

Bipolar Bozuklukta İlgörü İle Klinik Özelliklerin İlişkisi



Dr. Oya GÜÇLÜ¹, Dr. Orhan KARACA², Dr. Bülent YILDIRIM³,
Dr. Mehmet Mustafa ÖZKÖSE⁴, Dr. Murat ERKIRAN⁵

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı; bipolar bozuklukta ilgörü bileşenlerinin klinik özelliklerle ilişkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya DSM-IV tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk (manik ve karma atak) tanısı ile yatarak tedavi görmekte olan 104 hasta alındı. Hastalar; akut alevlenme döneminde ve remisyonunda (hastaneden çıkış öncesinde) Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADÖ), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Akıl Hastalığına İlgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ), sosyodemografik ve klinik özellikleri içeren yapılandırılmış soru formu ile değerlendirildi.

Bulgular: İyileşme döneminde, elli yedi hastada (% 54,8) hastalıklarına yönelik ilgörü tam iken, ondördünde (% 13,5) ilgörü yoktu. İlaç tedavisinin etkilerine yönelik ilgörüsü olmayanların oranı % 6,7 idi. Hastalığın sosyal sonuçlarına yönelik ilgörüsü olmayanların oranı % 27,9 idi. Psikotik belirtili hastalarda ilaç etkilerinin farkında olma düzeyi anlamlı oranda düşük bulunurken, manik atağın şiddeti ile sanrıya yönelik ilgörü eksikliğinin ilişkili olduğu bulunmuştur. Yatış sayısı, atak sayısı ve ilk atak tipi ile ilgörü bileşenleri arasında ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Bipolar bozuklukta ilgörü eksikliği nadir değildir. İlgörü değerlendirilirken hastalığın ve tedavinin değişik bileşenlerine karşı farklılık sorgulanmalıdır. Psikotik belirtiler özellikle sanrı varlığı ilgörü eksikliğinin önemli yordayıcıları olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Sözcükler: İlgörü, bipolar bozukluk, klinik özellikler

SUMMARY

The Relationship Between Insight and Clinical Features in Bipolar Disorder

Objective: The aim of this study is to examine the relationship between insight dimensions and clinical features in bipolar disorder.

Method: One hundred and four inpatients with bipolar disorder (manic or mixed episodes) diagnosed according to DSM-IV criteria participated in the study. Patients were evaluated both during an acute episode and in remission, prior their discharge from the hospital by the Young Mania Rating Scale (YMRS), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), The Scale of Unawareness of Mental Disorders (SUMD), and a questionnaire regarding demographic and clinical characteristics.

Results: In remission, 57 patients (54.8%) had insight of their illness while 14 (13.5%) did not have insight. Besides %6.7 of patients did not have the Insight into the effects of medication. We also found that 27.9% of patients were unaware of the social consequences of their illness. Patients with psychotic symptoms had a significantly low level of awareness to the effects of their medication as well as the severeness of their manic episode. We found an unawareness of delusion in these patients. In terms of all SUMD items, female patients had significantly poorer insight compared to men. No correlation was found between the number of hospitalizations, the number of episodes or the first episode type and insight dimensions.

Conclusion: Lack of insight in bipolar disorder is not rare. The assesment of insight addresses different components of the illness and the treatment awareness. The severity of illness, aggressive impulse control difficulties, psychotic symptoms especially the presence of delusions, female sex may be important predictors of impaired insight.

Key Words: Insight, bipolar disorder, clinical features

Geliş Tarihi: 19.09.2010 - **Kabul Tarihi:** 01.02.2011

¹Uzm., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 9. Psikiyatri Bl., İstanbul. ²Uzm., Edremit Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bl., Balıkesir. ³Uzm., Bursa Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bl., Bursa. ⁴Uzm., Nispetiye Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bl., Tokat. ⁵Doç., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nevroz Birimi, İstanbul.

Dr. Oya Güçlü, e-posta: oyagucug@yahoo.com

doi: 10.5080 / u6455

GİRİŞ

Yoğun farmakolojik ve psikososyal destek gerektiren ve kronik bir hastalık olan bipolar bozuklukta içgörü eksikliği sıkça görülür (Amador ve ark. 1994, Michalakeas ve ark. 1994, Ghaemi ve ark. 1995, Cassidy ve ark. 2001). İçgörü eksikliği hastalığın klinik gidişine, tedavi uyumuna ve sosyal işlevselliğine olumsuz etki eden önemli bir faktördür (Bauer ve ark. 2002, Fennig ve ark. 1996). Araştırmalar bipolar bozukluklu hastaların düzelme döneminde sosyal işlevselliğinde düşüş olduğunu belirtmektedir (Bauwens ve ark. 1991, Serretti ve ark. 1999). Yeterli tedavi almayan bipolar bozukluklu bir hastanın hastalığın ortaya çıkardığı psikososyal ve işlevsel kayıptan dolayı aktif yaşantısında önemli kayıplar olabileceği belirtilmektedir (Copeland ve ark. 2008, Department of Health Education and Welfare Policy Research 1979).

Şizofrenide karakteristik olan içgörü eksikliği (McEvoy ve ark.1989), bipolar bozuklukta duruma bağlıdır (Ghaemi ve ark. 2004). Duruma bağlılık görüngüsü belirti şiddetindeki değişiklik ile ilişkilidir. Aktif hastalık döneminde içgörü eksikken, belirtisiz dönemde içgöründe iyileşme gözlenen izlem çalışmaları bulunmaktadır (Ghaemi ve ark. 2004, Yen ve ark. 2007a). Buna karşın belirtisiz dönemde hastaların hastalıklarına, ilaç tedavilerine ve hastalıklarının sosyal sonuçlarına yönelik içgörülerini değerlendiren, bunlardan biri veya bir kaçının eksik olduğunu gösteren araştırmalar son zamanlarda dikkat çekmektedir (Yen ve ark. 2002, 2007b, Jo'nsdo'ttir ve ark. 2008, Dias ve ark. 2008).

Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ)'ne göre içgörü; hastanın hastalığının farkındalığı, belirtilerinin farkındalığı, tedaviye ihtiyacı hakkındaki düşüncesi, hastalığın sosyal sonuçlarının farkındalığı, belirtilere yönelik düşüncesi ve bu belirtileri açıklama şeklinin değerlendirilmesiyle saptanır. AHİÖ psikotik özellikli bipolar bozuklukta hastalığın değişik evrelerinde güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabilir (Dell'osso ve ark. 2002).

Bu çalışmada bipolar bozukluklu hastalarda hem akut evrede hem de klinik iyileşme gösterdikleri dönemde içgörü eksikliğin üç boyutta (hastalığın farkında olma, tedavinin etkisinin farkında olma ve hastalığın sosyal sonuçlarının farkında olma) incelenmesi ve bu eksikliğin klinik ve sosyodemografik verilerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışmaya Bakırköy Prof. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel psikiyatri servislerine 2009 yılı Mart ve Mayıs ayları arasında yatan, en az iki bağımsız psikiyatri uzmanının DSM IV-TR ölçütlerine göre değerlendirmesi sonucunda bipolar bozukluk manik

veya karma atak tanısı alan, çalışmaya katılmayı kabul eden, genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu alkol ya da madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu tanısı dışlanan, zeka geriliği, demans ve diğer organik hastalıkları olmayan 55'i kadın, 49'u erkek toplam 104 hasta alınmıştır.

Değerlendirme araçları ve uygulama

İlk aşamada, olgulara yatışlarından sonraki ilk üç gün içinde araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik verilerin ve klinik özelliklerin değerlendirildiği soru formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) (Young ve ark. 1978, Karadağ ve ark. 2002), Montgomery Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (MADÖ)(Montgomery ve Asberg 1979, Özer ve ark. 2001).

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin (PANSS) (Kay ve ark. 1987, Kostakoğlu ve ark. 1999) pozitif sendrom ve saldırganlık alt ölçekleri ve Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ) (Bora ve ark. 2006) uygulanmıştır.

İkinci aşamada, hastaneden çıkış sırasında tekrar YMDÖ ve MADÖ uygulanarak kalıntı psikopatoloji olmadığı tespit edilmiş, AHİÖ ile hastalığın farkında olma düzeyi, tedavinin etkinliğinin farkındalığı, hastalığın sosyal sonuçlarının farkında olma düzeyi ve belirtilere yönelik içgörü ölçeğinin orijinalindeki gibi hem şimdiki zaman hem geçmişe dönük araştırılmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçekler

Sosyodemografik veri formu: Yazarlar tarafından hazırlanarak sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi) ve klinik özellikleri (hastalık başlama yaşı, tedaviye başvuru yaşı, geçirilmiş duygudurum dönem sayısı ve tipi, ilk duygudurum dönem tipi, hastaneye yatış sayısı son altı aydaki düzenli iş yaşantısı gibi) değerlendirmek için uygulanmıştır. Kişilerden alınan bilgilerin yanı sıra eski yatış dosya verileri de değerlendirilmiştir.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): Bu ölçek, 11 maddeden oluşmakta ve her biri beş

aşamalı belirti şiddeti ölçmektedir (Young ve ark. 1978). Ölçeğin doldurulması hastayla son 48 saatlik süre dilimi içindeki durumu esas alınarak yapılan görüşmeye ve görüşme sırasındaki gözlemlere dayanarak yapılır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında (Karadağ ve ark. 2002) iç tutarlık katsayısı, %79 olarak bulunmuş, kappa değerleri 0.114-0.849 arasında bulunmuştur.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS): Şizofreni veya diğer psikotik bozukluklarda pozitif ve negatif belirtiler ile genel psikopatolojiyi değerlendirmekte ve bu belirtilerin düzeyini ölçmektedir. Ölçek, toplam 30 maddeden oluşur ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içerir (Kay ve ark. 1987).

TABLO 1. Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.

| | Min-Max | Ort±SS |
|----------------------------------------|---------|---------------|
| Yaş | 21-64 | 37,56 ± 11,30 |
| Hastalık başlangıç yaşı | 14-58 | 24,53 ± 8,55 |
| | N | % |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 55 | 52,9 |
| Erkek | 49 | 47,1 |
| Doğum yeri | | |
| Kırsal | 37 | 35,6 |
| Kentsel | 67 | 64,4 |
| Yaşanılan yer | | |
| Kırsal | 3 | 2,9 |
| Kentsel | 101 | 97,1 |
| Eğitim düzeyi | | |
| İlkokul | 60 | 57,7 |
| Ortaokul | 22 | 21,2 |
| Lise ve dengi | 22 | 21,2 |
| Hastalık öncesi medeni durum | | |
| Bekar | 63 | 60,6 |
| Evli | 41 | 39,4 |
| Hastalık sonrası | | |
| Bekar | 33 | 31,7 |
| Evli | 58 | 55,8 |
| Boşanmış | 15 | 12,5 |
| Çalışma durumu | | |
| Ev hanımı | 36 | 34,6 |
| Çalışıyor | 38 | 36,5 |
| İşsiz | 19 | 18,3 |
| Geçimini aile sağlıyor | 11 | 10,6 |
| Son 6 ayda düzenli iş yaşantısı | | |
| Var | 28 | 26,9 |
| Yok | 76 | 73,1 |
| Madde kötüye kullanımı | | |
| Yok | 38 | 36,5 |
| Var | 15 | 14,4 |
| Sigara | 51 | 49 |

Türkçe geçerliği ve güvenilirliği Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından (1999) yapılmıştır.

Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADÖ): Depresyonun çekirdek belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacı ile geliştirilmiş bir ölçektir (Montgomery ve Asberg 1979, Davidson ve ark. 1986). Toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Her maddeden alınan puan 0-6 arasında belirlenir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özer ve arkadaşları tarafından (2001) yapılmıştır.

Akıl hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ): Amador XF ve arkadaşları 1993 yılında akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğini (Scale to unawareness of mental disorder) geliştirmişlerdir. Tüm sorular şimdi ve geçmiş için ayrı ayrı kodlanır. Ölçekte üç tane giriş ve 17 tane semptom sorusu vardır. İlk üç soru için ayrı ayrı altı tane puan (şimdi ve geçmiş) hesaplanır. Ölçeğin ilk üç sorusu hastalığın farkında olma, tedavinin etkisinin farkında olma ve hastalığın sosyal sonuçlarının farkında olmayı sorgular. Hastanın yanıtları 1-5 puan arası kodlanır. Daha sonra var olan belirtilerin her birinin farkındalığı ve neye atfedildiği sorgulanır. Bu bölümde de şimdi ve geçmiş için 1-5 arası puanlanır. Sonuçta belirti farkındalığı ve atf için 4 tane puan hesaplanır. Puan artıkaça farkındalık azalır. Ölçek kısmi olarak da kullanılabilir. Amador ve arkadaşları (1994) ölçeğin 9 sorudan oluşan kısaltılmış formunu da yayınlamışlardır. Stereotipik davranışlar gibi az görülen belirtiler için güvenilirliğini göstermek zordur ve orijinal ölçek çalışmasında da bu belirtilerin güvenilirliği şüphelidir. Bu nedenle (AHİÖ) Türkçe uyarlamasına sadece kısaltılmış versiyonundaki sorular alınmıştır (Bora E ve ark. 2006). Ölçek bu haliyle üç giriş ve yedi belirti sorusu içerir. Sorular ölçeğin orijinalinde olduğu gibi şimdi ve geçmiş için 1-5 arası puanlar alır. Yedi belirti için atf ve farkındalık ayrı ayrı değerlendirilir.

İstatistiksel İnceleme

Bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma) yanı sıra farklılığa neden olan grubun saptanmasında Tukey HSD testi kullanılmıştır. AHİÖ, 0 dan 5'e kadar puanlandığı için parametrik olmayan testlerin kullanımının daha doğru sonuç vereceği düşünülmüştür. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun saptanmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında ise Wilcoxon İşaret testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametreler arasındaki ilişki için Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Klinik ve demografik özellikler

Hastaların %52,9'u (n=55) kadın, %47,1'i (n=49) erkekti. %57,7'si (n=60) ilkokul, %21,2'si (n=22) ortaokul, %21,2'si (n=22) lise ve dengi okul mezunuydu. Yaş aralığı 21 ile 64 arasında (ortalama 37,56±11,30) Hastaların %73,1'inin

TABLO 2. Hastalığa İlişkin Parametrelerin Dağılımı.

| | | Min-Max | Ort±SS (Medyan) |
|--------------------------------|-------------------|---------|-----------------|
| Tedaviye başvuru yaşı | | 14-58 | 25,08±8,65 |
| Hastaneye yatış sayısı | | 1-20 | 4,25±3,99 (3) |
| Manik atak sayısı | | 1-19 | 4,56±3,95 (3) |
| Depresif atak sayısı | | 0-15 | 1,97±2,55 (1) |
| Karma atak sayısı | | 0-9 | 0,67±1,58 (0.9) |
| | | N | % |
| İlk atak tipi | Manik | 61 | 58,7 |
| | Depresif | 43 | 41,3 |
| Son 1 yılda kullanılan ilaçlar | Antipsikotikler | 8 | 7,69 |
| | Antidepresanlar | 6 | 5,77 |
| | DDD | 9 | 8,65 |
| | AP + DDD | 37 | 35,58 |
| | Tedavi öyküsü yok | 36 | 34,62 |
| | AD + DDD | 1 | 0,96 |
| | AP + AD+ DDD | 2 | 1,92 |
| | AP + AD | 2 | 1,92 |
| | AP + DDD + EKT | 3 | 2,88 |

(n=76) son 6 ayda düzenli iş yaşantısının yoktu (tablo 1).

Tedaviye ilk başvuru yaşları 14 ile 58 arasında (ortalama 25,08±8,66) değişmekteydi. İlk hastalık atağı 10-20 yaş arasında olan hastalar örneklemin %40,4'ünü, 21-30 yaş arasında olanlar %42,3' ünü, 31-40 yaş arasında olanlar %11,5'ini ve 41 yaş ve üzerinde olanlar ise %5,8'ini oluşturmaktaydı.

Hastaneye yatış sayıları 1-20 (ortalama 4,25±3,99), manik atak sayıları 1-19 (ortalama 4,56±3,95), depresif atak sayıları 0-15 arasında (ortalama 1,97±2,55), karma atak sayıları 0-9 arasında (ortalama 0,67±1,58) değişmekteydi. İlk atak tipi manik olanların sayısı 61 (%58,7) iken, diğer 43 hastanın (%41,3) ilk atağı depresyondur. Son 1 yıl içinde hastaların %35,58'i (n=37) antipsikotik ve duygudurum dengeleyici kullanılmakta iken, % 34,62'sinin (n=36) düzenli tedavi öyküsü yoktu. (tablo 2).

İçgörünün değerlendirilmesi

Çıkış sırasında değerlendirildiğinde ruhsal bozukluklarının farkında olan 57 (%54,8) hasta, kısmi farkında olan 33 (%31,7) hasta, farkındalık gelişmeyen 14 (%13,5) hasta saptandı. Ruhsal bozukluğun farkında olma düzeyi yatış

sırasında 4,12 ± 1,31 puan iken (farkında değil), çıkışta 1,93 ± 1,22 puan (kısmi içgörü) olarak saptandı. Hastalardan 29'unun (%27,9) çıkış sırasında ruhsal bozukluğunun sosyal sonuçlarına yönelik içgörüsü yoktu. Çıkışta ilaç tedavisinin etkilerinin farkında olan 59 (%56,7) hasta, kısmi farkındalığı olan 38 (%36,5) hasta, farkındalık gelişmeyen 7 (%6,7) hasta olduğu saptandı. İlaç tedavisinin etkilerinin farkında olma düzeyi yatışta 3,90±1,42 iken (farkında değil), çıkışta 1,70±1,0 (kısmi farkında) olarak bulundu ve aradaki sayısal fark 2,20±1,5 olarak saptandı. Hastaların hastaneden çıkışta ruhsal bozukluğun ve ilaç tedavisinin farkında olma düzeylerinin ortanca değerlerindeki iki birimlik düşüş (p<0,01), ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının farkında olma düzeyindeki bir birimlik düşüş (p<0,01), yatışta saptanan bulgulara göre istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bulundu (tablo 3).

Belirtilere yönelik içgörü araştırılırken hastaların belirtilerin farkında olma, bunları tanımlama ve açıklama şekli değerlendirildi. Varsanı, uygunsuz duygulanım, saldırgan dürtüleri kontrol güçlüğü, cinsel dürtüleri kontrol güçlüğü, dikkat eksikliği belirtilerinde hastaneden çıkışta, yatıştakine göre istatistiksel olarak anlamlı iyileşme gözlemlendi (p<0,01).

TABLO 3. AHİÖ Ölçeği Genel Maddelerine Göre Değerlendirmeler.

| | | Yatış | Çıkış | Fark | Test değ; p |
|------------------------------------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| | | Ort±SS (Medyan) | Ort±SS (Medyan) | Ort±SS (Medyan) | |
| Ruhsal bozukluğun farkında olma düzeyi | Şimdi | 4,12±1,31 (5) | 1,93±1,22 (1) | 2,18±1,50 (2) | Z:8,039; p:0,001** |
| | Geçmiş | 3,87±1,36 (4,5) | 1,90±1,19 (1) | 1,96±1,6 (2) | Z:7,719; p:0,001** |
| İlaç tedavisi etkilerinin farkında olma düzeyi | Şimdi | 3,90±1,42 (5) | 1,70±1,0 (1) | 2,20±1,5 (2) | Z:7,989; p:0,001** |
| | Geçmiş | 3,76±1,38 (4) | 1,72±1,01 (1) | 2,03±1,5 (2) | Z:7,842; p:0,001** |
| Ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının farkında olma düzeyi | Şimdi | 4,23±1,21 (5) | 2,84±1,40 (3) | 1,39±1,2 (1) | Z:7,427; p:0,001** |
| | Geçmiş | 4,18±1,18 (5) | 2,77±1,38 (3) | 1,41±1,3 (1) | Z:7,363; p:0,001** |

Wilcoxon Signed Ranks test kullanıldı.

**p<0,01

0: Değerlendirilemedi. 1: Farkında iyi, 2: Kısmi iyi, 3: Kısmi kötü, 4:Farkında değil, 5: Farkında değil.

İçgörü ve sosyodemografik değişkenler

Çalışmamızda yaş ve eğitim düzeyi ile içgörü arasında ilişki bulunmadı. İlk atak tipi, ilk atak yaşı atak sayısı, hastaneye yatış sayısı ile ruhsal bozukluğun farkında olma düzeyi, ilaç etkilerinin farkında olma düzeyi ve ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının farkında olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p>0,05).

İş yaşantısı olmayanların ruhsal bozukluğun geçmişine yönelik farkında olma düzeyinin düşük olduğu belirlendi (p<0,05) (tablo 4).

İçgörü ve klinik özellikler

PANSS pozitif toplam puanı ile ruhsal bozukluğun geçmişine yönelik farkında olma puanı, ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının geçmiş dönem ve şimdiki döneme göre farkında olma puanı arasında doğru bağlantı olduğu saptandı (p<0,05). Yani PANSS pozitif alt ölçeğinin toplam puanı arttıkça geçmiş zamanda ruhsal bozukluğun farkında olma ve ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının şimdiki döneme ait içgörü puanı artarak; farkında olma düzeylerinde azalma gözlemlendi. Varsanı ve sanrılarının farkında olma ve açıklama şekli puanı ile PANSS pozitif alt ölçeği toplam puanı arasında doğru bağlantı olduğu saptandı (p<0,01). Yani PANSS pozitif alt ölçeği puanı arttıkça hastaların varsanı ve sanrılara ilişkin içgörülerini azalmaktaydı.

TARTIŞMA

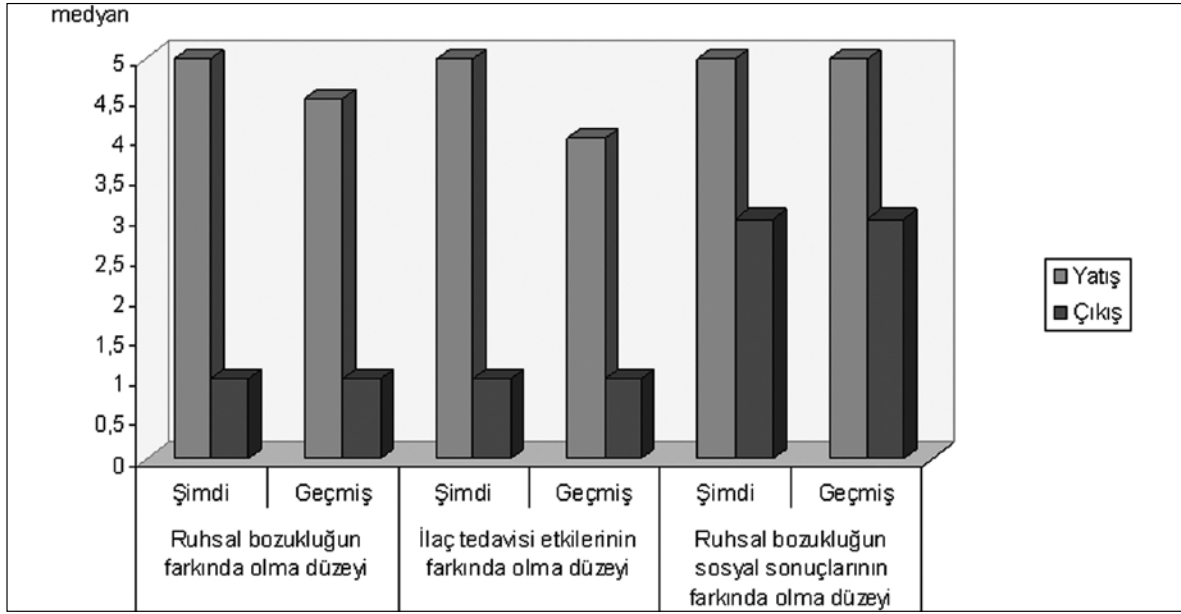
Bipolar bozukluklu hastalarda hem akut evrede hem de klinik iyileşme gösterdikleri dönemde içgörü eksikliğinin üç boyutta araştırıldığı çalışmamızda, hastaneden çıkış sırasında içgörü

düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu gösterilmiştir. İçgörü eksikliği manik atağa özgü tanısal görüntünün bir parçası olarak değerlendirilirken duruma bağlı olarak tanımlanmaktadır (Ghaemi 2004).

Bipolar bozukluklu hastalar genelde belirtileri düzeldiğinde iyileşmiş olarak kabul edilirler. Klasik görüşe göre hastalar ataklar arası içgörülü olarak kabul edilir (Michalakeas ve ark. 1994). Ancak bizim çalışmamızda AHİÖ ile bakıldığında içgörü bileşenlerinin tam olarak gelişmediği gösterilmiştir (Şekil 1).

İçgörü eksikliğini belirleyen etmenler araştırıldığında; hastalarımızın yatış sayıları, önceki atak sayıları, ilk atak tipi ve atak özellikleri değerlendirildiğinde, üç bileşeninde de içgörü eksikliğine etkilerinin olmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızın bulguları ile uyumlu olarak; Dell'Osso ve arkadaşlarının çalışmasında da özgül manik belirtilerin içgörü düzeyinde belirleyici olmadığı vurgulanmış ve içgörü ile yatış sayısı arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (Dell'osso ve ark. 2002). Buna karşılık içgörüsü düşük olan hastaların hastaneye yatış sayılarının çoğunluğunu (Kulhara ve ark. 1999, Robinson ve ark. 1999) ve yatış sürelerinin daha uzun olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Haywood ve ark. 1995, Caton ve ark. 1985).

Yen ve arkadaşlarının çalışmasında iki yıl boyunca izledikleri farklı klinik gidişi olan bipolar bozukluklu hastalardan, tek bir manik dönem geçirenlerde içgörünün atak öncesi döneme döndüğünü ancak tekrarlayan atakları olanlarda içgöründe böyle bir düzelme olmadığını bildirmişlerdir (Yen ve ark. 2007). Çoklu atak geçirenlerin, bilişsel işlevler üzerinden içgörüyü olumsuz etkisi olduğunu vurgulamışlardır. Ancak örneklemimizde tek atak geçiren hasta sayımızın daha az olup, hastalarımızın çoğunlukla çoklu



ŞEKİL 1. AHİÖ Ölçeği Değerlendirmesi.

yatışa sahip olması sağlıklı karşılaştırma yapmamıza olanak vermemektedir.

Manik belirti şiddeti ile içgörü eksikliği arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte (Copeland ve ark. 2008), çalışmamızda mani belirtilerinin şiddeti ile içgörünün üç bileşeni arasında ilişki saptanmamıştır. Buna karşılık çalışmamızda YMDÖ de yüksek puan alan hastaların % 29,2'sinde, sanrı varlığına yönelik düşük içgörü saptanmıştır. Bu hastaların % 28,3'ünde sanrı farkında olma düzeyine, %45,4'ünde sanrı açıklama şekline ait düşük içgörü, literatürle uyumlu bulunmuştur (Michalakeas ve ark. 1994, Weiler ve ark. 2000).

Yen ve arkadaşlarının başka bir çalışmasında düzelleme döneminde psikotik bipolar olgularda %36.36, psikotik özellikleri olmayan bipolar bozukluğu olanlarda ise %9.37 içgörü eksikliği bildirilmiştir. Bu da maninin şiddetinden çok psikotik belirtilerin, özellikle sanrı varlığının içgörü eksikliği ile bağlantısı olduğu görüşünü desteklemektedir (Yen ve ark. 2002).

Çalışmamızda psikotik belirtili ve psikotik belirtisiz hasta gruplarında içgörü varlığı tüm bileşenleri ile karşılaştırılmış, ilaç etkilerinin farkında olma düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu bulgunun hastalardaki ilaç uyumsuzluğunun nedeni olabileceği düşünülmüştür.

Bizim çalışmamızın bulguları ile uyumlu olarak; AHİÖ ile içgörü düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada, psikotik mani tanılı hastalarda hastalığın sosyal sonuçlarına yönelik içgörü eksikliğini istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Pini ve ark. 2004).

Dell'Osso ve arkadaşlarının benzer bir yöntem ile yaptıkları çalışmada; psikotik belirtileri şiddetli olan hastaların ilaç

tedavisinin etkilerine ve hastalığın sosyal sonuçlarına yönelik düşük içgörüler olduğu belirtilmiştir (Dell'Osso ve ark. 2002). Aynı çalışmada varsanı varlığının hastalığın sosyal sonuçlarına yönelik içgörü eksikliğinin belirleyicisi olduğu vurgulanmıştır.

Psikotik özellikler bilişsel yeti üzerindeki etkileri ile bilişsel ve dolayısı ile içgörü yetersizliği ile ilişkilendirilmiştir (Albus ve ark. 1996). Bazı çalışmalarda psikotik belirti varlığı ve psikotik belirtilerin şiddetinin (Michalakeas ve ark. 1994; Fennig ve ark. 1996) içgörü eksikliği ile kuvvetli ilişkisi olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda PANSS toplam puanları ile içgörü ilişkisi değerlendirildiğinde; ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının farkında olma düzeyi, varsanı ve sanrıya yönelik farkında olma düzeyi ve açıklama şekline ait içgörü ters bağlantılı ve literatürle uyumlu bulunmuştur (Dell'Osso ve ark. 2002, McEvoy ark. 2006). Özellikle PANSS ölçeğindeki sanrılar ile içgörü arasında ters bağlantı olduğu göze çarpmıştır. Çalışmamızın bulguları genel anlamda psikozun içgörüyü sınırlandırdığı görüşü ile uyumlu bulunmuştur (Peralta 1998, Cassidy F 2001).

İçgörü ile özgül pozitif belirtiler arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar özellikle tipik olarak sanrılar ile ilişkilendirilmiştir (Dickerson 1997, Debowska 1998). Çalışmamızda iyileşme döneminde de sanrıya yönelik içgörü eksikliği saptanmış olup, sanrı varlığının kişinin hastalığı hakkındaki inanç sistemlerini etkilediği görüşünü desteklemektedir (Sanz ve ark. 1998, Langdon ve ark. 2006).

Klasik görüş; içgörü eksikliği (kendisi ve hastalığı ile ilgili düşünsel yanılgıları) ve sanrının (dış dünyayla ilgili düşünce bozuklukları) her ikisinin de gerçeklikten kopmayı yansıttığını,

TABLO 4. AHİÖ Çıkıştaki Puanlarının Son Altı Aylık İş Yaşantısına Göre Değerlendirilmesi.

| AHİÖ Ölçeği | | Son altı aydaki iş yaşantısı | | | | Test değ; p |
|---------------------------------------------------|--------|------------------------------|--------|----------|--------|-------------------|
| | | Var | | Yok | | |
| | | Ort±SS | Medyan | Ort±SS | Medyan | |
| Ruhsal boz. Farkında olma | Şimdi | 1,57±0,9 | 1 | 2,07±1,3 | 1,5 | Z:1,781; p:0,075 |
| | Geçmiş | 1,50±0,9 | 1 | 2,05±1,3 | 1,5 | Z:2,098; p:0,036* |
| Genel maddeler İlaç ted.etkilerinin farkında olma | Şimdi | 1,39±0,7 | 1 | 1,82±1,1 | 1 | Z:1,775; p:0,076 |
| | Geçmiş | 1,54±0,8 | 1 | 1,79±1,1 | 1 | Z:1,047; p:0,295 |
| Ruh. boz. sosyal sonuçların farkında olma | Şimdi | 2,68±1,4 | 3 | 2,89±1,4 | 3 | Z:0,661; p:0,508 |
| | Geçmiş | 2,57±1,3 | 3 | 2,84±1,4 | 3 | Z:0,741; p:0,459 |

Z: Mann Whitney u test

*p<0,05

her iki durumun da birbiriyle kesişen patolojik süreçler içerebileceğini belirtmektedir (Jaspers ve ark. 1963).

Çalışmamızda son 1 yıl içinde tek ilaç kullanan hastaların sayısı 23, iki ve daha fazla ilaç kullanan sayısı 45, ilaç kullanmayan hastaların sayısı 36 idi. Çalışmamız doğal izlem çalışması olduğu için farmakoterapinin potansiyel etkisini değerlendirmeye almadık.

Tedavi uyumu (Smith ve ark. 1999), psikososyal işlevsellikte bozulma (Amador ve ark. 1994, Lysaker ve ark. 1998), içgörü eksikliğinin önemli klinik göstergeleri olarak belirtilmiştir (Yen ve ark. 2007).

Bipolar hastalarda tedaviye uyumsuzluğun belirleyicilerinden birinin de içgörü eksikliği olduğu ileri sürülmektedir (Yen ve ark. 2005). Çalışmamızda psikotik özellikli hasta grubunda ilaç etkilerinin farkında olma düzeyi anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu bulgu bipolar bozukluk tedavi rehberlerinde antipsikotiklerle sürdürüm tedavisi önerilen hastaların içgörü eksikliği olan bipolar hastalar olabileceği görüşünü destekliyor olabilir. Nitekim McEvoy ve arkadaşlarının bir araştırmasında uzun süre antipsikotik alanlarda almayanlara göre daha iyi içgörü olduğunu bildirilmiştir (Mc Evoy ve ark. 2006).

Çalışmamızda hastalarımızın % 73'ünün son 6 ay boyunca düzenli iş yaşantısının olmadığı belirlenmiştir. Bu grubun içgörüsü geçmişteki ruhsal bozukluğun farkında olma düzeyi açısından düşük olarak saptanmıştır. Aynı zamanda sanrı açıklama şeklinin, düzenli iş yaşantısı olmayanlarda daha kötü olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında İçgörü

eksikliğinin işlevsellikte bozulmaya yol açabileceği söylenebilir. Çalışmamızın sonuçları ile uyumlu olarak; bipolar bozukluklu hastaların % 30-60'ında mesleki ve sosyal alanlardaki işlevselliklerini tekrar kazanamadıkları belirtilmektedir (MacQueen ve ark. 2001, Yen ve ark. 2007b).

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında izlem çalışması olmaması sayılabilir. İçgörü düzeyleri hastaneden çıkmadan hemen önce değerlendirilmiş olup, içgörü düzeyindeki değişimin gösterilmesi için uzun süreli izlem çalışmalarının planlanması gerekebilir.

İçgörü eksikliği olan hastalarda psikotik bulguların varlığının ve bu hastaların tedavi uyumunun prognozu ve içgörüyü nasıl etkilediği de uzunlamasına çalışmalarla daha iyi değerlendirilebilir. Böylece, hastalığın neden olduğu biyopsikososyal sorunların giderilmesinde ve hastalığın depresmesinin önlenmesinde yararlı bilgi edinilebilir.

SONUÇ

İçgörü; psikiyatrik bozuklukların tedavisi ve gidişi üzerinde önemli rolü olan karmaşık, çok yönlü bir görüngüdür. Bipolar bozukluk manik ataktaki hastalar arasında içgörü eksikliği yaygındır. Hastalar iyilik dönemindeyken de içgörü düzeyi düşük bulunabilir. Bipolar bozukluklu hastaların büyük kısmının içgörü eksikliği nedeniyle, tedaviye uyum sorunu yaşadığı söylenebilir. Özellikle psikotik belirtisi olan hastaların ilaç tedavisinin etkilerinin farkında olma düzeyinin düşük olabileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Amador XF, Strauss DH, Yale S ve ark. (1993) The assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*, 150: 873–79.
- Amador XF, Flaum M, Andreasen NC (1994) Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 51: 826–36.
- Amador XF, Friedman JH, Kasapis C ve ark. (1996) Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry*, 153: 1185–188.
- Bauer M, Unutzer J, Pincus HA ve ark. (2002) Bipolar disorder. *Ment Health Serv Res*. 4:225–29.
- Bauwens F, Tracy A, Pardoën D ve ark. (1991) Social adjustment of remitted bipolar and unipolar outpatients. A comparison with age and sex-matched controls. *Br J Psychiatry*, 159: 239–44.
- Bora E, Özdemir F, Özaşkınlı S (2006) Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğinin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye’de Psikiyatri*, 8(2) :74-80.
- Buchy L, Torres IJ, Liddle PF ve ark. (2009) Symptomatic determinants of insight in schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiat*, 50: 578-83.
- Cassidy F, McEvoy JP, Yang YK ve ark. (2001) Insight is greater in mixed than in pure manic episodes of Bipolar I Disorder. *J Nerv Ment Dis*, 189: 6: 398.
- Caton CL, Koh SR, Fleiss JL ve ark. (1985) Rehospitalization in chronic schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 173: 139–48.
- Copeland LA, Zeber JE, Salloum IM ve ark. (2008) Treatment Adherence and Illness Insight in Veterans With Bipolar Disorder. *J Nerv Ment Dis*, 196: 16–21.
- Debowska G, Grzywa A, Kucharska-Pietura K (1998) Insight in paranoid schizophrenia—its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Compr Psychiatry*, 39(5):255-60.
- Dell’Osso L, Pini S, Tundo A ve ark. (2000) Clinical characteristics of mania, mixed mania and bipolar depression with psychotic features. *Compr Psychiatry*, 41: 242–47.
- Dell’Osso L, Pini S, Cassano GB ve ark. (2002) Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disord*, 4: 315–22.
- Department of Health, Education, and Welfare, Policy Research (1979) Medical Practice Project: A State-of-the-Science Report for the Office of the Assistant Secretary for the U.S. Baltimore, MD: Department of Health, Education and Welfare.
- Dias VV, Brissos S, Frey BN ve ark. (2008) Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 110:75-83.
- Dickerson FB, Boronow JJ, Ringel N ve ark. (1997) Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 48(2):195-99.
- Fennig S, Everett E, Bromet EJ ve ark. (1996) Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophr Res*, 22: 257-63.
- Francis JL, Penn DL (2001) The relationship between insight and social skill in persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 189 (12): 822-29.
- Ghaemi NS, Pope HG Jr (1994) Lack of insight in psychotic and affective disorders: a review of empirical studies. *Harvard Rev Psychiatry*, 2: 22–33.
- Ghaemi SN, Stoll AL, Pope HG Jr (1995) Lack of insight in bipolar disorder. The acute manic episode. *J Nerv Ment Dis*, 183: 464–67.
- Ghaemi SN, Rosenquist KJ (2004) Is insight in mania state dependent? A meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*, 192: 771–75.
- Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS ve ark. (1995) Predicting the ‘revolving door’ phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry*, 152: 856–61.
- Jaspers K, Hoening J, Hamilton MW (1963) General psychopathology. 7. Baskı Manchester: Univ. Pr.9.
- Jo’nsdo’ttir H, Engh JA, Friis S ve ark. (2008) Measurement of insight in patients with Bipolar Disorder. *J Nerv Ment Dis*, 196: 4.
- Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F ve ark. (2002) Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 13: 107-14.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA ve ark. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 13(2): 161-76.
- Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A ve ark. (1999) Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14 (44): 23-32.
- Kulhara P, Basu D, Mattoo SK ve ark. (1999) Lithium prophylaxis of recurrent bipolar affective disorder: long-term outcome and its psychosocial correlates. *J Affect Disord*, 54: 87–96.
- Langdon R, Corner T, McLaren J ve ark. (2006) Externalizing and personalizing biases in persecutory delusions: the relationship with poor insight and theory-of-mind. *Behav Res Ther*, 44(5): 699-713.
- MacQueen GM, Young LT, Joffe RT (2001) A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 103: 163–70.
- McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS ve ark. (1989) Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis*, 177: 43–7.
- McEvoy JP, Freter S, Everett G ve ark. (1989) Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis*, 177: 48–51.
- McEvoy JP, Johnson J, Perkins D ve ark. (2006) Insight in first-episode psychosis. *Psychol Med*, 36, 1385–393.
- Michalakeas A, Skoutas C, Charalambous A ve ark. (1994) Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatr Scand*, 90: 46–9.
- Montgomery SA, Asberg M (1979) A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*, 134:382-89.
- Özer S, Demir B, Tuğal Ö ve ark. (2001) Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 12(3): 185-94.
- Peralta V, Cuesta MJ (1998) Lack of insight in mood disorders. *J Affect Disord* 46:55-8.
- Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK ve ark. (2006) Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*, 163: 217–24.
- Robinson D, Woerner MG, Alvir JM ve ark. (1999) Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 241–47.
- Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I ve ark. (1998) A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med*, 28(2):437-46.
- Schwartz RC, Cohen BN, Grubaugh A (1997) Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? *Compr Psychiatry*, 38: 283–88.
- Schwartz RC, Petersen S (1999) The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 187: 376–78.
- Serretti A, Cavallini MC, Macciardi F ve ark. (1999) Social adjustment and self-esteem in remitted patients with mood disorders. *Eur Psychiatry*, 14: 137–42.
- Smith TE, Hull JW, Goodman M ve ark. (1999) The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Nerv Ment Dis*, 187: 102–108.
- Weiler MA, Fleisher MH, McArthur-Campbell D (2000) Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophr Res*, 45: 29-36.
- Williams CC, Collins A (2002) Factors associated with insight among outpatients with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 53:1.
- Yen CF, Yeh ML, Chen CS ve ark. (2002) Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Compr Psychiatry*, 43: 443–47.
- Yen CF, Chen CS, Yeh ML ve ark. (2002) Comparison of insight in patients of insight with schizophrenia and bipolar disorder in remission. *J Ment Disease*, 190: 847-49.
- Yen CF, Chen CS, Yeh ML ve ark. (2003) Changes of Insight in Manic Episodes and Influencing Factors. *Comp Psychiat*, 44: 404-408.
- Yen CF, Chen CS, Ko CH ve ark. (2005) Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: Prospective study. *Psychiatr Clin Neuros*, 59: 403–409.

Yen CF, Chen CS, Ko CH ve ark. (2007a) Changes in insight among patients with bipolar I disorder: a 2-year prospective study. Bipolar Disord, 9: 238-42.

Yen CF, Chen CS, Yang SJ ve ark. (2007 b) Relationships between insight and psychosocial adjustment in patients with bipolar I disorder. Bipolar Disord, 9: 737-42.

Yen CF, Chen CS, Cheng CP ve ark. (2008a) Comparison of insight in schizophrenia, bipolar I disorder and depressive disorder with and without

comorbid alcohol use disorder. Psychiatr Clin Neuros, 62: 685-90.

Yen CF, Chen CS, Yen JY ve ark. (2008b) The predictive effect of insight on adverse clinical outcomes in bipolar I disorder: A two-year prospective study. J Affect Disord, 108: 121-27.

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE ve ark. (1978) A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry, 133: 429-35.

ŞİZOFRENİ DERNEKLERİ RUH HEKİMLERİNİN İLĞİ ve DESTEĞİNİ BEKLİYOR

Şizofreni Dernekleri Federasyonu

Mareşal Fevzi Çakmak sokak 39/6 Beşevler-Ankara
Tel. 0312 213 39 60 - 0312 212 11 12
e-posta: sizderfed@yahoo.com.tr

Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği

Mareşal Fevzi Çakmak sokak 39/6 Beşevler -Ankara
Tel. 0312 213 39 60 - 0312 212 11 12
e-posta: sizofrenihyd@yahoo.com

Şizofreni Gönüllüleri ve Dayanışma Derneği

Ethemefendi Cad. Fırın Sok., Can Apt. No: 5/5, Erenköy, İSTANBUL
Tel. 0216 363 77 26 • Faks. 0216 302 19 94
www.sizofrenigonulluleri.org
e-mail: bilgi@sizofrenigonulluleri.org

Şizofreni Dostları Derneği

Lamartin Cad., 23/4, Talimhane, Taksim, İSTANBUL
Tel. 0212 256 36 61 • Faks. 0212 256 53 91

İzmit Bizimbahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği

Yenimahalle, KOCAELİ
Tel. 0262 226 69 54

Şizofreni Dayanışma Derneği

1469 Sok. Alsancak, Konak, İZMİR
Tel. 0232 465 05 15

Şizofreni Gönüllüleri Derneği

Ferhuniye Cad., No:1, KONYA
Tel. 0332 350 89 00

Şizofreni ile Yaşam Derneği

Tunca Mah. İzmir Cad. No: 172/2, Karaköy, MANİSA
Tel: 0 236 239 64 71

Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği (AŞ-DER)

Bayındır 1 Sokak Fazıl Bey İş Merkezi No 15/16 Kızılay, ANKARA
Tel: 0312 432 57 87 • Faks: 0312 475 62 98

Şizofreni ve Benzeri Bozukluklar Dayanışma Derneği

Tel: 0532 283 25 85 • Tel: 0224 452 66 66, Bursa