

Şizofreni Tanısı Olan Hastalarda İlgörünün Aile Öyküsü, Pozitif ve Negatif Belirtilerle İlişkisi

Dr. Demet DANKI¹, Dr. Nesrin DİLBAZ², Dr. İhsan Tuncer OKAY³, Dr. Şükran TELCİ¹

Özet / Abstract

Amaç: Bu çalışmada şizofreni tanısı olan hastaların içgörü düzeylerinin aile öyküsü ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma kapsamına DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konan 66 hasta alınmıştır. Hastalara aile öyküsü sorgusunu da içeren yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Formu uygulanmıştır.

Bulgular: Şizofreni hastalarında aile öyküsü olmasının düşük içgörü düzeyi ile ilişkili olduğu bulundu. PANSS pozitif alt ölçekleri, aile öyküsü olan hastalarda aile öyküsü olmayanlara göre anlamlı olarak yükseldi. Şizofreni tanısı olan hastalarda pozitif ve genel psikopatoloji belirti şiddeti ile içgörü düzeyi arasında ters bağlantı saptanırken, negatif belirti şiddeti ile içgörü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Sonuç: Şizofreni hastalığında içgörü biyolojik, psikolojik ve psikososyal birçok faktörden etkilenmektedir. Aile öyküsü de bu faktörlerden biri olarak içgörü düzeyini çeşitli yönlerden etkileyebilmektedir. Hastanın aile durumu ve içgörü arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmalar aile öyküsü ve içgörü arasındaki ilişkiden ziyade aile ortamının özelliğinin şizofreninin klinik özelliklerine ve içgörüyü yönelik etkilerini araştırmışlardır. Aynı zamanda aile öyküsü ile şizofreninin klinik belirtileri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar da mevcuttur.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, aile öyküsü, içgörü, pozitif belirtiler, negatif belirtiler

SUMMARY: Insight in Schizophrenia: Relationship to Family History, and Positive and Negative Symptoms

Objective: To determine the level of insight among patients with schizophrenia and to compare sociodemographic and clinical features.

Method: The study included 66 patients with schizophrenia based on DSM-IV criteria. A semi-structured sociodemographic instrument, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), and the Schedule for Assessing the Three Components of Insight (SATCI) were used for the study.

Results: Family history was significantly related to low-level insight in schizophrenic patients. Positive symptom scores in patients with a family history of schizophrenia were significantly higher than in patients without such a family history. Positive and general psychopathological symptoms were inversely related to level of insight in patients with schizophrenia. There was no significant relationship between the negative symptoms scores and level of insight.

Conclusion: Family history of schizophrenia in schizophrenic patients was significantly related to low-level insight. Insight in the schizophrenic patients was affected by biological, psychological, and psychosociological factors. Family history of schizophrenia was one of these factors, which may affect the level of insight in numerous ways. Studies of patient family position and its relationship to insight have generally explored the effects of family situation on schizophrenia and insight, but not family history and its relationship to insight. In this study positive symptom severity was higher in patients with a family history of schizophrenia than in those without such a history. There was a positive relationship between low-level insight and both high positive and general psychopathology symptom levels in patients with schizophrenia.

Key Words: Schizophrenia, family history, insight, positive symptoms, negative symptoms

Teşekkür: Çalışmanın istatistiksel değerlendirmesinde yardımcı olan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda çalışmakta olan Dr. Nazmiye Kurşun'a teşekkür ederiz.

¹Araş. Gör., ²Doç., ³Uzm., A.N.E.A.H 2. Psikiyatri Kl., Ankara.
Dr. Demet Danki, e-posta: daisydemet@yahoo.com

GİRİŞ

İçgörü şizofreni hastalığında mevcut olan psikolojik, psikopatolojik, nörobilişsel mekanizmaları ve kişilerarası ilişkileri de içine alan çok yönlü bir terimdir. Şizofreni tanısı olan birçok hastanın bir hastalığı olduğuna, hastalıklarının klinik belirtilerine, sosyal zorluklarına ve hastalıklarından dolayı tedaviye ihtiyaç duyduklarına yönelik farkındalıkları yoktur. Yapılan çalışmalar şizofreni tanısı alan hastaların % 50 ile % 80' inin düşük içgörü düzeyine sahip olduklarını ve ilaç tedavisini yakın çevrelerinin baskılarından dolayı kabul ettiklerini belirtmektedirler (Amador ve Gorman 1982). İçgörü düzeyinin düşüklüğü şizofreni hastasının ve hastalığının çeşitli özellikleriyle ilişkilendirilmiştir. Bunlar kadın cinsiyet (Peralta ve Cuesta 1998), zayıf işlevsellik (Dickerson ve ark. 1997), premorbid öykü (Debowska ve ark. 1998), hastalık süresinin uzunluğu (Drake ve ark. 2000), depresif belirti sayısının azlığı (Moore ve ark. 1999) ya da çokluğudur (Carroll ve ark. 1999).

Bunların dışında içgörü düzeyi şizofreninin klinik belirtilerinin şiddetinden de etkilenmektedir. İçgörü düzeyini şizofrenideki klinik belirtilerin şiddeti ile karşılaştıran birçok çalışma yapılmıştır. Kimi çalışmalar içgörü düzeyi ile sadece pozitif belirtilerin şiddeti arasında doğrusal bağlantı olduğunu gösterirken (Baier ve ark. 2000), kimi çalışmalar içgörü düzeyi ile hem pozitif hem negatif belirtilerin şiddeti arasında doğrusal bağlantı olduğunu saptamıştır (Debowska ve ark. 1998). Kimi çalışmalarda ise içgörü düzeyi ile pozitif ve negatif belirtiler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Schwartz ve Peterson 1999). Çalışmalar arasında farklı bulgular olması araştırmacıları içgörü ve şizofreni arasındaki ilişkiyi daha ayrıntılı değerlendirmeye yöneltmiştir. Araştırmacılar şizofreni hastasının hastalığını değerlendirmesini etkileyen birçok nörobilişsel ve sosyokültürel etken olduğunu belirtmektedirler (Townsend 1975, Perkins ve Moodley 1993).

Aile hastanın içinde bulunduğu sosyokültürel ortamın başında gelmektedir. Özellikle birinci derece akrabalarında şizofreni tanısının olması hastaların içgörü düzeylerini etkileyebilmektedir. Aile öyküsünün varlığının şizofreni hastalarındaki içgörü düzeylerine olan etkisini araştıran bir çalışmaya göre aile ortamında şizofreni tanısı olan başka aile bireylerinin olması hastanın sosyal ortamdaki konumunu kötüleştirebilmekte, hastalığa yönelik içgörüsünü ve psikososyal işlevselliğini azaltabilmektedir (White ve ark. 1993).

Bu çalışmanın amacı şizofreni tanısı olan bir grup hastada içgörü düzeyinin belirlenmesi ve bu düzeyin aile

öyküsü ile şizofreninin klinik belirtileri açısından karşılaştırılmasıdır.

YÖNTEM

Çalışmaya Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Psikiyatri Polikliniğinde Mayıs 2004-Nisan 2005 tarihleri arasında psikiyatrik değerlendirme sonucu psikopatoloji gösteren ve uzman psikiyatrist tarafından DSM IV'e göre yapılandırılmış SCID-I uygulanarak şizofreni tanısı alan ve yaşları 18-48 arasında değişen 68 hasta alınmıştır. Homojen bir grup oluşturmak adına hastaların psikotrop ilaç tedavisi alan ve yaklaşık 6 ay kısmi remisyon durumunda olan hastalar olmalarına dikkat edilmiştir. CGI (Klinik Global İzlenim) Ölçeğine göre 3-5 puan arası alan hastalar kısmi remisyonda olarak kabul edilmiştir. Birinci derece akrabasında şizofreni öyküsü olan hastalarda aile öyküsü olduğu kabul edilmiştir. Aile öyküsü polikliniğe başvuran hastaların ve hasta yakınlarının verdikleri öyküyle ve daha sonrasında polikliniğe çağırılan birinci derece aile yakını ile SCID I'e uygun görüşme yapılarak başka bir psikiyatrist tarafından konulmuştur. Yakınına ulaşılamayan hasta olmamıştır. Aile öyküsünü bilen psikiyatrist ölçekleri uygulamamış, ölçekler hastaların aile öyküsünü bilmeyen başka bir psikiyatrist tarafından uygulanmıştır. Çalışma hakkında sözel bilgi verilen hastaların kendilerinden veya imza veremeyecek durumda olan hastaların yakınlarından bilgilendirilmiş olur alınmıştır. Çalışmaya katılmak istemeyen bir hasta olmuştur. Organik beyin hastalığı olanlar, zeka geriliği olanlar, psikoaktif madde ve/veya alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı olanlar, tıbbi tedavi gerektirecek düzeyde fiziksel rahatsızlığı olan hastaların çalışma dışı bırakılmasına karar verilmiştir. Psikoaktif madde (diazepam) kötüye kullanımı mevcut bir hasta çalışma dışı bırakılmıştır. Altmış sekiz hastadan çalışmaya iki hasta katılmamıştır ve çalışmaya toplam 66 hasta alınmıştır.

Araçlar

Hastalara SCID-I ve psikiyatrik ölçekleri farklı bir psikiyatrist uygularken, aile öyküsü farklı bir psikiyatrist tarafından belirlendi. Değerlendiren psikiyatristlerin birbirlerinin sonuçlarından haberleri yoktu. SCID I'e göre şizofreni tanısı alan 66 hastanın sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi için yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Pozitif, negatif belirtileri ve genel psikopatolojiyi değerlendirmek için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, içgörüyü değerlendirmek için İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ) uygulanmıştır.

TABLO 1. İÜBDÖ Toplam Puanının Yaş, Hastalık Süresi, Yatış Sayısı Ortalaması ve Eğitim Süresi Gibi Sosyodemografik Değişkenler, PANSS Pozitif, Negatif, Genel Psikopatoloji Alt Ölçekleri Toplam Puanlarıyla Korelasyonu.

	Yaş	Hastalık süresi	Yatış sayısı ortalaması	Eğitim süresi	PANSS pozitif alt ölçek toplam puanları	PANSS negatif alt ölçek toplam puanları	PANSS genel psikopatoloji alt ölçek toplam puanları
İÜBDÖ toplam puanı	.088	-0.31**	-0.54**	.315**	-0.85**	0.56	-0.35**

r: Pearson Korelasyon Analizi ile Korelasyon

** p<0.01

1- SCID-I: SCID-I First ve arkadaşları tarafından 1997’de DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmedir (First ve ark. 1997). SCID I tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanılarının geçerliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I’in Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından 1999’da yapılmıştır (Çorapçıoğlu ve ark. 1999).

2- Sosyodemografik Veri Formu: Bu formda çalışmaya katılan gönüllülere sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, meslek vb) ile alkol-madde kullanım öyküsü, hastalığın başlangıç yaşı, aile öyküsü, hastalığın süresi, psikotrop ilaç kullanıp kullanmadığı, dahili hastalık öyküsü sorgulanmıştır.

3- Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (The Positive and Negative Syndrome Scale-PANSS): Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilen 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirilmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (Kay ve ark. 1987). 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif belirtiler alt ölçeğine, yedisi negatif belirtiler alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Kostakoğlu ve ark. 1999).

4- İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği-İÜBDÖ (Schedule for Assessing the Three Components of Insight): David tarafından 1990 yılında geliştirilen 8 sorudan oluşan, klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış ve şizofreni hastalarına yönelik bir ölçektir (David 1990). “Tedavi kabulü” (1a), “tedavi istemi” (1b), “hastalığını bilme” (2a), “ruhsal hastalığı olduğunu bilme” (2b), “hastalığı açıklama” (2c), “hezenin doğruluğuna inanma” (3a), “yaşantılarını açıklama”

(3b) başlıklı 7 alt ölçeğine ek olarak “inanmamaya tepki” başlıklı alt ölçeği mevcuttur. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14’tür. Sekizinci sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek puan 18’dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Bu ölçeğin Türkçe’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Arslan ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

İstatiksel değerlendirme: Elde edilen tüm veriler SPSS (Statistical Program for Social Sciences) sürüm 11.0 ile değerlendirildi. Sosyodemografik değişkenler ve pozitif, negatif, genel psikopatoloji alt ölçekleri toplam puanları ile İÜBDÖ toplam puanı arasındaki ilişki “Pearson korelasyon analizi” ile değerlendirilmiştir. PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji alt ölçek toplam puanları, İÜBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının hastalarda aile öyküsü olup olmamasına göre karşılaştırılması “bağımsız örneklem arası t testi” ile değerlendirilmiştir.

İÜBDÖ alt ölçekleri ile İÜBDÖ toplam puanları, pozitif, negatif, genel psikopatoloji alt ölçekleri toplam puanları arasındaki ilişki “Spearman korelasyon katsayısı” ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

BULGULAR

Altmış altı hastada yaş ortalaması kadınlar için 37±7.73, erkekler için 31.30±6.271 idi. Hastaların % 69.7’si erkek, % 36.4’ü evli, % 36.4’ü çalışmıyordu. Hastaların % 87.9’u çekirdek aileye sahipti ve % 45.5’inin aylık gelir düzeyi asgari ücretten düşüktü. Hastaların % 87.9’unda kentsel yerleşim öyküsü mevcuttu, % 54. 5’i polikliniğe kendi isteği ile geliyor, geri kalanı yakınları tarafından getiriliyordu. Hastaların şizofreninin alt tiplerine göre ayrımları yapıldığında 66 hastanın 52’si paranoid tip (% 78.8), 13’ü ayrıştırılmamış tip (% 19.7), 1’i ise (% 1.5) rezidüel tip şizofreni

TABLO 2. PANSS Pozitif, Negatif, Genel Psikopatoloji Alt Ölçek Toplam Puanları, İÜBDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Hastalarda Aile Öyküsü Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması.

	Aile öyküsü var	Aile öyküsü yok	t
	Ort±ss	Ort±ss	
PANSS Pozitif alt ölçek toplam puanları	25.3±9.8	16.1±9.5	3.760**
PANSS Negatif alt ölçek toplam puanları	18.4±10.6	18±7.2	-0.223
PANSS Genel psikopatoloji alt ölçek toplam puanları	37.4±11.5	32.8±12.9	1.440
PANSS Yargılama ve içgörü eksikliği alt ölçeği	3.6±1.5	2.6±1.3	-2.524*
İÜBDÖ toplam puanı	8.08±5	12.7±4.3	-3.915**
Tedavi kabulü (1a)	1.64±0.76	1.78±0.52	-.816
Tedavi istemi (1b)	1.68±0.69	1.71±0.60	-1.64
Hastalığı bilme (2a)	1.20±0.82	1.76±0.54	-3.029*
Ruhsal hastalığı olduğunu bilme (2b)	0.8±0.96	1.56±0.59	-3.577**
Hastalığı açıklama (2c)	0.84±0.99	1.59±0.59	-3.422**
Hezeyanın doğruluğuna inanma (3a)	0.48±0.65	1.17±0.83	-3.745**
Yaşantıları açıklama (3b)	0.58±1.07	0.88±0.85	-2.194*
İnanmamaya tepki (ek)	0.88±1.27	2.10±1.43	-3.604**

t: Bağımsız Örneklem Arası t Testi ile Korelasyon.

* p<0.05

**p<0.01

olarak belirlendi. Hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 25.3, hastalık süreleri ortalaması 92.9 ay, yatış sayıları ortalaması da 1.71 olarak saptandı.

Grubun PANSS pozitif puan ortalaması 19.64, PANSS negatif puan ortalaması 18.18, PANSS genel psikopatoloji puan ortalaması 34.58 ve İÜBDÖ toplam puan ortalaması 10.95 idi.

Tablo 1’de sosyodemografik değişkenlerin içgörü düzeyi ile ilişkisine bakıldığında yaş ve içgörü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken hastalık süresi, yatış sayısı ortalaması ile içgörü düzeyi arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı (p<0.01). Eğitim süresi ve içgörü düzeyi arasında ise pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p<0.05). Hastalarda PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji alt ölçekleri toplam puanlarının İÜBDÖ toplam puanları ile korelasyonuna bakılırsa PANSS pozitif ve psikopatoloji alt ölçekleri toplam puanlarının İÜBDÖ toplam puanları ile ters bağlantılı olduğu ortaya çıkmıştır (p<0.01). Hastalarda PANSS pozitif ve genel psikopa-

toloji belirti düzeyleri arttıkça İÜBDÖ toplam puanlarının azaldığı gözlenmiştir. PANSS negatif belirtiler alt ölçekleri toplam puanları ile İÜBDÖ toplam puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 1).

Altmış altı hastanın 25’inde (% 37.9) aile öyküsü mevcuttu. PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji alt ölçekleri, İÜBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının, PANSS genel psikopatoloji ölçeğinin yargılama ve içgörü eksikliği alt ölçeği toplam puanlarının aile öyküsü olan ve olmayan hastalara göre karşılaştırılması Tablo 2’de özetlenmiştir. Aile öyküsü olanlarda PANSS pozitif alt ölçek puanları aile öyküsü olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ortaya çıkarken İÜBDÖ toplam puanı ise aile öyküsü olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0.01 ve p<0.05). İÜBDÖ alt ölçeklerinden “hastalığı bilme” (2a), “ruhsal hastalığı olduğunu bilme” (2b), “hastalığı açıklama” (2c), “hezeyanın doğruluğuna inanma” (3a), “yaşantıları açıklama” (3b) ve “inanmamaya tepki” alt ölçekleri puanlarının

TABLO 3. İÜBDÖ Alt Ölçek Puanları ile PANSS Pozitif, Negatif ve Genel Psikopatoloji Alt Ölçekleri Toplam Puanlarının Korelasyonu.

	PANSS Pozitif alt ölçek toplam Puanları r_s	PANSS Negatif alt ölçek toplam puanları r_s	PANSS Genel psikopatoloji alt ölçek toplam puanları r_s
Tedavi kabulü (1a)	-.484**	-.053	-.262*
Tedavi istemi (1b)	-.552**	-.158	-.250*
Hastalığı bilme (2a)	-.493**	.134	-.174
Ruhsal hastalığı olduğunu bilme (2b)	-.687**	.409**	-.139
Hastalığı açıklama (2c)	-.570**	.393**	-.090
Hezeyanın doğruluğuna inanma (3a)	-.766**	.116	-.488**
Yaşantıları açıklama (3b)	-.695**	.227	-.470**
İnanmamaya tepki (ek)	-.704**	.258*	-.488**

r_s : Spearman Korelasyon Katsayısı.

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

toplamı İÜBDÖ toplam puanı ile uyumlu olarak aile öyküsü olanlarda aile öyküsü olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır (Tablo 2).

İÜBDÖ alt ölçeklerinin puanları ile PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji alt ölçekleri toplam puanlarının korelasyonu Tablo 3'te gösterilmiştir. Tüm alt ölçek puanları PANSS pozitif alt ölçekleri toplam puanı ile ters bağlantılıyken, “ruhsal hastalığı olduğunu bilme” (2b), “hastalığı açıklama” (2c) ve “inanmamaya tepki” alt ölçekleri ile PANSS negatif alt ölçekleri toplam puanları arasındaki ilişkide doğrusal bağlantı saptanmıştır. “Tedavi kabulü” (1a), “tedavi istemi” (1b), “hezeyanın doğruluğuna inanma” (3a), “yaşantılarını açıklama” (3b) ve “inanmamaya tepki” alt ölçekleri puanları ile PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği toplam puanları arasında ters bağlantı saptanmış diğer İÜBDÖ alt ölçekleri ile PANSS genel psikopatoloji alt ölçekleri toplam puanları arasındaki ilişki anlamlı çıkmamıştır (Tablo 3).

TARTIŞMA

Şizofreni tanısı olan bir grup hastanın pozitif, negatif ve genel psikopatoloji belirtilerinin şiddeti ile aile öyküsünün içgörü düzeyi ile ilişkisinin değerlendirilmesini amaçlayan bu çalışmada aile öyküsü olmayan hastalarda aile öyküsü olan hastalara oranla içgörü düzeyini anlamlı olarak daha yüksek bulduk. İçgörü düzeyinin pozitif ve genel psikopatoloji belirtileri ile ters bağlantı gösterdiği saptanırken, negatif belirtilerle içgörü düzeyi arasında

herhangi anlamlı bir ilişki mevcut değildi. Aile öyküsü ile pozitif belirti düzeylerinin şiddetini doğrusal bağlantılı olarak bulduk.

Çalışmamızda saptanan başka bir bulgu ise hastalık süresi uzadıkça, yatış sayısı arttıkça içgörü düzeyinin azaldığı olmuştur. İçgörü düzeyi yaş ile ilişkisiz bulunurken, eğitim düzeyi ile doğrusal bağlantı göstermiştir. PANSS pozitif ve genel psikopatoloji klinik belirtilerinin şiddeti ile içgörü düzeyi arasında ters bağlantı saptanmıştır.

Yaş ile içgörü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadık. Bu durum birçok çalışmayla uyumludur (Yen ve ark. 2002, Gigante ve ark. 2004). Eğitim düzeyi ise bazı çalışmalarda içgörü düzeyi ile doğrusal bağlantılı bulunurken (Macpherson ve ark. 1996), bazı çalışmalarda yüksek eğitim düzeyi ile içgörü şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Gigante ve ark. 2004, Laroi ve ark. 2000). Birçok araştırma çalışmamızla uyumlu olarak hastalık süresinin uzunluğu ve yatış sayısının fazlalığı ile düşük içgörü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (Yen ve ark. 2002, Laroi ve ark. 2000). Şizofrenide düşük içgörü düzeyinin hastalığın gidişatını ve tedavi uyumunu olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Lysaker ve ark. 1994, Buchanan 1992). Hastaneye yatış sayısı arttıkça ve hastalık süresi uzadıkça içgörü düzeyinin artabileceğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (Macpherson ve ark. 1996, Peralta ve Cuesta 1998).

İçgörü biyolojik, psikolojik ve psikososyal birçok faktörden etkilenmektedir. Aile öyküsü de içgörüyü et-

kileyen faktörlerden biridir. Çalışmamızda aile öyküsü bulunan şizofreni hastalarının içgörü düzeylerinin aile öyküsü bulunmayan hastaların içgörü düzeylerine oranla anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Aile öyküsü içgörü düzeyini psikopatolojik, sosyokültürel, bilişsel ve psikososyal yönlerden etkileyebilmektedir.

Gigante ve arkadaşları (2004) şizofreni hastalarının aile bireylerindeki içgörü düzeyini hastaların içgörü düzeyi ile karşılaştırmışlardır. Özellikle “psikotik fenomeni yeniden adlandırma” alt bileşeninin düzeyinde, hastalarla aile üyeleri arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır. Bu alt bileşeni değerlendirmelerindeki benzerlik ortak bir psikopatolojiden kaynaklanabilmektedir. Aynı zamanda aile üyeleri şizoid kişilik özellikleri gösterebilmektedirler ve bu durum onlar açısından şizofreninin bazı özelliklerini tanımlamakta zorluklara sebep olabilmektedir (Johns ve ark. 2001). Şizotaksi kavramı son yıllarda araştırılmakta ve aile üyelerinin şizofreniye eğilimi ile ilişkili birçok faktör incelenmektedir (Faraone ve ark. 2000). Belki de şizofreninin içgörü bileşeni ile ilgili bu bağlamda araştırmalar yapılması yararlı olacaktır. Her ne kadar aile üyelerinin içgörüyü tanımlamalarında psikopatoloji önemli ise de sosyokültürel etmenler de etkili olabilmektedir. Toplumların hastalığa bakış açılarının değişik olabileceği göz ardı edilmemelidir (Johnson ve Orrell 1995).

Şizofrenide aile öyküsü bilişsel işlevlerin bozulması aracılığı ile içgörü düzeyine etki edebilmektedir. Şizofreni hastası bireylerin bilişsel işlevleriyle içgörü düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar mevcuttur (Laroi ve ark. 2000, Startup 1996, Lysaker ve ark. 2003). Bu ilişkiyle ilgili olarak özellikle “şizofreni belirtilerini ayırtılandırma” ve “belirtilerin farkına varma” zorlukları gibi bilişsel bozuklukların da ailesel geçişi olabileceği bildirilmektedir (Harris ve ark. 1996). Bu bozukluklar düşük içgörü düzeyini gösterebilmektedirler.

İçgörü düzeyi ve aile öyküsü ilişkisinin psikososyal boyutu da bulunmaktadır. Aile öyküsü olan ve olmayan hastalardaki stres dayanıklılığı ile şizofreninin klinik belirtileri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada aile öyküsünün stres dayanıklılığını azalttığı saptanmıştır. Aile öyküsü psikososyal faktörlerden etkilenme oranını arttırabilmektedir (Norman ve Malla 2001). Stres duyarlılığının genetik bir yanı olabilmekte özellikle aile öyküsü olanlarda olumsuz deneyimler altında “gerçeği algılama yeteneği” daha sık bozulabilmektedir (Norman ve ark. 1997). Dolayısıyla bu bozulma hastanın içgörü düzeyini etkileyebilmektedir. Gerçeği algılama bozukluğunun stres altındayken frontotemporal yolların daha fazla etkilen-

mesinden kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Norman ve ark. 1997).

Aile öyküsünden başka şizofreni hastalarında içgörü-yü etkileyen faktörlerden birisi de klinik belirtilerin çeşidi ve şiddetidir. Şizofreni hastalığındaki pozitif ve negatif belirtiler Crow tarafından (1985) tanımlanmış olup iki farklı belirti kümesini oluşturmaktadırlar. Pozitif belirtiler varsanılar, sanrıları, pozitif düşünce bozukluğunu, dezorganize ve katatonik davranışları içerirken; negatif belirtiler duygulanımda sığlaşma, yoksullaşmış düşünce, konuşma içeriği, haz almama, apati, konuşma ve dikkat bozukluklarından oluşmaktadır (Kay ve ark. 1987). Bu belirtilerin aynı hastalığın farklı klinik yansımaları ya da beyinde ayrı yerlerde olan nöroanatomik bozuklukların dışavurumları oldukları net olmamakla birlikte bu konuda yapılan çalışmaların sayısı her geçen gün artmaktadır. Beyin görüntüleme çalışmaları negatif belirtilerin daha çok frontal lobdan kaynaklanan işlev bozukluğu (Andreasen ve ark. 1986), pozitif belirtilerin ise nöral ağların iletimindeki bozukluklardan geliştiklerini destekler niteliktedir (Ebmeier ve ark. 1993). Çalışmamızda içgörü düzeyleri ile pozitif, negatif ve genel psikopatoloji düzeyleri arasındaki ilişkiyi de inceledik. İçgörü düzeyi ile pozitif ve genel psikopatoloji belirtilerin şiddeti arasında ters bağlantı saptanırken içgörü düzeyi ile negatif belirtilerin şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Şizofreni hastalarındaki klinik özelliklerle içgörü arasındaki ilişkiyi araştıran diğer çalışmalara bakıldığında ilk göze çarpan araştırmalardan birisi Mintz ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları bir meta-analiz çalışmasıdır. Bu çalışmada içgörü düzeyi ile şizofreni belirtileri şiddeti arasındaki ilişkiyi araştıran 40 literatür taranmış ve sonuçta içgörü düzeyi ile pozitif, negatif ve genel psikopatoloji belirtileri şiddeti arasında ters bağlantı olduğu fakat bu sonucun istatistiksel anlamlılık taşımadığı belirtilmiştir.

Çalışmamızla uyumlu olarak Vaz ve arkadaşları (2002) şizofreni tanısı alan 82 hastanın klinik belirtilerinin şiddeti ile içgörü düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Pozitif ve genel psikopatoloji belirtilerinin şiddeti ile içgörü düzeyi arasında ters bağlantı saptarlarken negatif belirtilerin şiddeti ile içgörü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır.

Pozitif belirti şiddetinin artması ile içgörü düzeyinin azalmasının olası açıklamalarından biri sanrı ve varsanıların olmasıdır. Sanrı ya da varsanılar çoğunlukla düşük içgörü düzeyi ile birlikte gelirler. İçgörü azlığı-yokluğu bir şizofreni belirtisidir, PANSS’in ölçütlerinden biridir. Bu nedenle pozitif-negatif-genel psikopatolojiye ait belirtilerin şiddeti ile ilişkili olması beklenmektedir.

Bulduğumuz sonuçtan farklı olarak şizofreni tanılı hastalardaki içgörü düzeyi ile negatif belirtilerin şiddeti arasında ters bağlantı olduğunu, pozitif ve genel psikopatoloji belirtilerinin şiddeti ile içgörü düzeyinin ilişkisinin olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Debowska ve ark. 1998, Cuesta ve ark. 1998). Negatif belirtilerden “sosyal içe çekilme”, “sosyal işlevsellikte bozukluk” belirtilerinin şiddetinin fazla olması hastanın “sosyal alanlardaki kaybını” anlamasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle negatif belirtilerin şiddeti arttıkça hastanın hastalığın sosyal sonuçlarına yönelik farkındalığının azalması muhtemeldir. Bu düşünceye karşın Sevy ve arkadaşlarının (2004) içgörünün alt bileşenleri ile şizofreninin klinik özelliklerini karşılaştırdıkları bir çalışmada “hastalığın farkında olma” ve “hastalığın sosyal sonuçlarının farkında olma” belirtilerinin olmaması ya da az olması sadece pozitif belirti şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada “hastalığın sosyal sonuçlarının farkındalığı”nın olup olmaması negatif belirti şiddetinden tamamen bağımsız olarak saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarından birisi de genel psikopatoloji belirti şiddeti ile içgörü düzeyinin ters bağlantılı olarak saptanmasıdır. Bazı çalışmalar içgörü düzeyi ile genel psikopatoloji belirti şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulmazlarken (Mc Evoy ve ark. 1989) bazı çalışmalar aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmişlerdir (Smith ve ark. 1998, Vaz ve ark. 2002, Kemp ve Lambert 1995).

İçgörünün pozitif, negatif ve genel psikopatoloji belirtilerinden başka özellikle depresif duygudurum ile ilişkisini araştıran çalışmalar mevcuttur. Birçok çalışma içgörü düzeyi ile depresif belirti şiddeti arasında doğrusal anlamlı bir ilişki saptamıştır (Drake ve ark. 2004, Carrol ve ark. 1999, Sanz ve ark. 1998). Düşük içgörü düzeyinin “kendilik saygısını” korumak adına hastalığı inkar etmekle ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (McGlashan ve Carpenter 1976). Şizofrenide depresif duygudurumun yanı sıra özkıyım girişimi sıklığı ile içgörü arasında

da anlamlı ilişki bulan (Smith ve ark. 1998) ve bulamayan (Evren ve ark. 2002) çalışmalar mevcuttur. Bizim çalışmamızın sınırlılıklarından biri hastaların içgörü düzeyleri ile depresif belirtilerinin şiddeti ve özkıyım düşüncesi sıklığı arasındaki ilişkinin araştırılmamasıdır.

Çalışmamızda ayrıca aile öyküsü ile şizofreninin klinik belirtilerinin şiddeti ile ilişkisini araştırdık. Aile öyküsü ile pozitif belirtilerinin şiddeti arasında doğrusal bağlantı saptadık. Aile öyküsünün özellikle şizofreninin negatif belirtileriyle ilişkili olduğuna dair yayınlar bulunmakla beraber (Silverman ve ark. 1987, Verdoux ve ark. 1996, Malaspina ve ark. 2000) hem pozitif hem negatif belirtileriyle ilişkili olabileceği de belirtilmektedir (Wickham ve ark. 2001). Klinik belirtiler ve aile öyküsünün ilişkisi ile ilgili olarak genetik ve ikiz çalışmalar yapılmaktadır ve negatif belirtilerin pozitif belirtilere oranla daha kuvvetli ailesel geçişi olduğu bildirilmektedir (Farmer ve ark. 1984, Dworkin ve ark. 1984). Bizim çalışmamızda negatif belirtilerle aile öyküsü arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Norman ve Malla (2001) pozitif ve negatif belirti şiddeti ile stres duyarlılığı arasındaki ilişkiyi araştırdıkları bir çalışmada strese maruziyet sırasında aile öyküsü ile pozitif belirtilerin şiddeti arasında doğrusal bağlantı olduğunu, negatif belirtilerin şiddeti ile aile öyküsü arasında herhangi bir ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir.

Şizofrenide aile öyküsü olmasının içgörü ve diğer klinik özelliklerle ilişkisini inceleyen bu çalışmada örneklem sayısının yeterince fazla olmaması çalışmanın eksikliklerinden biriydi. Hastaların aile öyküsünü sorgulayan, tam anlamıyla objektif bir yöntem olmaması çalışmanın nesnellliğini etkileyen önemli bir etkendi. Ayrıca hastaların içgörü düzeylerini etkileyebilecek bilişsel işlevlerini ve duygudurum belirtilerini değerlendirmemiş olmamız da çalışmanın eksikliklerindendir.

KAYNAKLAR

- Amador XF, Gorman JM (1998) Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*, 21: 27-42.
- Andreasen NC, Nasrallah Z, Dunn VD ve ark. (1986) Structural abnormalities in the frontal system in schizophrenia: a magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry*, 43:136-144.
- Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H ve ark. (2001) İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye’de Psikiyatri*, 3:17-24.
- Baier M, DeShay E, Owens K ve ark. (2000) The relationship between insight and clinic factors for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, 14: 259-265.
- Buchanan A (1992) A two-year prospective study of treatment

compliance in patients with schizophrenia. *Psychologic Med*, 22: 787-797.

Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I et al. (1999) Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res*, 35: 247-253.

Crow TJ (1985) The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull*, 11:471-486.

Cuesta MJ, Peralta V (1994) Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 20(2):359-66.

Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A (1998) Psychopathological dimensions and lack of insight in schizophrenia. *Psychological Reports*, 83: 859-898.

Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM IV Eksen

1 bozuklukları (SCID-1) için yapılandırılmış klinik görüşme, Klinik versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

David AS (1990) Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*, 156: 798-808.

Debowska G, Grzywa A, Kucharska-Pietura K (1998) Insight in paranoid schizophrenia-its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Comp Psychiatry*, 39: 255-260.

Dickerson FB, Boronow JJ, Ringel N ve ark. (1997) Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv*, 48: 195-199.

Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S ve ark. (2000) Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 177: 511-515.

Drake RJ, Pickles RP, Bentall P ve ark. (2004) The evaluation of insight, paranoia and depression during early schizophrenia *Psychol Med*, 34: 285-292.

Dworkin RH, Lenzenweger MF, Moldin SO ve ark. (1988) A multidimensional approach to the genetics of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 145:1077-1083.

Ebmeier KP, Blackwood DHR, Murray C ve ark. (1993) Single-photon emission computed tomography with Tc-^{99m} exametazime in unmedicated schizophrenic patients. *Biol Psychiatry*, 33: 487-495.

Evren CE, Evren B, Erkıran M (2002) Şizofrenili Hastalarda Özkıyım düşüncesi: Pozitif, negatif belirtiler, depresyon ve içgörüyü ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 13 (4): 255-264.

Faraone SV, Seidman LJ, Kremen WS ve ark. (2000) Neuropsychological functioning among the nonpsychotic relatives of schizophrenic patients: the effect of genetic loading. *Biol Psychiatry*, 48:120-126.

Farmer AE, McGuffin P, Gottesman II (1984) Searching for the split in schizophrenia: at twin study perspective. *Psychiatry Res*, 13:109-118.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) Structured Clinical interview for DSM IV Axis Disorders (SCID-1) Clinical version. Washington D.C. and London: American Psychiatric Press.

Gigante AD, Castel S (2004) Insight into schizophrenia: a comparative study between patients and family members *Sao Paulo Med. J*, 122 (6): 246-251.

Giron M, Gomez-Beneyto M (2004) Relationship between Family attitudes and Social Functioning in Schizophrenia. A Nine-Month Follow-Up Prospective Study in Spain. *J Nerv Ment Dis*, 192 (6): 414-420.

Harris JG, Adler LE, Young DA ve ark. (1996) Neuropsychological dysfunction in parents of schizophrenics. *Schizophr Res*, 20(3):253-60.

Johns LC, Van OJ (2001) The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev*, 21(8):1125-41.

Johnson S, Orrell M (1995) Insight and psychosis: a social perspective. *Psychol Med*, 25(3): 515-20.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13: 261-275.

Kemp R, David A. Insight and compliance (1996) In *Compliance and the treatment alliance in serious mental illness*. (ed. B. Blackwell) Harwood Academic Publishers; Amsterdam s. 61-86.

Kemp RA, Lambert TJR (1995) Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophr Res*, 18:21-28.

Kirmayer LJ, Corin E (1998) Inside knowledge-cultural construction of insight in psychosis. In: Amador XF, David AS, editors. *Insight and Psychosis*. New York: Oxford University Press; s. 193-220.

Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. (1999) Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14: 23-32.

Laroi F, Fannemel M, Ronnember U ve ark. (2000) Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Res*, 100(1):49-58.

Lysaker P, Bell M, Milstein R ve ark. (1994) Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry*, 57: 307-315.

Lysaker PH, Lancaster RS, Davis LW ve ark. (2003) Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 191(1):38-44.

Macpherson R, Jerrom B, Hughes A (1996) Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 168(6):718-22.

Malaspina D, Goetz RR, Yale S ve ark. (2000) Relation of familial schizophrenia to negative symptoms but not to the deficit syndrome. *Am J Psychiatry*, 157(6):994-1003.

McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS ve ark. (1989) Insight in schizophrenia. It's relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis*, 177: 43-47.

McGlashan TH, Carpenter JR (1976) Postpsychotic depression in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 33: 231-239.

Mintz AR, Dobson KS, Romney DM (2003) Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 61:75-88.

Moore O, Cassidy E, Carr A, Callaghan EO (1999) Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur. J Psychiatry*, 14: 264-269.

Norman RMG, Malla AK, Morrison-Stewart SL ve ark. (1997) Neuropsychological correlates of syndromes in schizophrenia *Br J Psychiatry*, 170: 134-139.

Norman RMG, Malla AK (2001) Family History of Schizophrenia and the relation of stress to symptoms:preliminary findings. *Aust N Z J Psychiatry*, 35:217-233 34.

Peralta V, Cuesta MJ (1998) Factor structure and clinical validity of competing models of positive symptoms in schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 44: 107-114.

Perkins RE, Moodley P (1993) Perception of problems in psychiatry inpatients: denial, race and service usage. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 28(4):189-93.

Sanz (1998) A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med*. 1998 Mar 28(2):437-46.

Schwartz RC, Peterson S (1999) The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 187: 376-378.

Sevy S, Nathanson K, Visweswarajah H ve ark. (2004) The relationship between insight and symptoms in schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 45(1): 16-19.

Silverman JM, Mohs RC, Davidson M ve ark. (1987) Familial Schizophrenia and treatment response. *Am J Psychiatry*, 144:1271-1276.

Smith TE, Hull JW, Santos L (1998) The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: A longitudinal perspective. *Schizophr Res*, 33: 63-67.

Startup M (1996) Insight and cognitive deficits in schizophrenia: evidence for a curvilinear relationship. *Psychol. Med*, 26:1277-1281.

Townsend JM (1975) Cultural conceptions and mental illness. A controlled comparison of Germany and America. *J Nerv Ment Dis*, 160(6):409-21.

Vaz FJ, Bejar A, Casado M (2002) Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 28(2): 311-317.

Verdoux H, Van Os J, Sham P ve ark. (1996) Does familiarity predispose to both emergence and persistence of psychosis? a follow up study. *Br J Psychiatry*, 168.620-626; correction, 169:116.

White R, Bebbington P, Pearson J (2000) The social context of insight in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35(11):500-7.

Wickham H, Walsh C, Asherson P (2001) Familiarity of symptom dimensions in schizophrenia. *Schizophr Res*, 47(2-3):223-32.

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 Psychiatr*, 3(6):443-7.