T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇGÖRÜNÜN NÖROLOJİK SİLİK BELİRTİLER, HASTALIK ŞİDDETİ VE ZİHİN KURAMI İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. AYŞE HORAZ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. SELÇUK ASLAN

ŞUBAT 2020

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇGÖRÜNÜN NÖROLOJİK SİLİK BELİRTİLER, HASTALIK ŞİDDETİ VE ZİHİN KURAMI İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. AYŞE HORAZ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. SELÇUK ASLAN

ŞUBAT 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince kendilerinden edindiğim kıymetli bilgi ve tecrübeler için başta tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Selçuk Aslan'a; klinik hocalarım Sayın Prof. Dr. Zehra Arıkan'a, Prof. Dr. Nevzat Yüksel'e, Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu'na, Prof. Dr. Behçet Coşar'a, Prof. Dr. Selçuk Candansayar'a, Prof. Dr. Filiz Karadağ'a ve Prof. Dr. Mustafa Ender Taner'e, Öğr. Gör. Dr. İrem Ekmekçi Ertek ve Öğr. Gör. Dr. Melike Küçükkarapınar'a; Nöroloji ve Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi rotasyon süreçlerimdeki sayın hocalarıma,

4 yıl boyunca beraber çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Hem klinikte hem poliklinikte birlikte çalıştığımız hemşireler, sekreterler, psikolog ve sosyal hizmet uzmanları ve kliniğimiz çalışanlarına,

Çok şey öğrendiğim hastalarıma ve yakınlarına,

Son olarak daima yanımda olan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli aileme,

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i

İÇİNDEKİLER ii

TABLOLAR DİZİNİ iv

1.GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. Şizofreni 3

2.2. Şizofrenide İçgörü Kavramı 9

2.3. Şizofrenide Zihin Kuramı 14

2.4. Şizofrenide Nörolojik Silik Belirtiler 17

3. GEREÇ VE YÖNTEM 23

3.1. Araştırmanın Yeri 23

3.2. Araştırmanın Tipi 23

3.3. Katılımcılar 23

3.4. Etik Kurul Onayı 23

3.5. Araştırmanın Bütçesi 24

3.6. Veri Toplama Araçları 24

3.6.1. Sosyodemografik veri formu 24

3.6.2. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği 24

3.6.3. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği 25

3.6.4. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği 25

3.6.5. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği 26

3.6.6. Nörolojik Değerlendirme Ölçeği 26
3.6.7. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği 27
3.6.8. İstatistiksel Analizler 28
4. BULGULAR 29
5. TARTIŞMA 35
6. KAYNAKLAR 46
7. ÖZET 59
8. SUMMARY 60
9. EKLER 61
9.1. Sosyodemografik veri formu 61
9.2. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği 62
9.3. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği 63
9.4. Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği 65
9.5. Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği 66
9.6. Silik Nörolojik Belirtileri Değerlendirme Ölçeği 67
9.7. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği 73
9.8. Etik Komisyon Onayı 77
9.9. Tez Sınav Tutanağı 79
10. ÖZGEÇMİŞ 80

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Birimlerine ve lokalizasyonuna göre gruplandırılarak değerlendirilen en sık silik ve kesin nörolojik bulgular 18

Tablo 2. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri 29

Tablo 3. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklere Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri 30

Tablo 4. Katılımcılara Uygulanan SAPS ve SANS Ölçek Puanları ile Diğer Ölçek Puanları Arasındaki İlişki 31

Tablo 5. Katılımcılara Uygulanan BBİÖ ve İUBDÖ Puanları ile NES ve DEZİKÖ Puanları Arasındaki İlişki 33

1.GİRİŞ

Şizofreninin etyolojisi ile ilgili, hastalığın nörogelişimsel bir defekte bağlı ortaya çıktığı düşüncesi son dönemde popüler hale gelmiştir. Bu görüşe göre, klinik belirtiler gözlenmeden önce ve belki de beyin gelişimi sırasında nörogenezde, nöronal migrasyonda, hücresel farklılaşmada ve sinaptik budanmada çeşitli bozulmalar olmakta ve bunun sonucunda şizofreni belirtileri ortaya çıkmaktadır (110).

Şizofrenide içgörü eksikliği hastalığın bir belirtisi olarak ele alınmakta ve inkar gibi savunma mekanizmalarının dışında çeşitli nöral işleyiş bozuklukları ile ilişkili olduğuna dair ipuçları bulunmaktadır (111).

Nörolojik silik belirtiler ise lokalize edilemeyen, nöral işleyiş bozukluğunu gösteren nörogelişimsel bozulmaya işaret eden, şizofreni hastalarında diğer psikiyatrik bozukluklar ve sağlıklı popülasyona göre belirgin derecede daha sık rastlanan klinik anlamı olmayan nörolojik bulgulardır (90). Şizofreni için yapısal (süreğen, trait) özelliği olduğu düşünülmektedir (91).

Zihin kuramı becerileri şizofreni hastalarında belirgin olarak bozulmuş olup, bu fenomenin endofenotip olduğu ve gelişimsel bir bozulmaya işaret ettiği düşünülmektedir (39, 92).

Çalışmamızda bu bulgulardan yola çıkarak, içgörü ve nörolojik silik belirtiler arasında ilişki olabileceği, belirli nöral devrelerin bozulmasının her iki belirtiyi de etkileyebileceği, özellikle içgörünün kötü olmasıyla nörolojik silik belirtilerin artış göstereceği düşünülmüş ve bu görüşün geçerliliği test edilmiştir. Literatürde NSS ve içgörü arasında ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanmamıştır.

Literatüre katkı olması açısından içgörü ve zihin kuramı becerileri, içgörü ve klinik belirtiler arasındaki ilişkiler, bilişsel içgörü ve klinik içgörü arasındaki ilişki de araştırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Şizofreni

Şizofreni, genç yaşta başlayan, kişinin insan ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım (otizm) dünyasında yaşadığı; düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü ağır bir ruhsal bozukluktur (1).

Bu bozukluğun araştırılmasında tarihsel süreçte önemli iki isim Emil Kreapelin (1856-1926) ve Eugen Bleuler'dir (1857-1939). Kreapelin hastalığın gidişatındaki bilişsel yıkımı ve erken başlangıcı vurgulayarak hastalığı, dementia precox (erken bunama) olarak isimlendirmiştir. Bleuler, hastalığın yıkımlı bir gidişe sahip olmasının gerekli olmadığını belirterek, bu bozuklukta hastanın düşünce, duygu ve davranışları arasında bir bölünme olduğunu vurgulamış ve şizofreni (zihin yarılması) terimini önermiştir (2). Bleuler' in tanımına göre şizofrenide 4 ana birincil belirti vardır, bunlar 4A belirtisi olarak adlandırılır ve şu şekildedir;

1.Duygulanımda (affect) bozukluk

2. Çağrışımlarda (association) bozukluk

3. Ambivalans

4. Otizm (autism)

Şizofreni, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2010 yılında yapılan Global Hastalık Yükü çalışmasında, 15-44 yaş grubunda, ruhsal hastalıklar ve madde kullanım bozuklukları grubundaki hastalıklar arasında yeti yitimi ağırlığı

açısından ilk sıradadır (3). Yeti yitimi açısından bakıldığında şizofreni önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık yüzde 1'dir. Türkiye'de yapılan epidemiyolojik bir çalışmada şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8.9 olarak bulunmuştur (6). Bekar ya da boşanmış olmak, düşük sosyoekonomik düzey, kentsel yaşam, ailede şizofreni öyküsü, kış ve baharın erken dönemlerinde doğmuş olmak, gebelik ve doğum komplikasyonları, intrauterin enfeksiyonlar şizofreni için bilinen risk faktörleridir (1,2).

Şizofreni, kadın ve erkeklerde eşit yaygınlıktadır. Ancak son dönemde yapılan çalışmalarda hastalığın erkeklerde daha sık görüldüğü, erkek/kadın oranının farklı çalışmalarda 0.9 ile 2.4 oranında görüldüğü bildirilmiştir (1,4,5). Erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başlar. Hastalığın tepe başlama yaşı erkekler için 10-25, kadınlar için 25-35 yaştır. Erkeklerden farklı olarak kadınlar orta yaşlarda ikinci bir hastalık başlangıç tepe yaşı ile bimodal bir yaş dağılımı gösterir. Kadın şizofren hastalarda tedavinin gidişi genel olarak erkeklerden daha iyidir (2).

Hastalığın etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Etyolojide genetik etkenler, intrauterin enfeksiyonlar, obstetrik anomaliler, nöregelişimsel bozukluk teorisi, nörodejenerasyon teorisi, nörotransmitter ile ilgili teoriler üzerinde durulmaktadır. Ortak görüş hastalığın gelişiminde genetik ve çevresel etkenlerin birlikte rol aldığıdır.

Nörogelişimsel modele göre genetik ve erken gelişimsel etkenlerin bir araya gelmesiyle oluşan beyin hasarı beynin normal olgunlaşma sürecini

bozmakta ve nöronların gelişiminin erken dönemlerinde meydana gelen genetik ve epigenetik hadiseler nöron gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu etkilenme hücre çoğalması, hücre farklılaşması, hücre göçü, programlı hücre ölümü, sinaps oluşumu, nöron devresi oluşumu aşamalarında olabilmektedir. Doğum öncesi ve sonrasında beynin nörogelişimsel sürecindeki anormallik ve defektler, belli bir latent dönem sonrasında ergenlik veya genç erişkinlikte (dopamine aşırı duyarlılık gelişmesi, prefrontal korteksteki bozulmuş dopamin işlevinin subkortikal dopamin aktivasyonunu artırması gibi patolojik nöronal olayları harekete geçirerek) şizofreni tablosunu ortaya çıkarmaktadır (7).

Nörodejeneratif teoriye göre, N-metil-D-Aspartat (NMDA) reseptör işlev azlığı ve eksitotoksisite, piramidal nöronların gama aminobutirik asit (GABA) tarafından inhibisyonunda azalma, dopamin aracılığı ile nörokimyasal duyarlılıkta artış, membran fosfolipid yapısı ve metabolizmasında bozukluk, antioksidan düzeneklerde bozukluğa bağlı oksijen radikallerinde artış gibi mekanizmalar nörodejenerasyona yol açmakta ve şizofreni gelişimine sebep olmaktadır (7,8).

Nörotransmitter ile ilgili teorilere bakıldığında, dopamin şizofreni konusunda en fazla adı geçen nörotransmitterdir. Amfetamin ve kokain gibi dopamin etkinliğini arttıran psikostimulan ajanların normal kişilerde şizofreni benzeri bir tabloya yol açması ve postsinaptik dopamin reseptörlerini bloke eden nöroleptiklerin şizofreni belirtilerini iyileştirmesi, dopamin varsayımını desteklemektedir. Mezolimbik dopamin yolağı, beyin sapındaki ventral tegmental alanda bulunan dopaminerjik hücre gövdelerinden, ventral striatumdaki nukleus akumbensin akson terminallerine projekte olur. Bu mezolimbik yolakta bulunan

dopaminerjik nöronlarının aşırı aktivasyonunun, psikozun pozitif belirtileri olan sanrı ve halüsinasyon oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir. Negatif belirtilerin ise ventromedial prefrontal kortekse uzanan mezokortikal projeksiyonlarda dopamin aktivitesindeki defisite bağlı olduğu düşünülmektedir. Günümüze kadar yapılan çalışmaların sonucunda dopamin düzensizliğinin (disregülasyonu) hastalık belirtilerini oluşturduğu yönündedir (7,9).

Stres-diyatez modeline göre, stresli yaşam olaylarının ilk 6 ay içerisinde şizofreni geliştirme riskini 2 kat arttırdığı ve hem ilk epizodun ortaya çıkmasına hem de nükslere yol açtığı öne sürülmektedir. Şizofreni hastalığı olan kişilerde kortizol düzeyleri sağlıklı kişilere göre gün boyu yüksek seyretmekte ve kortizol düzeyi yüksekliği hipotalamo pitüiter aks (HPA) yoluyla dopamin düzeyini de etkilemektedir. Sağlıksız yüksek duygu dışavurumu; aile bireyleri arasındaki ilişkiler, aile bireylerinin kişilik özellikleri gibi etkenlerdeki olumsuzluklarla ilişkili olan yüksek duygu dışavurumunun şizofrenide bir sebep değil, olası nüksler açısından risk etkeni olabileceği düşünülmektedir (7,10).

Hastalığın etyolojisine yönelik araştırılan önemli bir konu da hastalarda saptanan nöroanatomik ve nörofizyolojik değişikliklerdir. Şizofreni, lateral ve 3. Ventrikül hacim artışı, prefrontal, temporal, talamik ve insular hacim kaybını içeren bir dizi serebral yapısal değişiklik ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte yapısal görüntüleme çalışmaları çok çeşitli, tutarsız beyin yapısal değişiklikleri bildirmişlerdir. Yapılan bir metaanaliz çalışmasında şizofreni anlamlı olarak bilateral insula / inferior frontal korteks, superior temporal gyrus, anterior singulat gyrus / medial frontal korteks, talamus ve sol amigdalada gri madde azalması ile

ilişkili bulunmuştur. Bir çalışmada, şizofreninin kalıtımsal özelliği göz önüne alınarak, hastalarda gelişen nöropatolojik değişikliklerin fenotipik özellik gösterebileceği düşünülmüş ve şizofreni hastaları, hastaların sağlıklı yakınları ve sağlıklı kontrollerde nörogörüntüleme yapılmıştır. Çalışma sonucunda şizofreni hastalarında sağlıklılara göre anlamlı frontal, parietal ve temporal kortikal kayıp olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların sağlıklı yakınlarında medial frontal, süperior temporal ve insular kortikal hacimlerde kortikal kayıp yönünde bulgular saptanmış ancak anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışma sonucunda örtüşen yapısal anomaliler değerlendirildiğinde bu değişikliklerin zayıf bir fenotipik özellik olduğu öne sürülmüştür (11-13).

Şizofreni hastalarında duygu, düşünce ve davranış alanlarında çok geniş bir yelpazede bozukluklar görülebilir. Hastalıkta gözlenen sanrı, varsanı, katatoni ve dezorganize konuşma pozitif belirtiler olarak tanımlanmaktadır, duygulanım kısıtlılığı, apati, anhedoni, aloji, avolüsyon, dikkat ve motivasyon azlığı gibi belirtiler ise negatif belirtiler olarak tanımlanmaktadır. Pozitif belirtilerin tedaviye yanıtı daha iyi bulunurken, negatif belirtiler tedaviye daha dirençli olarak görülmekte ve kötü prognostik faktör olarak düşünülmektedir. Hastaların önemli bir kısmında belirtiler yavaş ve ilerleyici bir şekilde gelişir. Prodromal dönem olarak adlandırılan bu süreçte hastalarda içe kapanma, kişilik değişiklikleri, irritabilite, ilgi, istek ve motivasyon kaybı gibi semptomlar görülmektedir. Erken yaşta ve sinsi başlangıç kötü prognoz ile ilişkili düşünülmektedir.

Çalışmamızda da kullandığımız tanı ve sınıflandırma sistemi DSM-V e göre şizofreni tanı ölçütleri şu şekildedir;

Ayırdedici Belirtiler

Sanrı

Varsanı

Konuşmada düzen bozukluğu

Çok dağınık ya da katatonik davranış

Duygu ifadesinin ya da istencin azalması gibi negatif belirtiler

Bunlardan iki ya da daha fazlasının hastada bulunması koşulu konmuştur. Bu belirtiler en az 1 ay sürmüş olmalıdır. Ancak, eğer belirtiler sağaltımla bir aydan önce düzelmişse en az 1 ay koşulu geçerli olmayabilir. İki belirtiden biri ilk üç maddedeki belirtiler arasında olmalıdır.

Hastalık başladıktan sonra iş, insan ilişkileri, kendine bakım gibi işlev alanlarından en az birinde hastalık öncesine oranla gerileme olmalıdır.

Süre: Hastalık belirtileri en az 6 ay sürmelidir ve bu altı ayın en az bir ayında belirtiler A ölçütüne de uymalıdır.

D ve E ölçütlerine göre şizoafektif ya da başka bir duygulanım bozukluğu bulunmamalıdır. Belirtiler bir ilaç/madde kullanmaya ya da fiziksel tıbbi bir duruma bağlı olmamalıdır.

F. Hastanın öyküsünde bir otistik spektrum bozukluğu varsa en az bir ay süre ile sanrıların ve varsanıların bulunması gerekir (1).

Günümüzde şizofreninin tek bir hastalık olmadığı, çok değişik oluş nedenleri, klinik türler, gidiş ve sonlanış gösteren, değişik sağaltım yolları olabilen bir bozukluklar kümesi olduğu düşünülmektedir (1).

2.2.Şizofrenide İçgörü Kavramı

İçgörü basitçe kişinin kendi iç dünyasını ve sorunlarını anlama kapasitesi olarak tanımlanabilir. Jaspers psikiyatride içgörüyü klinik olarak tanımlayan ilk klinik araştırıcılardan biridir, içgörüyü günümüzde yerleşmiş anlamı ile bir bütün olarak hastalığının farkında olma, hastalığının belirtilerinin farkında olma olarak tanımlamıştır. Jaspers'e göre psikotik hastalarda içgörü geçici olarak görülebilir, hastalar bazı durumlarda hezeyan ya da varsanılarının gerçekdışı olduğunu fark edebilir, ancak bu sadece bir süre içindir sonra tekrar bu farkındalıklarını yitirirler (14). Jaspers (1913) ve sonrasında Lewis (1934) içgörüyü "uniter" tek bir özellik olarak ele almış, hastanın içgörüsü olduğunu ya da olmadığını kabul etmişlerdir. İçgörünün olmayışı psikoz için olmazsa olmaz bir özellik olarak değerlendirilmiştir (14). İçgörü ile ilgili iki önemli kavram, entelektüel içgörü ve emosyonel içgörüdür. Entelektüel içgörü, hastanın yaşadığı belirtilerin ve sosyal uyum zorluklarının kendisinden kaynaklandığını kabul etmesi ancak bunu gelecekteki yaşantılarına uygulayamaması, hastalık hakkında öğrenilmiş yapay bir farkındalığa sahip olması, gerçek emosyonel içgörü ise hastanın duygularının, düşüncelerinin ve motivasyonlarının farkına vararak davranışlarını değiştirmesi olarak tanımlanmıştır (15). Psikotik bozukluğu olanların büyük çoğunluğunun zayıf içgörüsü olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (16). WHO'nun 1973'te şizofreni ile ilgili gerçekleştirdiği uluslararası bir araştırmada psikotik hastaların %97'sinin içgörüsünün olmadığı bildirilmiştir (14). İçgörünün uniter bir yapısı olduğu görüşü yakın zamandaki çalışmalarda eleştirilmiş, bunun yerine içgörünün tek bir olgu değil birkaç alt boyutun birleşiminden oluşan bir yapı olduğu fikri

ağırlık kazanmıştır. David 1990' da yazdığı "içgörü ve psikoz" adlı makalesinde içgörü kavramının tarihsel gelişimini incelemiş, ardından içgörünün "var ya da yok" olarak değerlendirilmemesi gerektiğini üç ayrı boyuttan oluştuğunu öne sürmüştür; hastalığın farkında oluş, psikotik yaşantıları anormal olarak değerlendirebilme yeteneği ve tedaviye uyum (14). İçgörünün bu üç boyutunu değerlendirmek için David ve ark. tarafından 1992 yılında klinisyen tarafından uygulanan bir ölçek geliştirilmiş ve geçerlilik güvenilirliği test edilerek sonuçta geçerli, güvenilir ve uygulanabilir bulunmuştur (17). Beck'e göre ise içgörü emosyonel düzeye inebilirse önemlidir ve bugüne kadar geliştirilmiş ölçekler hastanın hatalı bilişsel çıkarımlarını incelememektedir, bilişsel noksanlıkları gözardı etmektedirler ve bu nedenle yetersizdirler. Psikotik bir hasta yüzeyde kazandığı entellektüel içgörü ile derinlere yerleşmiş olan hezeyanlı inanç sistemini değiştirememekte, emosyonel bir içgörü kazanamamaktadır. Psikotik hastanın yaşantıları çarpık biçimde biçimde yaşaması tek sorun değildir, kendilerini bu çarpık algılamadan uzak tutamamakta ve düzeltici geribildirimleri kazanamamaktadır. Psikotik hastalardaki bu geç kavrama, bilişsel çarpıtmalarını nesnel olarak değerlendirememeleri, algıladıklarını bir perspektif içinde yerleştirme yeteneklerinin kaybolması, diğerlerinin verdiği düzeltici geribildirimlere kendilerini kapatmaları, erken vardıkları sonuçlara aşırı güvenmeleri gibi faktörlerle ilgilidir. Hastaların bilişsel süreçlerindeki sorunlar, anormal ruhsal yaşantıların tekrar değerlendirilmesini etkilemektedir. Beck'in geliştirdiği modele uygun olarak bir ölçek oluşturulmuştur, ölçeğin iki ana boyutu

vardır; kendini ifade etme (self-reflectiveness) ve kendinden eminlik (self-certainty) (15).

İçgörünün çekirdek bir belirti olarak değerlendirilebileceği ve süreğen yapısı olduğu (trait) bazı yazarlarca belirtilmiştir (18). Psikiyatrik hastalıklar ve içgörü eksikliği ile ilişkili primer nörolojik hastalıklardaki (Alzheimer hastalığı, travmatik beyin hasarı, frontotemporal demans) içgörü eksikliği ile ilgili nörobiyolojik çalışmalarda gözlenen ortak yapısal değişiklikler bu hastalıkların içgörü için benzer bir biyolojik temeli paylaştığını düşündürmektedir (19). Bu bilgiler içgörünün psikolojik bir olgu olmasının yanında biyolojik yönünü de düşündürmektedir.

Literatürde içgörünün hastalık belirtileri ve şiddeti, nörobilişsel bulgular, nöropsikolojik özellikler, beyin yapısal ve işlevsel değişiklikleri, zihin kuramı becerileri ile ilişkisini araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır (18, 22-24,29-31,33-38,89).

Zayıf içgörü varlığı düşük işlevsellik, kötü prognoz, kötü tedavi uyumu, artmış hastane yatışı ile ilişkilendirilmiştir (19).

İçgörü düzeyi ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlar saptandığı görülmektedir. Bazı çalışmalarda içgörü düzeyi ile hem pozitif hem negatif belirtiler arasında ilişki saptanırken (20), bazı çalışmalarda bu ilişki gösterilememiştir (21). Bazı çalışmalarda ise sadece pozitif belirtilerin şiddeti ile arasında bir ilişki olduğu yönünde bulgular bildirilmiştir (22-24). Yapılan bir çalışmada ise içgörü eksikliğinin negatif ve dezorganize belirtilerle ilişki olduğu, pozitif semptomlar ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir (25).

İçgörü ile nörokognitif işlevler arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların içgörünün nörobiyolojik temellerini anlamada önemli olduğu düşünülmektedir. İçgörüsü yetersiz olan şizofreni hastalarında en çok tekrarlanan nörobilişsel bulgu, yürütücü işlevlerin bir ölçüsü olan Wisconsin Kart Eşleme Testi performansındaki bozulmadır (19). WCST testi, prefrontal kortikal işlevlerin değerlendirilmesi için hassas yöntemlerden biri olarak düşünülmektedir (26). Birçok çalışmada içgörü düzeyi ile nörobilişsel işlevler arasında, özellikle frontal korteks disfonksiyonunu yansıtan bulgular bildirilmiştir (27,28). Bu konuda çalışma sonuçları tutarsızdır, içgörü ve nörobilişsel fonksiyonlar arasında ilişki saptamayan çalışmalar da bulunmaktadır (24), 74 kronik şizofreni hastasının içgörü ve nörobilişsel işlevler açısından değerlendirildiği bir çalışmada bir ilişki saptanmamıştır (29). Literatürde sağ ve sol pariyetal korteks ile prefrontal korteks hasarlarının, hastalık içgörüsünde azalmaya yol açtığı bildirilmiştir (30,31). McEvoy ve ark. tarafından 32 şizofreni ve şizoafektif bozukluk hastası ile yapılan bir çalışmada hastalar içgörü ölçeği ve prefrontal alan ile sağ- sol parietal alanların işleyişini ölçen nöropsikolojik ölçümler ile değerlendirilmişler ve sonuçta içgörü ile sol pariyetal alanın işlev bozukluğu arasında anlamlı ilişkisi olduğu bildirilmiştir (32). Sonuç olarak nörobilişsel işlevler ve içgörü arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında zayıf içgörü ile bilişsel kusurlar arasında anlamlı ancak ılımlı düzeyde bir ilişki olduğu bildirilmiştir (33).

İçgörü ile beyin yapısal değişiklikleri arasındaki ilişkiyi araştıran görüntüleme çalışmalarına bakıldığında, bir çalışmada, ilk atak hastalar

incelenmiş ve zayıf içgörü ile sağ DLPFC hacim azalması arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (34). Aynı çalışmada hastalar WCST ile de değerlendirilmiş ve zayıf içgörüsü olan grubun anlamlı olarak perseverasyon (tekrar etme) eğilimi gösterdiği bildirilmiştir, bu da içgörünün prefrontal korteks işlevlerinden olabileceğini düşündürmektedir (34).

Bu bulgular göz önüne alındığında, içgörünün nöroanatomik ve fonksiyonel açıdan prefrontal korteks—özellikle sağ DLPFC, ACC ve sağ parietal korteks ile ilişkili olduğu düşünülebilir. (34)

Şizofreni hastalarında içgörü ve zihin kuramı arasındaki ilişkiye bakıldığında, yapılan bir metaanaliz çalışmasında ToM ve klinik içgörü arasında anlamlı bir ilişki olduğu, aksine ToM ile bilişsel içgörü arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (35). Zihin kuramı becerilerinde bozulma hastalardaki zayıf içgörüye katkıda bulunan önemli faktörlerden birisi olabilir. Bazı çalışmalarda ToM ile içgörü arasında pozitif ilişki saptanırken (36,37), bazı çalışmalarda ise böyle bir ilişki saptanmamıştır (38).

İçgörünün nörobiyolojik temellerini araştıran çalışmalar incelendiğinde içgörününü inkar mekanizması gibi psikolojik bileşenine ek olarak biyolojik bir yapısı olduğu düşünülmektedir (123). İçgörü eksikliği ile ilgili, akut psikotik alevlenmelerde içgörünün azaldığını bildiren çalışmalar olmakla birlikte, kronik ve stabil şizofreni hastalarında da içgörü eksikliğinin gözlenmesi bunun süreğen (yapısal, trait) özelliğine işaret ettiği düşünülmektedir. Aynı zamanda bazı nörolojik hastalıklarda gözlenen anosognozi tablosunun psikiyatrik hastalıklardaki içgörü eksikliği ile olan benzerliği göz önüne alındığında, anosognozi tablosu

gözlenen nörolojik hastalıklarda ve içgörü eksikliği olan şizofreni hastalarında ortak nörobiyolojik etkilenme olabileceği düşünülmektedir (19,111,123).

2.3.Şizofrenide Zihin Kuramı

Zihin Kuramı (Theory of Mind) (ZK), insanın sosyal etkileşiminde rol oynayan sosyal bilişsel yetilerin en önemlilerinden birisini anlatmak için kullanılan bir kavramdır (39). ZK diğerlerinin gözlenen davranışlarını, onların zihinsel durumlarına atıfla açıklayabilme yetisi olarak tanımlanmıştır (40). Langdon ve Colheart bu yetiyi mentalizasyon olarak adlandırmıştır (41). Zihin Kuramı duygu algılama, sosyal algılama, sosyal bilgi, atıfsal yanlılık gibi sosyal biliş alanlarından biri olarak değerlendirilmektedir (42). Zihin kuramı, sosyal algısal ve sosyal bilişsel olarak iki alt grup olarak belirtilmektedir. Bilişsel zihin kuramı becerisi diğerinin düşüncesini veya niyetini anlayabilmeyi ifade ederken, algısal zihin kuramı becerisi diğerinin duygularını anlayabilmeyi ifade eder (43).

Şizofreni hastalarında zihin kuramı becerilerinde bozulma olduğunu öne süren ve bu alanda çalışmalar yapan araştırıcıların ilki Christopher D. Frith' dir. Frith, şizofreninin pek çok bulgusunun hastanın başkalarının ve kendisinin zihinlerini çıkarsama yetisinin bozulmasıyla açıklanabileceğini öne sürmüştür. Frith'e göre, başkalarının düşünce ve niyetlerini çıkarsamadaki güçlük, referans ve perseküsyon sanrılarına yol açabilirken, bu yetinin çok az gelişmesi amaca yönelik eylem bozukluklarına (negatif ve dezorganize bulgulara) yol açabilir (44).

Şizofreni hastalarında zihin kuramı becerilerinin bozulduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (45). Yapılan bir metaanaliz çalışmasında sağlıklı kontrol

gruplarının kullanıldığı 29 çalışma incelenmiş ve çeşitli değişkenler kontrol edildikten sonra da zihin kuramı bozukluğunun şizofreni hastalarında belirgin olduğu saptanmıştır (46). Zihin kuramı becerilerini değerlendirmek için çeşitli testler geliştirilmiştir. Bunlardan birincisi yanlış inanç testleridir (44). 1. Derece yanlış inanç testinde birisinin görünen durumundan daha farklı bir inanca sahip olabileceğini anlama yeteneği değerlendirilir. İkinci derece yanlış inanç testinde bir karakterin ikinci karakterin inancı hakkında ne düşündüğünü doğru anlama yeteneği değerlendirilir (47). İkincisi niyet çıkarım becerisidir, bir karakterin niyetini kısa bir öyküden anlama yeteneği değerlendirilir (48). Üçüncüsü ironi, şaka, ipuçları, metafor gibi dolaylı anlatımı anlama becerisidir; dolaylı konuşmanın anlaşılabilmesi için diğerinin zihinsel durumunu anlamak gereklidir (49). Zihin kuramı testi olarak kullanılan diğer test 'gözler testi' dir, bu testte kişi çeşitli ifadelerde gözlerin bulunduğu resimlere bakarak, resimdeki kişinin zihinsel durumu hakkında çıkarımda bulunur (50), ancak bu işlevin zihin kuramından çok duygu tanıma ya da empati yeteneğini ölçtüğü de düşünülmektedir (46). Geliştirilen zihin kuramı testlerinin psikometrik gücü hakkında tartışmalar bulunmaktadır (35).

Zihin kuramı becerileri ile nörobilişsel işlevler arasındaki ilişkinin araştırıldığı çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Şizofreni hastalarında bilinen bilişsel işlev bozukluklarının sonucu mu yoksa ayrı bir fenomen mi tartışılan konulardandır. Yapılan bir derleme çalışmasında nörobilişsel bozukluklardan bağımsız ayrı bir bozukluk olduğu belirtilmiştir (51).

Şizofreni hastalarının psikotik olmayan yakınlarının da sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslandığında zihin kuramı becerilerinin daha kötü olduğu bildirilmiştir (52-54). Şizofreni hastaları ile yapılan çalışmalarda da bazı yazarlar zihin kuramındaki bozulmayı hastalığın akut dönemi ile ilişkilendirmekle birlikte (44), yapılan bir metaanaliz çalışmasında hastalığın dönemleri ile ilişkisi bulunmadığı, remisyondaki hastalarda da zihin kuramı bozukluğunun olduğu belirtilmiştir (46). Bu durum, bu becerinin süreğen (yapısal, trait) özelliği olabileceğini düşündürmüştür. Yapılan başka bir çalışmada ise şizofreni için yüksek riskli grup ve sağlıklı kontroller alınmış, yüksek riskli grup ise psikotik belirtileri olan ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Görsel şaka testi kullanılarak fMRI ile aktivasyon bölgeleri incelenmiş, bu çalışmanın sonucunda zihin kuramı becerisinin hem süreğen (yapısal, trait) hem de durumsal (state) özelliği olduğu belirtilmiştir (55).

Zihin kuramı ile içgörü arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara bakıldığında çelişkili sonuçlar olduğu görülmektedir, bazı çalışmalarda içgörü düzeyi ile zihin kuramı becerileri arasında pozitif ilişki olduğu bildirilirken (56), bazı çalışmalar ise bir ilişki olmadığını bildirmiştir (57). Yapılan bir metaanaliz çalışmasında zihin kuramı ile klinik içgörü arasında anlamlı ancak ılımlı bir ilişki olduğu saptanırken, bilişsel içgörü ile anlamlı bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (58).

Yapılan bir çalışmada zihin kuramı bozuklukları ve NSS arasında ortak nöral işleyiş olduğu hipotezi test edilmiş ve zihin kuramı bozukluğu ile kompleks motor sıralama performansındaki bozukluk arasında bir ilişki saptanmıştır.

Duyusal entegrasyon, motor koordinasyon ve diğer NSS'ler ile zihin kuramı arasında ise ilişki saptanmamıştır (59).

2.4.Şizofrenide Nörolojik Silik Belirtiler

Nörolojik silik belirtiler, nörogelişimsel anormalliklere ikincil olduğu düşünülen lokalize edilemeyen, özgül olmayan minör nörolojik anormalliklerdir. Bu belirtiler psikiyatrik bozukluklarda beyin işlev bozukluklarını yansıtabilir. Bu belirtiler genellikler duyusal entegrasyon, motor koordinasyon, kompleks motor sıralama ve diğerleri (ilkel refleksler, Romberg bulgusu, bilişsel kusurlar) şeklinde gruplandırılır (60).

Tablo 1. Birimlerine ve lokalizasyonuna göre gruplandırılarak değerlendirilen en sık silik ve kesin nörolojik bulgular (67)

Nörolojik belirti biriminin kümeleri	**Varsayılan lokalizasyon**	**Değerlendirilen bireysel belirtiler**
Motor koordinasyon	Frontal lob Serebellar	İstemli eylem sırasında tremor Denge Yürüyüş Sıçrama Parmak-başparmak opozisyonu Disdiadokokinezi Parmak-burun testi
Bütünleştirici duysal fonksiyon	Parietal lob	İşitsel ve duysal bütünleşme Grafestezi Stereoagnozi Sağ-sol konfüzyonu Söndürme
Kompleks motor hareketlerin sıralaması	Prefrontal lob	Yumruk-kenar-avuçiçi Yumruk-halka testi Ozeretski testi Git/yok/git-gitme testi Ritm tutma (el ve ayak ile)
İlkel refleksler	Frontal	Glabellar vurma Çene refleksi Palmomental Korneomandibuler Somurtma/burun Emme/ağızdan Kavramak Kuvvetle yoklama
Kesin nörolojik belirtiler	Kranial sinirler Santral sinir sistemi	Ayna hareketleri Sinkinezi Konverjans Bakış devamsızlığı Ekstrapiramidal bulgular Piramidal bulgular Diskinezi Dil Konuşma

Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında, sağlıklı toplum ve şizofreni dışı psikiyatrik hastalıklarla kıyaslandığında daha yüksek oranda nörolojik anormallik bildirilmiştir (61). Heinrichs ve Buchanan (1988) tarafından yapılan bir çalışmada sağlıklı kontrollerde nörolojik silik belirtiler %5 olarak

saptanmışken, şizofreni hastalarında %50 ila %60 arasında olduğu bulunmuştur (62). Yine 2007 yılında, Chan, R.C.K., Chen, E.Y.H tarafından yapılan bir çalışmada, 250 şizofreni hastası ve 90 sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmış, NSB (nörolojik silik belirti) yaygınlığının hasta grubunda yaklaşık %59 ve sağlıklı kontrollerde %5 olduğu bildirilmiştir (63). Bu belirtilerin hastalığın başlangıcından itibaren var olduğu, antipsikotik tedavi alıyor olmakla veya kullanılan antipsikotik türü ile ilişkili olmadığı da çalışmalarda bildirilmiştir (64-66).

Nörolojik silik belirtilerin ölçümü için Woods Ölçeği, Rossi Ölçeği, Heidelberg Ölçeği, Cambridge Nörolojik Envanteri ve Nörolojik Değerlendirme Ölçeği (NES) olmak üzere çeşitli ölçekler geliştirilmiştir (67). Nörolojik Değerlendirme Ölçeği ve Cambridge Nörolojik Envanteri güçlü psikometrik özelliklere sahip en yaygın kullanılan iki ölçektir (68). Duyusal entegrasyon, motor koordinasyon, kompleks motor sıralama, ilkel refleksler, disinhibisyon alt ölçekleri belirlenmiştir. Yapılan bir metaanaliz çalışmasında birinci olarak duyusal entegrasyon ve ikinci olarak motor koordinasyon ve disinhibisyon alt ölçekleri şizofreni için duyarlılık ve özgüllük açısından anlamlı bulunmuştur (67).

NSB ile ilgili tartışılan konulardan birisi bu belirtilerin bir endofenotip olup olmadığıdır. Endofenotip özellik olması bu belirtilerin ve dolayısıyla hastalığın altta yatan biyokimyasal, endokrinolojik, nörofizyolojik, nöroanatomik ve nöropsikolojik özelliğini gösteren, nörobiyolojik yönünü destekleyen bir durum olarak değerlendirilmektedir (69). Literatürde endofenotip olarak kabulüne yönelik eğilim olduğu görülmektedir. Bunun bir endofenotip olduğu

varsayıldığında, nörolojik silik belirtilerin şizofreni hastalarında yüksek duyarlılığının ve özgüllüğünün olması, ailesel geçiş özelliğinin bulunması, hastalığın alevlenme ve yatışma dönemlerinden bağımsız olarak bulunması beklenilen durumlardır (67). Şizofren hastalar ile sağlıklı kontrolleri karşılaştıran çalışmalarda tutarlı bir biçimde, şizofreni hastalarında yüksek sıklıkta nörolojik silik belirtilerin saptandığı belirtilmektedir (62,63,70,71). Endofenotip özelliği destekleyen önemli bir diğer bulgu da şizofreni hastalarının, hastalıktan etkilenmemiş aile bireylerinde nörolojik silik belirtilerin varlığıdır ve bu da bu belirtilerin kalıtımsal yönü olduğunu düşündürmektedir (70). Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılan, şizofreni hastaları ve hastaların sağlıklı yakınları ile sağlıklı kontrol grubunun nörolojik silik belirtiler açısından araştırıldığı bir çalışmada, şizofreni hastalarında ölçek (NES) toplam puanı ve alt ölçek puanlarının yakınları ve sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı derecede yüksek olduğu, şizofreni yakınlarının puanlarının şizofreni hastaları ile sağlıklı kontrol grubu arasında olduğu bildirilmiştir (72). İsveç'te yapılan, şizofrenisi olan, afektif psikozu olan ve sağlıklı olan annelerin çocuklarının, doğum sonrası ilk günlerde, 6. yaş ve ortalama 22. yaşında açık ve silik nörolojik belirtiler açısından araştırıldığı izlem çalışmasında; şizofrenisi olan annelerin çocuklarında, afektif psikozu olan ve sağlıklı olan annelerin çocukları ile karşılaştırıldığında hem 6. yaş hem de erken erişkinlik yaşlarında anlamlı nörolojik anormallikler bildirilmiştir (73). Literatürde şizofreni hastaları, sağlıklı yakınları ve sağlıklı kontrol grubunda nörolojik belirtilerin araştırıldığı çok sayıda çalışma bulunmaktadır ve tutarlı biçimde şizofreni hastalarının sağlıklı

yakınlarında, sağlıklı kontrollere göre artmış oranda nörolojik silik belirti bulunduğu bildirilmiştir (70,72,75).

Belirtilerin yapısal (trait) özellik ya da durumsal (state) özellik taşıdığı konusu tartışmalıdır (76). Özellikle ilk atak ve tedavi almayan psikoz hastaları ile yapılan izlem çalışmaları bu konuda değer taşımaktadır. Chen ve ark. tarafından ilk atak psikoz hastalarında yapılan 3 yıllık bir izlem çalışmasında, bu belirtilerin süreç boyunca göreceli olarak stabil olması nedeni ile yapısal (trait) özellikte olduğu bildirilmiştir (77). Yapılan başka bir izlem çalışmasında 39 ilk atak psikoz hastası, remisyon sonrası ve taburculuktan 14 ay sonra klinik bulgular ve nörolojik silik belirtiler açısından değerlendirilmiş, özellikle motor bulgular alt ölçeğinde olmak üzere nörolojik silik belirtilerde akut psikoz tablosunun yatışmasına paralel olarak azalma bildirilmiştir. Aynı çalışmada sağlıklı kontrol grubu da değerlendirilmiş, NES puanı her iki ölçümde de şizofreni hasta grubunda sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur (78). Bu durum nörolojik silik belirtilerin klinik tablo ile alevlenme ve yatışma gösterebileceğini yani durumsal (state) özelliğinin de olduğunu düşündürmektedir (78).

Bu belirtilerin belli bir beyin bölgesine lokalize olmadığı, yaygın yerleşim özelliği gösterdiği düşünülmektedir (62,67). Literatürde bu belirtilerin nöroanatomik yerleşimini araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Dazzan ve ark. tarafından 77 ilk atak psikoz hastasında belirtilerin nöroanatomik özelliğini araştırmak için yapılan bir çalışmada, hastalar yüksek çözünürlüklü MRI ile incelenmiş olup; motor koordinasyon ve duyusal entegrasyon bulgularında artmış oranların, putamen, globus pallidus ve talamus dahil olmak üzere subkortikal

yapıların gri madde hacminde azalma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, duyusal entegrasyon işaretlerinin presentral girus, superior ve orta temporal girus ve lingual girus hacim azalması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (79). NSS ve beyin yapısı arasındaki ilişkiyi araştırmak için 43 sağlıklı gönüllüde yapılan bir MRI çalışmasında, yüksek NSS oranlarının inferior frontal girus, orta ve superior temporal girus ve anterior singulate girus hacim azalması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (80).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yeri

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

3.2.Araştırmanın Tipi

Kesitsel çalışma

3.3.Katılımcılar

Gazi Üniversitesi Tıp fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde takipli 18-65 yaş aralığında, DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5) ile şizofreni tanısı almış, son 1 aydır stabil olan, kafa travması, mental retardasyonu ve nörolojik hastalığı olmayan, son 6 ay içerisinde EKT öyküsü ile alkol ve madde kullanımı olmayan, ek eksen 1 tanısı olmayan hastalar alınmıştır. Hastalar Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğinden çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya 53 şizofreni tanılı hasta alınmıştır. Hastalar çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş olup, yazılı onamları alınmıştır.

3.4.Etik Kurul Onayı

T.C. Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan 2019-138 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

3.5.Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi, araştırmacıların kendi kaynaklarından karşılanmıştır.

3.6.Veri Toplama Araçları

3.6.1. Sosyodemografik veri formu

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, ek hastalık ve kullanılan ilaçlar, hastaneye yatış öyküsü, ailede şizofreni varlığı, hastalık başlangıç yaşı, hastalıkla geçen süre bilgilerini içeren araştırmacı tarafından oluşturulan form kullanıldı.

3.6.2. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

Psikotik hastalardaki bilişsel çarpıtmanın içgörü eksikliğine yol açabileceği görüşünden yola çıkarak Beck. Ve ark. tarafından 2004 yılında Bilişsel İçgörü Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin kendini ifade etme (self-reflectiveness) ve kendinden eminlik (self-certainty) olmak üzere iki alt ölçeği vardır, öz bildirim ölçeğidir, 15 maddeden oluşmaktadır ve likert tipi bir ölçektir, ‘hiç katılmıyorum’ ve ‘tamamen katılıyorum’ arasında 4 seçenek vardır ve 0-3 arasında puanlanır. (hiç katılmıyorum=0 tamamen katılıyorum=3) (81). Ölçeğin şizofreni hastalarında Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Selçuk ASLAN ve ark. tarafından 2005 yılında yapılmıştır (82).

3.6.3. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

David, şizofrenide içgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceği, içgörünün tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşenden oluşan bir yapı olduğu fikrinden yola çıkarak, psikotik hastalarda, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği'ni (İÜBDÖ) geliştirmiştir (83). 8 sorudan oluşan, klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14'tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur, bu sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18'dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Bu ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Arslan ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır (84). Çalışmamızda ölçeğin 8.sorusu da değerlendirilmiş olup toplam puan kullanılmıştır.

3.6.4. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

Şizofrenide pozitif semptomlar; daha önceden bulunmayan özelliklerin ortaya çıkışı, varsanılar, hezeyanlar, formal düşünce bozuklukları ve garip davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bu belirtileri nicelleştirmek için Nancy C. Andreasen tarafından Scale for the Assesment of Positive Symptoms (Positif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği), kısa adıyla SAPS olarak bilinen ölçek geliştirilmiştir (85). Bu ölçek toplam 34 madde ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Her madde O=Semptom yok, 1= Şüpheli, 2=Hafif, 3=Orta, 4=Belirgin, 5=

Şiddetli olarak derecelendirilmektedir. Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Şahap ERKOÇ ve arkadaşları tarafından şizofreni hastalarında 1991 yılında yapılmıştır (86). Çalışmamızda toplam puan değerlendirilmiş olup alt ölçekler kullanılmamıştır.

3.6.5. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

Şizofrenide negatif semptomlar; varolan bazı yetilerin kaybolması, affektif küntleşme, sosyal içe kapanıklık, düşünce içeriğinin yoksulluğu, bilişsel işlev bozuklukları olarak tanımlanmaktadır. Bu belirtileri nicelleştirmek için Nancy C. Andreasen tarafından Scale for the Assesment of Negative Symptoms (Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği), kısa adıyla SANS olarak bilinen ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçek toplam 25 madde ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Her madde O=Semptom yok, 1= Şüpheli, 2=Hafif, 3=Orta, 4=Belirgin, 5= Şiddetli olarak derecelendirilmektedir. Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Şahap ERKOÇ ve arkadaşları tarafından şizofreni hastalarında 1991 yılında yapılmıştır (87). Çalışmamızda toplam puan değerlendirilmiş olup alt ölçekler kullanılmamıştır.

3.6.6. Nörolojik Değerlendirme Ölçeği

Buchanan ve Heinrichs tarafından 1989'da geliştirilmiştir (88). Dört alt başlıktan ve 26 maddeden oluşan, klinisyenin değerlendirdiği yapılandırılmış bir ölçektir. Her madde 0-2 arasında puanlanır (0= bozukluk yok, 1= hafif bozukluk, 2= belirgin bozukluk). Bu maddelerin 14 tanesi vücudun her iki yarısı için ayrı ayrı değerlendirilir.

1. Duyusal Bütünleştirme: Söndürme, grafestezi, stereoagnozi, sağ sol karıştırma ve işitsel görsel bütünlük testlerinden oluşmaktadır.

2. Motor koordinasyon: Ardı sıra yürüyüş, hızlı değişen hareketler, başparmak oppozisyonu ve parmak burun testlerinden oluşmaktadır.

3. Karmaşık motor hareketler: Yumruk halka testi, yumruk-kenar-avuç içi testi, Ozeretski testi ve ritm tutma testi B' den oluşmaktadır.

4. İlkel refleksler: Glabella refleksi, dudak uzatma refleksi, yakalama refleksi ve emme refleksinden oluşur.

5. Diğer: Romberg testi, taşma hareketleri, tremor, 5 dakikalık bellek, 10 dakikalık bellek, ritm tutma testi A, konverjans, bakışı sabit tutma güçlüğü

3.6.7. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği

Banu DEĞİRMENCİOĞLU ve ark. tarafından 2017 yılında, ZK yetenekleri (1. derece yanlış inanç, 2. derece yanlış inanç, ironi, metafor ve pot kırmayı kavrama) ile empati yeteneğini değerlendiren hikâye ve resim görevlerinden oluşan toplam 18 soruluk bir ölçek oluşturulmuş ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (89). Ölçek 7 hikâye ve 3 resim görevinden oluşmaktadır. Hikâye görevlerinde, katılımcıdan hikâyeyi dinleyerek ilgili soruya cevap vermesi istenir. Hikâyelerden 5 tanesi sadece tek bir yeteneği değerlendirir; hikâye tamamlandıktan sonra ilgili sorusu katılımcıya yöneltilir. Geri kalan 2 hikâyede ise hikâye arasında sorular yöneltilir ve birden fazla ZK yeteneği değerlendirilir. Resim görevleri, bir hikâye anlatan 1-2-3 şeklinde numaralandırılmış 3 resimden oluşur; katılımcıdan hikâyeye uygun olacak şekilde

gelecek olan 4. resmi, a ve b şeklinde sunulmuş iki seçenek arasından seçmesi istenir. Resim görevlerinin bir tanesi 1. derece yanlış inanç yeteneğini, bir tanesi 2. derece yanlış inanç yeteneğini ve sonuncusu da empatik anlayış yeteneğini değerlendirir. Puanlama, daha önceden belirlenmiş doğru cevapları içeren cevap anahtarı yoluyla doğru cevap için "1" ve yanlış cevap için "0" şeklinde yapılır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-18 aralığındadır (89). Çalışma sonucunda empatiyi değerlendiren bir resmin geçerli ve güvenilir olmadığı saptanarak testten çıkarılması önerilmiştir. Çalışmamızda, önerilen 7 hikaye ve 2 resim kullanılmıştır.

3.6.8. İstatistiksel Analizler

Bu araştırmada katılımcılarda elde edilen verilerin analizleri SPSS 21.0 IBM paket programı kullanılarak yapılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için de Pearson Korelasyon analiz yöntemleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, 53 şizofreni hastasına uygulanan içgörü, nörolojik değerlendirme ve zihin kuramı ile ilgili ölçümlere ait bulgulara yer verilmiştir. Örneklem grubunu oluşturan gruplara ait sosyodemografik özellikleri ait veriler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellikler	**N**	**%**
Cinsiyet		
Kadın	23	43.4
Erkek	30	56.6
Medeni Durum		
Bekar	36	69
Evli	12	22.6
Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	5	9.4
Eğitim Durumu		
İlkokul	5	9.4
Ortaokul	5	9.4
Lise	26	49.1
Üniversite ve üstü	17	32.1
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	12	22.6
Çalışmıyor	41	77.4
Kiminle Yaşıyor		
Yalnız	5	9.4
Aile	48	90.6
Ek Tıbbi Hastalık		
Yok	38	71.6
Solunum sistemi hastalıkları	2	3.8
Endokrin hastalıkları	7	13.2
Kardiyovasküler hastalıklar	3	5.7
Endokrin ve kardiyovasküler hastalıklar	3	5.7
Kullanılan İlaçlar		
Tipik	2	3.8
Atipik	29	54.7
Tipik ve antidepresan	3	5.7
Atipik ve antidepresan	4	7.5
Atipik ve antikolinerjik	12	22.6
Atipik ve duygudurum düzenleyici	1	1.9

Yatış Sayısı		
Yok	8	15.1
Bir	18	34
İki	13	24.5
Üç	8	15.1
Dört	2	3.8
Altı	4	7.5
Aile Öyküsü		
Var	17	32.1
Yok	36	67.9
	Ort.	**s.s.**
Yaş	38	11.39
Hastalık Başlangıç Yaşı	24.85	8.49
Belirti Süresi (Yıl)	12.89	6.7

Katılımcılara uygulanan ölçeklere ait ortalama ve standart sapmalar Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklere Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Ölçekler	**Ort.**	**s.s.**
SAPS	11.76	10.93
SANS	32.53	16.20
İÜBDÖ Toplam	12.34	4.22
Kendini İfade Etme Alt Ölçeği	10.92	5.67
Kendinden Eminlik Alt Ölçeği	9.06	3.62
Bileşik Puan	1.87	6.46
Motor Koordinasyon Alt Ölçeği	0.92	1.27
Duyusal Bütünleşme Alt Ölçeği	0.74	0.98
Karmaşık Motor Hareketler Alt Ölçeği	2.77	2.14
İlkel Refleksler Alt Ölçeği	0.15	0.46
Romberg testi	0	0
Kol ve ellerdeki hareketler	0.38	0.53
Tremor	0.32	0.51
Bellek (5 dk)	0.77	0.80
Bellek (10 dk)	0.87	0.86
Ritm vuruş testi (A)	0.17	0.51
Sinkinezi	0.24	0.55
Konverjans	0.51	0.61
Bakışı sabit tutma güçlüğü	0.19	0.48
DEZİKÖ	11.02	2.37

Katılımcılara uygulanan SAPS ve SANS ölçek puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakılmış, sonuçlar Tablo 4'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde SAPS puanları ile NES' in Motor Koordinasyon Alt Ölçeği (r=.320, p<.05), Duyusal Bütünleşme Alt Ölçeği (r=.339, p<.05), İlkel Refleksler Alt Ölçeği (r=.487, p<.01) ve Ritm vuruş testi (A) (r=.333, p<.05) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. SANS puanları ile NES 'in Motor Koordinasyon Alt Ölçeği (r=.463, p<.01), İlkel Refleksler Alt Ölçeği (r=.356, p<.01), Bellek (5 dk) (r=.355, p<.01), Sinkinezi (r=.289, p<.05) ve NES toplam (r=.412, p<.01) puanları arasında pozitif yönde, DEZİKÖ (r=-.525, p<.01) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4. Katılımcılara Uygulanan SAPS ve SANS Ölçek Puanları ile Diğer Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	**SAPS (r)**	**SANS (r)**
İÜBDÖ Toplam	-.187	.139
Kendini İfade Etme Alt Ölçeği	.041	-.011
Kendinden Eminlik Alt Ölçeği	.124	.083
Bileşik Puan	-.033	-.056
Motor Koordinasyon Alt Ölçeği	.320*	.463**
Duyusal Bütünleşme Alt Ölçeği	.339*	.125
Karmaşık Motor Hareketler Alt Ölçeği	.057	.187
İlkel Refleksler Alt Ölçeği	.487**	.356**
Romberg testi	-	-
Kol ve ellerdeki hareketler	-.067	-.087
Tremor	-.061	-.046
Bellek (5 dk)	.071	.355**
Bellek (10 dk)	-.010	.244
Ritm vuruş testi (A)	.333*	.068
Sinkinezi	.048	.289*
Konverjans	.025	.189
Bakışı sabit tutma güçlüğü	-.013	.093
NES toplam	.255	.412**
DEZİKÖ	.107	-.525**

**p<.05, **p<.01*

r: korelasyon değeri SAPS: pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği, SANS: negatif belirtileri değerlendirme ölçeği, İÜBDÖ: içgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği, NES: nörolojik değerlendirme ölçeği, DEZİKÖ: dokuz eylül zihin kuramı ölçeği,

Katılımcılara uygulanan içgörü ölçeklerinden BBİÖ (Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği) ve İUBDÖ puanları ile NES ve DEZİKÖ puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır (Tablo5). Sonuçta, İUBDÖ puanları ile NES' in Karmaşık Motor Hareketler Alt Ölçeği ($r=.313$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde, NES' in İlkel Refleksler Alt Ölçeği ($r=-.318$, $p<.05$) puanları arasında negatif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. BBİÖ' nün Kendinden Eminlik Alt Ölçeği ile NES' in İlkel Refleksler Alt Ölçeği ($r=.321$, $p<.05$) ve Sinkinezi ($r=.369$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. BBİÖ' nün Bileşik puanı ile Sinkinezi ($r=-.298$, $p<.05$) puanı arasında negatif yönde, DEZİKÖ ($r=.344$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 5. Katılımcılara Uygulanan BBİÖ ve İUBDÖ Puanları ile NES ve DEZİKÖ Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	İÜBDÖ Toplam (r)	Kendini İfade Etme Alt Ölçeği (r)	Kendinden Eminlik Alt Ölçeği (r)	Bileşik Puan (r)
Motor Koordinasyon Alt Ölçeği	.199	-.046	.081	-.086
Duyusal Bütünleşme Alt Ölçeği	-.094	-.155	.015	-.145
Karmaşık Motor Hareketler Alt Ölçeği	.313*	-.009	.086	-.056
İlkel Refleksler Alt Ölçeği	-.318*	-.055	.321*	-.228
Romberg testi	-	-	-	-
Kol ve ellerdeki hareketler	-.016	.132	-.142	.196
Tremor	-.132	.002	-.156	.089
Bellek (5 dk)	.160	-.089	-.102	-.021
Bellek (10 dk)	.119	-.077	-.084	-.021
Ritm vuruş testi (A)	-.063	.051	.162	-.046
Sinkinezi	-.194	-.105	.369**	-.298*
Konverjans	.231	-.167	.109	-.208
Bakışı sabit tutma güçlüğü	-.032	.174	.203	.039
NES toplam	.166	-.075	.118	-.132
DEZİKÖ	-.124	.263	-.202	.344*

p<.05,p<.01 r: korelasyon değeri İÜBDÖ: içgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği, NES: nörolojik değerlendirme ölçeği, DEZİKÖ: dokuz eylül zihin kuramı ölçeği*

Katılımcılara uygulanan DEZİKÖ ve NES puanları arasındaki ilişkiye bakılmış, sonuçta sadece NES toplam ve DEZİKÖ ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=-.325$, $p<.05$), diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcılara Uygulanan DEZİKÖ ve NES Puanları Arasındaki İlişki

NES	DEZİKÖ (r)
Motor Koordinasyon Alt Ölçeği	-.197
Duyusal Bütünleşme Alt Ölçeği	-.171
Karmaşık Motor Hareketler Alt Ölçeği	-.241
İlkel Refleksler Alt Ölçeği	-.163
Romberg testi	-
Kol ve ellerdeki hareketler	.025
Tremor	.011
Bellek (5 dk)	-.220
Bellek (10 dk)	-.198
Ritm vuruş testi (A)	-.162
Sinkinezi	-.121
Konverjans	-.167
Bakışı sabit tutma güçlüğü	-.070
NES toplam	-.325*

***p<.05,**p<.01 r: korelasyon değeri NES: nörolojik değerlendirme ölçeği DEZİKÖ: dokuz eylül zihin kuramı ölçeği*

Son olarak, katılımcılara uygulanan İÜBDÖ ve BBİÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakılmış ve Tablo 7' de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, İÜBDÖ toplam puanları ile BBİÖ Bileşik puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken, diğer alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 7. Katılımcılara Uygulanan İÜBDÖ ve BBİÖ Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	İÜBDÖ Toplam (r)
Kendini İfade Etme Alt Ölçeği	.231
Kendinden Eminlik Alt Ölçeği	-.170
Bileşik Puan	.298*

**p<.05 r: korelasyon değeri İÜBDÖ: içgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği*

5. TARTIŞMA

Çalışmaya alınan hastaların %56.6 sı erkek, %43.4 ü kadın katılımcı idi, şizofreni hastalığının toplumda genel olarak %1 oranında görüldüğü bilinmektedir, çalışmamız gönüllülüğe bağlı gerçekleştirildiği için ve örneklem sayısının azlığı nedeni ile bu oranların anlamlı olduğu düşünülmedi.

Çalışmaya alınan hastaların %69 u bekar, %22.6 sı evli, %9.4 ü boşanmış ya da ayrı yaşıyordu. Şizofreni hastalarında evlenme oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir, sonucumuz bu anlamda literatür ile uyumlu olarak değerlendirildi (90-92). Hastaların %9.4 ü ilkokul mezunu, %9.4 ü ortaokul mezunu, %49.1 i lise mezunu ve %32.1 i üniversite mezunu idi. Literatür ile tam olarak uyumlu değil, şizofreni hastalarında eğitim sürelerinin düşük olduğu bilinmektedir (90-92), çalışmamızda lise ve yüksek öğrenim düzeyinde, bildirilenden yüksek oranlar olduğu görülmektedir. Sonucumuzun, çalışmaya alınan hastaların testlere uyum sağlayabilmesi için mental kapasitelerinin ve eğitim düzeylerinin iyi olmasına özen gösterilmesine bağlı olduğu düşünüldü. Hastaların %22,6 sı çalışıyor, %77,4 ü çalışmıyordu. Literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir (90-92), hastalarda sosyal ve mesleki işlevsellikte bozukluk, bilişsel bozulmalar olduğu ve bunun sonucunda yeti kaybı olduğu bilinmektedir.

Hastaların %9.4 ü yalnız, %90.6 sı ailesi ile yaşıyordu, literatüre bakıldığında bu yönde bulgular olmakla birlikte (91-93), yalnız yaşama oranının yabancı kaynaklı yayınlarda daha yüksek bildirildiği (93) görülmektedir, bu durum kültürel yapımız ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda klinik belirtiler ile (SAPS, SANS) bilişsel içgörü (BBİÖ) ve klinik içgörü (İÜBDÖ) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında çelişkili sonuçlar olduğu görülmektedir, bazı çalışmalarda içgörünün pozitif belirtiler ile ilişkili olup, negatif belirtilerle ilişkili olmadığı saptanırken (23,24,94), bazı çalışmalarda negatif belirtilerle ilişki saptanıp (95), pozitif belirtilerle ilişki saptanmamıştır (25). Literatürde daha sıklıkla pozitif belirtilerle ilişkili olduğu yönünde sonuçlar saptanmıştır (94,24), ancak çalışmamızda böyle bir sonuç elde edilememiştir, bu durum örneklem sayısının azlığı ile ilgili olabilir. Çalışmalarda kullanılan içgörü ölçeklerinin çok çeşitli olması da bulguları karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır. Hasta profilimize benzer bir grubun alındığı ve aynı tip içgörü ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada, içgörü pozitif ve genel psikopatoloji düzeyi ile ilişkili olarak bildirilmiş ancak bulgularımız bunu destekler yönde bulunmamıştır (23). İçgörünün heterojen doğası, örneklemlerinin psikososyal, bilişsel, kültürel farklılıkları çalışmalarda bulunan farklı sonuçları açıklayabilir. Bunun dışında psikopatoloji şiddetinin içgörü üzerindeki etkisinin sınırlı olduğu da bildirilmiştir.

Klinik belirtiler ile NSB arasındaki ilişkiye baktığımızda, SAPS puanları ile NES' in Motor Koordinasyon Alt Ölçeği ($r=.320$, $p<.05$), Duyusal Bütünleşme Alt Ölçeği ($r=.339$, $p<.05$), İlkel Refleksler Alt Ölçeği ($r=.487$, $p<.01$) ve Ritm vuruş testi (A) ($r=.333$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. SANS puanları ile NES 'in Motor Koordinasyon Alt Ölçeği ($r=.463$, $p<.01$), İlkel Refleksler Alt Ölçeği ($r=.356$, $p<.01$), Bellek (5 dk) ($r=.355$, $p<.01$), Sinkinezi ($r=.289$, $p<.05$) ve NES toplam ($r=.412$, $p<.01$) puanları

arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Literatürü incelediğimizde, çalışmalarda nörolojik silik belirtileri değerlendirmek için çeşitli değerlendirme ölçeklerinin kullanıldığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada nörolojik silik belirtiler ile pozitif ve negatif belirtilerin alt ölçekleri arasındaki ilişkiler araştırılmış ve pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (96). Nörolojik silik belirtilerin klinik belirtilerle ilişkisini araştıran çalışmalara baktığımızda, NSB‘ nin hastalık boyunca sabit kalmadığı, atak döneminden remisyona geçen süre boyunca belirtilerde azalma gözlendiği, tedavi ile remisyona giren hastalarda remisyon gözlenmeyenlere göre belirtilerde daha fazla azalma olduğu ancak yine de sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu, hastalık belirtileri ağırlaştıkça NSB’ nin artış gösterdiği, negatif belirtilerle daha fazla ilişkili olduğu bildirilmiştir (97-100,78). Çalışma sonucumuz da bu ilişki açısından literatür ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Sonuçlarımıza bakıldığında nörolojik silik belirtilerde artma ile pozitif ve negatif belirtilerde artış arasında bir ilişki saptandığı görülmektedir. NSB’ nin beyin işlevsel bozulmalarını yansıttığını göz önüne aldığımızda, özellikle negatif belirtilerin organik bir bozulma olduğu yönündeki sonuçları destekleyen bir bulgu olduğu düşünülmektedir.

Klinik belirtiler ile zihin kuramı arasındaki ilişkiye baktığımızda negatif belirtiler (SANS) ile DEZİKÖ arasında negatif ilişki saptanmış olup, pozitif belirtiler (SAPS) ile bir ilişki saptanmamıştır. Negatif belirtiler fazlalaştıkça zihin kuramı becerilerinde bozulma olduğu görülmektedir, literatür ile uyumlu görülmektedir, zihin kuramı bozukluğunun özellikle negatif belirtiler ile ilişkili olduğunu destekleyen veriler bulunmaktadır (47,50,101,102). Frith’ in görüşüne

göre düşünce bozukluğu ile zihin kuramı bozukluğu arasında pozitif ilişki olması beklenmelidir (44), ancak literatürde bu konuda yapılan çalışma sonuçları tutarsızdır. Bizim çalışmamızda da açık bir ilişki saptanmamıştır. Hem negatif belirtilerin hem de zihin kuramı bozukluğunun frontal lob disfonksiyonu ile ilişkili olduğu düşünüldüğü için sonucun literatür ile uyumlu olduğu düşünüldü.

İçgörü ve zihin kuramı ile arasında, klinik içgörü puanları ile zihin kuramı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak bilişsel içgörü ile zihin kuramı arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. Literatür incelendiğinde beklenen bir bulgu değildir. Zihin kuramı becerilerinin hastalık içgörüsünde artış ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Şizofreni hastalarının başkalarının düşünce ve inançlarını anlamadaki eksikliğinin, kendilerinde olan davranış değişikliklerini anlama konusunda yetersizliğe yol açtığı düşünülmektedir (35). BBİÖ toplam puanının yüksek olmasının iyi içgörü düzeyinin yansıttığı bildirilmiştir (82). Bu doğrultuda çalışmamızda saptanan bilişsel içgörü ile zihin kuramı arasındaki pozitif ilişkinin beklenen bir bulgu olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir metaanaliz çalışmasında, bizim bulgularımızın aksine klinik içgörü ile zihin kuramı arasında anlamlı pozitif ilişki saptanırken, bilişsel içgörü ile zihin kuramı arasında bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (35). Yapılan başka bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde hem bilişsel içgörü hem de klinik içgörünün zihin kuramı ile ilişkisi araştırılmış, bizim bulgularımızın aksine klinik içgörü ile zihin kuramı arasında anlamlı ilişki saptanırken, bilişsel içgörü ile zihin kuramı arasında böyle bir ilişki saptanmamıştır (103). Literatürde klinik içgörü ile zihin kuramı arasındaki pozitif ilişkiye işaret eden çalışmalar dikkat çekmektedir.

(36,56,104-107). Ancak çalışmamıza benzer şekilde klinik içgörü ile zihin kuramı arasında ilişki saptanmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (38,57). İçgörü ile 2. Derece yanlış inanç testleri arasında anlamlı ilişki saptayan çalışmalar bulunmaktadır (36,107), çalışmamızda bu ilişkiye ayrıca bakılmamış olması bu sonuca yol açmış olabilir. Aynı zamanda nörobilişsel işlevlerin zihin kuramı ve içgörü üzerindeki etkisi bilinmektedir (33,103), çalışmamızda bunun etkisinin değerlendirilmemiş olması ve klinik değişkenlerin etkisinin araştırılmaması bu sonuca katkı sağlamış olabilir. Kinik içgörünün farklı boyutları olan, hastalığın farkında olma, belirtileri tanıma ve tedaviyi kabul etme değişkenleri ile zihin kuramının ayrıca değerlendirilmemiş olmasının da sonucu etkilediği düşünülmektedir çünkü yapılan bazı çalışmalarda zihin kuramı becerileri ile hastalığın farkında olma arasında anlamlı pozitif ilişki saptanırken, tedavi kabulü ve belirtileri tanıma arasında bir ilişki saptanmadığı da bildirilmiştir (103). Çalışmalarda farklı zihin kuramı testlerinin kullanılması sonuçları yorumlamayı zorlaştırmaktadır.

Bilişsel içgörü ve klinik içgörü arasındaki ilişkiye baktığımızda, İÜBDÖ toplam puanları ile BBİÖ Bileşik puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken, diğer alt ölçek puanları (kendini ifade etme ve kendinden eminlik) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu bulgunun Beck' in hipotezi ile kısmen tutarlı olduğu düşünüldü, Beck'e göre inanç esnekliği ve kendini ifade etme gibi metabilişsel yetiler klinik içgörüye katkı sağlar (81). Bu doğrultuda klinik içgörü ve bilişsel içgörü arasında pozitif korelasyon beklenen bir bulgudur ancak alt ölçekler arasında beklenen ilişki çalışmamızda saptanmamıştır. Şizofreni

hastalarında BBİÖ ve İÜBDÖ' nün kullanıldığı başka bir çalışmada, bizim çalışmamızdaki gibi toplam puanlar arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ve bu beklenen bir bulgudur ancak kendini ifade etme alt ölçeği ile beklenen pozitif korelasyon saptanamamıştır, kendinden eminlik alt ölçeği ile beklenen negatif korelasyon saptanmıştır (82). Yapılan başka bir çalışmada klinik içgörü PANSS G12 ile ve bilişsel içgörü BBİÖ ölçeği ile değerlendirilmiş ve sonuçta bilişsel ve klinik içgörü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (107).

Çalışmamızda NSB ve zihin kuramı arasında, NES toplam ve DEZİKÖ ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=-.325$, $p<.05$), alt ölçek puanları ile arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Dolaylı kanıtlar NSB, nörobilişsel işlevler ve zihin kuramı becerileri arasında ortak nöronal işleyiş olabileceğini düşündürmektedir (108). Yapılan bir çalışmada, zihin kuramı testleri ile NES, 90 stabil şizofreni hastasına uygulanmış ve zihin kuramı becerileri ile NES' in kompleks motor hareketleri arasında ilişki saptanırken, motor koordinasyon, duyusal entegrasyon ve diğer NSS arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (107). Kompleks motor hareketlerin prefrontal korteks işlevini yansıttığı göz önüne alındığında (67), zihin kuramı becerilerinde bozulma (109) ile ilişkili olması beklenen bir durumdur. Bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak zihin kuramı testlerinden sadece yanlış inanç testlerinin uygulanmış olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda yanlış inanç testlerinin yanında ironi, metafor gibi dolaylı anlatımı anlama, pot kırmayı anlama ve görsel zihin kuramı testleri de kullanılmıştır. Çalışmamızda bulgularımızı incelendiğimizde, nörolojik silik belirtilerde artma ile zihin kuramı becerilerinde bozulma olduğu yönünde

ilişki saptandığı görülmektedir. Bu beklenen bir bulgudur, nörolojik silik belirtilerin altta yatan işlevsel bozulmaya işaret ettiği düşünülmektedir, zihin kuramı becerileri de işlevsel olarak çeşitli beyin bölgeleri ile ilişkilendirilmiştir, sonucumuzun zihin kuramı becerilerinin organik doğasını desteklediği düşünülmektedir. Literatürde zihin kuramı ve NSB arasında ilişkiyi araştıran oldukça kısıtlı sayıda çalışma olduğu görüldü.

Şizofrenide NSB ve içgörünün, her ikisinin de endofenotip özelliği bulunduğu (19,111,67,76) göz önüne alınarak, her iki özelliğin ortak nöral döngüleri paylaşacağı ve aralarında negatif bir ilişki bulunabileceği çalışmamızda hipotez olarak düşünüldü. Bulgularımıza bakıldığında, klinik içgörü ile NES' in karmaşık motor hareketler alt ölçeği ile pozitif, ilkel refleksler alt ölçeği ile negatif korelasyon saptandığı, diğer alt ölçekler ile istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon saptanmadığı görülmektedir. İçgörü ve NSB arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. İçgörünün varsayılan nöroanatomik lokalizayon ve nöral döngüler ile ilişkisi konusunda bilgiler, fonksiyonel ve yapısal görüntüleme çalışmaları ve bilişsel testler ile özellikle frontal korteks işlevinin değerlendirildiği çalışmalardan gelmektedir. NSB ile ilgili nöroanatomik bulgular yine yapısal ve fonksiyonel görüntüleme çalışmalarından elde edilmiştir. Bu konuda literatür incelendiğinde, içgörü ve bilişsel testlerin değerlendirildiği çalışmalarda, özellikle prefrontal korteks, singulat korteks, parietal ve temporal bölgelerin işlevinin içgörü ile ilişkisi bildirilmiştir (19,111-114). Yapısal ve işlevsel çalışmalar incelendiğinde frontal atrofi, sağ ACC hacmi, sağ OFC, sağ parietal korteks, temporal korteks, sağ

DLPFC hacim kaybı ile içgörü arasında ilişki bildirildiği görülmektedir (19,114-118).

NSB' nin nöroanatomik lokalizayonu ile ilgili çalışmalarda, yaygın serebral disfonksiyonu destekleyen bulgular ve özellikle duyusal ve motor alt ölçekler için belirli bazı bölgelerin sorumlu olduğu yönünde bulgular bildirilmiştir (119). Yapılan bir çalışmada NSB total belirtilerin yüksekliğinin presantral ve postsantral girus, inferior parietal lobül ve inferior oksipital girus ile ilişkili olduğu; motor NSB' nin frontal ve parietal korteks, insula ve serebellum ile ilişkili olduğu, kompleks ve duyusal NSB' nin frontal, parietal ve oksipital değişiklikler ile ilgili olduğu bildirilmiştir (119). Kompleks motor hareket alt grubunda olan işaret parmağı-tenar-el ayası testinin anterior frontal lob lezyonları ile ilişkili olduğu düşünülmüş ve görüntüleme bulguları ile bu görüş desteklenmiştir (120,121). NES' in nörolojik değerlendirme için kullanıldığı bir nörogörüntüleme çalışmasında kompleks motor hareketlerdeki puan artışının, sol superior frontal girus, sol posterior singulat girus, sol orta temporal girus, sağ superior temporal girus, sağ cuneus, sağ putamen, sol orta beyin ve sol serebellar gri madde azalması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (122).

Bu bilgiler ışığında çalışmamızda saptanan klinik içgörü ile kompleks motor hareketler arasındaki pozitif korelasyonun beklediğimiz bir bulgu olmadığı görülmektedir. Frontal ve serebellar işlevi yansıttığı düşünülen motor koordinasyon bulguları ile parietal lob işlevini yansıttığı düşünülen duyusal entegrasyon bulguları ile anlamlı bir korelasyonun olmaması da hipotezimizi desteklemeyen bir bulgu olarak değerlendirildi. Aynı şekilde NSB toplam puanı

ile klinik içgörü arasında ilişki saptanmamasının da hipotezimizi destekleyen bir bulgu olmadığı görülmektedir. İlkel refleksler ve içgörü arasındaki negatif korelasyon beklenen bir bulgudur. Frontal lob disfonksiyonunun ilkel reflekslerin varlığı ile ilişkisi bildirilmiştir, içgörü varlığı ile de frontal lob işlevi arasındaki ilişkiye işaret eden çalışmalar bulunmaktadır. Bu durum içgörü ve ilkel refleksler arasındaki ilişkiyi ortak nöroanatomik bölge olan frontal lob disfonksiyonu görüşü ile açıklayabilir. Bilişsel içgörü ve NSB arasındaki bulgularımıza bakıldığında, sinkinezi ile BBİÖ bileşik puanı arasında negatif korelasyon, sinkinezi ve ilkel refleksler ile kendinden eminlik alt ölçeği arasında pozitif korelasyon olduğu görülmektedir. Diğer alt ölçekler arasında beklenen ilişki saptanamamıştır. Saptanan anlamlı ilişkiler, içgörü ile NSS arasında ortak nöral yapılar olduğu görüşünü destekleyen bulgular olarak değerlendirildi. Kendinden eminlik alt ölçeğinin yüksek puanları zayıf içgörüye işaret etmektedir, bu durumun nörolojik silik belirtilerde artış ile ilişkisi beklenen bir durum olarak değerlendirildi. BBİÖ bileşik puanın yüksek olması iyi içgörü varlığı ile ilişkilidir, bu durumda nörolojik silik belirtilerin görece daha az olması beklenen bir durumdur çünkü nöronal disfonksiyonun az olması ya da olmaması hem iyi içgörü hem de nörolojik silik belirtilerin yokluğu ya da düzeyindeki düşüklükle ilişkilendirilmektedir. Çalışmamızın kısıtlılıklarından bahsedecek olursak, şizofreni grubumuzun stabil kronik şizofreni hastalarından oluşmakla birlikte rezidü belirtilerin ve şiddetinin, hastalıkla geçen süresinin farklılığı içgörü ve NSS üzerinde olası etkileri nedeni ile sonucu etkileyebilecek durumlar olabilir. Bu faktörler açısından heterojen bir örneklemimizin olması bir kısıtlılık olarak değerlendirildi. Hem NSB hem de

içgörü süreğen özelliğin yanında durumsal özellik de gösterdiği için kesitsel bir çalışmadan daha çok bir izlem çalışması arada bir ilişki olup olmadığını daha güvenilir bir şekilde ortaya koyabilir. Biyolojik etkilerin yanında içgörüyü etkileyen çeşitli psikososyal etkenler olduğu bilinmektedir, çalışmamızda içgörü üzerindeki psikososyal faktörlerin etkisi değerlendirilmemiştir, bu faktörler açısından homojen gruplar oluşturulması içgörünün nörobiyolojik temellerini anlamak açısından daha güvenilir sonuçlar verebilir. Tek bir örneklem grubunda bu çalışmanın yapılması sonuçları yorumlamayı zorlaştırmaktadır, çalışmamızda kullandığımız hem içgörü hem de NSB ölçeklerimiz için bilinen bir kesme değerin olmaması içgörü ve NSS' yi 'var ya da yok', 'iyi ya da kötü' şeklinde değerlendirmemizi zorlaştırmaktadır, örneklem grubumuzda klinik içgörü puan ortalamasının 12.34 olduğu, yani örneklem grubumuzda içgörü noktasında yüksek puanlarda bir toplanma olduğu görülmektedir, içgörü açısından kötü diyebileceğimiz hasta sayısının az olması bulguları yorumlamayı zorlaştırmaktadır. Yapılacak çalışmalarda tek bir örneklem grubundansa, ölçeklerin bilinen bir kesme değeri olmasa da,içgörü açısından belli bir eşiğin altında ve üstünde olan hastalar arasında karşılaştırma yapmak daha objektif sonuçlar verebilir. Örneklem sayımızın az olduğu düşünülmektedir, daha büyük homojen gruplarda çalışmalar yapmak içgörü ve biyolojik temelleri hakkında aydınlatıcı veriler sağlayabilir. İçgörü ve NSB' yi değerlendirmek için farklı ölçeklerin çalışmalarda kullanılması bulguları karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır. Çalışma örnekleminde her ne kadar klinik olarak zeka geriliği olmayan katılımcılar seçilse de, zeka düzeyinin ölçülmemiş olması teste uyum sağlama

becerilerini etkileyebilir. Çalışmamızdaki çeşitli değişkenleri etkileyen nörobilişi değerlendiren ölçümlerin yapılmamış olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Çalışmamızda geçerlik güvenilirliği yapılmamış alt ölçeklerin kullanılmamış olmasının, literatürdeki bulgularla çelişen sonuçlara yol açmış olabileceği düşünülmektedir.

6. KAYNAKLAR

1) Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13 Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2015
2) Kaplan&Sadock Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar 11. Baskı Ankara; Güneş Tıp Kitabevleri 2016
3) Whiteford, H.A et. al, Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance Use Disorders, Findings From the Global Burden of Disease Study 2010, Lancet, 2013
4) Healy D., From Mania to Bipolar disorder John Wiley & Sons, Ltd. 2010 ISBN: 978-0-470-72198-8
5) Uher r. et. al Measuring Depression Comparison and Integration of Three Scales in de GENDEP Study Psychol med,2008.38 s.289-300
6) Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Turkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Uzerine Sistematik Bir Gozden Gecirme. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(1):40-52
7) Yusuf Kocal , Gonca Karakuş, Damla Sert Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2017;26(2):251-267
8) Liberman JA. Is Schizophrenia a Neurodegenerative Disorder? A Clinical and Neurobiological Perspective. Biol Psychiatry. 1999; 46:729-39
9) Stahl MS. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi (Çev. Ed. T Alkın). İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2015
10) Işık E, Coşkunol H, Evren C, Işık U. Şizofreni ve Alkol Madde Bağımlılığı. İstanbul, Sigma Publishing 2015
11) Honea RA, Meyer-Lindenberg A, Hobbs KB, Pezawas L, Mattay VS, Egan MF, et al. Is Gray Matter Volume an Intermediate Phenotype for Schizophrenia? A voxel-based morphometry study of patients with schizophrenia and their healthy siblings. Biol Psychiatry 2008 63:465–474.
12) McDonald C, Bullmore E, Sham P, Chitnis X, Suckling J, MacCabe J, et al. Regional Volume Deviations of Brain Structure in Schizophrenia and

Psychotic Bipolar Disorder: Computational Morphometry Study. Br J Psychiatry 2005 186:369–377.

13) Emre Bora, Alex Fornito, Joaquim Radua, Mark Walterfang, Marc Seal, Stephen J. Wood, Murat Yücel, Dennis Velakoulis, Christos Pantelis Neuroanatomical abnormalities in schizophrenia: A multimodal voxelwise meta-analysis and meta-regression analysis Schizophrenia Research 127, 2011; 46–57
14) Selçuk Aslan, Ali Ercan Altınöz İçgörü Kavramı ve Şizofreni, RCHP YiL:4 SAYi:1-2 2010 syf 24-32
15) Reddy, M. Insight and psychosis. Indian Journal Of Psychological Medicine, 2015 37(3), 257.
16) Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of Illness in Schizophrenia Review Schizophr Bull. 1991;17(1):113-32.
17) David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O. Assessment of Insight in Psychosis. Br J Psychiatry 1992 161: 599-602
18) Nurhan Fıstıkçı, Ali Keyvan, Ender Cesur, Psikiyatrik Hastalıklarda İçgörü Kavramı: Bir Gözden Geçirme Yeni Symposium Haziran 2016; Cilt: 54 Sayı: 2
19) Mujeeb U. Shad, Matcheri S. Keshavan, Carol A. Tammınga, C. Munro Cullum, Anthony David Neurobiological Underpinnings of Insight Deficits in Schizophrenia International Review of Psychiatry, August 2007; 19(4): 439–448
20) Debowska G, Grzywa A, Kucharska-Pietura K Insight in Paranoid Schizophrenia-Its Relationship to Psychopathology and Premorbid Adjustment. Comp Psychiatry 1998 39: 255-260
21) Schwart RC, Peterson S The Relationship Between Insight and Suicidality Among Patients With Schizophrenia. J Nerv Ment Dis, 1999 187: 376-378
22) Baier M, De Shay E, Owens K et. al. The Relationship Between Insight and Clinic Factors for Persons With Schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs, 2000 14: 259-265

23) Dr. Demet Dankı, Dr. Nesrin Dilbaz, Dr. İhsan Tuncer Okay, Dr. Şükran Telci Şizofreni Tanısı Olan Hastalarda İçgörünün Aile Öyküsü, Pozitif ve Negatif Belirtilerle İlişkisi Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(2)
24) Pelin Kurtgöz Zorlu, Ömer Bilgiç, Tuba Şahin, Nabi Zorlu Şizofrenide Klinik İçgörünün Semptomlar ve Bilişsel İşlevler ile İlişkisi Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2017;30:79-85
25) Manuel J. Cuesta, Vıctor Jeralta, Amalia Zakzuela Psychopathological Dımensions and Lack Of Insıght ın Schizophrenia Psychological Reports, 1998, 83,895-898.
26) Demakis, G. J. A Meta-analytic Review of The Sensitivity of The Wisconsin Card Sorting Test to Frontal and Lateralized Frontal Brain Damage. Neuropsychology 2003 17, 255–264
27) Chen, E. Y., Kwok, C. L., Chen, R. Y., & Kwong, P. P. Insight Changes in Acute Psychotic Episodes: A Prospective Study of Hong Kong Chinese Patients. Journal of Nervous and Mental Disease 2001 189(1), 24–30.
28) Keshavan, M. S., Rabinowitz, J., DeSmedt, G., Harvey, P. D., & Schooler, N. Correlates of Insight in First Episode Psychosis. Schizophrenia Research 2004 70(2–3), 187–194.
29) Yanling Zhou, Robert Rosenheck, Somaia Mohamed, Jie Zhang, Qing Chang, Yufen Ou, Bin Sun, Yuping Ning, Hongbo He İnsight in Inpatients With Schizophrenia: Relationship to Symptoms and Neuropsychological Functioning Schizophrenia Research 161 2015 376–38
30) Stuss, D.T., and Benson, D.F. Neuropsychological Studies of The Frontal Lobes. Psychological Bulletin 1984, 95:3-28
31) McGlynn, S.M., and Schacter, D.L. Unawareness of Deficits in Neuropsychological Syndromes.]ournal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 1989 11:143-205
32) McEvoy, J. P., Hartman, M., Gottlieb, D., Godwin, S., Apperson, LJ., & Wilson, W. Common Sense, Insight, and Neuropsychological Test Performance in Schizophrenic Patients. Schizophrenia Bulletin,1996 22, 635–641

33) Nair, A., Palmer, E.C., Aleman, A., David, A.S. Relationship Between Cognition, Clinical and Cognitive Insight in Psychotic Disorders: a Review and Meta-analysis. Schizophr. Res. 152 (1) 2014, 191–200.
34) Shad, M. U., Muddasani, S., Sahni, S. D., & Keshavan, M. S. Insight and Prefrontal Cortex in First-episode Schizophrenia. NeuroImage 22(3) 2004, 1315–1320
35) Emre Bora Relationship Between Insight and Theory of Mind in Schizophrenia: A meta-analysis Schizophrenia Research 190 2017 11–17
36) Bora, E., Sehitoglu, G., Aslier, M., Atabey, I., Veznedaroglu, B. Theory of Mind and Unawareness of Illness in Schizophrenia. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 257, 2007 104–111
37) Konstantakopoulos, G., Ploumpidis, D., Oulis, P., Patrikelis, P., Nikitopoulou, S., Papadimitriou, G.N., David, A.S.The Relationship Between Insight and Theory of Mind in Schizophrenia. Schizophr. Res. 152, 2014 217–222
38) Stewart, S.L.K., Corcoran, R., Lewis, S.W., Drake, R.D. The Relationship Between Theory of Mind and Insight in Psychosis: Evidence for Specificity. Psychosis 2 (1), 2010 34–40
39) Bora E Şizofreni spektrum bozukluklarında zihin kuramı. Turk Psikiyatri Dergisi 2009; 20:269-81.
40) Premack D., Woodruff G. Does the Chimpanzee Have a Theory of Mind? Behav and Brain Sci, 1978;1: 515-526.
41) Langdon R, Coltheart M. Mentalising, Schizotypy and Schizophrenia. Cognition 1999;71: 43-71
42) Elif Yıldırım, Köksal Alptekin Şizofrenide Öne Çıkan Yeni Bir Boyut: Sosyal Biliş Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012;25:368-375
43) Simone G. Shamay-Tsoory, Judith Aharon-Peretz Dissociable Prefrontal Networks for Cognitive and Affective Theory of Mind: A Lesion Study Neuropsychologia 45 2007; 3054–3067

44) Frith CD, Corcoran R Exploring Theory of Mind in People With Schizophrenia. Psychol Med, 1996; 26: 521-530
45) Mırjam Sprong, Patrıcıa Schothorst, Ellen Vos, Joop Hox, Herman Van Engeland Theory of Mind in Schizophrenia Meta-analysis Brıtısh Journal Of Psychiatry 2007; 191, 5 -13
46) Sprong M, Schothorst P, Vos E ve ark. Theory of Mind in Schizophrenia: meta-analysis. Br J Psychiatry, 2007; 191: 5-13.
47) Mazza, M., De Risio, A., Surian, L.et al. Selective Impairments of Theory of Mind in People With Schizophrenia. Schizophrenia Research, 47,2001; 299-308
48) Yves Sarfati, Marie-Christine Hardy-Bayle, Eric Brunet, Daniel Widlöcher Investigating Theory of Mind in Schizophrenia: Influence of Verbalization in Disorganized and Non-disorganized Patients Schizophrenia Research, 37, 1999; 183-190.
49) Jaime S. Craig, Christopher Hatton, Fiona B. Craig, Richard P. Bentall c Persecutory Beliefs, Attributions and Theory of Mind: Comparison of Patients with Paranoid Delusions, Asperger's Syndrome and Healthy Controls. Schizophrenia Research 69, 2004; 29 – 33
50) Kelemen,O, Erdelyi, R., Pataki, I., Benedek, G., Janka, Z., Kéri, S. Theory of Mind and Motion Perception in Schizophrenia. Neuropsychology, 19, 2005; 494-500
51) Brüne, M. Theory of Mind in Schizophrenia a Review of The Literatüre Schizophrenia Bulletin, 31,2005; 21-42
52) Emre Bora, Christos Pantelis Theory of Mind Impairments in First-episode Psychosis, Individuals at Ultra-high Risk for Psychosis and In First-degree Relatives of Schizophrenia: Systematic Review and Meta-analysis Review Schizophrenia Research 144, 2013; 31–36
53) Rukiye Ay, Ömer Böke, Ozan Pazvantoğlu, Ahmet Rıfat Şahin, Gökhan Sarısoy, Ali Cezmi Arık, Hatice Güz Şizofreni Hastaları ve Birinci Derece Yakınlarında Zihin Kuramı ve Duygu Tanımanın Değerlendirilmesi Arch Neuropsychiatry 2016; 53: 338-343

54) Janssen I, Krabbendam L, Jolles J ve ark. Alterations in Theory of Mind Inpatients With Schizophrenia and Nonpsychotic Relatives. Acta Psychiatr Scand, 108, 2003; 110-117.
55) Marjoram, D., Job, D., Whalley, H.C., Gountouna, V.-E., McIntosh, A. M., Simonotto, E., Cunningham Owens, D.G., Johnstone, E.C., Lawrie, S.M. A Visual Joke fMRI Investigation Into Theory of Mind and Enhanced risk of Schizophrenia. NeuroImage 31, 2006; 185
56) Wiffen, B.D., O'Connor, J.A., Gayer-Anderson, C., Reis Marques, T., McQueen, G., Happe, F., Murray, R.M., David, A.S. "I am sane but he is mad": Insight and illness attributions to self and others in psychosis. Psychiatry Res. 207, 2013 173–178.
57) Drake, R.J., & Lewis, S.W. Insight and neurocognition in schizophrenia. Schizophrenia Research, 62, 2003; 165–173.
58) Emre Bora, Relationship Between Insight and Theory of Mind in Schizophrenia: A meta-analysis, Scizophrenia Research, December 190 2017; 11-17
59) Stefano Romeo, Alessio Chiandetti, Alberto Siracusano, Alfonso Troisi An Exploratory Study of the Relationship Between Neurological Soft Signs and Theory of Mind Deficits in Schizophrenia Psychiatry Research 218, 2014; 7–11
60) Bombin I, Arango C, Buchanan RW. Significance and Meaning of Neurological Signs in Schizophrenia: Two Decades Later. Schizophr Bull 2005; 31:962–77
61) Shibre T, Kebede D, Alem A, Kebreab S, Melaku Z, Deyassa N, et al. Neurological Soft Signs (NSS) in 200 Treatment-naive Cases With Schizophrenia: a Community-based Study in a Rural Setting. Nord J Psychiatry 2002; 56:425–31
62) Heinrichs, D.W., Buchanan, R.W. The Significance and Meaning of Neurological Signs in Schizophrenia. American Journal of Psychiatry 145, 1988; 11–18

63) Chan, R.C.K., Chen, E.Y.H. Neurological Abnormalities in Chinese Schizophrenic Patients. Behavioural Neurology 18, 2007; 171–181.
64) Boks MP, Liddle PF, Russo S, Knegtering R, Van den Bosch RJ. Influence of Antipsychotic Agents on Neurological Soft Signs and Dyskinesia in First Episode Psychosis. Psychiatry Res 2003; 15:167-170
65) Bersani G, Gherardelli S, Clemente R, Di Giannantonio M, Grilli A, Conti CM, Exton MS, Conti P, Doyle R, Pancheri P. Neurologic Soft Signs in Schizophrenic Patients Treated With Conventional and Atypical Antipsychotics. J Clin Psychopharmacol 2005; 25:372-375
66) Arango, C., Kirkpatrick, B., Buchanan, R.W. Neurological Signs and The Heterogeneity of Schizophrenia. American Journal of Psychiatry 157, 2000; 560–565
67) Raymond C.K. Chan a, Irving I. Gottesman Neurological Soft Signs As Candidate Endophenotypes for Schizophrenia: A Shooting Star or a Northern Star? Neuroscience and Biobehavioral Reviews 32, 2008; 957–971
68) Bombin, I., Arango, C., Buchanan, R.W. Assessment Tools for Soft Signs. Psychiatric Annals 33 (3), 2003; 170–176
69) Meehl, P.E. Toward an Integrated Theory of Schizotaxia, Schizotypy, and Schizophrenia. Journal of Personality Disorders 4, 1990
70) Kishen Neelam, Deepak Garg and Max Marshall A systematic review and meta-analysis of neurological soft signs in relatives of people with schizophrenia BMC Psychiatry 2011, 11:139
71) Keshavan, M.S., Sanders, R.D., Sweeney, J.A., et al. Diagnosis Specificity and Neuroanatomical Validity of Neurological Abnormalities in First-episode Psychoses. American Journal of Psychiatry 160 (7), 2003; 1298–1304
72) Ali H. Yazıcı, Basaran Demir, Kazım M. Yazıcı, Ahmet Göğüş Neurological Soft Signs in Schizophrenic Patients and Their Nonpsychotic Siblings. Schizophrenia Research 58, 2002; 241–246

73) Erland W. Schubert, Thomas F. McNeil Prospective Study of Neurological Abnormalities in Offspring of Women With Psychosis: Birth to Adulthood Am J Psychiatry 2004; 161:1030–1037

74) Ismail B., Cantor-Graae E., McNeil T.F. Neurological Abnormalities in Schizophrenic Patients and Their Siblings. Am J Psychiatry 1998; 155:84–89

75) Yingying Feng, Zongqin Wang, Guorong Li, Hong Qian, Zuohui Gao, Xiaoli Wang, Mingcao Li, Xiaohua Hu, Yi Li Neurological Soft Signs and Neurocognitive Defcits in Remitted Patients With Schizophrenia, Their First-degree Unafected Relatives, and Healthy Controls European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 2019

76) Bachmann S., Schröder J. Neurological Soft Signs in Schizophrenia: An Update on the State- versus Trait-Perspective Front Psychiatry 2018 Jan 8;8:272.

77) Chen, E.Y., Hui, C.L., Chan, R.C., Dunn, E.L., Miao, M.Y., Yeung, W.S., et al. A 3- Year Prospective Study of Neurological Soft Signs in First-episode Schizophrenia. Schizophrenia Research 75, 2005; 45 – 54

78) Bachmann, S., Bottmer, C., Schroder, J., 2005. Neurological Soft Signs in First-episode Schizophrenia: a Follow-up Study Am J Psychiatry 2005; 162:2337–2343

79) Dazzan, P., Morgan, K.D., Orr, K.G., Huchinson, G., Chitnis, X., Suckling, J., Fearon, P., Salvo, J., McGuire, P.K., Mallett, R.M., Jones, P.B., Leff, J., Murray, R.M. The structural brain correlates of neurological soft signs in AESOP first-episode psychoses study. Brain 127, 2004; 143–153.

80) Dazzan, P., Morgan, K.D., Chitnis, X., Suckling, J., Morgan, C., Fearon, P., McGuire, P.K., Jones, P.B., Leff, J., Murray, R.M. The structural brain correlates of neurological soft signs in healthy individuals. Cerebral Cortex 16, 2006; 1225–1231

81) Aaron T. Beck, Edward Baruch, Jordan M. Balter, Robert A. Steer, Debbie M. Warman A New Instrument For Measuring Insight: The Beck Cognitive Insight Scale. Schizophrenia Research 68, 2004; 319 – 329
82) Selçuk Aslan, Hakan Türkçapar, Esra Güney, Nurdan Eren, Yasemin Akkoca, Mustafa Uğurlu, Görkem Karakaş Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun Şizofrenik Hastalar İçin Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması Klinik Psikiyatri Dergisi 2005;8: 186 – 96
83) David A.S. Insight and Psychosis. Br J Psychiatry 1990; 156:798-808
84) Arslan S., Günay Kılıç B., Karakılıç H. ve ark. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği: güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türkiye'de Psikiyatri 2001, 3:17-24.
85) Andreasen N. C. Scale for the Assesment of Positive Symptoms, Department of Psychiatry College of Medicine the University of lowa, 1984
86) Dr. Şahap Erkoç, Doç. Dr. Oğuz Arkonaç, Dr. Cem Ataklı, Dr. Erdoğan Özmen Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Güvenilirliği ve Geçerliliği Düşünen Adam 4 (2) 1991 :20-24
87) Dr. Şahap Erkoç, Doç. Dr. Oğuz Arkonaç, Dr. Cem Ataklı, Dr. Erdoğan Özmen Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Güvenilirliği ve Geçerliliği Düşünen Adam 4 (2) 1991 :14-15
88) Buchanan R.W, Heinrichs D.W. The Neurological Evaluation Scale (NES): a Structured Instrument for the Assessment of Neurological Signs in Schizophrenia. Psychiatry Res 1989; 27: 335-350.
89) Banu Değirmencioğlu, Köksal Alptekin, Berna Binnur Akdede, Nur Erdil, Ahmet Aktener, Atıl Mantar, Halis Ulaş Şizofreni Hastalarında Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği' nin (DEZİKÖ) Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Türk Psikiyatri Dergisi 2017;28
90) Hatice Güz Şizofreni ve Cinsiyet: Başlangıç Yaşı ve Sosyodemografik Özellikler Klinik Psikiyatri 2000; 3: 27-33

91) Lara Guedes de Pinho, Anabela Pereira, Cláudia Chaves Influence of Sociodemographic and Clinical Characteristics on the Quality of Life of Patients With Schizophrenia Rev Esc Enferm USP · 2017;51: e03244
92) Hasan Belli, Adnan Özçetin, Ümit Ertem, Emrehan Alpay, Talat Bahçebaşı, Ü. Kemal Kıran, A. Fuat Baykız, Yılmaz Bayık Şizofreni Hastalarında Bazı Sosyodemografik Özellikler ve Tedavi ile İlişkili Etkenler Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:102-112
93) Esen Uz Gül, Devrim Öztürk Can, Emine Hande Kılıçaslan Şahin, Şehriban Şahin, Emine Şimşek Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Değerlendirilmesi KÜ Tıp Fak Derg. 2014; 16(2): 15-19
94) Kemp R.A, Lambert T. J. R. Insight in Schizophrenia and Its Relationship to Psychopathology. Schizophrenia Research 1995; 18:21-28
95) Nesrin Dilbaz, Elvan Özalp, Göksel Bayam Nörolojik Silik İşaretler Açısından Erken Başlangıçlı Şizofreniyle Yetişkin Tip Şizofreninin Karşılaştırılması Klinik Psikiyatri 2000; 3:176-184
96) Mahesh Hembram, Jayati Simlai, Suprakash Chaudhury, Parthasarathi Biswas First Rank Symptoms and Neurological Soft Signs in Schizophrenia Hindawi Publishing Corporation Psychiatry Journal Volume 2014, Article ID 931014, 11 pages
97) Radovan Prikryl, Eva Ceskova, Tomas Kasparek, Hana Kucerova Neurological Soft Signs and Their Relationship to 1-year Outcome in First-episode Schizophrenia European Psychiatry 22, 2007; 499-504
98) Radovan Prikryl, Eva Ceskova, Tomas Kasparek, Hana Kucerova Neurological Soft Signs, Clinical Symptoms and Treatment Reactivity in Patients Suffering From First Episode Schizophrenia. Journal of Psychiatric Research 40, 2006; 141–146
99) Wahlheim C, Hubmann W, Mohr F, Cohen R, Schlenker R, Werther P, et al. Neurological Soft Signs in Schizophrenia: Assessment and Correlates Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1996, 246: 240-248

100) Diego J. Martino, Demián Bucay, Judith T. Butman, Ricardo F. Allegri Neuropsychological Frontal Impairments and Negative Symptoms in Schizophrenia. Psychiatry Research 152, 2007; 121–128

101) Mizrahi R, Korostil M, Starkstein SE ve ark. The Effect of Antipsychotic Treatment on Theory of Mind. Psychological Medicine 37, 2007; 595–601

102) Rowena Ng, Scott Fish, Eric Granholm Insight and Theory of Mind in Schizophrenia Psychiatry Research 225, 2015; 169–174

103) Erdil N., The Relation Between Theory of Mind, Empathy and Insight Abilities and Clinical Correlates in Schizophrenia. Dokuz Eylul University 2008

104) Robyn Langdon, Philip Ward Taking the Perspective of The Other Contributes to Awareness of Illness in Schizophrenia. Schizophr. Bull. 35, 2009; 1003–1011

105) Pijnenborg, G.H., Spikman, J.M., Jeronimus, B.F., Aleman, A., Insight in Schizophrenia: Associations With Empathy. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 263, 2013; 299–307

106) Zhang, Q., Li, X., Parker, G.J., Hong, X.H., Wang, Y., Lui, S.S., Neumann, D.L., Cheung, E.F., Shum, D.H., Chan, R.C. Theory of Mind Correlates With Clinical Insight but not Cognitive Insight in Patients With Schizophrenia. Psychiatry Res. 237, 2016; 188–195.

107) Stefano Romeo, Alessio Chiandetti, Alberto Siracusano, Alfonso Troisi An Exploratory Study of the Relationship Between Neurological Soft Signs and Theory of Mind Deficits in Schizophrenia Psychiatry Research 218, 2014; 7–11

108) Ahmad Abu-Akel, Simone Shamay-Tsoory Neuroanatomical and Neurochemical Bases of Theory of Mind Neuropsychologia 49, 2011; 2971–2984

109) Dr. Aytül Gürsu Hariri, Dr.Gülcan Uzuner Özer, Dr. M. Emin Ceylan, Dr. Nihal Ceylan, Dr. Beril Yazan, Dr. A. Osman Önal , Şizofreni

Etyolojisinde Nörogelişimsel Hipotez, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni / Cilt 9: Sayı 2, 1999

110) Rose Mary Xavier Allison Vorderstrasse , Neurobiological Basis of Insight in Schizophrenia A Systematic Review Biology Review Series Nursing Research May/June 2016 Volume 65 No. 3

111) Mujeeb U. Shad , Carol A. Tamminga, Munro Cullum, Gretchen L. Haas, Matcheri S. Keshavan Insight and frontal cortical function in schizophrenia: A review Schizophrenia Research 86, 2006; 54–70

112) McEvoy, J.P., Hartman, M., Gottlieb, D., Godwin, S., Apperson, L.J., Wilson, W., Common sense, insight, and neuropsychological test performance in schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin 22, 1996; 635–641

113) Laroi, F., Fannemel, M., Ronneberg, U., Flekkoy, K., Opjordsmoen, S., Dullerud, R., Haakonsen, M. Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. Psychiatry Research. Neuroimaging 100, 2000; 49–58

114) Flashman, L. A., McAllister, T. W., Johnson, S. C., Rick, J. H., Green, R. L., & Saykin, A. J. Specific frontal lobe subregions correlated with unawareness of illness in schizophrenia: A preliminary study. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 13(2), 2001; 255–257.

115) Vostrikov, V. M., Kolomeets, N. S., & Uranova, N. A. Reduced oligodendroglial density in the inferior parietal lobule and lack of insight in schizophrenia. European Journal of Psychiatry, 27, 2013; 111–121

116) Sapara A, Cooke M, Fannon D, Francis A, Buchanan RW, Anilkumar AP, et al. Prefrontal cortex and insight in schizophrenia: a volumetric MRI study. Schizophr Res 89, 2007; 22-34

117) Cooke MA, Fannon D, Kuipers E, Peters E, Williams SC, Kumari V. Neurological basis of poor insight in psychosis: a voxel-based MRI study. Schizophr Res 103, 2008; 40-51

118) Mark Heuser a, Philipp A. Thomann , Marco Essig, Silke Bachmann, Johannes Schröder Neurological signs and morphological cerebral changes in schizophrenia: An analysis of NSS subscales in patients with first episode psychosis Psychiatry Research: Neuroimaging 192, 2011; 69–76

119) Chan, R.C.K., Rao, H., Chen, E.E.H., Ye, B., Zhang, C. The neural basis of motor sequencing: an fMRI study of healthy subjects. Neuroscience Letters 398, 2006; 189–194.

120) Rao, H., Di, X., Chan, R.C.K., Ding, Y., Ye, B., Gao, D. A regulation role of the prefrontal cortex in the fist-edge-palm task: evidence from functional connectivity analysis. Neuroimage 41, 2008; 1345–1351

121) Venkatasubramanian, G., Jayakumar, P.N., Gangadhar, B.N., Keshavan, M.S. Neuroanatomical correlates of neurological soft signs in antipsychotic-naive schizophrenia. Psychiatry Research Neuroimaging 164, 2008; 215–222.

122) Mounir Ouzir, Jean Michel Azorin, Marc Adida, Driss Boussaoud and Omar Battas, Insight in schizophrenia: From conceptualization to neuroscience Psychiatry and Clinical Neuroscience 66, 2012; 167–179

7. ÖZET

Bu çalışmaya DSM-5 kriterlerine göre klinik olarak değerlendirilen, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran, en az 1 aydır stabil olan, kafa travması öyküsü, nörolojik hastalığı, mental retardasyonu, son 6 ay içerisinde EKT öyküsü olmayan, alkol ve madde kullanımı olmayan, ek eksen 1 tanısı olmayan şizofreni hastaları alınmıştır. Hastalarda öncelikli olarak NSB ile içgörü arasındaki ilişkinin araştırılması planlandı. Buna ek olarak içgörü, zihin kuramı, semptomatoloji ve NSB değişkenleri arasındaki ilişki de araştırıldı. Çalışmaya 53 hasta alındı. Hastalara NES, SAPS, SANS, DEZİKÖ, David İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği ile Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analiz yöntemleri kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Çalışmanın sonucunda NSB ile klinik içgörü arasında, NES karmaşık motor hareketler alt ölçeği ile pozitif, ilkel refleksler alt ölçeği ile negatif korelasyon; BBİÖ bileşik puanı ile NES sinkinezi alt maddesi arasında negatif, BBİÖ kendinden eminlik alt ölçeği ile NES ilkel refleksler alt ölçeği ve sinkinezi alt maddesi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu bulguların hipotezimizle örtüşen tarafları olmakla birlikte, çelişen tarafları olduğu da görülmektedir.

İçgörü ve biyolojik temellerine yönelik, psikososyal faktörler, nörokognitif özellikler ve psikopatoloji açısından homojen gruplarda ve içgörünün dinamik doğası göz önüne alınarak izlemsel çalışmaların planlanmasının konunun aydınlatılmasında önem taşıdığı düşünülmektedir.

8. SUMMARY

This study included schizophrenia patients who were admitted to the Psychiatry outpatient clinic of Gazi University Faculty of Medicine Hospital, who have been stable for at least 1 month, without a history of head trauma, neurological disease, mental retardation, ECT history, alcohol, substance use and additional axis 1. The relationship between NSS and insight was planned primarily in patients. In addition, the relationship between insight, theory of mind, symptomatology and NSS variables was investigated. 53 patients were included in the study. NES, SAPS, SANS, DEZİKÖ, Three Dimensions of David Insight Scale and Beck Cognitive Insight Scale were applied to the patients. Pearson correlation analysis methods were used to determine the relationship between the variables. Significance was evaluated at the level of $p < 0.05$.

As a result of the study, NSS and clinical insight correlated positively with NES complex motor movements subscale and negative correlations with primitive reflexes subscale; A positive correlation was found between the BCIS composite index and the NES synkinesis sub-item, and between the BCIS self-certainty subscale and the NES primitive reflexes subscale and synkinesis sub-item. Although these findings have sides that overlap our hypothesis, it is also seen that there are contradictory sides.

In understanding the insight and biological bases, it is thought that it is important to work in homogenous groups in terms of psychosocial factors, neurocognitive features and psychopathology, and planning the follow-up studies considering the dynamic nature of insight.

9. EKLER

9.1.Sosyodemografik veri formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı- Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Medeni durum:

Eğitim düzeyi:

Çalışma durumu:

Kimlerle yaşıyor:

Tıbbi hastalıklar:

Kullanmakta olduğu psikotrop ilaçlar:

Hastalık başlangıç yaşı:

Hastalıklar geçen süre:

Hastane yatış öyküsü:

Ailede şizofreni öyküsü:

9.2.Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

Hasta adı:
Yaşı:
Doldurma tarihi:

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

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

9.3. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ:

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

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

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

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

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

2a. Hastaya sorunuz: "Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" ya da

"Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?" (mental, fiziksel, belirlenmemiş)

- o Sıklıkla =2 (Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen =1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- o Hiçbir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

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

2b. hastaya "bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" şeklinde sorunuz.

(2a.nın maddeleri geçerlidir). Sıklıkla= 2 Bazen =1 Hiçbir zaman =0

2c (2b. eğer1 ya da 2 ise) "Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?" diye sorunuz.

- o Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar =2

- o Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlar =1
- o Delüzyonel açıklamalar =0

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

"…… (özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz"

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

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

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

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

Ek soru: .....durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)
0= "Yalan söylüyorlar."

1= "Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissederim."

2= "Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem."

3= "Bende bir hata olduğunu düşünürüm."

4= "İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum."

9.4. Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği

POZİTİF SEMPTOMLARI DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ
0=Yok, 1=Şüpheli, 2=Hafif, 3=Orta,4=Belirgin,5=Şiddetli

VARSANILAR						
1- İşitme Varsanıları	0	1	2	3	4	5
2- Yorumlayıcı Sesler	0	1	2	3	4	5
3- Aralarında Konuşan Sesler	0	1	2	3	4	5
4- Somatik veya Taktil Varsanıları	0	1	2	3	4	5
5- Koku Varsanıları	0	1	2	3	4	5
6- Görme Varsanıları	0	1	2	3	4	5
7- Global Olarak Varsanılar	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam					(	
HEZEYANLAR						
8- Kötülük Görme Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
9- Kıskançlık Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
10- Suçluluk ve Günahkarlık Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
11- Büyüklük Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
12- Dinsel Hezeyanlar	0	1	2	3	4	5
13- Somatik Hezeyanlar	0	1	2	3	4	5
14- Alınma Hezeyanlar	0	1	2	3	4	5
15- Kontrol Edilme Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
16- Düşünce Okuma Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
17- Düşünce Yayınlanması	0	1	2	3	4	5
18- Düşünce Sokulması	0	1	2	3	4	5
19- Düşünce Çekilmesi	0	1	2	3	4	5
20- Global Olarak Hezeyanlar	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam					(	

GARİP DAVRANIŞLAR						
21-Giyim ve Görünüş	0	1	2	3	4	5
22-Sosyal ve Cinsel Davranış	0	1	2	3	4	5
23- Saldırganlık ve Taşkın Davranış	0	1	2	3	4	5
24- Tekrarlayıcı veya Stereotipik Davranış	0	1	2	3	4	5
25- Global Olarak Garip Davranış	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam					(	
POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE						
26- Düşüncenin Raydan Çıkması	0	1	2	3	4	5
27- Teğetleme	0	1	2	3	4	5
28- Dikişsizlik	0	1	2	3	4	5
29- Mantıkdışılık	0	1	2	3	4	5
30- Çevresel Konuşma	0	1	2	3	4	5
31- Basınçlı Konuşma	0	1	2	3	4	5
32- Çelinebilir Konuşma	0	1	2	3	4	5
33- Ses Çağrışım	0	1	2	3	4	5
34- Global Olarak Formal Düşünce Bozukluğu	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam					(	

9.5. Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği

NEGATİF SEMPTOMLARI DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ
0=Yok, 1=Şüpheli, 2=Hafif, 3=Orta,4=Belirgin,5=Şiddetli

AFFEKTİF DÜZLEŞME VEYA KÖRLEŞME

1-Değişmeyen Yüz ifadesi	0	1	2	3	4	5
2- Azalmış Kendiliğinden Hareketler	0	1	2	3	4	5
3- Anlamlı Jestlerin Yoğunluğu	0	1	2	3	4	5
5- Affektf Yanıtsızlık	0	1	2	3	4	5
7- Sesteki Esnekliğin Yokluğu	0	1	2	3	4	5
8- Global Olarak Affektif Düzleşme	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam (

ALOGİA

9- Konuşma Yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
10- Konuşma İçeriğinin Yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
11- Blokaj	0	1	2	3	4	5
12- Yanıt Verme Süresinin Uzaması	0	1	2	3	4	5
13- Global Olarak Alogıa	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam (

İSTEKSİZLİK-APATİ

14- Üst baş Özeni ve Temizliği	0	1	2	3	4	5
15- İş ve Okulda Sebatsızlık	0	1	2	3	4	5
16- Fizik Enerjisinin Azalması	0	1	2	3	4	5
17- Global Olarak Apati	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam (

ANHEDONİ-ASOSYALLIK

18- Yaratıcı İlgi ve Etkinlik	0	1	2	3	4	5
19- Cinsel Etkinlik	0	1	2	3	4	5
20- Yakınlık ve Dostluk Kurma Yeteneği	0	1	2	3	4	5
21- Arkadaş ve Akranlar ile İlişkiler	0	1	2	3	4	5
22- Global Olarak Anhedoni	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam (

DİKKAT

23- Sosyal Dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
24- Testler Esnasındaki Dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
25- Global Olarak Dikkat	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam (

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU (

9.6. Silik Nörolojik Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

Silik Nörolojik Bulguları Değerlendirme Ölçeği

1. Burun Topuk yürüyüşü (tandem walk)

Yönerge: Hasta düz bir çizgide topuğunu ayak ucuna değdirerek 12 adım atar.

Değerlendirme:
0. İlk adım tamamlandıktan hiç yanlış adım yoktur.
1. İlk tam adım tamamlandıktan sonra bir veya iki yanlış adım.
2. 3 ya da daha fazla yanlış adım, sendeleme ya da düşme.

2. Romberg testi

Yönerge: Hasta elleri ve kolları yere paralel, parmakları gerili, ayakları bitişik, gözleri kapalı ayakta durur. Hasta bu pozisyonda 15 saniye kadar kalmalıdır.

Değerlendirme:
0. Nispeten stabil, minimal sallama
1. Belirgin sallanma
2. Hasta dengesini sağlamak için adım atar ya da düşer.

3. Kol ve Ellerdeki hareketler (adventitious overflow) (sol ve sağ)

Yönerge: Romberg testindeki gibi.

Değerlendirme:
0. Parmaklar eller veya kollarda hareket yok.
1. Sadece parmaklarda düzensiz hareketler
2. Elleri veya kolları da kapsayan düzensiz hareket

4. Tremor (sol ve sağ)

Yönerge: Romberg testindeki gibi.

Değerlendirme: 0. Tremor yok 1. Ilımlı ince tremor 2. Belirgin veya kaba tremor

5. Stereoagnosis (sol ve sağ)

Yönerge: Hastadan gözleri kapalıyken eline konan bir nesneyi (para, anahtar ve kalem) tanıması istenir. Hastaya eline konan cismi hissetmesi söylenir ve bunun için gerekli zaman bırakılır. Hasta nesnenin ismini hatırlayamazsa hastadan bu eşyanın ne için kullanıldığını söylemesi istenir. Hastadan önceden değerlendirilmiş olan baskın elini, eğer belirgin bir el baskınlığı yoksa yazı yazdığı elini kullanması istenir. Yönerge ikinci denemenin başında tekrarlanır.

Değerlendirme: 0. Hata yok 1. tek hata 2. tek hatadan daha fazla

6. Grafestezi (sol ve sağ)

Yönerge: Hastadan gözleri kapalıyken işaret parmağının ucuna yazılan sayıyı ayırt etmesi istenir. Ellerinin sırası stereoagnosisteki gibi saptanmalıdır.

Değerlendirme: 0. Hata yok 1. tek hata 2. tek hatadan daha fazla

7. İşitsel görsel bütünleştirme

Yönerge: Hastadan vuru seslerinden birisini 5-7 inçlik indeks kartın üstündeki üç farklı noktalama işaretlerinden birisiyle karşılaştırması istenir. Hastanın yönergeyi anladığından emin olmak için önce üç kez denenir.

Değerlendirme: 0. Hata yok 1. tek hata 2. 2 veya daha fazla hata

8. İşaret parmağı-yüzük parmağı testi (sol ve sağ)

Yönerge: Hastadan masanın üstündeki elini sırasıyla değiştirmesi istenir. İşaret parmağı durumunda başnparmak ya distal falanksların ya da orta falanksların üzerindedir. Hasta, eli masadayken yüzük parmağı durumuna geçmelidir. Bu durumda başparmak ve işaret parmağının uçları birbirine değmekte, diğer üç parmak düz olarak masada durmaktadır. Hasta, elin her pozisyon değişiminde kolunu sabit tutmalıdır. Eğer hasta tam olarak hareketi yapamıyorsa hareket durdurulmalı ve yönerge tekrarlanmalıdır. Hasta her el pozisyonunu 15 kez tekrar etmelidir.

Değerlendirme:

0. İlk tekrardan sonra belirgin bir hareket bozulması yok. Hatalar yüzük pozisyonunda parmakların biraz havada kalmasıyla sınırlıdır ve pozisyon değişimlerinde 2'den fazla tereddüt yoktur ve bir kereden daha fazla işaret parmağıyla yüzük parmağını karıştırma yoktur.
1. İlk tekrardan sonra belirgin bir bozulma veya harekette tam olarak bir durma yoktur, parmak değiştirmede ikiden fazla tereddüt, hareketi düzgün olarak başlatıp sürdürmede zorluk, 3-4 kez parmak karıştırma veya tüm harekette 3 kez ancak 4 kezden fazla olmayan karıştırma vardır.
2. Harekette belirgin bir bozukluk veya tam durma veya 4'den fazla parmak karıştırma vardır.

9. İşaret parmağı -tenar- el ayası testi (sol ve sağ)

Yönerge: Hastaya düzgün ve sürekli ritmik bir şekilde masaya işaret parmağının kenarıyla ve elinin ayasıyla dokunması söylenir. Hastanın her el pozisyonunun değişiminde masanın yüzeyiyle teması kesilmelidir. Ancak kol tam fleksiyon haline gelmemelidir. Hasta bu pozisyon değişimini 15 kez tekrar etmelidir.

Değerlendirme:

0. İlk tekrardan sonra harekette büyük bir bozulma yoktur. Hatalar bir pozisyondan diğerine geçişte iki kere tereddüt etmeden daha fazla değildir ve el pozisyonunda 1'den fazla yanlış yoktur.
1. İlk tekrardan sonra harekette bozukluk yoktur ya da hareket tamamen durmaz, bir pozisyondan diğerine geçişte tereddüt iki kezden fazladır, düzgün ve seri hareket, geliştirmede ve sürdürmede zorluk vardır. Üç-dört pozisyon karıştırılır ya da toplam 3 ya da 4 hata vardır.
2. Harekette belirgin bozulma ya da hareketin tamamen durmasıyla da 4'den fazla tereddüt veya pozisyon karıştırma.

10. Ozeretski testi

Yönerge: Hasta her iki elini de masaya koyar, bir elin ayası aşağı dönüktür ve diğeri yumruk biçimindedir, hastaya düzgün ve seri biçimde aynı anda ellerinin pozisyonunu değiştirmesi söylenir. Hastadan bu hareketi 15 kere tekrar etmesi istenir.

Değerlendirme:

0. İlk tekrardan sonra harekette belirgin bir bozulma yoktur. Hatalar bir pozisyondan diğerine geçişte iki tereddütten daha fazla değildir ve el pozisyonunda fazla hata yoktur.
1. İlk tekrardan sonra harekette büyük bir bozulma yoktur. Hareket tamamen durmaz, bir pozisyondan diğerine geçişte tereddüt iki kezden fazladır. Düzgün ve seri hareket geliştirmede ve sürdürmede zorluk vardır. 3-4 pozisyon karıştırılır ya da toplam 3 ya da 4 hata vardır.
2. Harekette belirgin bozulma ya da hareketin tamamen durması ya da 4'den fazla tereddüt veya pozisyon karıştırma.

11. Bellek. (5 dk)

Yönerge: Hastaya 4 sözcük söylenir ve hepsi söylendikten hemen sonra bunları tekrar etmesi söylenir. Eğer hasta tam olarak 4 sözcüğü hatırlayamazsa yeniden söylenir. Eğer hasta sözcüklerin 3 kez tekrarlanmasından sonra da sözcükleri tekrarlayamıyorsa test sonlandırılır ve hastaya maddenin her iki adımında da 2 skoru verilir. Eğer hasta başlangıçta ya da sözcükler iki kere hatırlatıldıktan sonra 4 sözcüğü de tekrarlayabiliyorsa sözcükleri unutmaması istenir ve görüşme süresince iki kez daha bunları tekrar edeceği söylenir. Hastadan 5 ve 10 dakika sonra bu sözcükleri tekrarlanması istenir.

Değerlendirme:

0. Hasta tüm sözcükleri hatırlıyor 1. Hasta üç sözcük hatırlıyor 2. Hasta üç sözcükten daha azını hatırlıyor.

12. Bellek (10 dk)

Aynı yönergede 10 dakika sonra bu sözcükleri tekrarlanması istenir.

Değerlendirme:

0. Hasta tüm sözcükleri hatırlıyor 1. Hasta üç sözcük hatırlıyor 2. Hasta üç sözcükten daha azını hatırlıyor.

13. Ritm vuruş testi. (A)

Yönerge: Hastaya gözleri kapalıyken işittiği vuruş seslerini tam olarak yapması söylenir. Hasta vuruşları yinelenirken gözlerini açabilir.

Değerlendirme:

0. Hata yok. 1. Tek hata. 2. Tek hatadan daha fazla.

14. Ritm vuruş testi. (B)

Yönerge: Hastaya belirtilen bir vuruş sesini yapması söylenir.

Değerlendirme:

0.Hata yok. 1. Tek hata. 2. Tek hatadan daha fazla.

15. Hızlı değişen hareketler (ardışık sıra hareketler) (sol ve sağ)

Yönerge: Hastaya avucu aşağıya bakacak biçimde ellerini bacaklarına koyması söylenir. Hasta baskın eliyle başlayarak avucuyla ve ardından elinin arkasıyla değişmeli bir tarzda bacağına vurur. Baskınlığın değerlendirilmesi yukarıdaki gibidir. (madde 8'e bakınız.)

Hasta her iki eliyle bu testi 20 kez yapmalıdır.

Değerlendirme:

0. Harekette belirgin bir bozulma, el değiştirmede tereddüt ya da yanlış yoktur.
1. Harekette belirgin bir bozulma yoktur ve el değiştirmede bir iki tereddüt ya da yanlışlık vardır.
2. Harekette belirgin bozulma veya el değiştirmede daha fazla tereddüt ya da yanlışlık vardır.

16. Parmak-başparmak oppozisyonu (sol ve sağ)

Yönerge: Hastaya avuçları yukarıya bakacak biçimde parmaklarını tam olarak açarak her iki elini bacağına koyması söylenir. Hasta baskın olan eliyle teste başlar ve parmaklarının ucuyla başparmağının ucuna dokunur. 10 kez yenilemek suretiyle işaret parmağından serçe parmağına doğru en sonra işaret parmağına dönülerek test tamamlanır.

Değerlendirme:

0. Harekette belirgin bir bozukluk ve bir kezden daha fazla yanlış yoktur.
1. Harekette belirgin bir bozukluk yoktur ve 2 ya da 3 hata
2. Harekette belirgin bir bozukluk veya 4 ya da daha fazla hata

17. Söndürme (yüz- el testi)

Yönerge: Hasta avuçları aşağıda olmak üzere elleri dizlerinde ve gözleri kapalı oturtulur. Yanağına eline ya da her ikisine birden dokunulacağı söylenir ve nereye dokunulduğunu söylemesi istenir. Hasta sadece tek bir dokunmayı hissederse ve dokunuşu nerede hissettiği sorulur. Eşzamanlı dokunuşlar şu biçimde yapılır, sağ yanak- sol el, sol yanak-sağ el, sağ yanak-sağ el, sol yanak-sol el, her iki el ve her iki yanak.

Değerlendirme: 0. Hata yok. 1. Tek hata. 2. Tek hatadan daha fazla.

18. Sağ sol karıştırma.

Yönerge: Hastaya sol elini, sağ ayağını göstermesi, sağ elini sol omzuna koyması, sol elini sağ kulağına götürmesi, görüşmecinin sol dizini, sağ dirseğini göstermesi, görüşmecinin kolları kavuşurken görüşmecinin sol elini kendi sağ eliyle göstermesi ve görüşmecinin kolları

Çözükken görüşmecinin sağ elini kendi sol eliyle göstermesi söylenir.

Değerlendirme:

0. Hata yok. 1. Tek hata. 2. Tek hatadan daha fazla.

19. Sinkinezi (Sağ ve Sol)

Yönerge: Hastaya horizontal bakışın iki uç yanı arasında hareket eden bir kalemin ucunu izlemesi öğretilir. Eğer hasta başını oynatırsa başını tutması ve kalemin ucunu yalnız gözleriyle izlemesi söylenir.

Değerlendirme:

0. baş hareketi yok
1. ilk dönemde baş hareketlidir ancak başını sabit tutması söylendikten sonra hareket olmaz
2. başını sabit tutması söylendikten sonra da başı oynar

20. Konverjans (Sol ve Sağ)

Yönerge: hastaya kalemin ucu buruna doğru ilerlerken onu izlemesi öğretilir

Değerlendirme :

0. her iki göz nesneye uyum sağlar
1. tek veya her iki göz tam olarak uyum sağlayamaz ancak mesafenin yarısında fazlasına kadar kalemi izleyebilir
2. tek yada her iki gözü birden kalemi yarı mesafeden daha fazla uyum sağlamada yetersiz

21. Bakışı Sabit Tutma Güçlüğü (Sol ve Sağ)

Yönerge: hastaya sağ ve sol görsel alanlarına horizontal planda 45 derece açıdaki bir kalemin ucuna bakması ve bakışlarını 30 saniyeden fazla odaklaması söylenir.

Değerlendirme:

0. Odaklamada sapma yok.
1. 20 saniyeden sonra odaklamada sapma var.
2. 20 saniyeden önce odaklamada sapma var.

22. Parmak-burun testi (sol ve sağ)

Yönerge: Hastaya gözlerini kapaması ve burnunun ucuna işaret parmağının ucuyla dokunması söylenir.

Değerlendirme:

0. İntensiyonel tremor ya da burnunu tutturamama yok.
1. Ilımlı intensiyonel tremor veya burnunu tutturamama.
2. Belirgin intensiyonel tremor veya burnunu tutturamama.

23. Glabellar tepke:

Yönerge: Hastaya odanın karşı duvarında bir noktaya gözlerini dikmesi söylenir. Hastaya, görüş alanına girmeden yukarısından yaklaşılır ve görüşmeci işaret parmağı ile glabellar bölgeye 10 kez vurur.

Değerlendirme:

0. Üç ya da daha az göz kırpma.
1. Dört ya da beş tam göz kırpma veya altı kısmi göz kırpmadan fazla.
2. Altı ya da daha fazla göz kırpma.

24. Snout tepkisi:

Yönerge: Hastaya gevşemesi söylenir ve görüşmeci hastanın filtrumuna parmağıyla basınç uygulanır.

Değerlendirme:

0. Orbikularis orisde kontraksiyon yok.
1. Orbikularis oriste herhangi bir kontraksiyon.

25. Yakalama tepkisi (Sol ve Sağ)

Yönerge: Hastaya yakalama hareketi yapmaması söylenir ve görüşmeci hastanın işaret parmağıyla başparmağı arasındaki bölgeye vurur. Bu hareketi bir saniye arlarla yinelenirken hastaya "imdat" sözcüğü geriden harf harf söyletilir.

Değerlendirme:

0. Hastanın parmaklarında fleksiyon yok.
1. İlk dönemde hastanın parmaklarında ılımlı fleksiyon veya ikinci dönemde herhangi bir fleksiyon.
2. İlk dönemde hastanın parmaklarında belirgin fleksiyon.

26. Emme tepkisi

Yönerge: Görüşmeci işaret parmağının eklem yerini ya da dil basacağını hastanın dudakları arasına koyar.

Değerlendirme:

0. Hareket yok.
2. Hastanın dudaklarında herhangi bir emme hareketi.

9.7. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği

DOKUZ EYLÜL
ZİHİN KURAMI ÖLÇEĞİ

DEZİKÖ

HİKAYE 1

Selma Hanım mutfakta, pişirdiği börekleri bir kap içinde masanın üstüne koyar. O sırada çalan telefona bakmak için salona gider. Selma Hanım, mutfakta değilken, mutfağa giren kızı Gül, masanın üstünde duran börek kabını, böreklerin bozulmaması için buzdolabına kaldırır ve mutfaktan çıkıp, kendi odasına gider.

HİKAYE 2

Ayşe Hemşire ve Mine Hemşire, doktorlar odasında yapacakları işler hakkında konuşmaktadır. Ayşe Hemşire, Doktor Ahmet Bey'in, o günkü hastalara ait tahlil sonuçlarını doktorlar odasından alacağını söyler. Ayşe Hemşire: " Ben şimdi, Doktor Ahmet Bey ile vizite çıkacağım. Sen de sonuçlarını laboratuardan alıp, buraya getirir misin? " der. Mine Hemşire laboratuara, Ayşe Hemşire vizite gitmek üzere odadan ayrılır.

Ayşe Hemşire vizit sırasında, Doktor Ahmet Bey ile karşılaşır. Doktor Ahmet Bey, vizitin bitiminde, tahlil sonuçlarının hemen polikliniğe getirilmesini ister ve polikliniğe doğru yola çıkar. Doktor Ahmet Bey, yolda tahlil sonuçlarını almaya giden Mine Hemşire'yi görür. Mine Hemşire, sonuçları almaya gittiğini söyler. Doktor Ahmet Bey, Mine Hemşire'ye sonuçları hemen polikliniğe getirmesini söyler ve polikliniğe gider. Ayşe Hemşire, Mine Hemşire'nin Doktor Ahmet Bey ile konuştuğunu bilmemektedir.

Laboratuardan çıkmadan Mine Hemşire'yi bulmak için, vizit sonrası acele ile laboratuara giden Ayşe Hemşire, laboranta Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alıp almadığını sorar. Laborant, Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alarak çıktığını söyler.

HİKAYE 3

Yıl sonunda, derslerinden çok düşük notlar alan Ahmet'in karnesine bakan annesi Ahmet'e " Ne kadar da başarılı bir öğrencisin! " der.

HİKAYE 4

Melek iş dönüşü, yolda gördüğü bir dilenci çocuğun ağladığını fark eder. Çocuğun ağlamasından çok etkilenen Melek, eve geldiğinde bu çocuktan eşine bahseder : " Küçük dilenci bir çocuk gördüm; gözlerinde dev dalgalar vardı. "

HİKAYE 5

Osman ve Zeynep, evli bir çifttir. Her hafta sonu, birlikte gezmeye gitmek isterler. Ancak, farklı yerlere gitmekten hoşlandıkları için, bu konuda sürekli tartışıp nereye gideceklerine karar veremezler. Osman, deniz kıyısına gidip balık tutmak ve mangal yapmaktan hoşlanmaktadır. Zeynep ise, alışveriş merkezlerinde gezmeyi ve sinemaya gitmeyi sevmektedir. Zeynep, Osman'ı mutlu etmek için çoğunlukla, deniz kıyısına gitmeyi kabul eder. Bu hafta sonu için ne yapacaklarını konuşurken, Osman Zeynep'e alışveriş merkezine gitmeyi teklif eder.

Osman ve Zeynep evden çıkmak üzere hazırlanırlar. Osman arka odaya sobayı söndürmeye gider. Bu sırada Zeynep, unutmamak için araba anahtarını, Osman'ın anahtarı her zaman bıraktığı vestiyerden alarak çantasına koyar.

Evden çıkıp arabalarına binen Osman ve Zeynep, alışveriş merkezine gider. Arabayı park ettikten sonra alışveriş merkezine girerler. Zeynep, büyük bir keyifle gezerken, bir süre sonra Osman söylenmeye başlar. Kapalı yerlerde gezmekten hoşlanmayan Osman, Zeynep'in hala hevesle her dükkana girmek istemesi üzerine Zeynep'e " İnan hiç bu kadar eğlenmemiştim! " der.

HİKAYE 6

Selim ve Ali bir dergide çalışan iki yazardır. Selim, uzun yıllardır yazarlık yapmaktadır ve işe yeni başlayan Ali'den daha deneyimlidir. Ali yazılarında sık sık hata yapar. Bu nedenle Selim, Ali'nin yazılarını sürekli kontrol eder. Akşam müdürle yapacakları toplantıdan önce, Selim Ali'nin yazısını kontrol etmiş ve her zaman olduğu gibi birçok hata bulmuştur. Bu durumla ilgili olarak Ali'ye dönerek : " Yine kusursuz bir iş çıkarmışsın! " der.

Selim düzeltmeleri yaptıktan sonra, tüm yazıları masasının üstünde bırakarak odadan ayrılır. Ali, yazılara herhangi bir zarar gelmemesi için, hepsini bir dosyaya koyarak kendi çekmecesine kaldırır.

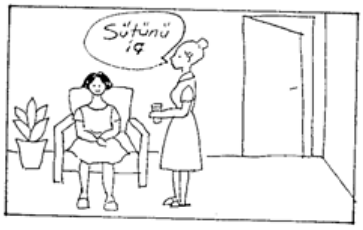
Toplantı saati geldiğinde Ali ve Selim müdürün odasına gider. Müdür toplantı boyunca yazarlıkla ilgili konuşur. Bir yazarın her zaman yaratıcı olması gerektiğini söyler. Her yazının, yepyeni bir eser olduğunu açıklar ve şöyle der: " Sizler birer bebek dünyaya getiriyorsunuz! "

Toplantı bittikten sonra herkes odadan çıkar. Selim Ali'ye Orhan'ın odasına gideceğini söyler ve Ali'nin yanından ayrılır. Ali, Selim ile birlikte paylaştıkları odasına vardığında, oda telefonu çalar. Arayan kişi Selim'in karısıdır. Ali'ye, Selim'in bir an önce eve gelmesi gerektiğini, çok önemli olduğunu söyler ve telefonu kapatır. Ali telaşla Selim'e haber vermek ister. Bu sırada Selim Orhan'ın odasındadır. Karısının Ali ile konuştuğundan habersiz olarak karısını arar. Hemen eve gitmesi gerektiğini öğrenen Selim apar topar iş yerinden ayrılır ve evine gitmek üzere yola çıkar.

HİKAYE 7

Canan, bayramda bir arada olmak için bütün akrabalarını evinde yemeğe davet eder. Canan'ın o kadar kalabalığa yetecek miktarda yemek yapması mümkün olmayacağından, her gelen kendi evinde pişirdiği bir çeşit yemeği getirir. Yemekten sonra bulaşıkları yıkayan Canan'a kuzeni Merve yardım eder. İki bayan, yapılan yemeklerin ne kadar lezzetli olduğundan bahsederken; Canan, bilmeden, Merve'nin getirmiş olduğu " karnıyarık " yemeğini kast ederek: " Ama o karnıyarığı kim yaptıysa o kadar yağlı yapmış ki görüntüsü bile midemi bulandırdı! " der.

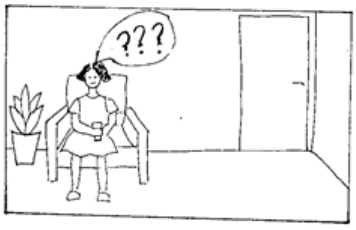
1.



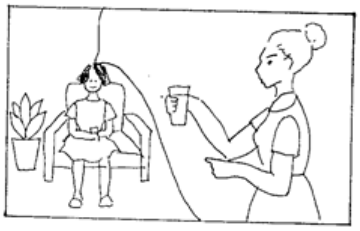
2.



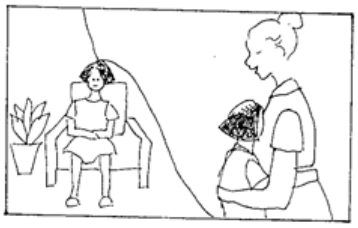
3.



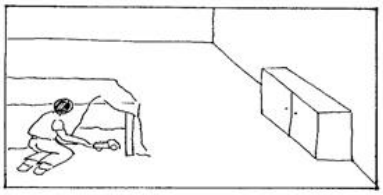
a)



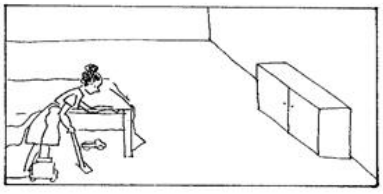
b)



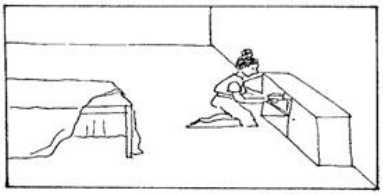
1.



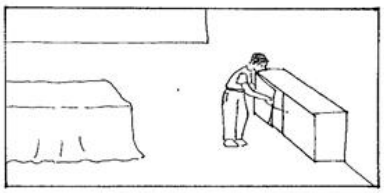
2.



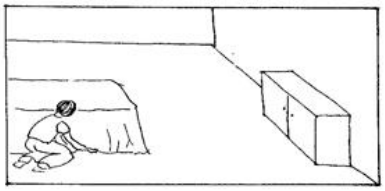
3.



a)



b)



9.8. Etik Komisyon Onayı

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu

Sayı : 91610558-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Prof. Dr. Selçuk ASLAN
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı **Arş.Gör.Dr.Ayşe HORAZ'ın,** uzmanlık tez çalışması olan ***"Şizofrenide İçgörünün Nörolojik Silik Belirtiler ve Zihin Kuramı İle İlişkisi"*** adlı çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun **24.04.2019** tarih ve **04** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanızın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

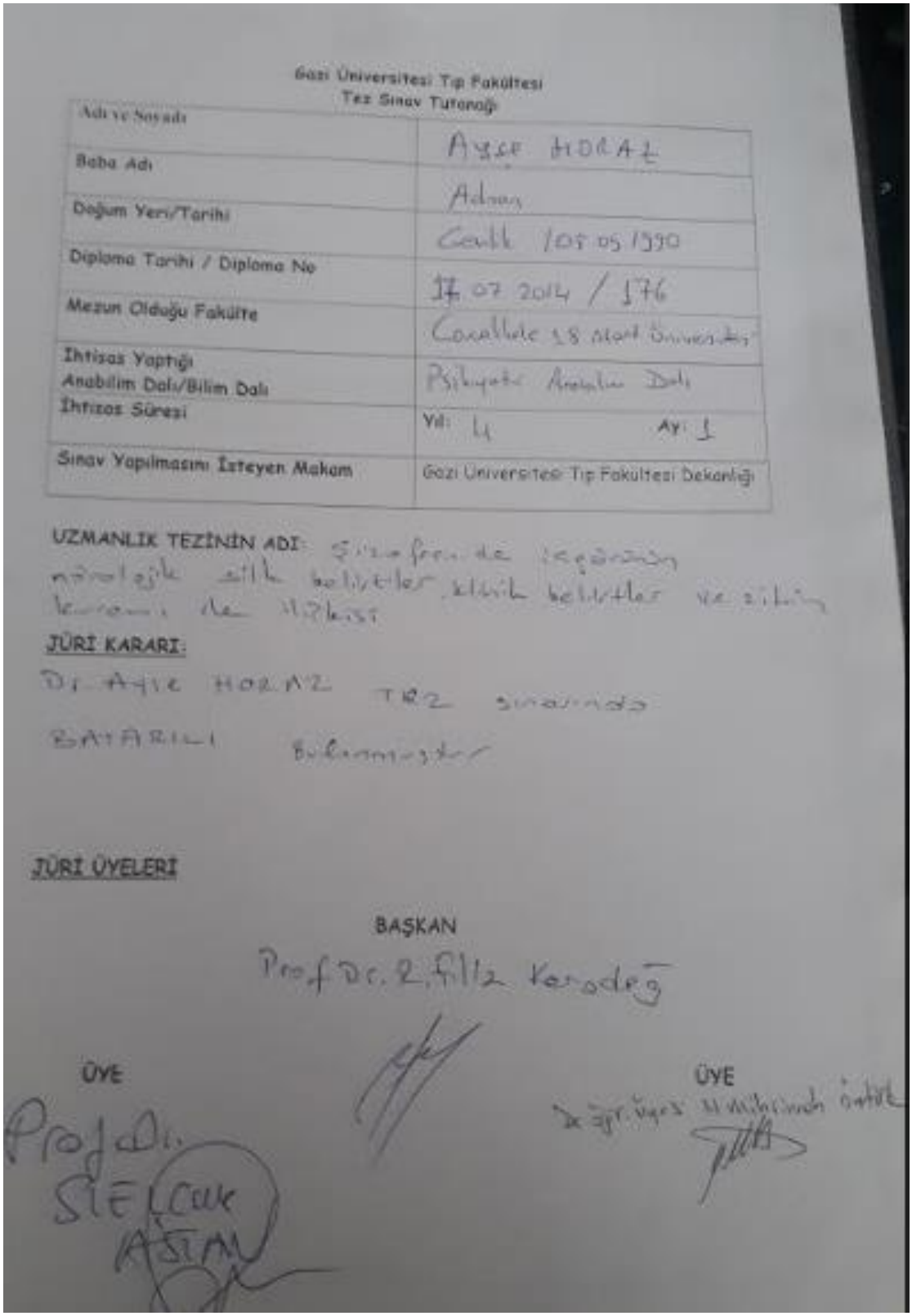
e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2019-138

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ÖLÇME DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU
KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 24/04/2019	TOPLANTI SAYISI : 04
ADI-SOYADI	**İMZA**
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN Başkan	
Doç.Dr.İsmail KARAKAYA Başkan Yrd.	
Prof.Dr.Galip YÜKSEL	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr. C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILAMADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.Nihan KAFA	KATILAMADI
Doç.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Necdet KARASU	

9.9.Tez Sınav Tutanağı



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Ayşe HORAZ
Baba Adı	Adnan
Doğum Yeri/Tarihi	Çankırı 10/05/1990
Diploma Tarihi / Diploma No	17.07.2014 / 176
Mezun Olduğu Fakülte	Çanakkale 18 Mart Üniversitesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Psikiyatri Anabilim Dalı
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay: 1
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: Şizofrenide işlevsellik nörolojik soft belirtiler klinik belirtiler ve zihin kuramı ile ilişkisi

JÜRİ KARARI:

Dr. Ayşe HORAZ Tez sınavında BAŞARILI Bulunmuştur

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN

Prof.Dr. Filiz Karadağ

ÜYE

Prof.Dr. SELÇUK AŞIM

ÜYE

Doç.Dr. [illegible]

10.ÖZGEÇMİŞ

Adı: Ayşe

Soyadı: HORAZ

Dogum Yeri ve Tarihi: Gemlik/1990

Eğitimi:

- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı (Tıpta Uzmanlık) ---- 2016- Halen devam ediyor

- Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi--- Lisans 2014

Yabancı Dili: İngilizce

Üye Oldugu Bilimsel Kuruluslar:

- Türkiye Psikiyatri Derneği