

# Şizofreni Tanısı ile İzlenen Bir Olgunun İşlevselliğinin Artırılmasında Bireysel Danışmanlığın Rolü

Sevinç Ulusoy<sup>1</sup>,  
Mehtap Arslan Delice<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psikiyatrist, Elazığ Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Elazığ - Türkiye

<sup>2</sup>Psikiyatrist, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi, İstanbul - Türkiye

## ÖZET

Şizofreni tanısı ile izlenen bir olgunun işlevselliğinin artırılmasında bireysel danışmanlığın rolü

Şizofreni sıklıkla kişilerarası ilişkiler, sosyal iletişim gibi birçok alanda yeti yitimine yol açarak işlevselliğin bozulmasına ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olan kronik bir hastalıktır. Tek başına medikal tedavinin semptomları ve yaşam kalitesini bozan tekrarlamaları önlemede yetersiz kaldığı bilinmektedir. Bu nedenle iyileşmede sürekliliğinin sağlanması, yeti yitiminin azaltılması, tedaviye uyum ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli yer teşkil eden psiko-sosyal rehabilitasyon ve destek programları mutlaka farmakolojik tedavi ile bütünleştirilmelidir. Bu olgu sunumunda rehabilitasyon programı sonrası yineleme sıklığı azalan, sosyal ve mesleki işlevselliği artan bir şizofreni olgusunda bireysel danışmanlığın rolü ve iyileşme süreci ele alınmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Bireysel danışmanlık, işlevsellik, şizofreni

## ABSTRACT

The role of individual assessment on increasing the functionality of a person with schizophrenia

Schizophrenia is a chronic disease that often reduces quality of life and functionality by causing disabilities in many areas like interpersonal relationships and social communication. Solely medical treatment is inadequate to prevent symptoms and recurrences that impairs quality of life. Therefore psycho-social rehabilitation approach which is important for continuousness of recovery, reducing disability and increasing treatment compliance and quality of life should be integrated with pharmacological treatment. In this case report, we present a schizophrenia patient and her rehabilitation process who gains skills for living independently after rehabilitation program as a result of decreasing frequency of relapses and increasing functionality in social area.

**Key words:** Individual counseling, functionality, schizophrenia



Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Psikiyatrist Sevinç Ulusoy,  
Elazığ Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi,  
Rızaie Mahallesi, Kıbrıs Şehidi Mehmet Güçlü  
Caddesi, No: 71, 23200, Elazığ, Türkiye

Telefon / Phone: +90-424-212-7830

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
sevinc\_ulusoy@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
16 Eylül 2013 / September 16, 2013

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
11 Temmuz 2014 / July 11, 2014

## GİRİŞ

Şizofreni genç yaşta başlayan, düşünce, algı ve duygulanım alanlarında bozulmalar gözlenen, düzelme ve yinelemelerle seyreden kronik bir hastalıktır (1). Yaşam boyu sıklığı yaklaşık %1 olan hastalığın yaygınlığı %0.5'tir. Kişilerarası ilişkiler, sosyal ve mesleki işlevsellik gibi birçok alanda yeti yitimi gözlenirken; hastalığın doğasından kaynaklanan pozitif ve negatif belirtiler, bilişsel alandaki bozulmalar, duygudurum belirtileri, alkol madde kullanımı gibi eşanlı durumlar ve tekrarlayan hastane yatışları hastalarda işlevselliğin bozulmasına ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır (2). Hastalığın neden olduğu kayıplar ve

toplumun damgalayıcı tutumu gibi nedenlerle şizofreni, hastayla birlikte aileleri de derinden etkileyen bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır.

Alevlenmelerin önlenerek iyileşmede sürekliliğinin sağlanması, yeti yitiminin azaltılması, tedaviye uyum ve yaşam kalitesinin artırılmasında psiko-sosyal rehabilitasyon programları önemli yer teşkil etmektedir (3) ve mutlaka farmakolojik tedavi ile bütünleştirilmelidir. Bu bağlamda psiko-eğitim, sorun çözme becerilerinin artırılması, sosyal beceri eğitimi, aile eğitimi, akran desteği, meslek kazandırma ve hasta-toplum etkileşim kaynaklarını artırma gibi girişimler uygulanmaktadır (4).

Bu yazıda rehabilitasyon programı sonrası yineleme

sıklığı azalan, mesleki işlevselliğini sürdüren, sosyal işlevselliği artan ve sonuç olarak bağımsız yaşama becerisi kazanan bir şizofreni olgusu sunulmaktadır.

## OLGU

Yirmi beş yaşında, bekar, üniversiteyi birinci sınıfta terk etmiş olan, ailesi ile İstanbul'da yaşayan ve bir markette kasiyer olarak çalışan kadın olgunun ilk psikiyatrik başvurusu Mart 2007'de olmuş; erkek arkadaşının cinsel tacizinin ardından başlayan ve 10 gündür devam eden uykusuzluk, yeme reddi, sinirlilik, öz bakımda ve sözel iletişimde azalma, kendi kendine konuşma, babası ile birlikte dünyayı kurtaracaklarını, takip edildiğini ve kamera ile izlendiğini düşünme, okula gitmeme gibi şikayetlerle hastanemiz acil polikliniğine başvurmuştur. Psikiyatrik muayenesinde psikomotor aktivitesinin yavaşladığı, duygulanımının kısıtlı, konuşma miktarının azalmış, megalomanik, persekütif ve referans hezeyanlarının olduğu saptanan hastanın yatışı yapılmış ve iki uçlu duygudurum bozukluğu (İUDB) tanısı ile izlenmiştir.

Hasta ile yapılan görüşmeler ve tıbbi kayıtlardan elde edilen bilgilere göre; hastanın ilk başvurusu takip eden 3 yıl içinde konuşmama, yeme-içme reddi, öz bakımını gerçekleştirememeye, içe kapanma, kendi kendine konuşma, dini uğraşlarda artış gibi belirtilerle 6 kez daha tedavisinin yatırılarak yapılmak zorunda kaldığı, yatış dönemleri arasında tam düzelmesinin olmadığı, negatif belirtilerin ve katotonik tablonun tüm yatışlara eşlik ettiği ancak zaman zaman işitsel varsanılar, megalomanik, persekütif hezeyanlar gibi pozitif belirtiler ile iritabilite gibi duygudurum belirtilerinin de tabloya eşlik ettiği tespit edilmiştir. Başlangıçta duygudurum belirtiler nedeniyle İUDB tanısı konulsa da, takiplerinde duygudurum belirtilerinin süregelen psikotik belirtilere eşlik eden affektif belirtiler olduğu, uzulamasına değerlendirmede psikotik belirtilerin hakim olduğu görülmüş, alevlenme dönemleri arasında düzelmeye gözlenmemiştir. Bu nedenle hastanın tanısı değiştirilerek şizofreni tanısı ile hastanemiz psikotik bozukluklar merkezinde izlemeye alınmıştır.

Şubat 2010'da hastanemiz Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne yönlendirilen hastaya

merkeze kabulünden sonra bireysel danışman atanmıştır. Rehabilitasyon öncesinde Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) (5) ve Kronik Ruhsal Hasta Rehabilitasyon Formu (KRHRF) (6) ile değerlendirilen hastanın gelişimi merkezdeki izlemi boyunca yine bu ölçeklerle takip edilmiştir.

Geçerlilik ve güvenilirliği Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılan ve halen merkeze kabul edilen tüm hastaların sosyo-demografik özelliklerinin, hastalık belirtileri, seyri, tedavi uyumu, hastalık dışında kalan özellikleri, korunmuş ve güçlü yanları, rehabilitasyona ihtiyaç duyulan alanları kapsamlı bir şekilde değerlendirmeye yarayan KRHRF ile ihtiyaçlar belirlenmiş ve rehabilitasyon planı yapılmıştır. Buna göre mevcut durumda hastanın içgörüsünün yeterli olmadığı, hastalığına ait temel bilgileri bilmediği, tedavi uyumunun kötü olduğu, evin temizliği ve düzenini sağlama, yemek yapma, giysilerinin temizliğini sağlama gibi günlük yaşam aktivitelerini başarmakta güçlük çektiği, insanlarla iletişime girmekten ve sosyal alanları kullanmaktan kaçındığı, işyerinde sık sık sorun yaşadığı, ailesinin olası sorunlarla hastalığı nedeniyle baş edemeyeceğini düşünmesi nedeniyle yalnız hiç bir yere bırakmadığı, hastalığının alevlenme dönemlerinin çok gürültülü seyrettiği ve genellikle yatışla sonlandığı saptanmış, hasta ve ailenin merkez'den beklentileri araştırılmış ve elde edilen bulgular ışığında hastayla birlikte basitten karmaşığa doğru olacak şekilde çalışılacak alanlar belirlenmiştir. Bu plana göre öncelikle hastalığa yönelik içgörü geliştirilmesi ve tedavi uyumunun artırılması, öz bakım ve bağımsız yaşama becerilerinin artırılması, sosyal ilişkilerinin artırılması, mesleki işlevselliğinin sürdürülmesi, mümkünse artırılması başlıca hedeflenen alanlar olmuştur.

Bilgi toplama süreci boyunca hastaya, görüşmelerdeki temel amacın kendisini olabildiğince çok yönlü tanımak ve kendisinin de hastalığını ve hastalığın sebep olduğu sorunları tanınması ve baş etmesi için yardım etmek olduğu vurgulanmış, merkezin hasta için 'güvenli' bir yer olması için çaba sarf edilmiştir. Bu süre içerisinde hastanın en temel beklentisinin okulunu bitirmek, çalışmak ve ailesine maddi yardımda bulunmak olduğu, en korktuğu şeyin hastaneye yatmak olduğu öğrenilmiştir. Aile ise kendi başına yaşayabilmesini,

çalışabilmesini, hastalanmamasını beklemektedir.

Haftada bir sıklıkta danışman ile bireysel görüşmeler planlanmış, görüşmeler zaman içinde ayda bire düşmüş, kriz ve ihtiyaç dönemlerinde yine haftada bire çıkarılmıştır. Otuz dakika olarak yapılandırılan görüşmelerin bir kısmında hastalık, tedavi, yan etkiler ve bunlarla başa çıkma stratejileri ile ilgili bilgi verilirken, kalan kısmı da yukarıda sıralanan becerilerin kazandırılmasına yönelik ödevler ve sonuçların tartışılması için kullanılmıştır. Görüşmelerin birinci ayından itibaren öz bakımında ve tedaviye uyumunda gözle görülür bir değişiklik olmuş, bu durum hastayla ve ailesiyle paylaşarak ileriki hedefler için hasta ve aile cesaretlendirilmiştir. Hastayla yapılan görüşmelerin yanı sıra aileyle de görüşmeler yapılmış ve görüşmelerin üçüncü ayında hastanın yalnız başına ve toplu taşıma araçlarını kullanarak merkeze gelmesi sağlanmıştır. Bu aşamadan sonra aile, sadece merkeze davet edildiklerinde gelmiş, hastanın kendi başına gelmesini onlar da teşvik etmiştir.

Sonraki aşamada sosyal işlevselliğinin artırılmasına yönelik müdahalelerde bulunulmuş, bu amaçla diğer insanlarla iletişimi başlatma, devam ettirme, davranışlarını kontrol etme gibi ödevler verilmiş, hastanın kendisi hem bu ödevleri yerine getirmek için bir alan olacağı, hem de kişisel olarak istediği gerekçesiyle merkeze gelişinin dördüncü ayında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sanat ve Meslek Eğitimi Kursları İngilizce kursuna başlamıştır.

Merkeze kabul edildiğinde henüz başlamış olduğu kasiyerlik görevini, bu süre boyunca yöneticisiyle hastalığına ait sorunları paylaşması konusunda yönlendirilmesi, kurum hekiminin merkeze davet edilmesi, danışmanın yönetici ve kurum hekimiyile görüşerek çalışma şartlarının olgumuzun zorlanmasına neden olmayacak şekilde düzenlenmesinin sağlanması gibi müdahaleler sayesinde sürdürebilmiştir. Merkeze gelişinin altıncı ayında işyeri tarafından düzenlenen sosyal etkinliklere katılmaya, arkadaşlıklar kurmaya başlamıştır.

Danışmanlık görüşmelerinin başlamasından bir yıl kadar sonra sinirlilik, dini uğraşlarda artma, temizliğine dikkat etmeme, uykusuzluk gibi şikayetlerin başlaması üzerine görüşmeler haftada bir yapılmaya başlanmış,

bunların alevlenme belirtileri olabileceğini fark etmesi ve polikliniğe başvurması sağlanmış, halen kullanmakta olduğu ilaçların dozları ayarlanarak ayaktan tedavisi düzenlenmiş ve yatışa gereksinim duyulmadan atak sonlanmıştır.

Yaklaşık bir buçuk yıl sonra merkeze devam eden başka bir üyeye flört etmeye başlamış, gerek ilişki içerisinde yaşanan gerekse ilişkinin neden olduğu güçlükler ve başa çıkma stratejileri görüşmelerin konusunu oluşturmuştur. Eylül 2011'de intihar düşünceleri nedeniyle olgu merkeze gelmeye başlamasından sonra ilk kez yatırılarak tedavi edilmiştir. Hastaneden çıkışının ardından yeniden merkeze gelmeye başlamış, kurum hekimiyle görüşülerek daha önce izin alamadığı gerekçesiyle devam edemediği psiko-eğitim grubu günlerinde izinli sayılması sağlanmış ve 14 haftalık psiko-eğitim grubunu tamamlamıştır.

İki yıllık izlem sonrasında hastanın PANNS pozitif sendrom alt ölçek toplam puanının 17'den 12'ye, negatif sendrom alt ölçek puanının 22'den 10'a, genel psikopatoloji alt ölçek puanının ise 30'dan 21'e düştüğü tespit edilmiştir. Rehabilitasyon süreci sonunda KRHRF'nin ölçeklendirilmiş üçüncü kısmı ile yapılan değerlendirmelerde ise 'Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Yeterlilik (GYAYY)' alt ölçeği toplam puanının 50'den 63'e, 'Hastalıkla Başa Çıkmaya Yönelik Yeterlilik (HBÇYY)' alt ölçeği puanı 32'den 37'ye, 'Sosyal Etkinliklere Yönelik Yeterlilik (SEYY)' alt ölçeği toplam puanının 28'den 36'ya yükseldiği tespit edilmiştir.

Olgu halen merkeze devam etmekte ve zaman zaman hastalığın erken belirtileri ortaya çıkmakta, hezeyanlı algılamaları nedeniyle hayatında sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Ancak bunları erkenden fark etmesi, öğrendiği başa çıkma stratejilerini kullanabilmesi, tedavi sorumluluğunu almış olması gibi etkenlerle bu sorunlar 'kriz' e dönüşmeden çözümlenebilmektedir.

## TARTIŞMA

Şizofreni hastaları ile yapılan uzun süreli izlem çalışmaları, bu hastaların küçük bir oranının tamamen düzeldiğini, büyük bir kısmının ise yaşam boyu semptomlar, bilişsel yetersizlikler ve psiko-sosyal sorunlarla

karşılaştıklarını göstermektedir (7). Farmakoterapinin kısıtlılığı göz önünde bulundurulduğunda şizofreni tedavisinde ilaç tedavisine tamamlayıcı unsur olarak psiko-sosyal rehabilitasyon çalışmalarının eklendiği çok boyutlu yaklaşım gündeme gelmektedir (8).

Düzenli antipsikotik kullanımı sonucu %40'a inen yineleme oranlarının psiko-sosyal tedavilerin eklenmesiyle %20'nin altına düştüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (9). Bizim olgumuzda da, merkeze başvurusundan önce hastanın üç yıllık dönemde yedi kez yatırılarak tedavisi mevcutken, rehabilitasyon sonrası yaklaşık iki yılda iki kez atak geçirmiş ve bunun sadece birinde yatış gerekmiştir. Nitekim PANSS tüm alt ölçek puanlarında programdan sonra öncesine kıyasla belirgin bir azalma saptanmıştır. Hastamızın alevlenme belirtilerini tanıyarak doktora başvurması ve bunun sonucunda hızlı tedavi, düzenli ilaç kullanımı ve poliklinik takibi atak sıklığını azaltan etmenler arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalar psiko-eğitimin hastanın tedaviye uyumunun artırılmasında, görünüm geliştirilmesinde ve yineleme oranlarının azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir (10). Bizim olgumuz başlangıçta hastalığını depresyon olarak tanımlamış ve kimi zaman iyileştiği gerekçesiyle kimi zaman ilaç yan etkileri nedeniyle tedaviyi bırakmıştır. Eryıldız ve arkadaşlarının (11) rehabilitasyonun içgörü düzeylerini artırdığı yönündeki çalışma sonuçlarını destekler biçimde, hastalık, belirtiler, tedavi ve yan etkilerini kapsayan psiko-eğitim programı sonrası, hastalığını kabullenen ve bu sayede tedaviye uyumu artan hastanın HBÇYY alt ölçeği puanındaki yükseliş de kazanımlarını nesnel olarak göstermektedir. Bütün bunlar program sonrası atak sıklığı ve yatış sayısında azalmayla sonuçlanmıştır.

Şizofreni gibi kronik psikiyatrik hastalıkların rehabilitasyonundaki bir diğer boyut ise tedaviye ailenin dahil edilmesidir. Aile bireylerinin hastalık konusunda eğitilmesi ve uygun başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesini temel alan rehabilitasyon çalışmaları, hastaların sosyal işlevselliğinin artırılmasını ve bağımsız bireyler olarak yaşamalarını sağlamayı amaçlamaktadır (12,13). Olgumuz başlangıçta ailesinin aşırı koruyucu tavrı nedeniyle tek başına gündüz hastanesine bile gelemeyen, ailenin rehabilitasyon programına alınmasıyla

birlikte önce bireysel görüşmelere yalnız gelebilmiş, ardından yakınlarından herhangi biri eşlik etmeden dışarı çıkarak ihtiyaçlarını karşılayabilir hale gelmiştir. Şizofreni hastalarının toplum içinde bağımsız bir birey olarak yaşamasında aile tedavilerinin önemi bu olgu ile bir kez daha desteklenmektedir.

Tam bir psiko-sosyal tedavi için hastalık belirtilerini azaltmak yeterli olmayacaktır. Bunun için klinisyenlerin hastanın üzerinde etkisi olan toplumsal stres etkenleri, günlük yaşamdaki engelleri aşmada gerekli olan becerilerin düzeyi, destek sistemlerinin oluşturulması ve sürmesini kolaylaştıran kişiler arası etkenlerle ilgili bilgisi olmalıdır. Klinisyenler bu alanların her birinde hastaların kuvvetli ve zayıf yönlerini dikkate alarak bireysel iyileştirme planları geliştirmelidirler (14). Olgumuzun işyerinde çalışma performansı nedeniyle yaşadığı sıkıntılar, bu durumlarda kiminle ve nasıl iletişim kurabileceği konusunda eğitilmesi bireysel iyileştirme planı için örnek teşkil etmektedir. Yine bu konuda işyeri hekiminin gündüz hastanesine davet edilerek işbirliği yapılması, bireysel planın bir parçası olarak iyi bir rehabilitasyon için ruh sağlığı profesyonelleriyle sınırlı kalınmaması ve ilgili diğer kişi, kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde çalışılması gerekliliğini göstermektedir.

Gündüz hastanesi başvurusunu takip eden 2 yıl içinde işine sorunsuz devam eden hastanın öz bakımını ve evin düzenini tek başına sağlayabiliyor olması, boş zamanlarını doldurmak için İngilizce kursu gibi diğer insanlarla iletişim kurabileceği eğitimlere katılması, arkadaşlarıyla bir takım sosyal etkinlikleri gerçekleştirebilmesiyle birlikte bu iki yıllık izlem boyunca KRHRF, GYAYY, HBÇYY ve SEYY alt-ölçek toplam puanlarında saptanan yükselme literatürle uyumlu olarak psiko-sosyal rehabilitasyon programlarının şizofreni hastalarının sosyal ve mesleki işlevselliğini ve yaşam kalitesini artırmada oynadığı rolü yansıtmaktadır (15).

Sonuç olarak, şizofreni gibi yeti yitimiyle seyreden kronik psikiyatrik bozuklukların tedavisinde, belirtiyeye yönelik (semptomatik) tedavi yeterli olmamakta, ilaç tedavisi ile birlikte çok boyutlu bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Heinessen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophr Bull* 2000; 26:21-46. **[CrossRef]**
2. Takahashi H, Iwase M, Nakahachi T, Sekiyama R, Tabushi K, Kajimoto O, Shimizu A, Takeda M. Spatial working memory deficit correlates with disorganization symptoms and social functioning in schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59:453-460. **[CrossRef]**
3. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:277-283. **[CrossRef]**
4. Cnaan RA, Blankertz L, Messinger KW, Gardner JR. Experts' assessment of psychosocial rehabilitation principles. *Psyc Reh J* 1990; 13:59-73. **[CrossRef]**
5. Yağcıoğlu AEA, Batur S, Tiryaki A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14:23-34.
6. Yazıcı A, Saatçioğlu O, Coşkun S, Yanık M. Bakırköy Kronik Ruhsal Hasta Rehabilitasyon Formu'nun Yapılandırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47:183-195.
7. Saddock BJ, Saddock VA. Schizophrenia. In: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Tenth ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Business, 2007, 467-497.
8. Öztürk MO, Uluşahin A. Şizofreni. In: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları – I. 11. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2008, 306-317.
9. Hogarty GE. Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1993; 54(Suppl):18-23.
10. Prasko J, Vrbova K, Latalova K, Mainerova B. Psychoeducation for psychotic patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2011; 155:385-395. **[CrossRef]**
11. Eryıldız D, Yazıcı A, Saatçioğlu Ö, Yanık M. Rehabilitasyon programına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının belirti ve içgörülerinin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium* 2011; 49:106-112.
12. Yıldız M. Psikiyatri uygulamalarında hasta ve aile eğitimi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10(Ek 2):16-17.
13. Yıldız M. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Işık Sayıl (editör). İstanbul: Erler Matbaacılık, 2005, 151-164.
14. Axer HA, Corrigan PW, Liberman RP. Helping chronic psychiatric patients adjust to sociopolitical changes in Poland. *Psychiatry* 1992; 55:207-213.
15. Uçok A, Çakır S, Duman ZC, Dişçigil A, Kandemir P, Atlı H. Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256:388-394. **[CrossRef]**