

Şizofrenide Klinik İlgörünün Psikiyatrik Semptomlar ve Bilişsel İşlevler ile İlişkisi

Pelin Kurtgöz Zorlu¹, Ömer Bilgiç¹,
Tuba Şahin¹, Nabi Zorlu²

¹Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği,
İzmir - Türkiye

²Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir - Türkiye



ÖZET

Şizofrenide klinik ilçörünün psikiyatrik semptomlar ve bilişsel işlevler ile ilişkisi

Amaç: Şizofrenide bozulmuş ilçörünün etiyolojisini anlamak; ilçörü kazandırmak, tedavi uyumu ve tedavi yanıtı için etkili müdahale yöntemleri geliştirmek açısından önemlidir. Çalışmamızda, şizofreni hastalarında, klinik özellikler ve bilişsel işlevler ile klinik ilçörünün farklı boyutları arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya DSM-5'e göre şizofreni tanı kriterlerini karşılayan 59 hasta alınmıştır. Tüm olguların ilaç tedavisi sürmektedir ve son 3 ay içinde hastane yatışı ve ilaç tedavisinde değişiklik olmamıştır. Hastalar pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS), Akıl Hastalığına İlgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ), Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET), Stroop Testi, İşitsel Üçlü Sessiz Harf Sıralaması Testi (İÜSHST) ve İz Sürme Testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Ortalama yaş 41.1±10.3 yıl olarak saptanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların %71.2'si erkek (s=42) ve %28.8'i (s=17) kadındır. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 24.6±7.6 yıl, hastalığın ortalama süresi 16.5±9.4 yıl ve ortalama hastanede yatış sayısı 2.6±2.8 olarak saptanmıştır. PANSS pozitif ve genel puanlarının AHİÖ toplam puanı için, PANSS genel puanı ve hastalık süresinin AHİÖ-hastalığın farkında olma puanı için, PANSS pozitif ve genel puanlarının AHİÖ-tedavi etkisinin farkında olma puanı için ve PANSS genel puanı ve hastalık başlangıç yaşının AHİÖ-sosyal sonuçların farkında olma puanı için öngördürücü olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Klinik ilçörü ile ilişkili olabilecek etkenlerin değerlendirildiği bu çalışmada, şizofreni hastalarında klinik ilçörünün pozitif ve genel semptomlarla ilişkili olduğu ancak, negatif semptomlar ve nörokognitif bozulma ile ilişkili olmadığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: İlgörü, nörobilişsel işlevler, pozitif semptomlar, şizofreni

ABSTRACT

Associations of psychiatric symptoms and neurocognition with clinical insight in schizophrenia

Objective: It is important to understand the etiology of impaired insight in schizophrenia in order to develop effective interventions to improve disorder awareness, treatment adherence, and recovery outcomes. The current study aims to explore the relationship of clinical domains and neurocognitive functions with different dimensions of clinical insight among patients with schizophrenia.

Methods: A total of 59 patients who met the diagnostic criteria for schizophrenia according to DSM-5 were recruited in the study. All patients were receiving outpatient treatment and were in fairly stable clinical conditions as defined by the absence of hospitalizations or changes in medication within the last three months. Patients were evaluated by Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS), Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD), The Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Stroop-Test, Auditory Consonant Trigram Test (ACT) and Trail Making Test (TMT).

Results: Mean age was 41.1±10.3 years. Of the total 59 patients, 71.2% (n=42) were male and 28.8% (n=17) were female. Mean age of onset for illness was 24.6±7.6 years, mean duration of illness was 16.5±9.4 years and mean number of hospitalizations was 2.6±2.8. According to our findings, PANSS positive and general scores were predictors for SUMD-total score, PANSS general score and duration of illness were predictors for SUMD-awareness of mental illness score, PANSS positive and general scores were predictors for SUMD-awareness of the need for treatment score, PANSS general score and age of onset of schizophrenia were predictors for SUMD-awareness of the social consequences of disorder score.

Conclusion: This study examined clinical insight, psychopathology and various domains of neurocognitive functioning. Our results suggest that clinical insight is associated with positive and general symptoms but not with negative symptoms and neurocognitive impairment in patients with schizophrenia.

Keywords: Insight, neurocognitive functions, positive symptoms, schizophrenia

Bu makaleye atf yapmak için: Kurtgoz-Zorlu P, Bilgiç O, Şahin T, Zorlu N. Associations of psychiatric symptoms and neurocognition with clinical insight in schizophrenia. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2017;30:79-85. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2017300201>

Yazışma adresi / Address reprint requests to:

Pelin Kurtgöz Zorlu,
Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Psikiyatri Kliniği, Saim Çikırkçı Cad., No: 59,
35170, Karabağlar/İzmir, Türkiye

Telefon / Phone: +90-232-250-5050/4113

Elektronik posta adresi / E-mail address:
pelinkurtgoz@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
19 Mayıs 2016 / May 19, 2016

İlk düzeltme öneri tarihi /
Date of the first revision letter:
23 Haziran 2016 / June 23, 2016

Kabul tarihi / Date of acceptance:
24 Kasım 2016 / November 24, 2016

GİRİŞ

Şizofreni hastalarının %50 ila %80'inin, hastalıklarına karşı kısmen ya da tamamen içgörülerinin olmadığı gösterilmiştir (1). Son yıllarda araştırmacılar klinik ve bilişsel içgörü olmak üzere iki tip içgörü tanımlamışlardır (2). Klinik içgörü, bir akıl hastalığına sahip olmanın, hastalık semptomlarının ya da tedavi ihtiyacının farkında olma gibi, hastalığın klinik yansımalarının farkında olma ile kavramsallaştırılmıştır ve bu temelde ölçülmektedir (3). Bilişsel içgörü ise, kişinin kendisini diğerlerinden ayırt edebilme, kendi düşünce ve yorumlarını değerlendirebilme yetisini ifade etmektedir (4). Psikiyatri hastalarının hastalıklarına olan içgörülerinin doğası ve derecesinin önemli etkileri olabilmektedir; şöyle ki, zayıf içgörü hastalığın geç tanınmasına, tedaviye yetersiz uyuma ve yetersiz sağaltıma neden olabilmektedir (5). Bunlara ek olarak, zayıf içgörü, sosyal (6) ve mesleki işlevsellikte azalmayla (7) ve yaşam kalitesindeki bozulmayla ilişkilendirilmiştir (8). Tüm bunlardan dolayı, şizofrenide bozulmuş içgörünün etiyolojisini anlamak; içgörü kazandırmak, tedavi uyumu ve tedavi yanıtları için etkili müdahale yöntemleri geliştirmek açısından önemlidir.

İçgörüsüzlüğe neden olan mekanizmaların tam olarak bilinmemesine karşın, olası etiyolojik modeller ileri sürülmüştür. Bu modellerden ilki, zayıf içgörüyü şizofreninin birincil bulgusu şeklinde ele almaktadır (9). Ancak bu modeli araştıran geçmiş çalışmalarda çelişkili sonuçlar saptanmıştır (5). Literatürde zayıf içgörü ile pozitif bulgular (10) ve negatif bulgular (11) arasında ilişki saptayan çalışmalar olduğu gibi, herhangi bir ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur (12,13).

Diğer bir etiyolojik model ise, zayıf içgörüyü bozulmuş nörokognitif işlevlerin bir parçası olarak görmektedir. Bu modeli inceleyen geçmiş çalışmalarda da tutarlı sonuçlar saptanmamıştır. Bazı çalışmalarda zayıf içgörüyü, yürütücü işlevler (14,15) ve bellek bozukluğu (16) arasında ilişki olduğu gösterilirken, diğer çalışmalarda herhangi bir ilişki saptanmamıştır (17,18). Yakın zamanda yapılan bir meta-analizde ise, nörokognitif bozulmanın klinik içgörü

üzerine anlamlı fakat küçük bir etkisi olduğu gösterilmiştir (19).

Bu çalışmanın amacı, kronik ve stabil şizofreni hastalarında, son 3 ay içinde psikotik bulgularında belirgin değişiklik olmayan hastalar ve bilişsel işlevler ile klinik içgörü ve 3 farklı boyutu arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır. İlk hipotezimiz klinik içgörü ile pozitif ve negatif semptomlar arasında negatif bir ilişki saptanacağıdır. İkinci hipotezimiz ise, düşük örneklem sayımızdan dolayı klinik içgörü ve bilişsel işlevler arasında ilişki saptanmayacağıdır.

YÖNTEM

Çalışmaya Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde ayaktan izlenen ve DSM-5'e göre şizofreni tanı kriterlerini karşılayan, ilaç tedavisi sürmekte olan, son 3 ay içinde hastane yatışı ve ilaç tedavisinde değişiklik olmayan 59 stabil hasta alınmıştır. Onsekiz yaşından küçük ya da 65 yaşından büyük olanlar, bilinç kaybına neden olan kafa travması öyküsü olanlar, nörolojik hastalığı olanlar, son 1 yıl içinde alkol veya madde kullanım bozukluğu olanlar ve mental retardasyonu olanlar çalışmaya alınmamıştır. Çalışma için yerel etik kurul onayı alınmıştır. Bütün hastalardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

Hastalar araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik veri formu, pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS), Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ), Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET), Stroop Testi, İşitsel Üçlü Sessiz Harf Sıralaması Testi (ÜSHST) ve İz Sürme Testi (İST) ile değerlendirilmiştir.

Ölçekler

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS): Kay ve arkadaşları (20) tarafından geliştirilen, otuz maddelik ve yedi puanlı yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Otuz 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 (21) tarafından yapılmıştır.

Akıl Hastalığına İlgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ):

Amador ve arkadaşları (22) tarafından geliştirilen ve klinisyen tarafından doldurulan likert tipi bir ölçektir. İstatistik analizlerde, hastalığın farkında olma, tedavi etkisinin farkında olma ve sosyal sonuçların farkında olmanın değerlendirildiği ilk üç madde ve bu 3 maddenin puanları toplanarak elde edilen toplam puan kullanılmıştır. Her madde 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Yüksek puanlar zayıf içgörüyü göstermektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Bora ve arkadaşları (23) tarafından yapılmıştır.

Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET):

Heaton tarafından geliştirilmiştir (24). Frontal lob işlevlerini ölçmede kullanılan testlerden Wisconsin kart eşleme testinin, özellikle dorsolateral prefrontal korteks işlevleri için duyarlı olduğu kabul edilmektedir (25). Çalışmada bilgisayar versiyonu kullanılmıştır. Wisconsin kart eşleme testinde başarı, eşleme ilkesinin kavranmasına bağlıdır. Bu test için her biri renk, biçim ve miktarına göre 3 gruptan oluşan 128 geometrik desenli kart kullanılır. Zaman sınırlaması yoktur. Türkçe adaptasyon çalışmaları Karakaş ve arkadaşları (26) tarafından yapılmıştır. Değerlendirmede perseveratif hata sayısı ve tamamlanmış kategori sayısı kullanılmıştır.

Stroop Testi:

Karıştırıcı uyaranları ihmal edebilme yetisini incelemek için, sözcük okumaya karşın renk adlandırmayı kullanan bir testtir (27). Testi yapabilmek için yalnızca bir görsel özelliğin seçici olarak işlenmesi, diğerlerinin engellenmesi gerekir. Stroop testi, siyah yazılmış renk adlarını okuma, renkli kare ya da noktaların rengini söyleme, kelime ile farklı renkle yazılmış renk adlarını okuma ve renkli yazılmış kelimeleri okumayıp renklerini söyleme şeklinde dört bölümden oluşmaktadır. Türkçe adaptasyon çalışmaları Karakaş ve arkadaşları (26) tarafından yapılmıştır.

İşitsel Üçlü Sessiz Harf Sıralaması Testi (İÜSHST):

İşleyen belleği değerlendiren bir testtir. Testin değerlendirilmesinde doğru hatırlanan harf sayılarının toplamı kullanılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (28).

İz Sürme Testi (İST): Reitan (29) tarafından geliştirilmiştir. Araştırmamızda B bölümünün süresi değerlendirilmeye alınmıştır (30).

İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS (Armonk, New York, ABD) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıp dağılmadıkları, Kolmogorov-Simirnov testi ile değerlendirilmiştir. AHİÖ ölçek puanlarının çoğunluğunun normal dağılmadığı saptandığı için, içgörü puanları ile hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, yatış sayısı, PANSS puanları ve nöropsikolojik test puanları arasındaki korelasyon analizlerinde, Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Klinik içgörüyü öngörücü değişkenleri belirlemek amacıyla, lineer regresyon analizi uygulanmıştır. Bu analize, içgörü puanları ile korelasyon gösteren değişkenler alınmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 41.1 ± 10.3 yıl saptanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların %71.2'si erkek ($s=42$) ve %28.8'i ($s=17$) kadındır. Eğitim süresi ortalaması 7.7 ± 3.4 yıldır. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 24.6 ± 7.6 yıl, hastalığın ortalama süresi 16.5 ± 9.4 yıl ve ortalama hastanede yatış sayısı 2.6 ± 2.8 olarak

Tablo 1: Hastaların ölçek puanları

| Ölçek | Ortalama | SS |
|---------------------------------------|----------|-------|
| AHİÖ- hastağın farkında olma | 2.6 | 1.2 |
| AHİÖ- tedavi etkisinin farkında olma | 2.0 | 1.3 |
| AHİÖ- sosyal sonuçların farkında olma | 2.8 | 1.7 |
| AHİÖ- toplam | 7.5 | 3.6 |
| PANSS- pozitif | 12.0 | 4.7 |
| PANSS- negatif | 19.3 | 7.7 |
| PANSS- genel | 28.3 | 6.5 |
| WKET- perseverasyon sayısı | 37.9 | 18.7 |
| WKET- tamamlanmış kategori | 3.0 | 1.9 |
| Stroop süre | 32.1 | 12.6 |
| İÜSHST | 32.8 | 10.7 |
| İz sürme B- süre | 208.1 | 112.3 |

AHİÖ: Akıl Hastalığına İlgörüsüzlük Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, WKET: Wisconsin Kart Eşleme Testi, İÜSHST: İşitsel Üçlü Sessiz Harf Sıralaması Testi, SS: Standart sapma

saptanmıştır. Hastaların %64.4'ünün bekar (s=38), %23.7'sinin evli (s=14) ve %11.9'unun (s=7) boşanmış olduğu saptanmıştır. Hastalara son 3 ayda uygulanan tedaviler incelendiğinde; %44.1'nin (s=26) sadece atipik antipsikotik, %30.5'inin (s=18) atipik antipsikotik ve antidepresan, %16.9'unun (s=10) atipik antipsikotik ve tipik antipsikotik, %8.5'inin (s=5) atipik antipsikotik, tipik antipsikotik ve antidepresan kullandığı belirlenmiştir.

AHIÖ, PANSS ve nörokognitif test puanları Tablo 1'de gösterilmektedir.

AHIÖ puanları ile klinik değişkenler, PANSS ve nöropsikolojik testler arasındaki korelasyon Tablo 2'de gösterilmektedir. AHIÖ toplam puanı ile hastalık

başlangıç yaşı arasında negatif korelasyon, PANSS pozitif ve genel puanları arasında ise pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. AHIÖ-hastalığın farkında olma puanı ile hastalık süresi arasında negatif korelasyon, PANSS pozitif ve genel puanları arasında ise pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. AHIÖ-tedavi etkisinin farkında olma puanı ile hastalık başlangıç yaşı arasında negatif korelasyon, PANSS pozitif ve genel puanları arasında ise pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. AHIÖ-sosyal sonuçların farkında olma puanı ile hastalık başlangıç yaşı arasında negatif korelasyon, PANSS genel puanları arasında ise pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır.

Klinik içgörüyü öngören değişkenler Tablo 3'te

Tablo 2: İçgörü puanlarının klinik özellikler, semptomlar ve bilişsel işlevler ile korelasyonu

| | AHIÖ- hastalığın farkında olma | AHIÖ- tedavi etkisinin farkında olma | AHIÖ- sosyal sonuçların farkında olma | AHIÖ- toplam |
|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------|
| Hastalık Başlangıç Yaşı | -0.155 | -0.328* | -0.424** | -0.368** |
| Hastalık Süresi | -0.298* | -0.136 | 0.022 | -0.141 |
| Yatış Sayısı | 0.024 | -0.140 | 0.021 | -0.016 |
| PANSS- pozitif | 0.394** | 0.454** | 0.214 | 0.385** |
| PANSS- negatif | 0.131 | 0.092 | 0.194 | 0.165 |
| PANSS- genel | 0.616** | 0.534** | 0.316* | 0.540** |
| WKET- perseverasyon sayısı | 0.027 | -0.134 | 0.210 | -0.017 |
| WKET- tamamlanmış kategori | 0.008 | 0.065 | -0.078 | -0.009 |
| Stroop süre | -0.236 | -0.229 | -0.168 | -0.238 |
| İÜSHST | -0.003 | -0.005 | 0.018 | 0.012 |
| İz sürme B- süre | 0.112 | -0.076 | 0.038 | 0.045 |

*p<0.05, **p<0.01, AHIÖ: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, WKET: Wisconsin Kart Eşleme Testi, İşitsel Üçlü Sessiz Harf Sıralaması Testi

Tablo 3: Klinik içgörüyü öngören değişkenler için regresyon analizi

| | B | β | t | p | Düzeltilmiş R ² | F | p |
|--|--------|--------|--------|-------|----------------------------|--------|--------|
| AHIÖ toplam | | | | | 0.295 | 9.106 | <0.001 |
| PANSS genel | 0.185 | 0.334 | 2.534 | 0.014 | | | |
| PANSS pozitif | 0.203 | 0.269 | 2.065 | 0.044 | | | |
| Hastalık başlangıç yaşı | -0.086 | -0.184 | -1.644 | 0.106 | | | |
| AHIÖ hastalığın farkında olma | | | | | 0.350 | 11.418 | <0.001 |
| PANSS genel | 0.071 | 0.387 | 3.076 | 0.003 | | | |
| PANSS pozitif | 0.060 | 0.240 | 1.928 | 0.059 | | | |
| Hastalık süresi | -0.028 | -0.220 | -2.053 | 0.045 | | | |
| AHIÖ- tedavi etkisinin farkında olma | | | | | 0.298 | 9.221 | <0.001 |
| PANSS genel | 0.065 | 0.329 | 2.503 | 0.015 | | | |
| PANSS pozitif | 0.078 | 0.293 | 2.253 | 0.028 | | | |
| Hastalık başlangıç yaşı | -0.025 | -0.153 | -1.364 | 0.178 | | | |
| AHIÖ- sosyal sonuçların farkında olma | | | | | 0.138 | 5.659 | 0.006 |
| PANSS genel | 0.069 | 0.266 | 2.151 | 0.036 | | | |
| Hastalık başlangıç yaşı | -0.060 | -0.273 | -2.213 | 0.031 | | | |

AHIÖ: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

verilmiştir. PANSS pozitif ve genel puanlarının AHİÖ toplam puanı için, PANSS genel puanı ve hastalık süresinin AHİÖ-hastalığın farkında olma puanı için, PANSS pozitif ve genel puanlarının AHİÖ-tedavi etkisinin farkında olma puanı için ve PANSS genel puanı ve hastalık başlangıç yaşının AHİÖ-sosyal sonuçların farkında olma puanı için öngördürücü olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Klinik içgörü ile ilişkili olabilecek etkenlerin değerlendirildiği bu çalışmada, hem pozitif semptomlar hem de genel semptomlardaki artışın klinik içgörüdeki azalmayı öngördüğü saptanmıştır. Bu bulgular geçmiş çalışmalarla uyumludur. Amador ve arkadaşları (1) içgörünün, sanrılar ve dezorganizasyon gibi pozitif semptomlarla güçlü bir şekilde korele olduğunu bildirmişlerdir. Nieto ve arkadaşları (31) da, 96 akut psikotik bozukluğu olan hastayla yaptıkları araştırmada, içgörünün pozitif ve genel semptomlarla ilişkili olduğunu, fakat negatif semptomlarla ilişkili olmadığını saptamışlardır. Yakın zamanlı bir diğer çalışmada da zayıf içgörünün pozitif semptomlar ve şiddet davranışı ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (32). Tedavi öyküsü olan ve olmayan şizofreni hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, pozitif semptom skorları ve içgörü arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır (33). Yine, çalışmamızla uyumlu olarak, Kim ve arkadaşları (34), pozitif semptomlarla (özellikle sanrılar, halüsinasyonlar ve dağınık düşünce) içgörü arasında korelasyon olduğunu saptamışlardır. Türkiye’de yapılmış bir çalışmada da pozitif bulgular ile içgörü arasında negatif korelasyon saptanmıştır (35). Pozitif bulgulardaki artış ile içgörüdeki azalma arasında saptanan ilişki literatürde çeşitli şekillerde açıklanmıştır. İlk açıklama, pozitif bulguların en önemli parçası olan sanrılarda, kişinin günlük olaylara dair sebep-sonuç ilişkisini kuramamasına yol açan mekanizmanın, aynı şekilde hastalığa bağlı gelişen olaylar için de sebep-sonuç ilişkisi kurulmasını engellediği ve bu nedenle de hastaların hastalıklarına karşı içgörü geliştirememelerinin beklenen bir durum olduğu şeklindedir (11). İkinci olası açıklama ise, kişinin kendi zihinsel süreçlerine karşı farkındalığının

azalmasına bağlı olarak şizofreni hastalarında içgörünün bozulduğu şeklindedir. Şizofreni hastalarında yapılan yakın zamanlı bir işlevsel beyin görüntüleme çalışmasında, klinik içgörü ile kortikal orta hat yapılarındaki ve frontopolar korteksteki aktivasyon arasında ilişki saptanmıştır. Bu bölgelerin, sağlıklı kişilerin kendini ve kendi zihinsel süreçlerini değerlendirmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (36). Çalışmamızda içgörüyle negatif semptomlar arasında herhangi bir ilişki saptanmamış olduğu da düşünüldüğünde bulgularımızı, şizofreni hastalarındaki içgörü eksikliğinin pozitif semptomların bir parçası olabileceği şeklindeki açıklama ile de uyum göstermektedir. Bu hipoteze göre şizofreni hastalarındaki zayıf içgörü, yaşamında yol açtığı belirgin olumsuzluklara rağmen hastanın ısrarla hastalığını inkar ettiği özel bir sanrı tipidir (37).

Hipotezimizin aksine çalışmamızda negatif bulgular ile içgörü arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bugüne kadar içgörü ile negatif bulgular arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar içgörü ile negatif bulgular arasında ilişki saptarken (10,11), diğer çalışmalar herhangi bir ilişki saptamamıştır (31,35). Çalışmalar arasındaki çelişkili sonuçların sebepleri arasında, farklı içgörü ölçeklerinin kullanımı, küçük örneklem sayısı ve çalışmalara farklı klinik özelliklere sahip hastaların alınması olabilir.

İçgörü ve nörokognitif işlevler arasında anlamlı bir ilişki saptamayan bu çalışma, içgörüyle yürütücü işlevler, bellek ve dikkat arasında ilişki saptamamış olan geçmiş çalışmalarla uyumludur (10,17,18). Ancak, yakın zamanlı bir meta-analizde ise nörokognitif işlevler ile klinik içgörü arasında anlamlı ama küçük bir ilişki saptanmıştır (19). Çalışmamızdaki örneklem sayısının düşük olması, içgörü ile nörokognitif testler arasında ilişki bulamamızın sebeplerinden birisi olabilir. Diğer bir sebep ise, çalışmalara alınan şizofreni hastalarının farklı klinik özelliklere sahip olması olabilir. Örneğin, Quee ve arkadaşları (38), içgörü ile nörokognitif testler arasında, hastalığın farklı dönemlerinde farklı korelasyonlar saptandığını bildirmiştir. Çalışmamıza kronik ve stabil şizofreni hastalarının alınmış olması nedeniyle psikotik alevlenmesi olan veya hastalığı yeni başlamış olan şizofreni hastalarında

içgörü ile nörokognitif işlevler arasında ilişki olma ihtimali dışlanamaz. Sonuç olarak bulgularımızı kronik ve stabil şizofreni hastalarında, klinik içgörünün bozulmasında, nörokognitif bozulmanın etkili olmadığını ya da düşük oranda etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmanın birçok kısıtlılığı mevcuttur. Bunlardan ilki, kesitsel olması nedeniyle değişkenler arasındaki sebep-sonuç ilişkisinin uzunlamasına çalışmalarla aydınlatılması gerekliliğidir. İkinci kısıtlılığımız, tüm hastalar antipsikotik tedavi kullandığı için tedavinin klinik içgörü üzerine olan olası etkisini dışlamamızın mümkün olmamasıdır. Diğer kısıtlılıklar, örneklem grubunun ağırlıklı olarak erkeklerden oluşması, genellikle 40'lı yaşlarda olması, uzun hastalık süresine sahip olması ve tedaviyi kabul eden bir grup olmasıdır. Bu nedenlerle, bulguların ne ölçüde, kadın hastalara, ilk epizod hastalara, düzenli tedavi almayan hastalara ve hastalığın farklı evrelerine genellenebileceği bilinmemektedir. Yeni tanı

almış, ilaç kullanımı olmayan genç hastalarda yapılacak çalışmalar içgörü ile ilişkili faktörlerin aydınlatılmasında önemli bir katkı sunacaktır.

| Katkı Kategorileri | Yazarın Adı |
|--|--------------------|
| Çalışma fikrinin geliştirilmesi | P.K.Z., N.Z., Ö.B. |
| Çalışmanın metodolojik olarak tasarımı | P.K.Z., N.Z., T.Ş. |
| Veri toplama ve işleme | P.K.Z., Ö.B., T.Ş. |
| Verinin analizi ve yorumlanması | N.Z., Ö.B., T.Ş. |
| Literatür araştırması | N.Z., P.K.Z. |
| Makalenin yazımı | P.K.Z. |
| Makalenin gözden geçirilerek revize edilmesi | N.Z., Ö.B., T.Ş. |

Çıkar çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

KAYNAKLAR

- Amador XF, Gorman JM. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 21:27-42. **[CrossRef]**
- Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007; 33:192-199. **[CrossRef]**
- Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:826-836. **[CrossRef]**
- Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004; 68:319-329. **[CrossRef]**
- Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull* 2007; 33:1324-1342. **[CrossRef]**
- Erol A, Delibas H, Bora O, Mete L. The impact of insight on social functioning in patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2015; 61:379-385. **[CrossRef]**
- Lysaker PH, Bryson GJ, Bell MD. Insight and work performance in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:142-146. **[CrossRef]**
- Rocca P, Castagna F, Mongini T, Montemagni C, Bogetto F. Relative contributions of psychotic symptoms and insight to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010; 177:71-76. **[CrossRef]**
- Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1997; 27:37-44. **[CrossRef]**
- Chan KK. Associations of symptoms, neurocognition, and metacognition with insight in schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry* 2016; 65:63-69. **[CrossRef]**
- Mingrone C, Rocca P, Castagna F, Montemagni C, Sigaud M, Scalese M, Rocca G, Bogetto F. Insight in stable schizophrenia: relations with psychopathology and cognition. *Compr Psychiatry* 2013; 54:484-492. **[CrossRef]**
- Greenberger C, Serper MR. Examination of clinical and cognitive insight in acute schizophrenia patients. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198:465-469. **[CrossRef]**
- Wiffen BD, Rabinowitz J, Lex A, David AS. Correlates, change and "state or trait" properties of insight in schizophrenia. *Schizophr Res* 2010; 122:94-103. **[CrossRef]**
- Chan SK, Chan KK, Lam MM, Chiu CP, Hui CL, Wong GH, Chang WC, Chen EY. Clinical and cognitive correlates of insight in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2012; 135:40-45. **[CrossRef]**

15. Chan SK, Chan KK, Hui CL, Wong GH, Chang WC, Lee EH, Tang JY, Chen EY. Correlates of insight with symptomatology and executive function in patients with first-episode schizophrenia-spectrum disorder: a longitudinal perspective. *Psychiatry Res* 2014; 216:177-184. **[CrossRef]**
16. Keshavan MS, Rabinowitz J, DeSmedt G, Harvey PD, Schooler N. Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophr Res* 2004; 70:187-194. **[CrossRef]**
17. Simon V, De Hert M, Wampers M, Peuskens J, van Winkel R. The relation between neurocognitive dysfunction and impaired insight in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009; 24:239-243. **[CrossRef]**
18. Stefanopoulou E, Lafuente AR, Saez Fonseca JA, Huxley A. Insight, global functioning and psychopathology amongst in-patient clients with schizophrenia. *Psychiatr Q* 2009; 80:155-165. **[CrossRef]**
19. Nair A, Palmer EC, Aleman A, David AS. Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: a review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2014; 152:191-200. **[CrossRef]**
20. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13:261-276. **[CrossRef]**
21. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14:23-34.
22. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993; 150:873-879. **[CrossRef]**
23. Bora E, Özdemir F, Özaşkın S. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğinin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006; 8:74-80.
24. Heaton R. The Wisconsin card sorting test manual. Odesa, FL: Psychological Assessment Resources 1981.
25. Weinberger DR, Berman KF, Zec RF. Physiologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia. I. Regional cerebral blood flow evidence. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:114-124. **[CrossRef]**
26. Karakaş S, Irak M, Ersezgin ÖU. Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST) ve Stroop Testi TBAG formu puanlarının test içi ve testler-arası ilişkileri. X. Ulusal Psikoloji Kongresi Özet Kitabı, 1998, 44.
27. Golden CJ. Stroop Color and Word Test. Chicago, IL; Stoelting, 1978.
28. Anil EA, Kivircik BB, Batur S, Kabakci E, Kitiş A, Guven E, Basar K, Turgut TI, Arkar H. The Turkish version of the Auditory Consonant Trigram Test as a measure of working memory: a normative study. *Clin Neuropsychol* 2003; 17:159-169. **[CrossRef]**
29. Reitan RM. Validity of the Trail making Test as an indicator of organic brain damage. *Percept Mot Skills* 1958; 8:271-276. **[CrossRef]**
30. Türkez N, Can H, Kurt M, Elmastaş Dikeç B. İz Sürme Testi'nin 20-49 yaş aralığında Türkiye için norm belirleme çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2015;26:189-196.
31. Nieto L, Cobo J, Pousa E, Blas-Navarro J, García-Parés G, Palao D, Obiols JE. Insight, symptomatic dimensions, and cognition in patients with acute-phase psychosis. *Compr Psychiatry* 2012; 53:502-508. **[CrossRef]**
32. Ekinci O, Ekinci A. Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia. *Nord J Psychiatry* 2013; 67:116-123. **[CrossRef]**
33. Tirupati S, Padmavati R, Thara R, McCreadie RG. Insight and psychopathology in never-treated schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2007; 48:264-268. **[CrossRef]**
34. Kim Y, Sakamoto K, Kamo T, Sakamura Y, Miyaoka H. Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1997; 38:117-123. **[CrossRef]**
35. Dankı D, Dilbaz N, Okay İT, Telci Ş. Şizofreni tanısı olan hastalarda içgörünün aile öyküsü, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18:129-136.
36. Rajj TT, Rieki TJ, Hari R. Association of poor insight in schizophrenia with structure and function of cortical midline structures and frontopolar cortex. *Schizophr Res* 2012; 139:27-32. **[CrossRef]**
37. Branković S. Boredom, dopamine, and the thrill of psychosis: psychiatry in a new key. *Psychiatr Danub* 2015; 27:126-137.
38. Quee PJ, van der Meer L, Bruggeman R, de Haan L, Krabbendam L, Cahn W, Mulder NC, Wiersma D, Aleman A. Insight in psychosis: relationship with neurocognition, social cognition and clinical symptoms depends on phase of illness. *Schizophr Bull* 2011; 37:29-37. **[CrossRef]**