RA, Lambert TJR. Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophr. Res.* 1995;18: 21-8.
- [245] McEvoy JP, Apperson LJ. Insight in schizophrenia. It's relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis.* 1989;177: 43-47
- [246] Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A, "Psychopathological dimensions and lack of insight in schizophrenia," *Psychol. Rep.*, 1998.
- [247] Lançon C, Auquier P, Reine G, Bernard D, Addington D. Relationships between depression and psychotic symptoms of schizophrenia during an acute episode and stable period. *Schizophr. Res.* 2001;47: 135-40.
- [248] Balci G, Oter G, Akdag H, Bekki A, Kisa C, Goka E. Factors associated with depression in patients with schizophrenia. *J. Mood Disord.* 2016;6: 54-62.
- [249] Kulhara P, Avasthi A, Chadda R, et al. Negative and depressive symptoms in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*. 1989;154: 207-11.
- [250] Sax KW, Strakowski SM, Keck PE, Upadhyaya VH, West SA, Mcelroy SL. Relationships among negative, positive, and depressive symptoms in schizophrenia and psychotic depression. *Br. J. Psychiatry*. 1996;168: 68-71.
- [251] Evren EC, Evren B, Erkiran M. Depression in acute and stable phases of schizophrenia: relationship with positive and negative symptoms and insight. *J. Psychiatry Psychol. Psychopharmacol.* 2002;10: 341-350.

- [252] Lysaker PH, Vohs J, Hillis JD, et al. Poor insight into schizophrenia: Contributing factors, consequences and emerging treatment approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2013;13: 785-93.
- [253] Allison G, Harrop C, Ellett L. Perception of peer group rank of individuals with early psychosis. *Br. J. Clin. Psychol.* 2013;52: 1-11.
- [254] Karanci NA, Gök AC, Yildirim B, Borhan N. Social support perceptions of Turkish people with schizophrenia: What helps and what doesn't help. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2017;63: 657-665.
- [255] Macdonald EM, Jackson HJ, Hayes RL, Baglioni AJ, Madden C. Social skill as a determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 1998;29: 275-86.
- [256] Krueger RF, Eaton NR. Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*. 2015;14: 27-29.
- [257] Norman RMG, Malla AK. Family history of schizophrenia and the relationship of stress to symptoms: Preliminary findings. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2001;35: 217-23.
- [258] Goldberg RW, Rollins AL, Lehman AF. Social network correlates among people with psychiatric disabilities. *Psychiatr. Rehabil. J.* 2003;26: 393-402.
- [259] Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, et al. Social network among young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders: Results from the Danish OPUS trial. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2006;41: 761-70.
- [260] Penn DL, Mueser KT, Tarrier N, et al. Supportive Therapy for Schizophrenia: Possible Mechanisms and Implications for Adjunctive Psychosocial Treatments. *Schizophrenia Bulletin*. 2004;30: 101-12.

8.KISALTMALAR DİZİNİ

DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
M.Ö.	: Milattan Önce
APA	: American Psychological Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması)
MR	: Manyetik Rezonans
FMRI	: Functional Magnetic Resonance Imaging
PET	: Positron Emission Tomography
SPECT	: Single Photon Emission Computerized Tomography
GABA	: Gama-Aminobütrik Asit
IQ	: Intelligence Quotient (Zeka katsayısı)
MAO	: Monoamin Oksidaz
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
TRH	: Thyrotropin-releasing hormone
AHIÖ	: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, Total İçgörü
AHIÖ-1	: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, Hastalığa Karşı İçgörü Alt Ölçeği
AHIÖ-2	: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, Tedavinin Etkisine Karşı İçgörü Alt Ölçeği
AHIÖ-3	: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, Hastalığın Sosyal Sonuçlarına Karşı İçgörü Alt Ölçeği
HBY	: Hastalık Başlangıç Yaşı
TBY	: Tedaviye Başlama Yaşı
TGS	: Tedavisiz Geçen Süre
PANNS	: Positive and Negative Syndrome Scales
PP	: PANNS Pozitif Semptomlar Alt Ölçeği
PN	: PANNS Negatif Semptomlar Alt Ölçeği

PG	: PANNS Genel Psikopatoloji Semptomları Alt Ölçeği
CDÖ	: Calgary Depresyon Ölçeği
SDÖ	: Sıkıntıya Dayanma Ölçeği
ASDÖ	: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ASDÖ-Aİ	: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile Alt Ölçeği
ASDÖ-AR	: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Arkadaş Alt Ölçeği
ASDÖ-ÖZ	: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Özel Bir İnsan Alt Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Ölçeği



9.TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Sayısı ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı.....	42
Tablo 2. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Medeni Durumları.....	42
Tablo 3. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Eğitim Durumları.....	42
Tablo 4. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Çalışma Durumları.....	42
Tablo 5. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Yaşadıkları Yerler.....	43
Tablo 6. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Birlikte Yaşadıkları Kişiler.....	43
Tablo 7. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Hastaneye Yatış Sayıları.....	43
Tablo 8. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Hastalık Başlangıç Yaşları (HBY), Tedaviye Başlama Yaşları (TBY) ve Tedavisiz Geçen Süreleri (TGS).....	43
Tablo 9. Normal Dağılıma Uygun Olmayan Bileşenler.....	43
Tablo 10. Normal Dağılıma Uygun Bileşenler.....	44
Tablo 11. Çalışma Grubundaki Hastaların AHİÖ ve PANNS Puanları, Genel Tanımlayıcı Tablo.....	44
Tablo 12. Çalışma Grubundaki Hastaların CDÖ, SDÖ ve ASDÖ Puanları, Genel Tanımlayıcı Tablo.....	44
Tablo 13. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların AHİÖ ve PANNS Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 14. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların İlgörü Alt Ölçekler ve PANNS Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 15. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların AHİÖ Puanlarıyla CDÖ, SDÖ ve Total ASDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 16. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların PANNS Puanlarıyla CDÖ, SDÖ ve Total ASDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 17. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların PANNS ve ASDÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 18. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların PANNS Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 19. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların CDÖ, SDÖ ve Total ASDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 20. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların CDÖ ve SDÖ Puanlarıyla, ASDÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 21. Erkek ve Kadın Hastaların CDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 22. Ev Hanımı ve Çalışmayan Hastaların PP Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 23. Ev Hanımı ve Çalışmayan Hastaların PG Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 24. Ev Hanımı ve Malulen Emekli Hastaların PG Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 25. Eş-Çocuklar ve Anne-Baba-Kardeş ile Birlikte Yaşayan Hastaların PP Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 26. Kadın ve Erkek Hastaların AHİÖ-3 Puanlarının Karşılaştırılması.....	50

Tablo 27. Hastaların Medeni Durumlarına Göre AHİÖ-3 Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 28. Hastaların Yaşadıkları Kişilere Göre SDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 29. Bekar ve Evli Hastaların SDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 30. Ölçeklerle Klinik Değişkenler Arası Korelasyonlar	52



10.EKLER

Ek-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Cinsiyet: Kadın() Erkek()

Yaş:

Medeni durum: Bekar() Evli() Boşanmış() Dul() Ayrı
yaşıyor()

Çocuk sayısı:

Çalışma durumu: Öğrenci() Çalışıyor() Çalışmıyor() İş
arıyor() Emekli() Malulen emekli() Ev hanımı()

İşi:

Öğrenim durumu: Okur yazar() İlköğretim() Lise() Üniversite()

Hastaneye yatış: 5'den az() 5 ve üstü()

Hastalık başlangıç yaşı:

Tedaviye başlama yaşı:

Maddi durum: İyi() Orta() Düşük()

Aylık gelir:

Nerede yaşıyor: Şehir() İlçe() Köy()

Kiminle yaşıyor: Tek başına() Eş çocuklar() Anne baba kardeş()

Arkadaş() Yakınlar() Bakımevi ()

Kaldığı yer: Kira() Kendi evi() Yakınlarının evi() Bakımevi()
) Evsiz()

Ailede psikiyatrik hastalık: Var() Yok()

Kaç kişi:

Yakınlık derecesi:

Çocukluk çağı travması: Duygusal ihmal() Duygusal istismar()

Fiziksel istismar()

Cinsel istismar()

Yasal sorun: Var() Yok()

Alkol: Her gün() Haftada 1-3() Ayda 1-3 () 3 ayda 1()

Yok()

Sigara: 20'den fazla() 10-20 () 10'dan az() Ara sıra()

Yok()

Madde: 1-3 defa() Yok()

Ek-2

POZİTİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
P1 Sınırlar							
P2 Düşünce dağınıklığı							
P3 Varsanılar							
P4 Taşkınlık							
P5 Büyüklük Duyguları							
P6 Şüphencilik ve kötülük görme							
P7 Düşmanca tutum							

POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUAN:

NEGATİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
N1 Duygulanımda küntleşme							
N2 Duygusal içecekilme							
N3 İlişki kurmada güçlük							
N4 Pasif biçimde kendini toplumdandan çekme							
N5 Soyut düşünme güçlüğü							
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı							
N7 Stereotipik Düşünme							

NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUAN:

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 içeriği							
G10 Yönelim bozukluğu							
G11 Dikkat azalması							
G12 Yargılama ve içgörü 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-3

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

1) Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta için- de, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?

0. Yok

1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder

2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygudurum: Her gün var

3. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

2) Umutsuzluk: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yok- sa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi, yoksa hâlâ çaba gös- termek için neden var mı?

0. Yok

1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hâlâ gelecek için belli düzeyde umut taşıyor

2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor

3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

3) Değersizlik duygusu: Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görü- yorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0. Yok

1. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var, değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor

2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor, ama zamanın yarısından azında

3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

4) Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız ye- re suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçla- maları dahil etmeyin. Suçluluk sanrılarını dışlayın)

0. Yok

1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hissediyor ama suçlu hissetmez

2. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular

3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

5) Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi ka- bahatlı bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

0. Yok

1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır

2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar

3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hissediyor

6) Sabah Depresyonu: Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0. Yok: Depresyon yok

1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok

2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir

3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

7) Erken Uyanma: Sabahları normalden daha mı erken uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0. Yok: Erken uyanma yok

1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

2. Orta: Çoğunlukla (en çok haftada beş kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8) Özkıyım: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0. Yok

1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri

2. Orta: Üzerinde uğraşmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunmamıştır

3. Şiddetli: Açıkça ölümlle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn. şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9) Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüş- mede uygun anlarda sorulan "Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?" sorusu bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0. Yok

1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir

2. Orta: Kişi görüşme boyunca sıklıkla, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur

3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun varolduğundan emindir.

Ek-4

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altındaki cevaplarınızı işaretlemenizi için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğru ya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım

var. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşa

bilirim. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

kesinlikle evet

Ek-5

Akıl Hastalığına İlgisizlik Ölçeği'nin Kısaltılmış Türkçe Formu

Bu ölçeğin uygulanması için hastanın aşağıdaki semptomlardan birine sahip olması gerekir. Öncelikle hastanın araştırılan dönemde hangi semptomları olduğu saptanmalıdır. Semptomların şiddetinden çok açıkça bulunması önemlidir. Ölçek doldurulmadan önce semptom tarama çizelgesi doldurulmalıdır. Güncel sütununa hastanın semptomlarına görüşme sırasındaki farkındalık düzeyi işaretlenir. Geçmiş sütununa daha önceki bir dönemdeki semptomların farkındalık düzeyi işaretlenir. Geçmişte seçilen bir zamanda (Örneğin son psikotik alevlenmesini yaşadığı dönem) hastanın semptomların ne kadar farkında olduğu sorgulanır. Araştırmanın amacına göre incelenen dönem değişebilir. Semptomların farkındalık düzeyinden sonra 1-3 arası puan alan (en azından kısmi içgörüsü korunmuş) maddelerin ne ölçüde hastalığa atfedildiği sorgulanır.

Semptom tarama çizelgesi

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

Madde

4 Ş G Varsanı

5 Ş G Sanrı

6 Ş G Düşünce bozukluğu

7 Ş G Aloji

8 Ş G Künt duygulanım

9 Ş G Apati

10 Ş G Anhedoni/Asosyalite

1- Ruhsal bozukluğun farkında olma düzeyi

Hasta bir ruhsal bozukluğu ya da psikiyatrik bir sorunu olduğunu kabul ediyor mu?

Ş G

0 0 Değerlendirilemedi.

1 1 Farkında: Hasta açık bir şekilde ruhsal bir hastalığı olduğuna inanıyor.

2 2

3 3 Kısmi: Bir ruhsal bozukluğu olabileceği konusunda şüphe içinde ama hasta olabileceği düşüncesini dikkate alabiliyor.

4 4

5 5 Farkında değil: Bir ruhsal bozukluğu olmadığını düşünüyor.

2- İlaç tedavisinin etkilerinin farkında olma düzeyi

Hasta ilacın etkisiyle ilgili ne düşünüyor? Hasta ilaçların semptomlarının yoğunluğu ve sıklığını azalttığını düşünüyor mu?

Ş G

0 0 Değerlendirilemedi ya da uygun değil.

1 1 Farkında: Hasta açık bir şekilde ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azalttığını düşünüyor.

2 2

3 3 Kısmi: Hasta ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azaltıp azaltmadığı konusunda şüpheli ama ilaçların etkili olmuş olabileceği fikrini dikkate alabiliyor.

4 4

5 5 Farkında değil: Hasta ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azaltmadığını düşünüyor.

3- Ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının farkında olma düzeyi

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

Ş G

0 0 Değerlendirilemedi ya da uygun değil.

1 1 Farkında: Hasta açık bir şekilde yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanıyor.

2 2

3 3 Kısmi: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığıyla ilgili olduğu konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor.

4 4

5 5 Farkında değil: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanmıyor.

Ek-6

SIKINTIYA DAYANMA ÖLÇEĞİ (DISTRESS TOLERANCE SCALE)

Lütfen 1 (tamamen katılıyorum) ile 5 (hiç katılmıyorum) arasında puanlama yapınız.

	Tamamen katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek bana dayanılmaz gelir	1	2	3	4	5
2. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde tek düşünebildiğim ne kadar kötü hissettiğimdir	1	2	3	4	5
3. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmenin üstesinden gelemem	1	2	3	4	5
4. Sıkıntılı duygularım beni tamamen ele geçirecek kadar yoğundur	1	2	3	4	5
5. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmekten daha kötü bir şey yoktur	1	2	3	4	5
6. Sıkıntılı ya da üzgün olmaya diğer birçok kişi kadar katlanabilirim	1	2	3	4	5
7. Sıkıntı ya da üzüntü duygularım kabul edilemezdir	1	2	3	4	5
8. Sıkıntılı ya da üzüntülü hissetmemek için her şeyi yaparım	1	2	3	4	5
9. Diğer insanlar sıkıntılı veya üzüntülü hissetmeye benden daha çok dayanıyor gibiler	1	2	3	4	5
10. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek her zaman benim için ateşten gömlektir	1	2	3	4	5
Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde utanırım	1	2	3	4	5
12. Sıkıntılı hissetmek ya da üzüntülü olmak beni korkutur	1	2	3	4	5
13. Sıkıntılı veya üzgün hissetmeyi durdurmak için her şeyi yaparım	1	2	3	4	5
14. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde hemen bir şeyler yapmalıyım	1	2	3	4	5
15. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde, sıkıntının aslında ne kadar kötü hissettirdiğine odaklanmaktan kendimi alamam	1	2	3	4	5



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU




Sayı : 78017789/050.01.04/ E-994510
Konu : Etik Kurul Kararı

07/03/2019

Sayın Prof. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Sorumluluğumuzda yapılması tasarlanan "Şizofreni Tanılı Hastalarda İlgörünüm, Depresyon, Sakıncıya Dayanma Düzeyi ve Algılanan Sosyal Destekle İlişkisi" adlı araştırmaya ilişkin 06/03/2019 tarihli ve 2019/96 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Kurul Başkanı

EKLER:

- 1- Kurulun 06/03/2019 tarihli ve 2019/96 sayılı kararı (1 sayfa)
- 2- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (3 sayfa)

Adres : MEÜ Çiftlikköy Kampüsü 33243 Yenisehir / MERSİN Ayrıntılı bilgi için iribat:
Tel : 05243610001-4417 Fax :
e-posta : Elektronik Ağ : www.mersin.edu.tr



MEU.ID.FR-001/03

Sayfa 1/1

Yayın Tarihi : 22/11/2013