

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

**MALULİYET İSTEMİYLE BAŞVURAN PSİKOTİK
BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA TEMARUZ EĞİLİMİ VE
İLGİLİ KLİNİK DEĞİŞKENLERİN ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Amine Merve ATALAY SAKA

ANKARA
Mayıs 2018

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

**MALULİYET İSTEMİYLE BAŞVURAN PSİKOTİK
BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA TEMARUZ EĞİLİMİ VE
İLGİLİ KLİNİK DEĞİŞKENLERİN ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Amine Merve ATALAY SAKA

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Rukiye Filiz KARADAĞ

ANKARA
Mayıs 2018

KABUL ve ONAY



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Amine Merve Atalay Saka
Baba Adı	Atilla
Doğum Yeri/Tarihi	Jenimahalle, 06.07.1989
Diploma Tarihi / Diploma No	12/7/2013, 167593
Mezun Olduğu Fakülte	Ordu Tıp Fakültesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Psikiyatri
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay: 5
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: Maluliyet İstemiyle Başvuran Psikotik Bozukluğu
Olan Hastalarda Temaruz Eğitimi ve İlgili
Klinik Değişkenlerin Araştırılması,

JÜRI KARARI:

Tez başarılı bulunmaktadır,
(04/05/2018)

JÜRI ÜYELERİ

Prof. Dr. Nevzat Yılmaz
BAŞKAN

ÜYE

Zehra Akın

ÜYE

Prof. Dr. Nurettin
ERSEKİ

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Rukiye Filiz Karadağ’a, kıymetli bilgi ve tecrübeleriyle bizleri aydınlatmış, bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum için her daim çok şanslı hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Nevzat Yüksel, Prof. Dr. Zehra Arıkan, Prof. Dr. Mustafa Ender Taner, Prof. Dr. Behçet Coşar, Prof. Dr. Selçuk Aslan, Prof. Dr. Selçuk Candansayar ve Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu’na;

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonum süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum Prof. Dr. Elvan İşeri, Prof. Dr. Yasemen Işık Taner ve Doç. Dr. Esra Güney’e ve Nöroloji rotasyonum sırasında bilgilerinden yararlandığım tüm hocalarıma;

Asistanlığım süresince beraber çalıştığım, dostluklarını her zaman hissettiğim özellikle değerli dostum Dr. Refika Yamanel ve tüm asistan arkadaşlarıma, yardımını hiçbir zaman esirgemeyen sevgili Uzman Klinik Psikologlarımız Çisem Utku ve Tuğba Uyar’a, her zaman çok uyumlu bir işbirliği içinde çalıştığımız kliniğimizin değerli hemşireleri ve tüm tedavi ekibine;

Hayatımın her anında koşulsuz sevgi ve destekleriyle yanımda olan, başarımın asıl mimarları olarak gördüğüm canım aileme; anneme, babama, kardeşime ve biricik eşim Fatih’e;

Bu çalışmaya katılmayı kabul eden ve kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarımın teşekkür ederim.

Dr. A. Merve Atalay Saka

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. TEMARUZ	4
2.1.1. Terimler ve Tanımlamalar	4
2.1.2. Temaruzun Tarihçesi.....	5
2.1.3. Temaruzun Tanısı	8
2.1.4. Temaruzun Etyolojisi.....	10
2.1.5. Temaruz Epidemiyolojisi.....	10
2.1.6. Ayırıcı Tanı.....	12
2.1.7. Görüşme Teknikleri	14
2.1.8. Temaruzun Klinik Görünümleri Ve Tanınması	16
2.1.9. Prognoz ve Yönetim.....	24
2.2. PSİKOZ.....	24
2.2.1. Genel Bilgiler ve Tarihçe.....	24
2.2.2. Tanı	25
2.2.3. Sıklık	26
2.2.4. Risk Faktörleri	26
2.2.5. Etyoloji.....	27
2.2.6. Beyin Görüntüleme.....	28
2.2.7. Bilişsel Belirtiler	29

2.2.8.	Gidiş ve Sonlanım.....	30
2.3.	MALULİYET	31
2.3.1.	Maluliyetin Tanımı ve 5510 Sayılı Kanun.....	31
2.3.2.	Özür Oranları ve Malul Sayılma	32
2.3.3.	Sağlık Kurulu Raporları	33
2.3.4.	Yurtdışında Maluliyet İşlemlerinin Değerlendirilmesi	34
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1.	Araştırma Örnekleminin Seçilimi	36
3.1.1.	Araştırmaya Alınma Kriterleri	36
3.1.2.	Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	36
3.2.	Araştırmanın Tipi.....	36
3.3.	Etik Kurul Onayı.....	37
3.4.	Araştırmanın Bütçesi	37
3.5.	Değerlendirme Gereçleri.....	37
3.5.1.	Sosyodemografik Veri Formu.....	37
3.5.2.	Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS).....	38
3.5.3.	Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS).....	38
3.5.4.	Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS)	38
3.5.5.	Calgary Depresyon Ölçeği (CDS).....	39
3.5.6.	Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS-II)	39
3.5.7.	Miller-Belirtilerin Adli Değerlendirme Ölçeği (M-FAST).....	39
3.5.8.	Rey Hafıza Testi (RMT)	40
3.5.9.	Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOCA)	40
3.5.10.	Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET).....	41
3.5.11.	Stroop Renk Sözcük Testi -TBAG Formu	42
3.5.12.	Rey İşitsel-Sözel Öğrenme Testi (RAVLT).....	42
3.6.	İstatistiksel Analiz.....	44

4. BULGULAR.....	45
5. TARTIŞMA	72
5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	72
5.2. Temaruz Ölçekleri	81
5.3. Nöropsikolojik Değerlendirme	85
6. SONUÇLAR.....	98
7. KAYNAKLAR	100
8. ÖZET	110
9. SUMMARY	112
10. EKLER.....	114
Ek-1 Etik kurul onayı.....	114
Ek -2 Sosyodemografik Veri Formu.....	116
Ek-3 WHODAS-II	117
Ek-4 SANS.....	122
Ek-5 SAPS	122
Ek-6 BPRS	124
Ek-7 CDS	125
Ek-8 MOCA.....	127
Ek-9 RMT	128
11. ÖZGEÇMİŞ	129

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Şizofrenide İyi ve Kötü Prognostik Faktörler	31
Tablo 2. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri.....	46
Tablo 3. Örneklemi Oluşturan Grupların Hastalığa Ait Özellikleri.....	50
Tablo 4. Uygulanan Klinik Ölçek Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması...	54
Tablo 5. Uygulanan MOCA ve Rey Hafıza Testi Ölçek Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması	56
Tablo 6. Maluliyet İçin Başvuran Hastalara Uygulanan M-FAST ve Rey Hafıza Testi Ölçek Puanları Açısından Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Karşılaştırılması	57
Tablo 7. Uygulanan Stroop Ölçek Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması ..	58
Tablo 8. Uygulanan Rey İşitsel Sözel Öğrenme Test Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması	59
Tablo 9. Uygulanan Wisconsin Kart Eşleme Test Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması	60
Tablo 10. Maluliyet Grubundaki Hastaların WHODAS-II Toplam Ölçek Puanı İle Temaruz Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları Arasındaki İlişki.....	62
Tablo 11. Kontrol Grubundaki Hastaların WHODAS-II Toplam Ölçek Puanı İle Temaruz Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları Arasındaki İlişki.....	63
Tablo 12. Maluliyet Grubundaki Hastaların M-FAST Ölçek Toplam Puanı İle Klinik Değerlendirme Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları Arasındaki İlişki.....	64
Tablo 13. Kontrol Grubundaki Hastaların M-FAST Ölçek Toplam Puanı İle Klinik Değerlendirme Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları Arasındaki İlişki.....	65
Tablo 14. Maluliyet Grubundaki Hastaların Rey Hafıza Testi Ölçek Puanları İle Klinik Değerlendirme Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları Arasındaki İlişki.	67
Tablo 15. Kontrol Grubundaki Hastaların Rey Hafıza Testi Ölçek Puanları İle Klinik Değerlendirme Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları Arasındaki İlişki.....	69
Tablo 16. M-FAST Puanlarını Yordayan Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler .	70
Tablo 17. M-FAST Puanlarını Yordayan Bilişsel İşlev Puanları	71

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
AMPA:	α -amino-3-hidroksi-5-metil-4-izoksazolpropionik asit
BPRS:	Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
CDS:	Calgary Depresyon Ölçeği
COMT:	Katekol-O-metiltransferaz
DAS:	Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi
DISC-1:	Disrupted-In-Schizophrenia 1
DSM:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırması
fMRI:	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GABA:	Gamma-aminobütirik asit
GRM-3:	Metabotropic Glutamate Receptor 3
ICD-10:	Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması
IQ:	Zeka katsayısı
KOAH:	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KPSS:	Kamu Personeli Seçme Sınavı
M-FAST:	Miller Semptomların Adli Değerlendirilmesi Testi
MMPI-2:	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri- 2
MMT:	Mini Mental Test
MOCA:	Montreal Bilişsel Değerlendirme Testi
NIM:	Negatif İzlenim Ölçeği
NRG1:	Neuroglin 1
NMDA:	N-metil-d-pirimidin
PAI:	Kişilik Değerlendirme Envanteri
PTSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
RAVLT:	Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi
RMT:	Rey Hafıza Testi
RSG4:	Regulator of G-protein signaling 4
SANS:	Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
SAPS:	Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
SGK:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SIMS:	Yapılandırılmış Temaruz Semptomatolojisi Envanteri
SIRS:	Bildirilmiş Belirtilerin Yapılandırılmış Görüşmesi
SPSS:	Statistical Program of Social Science
ss:	Standart Sapma
TBAG:	Temel Bilimler Araştırma Grubu
TOMM:	Bellek Temaruzu Testi
TRSM:	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜRK-İŞ:	Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü
WHODAS-II:	Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi
WKET:	Wisconsin Kart Eşleme Testi
yy:	Yüz yıl

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikoz, gerçeği değerlendirmenin bozulduğu, insan zihnini etkileyen, varsanı, sanrı, davranış ve konuşmada çeşitli bozuklukların görüldüğü bir klinik tablodur. DSM V'te şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar başlığı altında incelenmektedir [1]. Türkiye'de şizofreni ve diğer kronik psikotik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %1'dir.

Şizofreni, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da belirtildiği gibi yeti yitimine neden olan ilk 10 hastalık arasında yer alır [2]. 14 ülkeyi kapsayan bir çalışmada şizofreni, engellilik alanında bütün tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar içinde üçüncü sırayı almıştır [3]. Devam eden bazı rezidüel semptomlar, işlevsellik kaybına, hayat kalitesinin düşmesine, sosyal uyumun bozulmasına neden olmaktadır. Şizofreniye bağlı damgalama ve ön yargılar da, toplumsal izolasyona, iş bulamamaya, alkol-madde kullanımına, evsizlik, kurum ve bakımevlerinde barınmaya yol açarak bu duruma katkıda bulunur [2].

Maluliyet, kişinin herhangi bir ekonomik kazanç sağlayacak faaliyet yapamayacak durumda olmasıdır. Ülkemizde sosyal koruma kapsamında maaş (emekli/yaşlı, dul/yetim ve engelli/malul maaşı) alan kişi sayısı 2014 yılında 12 milyon 9 bin kişidir [4]. Engelli/malul maaşı alan kişi sayısı 2015 yılında 831 bin iken, 2016'da bu sayı 840 bin kişiye yükselmiştir. Engelli/malul maaş ödemeleri 2015 yılı için 10.124.000.000 TL iken, 2016 yılı için bu miktar 11.976.000.000 TL'ye yükselmiştir [5]. Zihinsel hastalıkları nedeniyle engellik hakkı talep eden yetişkinlerin maliyeti 2011 yılı için ABD'de toplam \$20,02 trilyondur [6]. ABD'de 2007 yılında yapılmış bir araştırmada, Florida eyaletinde erken emeklilik ya da tazminata hak kazanan tüm vakaların %6.8'inin mental hastalıklar nedeniyle olduğu bildirilmiştir [7]. Ülkemiz için hali hazırda bu tür bir veriye tarafımızca ulaşamamıştır.

Temaruz, psikolojik ya da fiziksel semptomların oldukça abartılması, yeniden oluşturulması ya da isteyerek ve bilerek yanlış gösterilmesidir. Temaruzu saptama ve tanı koymaya yardımcı birçok klinik ölçek ve yöntem geliştirilmiş olsa da, tanı esas olarak hekimin klinik tecrübesine dayanır. Yapılan çalışmalarda temaruz oranları

farklılık göstermekte olup, saptanamayan başarılı temaruz olgularına bağlı olarak temaruzun gerçek prevalansı bilinmemektedir. Literatürde %1-88 arasında değişen oranlar bildirilmektedir. Ülkemizde adli psikiyatri kliniğinde yapılan bir çalışmada, %48.5 oranında temaruz saptanmıştır [8].

En fazla temaruz yapılan klinik tablolar; mental retardasyon, demans ve diğer bilişsel bozukluklar, psikoz, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğudur [9]. Ülkemizde adli psikiyatri kliniğine yapılan bir çalışmada %35.5 ile en çok psikotik bozukluk belirtilerinin taklit edildiği saptanmıştır [10].

Ülkemizde ruhsal hastalıklar ve özelde de şizofreni ve psikotik bozukluklar konusunda bildiğimiz kadarı ile maluliyet tespiti için işlerlik kazanmış, yapılandırılmış sistematik bir izleme ve karar verme süreçlerine ilişkin bir kılavuz ya da yönerge henüz mevcut değildir. Bildiğimiz kadarıyla henüz ülkemizde bu konuda yapılmış bir çalışma yoktur. Ciddi yeti yitimine neden olan ruhsal bozukluğu olan hastaların tanımlanabilmesi kadar sağlık harcamalarına oluşturacağı yük ve temaruz eğilimlerini belirlemenin klinik güclüğü göz önüne alındığında maluliyet işlemleri için standardize bir değerlendirme sürecinin önemi açıktır.

Bu çalışmada, maluliyet talebi ile başvuran psikotik belirtileri olan bireylerin temaruz eğilimi açısından değerlendirilmesi ve temaruz eğilimine eşlik eden klinik değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Böylece bu hastaların değerlendirme sürecinin yapılandırılmasına katkıda bulunulması hedeflenmiştir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma bu konuya yönelik ilk çalışmadır.

Bu çalışmanın hipotezleri şöyle sıralanabilir;

- Psikotik bozukluk tanısıyla maluliyet talebi ile başvuran hastalarda “temaruz” eğilimi, aynı tanıyla maluliyet talebi olmaksızın tedavi için başvuran hastalara göre farklıdır.
- Psikotik bozukluk tanısıyla maluliyet talebi ile başvuran hastalarda “temaruz” eğilimi, hastalık süresi, hastalık tanısı, tedaviye uyum, mesleki ve çalışma yaşamıyla ilgili özellikler, şu andaki sosyal desteği ve geliri, hastalığa bağlı pozitif, negatif ve depresif belirtilerin şiddeti, işlevsellik

düzeyi, yeti yitimi, nöropsikolojik test performansı ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde düzenli izlem gibi klinik değişkenlerle ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.TEMARUZ

2.1.1. Terimler ve Tanımlamalar

Temaruz (hekimi yanıltıcı davranış, simülasyon, sayrımsama) görevden kaçma, ilaç alma ya da tazminat gibi maddi kazanç elde edebilme gibi belirli bir amaçla, kişinin fiziksel veya psikolojik belirtileri bilinçli olarak oluşturması ya da var olan belirtileri abartmasıdır. Hastalar hemen her zaman, dışsal kaynaklı bir motivasyona sahiptirler.

Temaruz, Arapça maraz (hastalık, dayanılması güç durum) sözcüğünden üretilmiştir. Türkçeye sayrımsama olarak çevrilmiştir [11]. Simülasyon ise, Latince simulatio sözcüğünden üretilmiş, Fransızca/İngilizce kökenli bir kelimedir. Benzeştirme, taklit etme, -mış gibi yapma anlamları bulunmaktadır [12].

Günümüzde, damgalayıcı niteliğinden dolayı, temaruz ya da simülasyon yerine, ‘hekimi yanıltıcı davranış’ terimini kullanmayı tercih eden yazarlar bulunmaktadır. Yabancı kaynaklarda, ‘simulation’ teriminin damgalayıcı ve karalayıcı etkisinden kaçınmak amacıyla, ‘malingering’ sözcüğü tercih edilmektedir. Malingering sözcüğü, Fransızca ‘malingrer’ sözcüğünden köken almış olup, ilk olarak 19.yy.da Fransızca sözlükte ‘görevden kaçmak için hasta rolü yapan, hastalığı indükleyen ya da hastalığın süresini uzatan asker’ olarak tanımlanmıştır [13].

Bütün tıbbi hastalıkların simüle edilebilmesine karşın, objektif olarak tanınmasının zorluğuna bağlı olarak, en fazla psikiyatrik hastalıklar temaruz edilmektedir. En çok simüle edilen psikiyatrik durumlar, mental retardasyon, demans ve diğer kognitif yetersizlikler, varsanı ve/veya sanrılı psikotik bozukluk, post-travmatik rezidüel belirtilerdir. Temaruzun ardındaki motivasyon, askerden ya da işe gitmekten kaçma, tazminat elde etme, cezai kovuşturmadan kaçınma, ilaç elde etme, sosyal veya engelli hakları elde etme, kaza ile yaralanma sonrası hak iddia edebilme, nefret edilen işverenden intikam alabilme gibi çok çeşitli olabilmektedir [14]. Temaruz, birçok durumda uyum sağlamaya yönelik bir işlev de görmektedir.

Örneğin, savaşta esir düşen birinin delilik ya da zeka geriliği taklidi yaparak özgür kalabilmesi gibi.

Rol yapma durumu, bir ucunda normalin, diğer ucunda temaruzun, ortasında ise kişilik bozuklukları, somatoform bozukluklar ve yapay bozukluğun bulunduğu geniş bir spektrum olarak tanımlanabilir [9].

2.1.2. Temaruzun Tarihçesi

Hastalık numarası yapma yoluyla kazanç elde etme, diğer bir deyişle yalan söyleme, görevden kaçınma neredeyse insanlık tarihi kadar eskidir [9, 15]. Çok eski çağlardan beri insanlar, gerçek hastalıkla uydurma hastalık ve yalan arasında ayırım yapmaya çalışmaktadırlar. Bunun ilk kanıtları, Babil yazıtlarında bulunmuştur [16].

Tevrat'ta, Kral David'in Gath kralı Achis'e sığındığı, onun gazabından kurtulmak için, kapıları yumruklayarak ve ağzından salyalar akıtarak akli dengesinin yerinde olmadığını ispatladığı anlatılır. Bu sayede, cezalandırılmaktan kurtulmuştur [17].

Temaruzla ilgili en eski literatür, MS 2.yy'da Galen tarafından yazılan 'Hastalık Taklidi ve Onların Tespiti' adlı eserdir. Romalı askerlerin, savaştan kaçmak için kendi parmaklarını kopardığı anlatılmıştır. 1823'te Theodore Beck tarafından yazılan 'Tıbbi Hukukun Unsurları' bu konuda ulaşılabilen ilk Amerikan yayınıdır. Yunan kaynaklarından, askerden kaçan temaruzcuların idamla yargılandıkları belirtilmektedir [9].

Truva Savaşı'na katılmaktan kaçmak amacıyla Odysseus'un delilik numarası yaptığı aktarılmıştır. Odysseus, kendisine bir sözcü gönderildiğini öğrendiğinde, bir başlık takmış, sabana bir at ve öküz bağlayıp, tarlaya tuz ekerek deli numarası yapmaya başlamıştır. Palamedes onun numara yaptığını fark etmiş ve kralın oğlunu beşikten alarak, sabanın önüne koymuştur. Bunun üzerine, Odysseus, oğlunu ezmek için yolunu değiştirmiş ve sonunda savaşa katılmak zorunda kalmıştır [18].

Osmanlı arşivlerinde de hastalık numarası yaptığı düşünülen asker ve devlet adamlarıyla görüşme yapan hekimbaşının kayıtlarına rastlanmıştır. Kanuni döneminde rüşvet suçu nedeniyle yargılanan bir yeniçeri ağasının kadıyla görüşme

sırasında, mintanının içine civcivleri doldurduğu, sorulara cevap vermediği, sürekli başını kaşıdığı ve tükürdüğü aktarılmıştır. Kadı, onun numara yaptığını düşünerek, falakaya yatırmış ve sonrasında askerin rol yapmaktan vazgeçtiği belirtilmiştir [19].

Temaruzu tanıma, 19.yy.da daha büyük bir ilgi alanı haline gelmiştir. İngiliz literatüründe, hastalık uydurma ve diğer kandırma biçimleri hakkında araştırmalar yoğunlaşmıştır. Birçok Avrupa ülkesinde hastalık uyduran kişiler, yüz karası ilan edilme, çeşitli ayrıcalıklardan ve haklardan mahrum bırakılma, fiziksel şiddet ya da ömür boyu hapis ile cezalandırılmışlardır [20].

19. yy.da, demiryolu yolculuklarında yaralanan kişilerin, ‘demiryolu omurgası’ (railway spine) olarak bilinen belirtilerinin patogenezi ve geçerliliği hakkında ciddi belirsizlikler mevcuttu. Bu konuda ilk tıbbi çalışma John Eric Erichsen’in (1867) ‘Sinir Sisteminin Demiryolu ve Diğer Yaralanmaları Üzerine’ isimli kitabıdır. Kişilerin belirtilerini demiryolu şirketlerine dava açmak için fırsat olarak gördüğünü belirtmiştir [21]. Günümüzde bu durum, ‘tazminat nevrozu’ olarak değerlendirilmektedir. ICD-10’da ‘F68-Psikolojik sebeplere bağlı olarak fiziksel semptomların ortaya çıkışı’ başlığı altında tazminat nevrozu da incelemektedir. Tanımlanan bir fiziksel bozukluk, hastanın psikolojik durumundan ötürü başlangıçta abartılı belirtilerle ortaya çıkar ve uzun sürer. Hasta bu ağrı veya sakatlıktan şikayetçidir. Bazı vakalar, kaza veya yaralanmaların ardından maddi tazminat olasılığı nedeniyle açıkça motive edilmiş gibi görünmektedir ancak başarılı dava sonrasında bile sendromun hızlı bir şekilde düzelmesi gerekmez [22]. Belirtilerin abartılması için motivasyonun maddi bir ödül içerebileceği, ancak diğer bileşenlerin de (ör. tedavi ya da inceleme sonuçlarından memnuniyetsizlik, tıbbi uzmanlardan alınan kişisel ilgi miktarı ile ilişkili hayal kırıklığı) olabileceği belirtilmektedir [23].

20.yy. İngiliz yayınında, klinisyenlere temaruz yapanları saptama konusunda tamamen dokunulmaz olduklarına yönelik öneriler bulunmaktadır. Ancak, adli muayene yapan kişinin, görevini kötüye kullandığı takdirde, adli makamlarca verilen imtiyazların onu koruyamayacağı bildirilmiştir [21].

Psikanalitik görüşün baskın olduğu yıllarda, temaruz psikiyatrik bir hastalık olarak görülmekteydi. Buna günümüzde ‘patojenik model’ ya da ‘psikanalitik model’

denmektedir. Temaruzun erken dönem sorunları ile bağlantılı olduğu, nörotik tepkilerden daha ciddi bir bozukluk olduğu düşünülmekteydi [24]. Bleuer (1944), sebep ne olursa olsun, akıl hastalığını oynamanın ciddi bir ruhsal hastalığa işaret ettiğine inanıyordu [25]. Psikoz simülasyonu yapmanın, şizofrenin prodromal evresi olduğuna dair görüşler bulunmaktaydı ve bu fenomen ‘yalancı temaruz’ olarak isimlendiriliyordu. Bu görüşe göre, temaruz hastalığın erken evrelerde ilerlemesini önliyordu [26]. Temaruz yapma, antisosyal psikopatolojiyi manipüle ederek ve bunlara ilgisini çekerek diğer psikopatolojik belirtileri kontrol altında tutmak için etkisiz bir girişim olarak kavramsallaştırılmıştır. Bununla birlikte, bu görüşe yönelik çalışmalar az sayıdadır. Bilinçdışı ve bilinçli savunma mekanizmaları arasındaki sınırların dağılımına dair temel varsayımından ötürü kusurludur. Patojenik modele göre, temaruz, bilinçsiz bir karakter patolojisi ile bilinçli belirtiler üretimi arasındaki gerginlik ürünüdür. Bu 'gerilim', daha sonra kişinin isteklilik ile isteksizlik arasında ve bilinçli ile bilinçdışı arasında belirgin sınırlar oluşturma yeteneğinde bir yetersizlik anlamına gelir. Bu modele, kişinin semptomlarının ‘mucizevi’ olarak davanın sona ermesinden sonra kaybolduğu ‘hükme itiraz’ kavramı ile karşı çıkılır [15].

Wertham (1949), bu ‘delirmiş gibi davranmak için deli olmalısın’ görüşüne katılmamış ve ‘Psikiyatrlar arasında, bir adam deliliği oynasa bile, sanki onda zihinsel olarak yanlış olan bir şeylerin olması gerektiği konusunda tuhaf, tamamen asılsız bir batıl inanç vardır. Sanki, akli başında bir adamın, hayatını elektrikli sandalyede kaybetme tehlikesine karşı her şeyi göze alamayacağı gibi’ demiştir [27].

Bazı yazarlar, patojenik modeli mantıksız bulmuş ve temaruzu adaptasyonel bir kavram olarak tanımlamışlardır. Bu modele göre temaruzda fayda-maliyet analizi ve düşmanca durum olmak üzere iki boyut vardır. Temaruzcular çevreyi 'düşmanca ve riskli' olarak algılama eğilimindedirler ve böyle bir durumda temaruz başarı şansı yüksek bir davranış olarak görülür. Bu model, savaş esirleri gibi temaruzcuların bir kısmını kapsasa da, tamamen kâr amaçlı olanları hesaba katmaması nedeniyle eleştirilmektedir. Öte yandan, bu model bazıları tarafından tercih edilir, zira minimal düzeyde aşağılayıcı görünmektedir [28].

Günümüzde, daha çok DSM kriterlerine dayalı model baz alınmaktadır. Bu model, kuramsal yapılardan ziyade, nesnel ölçütlere dayanması nedeniyle diğer iki

modelden farklıdır. Sınırları kesin olarak belirler ve temaruz ile psikopatoloji arasındaki farkı açıklığa kavuşturur. Psikopatoloji ya da kişilik bozukluğu gibi komorbid tanı konulabilmesini sağlar [15].

20. yy. ortalarında temaruz tanısının güçlüğüne yayınlarda ilk defa değinilmiştir [29]. Son 20 yılda psikiyatri yazını ilerlemiş ve psikiyatrik hastalıklar hakkında bilgi artmıştır. Temaruzla ilgili de artan bir farkındalık ve ilgi bulunmaktadır. Bu durum, klinisyenin işini zorlaştırmakta ve temaruzcunun işini kolaylaştırmaktadır [9].

2.1.3. Temaruzun Tanısı

Günümüzde temaruz psikiyatrik bir hastalık değil, klinik bir tanımlamadır ve psikiyatrik hastalıklarla bağlantılı olabilir [30].

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5), V.65.2 koduyla Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar başlığı altında incelenmektedir. Aşağıdaki 4 maddenin herhangi bir kombinasyonu temaruzu düşündürmektedir:

1. Adli tıpla ilgili bir durumun söz konusu olması (örneğin, hakim kararıyla fiil ehliyetinin değerlendirilmesi amacıyla muayene gönderilmesi)
2. Kişinin belirttiği şikayet, maluliyet ve davranışları ile klinisyenin gözlem ve bulguları arasında belirgin bir farklılık olması
3. Tanısal görüşme ve değerlendirmelerde iş birliği yapmama, uygulanan tedavilere uyum göstermeme halinin olması
4. Antisosyal kişilik bozukluğu tanısının varlığı [1]

Temaruz, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10. Versiyonu'nda (ICD-10) 21. Bölümde sınıflandırılmıştır. Z76 kodlu 'Sağlık servislerine diğer durumlarla gelen kişiler' başlığı altında, 'Hastaymış gibi davranma (simülasyon)' Z76.5 tanı koduyla kodlanmıştır. Belirli, hedeflenen bir amaç için, hastalık uydurulması olarak tanımlanmıştır [22].

Temaruz ile ilişkili kazanç kaynaklarının belirlenmesi tanı için kritik önem taşır. Genellikle bu kazanç, temaruzun mevcut olduğu durumla ilgilidir. Örneğin,

tutuklama anında, şüpheli bir suçlunun zihinsel ve/veya fiziksel belirtileri göstermesi gibi [15].

Bireyin iddia ettiği belirtileri ile hekimin gözlemlediği semptomlar arasındaki uyumsuzluk, DSM'deki 4 tanı kriterinden en güvenilir olanıdır. Bu durum, psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi edilen, temaruz yapan ve yapmayan kişilerin, öznel ve nesnel olarak değerlendirilen semptomları arasındaki tutarsızlıkları tanımlayan bir araştırma tarafından desteklenmektedir. Öznel şikâyetler ile doktor değerlendirmesi arasındaki tutarsızlık temaruz yapanların %10.9'unda mevcutken, %6.6'sında saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise bu tutarsızlık % 8'inde varken, % 74.5'inde bulunmamıştır [31].

Temaruzun seviye belirterek değerlendirilebilecek bir değişken olmadığı, gerçek hastalığın durumu, belirtilerin abartı seviyesi, hastanın kastının derecesi gibi durumlar göz önüne alınarak, boyutsal olarak düşünülmesi gerektiği önerilmiş ve belli tanımlamalar geliştirilmiştir:

Saf temaruz: Hastalık ya da bozukluk derecesinde var olmayan bir durumu taklit etme.

Kısmi temaruz: Gerçek olan bazı belirtileri, bilinçli olarak abartılı sunma.

Yanlış itham: Gerçekten olan belirtileri, ilişkisi olmadığı bilinen bir nedenle bağlantı kurarak sunma.

Yanlış isnat: Yanlışlıkla, gerçek belirtilerin bir nedene yüklenmesi olup, saf formunda temaruz düşünülmez. Bunun abartılması durumunda, yanlış itham yani temaruz eğilimi düşünülür.

Temaruzun birçok formu tanımlanmıştır:

Simülasyon: Olmayan belirtilerin uydurulması ya da var olan belirtilerin kasıtlı olarak abartılmasıdır. 'Pozitif temaruz' ya da 'kötü aldatma' olarak da bilinir.

Dissimülasyon: Hastanın var olan belirtilerini saklaması ya da olduğundan azmış gibi sergilemesidir. 'Negatif temaruz' ya da 'iyi aldatma' olarak da bilinir.

Sahnelenmiş olaylar: Kişinin kazanç sağlama amacıyla, gerçek hasar oluşturan kaza gibi olayları planlayıp gerçekleştirmesidir.

Veri tahrifatı: Kişi tarafından laboratuvar örnekleri üzerinde oynama yapmak, geçmiş tıbbi kayıtları silmek gibi çeşitli verilerin çıkar amaçlı değiştirilmesidir.

Fırsatçı temaruz: Önceden var olan ya da doğal olarak ortaya çıkan bir durumu çıkar amacıyla kullanmaktır.

Belirti icadı: Herhangi bir bozukluk ya da engellilik ile ilişkili olmayan belirtilerden bilinçli olarak şikayet etmektir [16].

2.1.4. Temaruzun Etyolojisi

Temaruzun, antisosyal kişilik bozukluğuyla olan yakın ilişkisi bilinmektedir. Nörobiyolojik açıdan engellenme eşiğinde ve toleransta düşüklük bununla açıklanabilir ancak, henüz hiçbir genetik, nörofizyolojik ve nöroendokrinolojik açıdan öngörücü bilinmemektedir. Günümüzde psikanalitik görüş, temaruzu psikiyatrik bir hastalık olarak kabul etmemekle birlikte, nevrotik bir geçmiş ile ilişkili olduğunu, ilkel ego gelişiminin bir sonucu olarak nevrotik belirti üretilmediğini ileri sürer.

Thomas Szasz'a göre temaruz etkileşim ve sistemlerin sosyopsikolojisi bağlamında anlaşılabilir. Hekimin bu bağlamda görevi, aldatmacayı ve haksız bir avantaj edinmeyi en aza indirmektir. Sosyokültürel etkenlerin, temaruz davranışıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. İş kültürü, sorumluluk, askeri hizmet toplumdaki topluma, çağdan çağa ve kültürden kültüre oldukça değişkenlik gösterir. Temaruzun kabul görmesi ya da ayıplanması da toplumsal bir değişkendir [16]. Reynold'a göre; ahlaki, sosyal ve belki de anayasal değerler hakkında uzlaşma sağlanıncaya kadar, kişi hakkında bütün yanıltma eğilimleri hekim tarafından açığa çıkarılmalıdır [32].

2.1.5. Temaruz Epidemiyolojisi

19. yüzyılda başlayan adli psikiyatrinin başlıca amacı, abartılan ya da uydurulan semptomların saptanmasıydı. Bununla birlikte, kesin prevalans verileri eksik olsa bile temaruzun nadir bir durum olmadığı açıktır. Bazı yazarlara göre, temaruz oranları, temaruza benzer davranışların dahil edilmesi, yanlış ithamda

bulunulması, gerçek semptomların yanlış nedene dayandırılması nedeniyle olduğundan fazla bildirilmiştir [33]. Bazıları ise, yanlış anlaşılma, dava edilme, şiddete maruz kalma gibi nedenlerden dolayı, temaruzun klinisyenler tarafından olduğundan az bildirildiğini iddia etmiştir [34].

Temaruzun adli bağlamda genel klinik popülasyondan daha fazla görüldüğü açıktır. Acil serviste yapılan bir çalışmada, psikiyatrik belirtilerle başvuran hastaların %13'ünün semptomlarının hakiki olmadığı bulunmuştur [35]. Adli popülasyonda yapılan bir çalışmada temaruz oranı %17 olarak saptanmıştır [36]. 300 vakanın adli psikiyatrik değerlendirildiği bir çalışmada, %7.5'inin psikiyatrik belirtileri temaruz ettiği, %24.4'ünün nöropsikolojik yetersizliği temaruz ettiği saptanmıştır [37]. Bilişsel yetersizliği olduğunu iddia eden 114 vakanın %43'ünün, 96 kontrol vakasının %15'inin temaruz eğiliminin olduğu saptanmıştır [38]. ABD askeri servisinde yapılan 15 yıllık (1998-2012) bir izleme çalışmasında, temaruz ve yapay bozukluk oranları 1998'te 10,000 kişi-yılına 15.17'den, 2000'de 50.24'e yükselmiş ve 2007'de 9.04'e düşmüştür. Temaruz, genellikle 20 yaşın altındaki acemi erlerde saptanmıştır [39]. Travma sonrası stres bozukluğu nedeniyle tazminat isteyen gazilerin 2001-2011 yılları arasında yaptığı 26 milyon başvuru incelenmiş ve yaklaşık 1000 temaruz tanısının olduğu gözlenmiştir [40]. Nöropsikolojik değerlendirmeye alınan 264 gazinin %9'unun kesin temaruz, %23'ünün ise muhtemelen temaruz yaptığı saptanmıştır [41]. 133 adli maluliyet hastasının değerlendirildiği bir çalışmada, %48'inin temaruz eğiliminin olduğu saptanmıştır [42]. Kronik ağrı nedeniyle engellilik talebi olan 305 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada, %5'inin kesin temaruz ve %67'sinin muhtemelen temaruz tanısını düşündürdüğü saptanmıştır [43]. İsrail Savunma Kuvvetlerinde yapılan bir çalışmada, klinisyenlere göre askerlerin dörtte biri temaruz yapmaktadır [44].

Klinik belirtilerin durumuna, hastanın çıkar amacı gibi değişkenlere bağlı olarak çalışmalarda oldukça farklı oranlar saptanmıştır. Temaruz araştırmaları; vaka çalışmaları, simülasyon çalışmaları, bilinen grup karşılaştırmaları ve diferansiyel prevalans çalışmaları olmak üzere 4 temel tasarımda yapılabilir. Vaka çalışmaları, değerlendirici yanlılığı nedeniyle günümüzde gözden düşmekle birlikte, standart incelemenin oluşturulması için yol göstericidir. Simülasyon çalışmalarında, klinik

olarak hastalığı olmayan gruba, ‘hastaymış gibi davranmaları’ istenir. Bilinen grup karşılaştırmalarında vakalar, gerçek hasta olanlar ve numara yaptığı bilinenler olarak 2’ye ayrılır. Simülasyon çalışmalarına benzer olmakla birlikte, temaruz tanısı için altın standart bir yöntem olmadığı için, sonuçları kısıtlıdır. Diferansiyel prevalans çalışmalarında, farklı oranlarda temaruz yaptığı bilinen 2 farklı grubun karşılaştırması yapılır. Örneğin, adli ve genel psikiyatrik popülasyonun karşılaştırılması gibi. Bu çalışmaların zorluğu, kimlerin gerçekten temaruz yaptığının bilinmemesidir [45, 46].

Temaruz eğilimi genellikle adli ortamlarda, mahkeme öncesi süreçlerde vs yüksektir. Bu durumdaki kişiler, herhangi bir tıbbi araştırmaya katılmak için gönülsüz olabilirler. Kişilerin rızasını almadan araştırmaya dahil etmek, bu sorunun çözümü olabilir ancak bunu birçok etik kurul komitesi kabul etmeyecektir [46].

2.1.6. Ayırıcı Tanı

Psikiyatride bazı şikayetlerin altında herhangi bir fiziksel ya da psikolojik neden saptanmayabilir. Böyle durumlarda, kesin çizgilerle ayırmak pek mümkün olmadığı için ayırıcı tanı dikkatle yapılmalıdır. En önemli ayırıcı tanı, yapay bozukluktur. Yapay bozukluk, bir hastalığın bulgu ve belirtilerinin bilinçli oluşturulması nedeniyle temaruza benzemekte olup, semptom oluşturma motivasyonunun maddi bir çıkar elde etmek yerine, hasta rolünü benimsemek olmasıyla temaruzdan ayrılır. Genellikle hastanın birincil amacı, bilinçdışı psikolojik ihtiyaçlarını gidermek için tıbbi, cerrahi veya psikiyatrik bakım almaktır. Yapay bozuklukta, fiziksel ya da psikolojik bulguların ve belirtilerin üretimi, abartılması ya da ağırlaştırılması olabilir [16]. Yapay bozukluğun depresyon, psikoz ve alkol bağımlılığının semptomlarıyla olabileceğine ilişkin vaka bildirimleri mevcuttur [47-49]. Asher 1951’de, hastanede bakım alma amacıyla, semptom üreten kişiler için Munchausen sendromunu tanımlamıştır. Günümüzde Munchausen sendromu, yapay bozukluğun daha ağır formunu tanımlamak için kullanılmaktadır. Bakım verenin yapay bozukluğu (Munchausen by proxy) ise, hastanın bakımı altındaki bir kişide semptom üretmesi ya da var olan semptomlarını abartmasıdır. Failin amacı, çevrenin dikkatini çekerek bakım veren yoluyla bilinçdışı ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Temaruz yapanların aksine, yapay bozukluğu olanlar tanısız değerlendirme ve tedavi

sürecinde işbirliği kurarlar [9]. Bilinçdışı motivasyonların değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş standart bir yöntem bulunmamaktadır. Bir simülasyon tasarımı çalışmasında, PAI (Personality Assessment Inventory - Kişilik Değerlendirme Envanteri) ve SIMS (Structured Inventory of Malingered Symptomatology - Yapılandırılmış Temaruz Semptomatolojisi Envanteri) ölçekleri kullanarak yapay bozukluk ve temaruz arasındaki farkları saptanmaya çalışılmış, PAI-savunmasızlık indeksi hariç olmak üzere, anlamlı bir fark saptanmamıştır [50].

Temaruz ve yapay bozukluk arasında bir yerde DSM tarafından tanımlanmamış olsa da, patolojik yalan veya 'pseudologia fantastica' bulunmaktadır [51]. Aldatmak için bilinçli bir niyetin olup olmadığını veya belirtilerin sanrısallık bir çarpıtmanın parçası olup olmadığını belirlemek genellikle zordur [52].

Dissosiyasyon bozuklukları, zihinsel içeriğin bilinçli farkındalıktan ayrılması ya da bir düşüncenin duygusal öneminden ayrılmasıyla karakterizedir. Ganser sendromu, kişiye yöneltilen sorulara yaklaşık cevaplar vermayla seyreden dissosiyasyon bozukluklarından biridir. Dissosiyatif bozukluklar içinde belki de en çok temaruzla ilişkilendirilen hastalık olan füğ, bir kişinin çevresinden ani ve beklenmedik bir şekilde uzaklaşması, geçmişini hatırlayamaması ve yeni bir kimlik oluşturmasıyla karakterize bir bozukluktur. Kişilerin hipnoz veya barbitütüratla kolaylaştırılmış görüşmelerde bile temaruz yapılabileceği akılda tutulmalıdır. Temaruzdan ayırıcı tanısı oldukça zor olup, tablonun bizar olduğu ya da çıkarın belirgin olduğu adli vakalarda temaruz tanısı konulabilir. Bu nedenle, kapsamlı psikiyatrik muayeneye dayanan klinik değerlendirme, özellikle de dissosiyasyon bozuklukları durumunda temaruzun ayırıcı tanısına katkıda bulunabilir.[15].

Temaruzu belirlemek için kesin bir metot bulunmamaktadır [53]. Rahatsız edici bulgular bu gerçeği vurgulamaktadır. Örneğin, bazı araştırmacılar psikotik belirtileri temaruz ettiği bilinen kişilerin daha sonra şizofreni ya da bipolar bozukluk gibi ciddi psikiyatrik tanı aldıklarını saptamıştır [54]. Psikotik belirtileri temaruz ettiği bilinen 6 vakanın 10 yıllık takip sürecinin sonunda 1 tanesi hariç hepsi şizofreni tanısı almıştır. Şizofreni simülasyonunun, aşırı derecede sapmış premorbid kişiliklerde ortaya çıkan psikozun prodromal bir evresi olduğu savunulmuştur [26]. Temaruz yaptığı bilinen 10 vakanın 20 yıllık takibinde 3'ünün şizofreni tanısı aldığı,

bunlardan 1 tanesinin ise uzun süreli hastane yatışına ihtiyaç duyduğu bildirilmiştir [55].

2.1.7. Görüşme Teknikleri

Rosenhan'ın (1973) çalışması temaruzla ilgili belki de en ünlü çalışmadır. Ruh sağlığı profesyonellerinin gerçek hastalıkla normal olanı ayıramamasıyla ilgili oldukça fazla atıf almaktadır [46]. Psikiyatristler genelde etik ve yasal endişeler ya da birini kötü etiketleme kaygısı nedeniyle temaruz olasılığını düşünmeye isteksizdirler [35]. Bu sorunların nedeni, psikiyatride tanısal değerlendirme sürecinin nesnel testler yerine, klinik gözlem ve semptomların subjektif yorumlanmasına bağlı olmasıdır [46].

Klinisyen bir hastayla çalışmaya başladığında, her ikisinin birlikte çalışarak hastanın zarar görmesine neden olan veya bir şekilde hastanın optimal işlevini düşürdüğü varsayılan patolojik bir durumu ortaya çıkaracağı ve çözüm bulacağı varsayılır. Bu varsayım, temaruz teşhisi durumunda doğru değildir. Doktorun temaruz yapan ile sorun odaklı, yapıcı ve yararlı bir şekilde etkileşime girmesi zorunluluğu vardır. Görüşme olabildiğince uzun, detaylı, yorucu ve adli vakalarda olaydan hemen sonra olmalıdır. Temaruzcunun, belirtilerini uzun süre taklit etmesi oldukça zordur [15]. Görüşme süresi uzadıkça, kişiler semptomlarını yumuşatabilirler [56].

Resnick, detaylı klinik görüşmenin önemini vurgulamış ve çeşitli stratejiler önermiştir: Açık uçlu sorular sormak, hastanın konuşmasını bölmeden öyküsünü bitirmesini sağlamak, belirtileri açıklayıcı sorulardan uzak durmak, önceki psikiyatrik tabloları araştırmak, hastanın savunucu bir tavır takınmasına engel olmak için sinirli ya da kuşkucu bir ifadeden kaçınmak, temaruzcunun uydurulmuş semptomları devam ettiremeyecek derecede yorulmasını sağlamak için görüşme süresini uzatmak, hastanın bunları onaylayıp onaylamadığını sınamak için olası olmayan belirtilerle ilgili sorular sormak, hastanın işitme mesafesindeyken kolayca taklit edilebilecek bir semptomdan bahsetmek ve bu semptomun aniden ortaya çıkması gibi [57].

Hastanın semptomlarını doğrulamak amacıyla çeşitli kaynaklardan bilgi toplanması önerilmektedir [58]. Başvuru öncesi kişinin işlevselliğini araştırmak, iş yeri gibi kaynaklara ulaşmak kişinin iddia ettiği yeti kaybıyla ilgili karar vermeye yardımcı olabilir [9].

Görüşmede gözlemlenen önemli noktalar mutlaka not edilmelidir. Sözel ve sözel olmayan davranışlar, yüz ifadeleri ve jestleri önemli bilgiler sağlamaktadır [9]. Yalan söyleyen kişilerin daha yüksek ses tonuyla konuştukları, daha fazla gramer hatası yaptıkları, daha tereddütlü davranıp durakladıkları, boşlukları bilgi içermeyen “ııı, aa” gibi ifadelerle doldurdukları bilinmektedir. Sesteki değişimler, aldatmanın güvenilir olmayan belirteçleridir [59]. Jestler ve yüz ifadeleri hem istemli hem de istemsiz kontrol altında olduğundan prova yapmaya daha az uygundur. Kasti ve uzamış affekt, doğallığın inen çıkan etkisinden uzaktır [60]. Temaruz yapan kişinin affektif tepkileri normal kişilerden erken ya da geç olabilir. Kızarma ya da renginin atması gibi tepkilerin temaruz edilmesi oldukça zordur [9]. Vücut hareketlerinin de temaruzcu tarafından kontrol altına alınmaları zordur. Temaruz yapan kişi tarafından konuşmaya eşlik eden jestler daha az sıklıkla kullanılır. Konuşulan dile uygunsuz jestler gözlenir. Kendini çizme, çekme, başka bir vücut parçasını sürme gibi hareketler daha sık gözlenir [59].

Hastanede yatan hasta ünitesinde gözlem veya gerçek yaşam gözlemi, temaruz tanısını doğrulamak için önerilmektedir. Gerçek yaşam gözlemi, en çok fiziksel engelliliğin iddia edildiği durumda, gizli gözlem ve video kayıtlarıyla aksi ispat edilirse faydalıdır [9]. Hastane gözleminin multidisipliner bir yaklaşıma izin vermesi, yetenek ve aktivitelerinin kayıt altına alınması ve sık görüşme yapılabilmesi nedeniyle daha faydalı olduğu düşünülmektedir. Temaruzcunun odağı genel olarak doktorlar üzerindedir, çoğunlukla dikkatini önemli saymadığı, sürekli gözlem yapan yardımcı sağlık personelinin (örneğin, hastabakıcı veya hemşireler) kaçırır [15]. Şüpheli zor vakalarda ve özellikle adli durumlarda mutlaka yatırılarak gözlem önerilmektedir [61].

2.1.8. Temaruzun Klinik Görünümleri Ve Tanınması

2.1.8.1.Psikoz

Psikotik belirtileri simüle etmeyi araştıran birçok çalışma gerçek hastalığı ayırt edebilmek amacıyla varsanı, sanrı ve katatoninin karakteristik özelliklerini araştırmaya yoğunlaşmıştır [62].

a. İşitsel Varsanılar

Varsanılar hakkında genel kurallar olmadığı ancak kendi içinde ve psikiyatrik tabloyla uyumlu olması gerektiği aklıda tutulmalıdır [62]. Gerçek varsanıların %88'inin sanrılarla ilişkili olduğu bulunmuştur [63]. Örneğin, yoğun suçluluk sanrıları olan birinin, suçlayıcı işitsel varsanılar duyması gibi. Örneğin, "kötü bir kişi" olduğunu söyleyen varsanıları duyan ve "bunun bedelini ödeyecek" olduğunu düşünen bir hasta, büyük olasılıkla takip edilip izlendiği hakkında paranoid sanrılara sahiptir [54]. Psikotik hastalarla yapılan birçok çalışmada, aynı zaman diliminde sadece bir duyuşal modaliteye ait varsanının bildirildiği saptanmıştır [62].

Hastaların %75'i farklı zamanlarda hem erkek hem de kadın sesi duyduğunu ifade etmiştir. Genellikle hasta tarafından tanınan bir sestir. Verilen mesaj genellikle açıktır, vakaların sadece %7'si belirsizlik tanımlamıştır. Halüsinasyonların içeriği vakaların yaklaşık üçte birinde suçlayıcı tarzdadır. Halüsinasyonların çoğunluğu (%88) hastanın 'kafasının dışından' algılanmaktadır [64].

Genellikle işitsel varsanılar tamamlanmış cümleler şeklinde duyulur. Psikotik sürecin başlangıcındaki hastaların yalnızca kelimeler ya da kısa ifadeler duyulabileceği bildirilmiştir [65]. Müzik halüsinasyonu duyma oldukça nadirdir [66].

Hastaların önemli bir bölümü emir veren halüsinasyonlarla baş etmelerine yardımcı olmak için çeşitli etkinliklerde bulunurlar [54]. Resnick, halüsinasyonların özellikle tehlikeli olduğu zaman hastaların onlara uymadığını bildirmiştir. Varsanıların %85'inin emir verici tarzda olmadığı ve %75'inin sanrılarla ilişkili olduğu saptanmıştır [65]. Başka bir çalışmada, gerçek işitsel halüsinasyonların %38'inin emir verici nitelikte olduğu bildirilmiştir. Emir verici varsanıların içeriği: %51.7 intihar, % 13.8 şiddetsiz davranış, % 12.1 ölümcül olmayan kendine veya

başkalarına zarar, % 5.2 cinayet, %17.2 ise tanımlanmamış olarak saptanmıştır [67]. Başka bir çalışmada işitsel halüsinasyonu olan hastaların %39'unun onlara itaat ettiği bildirilmiştir [68]. Adli psikiyatrik popülasyonla yapılan bir araştırmada, emir verici halüsinasyonu olan vakaların %44'ünün seslere kayıtsız şartsız itaat ettiği saptanmıştır [69].

Ses hastaya aşına olduğunda, emir veren varşanılara hastanın itaat etmesinin daha kolay olduğu belirtilmektedir [70]. Hastalar genellikle yalnız kaldıklarında halüsinasyonlarının şiddetlendiğini bildirmişlerdir [71]. Müzik dinleme, televizyon izleme, uzanma ya da yürüme gibi pozisyon değıştirme, başka kişilerle iletişime geçme ve ilaç almanın işitsel varşanıları azalttığı saptanmıştır [53, 65].

Gerçek varşanılar sürekli olmak yerine aralıklıdır. Psikotik hastalar, zamanlarının %66'sında ses duyduklarını bildirmişlerdir [53]. Hakiki halüsinasyonlar genellikle egodistoniktir ve hastalar bu deneyimi stres verici olarak yorumlarlar. Gerçek işitsel varşanılar, hastayı uykudan uyandırmazlar [61].

Antipsikotik ilacın başlanması ile sanrılarının ortadan kalkması arası ortalama süre 27 gündür [72]. Kısa sürede tamamen iyileşme görülmesi durumunda, psödo-halüsinasyondan şüphelenilmelidir.

b. Görsel Varsanılar

Görsel varşanılar genellikle normal boyutlu ve renkli insanlar görme şeklindedir. 'Kahkaha atan yeşil bir dev', 'hayvan arkadaşlar' görme gibi bizar ve dramatik varşanılar temaruzu düşündürür [73]. Lilliputian halüsinasyon da denilen küçük insanlar görme; alkolizm, ilaç intoksikasyonu ve organik kökenli bazı psikozlarda görülmektedir [27].

İşitsel varşanılar gibi görsel varşanılar da, genellikle iyi biçimlendirilmiştir ve hastanın sanrısız sistemiyle bağlantılıdır [62]. Gerçek psikotik hastalar, görsel varşanılarının aniden başladığını ve prodromal semptom göstermediğini bildirmektedir. Psikotik halüsinasyonlar, gözler kapalı veya açık olsa da değışmez. Buna karşılık, madde etkisindeki sanrılar, gözler kapalı olduğunda veya karanlık

ortamda da görülebilir [74]. Işık parlamaları ve hareket eden nesneler daha çok nörolojik hastalık ya da madde kullanımıyla ilişkili bulunmuştur [65].

Şizofreni hastalarında işitsel varsanı bildirilme olasılığı, görsel varsanından daha yüksektir. Temaruz eğilimi yüksek olanlar genelde sadece görsel varsanı bildirmektedir [65]. Bir çalışmada, temaruz yapanların %46 oranında görsel halüsinasyon ve %4 oranında işitsel halüsinasyon tanımladıkları saptanmıştır. Psikotik hastalar halüsinasyonları hakkında bilgi vermeye ve tartışmaya isteksizken, temaruzcular detaylı ve dramatik bir şekilde anlatmaya oldukça isteklidirler [75]. Hastayla konuşan görüntülerin, psikotik bozukluklardan ziyade, ağır kişilik bozukluğu veya yas süreci ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir [62].

c. Sanrılar

Sanrılarının gelişimi genelde haftalar ya da aylar içinde olup, temaruzcular aniden ortaya çıktığını söyleyebilirler [16]. Sanrı sistemi oluştuğunda, kişinin davranışları ve günlük yaşamı sanrının içeriğinden etkilenir [53]. Örneğin, polis tarafından takip edildiğini düşünen bir kişinin görüşme sırasında paranoid davranışlarının olmaması temaruz eğilimini düşündürmektedir.

Birçok psikotik hasta, makul derecede eksiksiz ve tamamlanmış sanrılara sahiptir. Eğer bir kişi, sanrılarının detayları hakkında emin değil ve birçok soruya 'Bilmiyorum' diye yanıt veriyorsa, semptomun uydurulmuş olma olasılığı yükselir [62]. Görsel halüsinasyonlarda olduğu gibi, birçok psikoz hastası sanrılarını hakkında bilgi vermeye isteksizdir [76]. Klinisyenler sanrılarını ayrıntılarıyla paylaşan psikotik hastalarla karşılaştıklarında, temaruzdan şüphelenmeleri gerekir [65].

Dezorganizasyon belirtisi olmadan dramatik ya da bizar sanrısız içerik beklenmemektedir [54]. Gerçek psikoza sahip hastalar, sanrılarında birçok mantıksızlığa ve sanrılarını sunarken de dezorganize düşünce yapısına sahiptirler [1].

Gerçek sanrılar, birçok bakımdan geçmiş davranış kalıplarıyla uyumludur. Sabit sanrılar olan kişiler, çoğunlukla mantıksız davranan ya da kendini yenilgiye uğratan şekilde davranma eğilimine sahiptirler [77].

d. Katatoni ve Mutizm

Katatoni ve mutizmi temaruz etmek ve uzun süre bunu devam ettirmek oldukça zordur. Gerçek katatoni ve mutizm, akut şizofreni ataklarında, konversiyon bozukluğunda ve metabolik bozukluklarda görülür. Katotoni bazen aşırı ajitasyon ve saldırgan davranışla ortaya çıkabilir. Yatan hasta ünitesinde uzamış gözlemler, temaruz yapan kişinin yürüyebildiği, konuşabildiği, öfke patlamalarının iradeli olduğu, personel müdahalesiyle durdurulabildiği saptanabilir [62].

2.8.1.2. Bilişsel Bozukluk

Bilişsel bozukluk temaruzu, maddi bir kazanç elde etmek ya da tutuklanmaktan, resmi görevden veya sorumluluktan kaçmak için bilişsel belirtilerin üretilmesi/var olan belirtilerin abartılmasıdır. Bilişsel bozukluklarla ilgili çalışmalar genelde kafa travması sonrası bilişsel belirtileri olan kişilere odaklanmıştır. Nöropsikologlar ve nöropsikiyatristler sıklıkla, beyan edilen kafa yaralanmalarına sahip hastaları engellilik, yargılama yeteneği gibi alanlarda ikincil kazanç bağlamında değerlendirip, gerçekte olduğundan kötü görünüp haksız kazanç elde etmelerine engel olmayı amaçlamaktadırlar [13].

Araştırmalar hafif kafa travması olup, dava açan kişilerde temaruz olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Amerikan Klinik Nöropsikoloji Birliği'nin adli biriminde çalışan kişilerle yapılan bir çalışmada, bilişsel bozukluk temaruzu %40 oranında saptanmıştır [78]. Hafif kafa travması nedeniyle hak talep edenler hakkında yapılan 11 çalışmayı gözden geçiren bir araştırmada, %40 oranında temaruz düşündüren bulgular saptanmıştır [79].

Psikozu temaruz edenlerin aynı zamanda bilişsel belirtileri de temaruz ettiği 19. yy.dan beri bilinmektedir. Bununla birlikte, sahte bilişsel belirtiler şizofreninin temel özelliği olarak kabul edilen kognitif yetersizliklere benzememektedir. Psikozda en yaygın bulunan bilişsel belirtiler öğrenme, bellek ve yürütücü işlevlerde bozulmalardır. Bunun klinik önemi, psikozu temaruz ederek hem bilişsel hem de psikotik belirtileri aracılığıyla adli ve klinik avantaj elde edilmesini önlemenin yollarını bulmaktır. Hakiki şizofreni vakalarındaki bilişsel yetersizlik, organik beyin

bozukluklarında, özellikle de travmatik beyin hasarında görülen durumla benzerdir ve dolayısıyla diğerlerinde önerilen teknikler kullanılarak ayırt edilebilir [46].

DSM kriterleri öncelikle psikiyatrik hastalıklar düşünülerek oluşturulduğundan dolayı, bu grupta çalışan klinisyenler, DSM kriterleri çerçevesinden memnun kalmamıştır. Psikiyatrik bozukluğu temaruz eden kişiler çoğunlukla, farklı belirti ve bulgularla ilgili şikayetlere sahiptirler. Nöropsikologlar, çeşitli testleri kullanarak bellek, zeka, problem çözme ve diğer bilişsel işlevlerle ilgili bir kanıya ulaşabilirler [13]. Geleneksel nöropsikolojik testler için birtakım geçerlik yöntemleri önerilmiştir. Test modelleri ile nörolojik muayene, gerçek hayattaki fonksiyonel performans ve beynin manyetik rezonans görüntülemesi gibi diğer bilgi kaynakları uyumlu olmalıdır [80]. Slick, Sherman ve Iverson (1999) bildirilen semptomlar ile bilinen beyin fonksiyon bozukluğu paternleri, davranışsal gözlemler ve dış bilgi kaynakları ile elde edilen bilgiler arasındaki tutarsızlıkları içeren nörobilişsel bozuklukların temaruzu için tanı ölçütleri önermişlerdir [32]. Başka yazarlar tarafından çeşitli tanı kriterleri oluşturulmuş olsa da günümüzde bu alandaki çalışmalarda en çok kullanılan Slick kriterleridir.

Slick Kriterleri'ne Göre Olası Bilişsel Yetersizlik Temaruzu

1. Önemli bir dış teşvikin varlığı (A)
2. Öz bildirimden bir ya da daha fazla kanıtın olması (C)
3. B ve C grubu davranışların diğer faktörler tarafından tam olarak açıklanamaması (D)

Kriter A: Muayane sırasında en az bir tane tanınabilir dış teşvikin saptanabilmesi

Kriter B: Nöropsikolojik testlerden elde edilen kanıtlar

1. Kesin olumsuz yanıt yanlılığı: 1 veya daha fazla zoraki seçmeli testte şansın altında performans elde etme
2. Muhtemel olumsuz yanıt yanlılığı: İyi bilinen bilişsel temaruz testlerinde kesme puanının altında sonuç alma

3. Test verileri ile bilinen beyin fonksiyon bozukluğu modelleri arasında belirgin farklılık olması. Örneğin; aynı testte zor maddeleri hatırlayabilirken, kolay maddeleri unutma.
4. Test verileri ile gözlemlenen davranış arasında tutarsızlık olması. Örneğin; görsel ve algısal alanda zorlanma yaşamayan, konuşmada güçlüğü olmayan iyi eğitilmiş bir hastanın sözel akıcılık ve isim karşılaştırma testlerinde ağır derece bozuk bir profil sergilemesi.
5. Test verileri ile güvenilir yardımcı bilgi kaynakları arasında tutarsızlık olması. Örneğin; ailesinin bütün parasal işlerini yöneten birinin muayenede basit matematik işlemlerini dahi yapamaması.
6. Test verileri ile belgelendirilmiş geçmiş öyküde tutarsızlık olması. Örneğin; bilinen hiçbir nörolojik defisiti olmayan hastanın trafik kazası sonrası sözel hafızada ciddi kayıp meydana geldiğini belirtmesi.

Kriter C: Öz bildirimlerden elde edilen kanıtlar

1. Belgelendirilmiş geçmiş öykü ile öz bildirilen öykü arasında tutarsızlık olması. Örneğin; geçmişte abartılı mesleki ve eğitim başarısı öyküsü, geçmiş psikiyatrik öyküyü kabul etmeme.
2. Bildirilen semptomlar ile bilinen beyin fonksiyon paterni arasında tutarsızlık olması. Örneğin; trafik kazası sonrası kaza anını unutmadan oluşan uzun retrograd amnezi.
3. Bildirilen semptomlar ve davranışsal gözlemler arasında tutarsızlığın olması. Örneğin; ağır hafıza kaybından yakınan bir hastanın yarımsız araba kullanabiliyor ve bilmediği bir yerdeki randevusuna zamanında yetişebiliyor olması.
4. Bildirilen semptomlar ve diğer bilgi kaynakları arasında tutarsızlık olması. Örneğin; ağır hafıza kaybından şikayet eden bir hastanın eşinin, minimal fonksiyon kaybı olduğundan bahsetmesi.
5. Psikolojik yetersizliğinin uydurulduğu ya da abartıldığına ilişkin kanıtlar olması. Örneğin; MMPI-2 sonuçlarının belirtilerin abartılması olarak yorumlanması.

Kriter D: B veya C grubunda gerekli kriterleri karşılayan davranışlar psikiyatrik, nörolojik ya da gelişimsel olarak açıklanamamaktadır. Bu davranışlar, Kriter A'daki dış teşviklere yönelik en azından kısmen bilinçli, rasyonel ve istekli bir çabanın ürünüdür [32].

2.8.1.3. Testler

Kişinin masum olduğu ya da yalan söylediğini ayırt edebilmek amacıyla geçmişte hipnoz, narkoanaliz gibi birçok yöntem denenmiştir. Poligraf (yalan makinası), modern bir yöntem olup, bir zamanlar ABD'nde delil olarak kabul edilmekteyken, günümüzde güvenilirliğinin en fazla %90 olduğu kabul edilmektedir. Anksiyetesi fazla olan bireylerde yanlış pozitiflik oranı yüksektir [16].

Nesnelliği sağlamak için yapılan araştırmalarda çeşitli psikolojik testler temaruzu saptama aracı olarak kullanılmıştır. Bunlar tanı için gerekli değildir; çünkü testlerin hiçbirisi kesin tanı koydurucu değildir, ancak tanıyı desteklemek için yardımcı olabilir. Araştırmalar, etkinlik, yanlış pozitif ve yanlış negatiflik oranlarında farklılıklar göstermektedir [81]. Buna rağmen, bu testlerde temaruzun tespit edilme olasılığı çeşitli nedenlerden dolayı yüksektir. Bunlar; temaruzcuların ne zaman numara yapacaklarını bilememeleri, basit maddelerde başarısız olup zor olanları geçebilmeleri, gerçek hastalığı olanlardan farklı bir bozulma paterni sergilemeleri, cevaplarını bildirdikleri yetersizliğin şiddetine göre ayarlayamamaları gibi nedenlerdir [82].

Tüm dünyada, bu alanda en yaygın kullanılan ve güvenilir olan testler: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri- 2 (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI - 2), Miller Semptomların Adli Değerlendirilmesi Testi (Miller Forensic Assessment of Symptoms Test - M-FAST) ve Bildirilmiş Belirtilerin Yapılandırılmış Görüşmesi (The Structured Interview of Reported Symptoms - SIRS)'dir [65].

MMPI – 2, 568 madde ve 20 ana ölçekten oluşmaktadır. Ölçeklerinde düşük L, yüksek F ve düşük K puanları temaruzu düşündürmektedir. MMPI-2'nin kısa formu bu ölçekleri kullanmak üzere geliştirilmiştir. F ölçeği, ağır psikopatolojilerde nadiren görülen belirtilerle ilgili olup, temaruz indeksi olarak bilinmektedir. Fb (fake bad scale, sahte kötü gösterme) ölçeği ise, fiziksel belirtileri temaruz eden kişileri

saptamak için geliştirilmiştir. MMPI-2 tanıya yardımcı olmakla birlikte yanıltmaz değildir [9]. Yüksek zekâ düzeyi ve test hakkında bilgi sahibi olmanın tespit edilmesi zor, gerçekçi test sonuçları oluşturabileceği saptanmıştır [83].

SIRS, 172 madde, 8 ana ölçek ve 5 yardımcı ölçekten oluşmaktadır. Sahte psikiyatrik hastalıkları tespit etmek için geliştirilmiştir. Psikiyatrik popülasyonda nadir görülen, absürt, kombinasyonu ender olan belirtileri içermektedir. Belirsiz, muhtemel, güvenilir ve sahte olmak üzere 4 çeşit sonuç vermektedir [77]. Gerçek hasta olanlarla, temaruz yaptığı bilinenlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada tutarlı farklılık saptanmıştır [84].

Kişilik Değerlendirme Envanteri (Personality Assessment Inventory- PAI); 344 madde ve 22 ölçekten oluşan objektif bir klinik, kişilik ve geçerlilik testidir [9]. Negatif İzlenim Ölçeği (The Negative Impression Scale – NIM) semptom abartılması ya da sahte belirtileri saptamak için kullanılır. Psikoloji öğrencilerinden oluşan bir simülasyon grubuyla, şizofreni, depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada % 80'in üzerinde isabet oranı vermiş olup, orta derecede etkili olduğu düşünülmektedir [36].

M Test, 33 doğru - yanlış maddesi ve şizofreninin gerçek semptomları, tuhaf davranış ve inanışlar, sahte belirtiler olmak üzere 3 ölçekten oluşan bir değerlendirme aracıdır. Şizofreninin DSM-III kriterlerini esas alması bir kısıtlılığdır. Gözden geçirilmiş bir skorum işlemi, psikoz temaruzunu belirlemenin tahmini duyarlılığını %86'ya kadar yükseltmiştir [85]. Bu teste yapılan açık bir eleştiri, temaruz yapanların tek bir semptom üretmek yerine, semptomların bir kokteyli sunuyor olmalarıdır [46].

Bellek Temaruzu Testi (The Test Of Memory Malinger – TOMM), 50 maddeden oluşan bir tanıma testi, iki öğrenme denemesi ve bir hatırlama bölümünden oluşan bir testtir. TOMM'un temaruzu saptamaya yönelik duyarlılığının yüksek olduğu ancak, nörolojik bozuklukları tanıyamadığı bildirilmiştir. Şanstan daha düşük puan elde etmek, temaruz tanısı için sağlam bir dayanaktır [46].

2.1.9. Prognoz ve Yönetim

Temaruzcunun davranışı genelde arzulanan kazancı elde edene kadar devam eder. Ordu ve cezaevi gibi kurumlarda, temaruz davranışının dikkate alınmaması, davranışı kendiliğinden ortadan kaldıracaktır. Temaruz yaptığı aşikâr hale gelip yüzleştirildiklerinde, genelde başka hekim ararlar. Temaruz belirtileri ancak kişi bu davranışının sonuçsuz olduğuna ikna olursa kaybolur. Temaruzcular desteklendikleri takdirde, her fırsat bulduklarında bu davranışı tekrarlama eğiliminde olurlar [16].

İlaç vererek düzeliş düzelmeyeceğini saptama, yani ‘çift kör tekniği’ potansiyel zararlarından dolayı günümüzde önerilmemektedir. Klinisyen, incelemeler sonucu temaruzdan emin olursa öncelikle karşı-aktarımına dikkat etmelidir. Her zaman bir hata olabileceği akılda tutulmalı ve süpervizyon almaktan kaçınılmamalıdır. Temaruzcunun motivasyonu mutlaka anlaşılmalıdır (ailesine bakım vermekle ilgili kaygılar, öldürülme korkusu vs). Motivasyonu anlamak, empati yapmayı ve psikiyatrik tabloyu anlamayı kolaylaştırır. Direkt yüzleştirme yapmanın terapötik olmadığı kabul edilir. Multidisipliner bir takımla beraber, sepatik ve anlayışlı bir tavır sergilenmesi, sabırlı ve yargısız olunması, tutarsızlıkların hastayla paylaşılması önerilmektedir. Örneğin; ‘Size bazı iyi haberlerim var. Herhangi bir klinik hastalığınız bulunmamaktadır. Ancak mutsuz ve stresli olduğunuz görülüyor. Size medikal tedavi vermek uygun olmamakla birlikte, sizinle hayatınızdaki stresi azaltmaya ve mutluluğunuzu arttırmaya yönelik çalışmak isterim’ [86].

Temaruzun bilinen herhangi farmakolojik ya da farmakolojik olmayan tedavisi yoktur. Hekime yönelik şiddet, dava açılması ve hasta-hekim ilişkisinin bozulmasını engellemek amacıyla, hastayı yalancılık ya da numara yapmakla suçlamaktan kaçınılmalıdır [9].

2.2. PSİKOZ

2.2.1. Genel Bilgiler ve Tarihçe

Şizofreni düşünce ve davranış bozukluğuna neden olan kötü prognozlu kronik bir hastalıktır. Beynin biyolojik, kimyasal ve anatomik yapısında önemli değişikliklere neden olduğu günümüzde bilinmesine rağmen, tanıyı

kesinleştirebilecek radyolojik, biyokimyasal ya da psikolojik bir test henüz bulunmamaktadır. Tanısı klinik görüşme ve gözleme dayanmaktadır [87].

Morel 1860'da erken bunama (démence précoce) terimini kullanmıştır. 1896'da Kraepelin heberfrenik, katatonik, paronid ve basit alt tipleri olan, erken başlangıçlı ve bunama ile seyreden dementia praecox isimli hastalığı tanımlamıştır. 1911'de ise Bleuler, Kraepelin'in tanımlamasının zorunlu olmadığını öne sürmüş ve 'şizofreni' tanımını yapmıştır. Şizofrenide görülen birincil ve ikincil belirtileri tanımlamıştır. Birincil belirtiler; duygulanımda bozukluk, çağrışımlarda bozukluk, ambivalans ve otizmdir. Bilinç, yönelim ve bellek sorunlarının olması şizofreni tanısını dışlar. İkincil belirtiler ise; sanrılar, varsanılar, katatoni ve manyerizm gibi hareket bozukluklarıdır [88].

2.2.2. Tanı

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 2013'te yayınlanan DSM-5 ile psikiyatrik hastalıkların tanısına boyutsal bir yaklaşım getirilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda psikotik bozuklukların, aynı bozukluğun farklı görünimleri olduğuna yönelik boyutsal bir yaklaşım sergilenmiştir [89].

DSM-5 Tanısal sınıflandırma sistemine göre şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda; şizotürü (şizotipal) kişilik bozukluğu, sanrılı bozukluk, kısa psikoz bozukluğu, şizofrenimsi (şizofreniform) bozukluk, şizofreni, şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk, maddenin/ilacın yol açtığı psikotik bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu, katatoni, tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanırları yer almaktadır. Ayrıca bipolar bozukluk ve depresif bozukluk gibi duygudurum bozuklukları ve paranoid ve şizoid bozukluk gibi A küme kişilik bozukluklarında psikotik belirtilerin görülebileceği bildirilmiştir [1].

Şizofreni tanısını DSM-5'e göre koyabilmek için A tanı ölçütlerinden en az ikisinin bulunması ve bunlardan en az birinin ise ilk 3 madde içinden olması gerekir. A tanı ölçütleri; sanrılar, varsanılar, darmadağın konuşma, ileri derecede dağınık ya da katatonik davranış ve negatif belirtilerdir. İşlevsellikte bozulma, belirtilerin en az

6 ay devam etmesi, duygudurum bozukluklarının ve ilaç/madde kullanımına bağlı psikotik bozuklukların dışlanması gerekir [1].

Hastalığın başlama kadınlar için 25-35 yaş ve erkekler için 10-25 yaştır. Şizofreninin 10 yaşından önce, 60 yaşından sonra başlaması beklenmemektedir. 45 yaşından sonra başladığında, ‘geç başlangıçlı şizofreni’ olarak tanımlanmaktadır [90].

2.2.3. Sıklık

Şizofreni önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ruhsal hastalıklar içinde sıklık bakımından dördüncü sıradadır [91]. Ülkemizde 4011 kişinin değerlendirildiği, İzmir’de uygulanan bir çalışmada şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının %0.7, DSM-IV’te psikotik belirtilerin görüldüğü 12 bozukluğun yaşam boyu toplam yaygınlığı ise %2.62 olarak bulunmuştur [92]. 31/12/2017 tarihi itibarıyla ülkemizin nüfusunun 80 milyonun üzerinde olduğu düşünülürse, 565 bin şizofreni hastasının var olduğu tahmin edilebilir [93].

Yapılan bir çalışmada şizofreninin insidansı 24/100.000, erkek:kadın oranı 1.4 olarak bulunmuştur. Şizofreni için ortalama yaşam boyu morbidite riski 7.2/1,000 kişi ve mortalite riski sağlıklı kişilere göre iki ya da üç kat artmıştır. Özellikle son yıllarda mortalitedeki farklılık aralığı artış göstermiştir [94]. Şizofreni hastalarında, diyabet, epilepsi, koroner arter hastalığı gibi çeşitli komorbiditelerin sık olduğu bildirilmişse de en yaygın ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır [91].

2.2.4. Risk Faktörleri

Şizofreni hastalarında çok çalışılan risk etkenlerinden biri baba yaşıdır. Baba yaşının 50’nin üzerinde olmasının çocukta şizofreni gelişme riskini belirgin derecede arttırdığı bildirilmiştir. Spermden meydana gelen mutasyonların buna neden olduğu düşünülmektedir. Kıtlık dönemlerinde hamilelik yaşayan kadınların çocuklarında şizofreni riskinin arttığı epidemiyolojik çalışmalarda saptanmıştır. Özellikle üçüncü trimesterde nutrisyonel eksikliğin bu riski arttırdığı iddia edilmiştir. Esrar kullanımının bazı kişilerde şizofreniyi tetikleyebildiği gözlenmiştir. Bunun üzerine endokannabinoid sistem üzerine çalışmalar yoğunlaşmıştır [88]. Şizofreninin tüm kültürlerde görüldüğü bildirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerin sanayileşmiş ülkelerle

teması arttıkça şizofreni sıklığı artmaktadır. Düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyinde daha sık görülmektedir [87].

2.2.5. Etiyoloji

Şizofreni etyolojisiyle ilgili birçok görüş olsa da, henüz netlik kazanmamıştır. Genetik, psikososyal, doğum komplikasyonları ve biyokimyasal faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

2.2.5.1. Kalıtım

Genetik yatkınlığın önemli olduğu bilinmektedir. Birçok faktörün genetik geçişte rol oynadığı düşünülmektedir. Genel toplumda %1 olan şizofreni prevalansının, bir ebeveyni şizofreni olanlarda %12, her iki ebeveyni şizofreni olanlarda %40 ve tek yumurta ikizi şizofreni olanlarda %58'e yükseldiği bildirilmiştir [91, 95].

Evlat edinme çalışmalarına göre, ailelerinde şizofreni tanısı bulunan ve evlatlık verilen kişilerde, kontrol grubuna göre daha yüksek oranda şizofreni görüldüğü saptanmıştır [96]. Bu da, şizofrenide kalıtımın önemini göstermektedir.

Şizofrenide birçok genin yatkınlığa katkısı olduğu bulunmuştur. 1q, 5q, 6q, 8p, 10p, 13q, 15q ve 22q en çok ilişkilendirilen bölgelerdir. Alfa-1 nikotinik reseptör, DISC-1, GRM-3, COMT, NRG 1, RGS 4 ve G72 bozukluktan sorumlu olduğu düşünülen aday genlerdir. DTNBP1 ve Neuroglin 1 genlerinin negatif belirtilerle ilgili olduğu düşünülmektedir [97].

2.2.5.2. Çevresel Etkenler

Şizofreni hastalarının daha çok kış aylarında doğduğu fark edilmiştir. Bu durumun, viral enfeksiyonlara maruziyetle açıklanabileceği ve özellikle gebeliğin ikinci trimestirinde viral maruziyetin riski arttırdığı düşünülmektedir. Gebelik ve doğum komplikasyonlarının da hipoksiye yol açarak şizofreni görülme riskini arttırdığı bildirilmiştir [90].

Göçmenlerde şizofreni gelişme riskinin arttığı bilinmektedir. Birinci ve ikinci nesil göçmenlerle yapılan çalışmalarda, şizofreni için artmış risk bildirilmiştir [98].

2.2.5.3.Biyokimyasal Etkenler

Dopamin: Arařtırmalarda řizofreni hasalarının idrar, BOS ve serumlarında dopamin metabolitlerinin yüksek olduėunun saptanması nedeniyle, řizofrenide bozulan esas sistemin dopamin sistemi olduėu dűřünűlműř ve dopamin sistemine etki eden antipsikotik ilaçlar űretilmiřtir. Beyinde dopaminin űnemli olduėu 4 yolak bulunmaktadır. Mezolimbik yolak sanrı ve varsanıda, mezokortikal yolaksa negatif ve biliřsel belirtilerden sorumludur. řizofreni hastalarında, dopamin D3 reseptűr (D3R) azalması, dopamin artışı ile sonuçlanabilir. Yüksek D3R ise negatif belirtilerle baėlantılıdır [91].

Serotonin: Serotonin ve dopamin sistemleri birbiri ile baėlantılıdır. řizofreni hastalarında, kortikal nűronlarda, 5HT2A reseptűrlerinde azalma, 5HT1A reseptűrlerinde artma saptanmıřtır. İkinci kuřak antipsikotikler, serotonerjik etkiyi azaltarak prefrontal kortekste dopamin miktarını arttırmaktadırlar. Bűylece, řizofreninin negatif ve biliřsel belirtilerine etki gűsterirler [88].

Glutamat: Glutamat NMDA reseptűr antagonisti olan fensiklidinin akut psikotik bir tabloya yol açması dikkatleri bu yűne çekmiřtir [90]. řizofreni hastalarında BOS'ta glutamat dűzeyleri ve hipokampusta AMPA ve NMDA reseptűr ekspresyonu azalmıřtır. řizofrenideki glutamat hipotezine gűre, prefrontal ve limbik bűlgelerde NMDA reseptűr iřlev kaybı vardır. Bu hipofonksiyon, ařaėı doėru uyarıma ve kortikal ařırı glutamat salınımına yol açar. Glisin vb molekűllerin řizofreni hastalarında pozitif ve negatif belirtileri azalttıėı bildirilmiřtir [99].

Ayrıca noradrenalin, histamin, GABA, asetilkolin, nikotin, endokannaobinoid sistem, P maddesi ve nűrotensin řizofrenide çalıřılan diėer nűrotransmitterlerdir.

2.2.6. Beyin Gűrűntűleme

řizofreni hastalarında nűrogűrűntűleme çalıřmaları ilk olarak bilgisayarlı beyin tomografisi ile bařlamıřtır. Ventrikűllerde kontrol grubuna gűre artmıř dilatasyon saptanmıř ve bu biliřsel bozukluk indeksleri ile orantılı bulunmuřtur [100].

Manyetik rezonans çalışmalarında; sağ insular korteks, sol postsentral girus, sol hipokampal girus, anterior singulat girus, bilateral talamusta dansite azalması saptanmıştır. Bu durum, bilişsel ve negatif belirtilerle bağlantılı bulunmuştur.

Putamen ve sağ nükleus kaudatus dansitesindeki artış ise antipsikotik kullanımına bağlanmıştır [101].

fMRI çalışmalarında frontotemporal sistemleri kapsayan, öğrenme, belek ve yürütücü işlevlerde bozulma saptanmıştır. Bellek ve yürütücü işlevlerde, ventromedial ve superior temporal lob, prefrontal korteks ve limbik yapılar ilişkili bulunmuştur. şizofreni hastalarına korku, öfke gibi pozitif bir uyaran verildiğinde amigdalada anormal aktivite oluşmaktadır [102].

2.2.7. Bilişsel Belirtiler

şizofreni hastalığında bilişsel belirtilerin görüldüğü 100 yılı aşkın süredir bilinmektedir [103]. şizofrenisi olan hastalar, bellek, motor performans, dikkat, zekâ, dil, görsel- uzaysal ve yürütücü işlevler gibi birçok nörokognitif alanda sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede daha düşük performans göstermektedirler. Bu da şizofreninin yaygın bir nörobilişsel bozukluğa neden olduğunu göstermektedir [104].

Dikkati toplama ve sürdürme, yürütücü işlevlerde bozulma gibi belirtiler önceden negatif belirtiler içinde değerlendirilirken, artık bilişsel belirtiler başlığı altında değerlendirilmektedir. Bu belirtiler, bireyin normal bir yaşam sürmesini, hayatını çalışarak kazanmasını zorlaştırmaktadır [88]. şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler değerkenlik gösterebilirken, kognitif belirtiler görece stabil bir seyir göstermektedir [105].

şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında da bilişsel bozukluğun olduğu gösterilmiştir [106]. şizofreni hastalarının premorbid dönemde de entelektüel yetersizlik gösterdiği bilinmektedir. Bu veriler, şizofreninin nörogelişimsel bir hastalık olduğunu düşündürmektedir [107]. Hastalığın erken yaşta başlamasının, yürütücü işlevler, psikomotor hız, sözel hafıza gibi nörobilişsel fonksiyonlarda daha ağır kayıpla sonuçlandığı gösterilmiştir [108].

Yüksek dozda antipsikotik ilaç almanın işleme hızına olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir [109]. Antipsikotik etkisinin araştırıldığı bir metaanaliz çalışmasında, ketiapin, olanzapin ve risperidon global bilişsel puanlar üzerinde amisülpirid ve haloperidole göre daha iyi etkilere sahip bulunmuştur[110].

Sözel beceriler, çalışma belleği, işlem hızı, yürütücü işlevler gibi nörobilişsel süreçler, şizofreni hastalarının yaşam kalitesiyle ilişkilendirilmiştir [111].

2.2.8. Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni hastalarında bazı belirtiler düzelse de rezidüel semptomlar devam etmektedir. Bu belirtilere iş ve sosyal alanlarda yetersizlik, günlük aktivite ve keyifli faaliyetlere ilgi duyulamaması dâhildir. Bunlar yeti yitimini ve yaşam kalitesindeki düşmeyi açıklamakla birlikte, ailelere de büyük yük oluşturmaktadır [112].

Şizofreni relaps ve remisyon dönemleriyle seyretmektedir. Hastaların remisyon oranları değişkenlik göstermektedir. Çok bölgesel uluslararası bir araştırmada, gelişmekte olan ülkelere 2 yıl tam remisyon gösteren hastaların oranı %63, gelişmiş ülkelere ise bu oran %37'dir [113]. Şizofrenide iyileşme literatürde bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada, ilk atak şizofreni hastalarının %13.7'sinin 5 yılın sonunda tam iyileşme kriterlerini karşıladığı, dörtte birinin sürekli mesleki ve sosyal iyileşme gösterdiği bulunmuştur. Hastaların iyi bilişsel performans sergilemeleri, tam düzelme, remisyon, yeterli sosyal ve mesleki işlevsellik ile ilişkili olduğu saptanmıştır [114]. İlk atak şizofrenisi olan 50 denekten oluşan bir çalışmada, başlangıçtaki negatif belirtilerin, 2 yıllık izlemde sosyal ve mesleki sonuçları öngördüğü bulunmuştur [115].

Şizofreni, toplam yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılının %1.1'ine sahiptir. Yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılı bakımından ruhsal hastalıklar içinde %7'lik bir paya sahiptir. Ancak akut şizofreni tüm ruhsal hastalıklar içinde en yüksek yeti yitimine sahiptir. Oranının düşük olması, prevalansının düşük olması ile açıklanabilir [116]. Ülkemizde Hıfzısıhha Enstitüsü tarafından yapılan bir araştırmaya göre, şizofreni yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılı bakımından ilk on hastalıktan biridir [91].

Ekonomiye büyük maliyeti olduğu bilinmektedir. 1991 yılı için şizofreninin ABD'ye doğrudan harcama maliyetinin 19 milyar dolar ve verimlilik kaybının 46 milyar dolar olduğu saptanmıştır [2].

Şizofreni hastalarının %30'unun yaşam boyu en az bir kere intihar girişiminde bulunduğu bilinmektedir [117]. Hastaların yaklaşık %10'u intihar sonucu ölmektedir [118]. Şizofreni hastalarının yaşam süresi beklenenden ortalama on yıl daha kısadır [2].

Şizofrenide iyi ve kötü prognoz göstergeleri Tablo-1’de belirtilmiştir[90].

Tablo 1. Şizofrenide İyi ve Kötü Prognostik Faktörler

İyi Prognoz	Kötü Prognoz
Kadın cinsiyet	Erkek cinsiyet
Evli olma	Bekar, boşanmış, yalnız olma
Kırsalda yaşama	Kentte yaşama
Geç başlangıç	Erken başlangıç
Akut başlangıç	Sinsi başlangıç
Tetikleyici etkenlerin varlığı	Tetikleyici etkenlerin yokluğu
Yüksek zeka	Düşük zeka
Pozitif belirtilerin baskın olması	Negatif belirtilerin baskın olması
Katatoni, paranoid alt tip	Dezorganize tip
Tedaviye iyi uyum	Tedaviye kötü uyum
Ailede duygudurum bozukluğu olması	Ailede şizofreni olması
İyi destek sistemleri	Kötü destek sistemleri
Kısa ve az sayıda atak	Çok sayıda atak
Premorbid sosyal ve mesleki öykünün iyi olması	Premorbid A küme kişilik özelliklerinin olması

2.3. MALULİYET

2.3.1. Maluliyetin Tanımı ve 5510 Sayılı Kanun

Fiziksel ya da zihinsel bir bozukluğa bağlı olarak, sürekli bir iş göremezlik durumu oluşturan maluliyet, Arapça kökenli bir kelime olup, hastalık veya sakatlık anlamına gelen ‘illet’ sözcüğünden türetilmiştir. Malul olan bir kişi, çalışma hayatına eskisi gibi katılamayacağı için sosyal devletin görevi uygun haklar verilmesini sağlamaktır. Prim ödeyerek emekli olacak olan sigortalılar, maluliyet şartlarını sağlamaları durumunda, bu süreci beklemeden haklarına kavuşmaktadırlar. Maluliyete neden olan durum devam ettiği süre boyunca kişiye aylık ödenmektedir [119].

Ülkemizde 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510 sayılı Kanun) ile farklı kanunlara tabi çalışanlar tek çatı altında toplanmıştır. 5510 sayılı kanun ile; 4 (a), işveren tarafından çalıştırılanlar yani işçiler, 4 (b), kendi adına bağımsız çalışanlar, 4 (c) ise kamu personelinin sigorta kapsamı olarak tanımlanmıştır. Malullük, vazife malullüğü ve harp malullüğü, kanunun 25. ve 47. maddelerinde tanımlanmıştır [120].

2.3.2. Özür Oranları ve Malul Sayılma

4 (a) ve 4 (b) kapsamındaki sigortalılar için meslekte kazanma gücünün en az %60'ını kaybettiği saptananlar malul kabul edilirler. Bu kaybın nedeni iş kazası, hastalık ya da yaralanma olması önemli değildir. 4 (c) kapsamındaki sigortalılar içinse, çalışma gücünün en az %60'ını ya da vazifelerini yapamayacak derece meslekte kazanma gücünü kaybeden sigortalılar malul kabul edilirler [121].

Hangi hallerde sigortalının iş gücünün en az %60'ını kaybettiği 28727 sayılı 03.08.2013 tarihli Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği ile belirlenmektedir. Hangi hastalıkların meslek hastalığı sayılacağı ve o işten ayrıldıktan sonra en geç ne zaman ortaya çıkabileceği, hangi iş kazası ya da meslek hastalığının çalışma gücünü ne oranda azaltacağı, sigortalının engelli çocuklarının hangi hallerde başkasının bakımına muhtaç sayılacağı gibi hallerde ilgili yönetmelikte tanımlanmıştır. Yönetmeliğin Ek-1 listesinde bulunan oranlara göre ilgili sağlık kurul raporu düzenlenir [122].

Ek -1 listesinde tanımlanmış psikiyatrik hastalıklar; IQ 50 ve altı olan zeka gerilikleri, tedaviye rağmen çalışma olanağı vermeyen şizofreni ve alt tipleri, şizoafektif bozukluk, sanrısız bozukluklar, atipik veya başka türlü sınıflandırılmayan psikozlar, tedavi ile işlevselliği düzelmeyen progresyon gösteren ve çalışma olanağı vermeyen bipolar bozukluk, tedavi ile işlevselliği düzelmeyen ve çalışma olanağı vermeyen beyin hasarı, beyin işlev bozukluğuna bağlı davranış bozuklukları (organik kişilik ve davranış bozukluğu, frontal lob sendromu vb), tedavi ile işlevselliği düzelmeyen ve çalışma olanağı vermeyen psikotik özellikli kronik obsesif kompulsif bozukluk, kronik travma sonrası stres bozukluğu ve komorbiditesi (tedaviye direnç protokollerinin uygulandığını gösteren tıbbi belge ve dokümantasyonlarının dosyada mevcut olması gerekir), tedavi ile işlevselliği düzelmeyen ve çalışma olanağı vermeyen beyin hasarı, beyin işlev bozukluğu ve bedensel hastalıklara bağlı ruhsal bozukluklar (organik bipolar, sanrılı bozukluk, demansiyel ve amnestik vb tablolar), yaygın gelişimsel bozukluklar (otizm, asperger vb) bulunmaktadır [121].

Ülkemizde engelli/malul maaşı alan kişilerin kaçının psikiyatrik hastalık tanısı aldığı ve özelde de kronik psikotik bir bozukluğa sahip olduğuna dair

istatistiksel bir veriyi, ilgili mercilere ulaşma konusundaki tüm çabalarımıza rağmen elde edemedik. Ancak Türkiye İstatistik Kurumu verileri incelendiğinde, maaş alan kişi sayısının her gün arttığı dikkati çekmektedir. Engelli/malul maaşı alan kişi sayısı 2015 yılında 831 bin iken, 2016’da bu sayı 840 bin kişiye yükselmiştir [5]. ABD’de 2007 yılında Florida eyaletinde yapılan bir çalışmada, engellilik ve tazminat davası nedeniyle mali haklardan faydalanan bütün vakaların %6.8’inin zihinsel hastalıklara sahip olduğu saptanmıştır [7].

Sigortalıya malulen emeklilik aylığı bağlanabilmesi için, kişinin en az 10 yıldır sigortalı olup, toplam 1800 gün malullük, ölüm ve yaşlılık sigorta primi ödemiş ödemesi gerekir. Başkasının sürekli bakımına muhtaç derecede malul olanlarda ise sigortalılık süresi aranmaz. Kişinin sigortalı olarak çalışmaya başlamadan önce de iş gücünün en az %60’ını kaybettiği tespit edilirse, bu hastalık için malullük aylığından faydalanamaz [122].

2022 sayılı sayılı kanun ile yaşlı, engelli ve muhtaç vatandaşlara çeşitli haklar sağlanmıştır. Bu haklar kanunda “Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından muhtaç olduğuna karar verilen 65 yaşını doldurmuş Türk vatandaşlarına, muhtaçlık hâli devam ettiği müddetçe (2.332) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımından bulunacak tutarda aylık bağlanır. 18 yaşını doldurup 65 yaşını doldurmamış Türk vatandaşı engelliler ise, başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde engelli olduklarını sağlık kurulu raporu ile kanıtlayıp, muhtaç olduğuna karar verilenlere muhtaçlık hâli devam ettiği müddetçe (4.860) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımından bulunacak tutarda aylık bağlanır.” şeklinde belirtilmiştir. Sağlık kurulu raporu ile engelli olduğunu kanıtlayan, 18 yaşını dolduran ve talebine rağmen Türkiye İş Kurumu tarafından işe yerleştirilememiş olan Türk vatandaşlarından; muhtaç olduğuna karar verilenlere muhtaçlık hâli devam ettiği müddetçe (3.240) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımından bulunacak tutarda aylık bağlanır [123].

2.3.3. Sağlık Kurulu Raporları

Sağlık kurulu raporlarını hazırlamaya, üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim araştırma hastaneleri ya da tam teşekküllü devlet hastaneleri yetkilidir. Sağlık kurulu; dahiliye, kulak burun boğaz, göz, genel cerrahi

ya da ortopedi, nöroloji ya da psikiyatri uzman doktorlarından oluşmalıdır. Eğer, sigortalının sadece bir uzmanlık alanını ilgilendiren hastalığı varsa, o bölümden 3 uzman ile sağlık kurulu oluşturulabilir [121].

Sağlık kurulu raporlarında hastane adı, hastanın adı, soyadı, sigorta sicil numarası, Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası, baba adı ve doğum tarihi, raporun tarih ve sayısı, hastaneye giriş ve çıkış tarihleri, son altı ay içinde çekilmiş mühürlü fotoğrafı, sağlık kurulu raporunun düzenlenme nedeni, muayene bulguları, tetkikler ve sonuçlar belirtilmelidir. Mevcut hastalıklara ilişkin tetkikler, epikrizler, ameliyat notları, patoloji raporları ve benzeri belgelerin aslı veya resmi onaylı fotokopileri eklenir ve tıbbi terimler kısaltılma yapılmadan yazılır. Sağlık kurulu raporları durum bildirir nitelikte olmalıdır [121].

Sağlık kurulu raporlarında birden fazla hastalık mevcut ise en ağır sekel bulgu dikkate alınır ve Balthazard Formülü (Balthazard formülünde en yüksek oran 100'den çıkarılır. Çıkan sonuç en yüksek ikinci oran ile çarpılır ve en yüksek oranla toplanır. Kaç tane engel oranı varsa bu işlem o kadar tekrarlanır.) uygulanmaz. Ancak, birden fazla hastalık durumlarında, tedaviye rağmen çalışma olanağı vermediği kurum sağlık kurulunca karar verilenler malul sayılır [122].

Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi bulunan ülkelerin sigortalıları hakkında düzenlenecek istirahat veya sağlık kurul raporlarının, anlaşmalı ülke sosyal güvenlik kuruluna gönderilebilmesi için SGK'ya verilmesi gerekmektedir [122].

2.3.4. Yurtdışında Maluliyet İşlemlerinin Değerlendirilmesi

Maluliyet tespit yöntem ve oranları ülkeler arasında oldukça değişkenlik göstermektedir. Almanya ve İtalya'da maluliyet için, çalışma gücünün en az 2/3'ünün kaybedilmesi şartı aranmaktayken; bu oran Yunanistan'da 3/4, İsveç'te ise %25'tir. Belçika'da ise, sigortalının kendisiyle benzer vasa sahip bir işçinin gelirin 1/3'ünden daha az kazanç elde etmesi durumunda malulen emekli edilmektedir. İngiltere'de kişinin iş göremezlik durumunun ayrıntılı değerlendirilebilmesi için, 'kişisel danışman' ile görüşülüp, sigortalının işlevselliği hakkında kapsamlı bilgi

edinilmektedir. Amerikan Federal Maluliyet Sigortası'na göre ise maluliyet durumunun en az 12 ay sürmüş olması gerekmektedir ve 5 aşamalı bir değerlendirme ile belirlenir. Kişinin gelirinin ülkenin asgari ücretini aşp aşmadığı, sağlık durumunda günlük basit işlerini bile etkileyecek bir durumun olup olmadığı, varsa bu durumun ilgili listede yer alıp almadığı incelenir. Daha sonra kişinin işini yapıp yapamayacağına ve son olarak herhangi bir iş yapıp yapamayacağına eyalet kurulu karar verir [124].

ABD'nde maluliyet başvurularının özendirici olmasından kaçınılmaktadır. Bu nedenle, primler yüksek tutulmakta ve maaşlar düşük ödenmektedir. Ülkemizde de belli miktar prim ödeme şartı aranmakta olup, maluliyet aylığı emekli aylığına göre daha düşüktür. Malulen emekli olan kişilerin belli aralıklarla kontrol muayenesi yapılarak denetim sağlanmaya çalışılmaktadır [124].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırma Örneklemine Seçilimi

Araştırmaya 01/06/2017 – 01/10/2017 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından muayene edilen, DSM-5 tanı ölçütlerine göre, şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklardan birine sahip olan, 45 çalışma ve 45 kontrol grubunda olmak üzere toplam 90 hasta dahil edilmiştir.

Araştırmaya alınan hastalara, yakınlarına ve varsa vasilerine, araştırmanın amacı anlatılmış ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır. Kayıtlarının gizli tutulacağı güvencesi verilmiştir. Hastalara araştırmanın her aşamasından ayrılacakları anlatılmıştır.

3.1.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Çalışma grubuna SGK tarafından maluliyet sevki nedeniyle yönlendirilen hastalar alınırken, kontrol grubuna ise herhangi bir rapor beklentisi olmaksızın tedavi için başvuran, 18-65 yaş arası, bilgilendirmeyi kabul eden, DSM-V ölçütlerine göre şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklardan birine sahip olan hastalar dahil edilmiştir. Kontrol grubuna alınan hastaların, çalışma grubuna benzer yaş ve cinsiyette olmasına özen gösterilmiştir. Ölçeklere ve nöropsikolojik testlere uyum sağlayabilmeleri açısından Türkçe konuşan ve en az ilkokul mezunu olanlar kabul edilmiştir.

3.1.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Demans ya da mental retardasyon gibi bilinen bilişsel bozukluğu olanlar, psikotik özellikli duygudurum bozukluğu (depresyon, bipolar bozukluk) olanlar çalışmadan dışlanmıştır. Psikiyatrik görüşme ve test uygulamasını engelleyecek düzeyde akut psikotik eksitasyonu, ağır fiziksel hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.2.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma çalışma ve kontrol olmak üzere iki grubun karşılaştırıldığı, kesitsel ve gözlemsel bir çalışmadır.

3.3.Etik Kurul Onayı

Bu araştırma Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından 9/5/2017 tarih ve 2017-198 kod numarası ile onaylanmıştır.

3.4.Araştırmanın Bütçesi

Miller-Belirtilerin Adli Değerlendirilmesi ölçeğine (M-FAST) ait telif bedeli ve diğer giderler araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

3.5.Değerlendirme Gereçleri

Araştırmada kullanılacak ölçek ve testlerin 2 ayrı seansta uygulanması planlanmıştır. Her iki seans da ortalama 45 dakika sürmüştür. Klinik değerlendirme görüşmesi sonunda hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDS), Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOCA), Dünya Sağlık Örgütü- Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS-II), Miller Adli Belirtileri Değerlendirme Testi (M-FAST), Rey Hafıza Testi (RMT) uygulanmıştır. Ardından başka bir seansta klinik psikolog tarafından nöropsikolojik testler (Wisconsin Kart Eşleme Testi, Stroop Renk Sözcük Testi, Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi) uygulanmıştır.

Tüm veriler birebir görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Test sonrası dönemde hastalar düzenli poliklinik takiplerine devam etmişlerdir.

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Hastaların kimlik bilgileri, medeni durumu, çocuk sayısı, kiminle ve nerede yaşadığı, gelir düzeyi, eğitimi, mesleği gibi sosyodemografik verileri, psikiyatrik tanı ve tedavileri, TRSM (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi) takipleri ve tedavi uyumları sorgulanmıştır. Tedavi uyumu, hasta ve yakınlarından alınan sözel beyana göre belirlenmiştir. Düzenli kontrollere gidip, düzenli ilaç yazdırdığı teyit edilen, yakınlarının gözetiminde ilacını kullanan, depo antipsikotik kullanıyorsa enjeksiyonunu zamanında yaptıran hastalar ‘tatminkâr uyum’ olarak tanımlanmıştır. Hiç tedavi kullanmayan hastalar ‘uyum yok’, tedaviye tatminkâr uyum sağlayamayan hastalar ‘düzensiz uyum’ olarak sınıflandırılmıştır. Ayrıca tıbbi

hastalıkları, alkol-madde kullanımı, sosyal destekleri, çalışma süresi, kaç kere çalışmayı denediği, hastalıktan ne kadar süre sonra tamamen çalışmayı bıraktığı, neden çalışmadığı (iş bulamama, becerememe vs), maluliyete başvurmadan önce psikososyal ya da ekonomik bir stresin olup olmadığı değerlendirilmiştir. Hastaların sözel beyanına dayalı hastalık sonrası işlevsellik düzeyi de sorgulanmıştır. Bu form, araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

3.5.2. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS)

Pozitif belirtiler değerlendirme ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms - SAPS) şizofreninin pozitif belirtilerini değerlendirme amacıyla Andreasen tarafından geliştirilmiştir [125]. Varsanılar, hezeyanlar, garip (bizar) davranış ve pozitif formal düşünce bozukluğu olmak üzere 4 alt ölçekten ve 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçek likert tipi olup, her madde 0-5 arası puanlanmaktadır. Ölçek puanı 0-170 arası değişmekte olup, kesme puanı bulunmamaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [126].

3.5.3. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS)

Negatif belirtileri değerlendirme ölçeği (Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS) şizofreninin negatif belirtilerini değerlendirme amacıyla Andreasen tarafından geliştirilmiştir [127]. Duygulanımsal küntleşme, alogia, apati, anhedoni ve dikkat eksikliği olmak üzere 5 alt ölçekten ve 25 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi olan ölçekte her madde 0-5 arası puanlanmakta ve ölçek puanı 0-125 arası değişmektedir. Kesme puanı bulunmamaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [128]. SAPS ve SANS ölçekleri hasta görüşmesi, gözlem ve çevreden alınan öykü esas alınarak doldurulmaktadır.

3.5.4. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS)

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastaların, psikotik, depresif ve bazı diğer belirtilerini ölçmek için Overall ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. 18 maddeden oluşan ölçek, Likert tipi olup her bir madde 0-6 arası puanlanmaktadır. Alt ölçeği bulunmamakta ve toplam puan tüm maddelerin toplamından oluşmaktadır. 15-30 arası minör sendromu, 30 ve üzeri ise

majör sendromu tanımlamaktadır [129]. Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır [130].

3.5.5. Calgary Depresyon Ölçeği (CDS)

Şizofrenisi olan hastaları depresyon açısından incelemek, depresif belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir [131]. Görüşmeci tarafından değerlendirilen bir ölçek olup, depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, intihar ve gözlenen depresyon belirtilerini içeren toplam 9 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi ölçek olup, her bir madde 0-3 arası puan almaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [132]. Ölçeğin kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir [133].

3.5.6. Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS-II)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, tıbbi tanıdan bağımsız olarak, bireyin faaliyet ve toplumsal katılımındaki kısıtlılıklarını tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir. Uluslararası, çok merkezli bir çalışma ile geçerlik ve güvenirliği araştırılmıştır. Ölçek, yeti yitimini; anlama ve iletişim kurma (DAS1), hareket etme ve bir yerden bir yere gitme (DAS2), kendine bakım (DAS3), insan ilişkileri (DAS4), yaşam faaliyetleri (DAS5) ve toplumsal yaşama katılım (DAS6) olmak üzere 6 farklı alanda değerlendirmektedir. Toplamda 36 sorudan oluşmaktadır. Kişinin son bir ayı değerlendirmeye alınmaktadır. Görüşmeci tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme ile değerlendirilmekte ve yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Uluğ ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, şizofreni hastalarında tedavi cevabı, işlevsellik düzeyi, hastalık gidişinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılabileceği belirtilmiştir [134].

3.5.7. Miller-Belirtilerin Adli Değerlendirme Ölçeği (M-FAST)

Miller tarafından 2001 yılında, temaruzu hızlı ve güvenilir bir şekilde saptayabilmek için SIRS ölçeğindeki maddelerden geliştirilmiştir. Toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Yapılandırılmış bir görüşme formatında olup, uygulama

yaklaşık 5-10 dakika sürmektedir. Alt ölçeği olmayan M-FAST, 7 alt bölümden oluşmaktadır. Bunlar; ‘bildirilen/gözlemlenen’, ‘abartılı belirti’, ‘nadir birliktelik’, ‘olağandışı halüsinasyon’, ‘olağandışı belirti gidişi’, ‘olumsuz görünüm ve ‘telkin edilebilirlik’tir. 25 puan üzerinden değerlendirilen ölçeğin, 7 ve üzerindeki puanlar temaruzu düşündürmektedir [135]. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Keyvan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [8].

3.5.8. Rey Hafıza Testi (RMT)

Rey tarafından 1964’te geliştirilmiştir. Hafıza bozukluğunda temaruz eğiliminin olup olmadığını tespit etmek için kullanılan hızlı, kolaylıkla uygulanan bir testtir [136]. Test, her birinde 3 karakter bulunan 5 sıradan ibaret olan bir karttan oluşmaktadır. Kart katılımcılara 10 saniye süreyle gösterilir ve mümkün olduğunca çok sayıda ögeyi hatırlamaya çalışmaları için dikkatle incelemeleri söylenir. 15 farklı maddeyi hatırlamanın çok zor olduğu bir hafıza testi olarak sunulmaktadır. Aslında, test öğeler arasındaki ilişki nedeniyle çok basittir ve önemli bilişsel sorunları olan hastalar bile zorlanmadan hatırlayabilir [137]. Kesme puanı olarak 9 alınmasının semptomlarını abartma eğilimini %94 oranında saptayabildiği bulunmuştur [138].

3.5.9. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOCA)

Kısa bir bilişsel tarama aracı olan Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği, kognitif bozuklukların saptanması için yüksek duyarlılığı ve özgünlüğü nedeniyle farklı klinik tanılarda kullanılmaktadır. Görsel/mekansal/yürütücü işlevler, adlandırma, bellek, dikkat, lisan, soyut düşünme, gecikmeli hatırlama ve yönelim olmak üzere 8 alt başlıktan oluşmaktadır. Uygulaması 10-15 dakika sürmektedir. Toplam puan 30 olup, ABD için kesme puanı 26 olarak belirlenmiştir [139]. MOCA’nın şizofreni hastaları için hızlı, uygulanabilir ve duyarlı bir bilişsel değerlendirme aracı olduğu bildirilmiştir [140]. Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmış olup, Türkçe versiyonunun kesme puanı 21 olarak belirlenmiştir [141]. Şizofreni hastalarında kullanımıyla ilgili çalışmalar mevcuttur. Mini Mental Test (MMT) ile bu hasta grubunda korelasyonu yapılmış olup, MOCA testinin yanlış negatif oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır [142]. MOCA’nın MMT’den temel farkı bilişsel esneklik, soyutlama, çalışma belleği, sürekli dikkat gibi şizofrenide bozulma olduğu bilinen alanların değerlendirilebilmesidir [143].

3.5.10. Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)

Yürütücü işlevleri değerlendirmek amacıyla kullanılan test 1948’te Berg tarafından geliştirilmiş ve 1981’de Heaton tarafından güncellenmiştir [144, 145]. Yetişkin örneklem için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması BİLNOT bataryası kapsamında Karakaş tarafından yapılmıştır [146].

Bilgisayarlı ve manuel formu bulunmaktadır. Bu çalışmada manuel formu kullanılmıştır. Test, iki deste halinde toplam 128 kart ve 4 uyarıcı karttan oluşmaktadır. Kartların her biri değişik renk, miktar ve şekildedir. Katılımcıdan her bir tepki kartını uyarıcı kartla eşlemesi istenir. Bu eşleme sırasında sadece eşlemenin doğru ya da yanlış olduğuna dair geri bildirim verilir, doğru kural söylenmez. 10 doğru eşlemeden sonra, katılımcıya bilgi vermeden kural değiştirilir ve bir sonraki kategoriye geçilir. Zaman sınırlaması yoktur. 6 kategori tamamlandığında ya da tüm kartlar eşlendiğinde test tamamlanır.

Toplam tepki sayısı, toplam hata yüzdesi, toplam doğru yanıt yüzdesi, tamamlanan kategori sayısı, toplam perseveratif tepki sayısı, toplam perseveratif hata sayısı, perseveratif olmayan hata yüzdesi, perseveratif hata yüzdesi, ilk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı, kavramsal düzey tepki yüzdesi, kurulumu sürdürmede başarısızlık, öğrenmeyi öğrenme puanı olmak üzere toplam 13 puan hesaplanır.

Çalışma belleği, soyutlama, karmaşık dikkat, kavramsallaştırma, kategori belirleme, kural öğrenme gibi yüksek bilişsel işlevlerle ilgilidir. Testin frontal lob işlevlerini ölçtüğü, özellikle dorsolateral prefrontal korteks fonksiyonlarına duyarlı olduğu saptanmıştır [147].

Temaruz eğilimini saptamaya yönelik çalışmalarda, tamamlanan kategori sayısı, perseveratif hata sayısı, kurulumu sürdürmede başarısızlık puanlarının tanı koydurmaya yardımcı olabileceği bildirilmiştir. Ayrıca bazı yazarlar tarafından, tepki kartının herhangi bir özellik bakımından uyarıcı kartla eşleştirilmemesi ‘diğer tepki’ (other/unique response) ve uyarıcı kartla tamamen aynı olan tepki kartının doğru eşleştirilmemesi ise ‘mükemmel eşlemenin kaçırılması’ (missed perfect matched) olmak üzere temaruz tanısına yardımcı iki yöntem tanımlanmıştır [148]. Bu

çalışmada gruplar WKET puanları, diğer tepki ve mükemmel eşlemenin kaçırılması açısından karşılaştırılmıştır.

3.5.11. Stroop Renk Sözcük Testi -TBAG Formu

Stroop tarafından 1935 yılında geliştirilmiştir [149]. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, BİLNOT bataryası kapsamında Karakaş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [150]. Seçici ve odaklanmış dikkat, tepki inhibisyonu, bilgi işleme hızı, bozucu etkiye direnç gibi bilişsel alanlarla ilgili bilgi vermektedir. Stroop testinin frontal lob işlevleriyle, özellikle de sol prefrontal korteksle ilgili olduğu bilinmektedir. [151].

Stroop Testi TBAG (Temel Bilimler Araştırma Grubu) formu dört karttan oluşmaktadır. Her bir kartta 24 madde bulunmaktadır. Test beş bölümden oluşur. Birinci bölümde katılımcıdan beyaz üzerine siyah yazılmış olan renk isimlerinin okunması istenir (sözcük okuma). İkinci bölümde farklı renklerde basılmış renklerin isimleri okunur (renk okuma). Üçüncü bölümde dairelerin renkleri söylenir. Dördüncü bölümde nötr kelimelerin renkleri söylenir. Beşinci bölümde, ikinci bölümdeki karttaki kelimelerin rengini söylemesi istenir (bozucu etki). Her aşamada toplam süre, hata ve düzeltme sayısı değerlendirilir ve toplam 15 puan hesaplanır. Bu çalışmada sözcük okuma, renk okuma ve bozucu etki puanları hesaplanmıştır.

Stroop testinin kelime kartlarında, norm değerlerinin altında performans sergilemenin kendini gösterme eğilimiyle ilgili olabileceği bildirilmektedir [152]. Ayrıca kolay kartları zor kartlara göre daha yavaş okuma, kolay kartlarda daha fazla hata yapma da temaruz eğilimiyle ilişkilidir.

3.5.12. Rey İşitsel-Sözel Öğrenme Testi (RAVLT)

Belleğin kapsamlı değerlendirilmesi için kullanılan bir test olan RAVLT, Rey tarafından 1964'te geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması yapılmış olup, araştırma-geliştirme çalışmaları halen sürmektedir. Türkçe formu Genç-Açıkgöz ve Karakaş tarafından hazırlanmıştır [153, 154].

15'er kelimededen oluşan A ve B listesi bulunmaktadır. Testin ilk aşaması öğrenme-serbest hatırlama olup, A listesindeki kelimeler birer saniye aralıklarla okunur ve katılımcıdan aklında kalan kelimeleri söylemesi istenir. Bu liste 5 defa

tekrar edilir. Ardından B listesindeki kelimeler aynı şekilde tekrar edilmektedir. Daha sonra serbest hatırlama aşamasına geçilir. B listesinin ardından, A listesindeki kelimelerden aklında kalanları tekrar etmesi istenir. Yaklaşık 20 dakika sonra A listesindeki kelimelerden aklında kalanlar sorulur ve tanıma hatırlama aşamasına geçilir. 50 kelimedenden oluşan tanıma listesinden, A listesinde olanları seçmesi istenir. Tanıma listesinde A ve B listesindeki kelimelere ek olarak çeldirici kelimeler bulunmaktadır. Öğrenme-serbest hatırlama, serbest hatırlama ve tanıyarak hatırlama bölümleri için ayrı ayrı doğru sayısı, yanlış tepki sayısı, tekrarlanan kelime sayısı puanları hesaplanabilmektedir. Test yaklaşık 20-25 dakika sürmektedir.

RAVLT ile sözel öğrenme, kısa ve uzun süreli bellek, serbest hatırlama, tanıma türü hatırlama, geriye doğru bozucu etki değerlendirilebilmektedir [155]. Genellikle sol hemisfer temporal ve premotor bölgelerin fonksiyonuna bağlıdır [156]. RAVLT performansının en fazla yaş ve eğitim düzeyinden etkilendiği bildirilmiştir [157].

RAVLT ile kendini kötü gösterme eğilimini ve test profilinin geçerli olup olmadığını saptamaya yönelik literatürde bazı çalışmalar bulunmaktadır. Tanıma listesinde hatırlanan kelime sayısı olan 'Rey tanıma' değerinin 9 ve altında olmasının %48 sensitivite ve %91 spesifite ile temaruzu saptadığı bildirilmiştir [158].

RAVLT ile temaruz tanısı koymaya yönelik Index 1 ve 2 tanımlanmıştır. Öğrenme denemelerinde en az 3 kere tekrar ettiği kelimeyi, tanıma listesinde tanıyamama İndeks 1 olarak tanımlanmıştır. Uzun süreli hatırlamada (Rey 8) hatırladığı kelimeyi, tanıma listesinde tanıyamaması ise İndeks 2 olarak tanımlanmıştır [159]. İndeks 1'de, 2 ve üzerinde puan almanın temaruz tanısı için %52 sensitivite ve %77 spesifiteye sahip olduğu bildirilmiştir. İndeks 2'de, 1 ve üzerinde puan almanın ise %42 sensitivite ve %72 spesifitesi olduğu bildirilmiştir [160].

Bu çalışmada öğrenme, serbest hatırlama, tanıyarak hatırlama bölümleri için doğru hatırlanan ve eklenen kelime sayısı, temaruz tanısına yönelik ise İndeks 1 ve 2 skorları incelenmiştir.

3.6.İstatistiksel Analiz

İstatistik değerdendirmeler SPSS 23.0 IBM paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm değerdendirmelerde parametrik testler kullanılmıştır.

Örnekleme oluşturan gruplara ait sosyodemografik özellikler için betimleyici analizler, Ki-Kare analizi, ikili gruplar arasında değışkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için Student T-Testi analizi, oluşturulan gruplarda yer alan kişi sayısı 30'un altında ise Mann-Whitney U analiz yöntemleri kullanılmıştır. Bilişsel işlev puanları açısından gruplar arasında fark olup olmadığı eğitim yılı karıştırıcı değışken (covariate) alınarak varyans analizi ile teyit edilmiştir. Bağımlı değışkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için ise Pearson Korelasyon analiz yöntemi kullanılmıştır. Bağımsız değışkenlerin bağımlı değışken üzerindeki etkisini belirlemek için regresyon analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, çalışmada yer alan 45 maluliyet için başvuran psikotik hasta ile 45 maluliyet için başvurmayan psikotik hasta olmak üzere toplam 90 katılımcıya uygulanan depresyona, şizofrenide yer alan negatif ve pozitif belirtilere, işlevsellğe, belirti taramasına, belirtilerin adli değerlendirmesine, nöropsikolojik süreçlere ait verilere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çalışmada yer alan gruplara ilişkin sosyodemografik özelliklere ait bilgiler Tablo 2’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde gruplar arasında, cinsiyet dağılımının eşit olduğu, eğitim durumu ($X^2=16.946$, $p<.01$) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark varken, medeni durum ($X^2=4.72$, $p=.094$), gelir durumu ($X^2=6.840$, $p=.077$), kiminle yaşadığı ($X^2=3.706$, $p=.157$), çalışma süresi ($t=0.024$, $p=.981$), çalışma deneme sayısı ($t=1.766$, $p=.081$), kaç sene önce işi bıraktığı ($U=409$, $p=.465$), ilk psikotik ataktan çalışmamaya kadar geçen süre ($U=402$, $p=.490$), çalışma durumu ($X^2= 8.095$, $p=.017$), düzenli gelirlerinin olup olmadığı ($X^2=.216$, $p=.642$) ve yaş ($t=0.216$, $p=.830$) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Meslek açısından kontrol grubunda kamu personeli olan hasta oranı maluliyet grubuna anlamlı oranda fazla olduğu bulunmuştur ($X^2= 8.445$, $p=.038$). Hastaların yaşadığı yer dikkate alındığında maluliyet grubunda kırsal alanda yaşayan hasta sayısı anlamlı düzeyde daha fazladır ($X^2= 10.946$, $p=0.001$). Çocuk sahibi olma açısından gruplar arasında anlamlı fark yok iken ($X^2=2.249$, $p=.134$), maluliyet grubunda kontrol grubuna göre ortalama çocuk sayısı daha anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur ($t= 2.025$, $p= 0.046$). Maluliyet grubunda, hakkında daha önceden maluliyet kararı verilenlerin sayısının kontrol grubuna göre yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($X^2=6.807$, $p=.009$) saptanmıştır.

Tablo 2. Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellik	Maluliyet (S=45)		Kontrol (S=45)		Toplam (S=90)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet						
Kadın	3	6.7	3	6.7	6	6.7
Erkek	42	93.3	42	93.3	84	93.3
Medeni Durum						
Bekar	16	35.5	26	61.8	42	46.7
Dul/Boşanmış	16	35.5	9	20.0	25	27.8
Evli	13	29.0	10	22.2	23	26.5
Eğitim Durumu						
İlkokul	14	31.1	4	9.0	18	20.0
Ortaokul	7	15.5	7	15.5	14	15.5
Lise	21	46.7	16	35.5	37	41.1
Üniversite	3	6.7	18	40.0	21	23.4
Yaşadığı Yer						
Kırsal	14	31.2	2	4.4	16	17.8
Büyükşehir	31	68.8	43	95.6	74	82.2
Kiminle Yaşadığı						
Yalnız	12	26.8	7	15.5	19	21.1
Çekirdek Aile	14	31.0	10	22.2	24	26.6
Kök Aile	19	42.2	28	62.3	47	52.3
Çocuk Sahibi Olma						
Çocuk yok	23	51.1	30	66.7	53	58.9
Çocuk var	22	48.9	15	33.3	37	41.1
Çalışma Durumu						
Çalışmıyor	40	88.8	30	66.7	69	76.7

Çalışıyor	5	11.2	10	22.2	15	16.7
Emekli	0	0	5	11.1	5	5.6
Meslek						
Kamu Personeli	5	11.1	14	31.1	19	20.0
İşçi	31	68.9	18	40	49	54.4
Esnaf	4	8.9	6	13.3	10	11.1
Mesleği Yok	5	11.1	7	15.6	12	13.3
Önceki Maluliyet						
Yok	11	24.4	23	51.1	34	37.8
Var	34	75.6	22	49.9	56	62.2
Düzenli Geliri						
Yok	14	31.1	12	26.7	26	28.9
Var	31	68.9	33	73.3	64	61.1
Gelir Durumu						
0-1500 TL	18	40.0	8	17.9	26	28.9
1500-2250 TL	5	11.2	7	15.5	12	13.3
2250-3000 TL	11	24.4	10	22.2	21	23.3
3000 TL ve üstü	11	24.4	20	44.4	31	34.5
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss
Yaş	42.33	7.94	41.93	9.56	42.13	8.74
Çalışma Süresi (yıl)	10.66	8.98	10.61	10.14	10.64	9.52
Çalışma Deneme Sayısı	3.2	3.96	2.02	2.07	2.61	3.2
Kaç sene önce işi bırakmış	8.52	7.66	6.82	6.69	7.9	7.3
İlk Psikotik Ataktan Çalışmamaya Kadar Geçen Süre (yıl)	34	8.26	28	8.59	8.38	9.4
Çocuk Sayısı	0.93	1.16	0.51	0.79	0.72	1.006

Örneklem grubunu oluşturan grupların hastalığa ait özellikleri Tablo 3'te belirtilmiştir. Gruplar arasında, psikiyatrik hastalık süresi ($t=1.825$, $p=.073$), TRSM takibi ($X^2=0.278$, $p=.598$), TRSM takip süresi ($U=31.5$, $p=.444$), alkol ve madde kullanımı eş tanısı ($X^2=3.975$, $p=.137$) açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Her iki grupta da TRSM takibi olan hasta sayısının oldukça az olduğu (tüm grubun %20'si), takibe giren hastalarda, ortalama takip süresinin tüm grup için ortalama 3.67 ± 2.96 yıl olduğu bulunmuştur. İlk psikotik atak sonrası işlevsellik açısından gruplar arasında anlamlılığa yakın bir fark olduğu, maluliyet grubunda ilk atak sonrası işlevselliğini 'iyi' olarak tanımlayan hasta oranının (% 4.4) kontrol grubuna (%20) göre belirgin düzeyde düşük olduğu izlenmiştir ($X^2=5.345$, $p=.069$).

Ek tıbbi hastalığı olan hasta oranı maluliyet grubunda %40, kontrol grubunda %28.9 olarak bulunmuş, maluliyet grubunda ek tıbbi hastalık oranı biraz daha yüksek olmasına rağmen iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır ($X^2=1.230$, $p=.267$). Tıbbi hastalıkların türleri de iki grup arasında benzerlik göstermiştir. Her iki grupta eşit oranda (%13.3) gözlenen ve en sık rastlanan (%11.1) ek tıbbi tanılar diyabet ve hipertansiyondur.

Gruplar ilaç kullanım özellikleri bakımından karşılaştırıldığında oral antipsikotik ($X^2=.028$, $p=.868$), depo antipsikotik ($X^2=.000$, $p=1$), oral ve depo antipsikotik tedavinin birlikte kullanıldığı kombinasyon tedavisi ($X^2=.613$, $p=.736$) açısından aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Antipsikotik tedavi açısından değerlendirildiğinde, maluliyet grubundaki hastaların %88.9'unun, kontrol grubundakilerin %97.8'inin oral ya da depo formda atipik antipsikotik kullandığı saptanmıştır. Hastaların, %26.6'sının depo antipsikotik kullandığı ve bunun her iki grupta eşit olduğu bulunmuştur. Tüm katılımcıların %20'sinin tipik depo antipsikotik kullandığı ve bunun da her iki grupta eşit olduğu bulunmuştur. Maluliyet grubundan 20, kontrol grubundan 21 hastanın kombine tedavi aldığı gözlenmiştir. Maluliyet grubunun %15.6'sının ve kontrol grubunun %33.3'ünün klorzapin kullandığı, iki grup arasındaki farkın yaklaşık 2 kat olduğu bulunmuştur. Ancak anlamlılık düzeyi $p=0.074$ ($X^2=3.194$) olarak saptanmıştır.

Hastaların çalışamama nedenleri arasında gruplar arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir ($X^2=9.471$, $p=.050$). Her iki grupta da çalışamama nedeni olarak en

sık ‘beceremediğini düşünme’ hastalar tarafından beyan edilmiştir. Bunu ‘iş bulamama’ ve iş ortamında insanların kendisi ile ‘uğraşıldığını düşünmesi’ takip etmiştir. Hastalar, psikiyatrik tanı açısından, şizofreni, şizoafektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluklar (sanrısız bozukluk, tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar) olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Maluliyet ve kontrol grubu arasında, psikiyatrik tanı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($X^2=.247$, $p=.884$). Tedaviye uyum gösterme açısından da gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($X^2=4.200$, $p=.122$) .

Tablo 3. Örnekleme Oluşturan Grupların Hastalığa Ait Özellikleri

Demografik Özellik	Maluliyet (S=45)		Kontrol (S=45)		Toplam (S=90)	
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss
Psikiyatrik Hastalık Süresi (yıl)	18.29	10.08	31	14.91	16.6	8.94
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Psikiyatrik Tanı						
Şizofreni	33	73.3	35	77.8	68	75.6
Şizoafektif Bozukluk	5	11.1	4	8.9	9	10
Diğer Psikotik Bozukluklar	7	15.6	6	13.3	13	14.4
Tıbbi Hastalık						
Yok	27	60.0	32	71.1	59	65.6
Var	18	40.0	13	28.9	31	34.4
Tıbbi Hastalıklar						
Hipertansiyon	6	13.3	4	8.9	10	11.1
Diyabet	6	13.3	4	8.9	10	11.1
KOAH	2	4.4	3	6.7	5	5.6
Hipotiroidi	2	4.4	0	0	2	2.2
Diğer (Nörolojik, Romatolojik)	2	4.4	2	4.4	4	4.4
Birden Fazla Tıbbi Hastalığı Olan	5	11.1	4	8.9	9	10
Alkol						
Aktif Kullanıcı	4	8.9	2	4.4	6	6.6
Geçmişte Kullanıcı	3	6.7	0	0	3	3.3
Yok	38	84.4	43	95.5	81	90
Madde						
Geçmişte Kullanıcı	4	8.9	7	15.6	11	12.2
Yok	41	91.1	38	84.4	79	87.7
Antipsikotik Kullanımı						

Oral Tipik	4	8.9	5	11.1	9	10
Oral Atipik	36	80.0	40	88.9	76	84.4
Depo Tipik	9	20	9	20	18	20
Depo Atipik	4	8.9	4	8.9	8	8.9
Tipik ve Atipik Kombine	11	24.4	9	20	20	22.2
Atipik ve Atipik Kombine	9	20	12	26.7	21	23.3
Klozapin Kullanımı						
Var	7	15.6	15	33.3	22	24.4
Yok	35	84.4	30	66.7	65	75.6
Tedavi Uyumu						
Uyum Yok	6	13.3	4	8.9	10	11.1
Düzensiz	6	13.3	17	37.8	20	22.2
Tatminkar Uyum	33	73.4	27	60.0	60	66.7
İlk Psikotik Atak Sonrası İşlevsellik						
İyi	2	4.4	9	20.0	11	12.2
Orta	12	26.6	12	26.6	24	26.6
Kötü	31	68.9	24	43.6	55	61.1
Neden Çalışmıyor						
İş yok	6	13.3	5	17.2	11	14.9
Beceremediğini Düşündüğünden	24	53.3	16	55.2	40	54.1
Kendisiyle Uğraşıldığını Düşündüğünden	12	26.7	5	17.2	17	23.0
İstemediğinden	3	6.7	3	10.3	6	8.1
TRSM Takibi						
Yok	35	84.4	37	82.2	72	80.0
Var	10	22.2	8	17.8	18	20.0
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss
TRSM Takip Süresi	4.05	2.95	3.19	3.12	3.67	2.96

Gruplar arasında uygulanan klinik ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek için T-Test'i analizi yapılmış ve sonuçlar Tablo 4'te gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde SAPS ölçeğinin Sanrılar alt ölçek puanları ($t=2.145$, $p<.05$) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu, diğer alt ölçek puanları açısından ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Buna göre, maluliyet grubundaki kişilerin (Ort.= 13.02 ± 9.88), kontrol grubundaki kişilere (Ort.= 8.67 ± 9.37) göre anlamlı olarak daha fazla sanrıları olduğu bulunmuştur.

SANS ölçek puanlarına bakıldığında, Duygulanımda Küntleşme ($t=3.419$, $p<.01$), Alogia ($t=2.419$, $p<.015$), İradesizlik-İlgisizlik ($t=3.827$, $p<.001$), Anhedoni ($t=3.541$, $p<.01$), Dikkatsizlik ($t=3.321$, $p<.01$) alt ölçek puanları ve toplam ölçek puanları ($t=4.152$, $p<.001$) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. Tablo incelendiğinde, tüm bu alt ölçek ve toplam puanlarının maluliyet grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. BPRS ($t=2.23$, $p<.05$) ve CDS ($t=3.043$, $p<.01$) toplam puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu iki ölçek puanları da maluliyet grubundaki kişilerde, kontrol grubundaki kişilere göre anlamlı olarak daha yüksektir.

WHODAS-II ölçeğinin anlama ve iletişim kurma (DAS1) ($t=2.560$, $p<.05$), hareket etme ve bir yerden bir yere gitme (DAS2) ($t=3.204$, $p<.01$), kendine bakım (DAS3) ($t=3.234$, $p<.01$) ve WHODAS-II toplam ($t=3.088$, $p<.01$) puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark varken, diğer alt ölçekler açısından anlamlı bir fark yoktur. Yine maluliyet grubundaki kişilerin anlama ve iletişim kurma (DAS1), hareket etme ve bir yerden bir yere gitme (DAS2), kendine bakım (DAS3) ve WHODAS-II toplam puanları kontrol grubundaki kişilere göre anlamlı olarak daha yüksektir.

M-FAST ölçeğinin, Olağandışı Halüsinasyonlar ($t=1.735$, $p=.086$) ve Olumsuz Görünüm ($t=0.420$, $p=.676$) alt test puanları açısından anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Bildirilen/Gözlemlenen ($t=3.872$, $p<.001$), Abartılı Belirti ($t=2.287$, $p<.05$), Nadir Birliktelik ($t=3.300$, $p<.01$), Olağandışı Belirti Gidişi ($t=2.661$, $p<.01$), Telkin Edilebilirlik ($t=3.546$, $p<.01$) alt ölçek puanları ve Toplam ölçek puanları ($t=3.854$, $p<.001$) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu

saptanmıştır. Tüm bu puanların maluliyet grubundaki kişilerde, kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Literatürde yer alan araştırmalarda M-FAST ölçek puanı 7 ve üzeri olan kişilerin temaruz eğilimlerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada da gruplar M-FAST puanı 7 ve üzeri olanlar ile 6 ve altı olanlar şeklinde ayrılmış ve Ki-Kare analizi ile karşılaştırılmış, gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($X^2=5.414$, $p<.05$). M-FAST puanı 7 ve üzeri olanlar maluliyet grubunda (N=11, %78.6) kontrol grubuna (N=3, %21.4) daha fazladır. Maluliyet grubunun %24.4'ü ve kontrol grubunun %6.7'si kesme puanının üzerindedir.

Tablo 4. Uygulanan Klinik Ölçek Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması

Ölçümler		Grup	N	Ortal ama	S	sd	t	p
SAPS	Varsanılar	Maluliyet	45	6.33	8.93	88	0.882	.380
		Kontrol	45	4.87	6.67			
	Sanrılar	Maluliyet	45	13.02	9.88	88	2.145*	.035
		Kontrol	45	8.67	9.37			
	Garip Davranışlar	Maluliyet	45	1.2	2.91	88	-1.314	.192
		Kontrol	45	2.11	3.62			
	Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu	Maluliyet	45	9.6	10.06	88	0.384	.702
		Kontrol	45	8.84	8.56			
SANS	Toplam	Maluliyet	45	30.16	23.31	88	1.149	.254
		Kontrol	45	24.49	23.46			
	Duygulanımda Küntleşme	Maluliyet	45	18.22	11.11	88	3.419**	.001
		Kontrol	45	11.09	8.51			
	Alogia	Maluliyet	45	8.71	7.6	88	2.479*	.015
		Kontrol	45	5.2	5.7			
	İradesizlik-İlgisizlik	Maluliyet	45	13.22	4.32	88	3.827** *	.000
		Kontrol	45	9.09	5.82			
	Anhedoni	Maluliyet	45	18	6.24	88	3.541**	.001
		Kontrol	45	12.89	7.4			
	Dikkatsizlik	Maluliyet	45	5.58	4.04	88	3.321**	.001
		Kontrol	45	2.93	3.49			
	Toplam	Maluliyet	45	63.73	26.70	88	4.152** *	.000
		Kontrol	45	41.2	24.75			
M-FAST	Bildirilen/Gözlemlenen	Maluliyet	45	0.56	0.76	88	3.872** *	.000
		Kontrol	45	0.09	0.29			
	Abartılı Belirti	Maluliyet	45	1.4	0.99	88	2.287*	.025
		Kontrol	45	0.91	1.04			
	Nadir Birliktelik	Maluliyet	45	1.31	1.54	88	3.300**	.001
		Kontrol	45	0.49	0.66			
	Olağandışı Halüsinasyon	Maluliyet	45	0.6	0.84	88	1.735	.086
		Kontrol	45	0.33	0.60			
	Olağandışı Belirti Gidişi	Maluliyet	45	0.4	0.50	88	2.661**	.009
		Kontrol	45	0.16	0.37			
	Olumsuz Görünüm	Maluliyet	45	0.47	0.5	88	0.420	.676
		Kontrol	45	0.42	0.5			
	Telkin Edilebilirlik	Maluliyet	45	0.22	0.42	88	3.546**	.001
		Kontrol	45	0	0			
	Toplam	Maluliyet	45	4.96	3.85	88	3.854** *	.000
		Kontrol	45	2.4	2.22			
WHODAS-II	Anlama ve İletişim Kurma	Maluliyet	45	58.98	23.59	88	2.560*	.012
		Kontrol	45	46.2	23.77			
	Hareket Etme ve Bir Yerden Bir Yere Gitme	Maluliyet	45	18.89	25.49	88	3.204**	.002
		Kontrol	45	6.11	8.11			
	Kendine Bakım	Maluliyet	45	30	25.49	88	3.234**	.002

	Kontrol	45	15.42	8.11			
İnsan İlişkileri	Maluliyet	45	69.22	21.4	88	1.637	.105
	Kontrol	45	61.89	21.09			
Yaşam Faaliyetleri	Maluliyet	45	59.72	35.66	88	1.270	.207
	Kontrol	45	49.86	37.97			
Toplumsal Yaşama Katılım	Maluliyet	45	56.46	16.2	88	1.753	.083
	Kontrol	45	49.31	22.06			
WHODAS-II Toplam	Maluliyet	45	50.39	16.30	88	3.088**	.003
	Kontrol	45	40.35	14.47			
BPRS Toplam	Maluliyet	45	22.82	10.31	88	2.223*	.029
	Kontrol	45	17.73	11.38			
CDS Toplam	Maluliyet	45	5.98	5.16	88	3.043**	.003
	Kontrol	45	3.02	3.98			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Maluliyet ve kontrol grupları MOCA ve Rey Hafıza Testi ölçek puanları açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 5'te gösterilmiştir. MOCA ölçeğine ait Görsel/Mekansal/Yönetici İşlevler ($t = -2.191$, $p < .05$), Lisan ($t = -3.084$, $p < .01$), Soyut Düşünme ($t = -4.758$, $p < .001$), Gecikmeli Hatırlama ($t = -2.093$, $p < .05$), Yönelim ($t = -3.362$, $p < .01$) alt ölçek puanları ile toplam ($t = -3.917$, $p < .001$) puanları arasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Maluliyet grubunda yer alanların bu alt ölçek ve toplam puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Adlandırma ve Dikkat alt ölçek puanları açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Rey Hafıza Testi test puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($t = -2.539$, $p < .05$). Maluliyet grubundaki kişilerin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük puan aldığı gözlenmiştir. Literatürde incelendiğinde, Rey Hafıza Testi toplam puanı 9 ve altında olanların temaruz olabileceği yönünde bulgular yer almaktadır. Bu araştırmada da gruplar ölçek puanı 9'un altında ile 10 ve üstünde olanlar şeklinde ayrılmış ve Ki-Kare analizi ile karşılaştırılmıştır. Sonuçta gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($X^2 = 6.016$, $p < .05$). Buna göre puanları 9'un altında olanların maluliyet grubunda ($N = 16$, %72.7), kontrol grubuna ($N = 6$, %27.3) daha fazla olduğu görülmüştür.

Eğitim düzeyinin karıştırıcı etkisinin kontrol edildiği varyans analizi sonrası MOCA ve Rey Hafıza testi puanlarında saptanan gruplar arası farklılıkların aynı şekilde korunduğu izlenmiştir.

Tablo 5. Uygulanan MOCA ve Rey Hafıza Testi Ölçek Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması

Ölçümler		Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
MOCA	Görsel/ Mekansal/Yönetici İşlevler	Maluliyet	45	2.76	1.52	88	-2.191*	.005
		Kontrol	45	3.42	1.36			
	Adlandırma	Maluliyet	45	2.69	0.51	88	-1.139	.258
		Kontrol	45	2.8	0.40			
	Dikkat	Maluliyet	45	4.76	1.48	88	-1.652	.016
		Kontrol	45	5.22	1.18			
	Lisan	Maluliyet	45	1.27	1.10	88	-3.084**	.001
		Kontrol	45	1.91	0.87			
	Soyut Düşünme	Maluliyet	45	0.71	0.73	88	-4.758***	.000
		Kontrol	45	1.42	0.69			
	Gecikmeli Hatırlama	Maluliyet	45	1.47	1.36	88	-2.093*	.121
		Kontrol	45	2.11	1.56			
	Yönelim	Maluliyet	45	5.29	0.99	88	-3.362**	.002
		Kontrol	45	5.82	0.39			
Toplam	Maluliyet	45	18.93	5.09	88	-3.917***	.000	
	Kontrol	45	22.71	4				
Rey Hafıza Testi		Maluliyet	45	9.98	3.80	88	-2.539*	.000
		Kontrol	45	11.78	2.86			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Maluliyet grubu, tanıları açısından şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar olarak iki gruba ayrılmış ve temaruz ölçek (M-FAST ve Rey Hafıza Testi) puanları açısından karşılaştırılmıştır. Sonuçlar Tablo 6'da gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, diğer psikotik bozukluğu olan hastaların M-FAST alt ölçekleri ve toplam puanının daha fazla ve RMT puanının daha az olma eğilimi gösterdiği, ancak istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark saptanmadığı izlenmiştir.

Tablo 6. Maluliyet İçin Başvuran Hastalara Uygulanan M-FAST ve Rey Hafıza Testi Ölçek Puanları Açısından Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Karşılaştırılması

Ölçümler		Grup	N	Sıra Ortalama	Sıra Toplamı	U	p
M-FAST	Bildirilen/ Gözlemlenen	Şizofreni	33	23.15	764	193	.884
		Diğer Psikotik Bozukluklar	12	22.58	271		
	Abartılı Belirti	Şizofreni	33	21.91	723	162	.326
		Diğer Psikotik Bozukluklar	12	26.00	312		
	Nadir Birliktelik	Şizofreni	33	21.58	712	151	.205
		Diğer Psikotik Bozukluklar	12	26.92	323		
	Olağandışı Halüsinasyon	Şizofreni	33	23.14	763.5	193.5	.895
		Diğer Psikotik Bozukluklar	12	22.63	271.5		
	Olağandışı Belirti Gidişi	Şizofreni	33	22.18	732	171	.414
		Diğer Psikotik Bozukluklar	12	25.25	303		
	Olumsuz Görünüm	Şizofreni	33	21.36	705	144	.109
		Diğer Psikotik Bozukluklar	12	27.50	330		
	Telkin Edilebilirlik	Şizofreni	33	22.77	751.5	190.5	.789
		Diğer Psikotik Bozukluklar	12	23.63	283.5		
	Toplam	Şizofreni	33	21.70	716	155	.267
		Diğer Psikotik Bozukluklar	12	26.58	319		
Rey Hafıza Testi		Şizofreni	33	24.41	805.5	151.5	.230
		Diğer Psikotik Bozukluklar	12	19.13	229.5		

Gruplar Stroop test puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 7). Sonuçta, gruplar arasında; Sözcük okuma süresi ($t=3.984$, $p<.001$), Renk okuma süresi($t=3.958$, $p<.001$) ve Bozucu etki-hata ($t=2.461$, $p<.05$) ölçümleri açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmış olup, diğer ölçümler açısından ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Maluliyet grubundaki kişilerin anlamlı fark olan ölçüm puanlarının kontrol grubundakilere oranla anlamlı olarak daha yüksektir. Eğitim düzeyinin karıştırıcı etkisinin kontrol edildiği varyans analizi sonrası gruplar arası farklılığın değişiklik göstermediği bulunmuştur.

Tablo 7. Uygulanan Stroop Ölçek Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması

Ölçümler		Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Stroop Testi	Sözcük okuma süresi	Maluliyet	45	13.64	6.92	88	3.984***	.000
		Kontrol	45	9.20	2.85			
	Sözcük okuma- hata	Maluliyet	45	0.20	0.79	88	1.241	.218
		Kontrol	45	0.04	0.30			
	Sözcük okuma- düzeltme	Maluliyet	45	0.07	0.25	88	1.773	.080
		Kontrol	45	0.00	0.00			
	Renk okuma süresi	Maluliyet	45	16.49	10.31	88	3.958***	.000
		Kontrol	45	10.11	3.26			
	Renk okuma- hata	Maluliyet	45	0.38	1.15	88	1.284	.203
		Kontrol	45	0.13	0.55			
	Renk okuma- düzeltme	Maluliyet	45	0.07	0.33	88	1.354	.179
		Kontrol	45	0.00	0.00			
	Bozucu etki süresi	Maluliyet	45	41.44	15.70	88	1.767	.081
		Kontrol	45	34.76	19.96			
	Bozucu etki- hata	Maluliyet	45	2.07	2.86	14	2.461*	.002
		Kontrol	45	0.91	1.33			
	Bozucu etki- düzeltme	Maluliyet	45	1.47	1.63	88	0.642	.522
		Kontrol	45	1.27	1.30			

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Gruplara uygulanan RAVLT Puanları karşılaştırılmış, sonuçlar Tablo 8’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, RAVLT puanlarının hiçbirisi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. Literatürde yer alan araştırmalar indeks 1 ve indeks 2 puanlarının temaruzu düşündürebileceği belirtilmiştir. Bu araştırmada, bu puanlar açıdan gruplar karşılaştırılmış ve sonuçta anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Eğitim düzeyinin karıştırıcı etkisinin kontrol edildiği varyans analizi sonrası, Rey 3 ekleme puanının gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdiği, maluliyet grubundaki hastaların listede yer almayan sözcükleri daha fazla söyledikleri bulunmuştur (df = 2, F= 3.629, p= .031).

Tablo 8. Uygulanan Rey İşitsel Sözel Öğrenme Test Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması

Ölçümler		Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi	Rey Hatırlanan 1	Maluliyet	45	4.38	1.98	88	-1.028	.307
		Kontrol	45	4.80	1.91			
	Rey Eklenen 1	Maluliyet	45	0.60	0.91	88	1.041	.301
		Kontrol	45	0.42	0.69			
	Rey Hatırlanan 2	Maluliyet	45	6.11	2.60	88	-1.391	.168
		Kontrol	45	6.80	2.11			
	Rey Eklenen 2	Maluliyet	45	0.27	0.62	88	0.785	.434
		Kontrol	45	0.18	0.44			
	Rey Hatırlanan 3	Maluliyet	45	7.22	2.99	88	-0.803	.424
		Kontrol	45	7.71	2.78			
	Rey Eklenen 3	Maluliyet	45	0.36	0.88	88	0.430	.668
		Kontrol	45	0.29	0.55			
	Rey Hatırlanan 4	Maluliyet	45	7.80	2.93	88	-1.118	.266
		Kontrol	45	8.51	3.10			
	Rey Eklenen 4	Maluliyet	45	0.29	0.66	88	-0.163	.871
		Kontrol	45	0.31	0.63			
	Rey Hatırlanan 5	Maluliyet	45	8.49	3.10	88	-1.290	.200
		Kontrol	45	9.36	3.27			
	Rey Eklenen 5	Maluliyet	45	0.20	0.46	14	-0.769	.444
		Kontrol	45	0.29	0.63			
	Rey Hatırlanan 6	Maluliyet	45	4.22	1.98	88	-0.302	.763
		Kontrol	45	4.36	2.21			
	Rey Eklenen 6	Maluliyet	45	0.60	0.94	88	0.730	.467
		Kontrol	45	0.47	0.79			
	Rey Hatırlanan 7	Maluliyet	45	6.11	3.45	88	-0.705	.483
		Kontrol	45	6.62	3.43			
	Rey Eklenen 7	Maluliyet	45	0.58	0.87	88	1.355	.179
		Kontrol	45	0.36	0.68			
	Rey Hatırlanan 8	Maluliyet	45	5.24	3.63	88	-1.012	.314
		Kontrol	45	6	3.45			
	Rey Eklenen 8	Maluliyet	45	0.82	1.07	88	-0.304	.762
		Kontrol	45	0.89	1			
	Tanıma	Maluliyet	45	11.91	3.18	88	-1.577	.118
		Kontrol	45	12.87	2.53			
	Rey Tanıma-Hata	Maluliyet	45	9.29	6.65	88	0.786	.434
		Kontrol	45	8.27	5.65			

Araştırmada yer alan gruplar Wisconsin Kart Eşleme Test puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 9). Gruplar arasında hiçbir ölçüm puanı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde yer alan araştırmalar, testin kurulumu sürdürmede başarısızlık puanlarının 2 ve üzeri olmasının, mükemmel eşlemenin kaçırılması ve diğer tepki işaretlemesinin 1'in üstünde olmasının temaruzu düşündürdüğünü belirtmiştir [161]. Bu araştırmada da bu açıdan gruplar karşılaştırılmış ve gruplar arasında anlamlı sonuçlar bulunmamıştır.

Eğitim düzeyinin karıştırıcı etkisinin kontrol edildiği varyans analizi sonrası ilk kategoriye tamamlamada kullanılan tepki sayısının maluliyet grubunda anlamlı oranda daha fazla olduğu bulunmuştur (df = 2, F= 6.458, p= .005).

Tablo 9. Uygulanan Wisconsin Kart Eşleme Test Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması

Ölçümler		Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
WKET	Toplam Tepki Sayısı	Maluliyet	45	125.27	10.28	88	1.415	.160
		Kontrol	45	121.22	16.18			
	Toplam Yanlış Sayısı	Maluliyet	45	68.47	23.02	88	1.505	.136
		Kontrol	45	60.47	27.23			
	Toplam Doğru Sayısı	Maluliyet	45	56.80	18.54	88	-0.955	.342
		Kontrol	45	60.53	18.54			
	Tamamlanan Kategori Sayısı	Maluliyet	45	1.84	1.96	88	-1.765	.081
		Kontrol	45	2.62	2.21			
	Toplam Perseveratif Tepki Sayısı	Maluliyet	45	65.42	37.83	88	1.596	.114
		Kontrol	45	52.69	37.83			
	Toplam Perseveratif Hata Sayısı	Maluliyet	45	51.98	27.64	88	1.703	.092
		Kontrol	45	41.91	28.43			
	Toplam Perseveratif Olmayan Hata Sayısı	Maluliyet	45	16.49	12.75	88	-0.871	.386
		Kontrol	45	18.76	11.94			
	Perseveratif Hata Yüzdesi	Maluliyet	45	40.86	21.29	88	1.820	.072
		Kontrol	45	32.62	21.65			
	İlk Kategoriye Tamamlamada Kullanılan Tepki Sayısı	Maluliyet	45	23.29	21.99	88	0.255	.799
		Kontrol	45	21.76	25.83			
	Kavramsal Düzey Tepki Sayısı	Maluliyet	45	36.20	23.57	88	-1.330	.187
		Kontrol	45	43.02	25.06			
	Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi	Maluliyet	45	30.31	21.42	88	-1.213	.228
		Kontrol	45	39.06	23.28			
	Kurulumu Sürdürmede Başarısızlık	Maluliyet	45	1.20	1.77	88	0.417	.677
		Kontrol	45	1.07	1.21			
	Öğrenmeyi Öğrenme	Maluliyet	45	-5.51	4.79	88	0.889	.381
		Kontrol	45	-7.41	6.38			

Maluliyet grubundaki kişilere uygulanan WHODAS-II ölçek puanları ile uygulanan nöropsikolojik test puanları arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için Pearson Korelasyon analiz yöntemi kullanılmıştır (Tablo 10). Sonuçta WHODAS-II toplam ölçek puanları ile Rey Hafıza Testi ($r=-.448$, $p<.01$), MOCA toplam ($r=-.530$, $p<.01$), Rey 1 Hatırlama ($r=-.356$, $p<.05$), Rey 2 Hatırlama ($r=-.462$, $p<.01$), Rey 3 Hatırlama ($r=-.357$, $p<.05$), Rey 4 Hatırlama ($r=-.464$, $p<.01$), Rey 5 Hatırlama ($r=-.516$, $p<.01$), Rey 6 Hatırlama ($r=-.360$, $p<.05$), Rey 7 Hatırlama ($r=-.441$, $p<.01$), Rey 8 Hatırlama ($r=-.390$, $p<.01$), Sözcük okuma (Stroop 1 süre) ($r=-.302$, $p<.05$), WKET'nin Tamamlanan Kategori Sayısı ($r=-.534$, $p<.01$), Kavramsal Düzey Tepki Sayısı ($r=-.323$, $p<.05$), Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi ($r=-.406$, $p<.01$) ve Öğrenmeyi Öğrenme ($r=-.648$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; WKET'nin Toplam Tepki Sayısı ($r=.428$, $p<.01$), Toplam Yanlış Sayısı ($r=.384$, $p<.01$), Toplam Perseveratif Tepki Sayısı ($r=.324$, $p<.05$) ve Toplam Perseveratif Hata Sayısı ($r=.348$, $p<.05$) ve Perseveratif Hata Yüzdesi ($r=.338$, $p<.05$) puanları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer ölçümler arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 10. Maluliyet Grubundaki Hastaların WHODAS-II Toplam Ölçek Puanı İle Temaruz Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları Arasındaki İlişki

Temaruz Ölçekleri ve Nöropsikolojik Ölçümler	WHODAS-II Toplam Puan
M-FAST Toplam	.251
Rey Hafıza Testi	-.448**
MOCA Toplam	-.530**
Rey 1 Hatırlama (RAVLT)	-.356*
Rey 2 Hatırlama (RAVLT)	-.462**
Rey 3 Hatırlama (RAVLT)	-.357*
Rey 4 Hatırlama (RAVLT)	-.464**
Rey 5 Hatırlama (RAVLT)	-.516**
Rey 6 Hatırlama (RAVLT)	-.360*
Rey 7 Hatırlama (RAVLT)	-.441**
Rey 8 Hatırlama (RAVLT)	-.390**
Rey Tanıma (RAVLT)	-.281
Sözcük Okuma (Stroop 1 Süre)	-.302*
Renk Okuma (Stroop 2 Süre)	.293
Bozucu Etki (Stroop 5 Süre)	.276
Toplam Tepki Sayısı (WKET)	.428**
Toplam Yanlış Sayısı (WKET)	.384**
Toplam Doğru Sayısı (WKET)	-.240
Tamamlanan Kategori Sayısı (WKET)	-.534**
Toplam Perseveratif Tepki Sayısı (WKET)	.324*
Toplam Perseveratif Hata Sayısı (WKET)	.348*
Toplam Perseveratif Olmayan Hata Sayısı (WKET)	-.061
Perseveratif Hata Yüzdesi (WKET)	.338*
İlk Kategoriyi Tamamlamada Kullanılan Tepki Sayısı (WKET)	.237
Kavramsal Düzey Tepki Sayısı (WKET)	-.323*
Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi (WKET)	-.406**
Kurulumu Sürdürmede Başarısızlık (WKET)	.246
Öğrenmeyi Öğrenme (WKET)	-.648*

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

Kontrol grubunda yer kişilere uygulanan WHODAS-II toplam ölçek puanları ile nöropsikolojik test puanları arasında ilişki olup olmadığına bakılmış, Rey 2 Hatırlama ($r = -.331$, $p < .05$) puanları arasında negatif yönde, WKET'nin toplam tepki sayısı ($r = .294$, $p < .05$) arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Tablo 11).

Tablo 11. Kontrol Grubundaki Hastaların WHODAS-II Toplam Ölçek Puanı İle Temaruz Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları Arasındaki İlişki

Temaruz Ölçekleri ve Nöropsikolojik Ölçümler	WHODAS-II Toplam Puan
M-FAST Toplam	.179
Rey Hafıza Testi	-.031
MOCA Toplam	-.196
Rey 1 Hatırlama (RAVLT)	-.192
Rey 2 Hatırlama (RAVLT)	-.331*
Rey 3 Hatırlama (RAVLT)	-.266
Rey 4 Hatırlama (RAVLT)	-.246
Rey 5 Hatırlama (RAVLT)	-.293
Rey 6 Hatırlama (RAVLT)	-.252
Rey 7 Hatırlama (RAVLT)	-.175
Rey 8 Hatırlama (RAVLT)	-.184
Rey Tanıma (RAVLT)	-.037
Sözcük Okuma (Stroop 1 Süre)	.214
Renk Okuma (Stroop 2 Süre)	.114
Bozucu Etki (Stroop 5 Süre)	.171
Toplam Tepki Sayısı (WKET)	.294*
Toplam Yanlış Sayısı (WKET)	.262
Toplam Doğru Sayısı (WKET)	-.123
Tamamlanan Kategori Sayısı (WKET)	-.170
Toplam Perseveratif Tepki Sayısı (WKET)	.200
Toplam Perseveratif Hata Sayısı (WKET)	.217
Toplam Perseveratif Olmayan Hata Sayısı (WKET)	.094
Perseveratif Hata Yüzdesi (WKET)	.188
İlk Kategoriyi Tamamlamada Kullanılan Tepki Sayısı (WKET)	-.017
Kavramsal Düzey Tepki Sayısı (WKET)	-.165
Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi (WKET)	-.156
Kurulumu Sürdürmede Başarısızlık (WKET)	.019
Öğrenmeyi Öğrenme (WKET)	-.120

* $p<.05$

Maluliyet grubundaki kişilere uygulanan M-FAST ölçek puanları ile uygulanan nöropsikolojik test ve klinik değerlendirme ölçek puanları arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için Pearson Korelasyon analiz yöntemi kullanılmıştır (Tablo 12). Sonuçta M-FAST toplam ölçek puanları ile Rey Hafıza Testi ($r=-.309$, $p<.05$), MOCA toplam puanı ($r=-.297$, $p<.05$), RAVLT'nin Rey Tanıma ($r=-.416$, $p<.01$), WKET'nin Tamamlanan Kategori Sayısı ($r=-.380$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; RAVLT'nin İndeks 2 ($r=.339$, $p<.05$), Sözcük okuma (Stroop 1 süre) ($r=.351$, $p<.05$), Renk okuma (Stroop

2 süre) ($r=,307$, $p<.05$), WKET'nin Kurulumu Sürdürmede Başarısızlık ($r=,329$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer ölçümler arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 12. Maluliyet Grubundaki Hastaların M-FAST Ölçek Toplam Puanı İle Klinik Değerlendirme Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları Arasındaki İlişki

Klinik Değerlendirme Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları	M-FAST Toplam Puan
Rey Hafıza Testi	-,309*
SAPS Toplam	,246
SANS Toplam	-,047
BPRS Toplam	,150
CDS Toplam	,251
MOCA Toplam	-,297*
Rey 1 Hatırlama (RAVLT)	-,156
Rey 2 Hatırlama (RAVLT)	-,128
Rey 3 Hatırlama (RAVLT)	-,005
Rey 4 Hatırlama (RAVLT)	-,182
Rey 5 Hatırlama (RAVLT)	-,145
Rey 6 Hatırlama (RAVLT)	-,163
Rey 7 Hatırlama (RAVLT)	-,132
Rey 8 Hatırlama (RAVLT)	-,209
Rey Tanıma (RAVLT)	-,416**
Rey Tanıma-Hata (RAVLT)	,203
İndeks 1 (RAVLT)	,109
İndeks 2 (RAVLT)	,339*
Sözcük Okuma (Stroop 1 Süre)	,351*
Renk Okuma (Stroop 2 Süre)	,307*
Bozucu Etki (Stroop 5 Süre)	,245
Toplam Tepki Sayısı (WKET)	,272
Toplam Yanlış Sayısı (WKET)	,155
Toplam Doğru Sayısı (WKET)	-,041
Tamamlanan Kategori Sayısı (WKET)	-,380*
Toplam Perseveratif Tepki Sayısı (WKET)	,187
Toplam Perseveratif Hata Sayısı (WKET)	,173
Toplam Perseveratif Olmayan Hata Sayısı (WKET)	-,096
Perseveratif Hata Yüzdesi (WKET)	,165
İlk Kategoriyi Tamamlamada Kullanılan Tepki Sayısı (WKET)	-,001
Kavramsal Düzey Tepki Sayısı (WKET)	-,139
Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi (WKET)	-,178
Kurulumu Sürdürmede Başarısızlık (WKET)	,329*
Öğrenmeyi Öğrenme (WKET)	-,175
Diğer tepki (WKET)	,029
Mükemmel Eşlemenin Kaçırılması (WKET)	-,025

* $p<.0$, ** $p<.01$

Kontrol grubundaki kişilere uygulanan M-FAST ölçek puanları ile uygulanan nöropsikolojik test ve klinik değerlendirme ölçek puanları arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için Pearson Korelasyon analiz yöntemi kullanılmıştır (Tablo

13). Sonuçta M-FAST toplam ölçek puanları ile Rey Hafıza Testi ($r=-.428$, $p<.01$), WKET'nin Tamamlanan Kategori Sayısı ($r=-.310$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde; CDS toplam ($r=.368$, $p<.05$) puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Tablo 14).

Tablo 13. Kontrol Grubundaki Hastaların M-FAST Ölçek Toplam Puanı İle Klinik Değerlendirme Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları Arasındaki İlişki

Klinik Değerlendirme Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları	M-FAST Toplam Puan
Rey Hafıza Testi	-,428**
SAPS Toplam	,131
SANS Toplam	-,047
BPRS Toplam	,138
CDS Toplam	,368*
MOCA Toplam	-,201
Rey 1 Hatırlama (RAVLT)	,019
Rey 2 Hatırlama (RAVLT)	-,055
Rey 3 Hatırlama (RAVLT)	-,161
Rey 4 Hatırlama (RAVLT)	,103
Rey 5 Hatırlama (RAVLT)	-,085
Rey 6 Hatırlama (RAVLT)	-,191
Rey 7 Hatırlama (RAVLT)	-,208
Rey 8 Hatırlama (RAVLT)	-,186
Rey Tanıma (RAVLT)	-,002
Rey Tanıma-Hata (RAVLT)	,018
İndeks 1 (RAVLT)	-,003
İndeks 2 (RAVLT)	-,042
Sözcük Okuma (Stroop 1 Süre)	,191
Renk Okuma (Stroop 2 Süre)	,056
Bozucu Etki (Stroop 5 Süre)	-,001
Toplam Tepki Sayısı (WKET)	,188
Toplam Yanlış Sayısı (WKET)	,286
Toplam Doğru Sayısı (WKET)	-,254
Tamamlanan Kategori Sayısı (WKET)	-,310*
Toplam Perseveratif Tepki Sayısı (WKET)	,197
Toplam Perseveratif Hata Sayısı (WKET)	,220
Toplam Perseveratif Olmayan Hata Sayısı (WKET)	,118
Perseveratif Hata Yüzdesi (WKET)	,193
İlk Kategoriye Tamamlamada Kullanılan Tepki Sayısı (WKET)	,229
Kavramsal Düzey Tepki Sayısı (WKET)	-,277
Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi (WKET)	-,228
Kurulumu Sürdürmede Başarısızlık (WKET)	,024
Öğrenmeyi Öğrenme (WKET)	-,137
Diğer tepki (WKET)	-,017
Mükemmel Eşlemenin Kaçırılması (WKET)	,045

* $p<.0$, ** $p<.01$

Maluliyet grubundaki kişilere uygulanan Rey Hafıza Testi puanları ile uygulanan nöropsikolojik test ve klinik değerlendirme ölçek puanları arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için Pearson Korelasyon analiz yöntemi kullanılmıştır (Tablo 14). Sonuçta Rey Hafıza Testi puanları ile SANS toplam ($r=-,371$, $p<.05$), BPRS toplam ($r=-,367$, $p<.05$), Rey Tanıma-Hata ($r=-,501$, $p<.01$), RAVLT Indeks 2 ($r=-,299$, $p<.05$), Bozucu Etki (Stroop 5 Süre) ($r=-,432$, $p<.01$), WKET'nin Toplam tepki Sayısı ($r=-,333$, $p<.05$), Toplam Yanlış Sayısı ($r=-,642$, $p<.01$), Toplam Perseveratif Tepki Sayısı ($r=-,587$, $p<.01$), Toplam Perseveratif Hata Sayısı ($r=-,604$, $p<.01$), Perseveratif Hata Yüzdesi ($r=-,598$, $p<.01$), Diğer Tepki ($r=-,295$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; MOCA toplam ($r=,546$, $p<.01$), Rey 1 Hatırlama ($r=,385$, $p<.01$), Rey 2 Hatırlama ($r=,443$, $p<.01$), Rey 3 Hatırlama ($r=,426$, $p<.01$), Rey 4 Hatırlama ($r=,435$, $p<.01$), Rey 5 Hatırlama ($r=,549$, $p<.01$), Rey 6 Hatırlama ($r=,473$, $p<.01$), Rey 7 Hatırlama ($r=,431$, $p<.01$), Rey 8 Hatırlama ($r=,422$, $p<.01$), WKET'nin Toplam Doğru Sayısı ($r=,612$, $p<.01$), Tamamlanan Kategori Sayısı ($r=,526$, $p<.01$), Kavramsal Düzey Tepki Sayısı ($r=,634$, $p<.01$), Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi ($r=,636$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer ölçümler arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 14. Maluliyet Grubundaki Hastaların Rey Hafıza Testi Ölçek Puanları İle Klinik Değerlendirme Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları Arasındaki İlişki

Klinik Değerlendirme Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları	Rey Hafıza Testi Puanı
SAPS Toplam	-,164
SANS Toplam	-,371*
BPRS Toplam	-,367*
CDS Toplam	-,074
MOCA Toplam	,546**
Rey 1 Hatırlama (RAVLT)	,385**
Rey 2 Hatırlama (RAVLT)	,443**
Rey 3 Hatırlama (RAVLT)	,426**
Rey 4 Hatırlama (RAVLT)	,435**
Rey 5 Hatırlama (RAVLT)	,549**
Rey 6 Hatırlama (RAVLT)	,473**
Rey 7 Hatırlama (RAVLT)	,431**
Rey 8 Hatırlama (RAVLT)	,422**
Rey Tanıma (RAVLT)	,269
Rey Tanıma-Hata (RAVLT)	-,501**
İndeks 1 (RAVLT)	,079
İndeks 2 (RAVLT)	-,299*
Sözcük Okuma (Stroop 1 Süre)	-,151
Renk Okuma (Stroop 2 Süre)	-,194
Bozucu Etki (Stroop 5 Süre)	-,432**
Toplam Tepki Sayısı (WKET)	-,333*
Toplam Yanlış Sayısı (WKET)	-,642**
Toplam Doğru Sayısı (WKET)	,612**
Tamamlanan Kategori Sayısı (WKET)	,526**
Toplam Perseveratif Tepki Sayısı (WKET)	-,587**
Toplam Perseveratif Hata Sayısı (WKET)	-,604**
Toplam Perseveratif Olmayan Hata Sayısı (WKET)	,151
Perseveratif Hata Yüzdesi (WKET)	-,598**
İlk Kategoriye Tamamlamada Kullanılan Tepki Sayısı (WKET)	,101
Kavramsal Düzey Tepki Sayısı (WKET)	,634**
Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi (WKET)	,636**
Kurulumu Sürdürmede Başarısızlık (WKET)	,201
Öğrenmeyi Öğrenme (WKET)	,424
Diğer tepki (WKET)	-,295*
Mükemmel Eşlemenin Kaçırılması (WKET)	-,224

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

Kontrol grubundaki kişilere uygulanan Rey Hafıza Testi puanları ile uygulanan nöropsikolojik test ve klinik değerlendirme ölçek puanları arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için Pearson Korelasyon analiz yöntemi kullanılmıştır (Tablo 15). Sonuçta, Rey Hafıza Testi puanları ile Rey Tanıma-Hata ($r=-,491$, $p<.01$), WKET'nin Toplam Tepki Sayısı ($r=-,404$, $p<.01$), Toplam Yanlış Sayısı ($r=-,635$, $p<.01$), Toplam Perseveratif Tepki Sayısı ($r=-,616$, $p<.01$), Toplam Perseveratif Hata Sayısı ($r=-,628$, $p<.01$), Perseveratif Hata Yüzdesi ($r=-,596$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; MOCA toplam ($r=,599$, $p<.01$), RAVLT'de Rey 2 Hatırlama ($r=,460$, $p<.01$), Rey 3 Hatırlama ($r=,395$, $p<.01$), Rey 4 Hatırlama ($r=,397$, $p<.01$), Rey 5 Hatırlama ($r=,432$, $p<.01$), Rey 6 Hatırlama ($r=,531$, $p<.01$), Rey 7 Hatırlama ($r=,542$, $p<.01$), Rey 8 Hatırlama ($r=,592$, $p<.01$), Stroop Testi'nde Renk Okuma (Stroop 2 süre) ($r=,294$, $p<.05$), Bozucu Etki (Stroop 5 süre) ($r=,297$, $p<.05$), WKET'nin Toplam Doğru Sayısı ($r=,567$, $p<.01$), Tamamlanan Kategori Sayısı ($r=,566$, $p<.01$), Kavramsal Düzey Tepki Sayısı ($r=,617$, $p<.01$), Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi ($r=,608$, $p<.01$), Kurulumu Sürdürmede Başarısızlık ($r=,306$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer ölçümler arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 15. Kontrol Grubundaki Hastaların Rey Hafıza Testi Ölçek Puanları İle Klinik Değerlendirme Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları Arasındaki İlişki

Klinik Değerlendirme Ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Puanları	Rey Hafıza Testi Puanı
SAPS Toplam	-,188
SANS Toplam	-,038
BPRS Toplam	,053
CDS Toplam	-,277
MOCA Toplam	,599**
Rey 1 Hatırlama (RAVLT)	,291
Rey 2 Hatırlama (RAVLT)	,460**
Rey 3 Hatırlama (RAVLT)	,395**
Rey 4 Hatırlama (RAVLT)	,397**
Rey 5 Hatırlama (RAVLT)	,432**
Rey 6 Hatırlama (RAVLT)	,531**
Rey 7 Hatırlama (RAVLT)	,542**
Rey 8 Hatırlama (RAVLT)	,592**
Rey Tanıma (RAVLT)	,225
Rey Tanıma-Hata (RAVLT)	-,491**
İndeks 1 (RAVLT)	-,053
İndeks 2 (RAVLT)	,100
Sözcük Okuma (Stroop 1 Süre)	-,268
Renk Okuma (Stroop 2 Süre)	,294*
Bozucu Etki (Stroop 5 Süre)	,297*
Toplam Tepki Sayısı (WKET)	-,404**
Toplam Yanlış Sayısı (WKET)	-,635**
Toplam Doğru Sayısı (WKET)	,567**
Tamamlanan Kategori Sayısı (WKET)	,566**
Toplam Perseveratif Tepki Sayısı (WKET)	-,616**
Toplam Perseveratif Hata Sayısı (WKET)	-,628**
Toplam Perseveratif Olmayan Hata Sayısı (WKET)	,064
Perseveratif Hata Yüzdesi (WKET)	-,596**
İlk Kategoriyi Tamamlamada Kullanılan Tepki Sayısı (WKET)	-,206
Kavramsal Düzey Tepki Sayısı (WKET)	,617**
Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi (WKET)	,608**
Kurulumu Sürdürmede Başarısızlık (WKET)	,306*
Öğrenmeyi Öğrenme (WKET)	,393
Diğer tepki (WKET)	-,040
Mükemmel Eşlemenin Kaçırılması (WKET)	-,145

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

Temaruz eğiliminin en fazla ilişki gösterdiği, toplam varyansa en çok katkıda bulunan değişkenleri saptamak için lineer regresyon analizi kullanılmıştır.

Sosyodemografik, klinik ve bilişsel işlevlerle ilişkili değişkenleri içeren farklı iki regresyon modeli oluşturulmuştur. Birinci modelde M-FAST ölçek puanları bağımlı değişken kabul edilirken, yaş, gelir durumu, çocuk sayısı, hastalık süresi, çalışmama süresi, çalışma deneme süresi, işlev düzeyi ve klinik ölçek puanları (WHODAS-II, CDS, BPRS, SANS ve SAPS toplam puanları) bağımsız değişken olarak alınmıştır. Regresyon eşitliğinde çocuk sayısı, CDS ve WHODAS-II toplam puanı anlamlı yordayıcı değişken olarak yer almıştır ($F=9.851$, $p=0.000$, $df=3$). Bu değişkenlerin toplam varyansın %50'sini açıklayabildiği görülmüştür ($R=0.506$). Regresyon eşitliğine giren değişkenler Tablo 16'da gösterilmiştir. Buna göre; M-FAST toplam puanı ile çocuk sayısının fazlalığı, yeti yitimi ve depresyon puanlarının yüksek olması arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır.

Tablo 16. M-FAST Puanlarını Yordayan Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler

	B	Std. Hata	Beta	t	p
WHODAS-II Toplam Puanı	0,055	0,020	0,265	2,791	0,006
CDS Toplam	0,186	0,068	0,265	2,730	0,008
Çocuk Sayısı	0,834	0,320	0,248	2,604	0,011

Bilişsel işlevlerin M-FAST puanlarına yordayıcı etkisi araştırmak için, ikinci bir regresyon modeli oluşturulmuştur. Bu modelde M-FAST puanları bağımlı değişken, bilişsel işlev puanları ise bağımsız değişken olarak alınmıştır. Oluşturulan modelin toplam varyansın %57'sini açıklayabildiği saptanmıştır ($R=0.576$). M-FAST puanlarını anlamlı biçimde yordayabilen bilişsel işlev puanları Stroop testinde Sözcük Okuma Süresi, RMT puanı, WKET Tamamlanan Kategori Sayısı, RAVLT'de Tanıma-Hata puanı (tanıma listesinde yanlış hatırlanan sözcük sayısı) olarak belirlenmiştir ($F=8.360$, $p=0.000$, $df=5$). Regresyon eşitliğinde yer alan değişkenlere ait regresyon analizi sonuçları Tablo 17'de gösterilmiştir. Buna göre; Sözcük Okumanın (Stroop 1 Süre) uzun olması, RAVLT'de Tanıma az ve Rey

Tanıma-Hata (RAVLT’de tanıma listesinde yanlış söylenen kelime sayısı) puanının fazla, WKET testinde Tamamlanan Kategori sayısının ve RMT puanının az olmasının M-FAST puanını yordamada önemli olduğu bulunmuştur.

Tablo 17. M-FAST Puanlarını Yordayan Bilişsel İşlev Puanları

	B	Std. Error	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
RMT	-0,253	0,112	-0,259	-2,256	0,027
Rey Tanıma-Hata (RAVLT)	0,217	0,120	0,227	1,800	0,075
Rey Tanıma (RAVLT)	-0,311	0,133	-0,267	-2,333	0,022
Sözcük Okuma (Stroop 1 Süre)	0,163	0,057	0,275	2,841	0,006
Tamamlanan Kategori Sayısı (WKET)	-0,327	0,179	-0,204	-1,827	0,071

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın yapılmasındaki amaç psikoz nedeniyle yapılan malulen emeklilik başvurularında temaruz eğilimine eşlik eden klinik ve bilişsel özellikleri araştırmak ve temaruz eğilimi olan kişilerin değerlendirilmesine katkı sağlamaktır. Sonuçlarımızın hastaların maluliyet gibi geri dönüşü oldukça zor bir karar öncesi işlevsellik düzeyini tekrar sorgulanmasına ve sosyal güvenlik harcamalarının daha rasyonel biçimde kullanılmasına aracılık edebileceği beklenmektedir. Bu kapsamda çalışmaya psikotik belirtileri bulunan 90 hasta dahil edilmiştir. Hastalar malulen emeklilik talebi olan ve olmayan olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır.

Çalışma doğrultusunda elde edilen bulgular ışığında gruplar sosyodemografik veriler, klinik değerlendirme ölçekleri, temaruz ölçekleri ve nöropsikolojik testler açısından karşılaştırılmıştır.

5.1.Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Yapılan karşılaştırmalar neticesinde yaş ve cinsiyet açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Maluliyet talebiyle başvuranların çok büyük bir çoğunluğunun erkek hastalardan (%93.3) oluştuğu, bunun da evin geçimini sağlama görevinin daha çok erkeklerden beklenmesi ve ülkemizde kadın istihdamının az olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Maluliyet grubunun %31.2'si ve kontrol grubunun %4.4'ünün kırsalda yaşadığı saptanmıştır ve maluliyet grubunda kırsalda yaşayan hasta sayısı, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksektir. Kontrol grubununda %95.6'sı büyükşehirde yaşamaktadır. Bu durum, maluliyet grubundaki hastaların diğer şehirlerden sevkle gelmeleri ve kontrol grubunun çoğunlukla kliniğimizde takipli hastalardan oluşmasıyla açıklanabilir. Tüm çalışma grubunun ise %82.2'si büyükşehirde yaşamaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarının %83.3'ü ve diğer psikotik bozukluğu olanların %77.8'inin kentsel bölgelerde yaşadığı saptanmıştır [162]. Bizim çalışmamız da literatüre uygun şekilde kırsalda yaşayan hasta sayısı daha azdır.

Araştırmaya katılan hastaların kiminle yaşadıkları sorgulandığında, gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Maluliyet grubunun %26.8'i ve kontrol

grubunun %15.5'i olmak üzere, tüm hastaların %21.1'i yalnız yaşadığını belirtmiştir. Psikotik hastaların aile içi sorumluluklarını sürdürememesi ve çevreyle uyumlarının bozulması bu hastalıkta beklenen sorunlardır. Bu nedenle yalnız yaşama oranları yüksek saptanmış olabilir. Avrupa'da yapılan bir çalışmada hastaların %53.9'unun yalnız yaşadığı saptanmıştır [162, 163]. Bizim çalışmamızda yalnız yaşama oranının literatüre göre düşük çıkması, ülkemizde aile ilişkilerinin güçlü olmasıyla açıklanabilir. Yalnız yaşamama, aile içi dinamiklerle değişmekle birlikte, genellikle iyi prognoz göstergesi olarak bilinmektedir. Maluliyet grubu hastaların daha fazla oranda yalnız yaşadıkları göz önüne alındığında, kontrol grubu hastaların sosyal ve aile desteği daha fazla gibi görünmektedir. Maluliyet grubunun %42.2'si ve kontrol grubunun %62.3'ü kök aileyle birlikte yaşadığını bildirmiştir. Kök aileyle birlikte yaşama, işlevsellikte kayıp, kendi temel ihtiyaçlarını giderememe gibi nedenlerle zaruri olarak gerçekleşiyor olabilir.

Medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Maluliyet grubunun %35.5'i ve kontrol grubunun %61.8'i bekarken; maluliyet grubunun %35.5'i ve kontrol grubunun %20'si dul ya da boşanmıştır. Şizofreni hastalarının genel topluma göre daha fazla oranda bekar oldukları literatürde bildirilmiştir [163]. Bizim çalışmamızda da literatüre uygun olarak evli olan hastaların oranı olmayanlara göre daha düşük saptanmıştır. Bulgularımız psikotik hastalıkların yakın ilişki kurma ve sürdürme açısından her iki grubu benzer biçimde etkilediğini düşündürmektedir.

Eğitim durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Maluliyet grubunun %31.1'i ilkokul mezunuyken, kontrol grubunun %40'ı üniversite mezunudur. Buna göre, kontrol grubunun daha iyi premorbid işlevselliğe sahip olduğu düşünülebilir. Şizofreni hastalarının, ortalama eğitim süresinin genel sağlıklı popülasyondan daha düşük olduğu bilinmektedir [164]. Ancak kontrol grubumuzun önemli bir kısmının büyükşehirde yaşıyor olması, çalışmamızdaki görece yüksek eğitim düzeyini açıklayabilir. Grupların eğitim düzeyi açısından farklılık göstermesi çalışmamızın bir sınırlılığı olarak ele alınabilir. Çalışmamızda pratik nedenlerden dolayı her iki grubu eğitim açısından eşleştirmek mümkün olamamıştır. Bu nedenle yapılan analizde eğitim düzeyi karıştırıcı bir etken olarak dikkate alınmıştır.

Araştırmaya katılan hasta grupları arasında düzenli bir işe sahip olma, en son çalıştığı tarih, çalışma deneme süresi, toplam çalışma süresi açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ayrıca, gelir durumu, çalışma süresi, çalışma deneme sayısı, kaç sene önce işi bıraktığı gibi mesleki işlevsellikle ilişkili veriler açısından her iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmaya katılan hastaların %66.7'si düzenli bir işte çalışmadığını belirtmiştir. Bu bulgu, literatürle uyumludur. Avrupa'da yapılan araştırmalar, şizofreni hastalarının istihdam oranlarının %10-20 civarında olduğunu, ilk atak psikoz hastalarında ise bu oranın daha yüksek olduğunu göstermiştir. Şizofrenide istihdam oranı, İngiltere'de son 50 yılda düşüş göstermiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarının %87.5'inin işsiz olduğu saptanmıştır [165]. İstihdamın önündeki engeller arasında damgalanma, ayrımcılık, yaralanma korkusu ve uygun profesyonel yardım eksikliği sayılabilir. Çalışmanın, sosyal işlevsellik, belirti düzeyi, yaşam kalitesi ve benlik saygısı ile ilişkili olduğunu düşünülmektedir ancak açık bir ilişki kurulamamıştır [166].

İstihdamın en tutarlı yordayıcısının önceki çalışma tarihi olduğu belirtilir [166]. Bizim çalışmamızda maluliyet grubundaki hastaların en son çalıştıkları tarih ortalama 8.52 yıl önce iken, kontrol grubunda 6.82 yıl öncedir. Bu durum, hastaların oldukça uzun süredir çalışma hayatından uzak olduklarının önemli bir göstergesi olarak düşünülebilir. Maluliyet grubundaki hastaların ortalama 3.2 kere çalışmayı denedikleri, bu oranın kontrol grubunda 2.02 olduğu saptanmıştır. Maluliyet grubundaki hastaların başarısız iş girişimlerinden sonra emeklilik için başvurmuş olmaları muhtemeldir. İlk psikotik ataktan çalışmamaya kadar geçen süre açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Sonuç olarak psikotik hastalıkların benzer şekilde, süreç içinde bilişsel işlevlerde ve sosyal ilişkilerde kayıp ile yeti yitimine neden olduğu düşünülebilir.

Çalışma süresi bakımından da gruplar oldukça benzer saptanmıştır. Maluliyet grubunda ortalama çalışma süresi 10.66 iken, kontrol grubunda ise 10.61 idi. Yaklaşık aynı çalışma süresine rağmen, maluliyet grubundaki hastaların çalışmayı deneme girişimlerinin daha yüksek olması, iş performansındaki düşüklük ve işteki sorumluluklarını yerine getirememeye bağlı işten çıkarılma, bunun sonucu olarak zaruri iş değiştirmeye ilgili olabilir.

Hastaların neden çalışmadıkları araştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Maluliyet grubunun %13.3'ü 'iş bulamadığını', %53.3'ü 'çalışmayı beceremediğini', %26.7'si 'kendisiyle uğraşıldığını düşündüğünü' ve %6.7'si 'istemediğini' belirtmiştir. Kontrol grubunun ise %17.2'si 'iş bulamadığını', %55.2'si 'çalışmayı beceremediğini', %17.2'si 'kendisiyle uğraşıldığını düşündüğünü' ve %10.3'ü 'istemediğini' belirtmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlı olmasa da maluliyet grubunun daha fazla oranda 'kendisiyle uğraşıldığını düşündüğünü' beyan ettiği görülmektedir. Bu durum, maluliyet grubundaki hastaların psikotik belirtilerini daha ağır biçimde sunma eğilimlerine bağlı olabilir. Bir başka dikkate değer bulgumuz da tüm hastaların yaklaşık %15'inin iş bulamamayı çalışmaya hayatına aktif katılamama nedeni olarak ifade etmeleridir. Maluliyet talebinde bulunanların ise % 13'ünün iş bulamadığını ifade etmesi bu hastalara yönelik istihdam olanakları gibi sosyal sağlık politikalarının iyileştirilmesi gerekliliğine işaret eden bir veri olarak da yorumlanabilir.

Meslek dağılımı açısından bakıldığında, maluliyet grubunun %11.1'inin ve kontrol grubunun %31.1'inin kamu personeli olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu durum kontrol grubunda üniversite mezunu oranının (%40) daha yüksek olması ve bu nedenle engelli KPSS gibi olanaklardan faydalanarak kamu personeli olabilmesiyle açıklanabilir.

Gelir durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Maluliyet grubundaki hastaların %31.1'i, kontrol grubundakilerin %26.7'si olmak üzere, çalışma grubunun %28.9'u düzenli gelirlerinin olmadığını bildirmiştir. Şizofreninin düşük sosyokültürel seviyede daha sık görüldüğü bilinmektedir [87]. Bizim çalışmamızda maluliyet grubunun %40 ve kontrol grubunun %17.9'unun aylık geliri 1500 TL ve altındadır. 2018 Şubat ayı TÜRK-İŞ araştırması sonuçları itibarıyla dört kişilik bir ailenin açlık sınırı 1,636 TL olarak belirlenmiştir [167]. TÜİK'in 2014 yılı verilerine göre açlık sınırı altında yaşayan nüfus oranı %0.02'dir [168]. Çalışmamızda tüm vakaların yaklaşık %28.9'unun açlık sınırının altında yaşadığı verisi, hasta ve ailelerin beyanına dayalı olarak elde edildiği ve başka bir bilgi kaynağından doğrulanmadığı için tartışmalı olabileceği de dikkate alınmalıdır. Bu durum çalışmamızın kısıtlılıkları arasında değerlendirilmelidir. Ancak, yine de

bulgularımızı genel olarak psikotik bozukluğu olan hastaların önemli ölçüde sosyal iyileştirmeye ihtiyaç duyduğu şeklinde yorumlamak mümkündür.

Maluliyet grubunda, hakkında daha önceden maluliyet kararı verilenlerin sayısının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve maluliyet grubunun %75.6'sının daha önce malulen emekli edildiği saptanmıştır. Bu durum, bu hastaların bir kez maluliyet hakkı elde ettikten sonra iş yaşamından tamamen uzaklaşma eğilimleriyle açıklanabilir. Bu nedenle, maluliyet gibi önemli bir karar öncesi dikkatli inceleme yapılmalıdır.

Çocuk sahibi olma açısından gruplar karşılaştırıldığında, maluliyet grubundaki hastaların %48.9'unun ve kontrol grubundakilerin %33.3'ünün çocuk sahibi olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur. Maluliyet grubundaki hastaların ortalama çocuk sayısı 0.93 ve kontrol grubunda 0.51'dir. Maluliyet grubunda ortalama çocuk sayısı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Ailede çocuk sayısının daha fazla olmasının bireyleri sosyal yardımlardan yararlanmaya yönelten bir etmen olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda çocuk sayısı regresyon analizinde temaruz eğilimini yordayan anlamlı değişkenlerden biri olarak saptanmıştır. Bu durum kişilerin ailevi sorumluluk ve sosyal güçlüklerinin fazla olmasının temaruz eğilimini de arttırabileceğini düşündürmektedir. Literatürde, temaruz eğilimi ile ilişkili olabilecek sosyodemografik bir etken bulunmamaktadır. Bu konuyla ilgili ülkemizde başka bir çalışma olmaması ve çalışmamızın örneklem grubunun küçüklüğü nedeniyle sonuçların genellenebilmesi zordur.

Ek tıbbi hastalık açısından gruplar karşılaştırıldığında benzer sonuçlar elde edilmiştir. Maluliyet grubunun %40'ının ve kontrol grubunun %28.9'unun ek tıbbi hastalığa sahip olduğu ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır. Tıbbi hastalık açısından en çok diyabet, hipertansiyon ve KOAH saptanmıştır. Hipotiroidi (%2.2) ve diğer (nörolojik, romatolojik) hastalık (%4.4) ise araştırmamızda oldukça nadir olarak bulunmuştur.

Ülkemizde hipertansiyon sıklığının yaklaşık %30-35 olduğu saptanmıştır [169]. Şizofreni hastalarında koroner kalp hastalığına bağlı mortalite genel topluma

göre daha yüksektir [170]. Hipertansiyon da bu mortaliteye katkı sağlamaktadır. Bizim araştırmamızda, maluliyet grubunun %13.3'ü ve kontrol grubunun %8.9'u olmak üzere tüm hastaların %11.1'inde hipertansiyon saptanmış olup, bu oran literatüre göre düşüktür.

Ülkemizde yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada diyabet sıklığı %13,7 olarak saptanmıştır [171]. Literatürde antipsikotik tedavi alsın ya da almasın şizofreni hastalarında diyabet sıklığının arttığını bildiren çalışmalar vardır [172]. Bizim çalışmamızda maluliyet grubunun %13.3'ü ve kontrol grubunun %8.9'u olmak üzere tüm vakaların %11.1'inde diyabet saptanmıştır. Bu oran literatüre göre daha düşüktür. Diyabet ve hipertansiyonun beklenenden daha düşük olması hastaların çoğunluğunun düşük sosyokültürel seviyeye sahip olması ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşamalarıyla ilişkili olabilir.

Araştırmada maluliyet grubundan 2 ve kontrol grubundan 3 hastanın, toplamda hastaların %5.6'sının KOAH tanısı aldığı bulunmuştur. KOAH'ın eşlik etmesinin nedeninin şizofreni hastalarında nikotin bağımlılığının yüksek oranda görülmesi olabilir. Literatürde sigara bağımlılığının yaygınlığı %58-90 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir[173].

Şizofreni hastalarında alkol kullanım bozukluğu ek tanısının %12.3-50 arasında olduğu, hastaların %26.5'ine madde kullanımının eşlik ettiği literatürde bildirilmiştir [174, 175]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında alkol kullananların oranı %5.9, esrar kullananların oranı ise %2.2 olarak saptanmıştır [165]. Bizim çalışmamızda, hastaların %10'unun şimdi ya da geçmişte alkol kullanım bozukluğu, %12.2'sinin ise geçmişte madde kullanım bozukluğu tanısının olduğu bulunmuştur. Katılımcıların hiçbiri aktif olarak madde kullanmamaktadır. Ülkemizde alkol ya da madde kullanımının literatüre oranla daha az sıklıkla görülüyor olması, hastaların sosyal desteğinin diğer ülkelere göre daha iyi olması ve çeşitli dini öğretiler nedeniyle olabilir.

Psikiyatrik tanı açısından gruplar incelendiğinde, iki grup anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların önemli bir kısmının tanısı şizofrenidir. Maluliyet grubunun %73.3'ü, kontrol grubunun %77.8'i ve tüm hastaların %75.6'sı

şizofreni tanısıyla izlenmektedir. Maluliyet grubunun %11.1'i şizoafektif bozukluk, %15.6'sı diğer psikotik bozukluklar ile takip edilmektedir. Kontrol grubunun ise %8.9'u şizoafektif bozukluk, %13.3'ü diğer psikotik bozukluk tanısına sahiptir. Tanı açısından grupların homojen olmadığı göze çarpmaktadır. Yapılan araştırmalarda şizofreninin yaşam boyu prevalansının %0.87, şizoafektif bozukluğun %0.32, sanrılı bozukluğun ise %0.18 olduğu saptanmıştır [176]. Bizim çalışmamızda literatüre kıyasla şizofreni sıklığı, diğer kronik psikotik bozukluklara göre daha yüksek hesaplanmıştır.

Psikiyatrik hastalık süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Maluliyet grubunda ortalama psikiyatrik hastalık süresi 18.29 yıl iken, kontrol grubunda 14.91 yıl olarak saptanmıştır.

Her iki çalışma grubu ilaç kullanım özellikleri açısından oldukça benzer bulunmuştur. Şizofreni tanısı olan 905 hastayla İsviçre'de yapılan bir çalışmada %73.1'inin atipik antipsikotik kullandığı bulunmuştur [177]. Bizim çalışmamızda, maluliyet grubundaki hastaların %88.9'unun, kontrol grubundakilerin %97.8'inin oral ya da depo formda atipik antipsikotik kullandığı saptanmıştır. Bu oranlar, literatürle uyumludur. Klinisyenlerin şizofreni tedavisindeki gelişmelere paralel olarak atipik antipsikotikleri, tipiklere oranla daha sık reçete ettikleri düşünülebilir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların, %26.6'sının depo antipsikotik kullandığı ve bunun her iki grupta eşit olduğu saptanmıştır. Literatürde şizofreni hastalarının yaklaşık %40-50 oranında uzun vadede tedaviye uyum sağlamadıkları bildirilmiştir [178]. Bu durumda tedavi kılavuzları oral tedaviden depo tedaviye geçmeyi önermektedir. Ülkeler arasında farklılıklar olsa da genelde depo antipsikotik tedavi reçete etme oranları %25'i geçmemektedir [179]. Bizim bulgumuz da literatür ile uyumlu görünmektedir. Tüm katılımcıların %20'sinin tipik depo antipsikotik kullandığı ve bunun da her iki grupta eşit olduğu bulunmuştur. Depo antipsikotik tedavide tipik antipsikotik kullanım oranının yüksek olmasının nedeni, atipik depo antipsikotik ilaçların yüksek maliyetleri nedeniyle klinisyenlerin kullanmaktan çekinmeleri olabilir.

Maluliyet grubunun %44.4'ünün, kontrol grubunun %46.7'sinin kombine tedavi aldığı bulunmuştur. Literatürde şizofreni hastalarında kombine tedavinin yaklaşık %15 oranında uygulandığı, ancak bu oranın %50'ye kadar yükselebildiği bildirilmiştir [180]. Bizim çalışmamızdaki sonuçlar literatür ile uyumludur.

Klozapin kullanımı açısından gruplar karşılaştırıldığında, maluliyet grubunun %15.6'sının ve kontrol grubunun %33.3'ünün klozapin kullandığı bulunmuştur. İki grup arasında yaklaşık 2 kat fark olmasına rağmen, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmayıp, anlamlılığa yakın bir düzey saptanmıştır ($p=0.074$). Şizofreni tedavisinde altın standart kabul edilen klozapin, agranülositoz, aritmi ve epilepsi gibi yan etkilerinden dolayı ilk tercih olmamaktadır. Üç şizofreni hastasından birinin tedaviye dirençli psikotik semptomlara sahip olduğu bilinmektedir. Klozapin tedaviye dirençli şizofreni ve intihar girişimini önlemede diğer antipsikotiklere göre daha etkin bulunmuştur [181]. Sonuçlarımız rutin pratik uygulamada maluliyet gibi önemli bir karar öncesinde tedavi direncinin yeterince dikkate alınmadığını düşündürmektedir. Kontrol grubunda klozapin kullanımının daha yüksek olması, bu gruptaki hastaların çoğunluğunun kliniğimizde uzun süredir takip edilen ve büyükşehirde yaşayan hastalar olması, dolayısıyla bu hastaların kan sayımı ve gerekli diğer takiplerine uyum sağlamalarının pratik açıdan daha kolay olması ile de ilişkili olabilir.

Tedavi uyumu, bir kişinin davranışının verilen tıbbi tavsiye ile ne ölçüde örtüştüğü olarak tanımlanmıştır. Bizim çalışmamızda ilaç uyumu, hasta ve yakınlarından alınan sözel beyana göre belirlenmiştir. Düzenli kontrollere gidip, düzenli ilaç yazdırdığı teyit edilen, yakınlarının gözetiminde ilacını kullanan, depo antipsikotik kullanıyorsa enjeksiyonunu zamanında yaptıran hastalar 'tatminkâr uyum' olarak tanımlanmıştır. Hiç tedavi kullanmayan hastalar 'uyum yok', tedaviye tatminkâr uyum sağlayamayan hastalar 'düzensiz uyum' olarak sınıflandırılmıştır. Literatürde antipsikotik tedavi uyumsuzluğunun %11-80 arasında değiştiği bildirilmiştir. Yazılan reçetelerin %50'sine uyum gösterilememektedir [182]. Bu araştırmada maluliyet grubundaki hastaların %73.4'ünün, kontrol grubundakilerin ise %60'ının tatminkâr uyum kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. Her iki grup arasında fark olmadığı saptanmıştır. Bu oranlar, literatürde bildirilen oranlara göre daha

yüksektir. İlaç uyumunun beyana dayalı belirlenmesi, sadece depo antipsikotik ilaç kullanan hastalar için tıbbi doğrulamanın yapılabilmesi çalışmamızın bir sınırlılığıdır. Ancak kontrol grubunun kliniğimizde takipli hastalardan oluşması nedeniyle bu grupta tedavi işbirliğinin kısmen artmış olduğu da düşünülebilir. Maluliyet grubunda da, yeterli tedaviye rağmen düzelmenin görülmemiş olması (ya tedaviye dirençli belirtilerin varlığı ya da kişilerin düzenli ilaç kullanmaya rağmen iyileşmedikleri beyanı nedeniyle) zaten maluliyet talebinin rasyoneli olduğu için beklenen bir sonuç olarak da görülebilir.

Hastaların sözel beyanına dayalı ‘ilk psikotik atak sonrası işlevsellik düzeyleri’ açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Maluliyet grubunda ilk atak sonrası işlevselliğini ‘iyi’ olarak tanımlayan hasta oranının (% 4.4) kontrol grubuna (%20) göre belirgin düzeyde düşük olduğu izlenmiştir. Bu durum, maluliyet grubunun kendini kötü gösterme eğilimiyle ilişkili olabilir. Maluliyet grubundaki hastaların %68.9’u ve kontrol grubundakilerin %43.6’sı işlevselliklerini ‘kötü’ olarak tanımlamıştır. Bu sonuç psikotik hastaların, hastalık seyrinde temaruz eğiliminden bağımsız olarak kendilerini kötü hissettikleri olarak yorumlanabilir.

TRSM’de takipli olup olmama ve TRSM takip süresi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Maluliyet grubunun %22.2’sinin ve kontrol grubunun %17.8’inin TRSM’de takipli olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan tüm hastaların yalnızca %20’sinin TRSM takibinin olduğu göz önüne alındığında, bu hizmete ya yeterince erişilemiyor ya da yeterince kullanılamıyor gibi görünmektedir. Özellikle kırsal bölgede yaşayanların sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadığı, TRSM’lerin henüz sadece kent merkezlerinde olduğu bilinmektedir. TRSM’de takipli olma süresinin ortalaması maluliyet grubunda 4.05 yıl iken, kontrol grubunda 3.19 yıldır. Bu sonuçlar da klinik olarak, TRSM takibine başlayanların bunu uzun süre devam ettirebildiği, merkezle iyi bir bağ kurabildiklerini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, hastalık ile ilgili değişkenler arasında hastalık süresi, eşlik eden alkol madde kötüye kullanımının olması, tedaviye uyum, kullanılan antipsikotik tedavi biçimleri, TRSM takibinde olma gibi değişkenler arasında iki çalışma grubu

arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Gruplar arasında sadece klozapin kullanımı maluliyet grubunda kontrol grubuna göre, istatistiksel olarak anlamlılığa yakın derecede düşük oranda saptanmıştır. Bulgularımız, rutin klinik uygulamada maluliyet için başvuran hastalarda tedavi algoritmalarına yeterince uyulmadığını, tedaviye dirençli bulgular için uygun tedavi seçeneklerinin yeterince uygulanamadığını düşündürmektedir.

Gruplar klinik değerlendirme ölçekleri açısından incelendiğinde; SAPS ölçeğinin ‘sanrılar’ alt ölçeğinde, maluliyet grubunun kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Negatif belirtiler açısından ise bütün alt ölçeklerde ve toplam puanda maluliyet grubunun anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Benzer şekilde maluliyet grubunda BPRS ve CDS toplam puanlarının da anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Benzer şekilde çalışma grupları işlevsellik düzeyi açısından karşılaştırıldığında maluliyet grubunda kontrol grubuna göre işlevselliğin anlamlı derecede daha çok bozulduğu saptanmıştır. Özellikle anlama ve iletişim kurma (DAS1), hareket etme ve bir yerden bir yere gitme (DAS2) ve kendine bakım (DAS3) alanlarında işlevselliklerinin daha kötü olduğu görülmüştür. DAS4 (insan ilişkileri), DAS5 (yaşam faaliyetleri) ve DAS6 (toplumsal yaşama katılım) alt ölçeklerinde ise maluliyet grubunun puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemiştir. Bu çalışmada ayrıca, hastaların sözel beyanına dayanan hastalık sonrası işlevsellik değerlendirmesi de yapılmıştır. Maluliyet grubundaki hastaların %68.9’u, kontrol grubundakilerin ise %43.6’sı ‘kötü’ olarak tanımlamıştır. Bu sonuçlar, maluliyet grubunun daha kötü işlevselliğe sahip olduğunu belirtmesi bakımından WHODAS-II ölçek toplam puanının sonuçlarıyla uyumludur.

5.2.Temacruz Ölçekleri

Literatürde, M-FAST ölçeğinin temacruz eğilimini saptamada başarılı olduğu ve kolay uygulandığı bildirilmiştir. M-FAST ölçeğinin toplam puanı maluliyet grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksektir. M-FAST’in bildirilen/gözlemlenen, abartılı belirti, nadir birliktelik, olağandışı belirti gidişi, telkin edilebilirlik alt testlerinin maluliyet grubunda kontrol grubuna göre anlamlı

derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bulgularımız bu grupta temaruz eğiliminin maluliyet talebinde bulunmayan hastalara göre daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

Greiffenstein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hafif kafa travması sonrası bilişsel yetersizliği nedeniyle tazminat davası açan kişilerde olası temaruz oranını %37 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada, temaruz tanısı klinik gözlem, tıbbi kayıtlar ve hastanın anlattığı semptomlar arasındaki tutarsızlık, zorlu seçme testlerinde kesme puanının altındaki sonuçlar ile konulmuştur [183]. Kafa travması sonrası bilişsel bozukluk nedeniyle tazminat davası açan 1,363 vakanın dahil edilerek objektif testlerle değerlendirildiği, yayınlanmış 11 çalışmanın sonuçları değerlendirilmiş ve ortalama temaruz prevalansı %40 olarak bulunmuştur [7].

Fibromiyalji, multipl skleroz ve majör depresif bozukluk gibi medikal nedenlerle engelliğe başvuran vakalara, Amsterdam Kısa Süreli Hafıza Testi ve WAIS- Şifre Testi (Digit Symbol Test) uygulanmış ve %13-30'unun testlerde olasılıkla temaruzu düşündürecek sonuçlar sergilediği bulunmuştur [184]. Mittenberg ve arkadaşlarının yaptığı 33,531 vakanın dahil edildiği çalışmaya göre, engellilik ya da iş tazminatı nedeniyle başvuranlarda temaruz oranı %30, kişisel yaralanma vakalarında %28.6, adli vakalarda %19.25, genel medikal ve psikiyatrik popülasyonda ise %8 olarak saptanmıştır. Tazminat istemiyle başvuran psikiyatrik vakalar arasında, dissosiyatif bozukluklarda %10.5, anksiyete bozukluğunda %13.5, depresyonda %14.9 oranında semptom abartması ya da olası temaruz saptanmıştır. Vakalar Slick kriterlerine göre değerlendirilmiştir [78].

Engellik nedeniyle başvuran bilişsel bozukluk, kronik ağrı, PTSB gibi karma psikiyatrik hasta grubuyla yapılan, temaruzu değerlendirmek için M-FAST, RMT, TOMM, MMPI-2, RAVLT, WKET gibi birçok semptom geçerlilik testinin kullanıldığı 13 farklı çalışmanın incelendiği bir literatür araştırmasında, temaruz oranı %23 (%15±15) olarak saptanmıştır. Bu çalışmada, temaruz tanısı en az 2 farklı semptom geçerlilik testinde, beklenenin altında performans göstermesiyle konulmuştur [152]. Engellilik nedeniyle başvuran 161 vakanın TOMM ve çeşitli semptom geçerlilik testleri ile incelendiği bir çalışmada, vakaların %38.5'inin olası ya da kesin temaruz kriterlerini karşıladığı saptanmıştır [185].

Maluliyet nedeniyle başvuran psikotik belirtili 20 ve psikotik belirtisiz 10 PTSB tanılı erkek Vietnam gazisinin temaruz açısından değerlendirildiği bir çalışmada, M-FAST, SIRS, RMT ve Rey- Nokta Sayma Testi (Dot Counting Test) kullanılmıştır. Psikotik belirtili olan grubun %65'inin ve olmayan grubun %10'unun M-FAST ölçeğinde temaruz açısından pozitif olduğu saptanmıştır. Her bir test için ayrı ayrı değerlendirildiğinde temaruz oranı %33 çıkmış, 2 farklı semptom geçerlilik testinde başarısız olma baz alındığında %6 saptanmıştır [186].

İlgili literatürde M-FAST ölçeğinin kesme puanı olarak 6 belirlenmiştir [8]. Bizim çalışmamızda, maluliyet grubundan 11 (%24.4), kontrol grubundan ise 3 (%6.7) hastanın kesme puanının üzerinde olduğu saptanmıştır. Bulgularımız bu açıdan literatürle uyumludur.

Ülkemizde engellilik hakları nedeniyle başvuran hastalarla temaruz eğilimi konusunda yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Temaruz eğilimini değerlendiren çalışmalar daha çok cezaevi popülasyonu ile yapılmıştır. Çekirdek, Adli Psikiyatri servisindeki hastaların, temaruz eğilimini saptamak için RMT uygulamış ve 78 vakadan 23'ünün, yani %29.5'inin temaruz yaptığını saptamıştır [187]. Ger ve arkadaşları da benzer şekilde adli popülasyonda RMT uygulamış ve temaruz oranını %44.3 olarak saptamıştır [10]. Keyvan ve arkadaşları ise adli vakalara M-FAST uygulamış ve %48.5 oranında temaruz eğilimi saptamıştır [8]. Bu sonuçlar, bizim çalışmamıza göre daha yüksektir. Cezaevi popülasyonunun temaruz eğiliminin malulen emeklilik nedeniyle başvuranlara göre daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Literatürde Rey Hafıza Testi'nin kesme puanının altında kalan değerlerin temaruz eğilimini başarılı bir şekilde yansıttığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda, maluliyet grubunun test puan ortalamasının 9.98, kontrol grubunun ise 11.78 olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Maluliyet grubunun puan ortalamasının düşük olması, bu grubun temaruz eğiliminin yüksek olduğu hipotezimizle uyumludur. Kesme puanı 9 alınarak 2 grup karşılaştırıldığında, maluliyet grubundan 16 (%35,6), kontrol grubundan 6 (%13,3) hasta temaruz düşündürmektedir. Buradaki oranların M-FAST ölçeğindeki oranlara kıyasla daha yüksek olduğu fark edilmiştir. M-FAST ve RMT ölçek toplam puanları, Pearson korelasyon analizi ile karşılaştırıldığında, iki ölçek arasında maluliyet ve

kontrol grubunda da negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Her iki ölçeğin de temaruz eğilimini başarılı bir şekilde saptayabildiği bilgisi göz önüne alındığında, bu beklenen bir sonuçtur.

Rey Hafıza Testi'nin spesifitesinin psikotik olmayan psikiyatrik hasta grubunda %90'nın üstünde olduğu ancak psikotik hastaların bu oranın altında kaldığı ve psikotik hastalarda test performansın en önemli belirleyicisinin eğitim düzeyi olduğu daha önceki yayınlarda bildirilmiştir [188]. Başka bir çalışmada, ağır psikiyatrik hastalık, demans gibi hastalıklarda Rey Hafıza Testi'nin sensitivitesinin %12, spesifitesinin ise %73 olduğu saptanmıştır [189]. Başka bir çalışmada ise mental retardasyon ve ağır psikiyatrik hastalığı olan hastalara Rey Hafıza Testi uygulanmış ve hiçbir hastanın kesme değeri olan 9'un altında maddeyi hatırlamadığı bulunmuştur [188]. Literatürdeki bulgular çelişkili olsa da, RMT'nin psikotik hasta grubunda temaruz eğilimini saptamak için kullanılabileceği düşünülebilir. Bizim çalışmamızda RMT'ye göre temaruz açısından pozitif olan hastaların oranının, temaruzu değerlendirmeye yönelik diğer spesifik ölçek olan M-FAST'e göre daha yüksek olması, maluliyet grubundaki hastaların bilişsel defisitlerini daha ağır olarak sunma eğilimi ve RMT'nin psikotik hastalarda sensitivite ve spesifitesinin düşük olması ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda eğitimin bilişsel işlev performansı üzerindeki etkisi kontrol edildiği için iki grup arasındaki farklılığı sadece eğitim düzeylerindeki farklılık ile açıklanamayacağı düşünülebilir.

Bu çalışmaya şizofreni hariç, şizoafektif bozukluk, sanrısız bozukluk gibi diğer kronik psikotik hastalar da dahil edilmiştir. Şizoafektif bozukluğun, bipolar affektif bozukluk ile karışabileceği, diğer psikotik bozuklukların (tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar gibi) ise tanı karmaşası nedeniyle temaruz eğiliminin yüksek olabileceği varsayılmıştır. Şizofreni ve diğer psikotik hastalar arasında temaruz eğilimleri açısından farklılık olup olmadığını araştırılmıştır. Maluliyet grubundaki hastalar şizofreni ve diğer psikozlar olarak ikiye ayrılmış, M-FAST ve RMT puanları açısından karşılaştırılmıştır. Diğer psikotik bozukluk tanısı konan hastaların şizofreni tanısı konmuş olanlara göre M-FAST alt ölçekleri ve toplam puanlarının daha yüksek, RMT puanının ise daha düşük olduğu, ancak istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark olmadığı

bulunmuştur. Bu durum diğer psikotik bozukluk tanısı olan hastaların daha fazla temaruz lehine belirti gösterdikleri, RMT’de daha az sayıda madde hatırladıklarını düşündürmekle birlikte iki grup arasında anlamlı fark olmayışı olasılıkla diğer psikotik bozukluk tanısı olan hasta sayısının oldukça az olmasıyla ilişkili olabilir. Bu nedenle, gelecek çalışmalarda şizofreni tanısı ve diğer psikotik bozukluk tanısı konan daha geniş gruplarda bu konunun ele alınmasının, yararlı olacağı düşünülebilir.

5.3.Nöropsikolojik Değerlendirme

Şizofreni hastalarının önemli bir kısmının hafif bilişsel bozukluğa sahip olduğu bilinmektedir. MOCA, şizofreni hastalarındaki hafif bilişsel bozukluğu saptamada MMT kadar etkindir. MOCA ile yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının %75-86’sının kesme puanının altında performans gösterdiği saptanmıştır. MOCA’nın kesme puanı 21 olarak belirlenmiştir [141]. Bizim çalışmamızda maluliyet grubunun %60’ı, kontrol grubunun %24.4’ü ve toplamda %42.2’si kesme puanının altında performans göstermiştir. Bu sonuçlar, literatüre göre daha düşüktür.

Şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda, hastaların MOCA alt testlerinden en kötü ‘gecikmeli hatırlama’da performans sergiledikleri, 5 puan üzerinden ortalama 2,17 puan elde ettikleri gösterilmiştir [140]. Başka bir çalışmada ise 1.57 puan bildirilmiştir [190]. Bizim çalışmamızda maluliyet grubu 1.47 ve kontrol grubu 2.11 ortalama puan elde etmiş olup, bu sonuçlar literatür ile uyumludur. Hastaların en başarılı oldukları alt test ise ‘adlandırma’ olarak belirlenmiş ve 3 puan üzerinden bir çalışmada ortalama 2.76, başka bir çalışmada ise 2.83 puan aldıkları saptanmıştır [140, 190]. Bizim çalışmamızda maluliyet grubu ortalama 2.69 ve kontrol grubu ise 2.8 puan almıştır ve bu sonuçlar literatür ile uyumlu görünmektedir. Şizofreni hastalarının görsel uzaysal ve yürütücü işlevler, dikkat, çalışma belleği, dil ve problem çözme becerilerinde sağlıklı kontrollere göre 1-2 standart sapma altında performans gösterdiği bilinmektedir [142]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu şekilde adlandırma hariç diğer alt testlerde düşük puan almışlardır.

MOCA toplam puanları açısından gruplar karşılaştırıldığında, maluliyet grubunun kontrol grubundan istatistiksel olarak daha düşük puan aldığı saptanmıştır. Maluliyet grubunun ortalama puanı 18.93’tür ve kesme puanının altındadır. Kontrol

grubu ise 22.71 ortalama puanıyla normal aralıktadır. Şizofreni hastalarında bilişsel yetersizliği saptamak amacıyla yapılan çalışmalarda MOCA puanları 19.9-22.7 arasında bulunmuştur [140, 142, 143]. Bizim çalışmamızda maluliyet grubunun ortalama puanları literatüre göre düşük iken, kontrol grubununki literatür ile uyumludur. Şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda MOCA puanlarının yaş ve cinsiyetten etkilenmediği, eğitim düzeyinden ise etkilendiği, PANSS negatif belirti alt ölçek puanı ne kadar yüksekse MOCA puanının o kadar düştüğü saptanmıştır [140]. Ayrıca, tipik antipsikotik kullanımının bilişsel performansta düşüklükle ilgili olduğu gösterilmiştir [190]. Bu açıdan bakıldığında, kontrol grubumuzun MOCA ölçek puanları şizofreni hastaları ile yapılan çalışmaların sonuçlarına oldukça yakın olduğu, bu nedenle de güvenilir olduğu düşünülebilir. Eğitim düzeyinin karıştırıcı etkisinin kontrol edildiği varyans analizi sonrası MOCA puanlarında saptanan gruplar arası farklılıkların aynı şekilde korunduğu izlenmiştir. Bu nedenle maluliyet grubundaki daha düşük MOCA test performansının sadece iki çalışma grubu arasındaki eğitim farkı ile açıklanamayacağı, maluliyet grubunda test kooperasyonun zayıf olduğu ve daha yüksek temaruz eğilimine bağlı olduğu düşünülebilir.

Bilişsel belirtilerini olduğundan kötü gösterme eğilimi olan kişileri saptayabilmek ve kişiler hakkında daha doğru kararlar verebilmek için klinisyenler, rutinde kullanılan nöropsikolojik testler için birtakım geçerlik yöntemleri geliştirmeye çalışmıştır. Nöropsikolojik testlerde, bazı alanlarda beklenenin altında performans göstermenin, temaruz eğilimini saptamanın güçlü bir yordayıcısı olarak kabul edilmiştir. Bu değerlendirmeler literatürde ‘semptom geçerlilik testleri’ olarak bilinmektedir. Stroop sözcük okuma süresinin uzun olması, RAVLT’de Indeks 1 ve 2 değerlendirmeleri, WKET diğer tepki, mükemmel eşlemenin kaçırılması, kurulumu sürdürmede başarısızlık puanları örnek olarak verilebilir.

Gruplar Stroop testi açısından karşılaştırıldığında, süre, düzeltme ve hata sayısı gibi bütün ölçümlerde maluliyet grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldığı, yani daha kötü performans sergiledikleri fark edilmektedir. Gruplar incelendiğinde Sözcük Okuma Süresi (Süre 1), Renk Okuma Süresi (Süre 2) ve Bozucu Etki Hata Sayısı (Hata 5) ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Seçici dikkat ve inhibitör süreçlerin ölçümü için kullanılan

Stroop testi ile şizofreni hastalarının sağlıklı kontrollere göre, yaş ve eğitim gibi demografik verilerden etkilenmeksizin, genel olarak bütün kartlarda daha kötü performans sergiledikleri saptanmıştır [191]. Özellikle bozucu etkinin ölçüldüğü 5.kart aşamasında kontrollere kıyasla kötü performans sergiledikleri literatürde bildirilmiştir.

Stroop testinde, 1.Kartın (sözcük okuma) süresinin temaruz eğilimi yüksek olanları saptamada etkili olduğu bildirilmiştir [152]. Literatür bilgisiyle uyumlu şekilde, bizim çalışmamızda sözcük okuma süresinin maluliyet grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir. Literatürde Stroop puanlarının, yaş, eğitim gibi demografik verilerle, BPRS puanlarıyla korele olmadığı ancak hastalık süresiyle ve düşünce bozukluğunun şiddetiyle korele olduğu, ilk atak şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanılı hastaların daha kötü performans sergiledikleri bildirilmiştir [191, 192]. Maluliyet grubunun bütün kartlarda daha kötü performans sergilemesi ise test uyumlarının bozuk ve kendini gösterme eğilimlerinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Temaruzla ilgili literatürde, nöropsikolojik testlerde bilişsel belirti oluşturan ya da var olan belirtilerini abartan kişileri saptamaya yönelik çalışmalar da bulunmaktadır. Temaruz yapan kişilerin nöropsikolojik test uygulamasında 3 farklı yolla temaruz yaptıkları saptanmıştır: şikayet üretme ya da var olan şikayetleri abartma, nöropsikolojik test uygulamasına uyum göstermeme ve iki maddenin birlikte yapılması [79]. Bu bilgiler, maluliyet grubunda yer alan hastaların Stroop test uygulamasına zayıf kooperasyon gösterdikleri şeklindeki yorumumuzu güçlendirmektedir.

Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi (RAVLT) puanları açısından gruplar incelendiğinde, her iki grupta hatırlama, ekleme, ve tanıma puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Anlamlı olmasa da gruplar arasında bazı farklılıklar göze çarpmaktadır. Maluliyet grubunda hatırlanan kelime sayısının, 1-8 arası bütün denemelerde ve tanıma listesinde, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Kelime ekleme sayılarına baktığımızda, 8 denemenin 5'inde maluliyet grubunun kontrol grubuna daha yüksek puan aldığı fark edilmiştir. Eğitimin etkisinin kontrol edildiği analizlerde ise, Rey 3 ekleme puanının

(kelime listesinin 3. tekrarında hastanın listede olmayan kelimeleri söylemesi) maluliyet grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu veriler, maluliyet grubundaki hastaların kelime hatırlamada daha isteksiz davrandıkları, listede olmayan kelimeleri ekleme eğilimlerinin daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Maluliyet grubunun RAVLT’de temaruza spesifik ölçeklerde daha yüksek puan elde ettikleri göz önüne alındığında, test uyumlarının daha düşük olduğu düşünülebilir. Çalışmalarda, Rey Tanıma puanının 10 ve altında olmasının temaruzu saptamaya yönelik sensitivitesinin %77 ve spesifitesinin ise %86.4 olduğu saptanmıştır [160]. Bizim çalışmamızda maluliyet grubunun tanıma puanı kontrol grubuna göre daha düşük olarak saptanmış olsa da, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Öğrenme denemelerinde 3 defa hatırladığı kelimeyi tanıma listesinde tanımama İndeks 1, uzun süreli hatırlama (Rey 8) hatırladığını tanıma listesine tanımama İndeks 2 olarak tanımlanmıştır [159]. Yapılan çalışmalarda, İndeks 1 skorunun 2 ve üzerinde, İndeks 2 skorunun ise 1 ve üzerinde olmasının temaruzu belirlemede yol gösterici olduğu belirlenmiştir [160]. Bizim çalışmamızda iki grup arasında İndeks 1 ve 2 puanları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. İndeks 2 puanının Rey Hafıza Testi ile negatif yönde, M-FAST ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösterdiği bulunmuştur. İndeks 1 puanı içinse anlamlı korelasyon saptanmamıştır. RAVLT ile temaruzu saptamaya yönelik çalışmalar genelde kafa travması nedeniyle tazminat davası açan kişiler, karma psikiyatrik hasta grubu ve gönüllü katılımcılar üzerinde yapılmıştır. Ayrıca yapılan çalışmaların bir kısmında RAVLT’nin liste formu, bir kısmında ise paragraf formunun kullanıldığı, liste formunun kullanıldığı çalışmalarda yanlış pozitiflik oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir [158]. Bu nedenle çalışmamızın sonuçlarının genellenmesinin zor olduğu düşünülebilir. Bulgularımız, psikotik bozukluk tanısı konan hastalarda, RAVLT’nin ekleme puanları ve indeks 2 puan hesaplamasının temaruz eğilimi ile ilişkisi olabileceğini telkin etmekle birlikte, bu konuda ileri çalışmalara gereksinim olduğu biçiminde yorumlanabilir.

WKET puanları açısından gruplar karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. WKET genellikle perseveratif eğilimleri ölçmek

için kullanılsa da çalışma belleği ve yürütücü işlevleri de ölçebilmektedir. Şizofrenide yürütücü işlevlerin bozulduğu bilinmektedir. Şizofreni hastalarında WKET kullanılarak yapılan çalışmalarda soyut düşünme, problem çözme, öğrenmede bozukluk, perseveratif hata sayısında artış saptanmıştır [193]. Bu bozukluklar hastaların kişisel bakım, kişiler arası ilişkiler, mesleki performans gibi alanlardaki yeterliliğini etkileyerek, toplumsal uyumlarını bozmaktadır.

WKET ve temaruzla ilgili çalışmalar, tamamlanan kategori sayısı, perseveratif hata sayısı, kurulumu sürdürmede başarısızlık puanlarının yüksek sensitivite ve spesifite ile tanı koydurabildiğini göstermektedir. Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanının beyin hasarına spesifik olmadığı, fokal frontal lezyonu da olanlar dahil olmak üzere, hem sağlıklı hem de beyin hasarlı popülasyonda oldukça nadir görüldüğü bildirilmiştir [194]. Kurulumu sürdürmede başarısızlık sayısının kesme puanı >1 olarak alındığında, temaruz tanısı için sensitivitesi %48 iken, yanlış pozitiflik oranı %13'tür [79]. Başka bir çalışmada kesme puanı >2 olarak alındığında ise sensitivitesi %29 ve yanlış pozitiflik oranı %11 olmaktadır [161]. Slick kriterlerine göre muhtemel bilişsel temaruzu olan kişilerin, nöropsikolojik test geçerliliği açısından majör depresyon, şizoafektif bozukluk gibi hastalıkları olan karma psikiyatrik hasta grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmada, WKET kurulumu sürdürmede başarısızlık kesme puanı >1 olarak alınmış ve psikiyatrik hasta grubunun tamamı kesme puanının altında olup, güvenilir test performansı göstermişlerdir [79]. Bizim çalışmamızda gruplar arasında kurulumu sürdürmede başarısızlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ancak, maluliyet grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldığı izlenmiştir. Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanının beyin hasarının derecesi ya da yaş ve eğitim gibi sosyodemografik değişkenlerle ilgili olmadığı, dolayısı ile temaruz lehine güçlü bir bulgu olarak ele alınabileceği bildirilmektedir [79]. Maluliyet grubunda, temaruzu değerlendiren M-FAST ölçeği ile kurulumu sürdürmede başarısızlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde korelasyon olduğu, kontrol grubunda ise böyle bir korelasyonun saptanmadığı görülmüştür. Dolayısı ile bizim çalışmamız, psikotik bozukluğu olan hastalarda kurulumu sürdürmede başarısızlık puanları ile temaruz eğilimi arasında zayıf bir ilişki olduğunu düşündürmektedir.

Kendini kötü gösterme eğilimi olan kişilerin test performanslarının homojen olmadığını fark eden araştırmacılar, WKET ile ilgili ‘diğer tepki’ (other/unique response) ve ‘mükemmel eşlemenin kaçırılması’ (missed perfect matched) olmak üzere iki terim tanımlamışlardır. Tepki kartını, uyarıcı kartın herhangi bir ortak özelliğine göre eşleyememek olarak tanımlanan diğer tepki sayısı, rutin puanlama yönergesinde yer almamaktadır. Klinik olarak konfüzyon ya da test uyumunun zayıf olmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Mükemmel eşlemenin kaçırılması ise, anahtar kartla aynı olan tepki kartını doğru eşleyememek olarak tanımlanmıştır. 16, 29, 41 ve 62 numaralı tepki kartları anahtar kartlarla aynı olup, toplam 8 tane mükemmel eşleme kartı bulunmaktadır. Bir kişinin mükemmel eşleme kartını doğru yerleştirememesi, ‘Bu destelerdeki kartların her birini bu dört anahtar karttan birine eşleştirin’ gibi çok basit bir talimatı dahi anlayamadığı anlamına gelmektedir. Bu durum, test kooperasyonunun zayıf olması ya da temaruzla açıklanabilir. Diğer tepki kesme puanının >0 olmasının temaruzu saptamada %94 spesifiteye ve %35 sensitiviteye, kesme puanının >1 olmasının ise %100 spesifiteye ve %22 sensitiviteye sahip olduğu bildirilmiştir. Mükemmel eşlemenin kaçırılmasının ise kesme puanının >0 olduğunda sensitivitesinin %9, >1 olduğunda ise %0 olduğu bildirilmiştir [148].

Bizim çalışmamızda gruplar WKET puanları, diğer tepki ve mükemmel eşlemenin kaçırılması puanları açısından karşılaştırılmış ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Diğer tepki sayısı (uyarıcı kartla hiçbir ortak özelliği olmayan kartlar ile eşleştirme eğilimi) kontrol grubunda daha yüksek, mükemmel eşlemenin kaçırılması ise maluliyet grubunda daha yüksek olarak gözlenmiştir. Mükemmel eşlemenin kaçırılması puanının, temaruz eğilimini göstermesi bakımından, M-FAST puanları yüksek olan maluliyet grubunda yüksek olması, sonuçlarımızla uyumlu bir bulgudur. Diğer tepki sayısının kontrol grubunda daha yüksek çıkması literatürle uyumlu olmayan ve beklenmedik bir sonuçtur. WKET ve temaruzla ilgili yapılan çalışmalar genelde depresyon, somatizasyon, hafif kafa travması gibi heterojen bir hasta popülasyonu ile yapılmıştır. Ayrıca, çalışmalarda genelde en az sekiz yıl eğitim almış kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise en az 5 yıllık eğitim alanlar çalışmaya dahil edilmiş ve gruplar eğitim düzeyi açısından eşit değildir. Bulgularımızın diğer tepki sayısı

açısından literatüre göre farklılık göstermesinin nedeni örneklem özelliklerinin farklılıklarına bağlı olabilir. Ayrıca bu durum, ülkemizdeki psikotik hasta grubu için, WKET performansı ile temaruz eğilimi arasındaki ilişki konusunda daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu düşündürmektedir.

Temaruz ölçeklerinin, klinik değerlendirme ölçekleri ve nöropsikolojik testlerle olan korelasyonuna bakıldığında, çalışmamızda maluliyet grubunda temaruz için spesifik ölçek olan M-FAST ile RMT, MOCA, RAVLT Tanıma ve İndeks 2 puanları, Stroop testi sözcük ve renk okuma süreleri, WKET Tamamlanan kategori sayısı, kurulumu sürdürmede başarısızlık puanlarının korelasyon gösterdiği saptanmıştır. RMT, İndeks 1, Stroop testi sözcük okuma süresi, WKET tamamlanan kategori sayısı ve kurulumu sürdürmede başarısızlık puanlarının önceki yayınlarda temaruz ile ilgili olduğu bildirilmiştir ve bu sonuçlarımız literatürle uyumludur [79, 137, 152, 159]. Kontrol grubunda da M-FAST ile RMT, CDS, WKET Tamamlanan kategori sayısı arasında korelasyon saptanmıştır. RMT puanlarının MOCA, Stroop, RAVLT ve WKET ile hem kontrol hem de maluliyet grubunda korelasyon gösterdiği saptanmıştır. RMT’de düşük performans gösterip test uyumu düşük olanların, RAVLT, MOCA, Stroop ve WKET testlerinde de düşük performans gösterdikleri, dolayısı ile bu testlere de uyumlarının düşük olacağı varsayılabilir.

Test motivasyonu açısından farklılık gösteren örneklerde, örneğin, avukattan yardım alan temaruzcuların, nöropsikolojik testlerdeki görevleri geçip, semptom geçerliliğini sağlayabildiği bilinmektedir. [195]. Bu tür yönlendirmeleri önlemek, teste uyum çabasını ve testin geçerliliğini ölçmek için literatürde, standart bilimsel testlerin uygulanması önerilmiştir [160]. Bu nedenle 90’lı yıllardan itibaren semptom geçerlilik çalışmalarına ilgi artmıştır [79].

Bütün temaruzcuların kendilerini kötü göstermek için testlerde aynı stratejiyi izlediklerini varsaymak da, semptom geçerlilik testlerinde kötü sonuç alan tüm kişilerin temaruz eğiliminde olduğu varsaymak da yanlıştır [196]. Tek bir test ile tanı koymanın sensitivitesinin düşük olduğu, yanlış pozitif oranının yüksek olduğu bilinmektedir. Temaruz yapmayan bir kişiye temaruzcu diyerek yanlış tanı koymanın maliyeti, temaruz tanısını atlamaktan daha yüksektir [137]. Bu nedenle çalışmalarda temaruz tanısı için genellikle iki ya da daha fazla sayıda semptom geçerlilik testi

kullanıldığı gözlenmiştir. Temaruz kesin tanısı için çoklu değerlendirilme yapılması gerektiği açıktır.

Yalnızca tedavi için başvuran 104 psikotik ve 178 psikotik olmayan hastayla yapılan bir çalışmada, hastalara 7 farklı semptom geçerlilik testi uygulanmıştır. Psikotik hasta grubunun %7'si ve psikotik olmayan hasta grubunun %5'i, 7 testin 2'sinde geçersiz performans sergilemiştir. Çalışmadaki hiçbir hasta, 7 testin 3 tanesinde geçersiz performans göstermemiştir. Bu da klinisyenlerin, psikotik hasta grubunun testlerde düşük uyum sağlayabileceği varsayımını haksız çıkarmaktadır. IQ puanı 90'nın altında olan hastalarda ise semptom geçerlilik testlerinde daha yüksek (%14) geçersiz performans sergileme eğilimi bildirilmiştir. [197]. Ayrıca, belirgin yorgunluk ya da testi olabildiğince hızlı bitirme isteği nedeniyle temaruz yapmayan kişiler de geçersiz performans sergileyebilirler [197]. Hastalığa bağlı işlev kayıplarına karşı içgörüsü olmayan bir hasta, nöropsikolojik testlere yeterince motive olmayabilir [196]. Temaruz yapan kişi, nöropsikolojik testlerde kendisine verilen görevleri kendi hastalığı ya da kazanmayı umduğu haklarıyla alakasız gibi algılayıp, testlere yeterli kooperasyon göstermeyebilir [161]. Performans geçerlilik testlerinin adli mecralarda kabul edilebilmesi için rafine edilmesi ve dikkatli bir şekilde doğrulanması gerekir. Böylece, klinisyenler tarafından güvenle kullanılabilirler [148].

Bizim çalışmamızda, nöropsikolojik testlerdeki semptom geçerlilik testleri ve temaruz ölçekleri arasında zayıf korelasyon saptanmıştır. Bu konuda ülkemizde yapılmış bir çalışma bulunmadığı için literatürde bildirilen belirti geçerlilik ölçütlerinin ne ölçüde bizim toplumumuza uygun olduğu hakkında bir veri bulunmamaktadır. Literatürde var olan çalışmalar genelde kafa travması ya da karma psikiyatrik hasta gruplarıyla yapılmış ve psikotik hastalarda geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmamıştır. Çalışmamızda zekanın nesnel olarak değerlendirilememiş olması çalışmamızın bir sınırlılığı olup, bu konudaki bulgularımızın tartışılmasını güçleştirmektedir. Gelecek çalışmalarda bu konuların dikkate alınması daha yol gösterici bulgulara ulaşmayı sağlayabilir.

WHODAS-II toplam puanları ile nöropsikolojik test ve temaruz ölçekleri arasında ilişki olup olmadığını incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi

yapılmıştır. Maluliyet grubunda WHODAS-II toplam puanı ile temaruz ölçeklerinden RMT ile negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmış ancak M-FAST ile anlamlı korelasyon saptanmamıştır. RMT ile negatif yönde korelasyon olması, yeti yitiminin ağır olduğunu söyleyen hastaların, temaruz eğiliminin yüksek olduğunu ve yeti yitimini değerlendirmek için ileri incelemelere ihtiyaç olduğu şeklinde yorumlanabilir. WHODAS-II toplam puanı ile MOCA toplam, RAVLT'de Rey 1-8 arası hatırlama puanları ve Stroop 1 süre (sözcük okuma) arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. WKET puanlarından toplam tepki sayısı, toplam yanlış sayısı, toplam perseveratif tepki sayısı, toplam perseveratif hata sayısı, perseveratif hata yüzdesi ile pozitif yönde ve tamamlanan kategori sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı, kavramsal düzey tepki yüzdesi, öğrenmeyi öğrenme puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. WHODAS-II toplam puanı yüksek olan yani yeti yitiminin daha fazla olduğunu söyleyen hastaların, RAVLT, MOCA ve WKET'de daha düşük performans sergiledikleri söylenebilir. Kontrol grubunda ise WHODAS-II toplam puanı ile temaruz ölçekleri olan M-FAST ve RMT arasında korelasyon saptanmamıştır. Nöropsikolojik testlerden ise, RAVLT Rey 2 Hatırlama puanı ile negatif yönde, WKET Toplam tepki sayısı ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlarımız, kontrol grubunun nöropsikolojik testlerde daha güvenilir bir performans sergilediklerini düşündürmektedir.

Çeşitli değişkenlerin M-FAST toplam puanını ne kadar yordayabildiğini araştırmak amacıyla 2 farklı lineer regresyon analizi modeli uygulanmıştır. İlk modelde sosyodemografik ve klinik değerlendirme ölçekleri değerlendirmeye alınmıştır. Sosyodemografik değişkenlerden, çocuk sayısının fazla olmasının M-FAST puanını yordayabildiği saptanmıştır. Bu sonuç, çocuk sayısı fazla olan bir hastanın, çocuklarla ilgili sorumlulukları nedeniyle kendini olduğundan kötü gösterdiği, semptomlarını abarttığı şeklinde yorumlanabilir. Klinik değerlendirme ölçeklerinden ise WHODAS-II ve CDS toplam puanının yordayabildiği saptanmıştır. Bu sonuçlar, klinisyenin yeti yitiminin fazla olduğunu ve depresif belirtileri olduğunu beyan eden hastalara karşı temaruz eğilimi açısından dikkatli yaklaşmasının yararlı olacağını düşündürmektedir. M-FAST ölçeğinde temaruz yapan kişilerin, benzer şekilde yarı yapılandırılmış ölçekler olan WHODAS-II ve CDS'de de temaruz yaptıkları varsayılabilir.

İkinci lineer regresyon modelinde ise, bilişsel işlev puanlarının M-FAST toplam puanını ne kadar yordayabildiği araştırılmıştır. Rey Hafıza Testi puanının düşük olmasının, RAVLT Tanıma (tanıyarak hatırlama) puanının az olmasının ve Tanıma-Hata (tanıma listesinde yanlış hatırlanan sözcük sayısı) puanının fazla olmasının, Stroop sözcük okuma süresinin uzun olmasının, WKET tamamlanan kategori sayısının az olmasının M-FAST puanlarını yordadığı bulunmuştur. Temaruzu saptamaya yönelik bir ölçek olması nedeniyle RMT'nin, M-FAST puanını yordaması literatürle uyumlu ve beklenen bir sonuçtur. Stroop sözcük okuma süresinin (Stroop 1 süre) uzun olmasının kendi kötü gösterme eğilimiyle ilgili olduğu daha önceki yayınlarda bildirilmiştir [152]. WKET tamamlanan kategori sayısının nörobilişsel temaruzla ilişkili olduğuna dair birçok yayın bulunmaktadır [161, 194, 198]. Bu sonuçlar bakımından çalışmamız literatürle uyumludur. Çalışmamızda RAVLT Rey Tanıma ve Rey Tanıma-Hata puanının M-FAST puanını yordayabildiği bulunmuştur. Rey Tanıma puanının temaruzu yüksek bir spesifikite oranıyla saptayabildiğine yönelik çalışmalar literatürde mevcuttur [158, 160]. Önceki yayınlarda, Rey Tanıma-Hata puanının ise 2 ve üzerinde olmasının temaruzu saptamada sensitivitesinin %33 ve spesifitesinin %72.7 olduğu bildirilmiştir [160].

Malulen emeklilikle ilgili karar verici konumda olan klinisyene yol göstermesi açısından bu veriler kıymetlidir. Çocuk sayısı fazla olan, yeti yitiminin şiddetli olduğunu beyan eden, depresif belirtileri bulunan, bilişsel değerlendirmelerden RMT'de düşük performans sergileyen, WKET'de tamamlanan kategori sayısı az, RAVLT'de Rey Tanıma puanları düşük, Rey Tanıma-Hatırlama puanları yüksek, Stroop testinde sözcük okuma kartını okuma süresi uzun olan hastaların temaruz eğilimlerinin yüksek olabileceği akılda tutulmalıdır.

Literatüre bakıldığında, MOCA testinin şizofreni hastalarında yaygın bir kullanımı olduğu ancak, temaruzla ve test uyumuyla ilgili çalışmaların olmadığı görülmektedir. Bu araştırmada bilişsel temaruzu saptayabilmek amacıyla uygulaması kolay ve hızlı olan RMT uygulanmıştır. Güncel yayınlarda bu amaçla TOMM (The Test Of Memory Malinger- Bellek Temaruzu Testi) kullanılmakta, ancak bu testin Türkçe geçerlik ve güvenirliği henüz bulunmamaktadır. Çalışmamızda maluliyet grubunun pozitif, negatif ve depresif belirtileri daha yüksek, işlevsellikleri daha

bozuk saptanmıştır. Bu belirtilerin klinik olarak hastalık şiddetinin bu grupta yüksek olmasından mı yoksa hastaların bu alanlarda kendilerini daha kötü gösterme eğiliminden mi kaynaklandığı bilinmemektedir. Bunu ayırt edebilmek için SIRS ya da PAI gibi ‘semptom geçerlilik testleri’ kullanılmaktadır. Ancak ülkemizde temaruz eğilimini belirlemek için kullanılan semptom geçerlilik testlerinden yalnızca M-FAST’in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Temaruz çalışmalarındaki bulguların genelleştirilmesi oldukça zordur. Ayrıca kontrol grubundaki hastalar da ilaç elde etme, hastaneye yatmak isteme gibi çeşitli nedenlerle temaruz yapıyor olabilir. Güvenilir-kontrol grubunda gizli simülasyon yapanların bulunması, gerçek özgüllük oranlarını ve kesme puanlarını belirlemeyi imkansız kılar. Ayrıca temaruzu ölçen birçok çalışmada, sağlık gönüllülere ‘sahte hastalık numarası’ yapmaları söylenmiştir. Bu durum da, sonuçların gerçek hayat temaruzcuları ile kıyaslanmasını zorlaştırmaktadır.

Engelli/maluliyet maaş ödemelerinin ekonomik boyutu göz önüne alındığında, rapor açısından değerlendirme sürecinde standart bir değerlendirme algoritmasının gerekli olduğu açıktır. Hastadan ve yakınlarından ayrıntılı öykü alınmalı, temaruz spesifik ölçekler ve ayrıntılı nöropsikolojik değerlendirme uygulanmalıdır. Tek bir ölçekle temaruz tanısı koymanın istenmeyen sonuçlara neden olabileceği bilindiğinden, mümkün oldukça fazla bilgi kaynağı ve testten faydalanılmalıdır. Kişiler semptom değerlendirmesi, yeti yitimi, nöropsikolojik testler gibi birçok farklı alanda temaruz yapabilirler. İleri tetkikin gerektiği durumlarda sosyal inceleme istenmeli ve gözlem amacıyla yatış planlanmalıdır. Klinik görünüm değişkenlik gösterebileceği için belirli aralıklarla kontrol muayenesi yapılmalıdır.

Bu çalışmanın çeşitli kısıtlılıkları mevcuttur. Bu çalışmaya, kronik psikotik bozukluğu olan hastalar dahil edilmiştir. Bu çalışmada hastaların önemli bir kısmını, tanısı şizofreni olanlar oluşturmuştur. Şizofreni harici diğer psikotik bozukluk tanısı olan hasta grubunun temaruz eğiliminin daha fazla olabileceği öngörülmüş, ancak temaruz ölçekleri (M-FAST, RMT) açısından değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıkmamıştır. Bu alanda daha büyük olduğu

örnekleme yapılacak çalışmalarda, temaruz açısından anlamlı sonuçlar elde edilebileceği öngörülmektedir.

Bu çalışmada zeka testi uygulanmamış, klinik olarak normal zeka düzeyine sahip hastalar çalışmaya alınmıştır. Ancak, gözden kaçabilen sınır zeka olgularının olması muhtemeldir. Ayrıca nöropsikolojik test performansını etkileyebilecek kafa travması, koma gibi faktörler sorgulanmamıştır. Alkol ve madde kullanımı, kullanılan ilaçlar ve dozlarının da test sonuçlarını etkilediği bilinmektedir.

Bu çalışmada kontrol grubu, büyük oranda 3.basamak bir üniversite hastanesinde düzenli takipleri olan hastalardan oluşmaktadır. Çok merkezli, geniş örneklemlili çalışmalarda tedavi uyumu, ilaç kullanımı, eğitim durumu gibi çeşitli klinik değişkenler açısından farklı sonuçlar elde edilebilir. Temaruz grubunda klorzapin kullanımının oldukça az olması, maluliyet öncesinde dirençli şizofreni tedavi basamaklarının yeterince uygulanmadığını düşündürmektedir.

Gelir durumu, hastalığın seyri, ilaç uyumu, yeti yitimi gibi çeşitli bilgilerin yalnızca hasta ve yakınının beyanına dayalı olması, çalışmanın başka bir kısıtlılığdır. Hastalık ve tedavi süreciyle ilgili bilgilerin, TRSM gibi profesyonel bir ekip tarafından değerlendirilmesi, daha güvenilir sonuçlar verecektir. Hastalık seyriyle ilgili tüm doktorların erişebileceği bir platformun oluşturulabilmesi de bilgi güvenliğini sağlar ve doğru karar verebilmeye yardımcı olur.

Bu çalışmada, temaruz eğilimini saptamada hızlı ve güvenilir bir ölçek olduğu bilinen M-FAST'e göre maluliyet grubunun temaruz oranı %24.4, kontrol grubunun ise %6.7 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, maluliyet nedeniyle başvuran psikotik hastaların, rutin muayene için başvuran psikotik hastalara göre temaruz eğilimlerinin yüksek olduğu hipotezimizi doğrular niteliktedir. Maluliyet grubundaki hastaların temaruz eğilimlerinin sosyodemografik, klinik ve nöropsikolojik bazı değerlendirmelerle ilişkili olabileceği hipotezimizi araştırmak için M-FAST'i yordayan çeşitli klinik değişkenler araştırılmıştır. Çocuk sayısı, WHODAS-II, CDS, RMT, RAVLT Rey Tanıma-Hata (tanıma listesinde yanlış söylenen kelime sayısı) ve Tanıma puanı (tanıyarak hatırlama), Stroop sözcük okuma süresi ve WKET

tamamlanan kategori sayısının M-FAST puanlarını yordadığı bulunmuştur. Bu bulgular da ikinci hipotezimizi doğrulamaktadır.

Çalışmamızda, M-FAST ile RMT ve nöropsikolojik testlerdeki semptom geçerlilik test sonuçları arasında korelasyon saptanması, ülkemizde M-FAST ölçeğinin adli olgularda olduğu kadar, maluliyet grubunda da uygulanabilir olduğunu düşündürmektedir. Ancak çalışmamız görece küçük bir örneklem grubuyla yapıldığından, bu sonuçların daha geniş bir örneklemle yapılacak çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Bu çalışma ülkemizde maluliyet nedeniyle başvuran, psikotik hastalığı olduğunu belirten kişilerle yapılmış temaruz eğilimini araştırmayı amaçlayan ilk çalışma olması bakımından değerlidir. Ülkemizde temaruz alanında yapılmış çalışma sayısı oldukça sınırlı olup, diğer çalışmalardaki sonuçların maluliyet grubuna genellenebilmesi oldukça zordur. Çalışmamızda saptanan temaruz eğiliminin %24.4 gibi görece yüksek bir oran olduğu göz önüne alındığında, maluliyet gibi önemli bir karar öncesi vakaların ayrıntılı değerlendirilmesinin yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bulgularımız, ülkemizde yaşayan psikotik hastalarda maluliyet değerlendirmesi öncesinde temaruz eğilimini de dikkate alan, yapılandırılmış bir değerlendirme sürecinin oluşturulması gerekliliğine işaret etmektedir. Bu konuda daha geniş örneklemle yapılacak çalışmalar bu konuda daha geçerli sonuçlar elde etmeye yardımcı olacaktır.

6. SONUÇLAR

Malulen emeklilik sevki nedeniyle başvuran, kronik psikotik bir bozuklukla takipli hastaların temaruz eğilimlerini ve temaruzla ilgili klinik değişkenleri saptamak amacıyla yapılan çalışmamızın sonuçları aşağıdaki gibidir:

1. Psikotik belirtilerin temaruzunu değerlendirmek amacıyla uygulanan M-FAST toplam ve alt ölçek puanları, maluliyet grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksektir.
2. M-FAST kesme puanı 6 alınarak gruplar karşılaştırıldığında, maluliyet grubu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Maluliyet grubunun %24.4'ü, kontrol grubunun ise %6.7'si temaruz açısından pozitif sonuç almıştır.
3. Bilişsel belirtilerin temaruzunu saptayabilmek için RMT uygulanmıştır. Maluliyet grubunun ortalaması, kontrol grubuna göre daha düşük (daha az hatırlama ve daha fazla temaruz eğilimine işaret eden) saptanmıştır. Kesme puanı 9 alınarak gruplar karşılaştırıldığında, maluliyet grubunun %35.6'sı, kontrol grubunun ise %13.3'ü kesme puanının altında olup, temaruzu düşündürmektedir.
4. M-FAST ile RMT toplam puanları karşılaştırılmış ve aralarında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.
5. Maluliyet grubunda şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı olan hastaların M-FAST ve RMT puanları açısından farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Psikiyatrik hastalık tanısının temaruz oranlarını etkilemediği saptanmıştır.
6. Maluliyet grubunun SAPS, SANS, BPRS, CDS ve WHODAS-II gibi yarı yapılandırılmış klinik değerlendirme ölçeklerinde daha yüksek puanlar aldıkları ve bu durumun kendilerini kötü gösterme eğilimiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.
7. Maluliyet grubunun MOCA toplam puanlarının düşük olduğu, Stroop testinde süre ve hatalarının yüksek olduğu, RAVLT ve WKET'de düşük performans gösterdikleri saptanmıştır. Bu durumun nöropsikolojik test kooperasyonlarının zayıf olmasıyla ilgili olduğu düşünülmüştür.

8. M-FAST puanını yordayan klinik değişkenler araştırılmıştır. Çocuk sayısının fazla olmasının, WHODAS-II ve CDS toplam puanının yüksek olmasının, Rey Hafıza Testi puanının düşük olmasının, RAVLT Rey Tanıma-Hata (tanıma listesinde yanlış söylenen kelime sayısı) puanının fazla ve RAVLT Tanıma puanının az olmasının (tanıyarak hatırlama), Stroop sözcük okuma süresinin (Stroop 1 süre) uzun olmasının, WKET tamamlanan kategori sayısının az olmasının M-FAST puanlarını yordadığı bulunmuştur.
9. Çalışmamızda, M-FAST ile RMT ve semptom geçerlilik testleri arasında korelasyon saptanmıştır. Bu sonuç M-FAST'in ülkemizde adli bağlam dışında da kullanılabileceğine işaret etmekteyse de bu konuda yapılacak geniş örneklemli çalışmalarla bu konunun araştırılması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Diagnosis And Statistical Manuel Of Mental Disorders. 5 ed. American Psychiatric Association. 2013.
2. The world health report 2001: Mental health: New understanding, New Hope: . 2001: World Health Organization.
3. Rezaki, M., et al., Results from the Ankara center. Mental illness in general health care: an international study. Chichester: John Wiley and Sons, 1995: p. 39-55.
4. Sosyal Koruma İstatistikleri. 21525 ed. 2015: Türkiye İstatistik Kurumu.
5. Sosyal Koruma İstatistikleri, 2016. 22.12.2017, Türkiye İstatistik Kurumu.
6. Chafetz, M. and J. Underhill, Estimated costs of malingered disability. Archives of Clinical Neuropsychology, 2013. 28(7): p. 633-639.
7. Larrabee, G.J., S.R. Millis, and J.E. Meyers, 40 plus or minus 10, a new magical number: Reply to Russell. 2009.
8. Keyvan, A., M. Ger, and S.G. Ertürk, Miller-Belirtilerin Adli Değerlendirme Ölçeği (M-FAST) Türkçe Formu'nun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi, 2015. 52: p. 296-302.
9. Singh, J., A. Avasthi, and S. Grover, Malingering of psychiatric disorders: A review. German Journal of Psychiatry, 2007. 10(4): p. 126-132.
10. Ger, M., et al., Tedaviye Gönderilmiş Tutuklu ve Hükümlü Erkek Olgularda Hekimi Yanıltıcı Davranışın Klinik Özellikleri.
11. TDK. Genel Türkçe Sözlük 6/1/2018]; Available from: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a50c8725f7d72.04859926
12. Nişanyan. Çağdaş Türkçenin Etimolojisi. Available from: <http://www.nisanyansozluk.com/?k=sim%C3%BClasyon>.
13. Berry, D.T. and N.W. Nelson, DSM-5 and malingering: A modest proposal. Psychological Injury and Law, 2010. 3(4): p. 295-303.
14. Knoll, J. and P.J. Resnick, The detection of malingered post-traumatic stress disorder. Psychiatric Clinics of North America, 2006. 29(3): p. 629-647.
15. LoPiccolo, C.J., K. Goodkin, and T.T. Baldewicz, Current issues in the diagnosis and management of malingering. Annals of Medicine, 1999. 31(3): p. 166-174.
16. Sadock, B.J., V.A. Sadock, and P. Ruiz, Comprehensive textbook of psychiatry. 2000.
17. Resnick, P.J., The detection of malingered mental illness. Behavioral Sciences & the Law, 1984. 2(1): p. 21-38.
18. Odisseas. 6/1/2018]; Available from: <https://tr.wikipedia.org/wiki/Odisseas>.
19. Cantürk, g., Temaruz, in Adli Psikiyatri Lisansüstü Ders Notları. 2017, <http://acikarsiv.ankara.edu.tr/>.
20. Gavin, H., On feigned and factitious diseases : chiefly of soldiers and seamen, on the means used to simulate or produce them, and on the best modes of discovering impostors. 1843: London, J. Churchill.
21. Weiss, K.J. and L. Van Dell, Liability for Diagnosing Malingering. J Am Acad Psychiatry Law, 2017. 45(3): p. 339-347.
22. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Vol. 1. 1992: World Health Organization.
23. Hall, R.C. and R.C. Hall, Compensation neurosis: a too quickly forgotten concept? Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 2012. 40(3): p. 390-398.

24. Frank, K.B., *Psychoanalysis and Culture* Edited by George B. Wilbur and Warner Muensterberger. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1952. 2(3): p. 292-294.
25. Soysal, H., Hekimi Yanıltıcı Davranış, in *Adli Psikiyatri Uygulama Kılavızı*, M. Sercan, Editor. 2007, TPD Yayınları: Ankara. p. 128-146.
26. Hay, G.G., Feigned psychosis--a review of the simulation of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 1983. 143(1): p. 8-10.
27. Resnick, P.J., The detection of malingered psychosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 1999. 22(1): p. 159-172.
28. Rogers, R., et al., A comparison of forensic and nonforensic malingerers: a prototypical analysis of explanatory models. *Law and human behavior*, 1998. 22(4): p. 353.
29. Rosenhan, D.L., On being sane in insane places. *Science*, 1973. 179(4070): p. 250-258.
30. Murdach, A.D., Social work and malingering. *Health & social work*, 2006. 31(2): p. 155.
31. Rogers, R., Development of a new classificatory model of malingering. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 1990.
32. Slick, D.J., E.M. Sherman, and G.L. Iverson, Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 1999. 13(4): p. 545-561.
33. Rogers, R., An introduction to response styles. *Clinical assessment of malingering and deception*, 2008. 3: p. 3-13.
34. Adetunji, B.A., et al., Detection and management of malingering in a clinical setting. *Primary psychiatry*, 2006. 13(1): p. 61.
35. Yates, B.D., C.R. Nordquist, and R.A. Schultz-Ross, Feigned psychiatric symptoms in the emergency room. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 1996. 47(9): p. 998-1000.
36. Rogers, R., et al., Detection of feigned mental disorders on the Personality Assessment Inventory: A discriminant analysis. *Journal of Personality Assessment*, 1996. 67(3): p. 629-640.
37. Alwes, Y.R., et al., Screening for feigning in a civil forensic setting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2008. 30(2): p. 133-140.
38. Larrabee, G.J., S.R. Millis, and J.E. Meyers, Sensitivity to brain dysfunction of the Halstead-Reitan vs an ability-focused neuropsychological battery. *The Clinical Neuropsychologist*, 2008. 22(5): p. 813-825.
39. Center, A.F.H.S., Malingering and factitious disorders and illnesses, active component, US Armed Forces, 1998-2012. *MSMR*, 2013. 20(7): p. 20.
40. Lande, R.G. and L.B. Williams, Prevalence and characteristics of military malingering. *Military medicine*, 2013. 178(1): p. 50-54.
41. Axelrod, B.N., J.E. Meyers, and J.J. Davis, Finger tapping test performance as a measure of performance validity. *The Clinical Neuropsychologist*, 2014. 28(5): p. 876-888.
42. Crighton, A.H., et al., Can brief measures effectively screen for pain and somatic malingering? Examination of the Modified Somatic Perception Questionnaire and Pain Disability Index. *The Spine Journal*, 2014. 14(9): p. 2042-2050.
43. Bianchini, K.J., et al., Accuracy of the modified somatic perception questionnaire and pain disability index in the detection of malingered pain-related disability in chronic pain. *The Clinical Neuropsychologist*, 2014. 28(8): p. 1376-1394.
44. Iancu, I., et al., Attitudes towards Malingering: A Study among General Practitioners and Mental Health Officers in the Military. *Med. & L.*, 2003. 22: p. 373.

45. Rogers, R., E.H. Harrell, and C.D. Liff, Feigning neuropsychological impairment: A critical review of methodological and clinical considerations. *Clinical Psychology Review*, 1993. 13(3): p. 255-274.
46. Chesterman, L.P., S. Terbeck, and F. Vaughan, Malingered psychosis. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 2008. 19(3): p. 275-300.
47. Phillips, M.R., N.G. Ward, and R.K. Ries, Factitious mourning: Painless patienthood. *Am J Psychiatry*, 1983. 140(4): p. 420-425.
48. Caradoc-Davies, G., Feigned alcohol abuse: A unique case report. *The British Journal of Psychiatry*, 1988. 152(3): p. 418-420.
49. RITSON, B. and A. FORREST, The simulation of psychosis: A contemporary presentation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1970. 43(1): p. 31-37.
50. Rogers, R., R.L. Jackson, and P.L. Kaminski, Factitious psychological disorders: The overlooked response style in forensic evaluations. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2005. 5(1): p. 21-41.
51. Hardie, T. and A. Reed, Pseudologia fantastica, factitious disorder and impostership: a deception syndrome. *Medicine, science and the law*, 1998. 38(3): p. 198-201.
52. Kaplin, H. and B. Sadock, Synopsis of Psychiatry: Behavioural Science. *Clinical Psychiatry*, 1991.
53. Harris, M.R., Suspected malingering: Guidelines for clinicians. *Psychiatric Times*, 2003. 20(13): p. 68-68.
54. Mason, A.M., R. Cardell, and M. Armstrong, Malingering psychosis: guidelines for assessment and management. *Perspectives in psychiatric care*, 2014. 50(1): p. 51-57.
55. Humphreys, M. and A. Ogilvie, Feigned psychosis revisited—a 20 year follow up of 10 patients. *The Psychiatrist*, 1996. 20(11): p. 666-669.
56. Lebourgeois III, H., Malingering: Key points in assessment. *Psychiatric Times*, 2007. 24(5): p. 21-21.
57. Rogers, R., Clinical assessment of malingering and deception. 2008: Guilford Press.
58. Hall, H.V. and J. Poirier, Detecting malingering and deception: Forensic distortion analysis. 2000: CRC Press.
59. Wiley, S.D., Deception and detection in psychiatric diagnosis. *Psychiatric Clinics*, 1998. 21(4): p. 869-893.
60. Othmer, E. and S. Othmer, Falsifying and lying. *The Clinical Interview Using DSM-IV*, 2000. 2: p. 349-384.
61. Resnick, P.J., Malingering psychosis. Clinical assessment of malingering and deception, 1997. 2: p. 47-67.
62. Harris, M. and R. Michael, The malingering of psychotic disorders. *Jefferson journal of psychiatry*, 2000. 15(1): p. 7.
63. Lewinsohn, P., An empirical test of several popular notions about hallucinations in schizophrenic patients, in *Origin and mechanisms of hallucinations*. 1970, Springer. p. 401-404.
64. Goodwin, D.W. and R. Rosenthal, Clinical significance of hallucinations in psychiatric disorders: a study of 116 hallucinatory patients. *Archives of General Psychiatry*, 1971. 24(1): p. 76-80.
65. Resnick, P.J. and J. Knoll, How to detect malingered psychosis. *Curr Psychiatr*, 2005. 4: p. 13.
66. Small, I., J. Small, and J. Andersen, Clinical characteristics of hallucinations of schizophrenia. *Diseases of the nervous system*, 1966. 27(5): p. 349.
67. Hellerstein, D., W. Frosch, and H.W. Koenigsberg, The clinical significance of command hallucinations. *The American journal of psychiatry*, 1987.
68. Junginger, J., Predicting compliance with command hallucinations. *The American journal of psychiatry*, 1990. 147(2): p. 245.

69. Rogers, R., et al., The clinical presentation of command hallucinations in a forensic population. *The American journal of psychiatry*, 1990. 147(10): p. 1304.
70. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 160. 2003: American Psychiatric Association. 1-60.
71. Nayani, T.H. and A.S. David, The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychological medicine*, 1996. 26(1): p. 177-189.
72. Resnick, P.J. and J. Knoll, Malingered psychosis, in *Clinical assessment of malingering and deception*, R. R, Editor. 2008, Guilford Press: New York.
73. Jaffe, M.E. and K.K. Sharma, Malingering uncommon psychiatric symptoms among defendants charged under California's "Three Strikes and You're Out" law. *Journal of Forensic Science*, 1998. 43(3): p. 549-555.
74. Asaad, G. and B. Shapiro, Hallucinations: theoretical and clinical overview. *The American journal of psychiatry*, 1986.
75. Cornell, D.G. and G.L. Hawk, Clinical presentation of malingerers diagnosed by experienced forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, 1989. 13(4): p. 375.
76. McClellan, J. and C. McCurry, Early onset psychotic disorders: diagnostic stability and clinical characteristics. *European child & adolescent psychiatry*, 1999. 8(1): p. S13-S19.
77. Conroy, M.A. and P.P. Kwartner, The definition of malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2006. 2(3): p. 30-51.
78. Mittenberg, W., et al., Base rates of malingering and symptom exeggeration. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 2002. 24(8): p. 1094-1102.
79. Larrabee, G.J., Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 2003. 17(3): p. 410-425.
80. Larrabee, G.J., Cautions in the use of neuropsychological evaluation in legal settings. *Neuropsychology*, 1990. 4(4): p. 239.
81. Leng, N.R. and A.J. Parkin, The detection of exaggerated or simulated memory disorder by neuropsychological methods. *Journal of psychosomatic research*, 1995. 39(6): p. 767-776.
82. Gudjonsson, G.H. and H. Shackleton, The pattern of scores on Raven's Matrices during 'faking bad' and 'non- faking' performance. *British Journal of Clinical Psychology*, 1986. 25(1): p. 35-41.
83. Pelfrey Jr, W.V., The relationship between malingerers' intelligence and MMPI-2 knowledge and their ability to avoid detection. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2004. 48(6): p. 649-663.
84. Rogers, R., et al., Faking specific disorders: A study of the Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS). *Journal of Clinical Psychology*, 1992. 48(5): p. 643-648.
85. Hankins, G.C., G.W. Barnard, and L. Robbins, The validity of the M Test in a residential forensic facility. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 1993. 21(1): p. 111-121.
86. Schnellbacher, S. and H. O'Mara, Identifying and managing malingering and factitious disorder in the military. *Current psychiatry reports*, 2016. 18(11): p. 105.
87. Yüksel, N., *Ruhsal Hastalıklar*. 4 ed. 2014, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
88. Orhan Öztürk, A.U., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 14 ed. 2016, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
89. Ünal, B., *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Sosyal Çevrenin Relapslar Üzerine Etkisi in Psikiyatri Anabilim Dalı*. 2015, Dokuz Eylül Üniversitesi: İzmir.

90. Sadock, B., Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Çeviri Editörü. Prof. Dr. Ali Bozkurt. Çocuk Psikiyatrisi, Bebek Çocuk ve Ergen Gelişimi, 2016: p. 1082-1107.
91. Temel ve Klinik Psikiyatri, ed. O. Karamustafalıoğlu. 2018, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
92. Binbay, T., et al., Lifetime prevalence and correlates of schizophrenia and disorders with psychotic symptoms in the general population of Izmir, Turkey. Turk Psikiyatri Dergisi, 2012. 23(3): p. 149.
93. *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2017*. 2018, Türkiye İstatistik Kurumu.
94. McGrath, J., et al., Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. Epidemiologic reviews, 2008. 30(1): p. 67-76.
95. Cardno, A.G., et al., Heritability estimates for psychotic disorders: the Maudsley twin psychosis series. Archives of general psychiatry, 1999. 56(2): p. 162-168.
96. Rosenthal, D., et al., The adopted-away offspring of schizophrenics. American Journal of Psychiatry, 1971. 128(3): p. 307-311.
97. Psikiyatri. 11 ed. 2016, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
98. Cantor-Graae, E. and J.-P. Selten, Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. American Journal of Psychiatry, 2005. 162(1): p. 12-24.
99. Özdemir, O. and P.G. Özdemir, Glutamat sistemi ve şizofreni. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry, 2016. 8(4): p. 394-405.
100. Johnstone, E., et al., Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia. The Lancet, 1976. 308(7992): p. 924-926.
101. Glahn, D.C., et al., Meta-analysis of gray matter anomalies in schizophrenia: application of anatomic likelihood estimation and network analysis. Biological psychiatry, 2008. 64(9): p. 774-781.
102. Gur, R.E. and R.C. Gur, Functional magnetic resonance imaging in schizophrenia. Dialogues in clinical neuroscience, 2010. 12(3): p. 333.
103. Moskowitz, A. and G. Heim, Eugen Bleuler's dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. Schizophrenia Bulletin, 2011. 37(3): p. 471-479.
104. Heinrichs, R.W. and K.K. Zakzanis, Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. Neuropsychology, 1998. 12(3): p. 426.
105. S. Karakaş, C.İ., E. İşeri, H.M. Karakaş, N. Yüksel, O. Arıkan, İ.T. Uzbay, M. Özgören, Kognitif Nörobilimler. 1 ed. 2011: Akademisyen Kitabevi
106. Glahn, D.C., et al., Spatial working memory as an endophenotype for schizophrenia. Biological psychiatry, 2003. 53(7): p. 624-626.
107. Bortolato, B., et al., Cognitive dysfunction in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review of meta-analyses. Neuropsychiatric disease and treatment, 2015. 11: p. 3111.
108. Rajji, T., Z. Ismail, and B. Mulsant, Age at onset and cognition in schizophrenia: meta-analysis. The British Journal of Psychiatry, 2009. 195(4): p. 286-293.
109. Knowles, E.E., A.S. David, and A. Reichenberg, Processing speed deficits in schizophrenia: reexamining the evidence. American Journal of Psychiatry, 2010. 167(7): p. 828-835.
110. Désaméricq, G., et al., Long-term neurocognitive effects of antipsychotics in schizophrenia: a network meta-analysis. European journal of clinical pharmacology, 2014. 70(2): p. 127-134.
111. Tolman, A.W. and M.M. Kurtz, Neurocognitive predictors of objective and subjective quality of life in individuals with schizophrenia: a meta-analytic investigation. Schizophrenia Bulletin, 2010. 38(2): p. 304-315.

112. Pai, S. and R. Kapur, Impact of treatment intervention on the relationship between dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on the family of psychiatric patients. *Psychological medicine*, 1982. 12(3): p. 651-658.
113. Jablensky, A., et al., Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychological Medicine Monograph Supplement*, 1992. 20: p. 1-97.
114. Robinson, D.G., et al., Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2004. 161(3): p. 473-479.
115. Ho, B.-C., et al., Two-year outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *American Journal of Psychiatry*, 1998. 155(9): p. 1196-1201.
116. Whiteford, H.A., et al., Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 2013. 382(9904): p. 1575-1586.
117. Radomsky, E.D., et al., Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American journal of psychiatry*, 1999. 156(10): p. 1590-1595.
118. Caldwell, C.B. and I.I. Gottesman, Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia bulletin*, 1990. 16(4): p. 571.
119. Ekşi, M., *Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Malullük Sigortası*, in *Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı*. 2014, Marmara Üniversitesi: İstanbul.
120. *Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*. 2006, Resmi Gazete.
121. *Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği* 2013, Resmi Gazete.
122. Soysal, H., Sosyal Güvenlik Kurumu ve Engelliler ile İlgili Psikiyatri Uygulamaları, in *Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu*. 2014, Türkiye Psikiyatri Derneği: Ankara.
123. *65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun*. 1976, Resmi Gazete.
124. Bağcı, M., *Maluliyet ve Vazife Maluliyeti*, in *Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı*. 2014, İstanbul Üniversitesi: İstanbul.
125. Andreasen, N.C., Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS). 1984: University of Iowa Iowa City.
126. Erkoç, Ş., et al., Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam*, 1991. 4: p. 20-24.
127. Andreasen, N.C., The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *The British Journal of Psychiatry*, 1989.
128. Erkoç, Ş., et al., Negatif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam*, 1991. 4: p. 14-19.
129. Overall, J.E. and D.R. Gorham, The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, 1962. 10(3): p. 799-812.
130. C, S., *Institutional differences and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment*, in *Psikoloji Bölümü*. 1989, ODTÜ: Ankara.
131. Addington, D., J. Addington, and E. Maticka-Tyndale, Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophrenia research*, 1994. 11(3): p. 239-244.
132. Aydemir, Ö., et al., Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2000. 37(1): p. 82-6.
133. Aydemir, Ö., et al., Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun duyarlılığı ve özgüllüğü. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2000. 37(3): p. 210-3.
134. Uluğ, B., et al., Yeti yitimi değerlendirme çizelgesinin (WHO-DAS-II) şizofreni hastalarında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 2001. 12: p. 121-30.

135. Miller, H., M-FAST: Miller Forensic Assessment of Symptoms Test and Professional manual. Psychological Assessment Resources, 2001.
136. Rey, A., The clinical examination in psychology. Paris: Press Universitaire de France, 1964.
137. Reznec, L., The Rey 15-item memory test for malingering: A meta-analysis. *Brain Injury*, 2005. 19(7): p. 539-543.
138. Bernard, L.C. and W. Fowler, Assessing the validity of memory complaints: Performance of brain- damaged and normal individuals on Rey's task to detect malingering. *Journal of Clinical Psychology*, 1990. 46(4): p. 432-436.
139. Nasreddine, Z.S., et al., The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005. 53(4): p. 695-699.
140. Wu, C., P. Dagg, and C. Molgat, A pilot study to measure cognitive impairment in patients with severe schizophrenia with the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Schizophrenia Research*, 2014. 158(1): p. 151-155.
141. Selekler, K., B. Cangoz, and S. Uluc, Power of discrimination of Montreal Cognitive Assessment (MOCA) Scale in Turkish patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's Disease. *Turkish Journal Of Geriatrics - Türk Geriatri Dergisi*, 2010. 13(3): p. 166-171.
142. Fisekovic, S., A. Memic, and A. Pasalic, Correlation between MoCA and MMSE for the assessment of cognition in schizophrenia. *Acta Informatica Medica*, 2012. 20(3): p. 186.
143. Rademeyer, M. and P. Joubert, A comparison between the Mini-Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment Test in schizophrenia. *South African Journal of Psychiatry*, 2016. 22(1): p. 1-5.
144. Berg, E.A., A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *The Journal of general psychology*, 1948. 39(1): p. 15-22.
145. Heaton, R.K. and M.G. Pendleton, Use of Neuropsychological tests to predict adult patients' everyday functioning. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1981. 49(6): p. 807.
146. Karakaş, S., R. Eski, and E. Başar, Türk kültürü için standardizasyonu yapılmış nöropsikolojik testler topluluğu: BİLNOT Bataryası. 32. Ulusal Nöroloji Kongresi Kitabı. *Türk Nöroloji Dergisi ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi. İstanbul, Ufuk Mat*, 1996.
147. Weinberger, D.R., K.F. Berman, and R.F. Zec, Physiologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia: I. Regional cerebral blood flow evidence. *Archives of general psychiatry*, 1986. 43(2): p. 114-124.
148. Greve, K.W., et al., Detecting malingered performance with the Wisconsin Card Sorting Test: A preliminary investigation in traumatic brain injury. *The Clinical Neuropsychologist*, 2002. 16(2): p. 179-191.
149. Stroop, J.R., Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of experimental psychology*, 1935. 18(6): p. 643.
150. Karakaş, S., et al., Stroop Testi TBAG Formu: Türk kültürüne standardizasyon çalışmaları, güvenirlik ve geçerlik. *Klinik Psikiyatri*, 1999. 2(2): p. 75-88.
151. MacLeod, C.M., Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. *Psychological bulletin*, 1991. 109(2): p. 163.
152. Young, G., Malingering in forensic disability-related assessments: Prevalence 15±15%. *Psychological injury and law*, 2015. 8(3): p. 188-199.
153. Genç-Açıkgöz, D. and S. Karakaş, AVLT'nin Türk diline uyarlanmasına ilişkin bir çalışma. IX. Ulusal Psikoloji Kongresi, 1996(s 79).

154. Genç-Açıkgöz, D. and S. Karakaş, Bellek ve dikkat fonksiyonlarını ölçen nöropsikolojik testlerin faktör yapısı. IX. Ulusal Psikoloji Kongresi, 1996: p. 591-596.
155. Lezak, M.D., Neuropsychological assessment. 2004: Oxford University Press, USA.
156. Kolb, B. and I.Q. Whishaw, Fundamentals of human neuropsychology. 2009: Macmillan.
157. Schmidt, M., Rey auditory verbal learning test: A handbook. 1996: Western Psychological Services Los Angeles, CA.
158. Whitney, K.A. and J.J. Davis, The non-credible score of the Rey Auditory Verbal Learning Test: is it better at predicting non-credible neuropsychological test performance than the RAVLT recognition score? Archives of Clinical Neuropsychology, 2015. 30(2): p. 130-138.
159. Suhr, J., et al., Memory performance after head injury: Contributions of malingering, litigation status, psychological factors, and medication use. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 1997. 19(4): p. 500-514.
160. Boone, K.B., P. Lu, and J. Wen, Comparison of various RAVLT scores in the detection of noncredible memory performance. Archives of Clinical Neuropsychology, 2005. 20(3): p. 301-319.
161. Greve, K.W., et al., Malingering detection with the Wisconsin Card Sorting Test in mild traumatic brain injury. The Clinical Neuropsychologist, 2009. 23(2): p. 343-362.
162. Binbay, T., et al., Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistemak bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 2011. 22(1): p. 40-52.
163. Drukker, M., et al., Social disadvantage and schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2006. 41(8): p. 595-604.
164. Sarandöl, A., et al., Ayaktan Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Takip Sürelerini Etkileyen Sosyodemografik, Hastalık ve Tedaviye Ait Özellikler. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 2007. 17(1).
165. Belli, H., et al., Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007. 8(2): p. 102-12.
166. Marwaha, S. and S. Johnson, Schizophrenia and employment. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2004. 39(5): p. 337-349.
167. 14/3/2018]; Available from: <http://www.turkis.org.tr/SUBAT-2018-ACLİK-ve-YOKSULLUK-SINIRI-d14721>.
168. *Yoksulluk Sınırı Yöntemlerine Göre Fert Yoksulluk Oranları, 2014*. 2014, Türkiye İstatistik Kurumu.
169. BAŞGÖZ, B.B. and K. SAĞLAM, Hipertansiyon ve Kalp. Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics, 2017. 10(3): p. 187-191.
170. Hennekens, C.H., et al., Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. American heart journal, 2005. 150(6): p. 1115-1121.
171. Satman, İ., et al., TURDEP-II Sonuçları. 2011. Erişim: http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf Erişim Tarihi, 2017. 25.
172. Nasrallah, H., Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles. Molecular psychiatry, 2008. 13(1): p. 27.
173. KARŞIDAĞ, Ç., Şizofreni ve sigara bağımlılığı. 2005.
174. Mueser, K.T., A.S. Bellack, and J.J. Blanchard, Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: Implications for treatment. Journal of consulting and clinical psychology, 1992. 60(6): p. 845.
175. Batel, P., Addiction and schizophrenia. European Psychiatry, 2000. 15(2): p. 115-122.

176. Perälä, J., et al., Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry*, 2007. 64(1): p. 19-28.
177. Simon, A.E., et al., Antipsychotic use in patients with schizophrenia treated in private psychiatry. *Swiss medical weekly*, 2005. 135(7-8): p. 109-115.
178. Lacro, J.P., et al., Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of clinical psychiatry*, 2002.
179. Llorca, P.M., et al., Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. *BMC psychiatry*, 2013. 13(1): p. 340.
180. Freudenreich, O. and D. Goff, Antipsychotic combination therapy in schizophrenia. A review of efficacy and risks of current combinations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002. 106(5): p. 323-330.
181. Kane, J.M. and C.U. Correll, The role of clozapine in treatment-resistant schizophrenia. *JAMA psychiatry*, 2016. 73(3): p. 187-188.
182. Misdrahi, D., et al., Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *L'Encephale*, 2002. 28(3 Pt 1): p. 266-272.
183. Greiffenstein, M.F., W.J. Baker, and T. Gola, Validation of malingered amnesia measures with a large clinical sample. *Psychological Assessment*, 1994. 6(3): p. 218.
184. van der Werf, S.P., et al., Abnormal neuropsychological findings are not necessarily a sign of cerebral impairment: a matched comparison between chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis. 2000.
185. Chafetz, M., Reducing the probability of false positives in malingering detection of social security disability claimants. *The Clinical Neuropsychologist*, 2011. 25(7): p. 1239-1252.
186. Lindley, S.E., E.B. Carlson, and K.R. Hill, Psychotic-like experiences, symptom expression, and cognitive performance in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 2014. 202(2): p. 91-96.
187. Çekirdek, M., *Adli Olgularda Hekimi Yanıltma Davranışı; Klinik Özellikler, Kişilik Profili ve Testlerle Saptanabilirliği*, in *Psikiyatri AD*. 2003, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH: İstanbul.
188. Goldberg, H.E., C. Back-Madruga, and K.B. Boone, The impact of psychiatric disorders on cognitive symptom validity test scores. *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective*, 2007: p. 281-309.
189. Schretlen, D., et al., Some caveats in using the Rey 15-Item Memory Test to detect malingered amnesia. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991. 3(4): p. 667.
190. Arunpongpaisal, S. and A. Sangsirilak, Using MoCA-Thai to evaluate cognitive impairment in patients with schizophrenia. *J Med Assoc Thai*, 2013. 96(7): p. 860-865.
191. Hepp, H., et al., The Stroop effect in schizophrenic patients. *Schizophrenia research*, 1996. 22(3): p. 187-195.
192. Liddle, P.F. and D.L. Morris, Schizophrenic syndromes and frontal lobe performance. *The British Journal of Psychiatry*, 1991. 158(3): p. 340-345.
193. Goldstein, G., Neuropsychological heterogeneity in schizophrenia: a consideration of abstraction and problem-solving abilities. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 1990. 5(3): p. 251-264.
194. Suhr, J.A. and D. Boyer, Use of the Wisconsin Card Sorting Test in the detection of malingering in student simulator and patient samples. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 1999. 21(5): p. 701-708.
195. Wetter, M.W. and S.K. Corrigan, Providing information to clients about psychological tests: A survey of attorneys' and law students' attitudes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1995. 26(5): p. 474.

196. Greve, K.W. and K.J. Bianchini, Using the Wisconsin Card Sorting Test to detect malingering: An analysis of the specificity of two methods in nonmalingering normal and patient samples. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2002. 24(1): p. 48-54.
197. Schroeder, R.W. and P.S. Marshall, Evaluation of the appropriateness of multiple symptom validity indices in psychotic and non-psychotic psychiatric populations. *The Clinical Neuropsychologist*, 2011. 25(3): p. 437-453.
198. Bernard, L.C., M.J. McGrath, and W. Houston, The differential effects of simulating malingering, closed head injury, and other CNS pathology on the Wisconsin Card Sorting Test: Support for the "pattern of performance" hypothesis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 1996. 11(3): p. 231-245.

8. ÖZET

Kronik psikotik bir rahatsızlığa sahip hastaların mesleki ve sosyal alanda yeti yitimlerinin olduğu bilinmektedir. Bu sebeple, psikotik hastaların önemli bir kısmı birtakım sosyal haklar kazanmak amacıyla sağlık kuruluna başvurmaktadır. Malulen emeklilik de bunlardan biridir. Literatürde engellilik nedeniyle başvuran kişilerle yapılan çalışmalarda %15-50 oranında temaruz eğilimi olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada, kronik psikotik bozukluğu olan hastalardan, maluliyet istemiyle başvuranların temaruz eğilimlerinin, tedavi amacıyla başvuranlara göre daha yüksek olduğu ve bu eğilimin sosyodemografik veriler, çalışma öyküsü, klinik değerlendirme ölçekleri ve nöropsikolojik test performansı gibi çeşitli verilerle ilişkili olduğu hipotezi oluşturulmuştur. Bu amaçla, 45 maluliyet ve 45 kontrol grubunda olmak üzere toplam 90 adet kronik psikotik bozukluğu olan hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalara, yazarlar tarafından oluşturulmuş sosyodemografik veri formu, WHODAS-II, SAPS, SANS, BPRS, CDS, M-FAST, RMT, MOCA, RAVLT, Stroop Testi ve WKET uygulanmıştır.

Verilerin analizi sonucunda çalışmamızda iki grup arasında; sosyodemografik verilerden yaş, cinsiyet, hastalık süresi, çalışma öyküsü, gelir düzeyi, TRSM takip süresi, hastalık sonrası işlevsellik ve nöropsikolojik testlerden RAVLT ve WKET puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Psikotik belirtilerin temaruzunu saptamak için M-FAST ve bilişsel belirtilerin temaruzunu saptamak içinse RMT uygulanmıştır. M-FAST ve RMT puanları açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Her iki ölçek de maluliyet grubunda temaruz açısından pozitif bulunmuştur. Kesme puanı >6 kabul edilerek M-FAST ölçeği açısından gruplar karşılaştırıldığında, maluliyet grubunun %24.4'ünün ve kontrol grubunun %6.7'sinin temaruz yaptığı saptanmıştır.

M-FAST ve RMT puanlarına göre temaruz eğilimi yüksek saptanan maluliyet grubunun SAPS, SANS, CDS, BPRS gibi klinik değerlendirme ölçeklerinde daha yüksek puanlar aldıkları, MOCA ve Stroop Testi gibi bilişsel değerlendirme testlerinde ise daha düşük performans gösterdikleri saptanmıştır.

Bu çalışmada ayrıca psikotik belirtilerin temaruzunu saptamada yüksek sensitivite ve spesifitesi olan M-FAST leğini yordayan klinik değişkenler araştırılmıştır. Klinik değişkenlerden ocuk sayısı, WHODAS-II ve CDS lek puanlarının yordayabildiği saptanmıştır. Nöropsikolojik testlerden ise RMT, RAVLT Rey 8 Hatırlama (uzun süreli bellek), Rey Tanıma, Stroop Testi Sözcük Okuma Süresi ve WKET Tamamlanan Kategori puanının ise M-FAST puanını yordayabildiği saptanmıştır. Bu bulgular temaruzu saptamaya yönelik değerlendirme sürecinde klinisyene yol göstermesi açısından kıymetlidir.

Bu araştırmanın çeşitli kısıtlılıkları mevcuttur. Nöropsikolojik test performansını etkilediği bilinen eğitim düzeyi, gruplar arasında eşit değildir. Zeka düzeyi araştırılmamış olup, kadın cinsiyetin örnekleme küçük bir grubu oluşturması, toplam vaka sayısının az olması da alışmanın kısıtlılıklarındandır. Bu alanda Örnekleme sayısı arttırılarak yapılacak alışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Temaruz, psikoz, yeti yitimi

9. SUMMARY

Patients with a chronic psychotic illness are known to have disabilities at the vocational and social settings. For this reason, a significant proportion of psychotic patients apply in order to gain some social rights. Disability pension is one of them. In the literature, it has been determined that 15-50% malingering who applicant for disability.

In this study, hypothesis was established that patients with chronic psychotic illness and apply for disability, tend to have higher tendency for malingering than those who seek treatment, and this tendency is related to various factors such as sociodemographic data, working history, clinical evaluation scales and neuropsychological test performance. For this purpose, a total of 90 patients with chronic psychotic disorders were included in the study, 45 of whom were applicant for disability and 45 control groups. The sociodemographic data form created by the authors, WHODAS-II, SAPS, SANS, BPRS, CDS, M-FAST, RMT, MOCA, RAVLT, Stroop Test and WKET were applied.

As a result of the analysis of the data, we found that between the two groups; There was no statistically significant difference between sociodemographic data on age, gender, duration of illness, work life, income level, duration of TRSM follow-up, post-disease functioning and neuropsychological tests, and RAVLT and WCST scores.

M-FAST was used to detect malingering of psychotic symptoms and RMT was used to detect malingering of cognitive symptoms. There was a statistically significant difference between the groups in terms of M-FAST and RMT scores. Both scales were positive for the disability group. It was determined that 24.4% of the disability group and 6.7% of the control group were affected when the cut-off score was taken as > 6 and the groups were compared in terms of M-FAST scale.

According to M-FAST and RMT scores, the disability group with higher tendency for malingering was found to have higher scores in clinical assessment scales such as SAPS, SANS, CDS, BPRS and lower performance in cognitive evaluation tests such as MOCA and Stroop Test.

In this study, we also investigated clinical variables that predict M-FAST, which has high sensitivity and specificity in determining the malingering of psychotic symptoms. The number of children, WHODAS-II and CDS scale scores were found to be predictive of clinical variables. Neuropsychological tests like RMT, RAVLT Rey 8 Recall (long-term memory), RAVLT Recognition, Stroop Test- Word Reading Duration and WKET Completed Category Score can predict M-FAST score. These findings are valuable in terms of showing malingering to clinician in the evaluation process.

This research has several limitations. The education level known to affect neuropsychological test performance is not equal among the groups. Intelligence level doesn't be tested in this study. The fact that female gender constitutes a small group in the sample, and the small number of total cases is a limitation of the study. There is a need for work to be done by increasing the number of samples in this field.

Key words: malingering, psychosis, disability

10.EKLER

Ek-1 Etik kurul onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/05/2017-E.70279



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

Sayın Prof. Dr. Rukiye Filiz KARADAĞ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı **Araş.Gör.Dr.Amine Merve ATALAY'ın** uzmanlık tez çalışması olan "*Maluliyet İstemiyle Başvuran Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Temaruz Eğilimi Ve İlgili Klinik Değişkenlerin Araştırılması*" adlı çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **09.05.2017** tarih ve **05** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No :2017-198

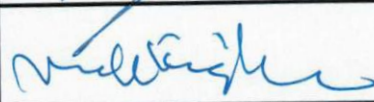
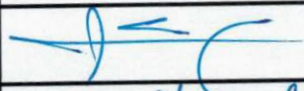
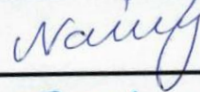
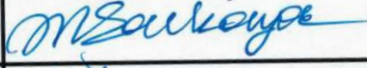
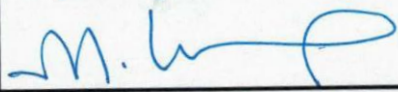
Ek:1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Ayfer Çekmez
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 18 07

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 09.05.2017		TOPLANTI SAYISI : 05	
ADI-SOYADI		İMZA	
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN			
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.			
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT			
Prof.Dr.Fatma GÜMÜŞ			
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL			
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN			
Prof.Dr.Naciye YILDIZ			
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA			
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN			
Prof.Dr.C. Haluk BODUR			
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ			
Prof.Dr.Füsun DEMİREL		KATILMADI	
Doç.Dr.Tuncay ÖNDER		KATILMADI	

Ek -2 Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ ÇİZELGESİ

Hasta no:		Telefon 1:			
Cinsiyet:	1. Kadın			2. Erkek	
Grubu:	Yaş:				
Medeni durum	1. Bekâr	2. Dul /Boşanmış	3. Evli	4. Diğer.... ..	
Kimlerle yaşıyor:					
Çocuk sayısı:					
Yaşadığı yer:	1.Kırsal		2. Kentsel		3. Büyükşehir
Öğrenim (Bitirdiği okul)	1. Okuryazar değil		2. Okuryazar		3. İlkokul mezunu
	4. Ortaokul mezunu		5. Lise mezunu		6. Üniversite mezunu
Çalışma durumu	1. Çalışmıyor.		2. Çalışıyor. İşi:		
Mesleği:					
Önceki maluliyet için değerlendirme:	1. Yok			2. Var. Sonucu:	
Evin aylık geliri		750-1500	1501-2250	2251-3000	3000 ve üzeri
Sosyal güvence	1. Yok			2. Var	
Ailenin geçimini kim sağlıyor:					
Ailenin geçimi için kaynak:					
Bilinen bedensel hastalıkları ve süresi:					
Alkol-madde kullanımı:					
Güncel Psikiyatrik Hastalık ve Süresi:					
Kullandığı ilaçlar:					
İlaç uyumu:	1. Uyum yok		2. Düzensiz		3. Tatminkar uyum
Trsm Takibi:	1.Var. Süresi:			2. Yok	
Maluliyet başvurusu öncesi psikososyal stresör varlığı:	1. Yok		2. Var (ekonomik, diğer)		
Mesleki yaşam öyküsü: (hastalık başlangıcı-çalışmama arası geçen süre, ara vermiş mi, kaç kere çalışmayı denemiş, ne zaman tamamen bırakmış, hastalık sonrası çalıştıysa işlevsellik düzeyi nasılmış, neden çalışmıyor-iş yok/beceremiyorum/benimle uğraşıyorlar)					

Ek-3 WHODAS-II

1.ALAN Anlama ve iletişim kurma

Şimdi size anlama ve iletişim kurmayla ilgili bazı sorular soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıdaki durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/ hiç yapamıyorum
D1.1 <u>On dakika süreyle bir işe dikkatini verebilme</u>	1	2	3	4	5
D1.2 Yapılması gereken önemli şeyleri <u>akılda tutma</u>	1	2	3	4	5
D1.3 Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların <u>pedenlerini anlama ve çözümler bulma</u>	1	2	3	4	5
D1.4 <u>Yeni işler öğrenme</u> (yeni bir yol vb.)	1	2	3	4	5
D1.5 İnsanların söylediklerini genel olarak <u>anlama</u>	1	2	3	4	5
D1.6 <u>Bir sohbeti başlatabilme veya sürdürülebilme</u>	1	2	3	4	5

2. ALAN Hareket etme, bir yerden bir yere gitme

Şimdi size hareket etme, bir yerden bir yere gitme sırasında çektiğiniz güçlüklerle ilgili sorular soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
D2.1 <u>30 dakika gibi uzun süre ayakta durma</u>	1	2	3	4	5
D2.2 <u>Otururken ayağa kalkma</u>	1	2	3	4	5
D2.3 <u>Evin içinde dolaşma</u>	1	2	3	4	5
D2.4 <u>Eyden dışarı çıkma</u>	1	2	3	4	5
D2.5 <u>Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme</u>	1	2	3	4	5

3. ALAN Kendine bakım

Şimdi size kendinize bakımda çektiğiniz güçlükleri soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı / hiç yapamıyorum
D3.1 <u>Banyo yapma</u>	1	2	3	4	5
D3.2 <u>Giyinme</u>	1	2	3	4	5
D3.3 <u>Beslenme</u>	1	2	3	4	5
D3.4 <u>Birkaç gün yalnız kalma</u>	1	2	3	4	5

4. ALAN İnsan ilişkileri

Şimdi size insan ilişkilerinde çektiğiniz güçlüklerle ilgili sorular soracağım. Sadece sağlık sorunları nedeniyle çektiğiniz güçlükleri öğrenmek istediğimi unutmayın. Bununla hastalıkları, yaralanmaları, ruhsal sorunları ve alkol ve madde kullanımına bağlı sorunları kastediyorum.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
D4.1 Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5
D4.2 Bir arkadaşlığı sürdürme	1	2	3	4	5
D4.3 Yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5
D4.4 Yeni arkadaşlar edinme	1	2	3	4	5
D4.5 Cinsel ilişki	1	2	3	4	5

5. ALAN Yaşam faaliyetleri

• Ev işleri

Bundan sonraki sorular ev işlerini yapmak ve birlikte yaşadığınız insanlara bakmakla ilgili faaliyetleri içermektedir. Yemek yapmak, temizlik yapmak, alışveriş yapmak, diğer aile bireylerine bakmak, size ait olan şeylerle ilgilenmek bu faaliyetler arasındadır.

D5.1 Bir hafta içinde bu tür faaliyetlere kaç saat harcıyorsunuz? Saat olarak kaydedin __/ __

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
D5.2 Evle ilgili sorumlulukları yerine getirme	1	2	3	4	5
D5.3 Evdeki önemli görevlerinizi iyi bir şekilde yapma	1	2	3	4	5
D5.4 Yapılması gereken tüm ev işlerini bitirme	1	2	3	4	5
D5.5 Ev işlerini yeterince hızlı yapma	1	2	3	4	5

D5.6 Son 30 gün içinde sağlık durumunuz nedeniyle ev işlerini yeterince yapmadığınız veya hiç yapmadığınız kaç gün oldu? Gün sayısını kaydedin __/ __

EĞER KUTU İŞARETLENMİŞSE (DENEK ÇALIŞIYORSA
VEYA ÖĞRENCİYE) DEVAM EDİN, YOKSA BİR SONRAKİ
SAYFADAKİ 6. BÖLÜME GEÇİN ☐

Şimdi size diğer iş faaliyetleriyle ilgili sorular soracağım.

D5.7 Bir haftanın kaç saatini işte geçiriyorsunuz? SAAT OLARAK KAYDEDİN ___/___

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
D5.8 Her gün yapmak zorunda olduğunuz işleri yürütme	1	2	3	4	5
D5.9 İşteki önemli görevlerini iyi bir şekilde yerine getirme	1	2	3	4	5
D5.10 Yapılması gereken tüm işleri bitirme	1	2	3	4	5
D5.11 İşleri zamanında bitirme	1	2	3	4	5

6. Alan Toplumsal yaşama katılım

Şimdi size toplumsal yaşama katılımınız ve sağlık sorunlarınızın siz ve aileniz üzerindeki etkisiyle ilgili sorular soracağım. Bazı sorular son 30 günü aşan sorunlarla ilgili olabilir, ancak cevaplarken lütfen son 30 günü dikkate alın. Yine soruları bedensel, ruhsal, alkol veya madde kullanımı ile ilgili sağlık sorunlarınızı düşünerek cevaplayın.

1. VE 2. KARTI GÖSTERİN

Son 30 gün içinde:

	hiç	hafif	orta derecede	çok fazla	aşırı/ hiç yapamıyorum
D6.1 Sosyal faaliyetlere herkes kadar katılabilmekte (şenlikler, eğlenceler, dini faaliyetler vb.) ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
D6.2 Çevrenizden kaynaklanan engeller yüzünden ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
D6.3 Diğer insanların davranış ve tutumları karşısında kendinize saygınızı yitirmeden yaşayabilmekte ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
D6.4 Sağlık durumunuza ve yol açtığı sonuçlara ne kadar zaman harcadınız?	1	2	3	4	5
D6.5 Sağlık durumunuz yüzünden duygusal olarak ne kadar etkilendiniz?	1	2	3	4	5
D6.6 Sağlığınız için yaptığınız harcamalar sizin ve ailenizin ekonomik durumunu ne kadar etkiledi?	1	2	3	4	5
Son 30 gün içinde:					
D6.7 Sağlık durumunuz yüzünden aileniz ne kadar sorunla karşılaştı?	1	2	3	4	5
D6.8 Dinlenmek veya eğlenmek amacıyla kendi başınıza birşeyler yapmakta ne kadar güçlük çekiyorsunuz?	1	2	3	4	5

Ek-4 SANS



GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ A.D.
(SANS/NBDÖ) NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
GAZİ HASTANESİ



Hasta Adı Soyadı :
Yaşı ve Cinsiyeti :
Değerlendirici :

Tarih :

DUYGULANIMDA DÜZLEŞME, KÜNTLEŞME						
1. Değişmeyen Yüz İfadesi Hastanın yüzü cansız görünür ve konuşmasının duygusal içeriğine bağlı olarak beklenenden daha az değişir.	0	1	2	3	4	5
2. Kendiliğinden Hareketlerde Azalma Hasta, davranış ve düşüncelerini yorumlayan sesler duyduğunu bildirir.	0	1	2	3	4	5
3. Anlamlı Jestlerin Yokluğu veya Azalması Hastanın kendiliğinden hareketleri çok azalmıştır veya hiç yoktur. Konumunu değiştirmez, ekstremitelerini oynatmaz.	0	1	2	3	4	5
4. Zayıf Göz İlişkisi Hasta göz ilişkisinden kaçınır ve konuşması esnasında bile boşluğa dalgın dalgın bakar.	0	1	2	3	4	5
5. Duygulanımsal Yantısızlık Hasta uyarıldığında gülmez veya gülmemez.	0	1	2	3	4	5
6. Uyumsuz Duygulanım Hastanın duygulanımı basit bir biçimde düz veya küntleşmiş olmaktan çok uyumsuz veya uyumsuzdur.	0	1	2	3	4	5
7. Sesteki Esnekliğin Eksikliği Hasta normal sesle ilgili vurgu kalıplarını kullanmada başarısızdır ve genellikle monoton bir biçimde konuşur.	0	1	2	3	4	5
8. Duygulanımda Küntleşmenin Bütünsel Derecelendirilmesi Bu derecelendirme, özellikle yantısızlık, göz ilişkisi, yüz ifadesi ve sesteki esneklik başta olmak üzere belirtilerin ayrıntılı şiddeti üstüne yoğunlaşmalıdır.	0	1	2	3	4	5
ALOGİA (Düşünce Yoksulluğu)						
9. Konuşma Yoksulluğu Hastanın sorulara yanıtları miktar olarak kısıtlıdır; kısa, somut ve özensiz olma eğilimi gösterir.	0	1	2	3	4	5
10. Konuşma İçeriğinin Yoksulluğu Hastanın yanıtları miktar olarak yeterlidir fakat muğlak, aşırı somut veya aşırı genelleme eğilimindedir ve çok az bilgi aktarır.	0	1	2	3	4	5
11. Blokaj Hasta, kendiliğinden veya konuştuğu konu hatırlatıldığında düşünce dizisinin kesintiye uğradığını ifade eder.	0	1	2	3	4	5
12. Yanıt Süresinde Uzama Hasta soruları yanıtlamak için fazla zamana gereksinim duyar ve bu konu hatırlatıldığında hastanın sorunun farkında olduğu görülür.	0	1	2	3	4	5
13. Alogiyanın Bütünsel Derecelendirilmesi Alogiyanın çekirdek özellikleri, konuşma ve düşünce içeriğinin yoksulludur.	0	1	2	3	4	5

0=YOK
1=ŞÜPHELİ
2=HAFİF
3=ORTA
4=BELİRGİN
5=ŞİDDETLİ

İRADESİZLİK-İLGİSİZLİK						
14.Öz bakım ve Temizlik Hastanın elbiseleri dökük kirli, saçları yağlanmış, kendisi temizlenemeye bağlı kokuyor olabilir.	0	1	2	3	4	5
15.İş ya da Okulda Sebatsızlık Hastanın iş arama ya da sürdürmede, okul ödevlerini tamamlamada, evi temizlemede güçlükleri vardır. Eğer hastanede yatıyorsa, toplu oyun oynama gibi koşuş etkinliklerini sürdürmez.	0	1	2	3	4	5
16.Fiziksel Hareketsizlik (Anergia) Hasta fiziksel olarak hareketsiz olma eğilimindedir. Saatlerce oturabilir ve kendiliğinden hiçbir hareket göstermez.	0	1	2	3	4	5
17.İradesizlik-İlgisizliğin Bütünsel Derecelendirilmesi Eğer özellikle belirgin ise, asal ağırlık bir veya iki önemli belirtiyi verilmelidir.	0	1	2	3	4	5
ANHEDONİ-ASOSYALLİK						
18.Oyalamcı İlgi ve Etkinlikler Hastanın ilgileri çok az veya hiç yoktur. Bu ilgilerin hem niteliği hem niceliği dikkate alınmalıdır.	0	1	2	3	4	5
19.Cinsel İlgi ve Etkinlik Hasta cinsel ilgi ve etkinlikte bir azalma gösterebilir veya etkin olduğunda da zevk almada bir azalma vardır.	0	1	2	3	4	5
20. Yakınlık ve Dostluk Kurma Yeteneği Hasta özellikle karşı cins ve ailesiyle başta olmak üzere yakın veya dostça ilişkiler kurmada yetersizlik sergiler.	0	1	2	3	4	5
21.Arkadaş ve Akranlar ile İlişkiler Hastanın çok az arkadaş vardır veya hiç yoktur. Bütün zamanını yalnız geçirmeyi tercih eder.	0	1	2	3	4	5
22.Anhedoni-Asosyalliğin Bütünsel Derecelendirilmesi Bu derecelendirme hastanın yaşı, aile durumu vb. durumları da hesaba katarak ayrıntılı şiddeti yansıtmalıdır.	0	1	2	3	4	5
DİKKAT						
23.Sosyal Dikkatsizlik Hasta ilgisiz görünür. Uyuşturucu madde etkisindeymişcesine bir görünüm içindedir.	0	1	2	3	4	5
24.Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik Yedi rakamı ile yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve 'Dünya' kelimesinin harflerini geriye doğru okuma testi.	0	1	2	3	4	5
25.Dikkatin Bütünsel Derecelendirilmesi Bu derecelendirme, klinik olarak ve testler açısından hastanın ayrıntılı yoğunlaşmasını değerlendirmelidir.	0	1	2	3	4	5

Ek-5 SAPS

 GAZİ HASTANESİ	POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (SAPS/PBDÖ)	DOKÜMAN KODU	PSK.YD.011
		YAYIN TARİHİ	11.11.2013
		REVİZYON NO	0
		REVİZYON TARİHİ	-
		SAYFA SAYISI	1/1

Hasta Adı Soyadı :

Tarih: / /

Yaşı ve Cinsiyeti :

Değerlendirici :

VARSANILAR:						
1.İşitme Varsanıları Hasta başkalarının duymadığı sesler, gürültüler veya başka sesler duyduğunu bildirir.	0	1	2	3	4	5
2.Yorumlayıcı sesler Hasta, davranış ve düşüncelerini yorumlayan sesler duyduğunu bildirir	0	1	2	3	4	5
3. Kendi aralarında konuşan sesler Hasta, iki veya daha fazla kişinin aralarında konuşuklarını bildirir.	0	1	2	3	4	5
4.Somatik ve dokunma varsanıları Hasta, vücudunda acayip fizik duyum-samalar olduğunu bildirir.	0	1	2	3	4	5
5.Koku varsanıları Hasta, başkalarının fark etmediği olağandışı kokular duyduğunu bildirir	0	1	2	3	4	5
6.Görme varsanıları Hasta, gerçekte var olmayan şekil veya insanlar görür.	0	1	2	3	4	5
7.Varsanılarının bütünsel derecelendirilmesi Bu derecelendirme varsanının süresi ve ciddiyeti ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.	0	1	2	3	4	5
SANRILAR						
8.Kötülük görme sanrıları Hasta kendisine kompo hazırladığına veya bir yolunu bulup kötülük yapılacağına inanır	0	1	2	3	4	5
9.Kıskançlık sanrıları Hasta, eşinin bir başkası ile ilişkisi olduğuna inanır.	0	1	2	3	4	5
10.Suçluluk ve günahkarlık sanrıları Hasta bazı kötü, günahkar veya affedilmez şeyler yaptığını inanır.	0	1	2	3	4	5
11.Büyüklik sanrıları Hasta, özel güç veya yeteneklerinin varlığına inanır.	0	1	2	3	4	5
12.Dinsel sanrılar Hasta, dinsel nitelikli yanlış inançları ile aşırı uğraşır.	0	1	2	3	4	5
13.Somatik sanrılar Hasta, her nasılsa vücudunun hasta, anormal olduğuna inanır.	0	1	2	3	4	5
14.Alınma düşünceleri ve sanrıları Hasta, önemsiz işaret ve olayları üzerine alır veya özel anlamlar çıkarır	0	1	2	3	4	5
15.Kontrol edileme sanrıları Hasta, his ve karakterlerinin bazı dış güçlerce kontrol edildiğini hisseder.	0	1	2	3	4	5
16.Düşünce okuma sanrıları Hasta, insanların düşüncelerini okuyabildiğini veya düşüncelerini bildiğini hisseder.	0	1	2	3	4	5
17.Düşünce yayınlanması Hasta, düşüncelerinin yayınlandığını hisseder böylece kendisi ve diğerleri bunları duyabilir.	0	1	2	3	4	5

0=YOK
1=ŞÜPHELİ
2=HAFİF
3=ORTA
4=BELİRGİN
5=ŞİDDETLİ

18.Düşünce sokulması Hasta, düşüncelerinin kendisinin olmadığını, dışardan aklına sokulduğuna inanır.	0	1	2	3	4	5
19.Düşünce çekilmesi Hasta, düşüncelerinin kafasından alındığına inanır.	0	1	2	3	4	5
20.Sanrıların bütünsel derecelendirilmesi Bu derecelendirme, hezeyanların süresi ve ısrarlılığı ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.	0	1	2	3	4	5
GARİP DAVRANIŞ:						
21.Giyim ve kırımış Hasta olağandışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görünüşünü değiştirir.	0	1	2	3	4	5
22.Sosyal ve cinsel davranış Hasta, olağan sosyal normlara göre uygunsuz şeyler yapabilir. Ör: ortalıkta mastürbasyon yapma gibi	0	1	2	3	4	5
23.Saldırganlık ve taşkın davranış Hasta, sıklıkla önceden tahmin edilemeyen saldırgan ve taşkın davranışlar gösterebilir.	0	1	2	3	4	5
24.Tekrarlayıcı veya stereotipleşmiş davranış Hasta, tekrar tekrar yapmak zorunda olduğu tekrarlayıcı veya merasimler geliştirebilir.	0	1	2	3	4	5
25.Garip davranışın bütünsel değerlendirilmesi Bu derecelendirme, davranış tipi ve sosyal normlardan sapma miktarını yansıtmalıdır.	0	1	2	3	4	5
POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU:						
26.Düşüncenin raydan çıkması Fikirlerin bir düzden diğerine dolaylı, bağlantılı ya da bağlantısız olarak kayıp gittiği konuşma şekli.	0	1	2	3	4	5
27.Teşetsellik Dolaylı veya konu dışı tarzda sorulara yanıt verme	0	1	2	3	4	5
28.Kelime salatası, Sirofazi Zaman zaman esas olarak anlaşılmayan konuşma şekli.	0	1	2	3	4	5
29.Mantık düşüklüğü Mantık olarak izlenemeyen sonuçlar çıkarılan konuşma şekli.	0	1	2	3	4	5
30.Cevresellik Hedef düşünceye ulaşması çok dolambaçlı olan ve geciken konuşma şekli.	0	1	2	3	4	5
31.Basıncılı konuşma Hastanın konuşması hızlı ve durdurulması güçtür. Konuşma miktarı normalden çok fazladır.	0	1	2	3	4	5
32.Celinebilir konuşma Hasta, konuşma akımını kesen yakın uyarılarla celinebilir.	0	1	2	3	4	5
33.Klang çağırışım Kelime seçimine anlamsal ilişkilerden daha çok seslerin yön verdiği konuşma şekli.	0	1	2	3	4	5
34.Pozitif formal düşünce bozukluğunun bütünsel derecelendirilmesi Bu bütünsel derecelendirme, anormallliği ve kişinin ilişki kurma yeteneğini etkileme derecesini yansıtmalıdır.	0	1	2	3	4	5

Ek-6 BPRS



GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ A.D.
KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ



GAZİ HASTANESİ

Hasta Adı Soyadı :

Tarih :

Yaşı ve Cinsiyeti :

Değerlendirici :

0: Yok 1: Çok hafif 2: Hafif 3: Orta
4: Orta-şiddetli 5: Şiddetli 6: Aşırı derecede şiddetli

1. SOMATİK UĞRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis	0	1	2	3	4	5	6
2. ANKSİYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku	0	1	2	3	4	5	6
3. DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontan interaksyon kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik	0	1	2	3	4	5	6
4. DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: konfü, kopuk, bağlantısız, dezorganize düşünce süreçleri	0	1	2	3	4	5	6
5. SUÇLULUK DUYGULARI: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma	0	1	2	3	4	5	6
6. GERGİNLİK: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik veya motor belirtileri	0	1	2	3	4	5	6
7. MANİYERİZM VE POSTÜR: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)	0	1	2	3	4	5	6
8. GRANDİYOZİTE: Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı	0	1	2	3	4	5	6
9. DEPRESİF DUYGUDURUM: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik	0	1	2	3	4	5	6
10. DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkaların karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret	0	1	2	3	4	5	6
11. KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlık olarak kötülük yapacağına inanma	0	1	2	3	4	5	6
12. HALLÜSİNATUAR DAVRANIŞ: Normal dışı, uyarıcı olmaksızın algılama	0	1	2	3	4	5	6
13. MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
14. İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme	0	1	2	3	4	5	6
15. OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı	0	1	2	3	4	5	6
16. DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
17. TAŞKINLIK: Artmış duygusal ton, ajitasyon, tepkisellikte artma	0	1	2	3	4	5	6
18. DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı	0	1	2	3	4	5	6

Ek-7 CDS

Görüşmeci: İlk soruları yazıldığı gibi sorun. Takdir hakkı için izleme ipuçlarını ya da belirleyicileri kullanın. Aksi belirtilmedikçe zaman sınırı son iki haftadır.
Not: 9. ve son madde tüm görüşme boyunca yapılan gözlemlere dayanır.

CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

0. Yok
1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder
2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygudurum: her gün var
3. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

2) Umutsuzluk: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

0. Yok
1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor
2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor
3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

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

0. Yok
1. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var; değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor
2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor; ama zamanın yarısından azında
3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

4) Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanılarını dışlayın)

0. Yok
1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez
2. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular
3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

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

0. Yok
1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır
2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar
3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hissederek

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

0. Yok: Depresyon yok
1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok
2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir
3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

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

0. Yok: Erken uyanma yok
1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
2. Orta: Çoğunlukla (en çok haftada beş kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

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

0. Yok
1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri
2. Orta: Üzerinde uğraşmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunmamıştır
3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9) Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0. Yok
1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir
2. Orta: Kişi görüşme boyunca sıkın, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur
3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar, ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun varolduğundan emindir.

Ek-8 MOCA

MONTREAL BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

İsim:
Eğitim:
Cinsiyet:

Protokol:
Test Tarihi:
Doğum Tarihi:

GÖRSEL MEKANSAL / YÖNETİCİ İŞLEVLER		SAAT çizme (On biri on geçe) (3 puan)		PUAN																		
Küp Kopyalama				Çevresi Rakamlar Kollar [] [] [] ___/5																		
ADLANDIRMA																						
[]		[]		[]																		
BELLEK																						
Kelime listesini okuyun ve hastaya tekrar ettirin. İki deneme yapın. 5 dakika sonra tekrar sorun		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>BURUN</th> <th>KADİFE</th> <th>CAMI</th> <th>PAPATYA</th> <th>MOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. deneme</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. deneme</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				BURUN	KADİFE	CAMI	PAPATYA	MOR	1. deneme						2. deneme					
	BURUN	KADİFE	CAMI	PAPATYA	MOR																	
1. deneme																						
2. deneme																						
Puan yok																						
DİKKAT																						
Sayı listesini okuyun (1 sayı / san.) Hasta sayıları baştan sona doğru saymalı		[] 2 1 8 5 4																				
Hasta sayıları sondan başa doğru saymalı		[] 7 4 2																				
___/2																						
Harf listesini hastaya okuyun. Hastaya her A harfi okunduğunda masaya eli ile vumasını söyleyin. İki veya daha fazla hata var ise puan vermeyin.																						
[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB																						
___/1																						
100 den başlayarak yedişer çıkarma [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65																						
4 veya 5 doğru çıkarma: 3 puan, 2 veya 3 doğru çıkarma: 2 puan, 1 doğru :1 puan, 0 doğru 0 puan.																						
___/3																						
LİSAN																						
Tekrar ettirin: Tek bildiğim bugün yardıma ihtiyacı olan kişinin Ahmet olduğudur. Köpekler odadayken kedi hep kanapenin altında saklanırdı.		[]																				
___/2																						
Akıcılık / 1 dakikada K harfi ile başlayan maksimum sayıda kelime saydın.																						
[] _____ N ≥ 11 kelime																						
___/1																						
SOYUT DÜŞÜNME																						
Benzerlik. Örn. muz-portakal = meyve.		[] tren - bisiklet [] saat- cetvel																				
___/2																						
GECİKMELİ HATIRLAMA																						
Kelimeleri İPUCU OLMADAN hatırlama		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>BURUN</th> <th>KADİFE</th> <th>CAMI</th> <th>PAPATYA</th> <th>MOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[]</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				BURUN	KADİFE	CAMI	PAPATYA	MOR	[]											
	BURUN	KADİFE	CAMI	PAPATYA	MOR																	
[]																						
Kategori İpucu		[]																				
Çoklu seçmeli İpucu		[]																				
Sadece İPUCUSUZ hatırlanan kelimeler için puan verin																						
___/5																						
SEÇMELİ																						
[]																						
YÖNELİM																						
[] Gün [] Ay [] Yıl		[]Gün adı []Yer []Şehir																				
___/6																						
© Z.Nasreddine MD Version November 7, 2004 www.mocatest.org Normal 21 / 30				TOPLAM																		
				___/30																		

Türkçe versiyon 2009. K. Selekler & B. Cangöz

Rey's Fifteen Item Test		
A	B	C
1	2	3
a	b	c
O	□	Δ
I	II	III

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı: Amine Merve

Soyadı: ATALAY SAKA

Doğum Yeri ve Tarihi: Yenimahalle, 06/07/1989

Eğitimi:

- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (Tıpta Uzmanlık)- Halen devam ediyor.
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (Lisans)- 2013
- Ankara Gazi Anadolu Lisesi- 2007

Yabancı dili: İNGİLİZCE

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

- Türkiye Psikiyatri Derneği

Posterler:

- Atalay Saka, M.A., Vajinismus Olan Bir Olgunun Bilişsel Davranışçı Terapi İle Sağaltımı, 52. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, 16-20 Kasım 2016.