

# Psikiyatrik Hastalıklarda İlgörü Kavramı: Bir Gözden Geçirme

Nurhan Fıstıkçı<sup>1</sup>, Ali Keyvan<sup>1</sup>, Ender Cesur<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Doç. Dr., <sup>2</sup>Asist. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul

**Yazışma adresi:** Ender Cesur, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Psikiyatri Servisi, Bakırköy 34147, İstanbul/Türkiye

**Telefon:** +902124091515-1322

**Fax:** +902124091595

**E-mail:** ender\_cesur@hotmail.com

**Geliş tarihi:** 26 Nisan 2016

**Kabul tarihi:** 21 Ağustos 2016

## ÖZET

İlgörü kavramı birçok bileşen içerir. İlgörünün bozulması psikotik bozukluklar için çoğu kez değişmez bir özelliktir. İlgörüsüzlük inkar mekanizması, nörobilişsel yetersizlik veya sadece bir belirti olarak açıklanabilmektedir. Yapılan sayısız araştırmaya rağmen birçok ruhsal hastalıkta ilgörünün yeterince ele alınmadığı görülmektedir. Bu derlemede farklı psikiyatrik hastalıklarda ilgörü kavramı hakkında yapılan çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** İlgörü, ruhsal hastalıklar, tanı

## ABSTRACT

### The Concept of Insight in Psychiatric Disorders: A Review

The concept of insight includes several components. Insight impairment is often a constant feature for psychotic disorders. Lack of insight can be described as a denial mechanism, neurocognitive deficit or just a symptom. Despite numerous researches, insight in psychiatric disorders is not adequately dealt. This review aims to summarize the studies performed on the concept of insight in different psychiatric disorders.

**Keywords:** Insight, psychiatric disorders, diagnosis

## GİRİŞ

İçgörünün tanımı ve bir kavram olarak geçerlilik ve güvenilirliği tartışmalıdır. İçgörü, psikiyatride birçok kez hasta olduğunun farkında olma ve tedavi girişimlerini kabul etme anlamında kullanılmıştır. İçgörü düzeyleri ise genelde kategorik olarak ölçülür.<sup>1</sup> Ölçümler sıklıkla kişinin sözel bildirimine göre yapılır. Bu ölçümler içgörüyü var/yok ya da rahatsız olduğunu kısmen kabul etme şeklinde sınıflanırlar.<sup>1</sup> Oysa, içgörü kavramı oldukça geniştir ve birçok bileşen içerir. Psikiyatride içgörü kavramı psikozlar için çoğu kez değişmez bir özelliktir.<sup>2</sup> Aubrey Lewis'e göre klinik içgörü kişinin kendinde oluşan morbid değişimlere karşı doğru bir tutum geliştirmesi ve hastalığın zihinsel olduğunu idrak etmesidir.<sup>3</sup> Psikozlardaki içgörüsüzlük inkar mekanizması ile açıklanır. Diğer bir teori içgörüsüzlüğün bir belirti olduğudur. Son olarak içgörü kaybı nörobilişsel yetersizliklerle de açıklanır.<sup>4,5</sup> Bu gözden geçirmede farklı psikiyatrik hastalıklarda içgörü kavramı ve kavramın önemi hakkında yapılan çalışmaların derlenmesi amaçlanmaktadır. Makaleler değişik psikiyatrik hastalıklarda içgörü kavramının o hastalığın tanısı ve seyri ile ilişkisinin ele alındığı yayınlar taranarak (Google Scholar) seçilmiştir. Yapılan incelemelerde çalışmaların sıklıkla şizofreni, duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, beden dismorfik bozukluk, anoreksiya nevroza, sosyal anksiyete bozukluğu ile ilgili olduğu saptanmış ve bu hastalıklarda içgörü kavramı ele alınmıştır.

### Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda İçgörü

Şizofrenide kısmi içgörüsüzlük oranı yaklaşık %50 dir.<sup>6</sup> Ayrıca şizofrenide içgörü, eğitim seviyesi,<sup>7</sup> tedavisiz psikoz süresi,<sup>8</sup> depresif semptomlar ve dezorganizasyon semptomları<sup>9</sup> ile bağlantılıdır. Şizofrenide içgörü düzeyi yaşam kalitesini<sup>10</sup> de etkilemektedir. Ayrıca içgörü düzeylerindeki iyileşme, şizofreni hastalarında sosyal işlevselliği arttırmaktadır.<sup>11</sup> İçgörü azlığı<sup>12</sup> tekrar hastaneye yatış ile ilişkilidir.<sup>13,14</sup> İçgörü azlığının ilaç uyumunu bozabildiği bilinmektedir.<sup>15</sup> Ruhsal bozukluğun farkında olmama durumunu değerlendirmek için geliştirilen bir ölçek ile 224 ilk atak psikoz hastasının uzunlamasına izlendiği bir çalışmada akıl hastalığı, tedavi ihtiyacı ve sosyal bozukluğun sonuçlarına yönelik farkındalık değerlendirilmiş ve sırası ile hastaların 45%, 36% ve 33%'ünün bu boyutlarda içgörü sorunu yaşadığı bulunmuştur. Sosyal bozukluğun sonuçlarına yönelik farkındalık eksikliği şizofreni gelişimini tahmin ettirmiştir.<sup>16</sup> Bu çalışma içgörünün psikozda trait (süreklilik gösteren özellik) olabileceğini vurgulamaktadır.

Bazı şizofreni hastaları hezeyanlarına veya halüsinasyonlarına karşı içgörülerini az da olsa tedavilerine uyum gösterirler.<sup>17</sup> Yine de şizofrenide içgörü eksikliği şiddetinin tedaviye uyumsuzluk, artan istemsiz hastaneye yatış oranları,<sup>18</sup> psikososyal işlev düşüklüğü ve kötü prognozla ilişkili olduğu saptanmıştır.<sup>18</sup>

Psikoz hastalarında ağır yeti yitiminin fark edilmesi demoralizasyon sendromu olarak bilinen umutsuzluk, intihar girişimleri ve depresif yakınmalarla ilişkilidir.<sup>19</sup> Hastalık öncesinde uyumun kötü olması, ilk epizod psikozlarda içgörü düzeylerini olumsuz etkilemektedir.<sup>20</sup> Güçlü sosyal destek şizofreni hastalarında içgörü seviyelerini olumlu etkiler.<sup>21</sup>

Psikotik bozukluklarda bir hastalığı olduğuna ve hastalığın olası sosyal sonuçlarına karşı içgörüsüzlük trait bir özellik gibi gözükmemektedir. Ancak kişinin tedaviye ihtiyacı olduğu konusundaki içgörüsü, sağaltım girişimlerine daha açık durumsal bir özelliktir.<sup>22</sup>

İçgörü azlığı şizofrenide muhtemelen çekirdek bir belirtidir ve süredendir.<sup>15</sup> Şizofrenide ve diğer psikozlarda içgörü kavramını basitçe açıklamak mümkün gözükmemektedir. Önemli bir hipotez psikotik bozukluklarda içgörü sorununun temelinde bu rahatsızlığın bir benlik (self) patolojisi olmasıdır. Psikoz içinde olmayan benlik birinci şahıs perspektifinde bir hayat yaşar. Kendi kendine mevcut olduğunu, dünyada geçici olarak var olduğunu, bedensel ve deneyim olarak sınırları olduğunu örtük bir şekilde kabul eder. Bu durum kişi kendini bildi bileli zaten böyledir ve üzerinde çaba harcayarak düşünmeye gerek duymaz.<sup>23-26</sup> Bu örtük çekirdek benlik algısı bir traittir ve üzerine daha karmaşık benlik algıları kurulur. Buna ek olarak örtük, otomatik olarak kabul edilen bir durum da diğerleri ile ortak yaşanan

bir dünyanın içinde yaşandığıdır. Dünya başlangıçtan beri gerçektir ve bizim zihnimizden ayrıktır. Bu temel ben ve dünya algısını oluşturur.<sup>23,24</sup> Psikotik bozukluklarda sadece akut psikotik ataklarda değil gelişimsel olarak örtük benlik ve dünya algısı farklı olabilir. Kişinin zihni ile dış dünya iç içedir ve nedensellik ilişkisi yoktur. Kişi kimsenin ulaşamadığı derin gerçeklik algısına ulaşabilir. Dünya ve gerçeklik sadece o kişinin zihnindedir, diğerleri esas gerçeklikten bihaberdir. Şizofrenide dış gerçeklik sadece durumsal olarak farklı algılanmayabilir, zaten sürekli bu şekildedir.<sup>27</sup> Psikozda Bleuler tarafından "double book keeping (çift kayıt tutma)" kavramını ortaya atılmıştır. Buna göre şizofreni hastaları iki gerçek dünyaya sahiptir; paylaşılan dünya ve içsel psikotik dünya. Bu iki dünya ayrıktır ve hasta için nadir olarak birbirlerine çelişki teşkil ederler. Hasta psikotik dünyası içerisinde iradi seçimler yapar. Dış dünyadaki insanları otomatlar olarak görebilir. Ona göre iç dünya dışardaki insanlarca anlaşılabilir. Orada kendini bir peygamber olarak yaşarken dış dünyada "gerçek kendi" olarak davranabilir,<sup>27</sup> bazı gündelik "sıradan" işlerle de uğraşabilir. İçgörü kavramını aydınlatılabilecek bir diğer tanımlama Jaspers'in birincil sanrı kavramıdır. Burada sanrı öncesi psikoz öncülü yaşantılar söz konusudur. Sanrisal atmosfer (delusional atmosphere) ve önemliliğin anormal farkındalığı (abnormal awareness of significance) söz konusudur. Primer sanrılar dış dünyanın yanlış değerlendirilmesi ile oluşmaz. Bu nedenle kişi ile mantıklı tartışmaya dirençlidir. Değerlendirme içsel dünya ile ilgilidir. İçsel dünyada taşlar yerine oturur ve pasif olarak kabul edilen mistik bir anlam kazanır. Kişi bu içsel gerçekliğin subjektif gözlemcisi olabilir. Bu nedenle hastaların tedaviye uyum gösterdikleri halde sanrılarını gerçek kabul etmeleri ve bir hastalık semptomu olarak görmemeleri anlaşılabilir bir durumdur. Burada gözden kaçmaması gereken bu deneyimlerin sadece durumsal olmadığı, bir trait özellik olduğudur. Şizofrenide dışsal gerçekliğin hatalı yorumlamasından çok deneyimleme sistemlerinde (ben olmanın deneyimlenmesi gibi) gelişimsel bir bozukluk söz konusu olabilir.<sup>27</sup> Bu nedenle hastanın hezeyanlarını dış gerçekliği hatalı yorumlama olarak görüp değiştirmeye uğraşmaktansa, bu yaşantının kişinin hayatında nasıl bir yer tuttuğunun incelenmesi faydalı olabilir.

Yakın zamanda araştırmacılar tarafından geliştirilen bir soru formu ile 30 hasta ile görüşülerek yapılan bir çalışmada, psikozlarda içgörü konusunda hekim yargılarının güvenilirliği düşük bulunmuştur.<sup>28</sup> Güncel olarak kabul gören görüş ise içgörünün çok boyutlu incelenmesinin uygun olduğudur. Bu açıdan 3 temel boyut tanımlanmıştır; akıl hastalığına yönelik içgörü, tedavi ihtiyacı olduğunu kabul etme, sosyal bozukluğun sonuçlarına yönelik farkındalık.<sup>29</sup> Birçok hasta bilişsel kayıplarının ya farkında değildir<sup>30</sup> ya da bunları abartma eğilimindedirler. Klinik düzeyde bilişsel kayıplara karşı farkındalık ile içgörü düzeyi her ölçüde bağlantılı olmayabilir.<sup>31</sup> Semptomların varlığına ve bunların hastalığa bağlı olduğuna karşı içgörü düzeyleri de bazı araştırmacılar tarafından ayrı boyutlar olarak önerilmiştir.<sup>32</sup>

Şizofreni ve ilişkili psikozlarda içgörü ve nörobilişsel açıklamalar araştırıldığında saptanan fazlaca makale bulunmaktadır. Kendini değerlendirme yeteneği içgörü için gerekli öğelerden biridir. Bu yetenek zeka, hafıza ve yürütücü işlevler gibi yüksek bilişsel fonksiyonlarla bağlantılıdır.<sup>33</sup> Bilişsel içgörü klinik içgörü kavramının yerini almaya başlamıştır. Bilişsel içgörü bir üst biliş yeteneğidir.<sup>34</sup> Bilişsel içgörü Beck'in Bilişsel İçgörü Ölçeği ile ölçülebilir.<sup>35</sup> Şizofrenide içgörü WCSTde perseverasyon ve set değiştirmedeki başarı ile yakından ilişkilidir.<sup>2</sup> Prefrontal korteks kendini gözlemleme ve kavramsal organizasyon yeteneğini düzenler. Yürütücü işlevlerden sorumlu prefrontal korteks hasarı içgörü düzeyleri ile bağlantılıdır.<sup>36</sup> Şizofrenide içgörünün nörobiyolojik özellikleri fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI), difüzyon tensor manyetik rezonans görüntüleme, infrared spektroskopisi gibi yöntemler ile araştırılmıştır. Birçok yeni çalışma orta hat ön-arka beyin yapıları ve bunların bağlantılanmasındaki bozukluğa işaret etmektedir. Bu alanlar aynı zamanda kendiliği (self) yansıtma (reflection) alanlarıdır. Kendiliğin yansıtılması (self reflection) içgörü ile yakından ilişkili bir özellik olarak görülmektedir. Çalışmalar içgörü ile bağlantılı alanlar olarak ventrolateral prefrontal kortekse, ventromedyal

prefrontal kortekse, arka prefrontal kortekse ve temporal alanlara yoğunlaşmaktadır.<sup>37</sup>

Şizofrenide klinik içgörü sözel hafıza ve IQ ile ilişkilidir.<sup>2</sup> Bu sonuçlar şizofrenide içgörünün nörobiliş ile alakalı olduğunu göstermektedir. İlginç olarak bir çalışmada önemli bir bilişsel özellik olan hata ayırtma şizofrenide içgörü azalması ile bağlantılı bulunmamıştır.<sup>38</sup> Ancak hata ayırtma işlevinin bozulmasının içgörü sorunlarına yola açtığı başka çalışmalarda belirlenmiştir.<sup>39,40</sup> Zihin teorisine göre ise şizofrenide kişi kendinin başkaları tarafından nasıl değerlendirildiğini belirleyememekte ve içgörü azalması olmaktadır.<sup>41</sup> Zihinselleştirme yeteneğinin azalması ile içgörünün azaldığını bulan<sup>42,43</sup> ve bulmayan<sup>44</sup> yayınlar bulunmaktadır. Şizofrenide metakognitif yeteneklerdeki bozulma içgörü düzeylerini olumsuz etkiler.<sup>45</sup>

Bilişsel fonksiyonlardan işlem belleği işlenecek bilginin anlık olarak zihinde tutularak işlem edilmesini tanımlar. Bu fonksiyon şizofrenide içgörü düzeyleri ile yakından ilişkilidir.<sup>46</sup> Nöronal düzeyde çalışmalar düşük içgörü ile sadece frontal kortekste değil, aynı zamanda temporal ve parietal korteks, ön ve arka singulat, insula ve serebellumda da gri cevher azalmalarını bağlantılı bulmuştur.<sup>47,48</sup> Bazı şizofreni hastalarında prekeuneus ve serebellum işlem belleğindeki bozulmayı telafi etmek için aktive olur ve bu kişilerde içgörü düzeyleri daha korunmuştur.<sup>49</sup> Psikotik hastalarda prefrontal korteks dışında pariyetal korteks işlevlerinde özellikle de sağ prefrontal korteks hasarında anosognozi oluşabilmektedir.<sup>50</sup>

Şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada pozitif ve negatif semptom ölçeği ile ölçülen semptomlar ve bilişsel işlevlerin kombine modeli içgörü eksikliğindeki varyansın % 20.6 - % 36.4'ünü açıklamıştır.<sup>51</sup> Yakın zamanlı bir meta analiz sonuçları bilişsel işlevler ile içgörü düzeyleri arasında küçük ancak anlamlı bir bağlantı kurmuş, bu işlevlerin içgörüyü açıklayan etmenlerden sadece biri olduğu vurgulanmıştır.<sup>2</sup>

DSM-5, şizofreni tanısı için hezeyan veya halüsinasyonların varlığını şart koşmakla beraber içgörüyü boyutsal olarak değerlendirmeye almamıştır.<sup>52</sup>

### Duygudurum Bozukluklarında İçgörü

Bipolar bozuklukta içgörüyü araştıran makale sayısı şizofreniden daha az olmakla beraber sonuçlar benzerdir. Yürütücü işlevlerdeki bozulma bipolar bozuklukta da içgörüyü olumsuz etkilemektedir.<sup>53,54</sup> İçgörüsü iyi olan bipolar hastaların tedavi ile remisyona girme oranı içgörüsü az olanlardan daha fazla bulunmuştur.<sup>55</sup> İçgörü azlığı bipolar hastalarda kötü prognozla ilişkili bulunmuştur.<sup>56</sup> Bazı çalışmalar bipolar bozuklukta şizofreniye göre içgöründe daha az bozulma saptarken,<sup>57-59</sup> bazılarında benzer düzeyde bozulma olduğu saptanmıştır.<sup>60,61</sup> Bipolar bozukluğun akut atak döneminde prefrontal kortekste işlev bozulması ile beraber içgörü bozulurken tedavi ile düzelebilmektedir.<sup>62</sup> Bipolar bozuklukta içgörü düzeyleri prefrontal ve pariyetal korteks fonksiyonları ile bağlantılıdır.<sup>63</sup> Kortikal ve subkortikal atrofi düzeyi ile semptomlara olan farkındalık azalabilmektedir.<sup>64</sup> Bazı çalışmalar bipolar hastalarda nöropsikolojik performansla içgörü arasında bir ilişki saptamamıştır.<sup>63,65</sup> Ancak bir çalışmada içgörünün bipolar hastalarda remisyon döneminde %60 oranında bozuk olduğunu ve bu bozulmanın kognitif performansla ilişkili olduğunu saptamıştır.<sup>66</sup> İçgörü düzeyi mani döneminde remisyon dönemine göre yaşam kalitesini daha çok bozmaktadır.<sup>67</sup> Bir çalışmada bipolar II hastaların bipolar I hastalara göre içgörü düzeylerinin daha az olduğu belirlenmiştir.<sup>68</sup> Yapılan başka bir çalışmada karma mani olan hastalar mani ve bipolar depresyon hastalarına göre "Akıl Hastalığına Karşı İçgörüsüzlük Ölçeği"nden daha kötü puanlar almıştır. İçgörü seviyesi mani düzeyi azaldıkça daha düzelmiştir. Bu çalışmada başlangıçtaki içgörü düzeyi hastalığın sosyal sonuçlarına farkındalığın tek belirleyicisi olarak bulunmuştur.<sup>69</sup> Bipolar bozukluğun psikotik olmayan depresif ataklarında içgörü genelde korunmuştur.<sup>70,71</sup> Smith ve arkadaşlarının ilk atak psikotik mani hastalarında yaptıkları çalışmada başlangıçtaki içgörü şiddeti 18 aylık takipte prognostik bir fark yaratmamıştır.<sup>72</sup>

### Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklarda İçgörü

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve beden dismorfik bozukluk (BDB)

içgörü sorunlarının en sık görüldüğü ruhsal hastalıklardandır. Beden dismorfik bozukluk, düşük içgörünün ve hezeyan seviyelerine ulaşan düşüncelerin sık gözüktüğü ruhsal hastalıklardan biridir.<sup>73</sup> Beden dismorfik bozuklukta global içgörü düzeyi obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) daha düşük bulunmuştur.<sup>74,75</sup> Her iki hastalıkta da düşük içgörü artmış semptom şiddetiyle ilişkilidir.<sup>74</sup> OKB'de düşük içgörü kötü hastalık gidişi ile çok yakından bağlantılıdır. Öyle ki DSM-5 ile beraber OKB'de içgörü üzerinde daha detaylı durulmuş ve var-yok şeklinde sınıflandırılma terk edilmiştir.<sup>76</sup> OKB ve BDB birlikte olduğunda OKB hastalarında içgörü düzeyleri ek tanı olmayan OKB'den daha bozuk olmaktadır.<sup>77</sup> BDB'de görünümle ilgili inanışların sanrısız düzeyde olması hastalık şiddeti ve intihar davranışı ile ilişkilidir.<sup>78</sup> BDB olan bireylerin üçte biri görünüşleri ile ilgili düşüncelerinin kesin emin olduklarını bildirirler.<sup>79</sup> Bu hastaların %73'ü referans fikirleri/sanrılarına sahiptir. Bazı insanların onlara bu algılanan kusurları nedeniyle özellikle dikkat ettiğini belirtirler.<sup>80</sup> Bekleneceği üzere sanrısız düşünceler BDB'de hastalık şiddeti ile ilişkilidir.<sup>73</sup> Sanrı olan ve olmayan BDB de farklılıklardan çok benzeşmeler vardır.<sup>81</sup> OKB'de olduğu gibi DSM 5 de içgörü BDB da bir belirteç olarak eklenmiş, içgörü olmayan durumlarda da BDB tanısının konulabilmesi sağlanmıştır.<sup>52</sup> DSM-IV'de ise içgörü olmadığında BDB değil somatik tip hezeyanlı bozukluk tanısı koyulabilmekte ya da hezeyanlı bozukluk BDB'ye ek tanı olarak görülmekte idi.<sup>52</sup>

### Sosyal Anksiyete Bozukluğunda İçgörü

Sosyal anksiyete bozukluğunun (SAB) tanımlanmasında en önemli ölçütlerden birisi korkunun kişi tarafından açıkça aşırı ve mantıksız bulunmasıdır. Ancak DSM 5 ile beraber bu görüş değişmiştir.<sup>82</sup> Zimmerman ve arkadaşlarının çalışmasına göre SAB da korkunun kişi tarafından mantıklı bulunma oranı %1 in altındadır.<sup>83</sup> Ancak Vigne ve arkadaşlarının ölçek kullanarak yaptıkları yeni bir çalışmada bu oran %29.7 dir.<sup>84</sup> Bu çalışmaya göre içgörüsü az olan SAB hastalarının içgörü seviyeleri OKB'ye benzerdir. İçgörüsü az olan SAB hastaları semptomlarından daha az yakınlar, daha az depresiftirler ve tedaviye uyumları daha azdır. Bu bulgular bazı yazarların SAB'da psikoz benzeri belirtilere rastlandığını gösteren yayınları ile birlikte düşünüldüğünde oldukça ilgi çekicidir.<sup>85,86</sup> Klinik olarak da bazı SAB hastalarında izlendiğine dair referans fikirleri zaman zaman sanrı düzeyine varabilmektedir. Yüksek düzeyde davranışsal ketlenme ve utanç içgörü azlığı ile birlikte olabilir ve bu vakalar konuştukları kişiye karşı boyun eğici davranışlar gösterebilirler. Yine bu kişilerde disinhibisyonla beraber karşındakine karşı paranoid tutumlar ve saldırganlık gelişebilir.<sup>87</sup> Ancak tüm bu bilgilere rağmen şizofrenide de ilk atak ve prodromal dönemde sosyal anksiyete olabileceği unutulmamalıdır.<sup>88</sup>

### Yeme Bozuklukları ve İçgörü

Yeme bozukluklarında bilişsel esnekliğin önemli bir göstergesi olan set değiştirmede başarısızlık ile içgörü düzeyleri arasında bağlantı olduğu yakın zamanda gösterilmiştir.<sup>89</sup> Anoreksiya nervozada (AN) içgörü sorunlarının sıkça görüldüğü diğer bir bozukluktur.<sup>90</sup> Anoreksiya nervozada metakognitif yeteneklerin içgörü ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur.<sup>91</sup> Anoreksiya nervozada hastalarının %28.8'de sanrı düzeyinde beden imajı bozukluğu saptanmıştır.<sup>89</sup> Bir başka çalışmada bu oran %24 olarak bulunmuştur.<sup>92</sup> Anoreksiya nervozada bu sanrılar kısıtlayıcı tipte, vücut memnuniyetsizliği ve erken başlangıçla ilişkilidir.<sup>89</sup> Bulimia nervozada (BN) ise sanrısız beden algısı kısa hastalık süresi, daha yoğun diyet davranışları, yetersizlik ve erişkin olma korkuları ile bağlantılıdır.<sup>89</sup> Bilişsel esnekliğin bir göstergesi olan set değiştirmede AN ve BN hastalarının sorun yaşadığı tespit edilmiştir.<sup>93</sup> Bir çalışmada, AN ve BDD'de görünümle ilgili sanrısız inançlar karşılaştırılmıştır. Görünüm ile ilgili inançların sanrısallığı AN kişilerde mevcut olmakla birlikte, BDD'den daha az belirgindir. Yüksek sanrı düzeyi AN'de tedaviye yanıtın kötü olması ile ilişkilidir.<sup>94</sup> Bu sonuçlara birlikte DSM-5, AN'de görünüm ile inançlara yönelik içgörü için bir belirteç koymamıştır.<sup>52</sup>

### Tartışma ve Sonuç

Psikodinamik terapi ile başlayan içgörü kavramının tartışılması süreci temelde nevroz-psikoz ayrımıyla başlamış ve daha çok psikotik bozukluklarla

ilgili teorileri içermiştir. Ancak güncel yazındakine benzer şekilde dinamik terapide de özellikle OKB konusunda Esquerol'un içgörü kavramını önemsemediği bilinmektedir. Janet OKB'yi bir nöroz olarak kabul etmekle beraber psikastenini (OKB'nin o zamanki terminolojide adlandırılışı) hastalarında psikoz belirtileri geliştiğini ortaya koymuştur. Freud da OKB'yi nörotik bir bozukluk olarak değerlendirirken (hastalığı da obsesif nöroz olarak adlandırmıştır) obsesyonları olan bir olgusunun zaman içinde paranoid belirtilerinin ortaya çıktığını bildirmiştir. Lewis 1936'da şu sonuca varmıştır: "Obsesyonların anlamsızlığını ve saçma olduklarını kabul etmek bu hastalığın her zaman temel bir özelliği değildir. Diğer tanı gruplarında içgörü kavramı psikodinamik olarak yeterince ele alınmamış gözükmektedir." Şüphesiz ki içgörü ruhsal hastalıklarda çok önemli bir parametredir. Yapılan sayısız araştırmaya rağmen birçok hastalıkta içgörünün güncel yazında da tüm detayları ile ele alınmadığı görülmektedir. Şizofreni, obsesif kompulsif bozukluk, beden dismorfik bozukluk, bipolar bozukluk gibi rahatsızlıklarda içgörü diğer hastalıklardan daha fazla çalışılmıştır. Bununla beraber en azından durumsal olarak birçok rusal hastalıkta içgörü düzeyinde değişimler olmaktadır ve bu yeterince çalışılmamıştır. Birçok ruhsal hastalıkta içgörü azlığının nörobiyolojik izdüşümü yeterince çalışılmamıştır. Bu konuda en fazla çalışma şizofrenide bulunmaktadır. Ek olarak içgörü eksikliğinin önemli bir özellik olduğu hastalıklarda DSM sistemi konuyu bir boyut olarak ele almamıştır. İçgörü kavramının ruhsal hastalıklarda sağlam bir zemine oturduğunu tam olarak söylemek mümkün gözükmemektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry* 1995; 36(5): 367-376.
2. Nair A, Palmer AC, Aleman A, David AS. Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2014; 152(1): 191-200.
3. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 798-808.
4. Cooke MA, Peters ER, Kuipers E, Kumari V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112 (1): 4-17.
5. Cooke MA, Peters ER, Greenwood KE, Fisher PL, Kumari V, Kuipers E. Insight in psychosis: influence of cognitive ability and self-esteem. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 234-237.
6. Lincoln TM, Lullmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull* 2007; 33(6): 1324-1342.
7. Wiffen BD, Rabinowitz J, Lex A, David AS. 2010. Correlates, change and 'state or trait' properties of insight in schizophrenia. *Schizophr Res* 2010; 122(1-3): 94-103.
8. Saravanan B, Jacob KS, Johnson S, Prince M, Bhugra D, David AS. 2010. Outcome of first-episode schizophrenia in India: longitudinal study of effect of insight and psychopathology. *Br J Psychiatry* 2010; 196(6): 454-459.
9. Ayesa-Arriola R, Rodríguez-Sánchez JM, Morelli C, Pelayo-Teran JM, Pérez-Iglesias R, Mata I ve ark. Insight dimensions in first-episode psychosis patients: clinical, cognitive, pre-morbid and socio-demographic correlates. *Early Interv Psychiatry* 2011; 5(2): 140-149.
10. Boyer L, Aghababian V, Richieri R, Loundou A, Padovani R, Simeoni MC ve ark. Insight into illness, neurocognition and quality of life in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2012; 36(2): 271-276.
11. van Baars WB, Wierdsma AI, Hengeveld MW, Mulder CL. Improved insight affects social outcomes in involuntarily committed psychotic patients: A longitudinal study in the Netherlands. *Compr Psychiatry* 2013; 54(7): 873-879.
12. Drake RJ, Dunn G, Tarrier N, Bentall RP, Haddock G, Lewis SW. Insight as a predictor of the outcome of first-episode nonaffective psychosis in a prospective cohort study in England. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 81-86.
13. Kelly B, Clarke M, Browne S, McTigue O, Kamali M, Gervin M ve ark. Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 67-71.
14. Yen CF, Yeh ML, Chen CS, Chung HH. Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Compr Psychiatry* 2002; 43(6): 443-447.
15. Buckley PF, Wirshing DA, Bhushan P, Pierre JM, Resnick SA, Wirshing WC. Lack of insight in schizophrenia: impact on treatment adherence. *CNS Drugs* 2007; 21: 129-141.
16. Ayesa-Arriola R, Morínigo JD, David AS, Pérez-Iglesias R, Rodríguez-Sánchez JM, Crespo-Facorro B. Lack of insight 3years after first-episode psychosis: An unchangeable illness trait determined from first presentation? *Schizophr Res* 2014;157(1-3): 271-277.
17. Lysaker PH, Dimaggio G, Buck KD, Callaway SS, Salvatore G, Carcione A ve ark. Poor insight in schizophrenia: links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need, and consequences of illness. *Compr Psychiatry* 2011; 52(3): 253-260.
18. David AS. The clinical importance of insight: an overview. In: *Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorder* (2nd edition), Amador XF, David AS eds. New York: Oxford University Press, 2004: 359.
19. Schennach R, Meyer S, Seemuller F, Jager M, Schmauss M, Laux G ve ark. Insight in schizophrenia-course and predictors during the acute treatment phase of patients suffering from a schizophrenia spectrum disorder. *Eur Psychiatry* 2012; 27 (8): 625-633.
20. Keshavan MS, Rabinowitz J, DeSmedt G, Harvey PD, Schooler N. Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophr Res* 2004; 70(2-3): 187-194.
21. Mohamed S, Rosenheck R, McEvoy J, Swartz M, Stroup S, Lieberman JA. Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009; 35(2): 336-346.
22. Pijnenborg GH, van Donkersgoed RJ, David AS, Aleman A. 2013. Changes in insight during treatment for psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2013; 144(1-3): 109-117.
23. Parnas J. A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011; 37: 1121-1130.
24. Zahavi D. *Subjectivity and Selfhood: Investigating the First-Person Perspective*. Cambridge, MA: MIT Press, 2005.
25. Damasio AR. *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. New York, NY: Pantheon Books, 2010.
26. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 2003; 29: 427-444.
27. Henriksen MG, Parnas J. Self-disorders and Schizophrenia: A Phenomenological Reappraisal of Poor Insight and Noncompliance Insight and Noncompliance. *Schizophr Bull* 2014; 40(3): 542-547.
28. Galloghly DP, Dear GE, Jablensky A. Reliability of clinical judgements of insight in patients with psychoses. *Psychiatry Res* 2013; 208(3): 291-292.
29. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993; 150(6): 873-879.
30. Medalia A, Thysen J. Insight into neurocognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008; 34: 1221-1230.
31. González-Suárez B, Gomar JJ, Pousa E, Ortiz-Gil J, García A, Salvador R. Awareness of cognitive impairment in schizophrenia and its relationship to insight into illness. *Schizophr Res* 2011; 133(1-3): 187-192.
32. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003; 61: 75-88.
33. Nair A, Aleman A, David A. Cognitive functioning and awareness of illness in schizophrenia: a review and meta-analysis. In: *Cognitive Impairment in Schizophrenia*, Harvey P ed. Cambridge University Press, 2013: 142-160.
34. David AS, Bedford N, Wiffen B, Gillean J. Failures of metacognition and lack of insight in neuropsychiatric disorders. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2012; 367(1594): 1379-1390.
35. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004; 68(2-3): 319-329.
36. Hirayasu Y, Tanaka S, Shenton ME, Salisbury DF, DeSantis MA, Levitt JJ ve ark. Prefrontal gray matter volume reduction in first episode schizophrenia. *Cereb Cortex* 2011; 11: 374-381.
37. Pu S, Nakagome K, Yamada T, Itakura M, Satake T, Ishida H ve ark. Association between cognitive insight and prefrontal function during a cognitive task in schizophrenia: A multichannel near-infrared spectroscopy study. *Schizophr Res* 2013; 150(1): 81-87.
38. Kansas V, Patriciu I, Kiang M. Illness insight and neurophysiological error-processing deficits in schizophrenia. *Schizophr Res* 2014; 156(1): 122-127.
39. Morris SE, Yee CM, Nuechterlein KH. Electrophysiological analysis of error monitoring in schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 2006; 115(2): 239-250.
40. Morris SE, Heerey EA, Gold JM, Holroyd CB. Learning-related changes in brain activity following errors and performance feedback in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 99(1-3): 274-285.
41. Konstantakopoulos G, Ploumpidis D, Oulis P, Patrikelis P, Nikitopoulou S, Papadimitriou GN ve ark. The relationship between insight and theory of mind in schizophrenia. *Schizophr Res* 2014; 152(1): 217-222.
42. Langdon R, Ward P. Taking the perspective of the other contributes to awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009; 35: 1003-1011.
43. Bora E, Sehitoglu G, Aslier M, Atabay I, Veznedaroglu B. Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia: is poor insight a mentalizing deficit? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 104-111.
44. Stewart SLK, Corcoran R, Lewis S, Drake RJ. The relationship between theory of mind and insight in psychosis: evidence for specificity. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 2010; 2(1): 34-40.
45. Aleman A, Agrawal N, Morgan KD, David AS. Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 204-212.

46. Shad MU, Keshavan MS, Tamminga CA, Cullum CM, David A. Neurobiological underpinnings of insight deficits in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19(4): 437–446.
47. Bergé D, Carmona S, Rovira M, Bulbena A, Salgado P, Vilarroya O. Gray matter volume deficits and correlation with insight and negative symptoms in first psychotic-episode subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123(6): 431–439.
48. Raji TT, Riekkij T, Hari R. Association of poor insight in schizophrenia with structure and function of cortical midline structures and frontopolar cortex. *Schizophr Res* 2012; 139(1–3): 27–32.
49. Sapara A, Fyftche DH, Birchwood M, Cooke MA, Fannon D, Williams SCR ve ark. Preservation and compensation: The functional neuroanatomy of insight and working memory in schizophrenia. *Schizophr Res* 2014; 152(1): 201–209.
50. Amador XF, Kronengold, H. Understanding and assessing insight. In *Insight and Psychosis* (2nd edn), Amador XF, David AS eds. Oxford: Oxford University Press, 2004: 3–30.
51. Chan SKW, Chan KKS, Lam MML, Chiu CPY, Hui CLM, Wong GHY ve ark. Clinical and cognitive correlates of insight in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2012; 135(1–3):40–45.
52. American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. American Psychiatric Publishing: Washington, DC.
53. Zubieta JK, Huguelet P, O'Neil RL, Giordani BJ. Cognitive function in euthymic bipolar I disorder. *Psychiatry Res* 2001; 10: 9–20.
54. Martinez-Aran A, Penades R, Vieta V, Colom F, Reinares M, Benabarre A ve ark. Executive function in patients with remitted bipolar disorder and schizophrenia and its relationship with functional outcome. *Psychother Psychosom* 2002; 71: 39–46.
55. Koukopoulos A, Reginaldi D, Minnai G, Serra G, Pani L, Johnson FN. The long term prophylaxis of affective disorders. in: *Depression and Mania: From Neurobiology To Treatment*, Gessa G, Fratta W, Pani L Eds. New York: Raven Press, 1995:127–147.
56. Ghaemi SN, Boiman E, Goodwin FK. Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 141(3): 167–171.
57. Yen CF, Chen CS, Ko CH, Yeh ML, Yang SJ, Yen JY ve ark. Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59(4): 403–409.
58. Yen CF, Chen CS, Ko CH, Yen JY, Huang CF. Changes in insight among patients with bipolar I disorder: a 2-year prospective study. *Bipolar Disord* 2007; 9(3): 238–242.
59. Yen CF, Chen CC, Cheng CP, Yen CN, Lin HC, Ko CH ve ark. Comparisons of insight in schizophrenia, bipolar I disorder, and depressive disorders with and without comorbid alcohol use disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62(6): 685–690.
60. Weiler MA, Fleisher MH, McArthur-Campbell D. Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophr Res* 2000; 45(1–2): 29–36.
61. Arduini L, Kalyvoka A, Stratta P, Rinaldi O, Daneluzzo E, Rossi A. Insight and neuropsychological function in patients with schizophrenia and bipolar disorder with psychotic features. *Can J Psychiatry* 2003; 48(5): 338–341.
62. Dell'Osso L, Pini S, Cassano GB, Mastrocinque C, Seckinger RA, Sacttoni M ve ark. Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disord* 2002; 4(5): 315–322.
63. Varga M, Magnusson A, Flekkoy K, Ronneberg U, Opjordsmoen S. Insight, symptoms and neurocognition in bipolar I patients. *J Affect Disord* 2006; 91: 1–9.
64. Varga M, Babovic A, Flekkoy K, Ronneberg U, Landro NI, David AS ve ark. Reduced insight in bipolar I disorder: Neurofunctional and neurostructural correlates: A preliminary study. *J Affect Disord* 2009; 116(1–2): 56–63.
65. Yen CF, Chung LC, Chen CS. Insight and neuropsychological functions in bipolar outpatients in remission. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 713–715.
66. Dias VV, Brissos S, Carita AI. Clinical and neurocognitive correlates of insight in patients with bipolar I disorder in remission. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117: 28–34.
67. Dias VV, Brissos S, Frey BN, Kapczynski F. Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2008; 110(1–2): 75–83.
68. Pallanti S, Quercioli L, Pazzagli A, Rossi A, Dell'Osso L, Pini S ve ark. Awareness of illness and subjective experience of cognitive complaints in patients with bipolar I and bipolar II disorder. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1094–1096.
69. Bressi C, Porcellana M, Marinaccio PM, Nocito EP, Ciabatti M, Magri L ve ark. The association between insight and symptoms in bipolar inpatients: An Italian prospective study. *Eur Psychiatry* 2012; 27(8): 619–624.
70. Ghaemi SN, Rosenquist BS. Is insight in mania state-dependent? A Meta analysis. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 771–775.
71. Ghaemi SN, Sachs GS, Baldassano CF, Truman CJ. Insight in seasonal affective disorder. *Compr Psychiatry* 1997; 38: 345–348.
72. Smith LT, Shelton CL, Berk M, Hasty MK, Cotton SM, Henry L ve ark. The impact of insight in a first-episode mania with psychosis population on outcome at 18 months. *J Affect Disord* 2014; 167(1): 74–79.
73. Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 10–15.
74. Phillips KA, Pinto A, Hart AS, Coles ME, Eisen JL, Menard W ve ark. Comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive–compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2012; 46(10): 1293–1299.
75. Reese HE, McNally RJ, Wilhelm S. Probabilistic reasoning in patients with body dysmorphic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011; 42: 270–276.
76. Bulut S, Fıstıkçı N, Topçuoğlu V. Obsessive Compulsive Disorder with Poor Insight. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2014; 6(2): 126–141.
77. Nakata AC, Diniz JB, Torres AR, de Mathis MA, Fossaluza V, Braganças CA ve ark. Level of insight and clinical features of obsessive-compulsive disorder with and without body dysmorphic disorder. *CNS Spectr* 2007; 12: 295–303.
78. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46: 317–325.
79. Phillips KA, Hollander E. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image* 2008; 5: 13–27.
80. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 302–308.
81. Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Stout RL. Delusional versus non-delusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res* 2006; 40(2): 95–104.
82. Bogels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB ve ark. Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depress Anxiety* 2010; 27: 168–189.
83. Zimmerman M, Dalrymple K, Chelminski I, Young D, Galione JN. Recognition of irrationality of fear and the diagnosis of social anxiety disorder and specific phobia in adults: implications for criteria revision in DSM-5. *Depress Anxiety* 2010; 27: 1044–1049.
84. Vigne P, de Menezes GB, Harrison BJ, Fontenelle LF. A study of poor insight in social anxiety disorder. *Psychiatry Res* 2014; 219(3): 556–561.
85. Veras AB, do-Nascimento JS, Rodrigues RL, Guimaraes AC, Nardi AE. 2011. Psychotic symptoms in social anxiety disorder patients: report of three cases. *Int Arch Med* 2011; 4: 312–313.
86. Armando M, Lin A, Girardi P, Righetti V, Dario C, Saba R ve ark. Prevalence of psychotic-like experiences in young adults with social anxiety disorder and correlation with affective dysregulation. *J Nerv Ment Dis* 2013; 201: 1053–1059.
87. Trower P, Chadwick P. Pathways to defense of the self: a theory of two types of paranoia. *Clin Psychol Sci Pract* 1995; 2: 263–278.
88. Birchwood M, Trower P, Brunet K, Gilbert P, Iqbal Z, Jackson C. Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis. *Behav Res Ther* 2007; 45(5):1025–1037.
89. Konstantakopoulos G, Varsou E, Dikeos D, Ioannidi N, Gonidakis F, Papadimitriou G ve ark. Delusional body image beliefs in eating disorders. *Psychiatry Res* 2012; 200(2–3): 482–488.
90. Vitousek K, Watson S. Enhancing motivation for change in treatment - resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev* 1998; 18: 391–420.
91. Arbel R, Koren D, Klein E, Latzer Y. The neurocognitive basis of insight into illness in anorexia nervosa: A pilot metacognitive study. *Psychiatry Res* 2013; 209(3): 604–610.
92. Steinglass JE, Eisen JL, Attia E, Mayer L, Walsh BT. Is anorexia nervosa a delusional disorder? An assessment of eating beliefs in anorexia nervosa. *J Psychiatr Pract* 2007; 13: 65–71.
93. Tchanturia K, Davies H, Roberts M, Harrison A, Nakazato M, Schmidt U ve ark. (2012). Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS One* 2012; 7(1): e28331.
94. Hartmann AS, Thomas JJ, Wilson AC, Wilhelm S. Insight impairment in body image disorders: Delusional and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res* 2013; 210(3): 1129–1135.