T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ZİHİN TEOREMİ VE BU TEOREMİN DÜŞÜNCE-DİL YAPISI İLE İLİŞKİSİ

DAMLACAN GÜNEYER

SİNİRBİLİMLER ANABİLİM DALI

KLİNİK SİNİRBİLİMLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR- 2015

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc/2012970076

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ZİHİN TEOREMİ VE BU TEOREMİN DÜŞÜNCE-DİL YAPISI İLE İLİŞKİSİ

SİNİRBİLİMLER ANABİLİM DALI

KLİNİK SİNİRBİLİMLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DAMLACAN GÜNEYER

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: PROF. DR. BERNA BİNNUR AKDEDE

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc/2012970076

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler Anabilim Dalı, Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans programı öğrencisi Damlacan Güneyer **"ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ZİHİN TEOREMİ VE BU TEOREMİN DÜŞÜNCE-DİL YAPISI İLE İLİŞKİSİ"** konulu Yüksek Lisans tezini 07.12.2015 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

BAŞKAN

Prof. Dr. Berna Binnur Akdede

Sinirbilimler Anabilim Dalı

ÜYE

Prof. Dr. Köksal Alptekin

Sinirbilimler Anabillim Dalı

ÜYE

Doç.Dr.Halis Ulaş

DEÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D

ÜYE

Prof.Dr.Ayşegül Özerdem

Sinirbilimler Anabilim Dalı

ÜYE

Prof.Dr.Can Cimilli

DEÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.

I.İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....i
TABLO DİZİNİ.....iii
ŞEKİL DİZİNİ.....v
KISALTMALAR.....vi
TEŞEKKÜR.....vii
ÖZET.....1
ABSTRACT.....2

1. GİRİŞ VE AMAÇ.....3
1.1. Problemin tanımı ve Önemi.....3
1.2. Araştırmanın Amacı.....3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....3

2. GENEL BİLGİLER.....4
2.1. Şizofreni 4
2.1.1. Tarihçe.....4
2.1.2. Etiyoloji ve Epidemiyoloji.....8
2.1.3. Şizofrenide Tanı Ölçütleri.....11
2.1.3.1. DSM-IV Tanı Ölçütleri.....12
2.1.3.2. ICD-10 Tanı Ölçütleri.....12
2.2. Zihin Teoremi.....13
2.2.1. Tarihçesi.....15
2.2.2. Zihin Teoremi Teorileri.....16
2.2.2.1. Modüler Teori.....16
2.2.2.2. Simülasyon Teorisi.....16
2.2.2.3. Teori-Teori.....16
2.2.3. Zihin Teorisi ve Psikopatoloji.....17
2.2.4. Zihin teoremiyle ilgili beyin bölgeleri.....17
2.3. Şizofrenide Zihin Teoremi.....18

2.4. Şizofrenide Düşünce ve Dil Bozukları.....21
2.5 Zihin Teoremi ve Düşünce-Dil Bozukluklarının İlişkisi.....23

3. GEREÇ VE YÖNTEM ……..27
3.1. Araştırmanın Tipi.....27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....27
3.4. Çalışma Materyali.....28
3.5.Araştırmanın Değişkenleri.....29
3.6. Veri Toplama Araçları.....29
3.7. Araştırma Planı.....32
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi……...33
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....33
3.10. Etik Kurul Onayı…….....33

4. BULGULAR……34
4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler 34
4.2. Hasta Grubunda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki 37
4.3. Hasta Grubunda Ölçekler Arasındaki İlişki.....46
4.4. Sağlıklı Grupta Sosyodemografik Özellikler İle Ölçekler Arasındaki İlişki 53
4.5. Sağlıklı Grupta Ölçekler Arasındaki İlişki 59

5. TARTIŞMA…….61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER……70
7. KAYNAKLAR……71
8. EKLER…….84

III. TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Şizofrenide DSM-IV Tanı Ölçütleri.....11
Tablo 2. Şizofrenide ICD-10 Tanı Ölçütleri.....12
Tablo 3. Hasta ve Sağlıklı Grupların Sosyodemografik Özellikleri.....35
Tablo 4. Şizofreni Hastalarının Klinik Özellikleri.....36
Tablo 5. Cinsiyete göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırılması.....37
Tablo 6. Yaş ile ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişki.....38
Tablo 7. Medeni duruma göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırılması.....39
Tablo 8. İş durumuna göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırılması.....40
Tablo 9. Öğrenim durumuna göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırılması.....41
Tablo 10. Toplam eğitim yılı ile ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişki.....42
Tablo 11. Hastalık süresi ile ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişki.....43
Tablo 12. Tedavisizi hastalık süresi ile ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişki.....43
Tablo 13. İntihar girişimi varlığına göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırılması..44
Tablo 14. Sigara kullanımına göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırılması.....44
Tablo 15. Ölçeklerden elde edilen skorların gruplara göre karşılaştırılması.....45
Tablo 16. PANSS ile DEZİTÖ arasındaki ilişki.....46
Tablo 17. PANSS ile DDÖ arasındaki ilişki.....47
Tablo 18. CALGARİ ile DEZİTÖ Arasındaki İlişki.....47
Tablo 19. CALGARİ ile DDÖ Arasındaki İlişki.....48
Tablo 20. SANS ile DEZİTÖ arasındaki ilişki.....49
Tablo 21. SANS ile DDÖ arasındaki ilişki.....50
Tablo 22. SAPS ile DEZİTÖ arasındaki ilişki.....51
Tablo 23. SAPS ile DDÖ arasındaki ilişki.....51
Tablo 24. DEZİTÖ İle DDÖ Arasındaki İlişki.....53
Tablo 25. Sağlıklı grupta cinsiyete göre ölçeklerden elde edilen puanların karşılaştırılması .54
Tablo 26. Sağlıklı grupta yaş ile ölçekler arasındaki ilişki.....54
Tablo 27. Sağlıklı grupta medeni duruma göre ölçeklerden elde edilen puanların karşılaştırılması.....55
Tablo 28. Sağlıklı grupta iş durumuna göre ölçeklerden elde edilen puanların karşılaştırılması 57

Tablo 29. Sağlıklı grupta öğrenim durumuna göre ölçeklerden elde edilen puanların karşılaştırılması.....57
Tablo 30. Sağlıklı grupta toplam eğitim yılı ile ölçekler arasındaki ilişki 59
Tablo 31. Sağlıklı bireylerde DEZİTÖ ve DDÖ ölçekleri arasındaki ilişki 60

IV. ŞEKİLLER DİZİNİ

Çalışmada şekil kullanılmamıştır.

V. KISALTMALAR

DSM .....Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

ICD .....Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflaması

APA.....Amerikan Psikiyatri Birliği

PANSS.....Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

SANS.....Andersen Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

SAPS.....Andersen Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

CŞDÖ.....Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

DDÖ.....Düşünce-Dil Ölçeği

DEZİTÖ..... Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği

ZK.....Zihin Kuramı

VI. TEŞEKKÜR

Bu çalışmayı tamamlamamda emeği geçen herkese teşekkürlerimi iletmek istiyorum:

Öncelikle, DEU Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı değerli danışman hocam Prof. Dr. Berna Binnur Akdede'ye, yüksek lisans eğitimim ve bu çalışmayı yürüttüğüm süre boyunca kıymetli fikirlerini, bilgilerini, deneyimlerini benimle paylaştığı, her daim destek olduğu, kararlarımda her zaman yanımda olduğu, sadece bu çalışmayı yürütmemde ve bu tezi yazmamda değil, iyi bir araştırmacının nasıl olması gerektiğini bana öğrettiği, akademik paylaşımlarımız dışında hayata dair paylaşımlar da yapabildiğimiz için en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Değerli hocam Prof. Dr.Köksal Alptekin'e birlikte yaptığımız tüm beyin fırtınaları için, bana aktardığı tüm özgün bilgiler için, yurtdışında araştırma yapabilmem adına bana sunduğu fırsatlar için ve en önemlisi bunu yapabileceğime güvendiği için, Dokuz Eylül Üniversitesinde yüksek lisansa başlamamda ve bu çalışmayı yapmamda desteğini esirgemediği için çok teşekkür etmek istiyorum.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca benimle tüm bilgi ve deneyimlerini paylaşan Prof. Dr. Şermin Genç'e, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem'e, Prof. Dr. Tunç Alkın'a, Prof. Dr. Görsev Yener'e, Prof. Dr. Can Cimilli'ye, Doç. Dr. Ahmet Topuzoğlu'na, Doç.Dr. Halis Ulaş'a kısaca isimlerini yazamadığım tüm DEU çalışanlarına, hocalarıma, psikiyatri asistanlarına, kısaca DEU ailesine bana kattığı her değer için teşekkür ederim.

Eğitimimin ikinci yılını geçirdiğim Bochum Ruhr Üniversitesi'ndeki çok değerli hocam Prof. Dr. Dr. h.c. Onur Güntürkün'e bana kazandırdığı farklı bakış açısı, araştırma ruhu için ve en önemlisi ilham kaynağı olduğu için, bana güvendiği ve önemli sorumluluklar verdiği için özel bir teşekkür etmek istiyorum. Ayrıca diğer özel bir teşekkürü de Dr. Emre Ünver'e beni doktora çalışmasına dahil ettiği için ve bana öğrettiği her şey için iletmek istiyorum.

Almanya'da eğitimim sırasında Psikiyatri Hastanesinde stajyer araştırmacı olarak kabul edilmemi sağlayanlardan Dr. Cumhur Taş'a ve beni kabul eden Prof. Dr. Martin Brüne' ye bana kazandırdığı araştırma disiplini, desteği, yaptığımız toplantılardaki bilgi paylaşımları, en önemlisi de makalelerini takip ettiğim ve bu makaleleri okurken kendisiyle çalışmayı hayal ettiğim dönemlerde bu hayalimi gerçekleştirmemi sağlayıp beni yanına aldığı için teşekkürü borç bilirim.

Çalışmamız boyunca yaptığımız karşılıksız, içten işbirliği için Psikolog Özge Akgül, Dr. Onur Küçükçoban, Psikolog Berna Yalınçetin'e en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde en önemli katkıyı sağlayan, bana saatlerini ayıran hasta grubuna ve tüm katılımcılara sabırları ve özverileri için binlerce kez teşekkür ediyorum.

Bu süreçte yanımda olan ve beni motive eden başta Dt. İlker Acar, Psikolog Sinem Tuncer, Tasarımcı Damla İtemünlü ve tüm dostlarıma çok çok teşekkür ediyorum.

Erasmus deneyim sırasında tezimi yazmam için beni her daim motive eden Sevtap Yıldırım ve Özlem Göreci'ye de en içten teşekkürlerimi iletiyorum. Hayatımın en unutulmaz yıllarından birini daha da güzelleştirdikleri için, hayatıma kattıkları her farklı renk için teşekkürler...

Eğitim hayatımın şekillenmesinde en önemli temelleri attığım, hayata dair değerleri kazandığım, mezunu olduğum ve yüksek lisans eğitimim sırasında ilk iş hayatı adımımı da atmama destek olan eğitimim sırasında bünyesinde çalıştığım sevgili Gelişim Koleji ailesine de teşekkür ediyorum.

Üniversite Lisans eğitimimi tamamladığım; bilimin, sanatın her dalının, doğanın, hayvanların, çevre duyarlılığının, farklılıklara saygının, barışın, bilginin, araştırmanın, kitabın, kağıdın, ağacın önemini kısaca insan olmanın gerekliliğini kalbimin derinliklerine işleyen ikinci evim, okulum Bilkent Üniversitesi 'ne bana kattığı her şey için teşekkürler.

Sevgisini ve desteğini hiç eksik etmeyen canım ailem, babaannem Güzin Güneyer, halam Müjde Ercan ve değerli eşi Dr. Çağatay Ercan, amcalarıma ve tatlı eşlerine, Kuzenlerim Leo, Mari ve kuzenlerin en miniği Deniz Efe Ercan'a, kardeşim Psikolog Meltem Karaca ve annem Mürüvvet Kocabıyık'a yanımda oldukları için teşekkür ederim.

Son satırlara sakladığım en değerlilerimden, hayat arkadaşım Mert Karaca'ya bu çalışmayı tamamlarken verdiği motivasyon için ve verdiği yaşam enerjisi için teşekkürler.

Ve Son olarak en kıymetlilerim annem Sevtap Güneyer ve babam Can Güneyer'e, ne zaman ihtiyacım olsa desteklerini esirgemedikleri için, karşılıksız destek verdikleri için, beni tarifi olmayacak kadar çok sevdikleri için sonsuz teşekkür ediyorum…

ŞİZOFRENİDE ZİHİN TEOREMİ VE BU TEOREMİN DÜŞÜNCE-DİL YAPISI İLE İLİŞKİSİ

ÖZET

Damlacan GÜNEYER

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler Anabilim Dalı

damla_guneyer@hotmail.com

Tez danışmanı: Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE

Amaç: Şizofreninin önemli belirtilerinden olan Düşünce ve Dil bozuklukları, düşünce içeriğinin garip ve alışılmadık olması, konuşmada gözlemlenebilen bozuklukların olması özellikleriyle açıklanabilir. Düşünce-Dil alanında işlevselliğin azalması da şizofreni hastalarının zihin kuramı ile ilgili yaşadıkları zorluklar gibi günlük iletişimlerini ve iletişimde oldukları kişiler arasında bilgi paylaşımını engelleyen etmenlerden biridir. Bu çalışmanın amacı; şizofreni hastalarının zihin kuramı ve düşünce ve dil ölçeklerinde aldıkları puanları, sağlıklı gönüllülerin performansları ile karşılaştırmak ve zihin teorisi ile düşünce-dil yapısı arasındaki ilişkiyi incelemek.

Yöntem: Çalışmaya, DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulmuş 46 hasta ile 46 sağlıklı gönüllüden oluşan örneklem alındı. Hastalara Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Andersen Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS) ve Andreasen Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS), Calgary Şizofrenide Depresyon ölçeği (CŞDÖ), Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZİTÖ), Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Şizofreni hastaları ile sağlıklı gönüllüler arasında Zihin Teoremi Ölçeği ve Düşünce-Dil Ölçeği sonuçları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca hastalarda Zihin Teoremi ölçeği ve Düşünce-Dil ölçeği sonuçları incelendiğinde bu iki ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Şizofreni hastalarının Zihin Teoremi ölçeği ve Düşünce-Dil ölçeğinden aldıkları puanlar, sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırıldığında, hastaların sağlıklılara göre performansının daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca, Zihin Teoremi ölçeğindeki performansı düşük olan hastaların Düşünce-Dil ölçeğindeki performansları da düşük bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, Zihin Teoremi, Düşünce-Dil Yapısı

THE RELATIONSHIP BETWEEN THEORY OF MIND AND STRUCTURE OF THOUGHTS-LANGUAGE IN SCHIIZOPHRENIA

ABSTRACT

Damlacan GÜNEYER

Dokuz Eylul University Institute of Health Sciences Department of Neuroscience damla_guneyer@hotmail.com

Supervisor: Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE

Objective: Thoughts and Language impairments, the important indications of Schizophrenia, can be described by the features which occur as unusual content of thoughts, observable impairments in language. Reduction in thoughts and language functions is also a factor that affects the daily communication and prevents sharing of knowledge among individuals like the difficulties in Theory of Mind tasks that patients go through. The aim of this study is to compare the scores of Theory of Mind and Thought and Language scales between healthy and schizophrenia patients, and to analyze the relationship between these two scales.

Method: The study was carried out with the sample consists of 46 healthy participants and 46 patients diagnosed with schizophrenia according to DSM IV. The patients were assessed with Positive and Negative Syndrome Scale, Andreasen Negative Symptoms scale, Andersen Positive Symptoms scale, Calgary Depression Scale for Schizophrenia, Dokuz Eylül scale of Theory of Mind, Thoughts and Language scale.

Results: Statistical significance was found between the patients and the healthy controls regarding the scores of Theory of Mind and Thoughts and Language scales. There is a significant correlation between Theory of Mind and Thoughts and Language scales ($p<0.05$)

Conclusion: The scores of schizophrenia patients in Theory of mind and Thoughts- Language scales compared with healthy participants demonstrate that performance of patients were lower than the healthy. It has been found that patients who have low performance at Theory of Mind scale have also low performance at Thoughts-Language scale.

Key Words: Schizophrenia, Theory of Mind, Thoughts- Language Structure

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni biliş, duygu, algı ve davranışın diğer bileşenlerinde bozulmalar ile giden, işlevsellikte bozulmaya neden olan, çoğunlukla şiddetli seyreden, uzun süren ve belirtileri farklılık gösterebilen klinik bir sendromdur. Sıklığı ve yaşam boyu yaygınlığı dünya genelinde benzerdir (Buchanan ve Carpenter, 2005). Görülme sıklığı erkeklerde kadınlara oranla yaklaşık 1.5 kat daha fazla olup insidansı ise yüz binde 0.7-1.4, yaygınlığı %1 civarındadır (Lauriello ve ark., 2005). Genel itibariyle tedaviye iyi yanıt vermeyen, ağır yeti kaybına yol açan, süreğen bir hastalık olup çoğunlukla akut alevlenmeler ve kısmi düzelme dönemleri ile seyreder.

Şizofreninin en önemli belirti ve bulgularından birisi düşünce ve dil bozukluklarıdır. Şizofrenide gözlenen düşünce ve dil bozuklukları şizofreninin en önemli ve en az anlaşılmış özellikleri arasında yer almaktadır (Godberg ve ark., 1998; McGuire ve ark., 1998; Liddle ve ark., 2002). Son yıllardaki çalışmalar bu konu üzerine yoğunlaşmıştır. Şizofrenide görülen düşünce bozukluğu; düşünce, dil süreçleri ve sosyal bilişteki anormallikleri kapsamaktadır (Thomas ve Frazer, 1994).

Şizofreni hastalarında düşünce ve dil bozukluklarının değerlendirilmesi amacıyla Andreasen tarafından 1979'da Düşünce, Dil ve İletişim Ölçeği (Thought, Language and Communication Scale = TLCs), Johnston ve Holzman tarafından Düşünce Bozukluğu Ölçeği (Thought Disorder İndex, TDI) ve 2002'de Liddle tarafından Dil ve Düşünce Ölçeği (Thought and Language Index, TLI) geliştirilmiş olup (Ulaş ve ark., 2007) bu ölçeklerin kullanıldığı çok sayıda çalışmada şizofreni hastalarında düşünce ve dil bozuklukları gösterilmiştir.

Yapılan çalışmaların çoğunda şizofrenideki sosyal biliş alanlarındaki bozukluğun sosyal işlevsellikte bozulmayla alakalı olduğu gösterilmiştir (Addington ve ark., 2006; Hofer ve ark., 2009). Sosyal işlevsellikte sosyal bilişin önemli bir yordayıcı olduğunun ortaya konmasının ardından "Zihin Teoremi" (ZT) becerileri ile sosyal işlevsellik, düşünce ve dil bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar da artış göstermiştir.

Bu çalışmada şizofreni hastalarının zihin kuramı becerilerinin sağlıklı gönüllülere kıyasla daha düşük olması hipotez edilmiştir. İkincil hipotez ise hastaların düşünce ve dil ölçeğinde gösterdikleri performansın sağlıklılara göre daha düşük olmasıdır. Diğer bir hipotez hastaların zihin teoremi ölçeğinde gösterdikleri performans ile dil düşünce ölçeğinde gösterdikleri performans ve bunların klinik ölçeklerle arasında ilişki beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni, insanın düşünce, algı, duygulanım ve davranışlarında bozukluklar ile seyreden, kişinin kendisinin ve çevresindekilerin hayatı üzerinde önemli etkilere sahip olan, etiyolojisi tam olarak belirlenmemiş, farklı klinik görünümlere sahip olan, kronik ve şiddetli seyreden ruhsal bir bozukluktur (Öztürk, 1997).

Kişiliği meydana getiren öğelerde ve kişiliğin bütününde dağınıklık, düzensizlik ve parçalanma gibi durumlar şizofrenin temel özellikleridir. Hastaların düşünce ve konuşmalarında, duygularını ifade etmesinde, davranışlarında, yüz ifadelerinde, yürüyüşlerinde ve karşılıklı ilişkilerinde düzensizlik ve dağınıklık söz konusudur (Kültür ve Mete, 1997).

Şizofreni insana acı veren, zorlayıcı ve karmaşık bir psikiyatrik bozukluk olup hastalığın temel belirtileri hastalar arasında farklılık arz etmektedir. Şizofreni semptomları arasında varsanılar, dezorganize konuşma ve davranış, uygunsuz duygulanım, bilişsel kayıplar ve psikososyal işlevsellikle bozulma yer almaktadır. Belirtilen bu semptomların başlangıcı olguların büyük bölümünde sinsi olup genel olarak yavaş yavaş gelişen sosyal geri çekilme, azalmış ilgi ve merak, tuhaf davranışlar, dış görünüş ve hijyende değişiklikler, bilişsel fonksiyonlarda değişiklikler ile karakterize prodromal bir dönem gözlenir. Semptomların görünümü zamana ve kişiye bağlı olarak farklılık göstermekle beraber hastalığın etkisi daima ağır ve kalıcıdır (Öztürk, 1997).

2.1.1. Tarihçe

Şizofreni, oldukça eski bir tarihe sahip olup pek çok yazılı metinde bu hastalıktan söz edilmektedir. İlk olarak İ.Ö. 1400 yıllarından kalmış Hint Veda yazılı metinlerinde, daha sonra Çin kaynaklarında, eski Yunan mitolojilerinde ve kutsal kaynaklarında günümüzde şizofreni olarak nitelendirilebilecek örneklerden söz edilmektedir. Belirtilen bu kaynaklarda tanımlanan ve tasvir edilen kişiler genel olarak şeytana ya da kötü ruhlara tutulmuş kişiler veya büyücüler olarak nitelendirilmiştir (Kültür ve Mete, 1997; Işık, 2006).

Ruhsal bozuklukları tıbbi bir durum olarak ele alıp sınıflayan kişi Hipokrat'tır. Hipokrat, zihin yozlaşmasıyla neticelenen dağınık ya da heyecanlı düşünce şekilleri gösteren

durumlar için "*paranoia*" terimini kullanmıştır. Hipokrat sonrası eski Yunan hekimler şizofreni benzeri ruhsal hastalıklar tanımlamışlardır (Erkoç, 1998).

Ortaçağda Allah'ın gazabına uğradığına, şeytanın ya da kötü ruhların esiri olduğuna inanılıp işkenceye maruz kalan, yakılarak öldürülen ve uzak bölgelere sürgün edilen akıl hastalarının büyük çoğunluğunu şizofreni hastaları oluşturmaktadır (Sadock ve Sadock, 2007).

19. yüzyılın başlarında Fransa'da Philippe Pinel, büyücülük veya kötü ruhların varlığı gibi kavramları reddederek akıl hastalıklarına yol açan nedenlerin bilimsel olarak araştırılmasına ve akıl hastalarının insani koşullar altında tedavi edilmesine öncülük etmiştir. Pinel, akıl hastalarının özel kurumlarda ve bu konuda uzman çalışanlar tarafından tedavi edilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Pinel aynı zamanda günümüzde şizofreni ve duygudurum bozukluğu olarak sınıflandırılan klinik tabloları detaylı bir şekilde tanımlamıştır (Erkoç, 1998; Işık, 2006).

John Haslam, 1810'da "Deliliğe Dair İllüstrasyonlar" isimli eserinde gençlik döneminde başlayan, içe kapanma ve düşünce bozukluğu gibi durumlarla seyreden, günümüzde şizofreni olarak değerlendirilebilecek psikotik bir hastasından söz etmiştir. Günümüzde halen bazı İngiliz psikiyatristlerce şizofreni, *"Pinel-Haslam Sendromu"* olarak adlandırılmaktadır (Işık, 2006).

Bénédict Augustin Morel, genç erişkin ve gençleri etkileyen dejeneratif, gittikçe ağırlaşan ve kalıtsal bir sendrom tanımlamış olup bunu Latince erken bunama anlamına gelen "*démence précoce*" olarak isimlendirmiştir (Öztürk, 1997).

Karl Ludwig Kahlbaum, negativizm, edilgenlik, verbigerasyon, stupor gibi belirtiler gösteren, katı postür ve mutizm ile karakterize durumlardan bahsederek bu tablolara "*katatoni"* (Latince: catatonia; catatonus=aşağı çekilme) ismini vermiştir (Öztürk, 1997; Erkoç, 1998).

19. yüzyılın sonlarına kadar paranoid durumlar, katatoni, hebefreni ve démence précoce gibi birbirinden farklı akıl hastalıkları olarak düşünülmekte iken ilk olarak Emil Kraepelin, erken başlangıç yaşı ve yozlaşma ile sonlanmaları gibi ortak özelliklere sahip olmalarını dikkate alarak gerçekte bunların tek bir hastalığın farklı klinik görünümleri olduğunu ifade etmiş ve bu tabloları "demantia praecox" adı altında bir araya getirmiştir. Psikiyatrik hastalıkları sonlanımlarına göre, yozlaşma gösterenler ve göstermeyenler şeklinde

iki grup altında toplayarak günümüzdeki psikiyatrik sınıflandırmanın temellerini atan Kraepelin, dementia praecox terimi ile hastalığın başlangıç ve sonlanımını vurgulamış, çeşitli hastalarda belirti ve bulguların farklılık arz ettiğini, ancak süreğen bir seyir ve kötü bir sonlanımın bu hastalığın temel özelliği olduğunu ifade etmiştir (Öztürk, 1997; Erkoç, 1998; Işık, 2006; Ebert ve ark., 2003). Kraepelin'in hastalıkla ilgili görüşlerini geliştiren ve tanımlamaları değiştiren Eugen Bleuler, betimleyici yaklaşım ile yetinmeyip hastalığa ilişkin zihinsel süreçleri de araştırmıştır. 1911 yılında yayınladığı "*Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu*" isimli eserinde, Kraepelin'in sandığı gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve tanımladığı gibi neticelenmesinin zorunlu olmadığını, bunun yalnızca çok ağır vakalarda gözlendiğini ifade etmiş; hastalık sürecinde en önemli hususun kişinin ruhsal hayatındaki yarılma olduğunu belirtmiş, hastalığa aklın bölünmesi, yarılması anlamına gelen "şizofreni" ismini önermiştir. Hastalığın belirti ve bulguları üzerine odaklanan Bleuler, şizofreniye has olan belirtileri tanımlamaya çalışmış ve farklı klinik tabloların temel belirtilerini 4 temel başlık altında toplamış olup Bleuler'in bu başlıkları klasik psikiyatride "4A Belirtisi" olarak bilinmektedir. Beluler'in temel belirtileri aşağıdaki gibidir (Erkoç, 1998; Ceylan ve Çetin, 2005; Işık, 2006):

- Autizm (Otizm)
- Assosiasyon (Çağrışım) bozukluğu
- Affekt (Duygulanım) bozukluğu
- Ambivalans

Amerikalı psikiyatrist Adolph Meyer, Kraepelin ve Bleuler'in görüşlerinden farklı olarak şizofreninin kişinin fiziksel-biyolojik, psikolojik ve toplumsal faktörlerden etkilenmesi neticesinde ortaya çıkan, çeşitli yaşam streslerine karşı birer tepki olarak ortaya çıktığını savunmuş olup bu sendromu da "şizofrenik sendrom" olarak adlandırmıştır (Sadock ve Sadock, 2007).

Alman filozof ve psikiyatrist Karl Theodor Jaspers, 1913 yılında yayınladığı "Genel Psikopatoloji" isimli eserinde şizofreninin ayırt edici özelliğinin şizofrenik hastanın anlaşılamazlığının olduğunu ve psikoz ölçütü olarak da hastalık belirtileri ile hastalıktan önceki yaşam esnasında anlamlı bir ilişki kurulamamasını ileri sürmüştür (Erkoç, 1998).

Harry Stuck Sullivan, şizofrenide hem semptom hem de bir neden olarak sosyal izolasyonun varlığını vurgulamış, erken bebeklik döneminde bilhassa yetersiz annelik olmak

üzere anne-bebek ilişkisinde meydana gelen sapmaların önemini vurgulayarak şizofrenin parçalanma ve karmaşadan kaçınmak için kullanılan adaptif bir strateji olduğunu ifade etmiştir (Sadock ve Sadock, 2007).

1930'larda bazı araştırmacılar şizofreni belirtisi gösteren bir grup psikozun başlangıç şekli, belirtileri ve farklı seyirden ötürü şizofreni grubundan ayrı olarak ele alınması gerektiğini ifade etmişlerdir. Karl Leonhard'ın "sikloid psikozlar" ve Gabriel Langfeldt'in "şizofreniform psikozlar" adı altında gruplandırdıkları bu bozuklukların şizofreniye nazaran daha iyi prognoza sahip oldukları, farklı semptomoloji ve genetik özelliklere sahip olduğu belirtilmiştir. Langfeldt'e göre gerçek şizofreni tanısı için sinsi bir başlangıç, giderek kötüye giden bir seyir, kişilik gelişiminde parçalanma, duygulanımsal küntlük ve tuhaf davranış, katatonik stupor ya da eksitasyon, paranoid olgularda gözlenen birincil sanrılar, otizm, depersonalizasyon, derealizasyon ve gerçek dışılık duygularının olması gerekmektedir (Erkoç, 1998; Ceylan ve Çetin, 2005). Aynı dönemlerde Kurt Schneider, şizofreninin tanımlanmasında fenomenolojik bir yaklaşım benimseyerek şizofreniye has belirtileri tanımlamaya çalışmıştır. Schneider, belirtilen kümelenmesi ve sıklığına dayanarak patognomik olduğu ileri sürdüğü bazı kriterleri tanımlamış olup bunları "birincil sıra belirtiler" olarak ifade etmiştir. Schneider'in birincil sıra belirtileri olarak adlandırdığı belirtiler aşağıdaki gibidir (Erkoç, 1998; Ebert ve ark., 2003; Işık, 2006):

- Somatik edilgenlik
- Düşünce çalınması, sokulması, yayınlanması
- Hezeyanlı algılama
- Duygu, düşünce ve dürtülerin dış güçler tarafından etkilenip denetlendiği hissi
- Gerçeklikten uzaklaşma, farkındalık yetkisini yitirme
- İşitsel varsanılar (Kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme, kendisine emir veren, yönlendiren seslerin işitilmesi, kendisiyle kavga eden, tartışan seslerin işitilmesi)

Schneider tarafından tanımlanan yukarıdaki belirtilerin şizofreniye has olduğunun düşünülmesinden ötürü uzun bir zaman dilimi boyunca bu belirtilere sahip olan her hastaya şizofreni tanısı konmuştur. Fakat daha sonra yapılan çalışmalarda bu belirtilerin psikoaktif maddelerin ya da genel tıbbi bir bozukluğun yol açtığı psikotik bozukluklarda ve psikotik özelliğe sahip duygudurum bozukluklarında da görüldüğü gösterilmiş, bu nedenle yukarıda

sıralanan belirtilerin şizofreniye has olmadığı anlaşılmıştır. Yaşanan bu gelişmelere ve yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara karşın Schneider'in tanımlamış olduğu belirtiler günümüzde DSM ve ICD tanı sistemlerini ciddi oranda etkilemiştir (Erkoç, 1998; Ebert ve ark., 2003; Işık, 2006).

1970'lerde Strauss, şizofreni semptomlarının pozitif semptomlar, negatif semptomlar ve ilişkilendirme bozuklukları şeklinde 3 ana grupta toplandığını ifade etmiştir. Carpenter ise Strauss'un belirtmiş olduğu 3 semptom alanını psikotik semptomlar, bilişsel semptomlar ve negatif semptomlar şeklinde sınıflamıştır (Kültür ve Mete, 1997; Soygür ve ark., 2007).

1980'li yıllarda Tim Crow, şizofreninin organik etiyolojisi ve psikopatolojik sürecine yeni bir boyut kazandırmış olup şizofreninin pozitif belirtilerin hakim olduğu Tip-1 ve negatif belirtilerin hakim olduğu Tip-II şeklinde iki ayrı tipi olduğunu ifade etmiştir (Kültür ve Mete, 1997; Ceylan ve Çetin, 2005; Işık, 2006). Crow (2000), konuyla ilgili daha sonraki çalışmalarında şizofreninin primat beyninden insan beynine uzaman uzanan evrimsel süreçte gelişen dil yeteneğiyle beraber ortaya çıktığını ifade ederek şizofreninin gelişmesinde evrimsel sürece vurgu yapmıştır.

Carpenter ve arkadaşları, şizofrenide negatif belirtiler ile karakterize, idiyopatik ve kalıcı bir tablo tanımlamışlar ve bu tabloyu şizofrenide "defisit sendrom" olarak adlandırmışlardır (Soygür ve ark., 2007).

2.1.2. Etiyoloji ve Epidemiyoloji

Şizofreni epidemiyolojisinde son yıllarda genel toplum, ikiz ve evlat edinme, uzun dönemli izlem araştırmaları ve sistematik gözden geçirmeler önemli bilgilerin oluşmasını sağlamıştır. Meta-analiz yöntemlerinin kullanıldığı çalışmalar şizofreni insidansının ve prevalansının toplumlar veya yerleşimler arasında ciddi farklılıklar arz ettiğini ortaya koymuştur (McGrath ve ark.,2004; Saha ve ark., 2005).

Şizofreni ve psikotik bozukluklar göreli olarak toplumun küçük bir bölümünü etkilerken sanrılara veya varsanılara benzeyen düşünce ve algılar ise genel nüfus içerisinde daha yaygındır (Alptekin ve ark., 2009). Bu sebepten ötürü psikozun "var veya yok" şeklinde ikili bir kategorik olgu olarak değil de belirti şiddetinin farklılık gösterdiği bir süreklilik içerisinde dağılım gösterdiğine ilişkin görüş ağırlık kazanmıştır (van Os ve ark.,2009). Sürekliliğin bir ucunda herhangi bir sanrı yahut varsanı benzeri yaşantıya sahip olmayan

bireyler yer alırken diğer ucunda ise psikotik bozukluğa sahip olan hastalar yer almaktadır. İki ucu arasında ise belirtileri farklı şiddetlerde yaşantılayan ancak farklı klinik tanılar alan veya almayan kişiler yer almaktadır (Hanssen ve ark.,2003). Psikoz benzeri yaşantıların büyük bölümü erken yaşlarda ortaya çıkan geçici bir durum olup zaman içerisinde kaybolmaktadır. Fakat gelişimsel olarak ortaya çıkan bu geçici durum kişinin maruz kaldığı ilave çevresel risklerin şiddetine bağlı olarak kalıcı hale gelebilmekte ve devamında da kliniğe yansıyan bozuklukların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (van Os ve ark., 2009).

Toplumlar arasında oransal farklılıkların oluşmasının nedeni, maruz kalınan ek çevresel risklerin derecesi olup söz konusu oransal farklılıkların ilişkili olduğu risk faktörleri arasında kentsel bir yerleşim biriminde doğmak ve büyümek (Krabbendam ve van Os, 2005), birinci veya ikinci kuşak göçmen olmak (Cantor-Grae ve Selten, 2005), doğumda baba yaşının ileri olması (Malaspina ve ark., 2001) ve esrar kullanımı (Murray ve ark.,2007) gibi faktörler yer almaktadır.

Kentsel alanlarda yaşamak ile şizofreni arasındaki ilişki nedensellik özellikleri gösterse de ilişkinin doğasıyla ilgili varsayımlar yeterli değildir (McGrath ve Scott, 2006). Fakat kentsel alanlardaki yerleşim birimlerinin toplumsal yaşantı özellikleriyle şizofreni riski farklılık arz etmektedir (Allardyce ve Boydell, 2006).

Şizofreni riski, aynı etnik kökenden olan göçmenlerin yoğunluğunun düşük olduğu bölgelerde daha yüksek olmaktadır (Veling ve ark., 2008a). Buna benzer bir semt etkisi belirli gruplar içindeki ilişkileri yansıtan toplumsal sermaye ile şizofreni arasında da söz konusudur. Toplumsal sermayenin bileşenlerinden olan toplumsal kontrolün orta düzeyin dışında kaldığı semtlerde şizofreni riski daha yüksek olmaktadır (Drukker ve ark., 2006; Kirkbride ve ark.,2008).

Şizofreni riski bilhassa ikinci kuşak siyahiler arasında daha yüksektir (Cantor-Graae and Selten, 2005). Riskin ikinci kuşağa ait olanlar ve siyahiler arasında daha yüksek olması algılanan ayrımcılığı gündeme getirmektedir. Algılanan ayrımcılık seviyesiyle şizofreni riski arasında paralel bir ilişki olması (Veling ve ark.,2008b) toplumsal dışlanmışlığın önemli bir stresör olarak psikotik belirtilerin öncülü olan bilişsel bozulmaların ortaya çıkmasında etkili olabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde etkin köken kimliği ile olumsuz özdeşim gösteren göçmenlerde şizofreni riski daha yüksektir (Veling ve ark.,2009).

Epidemiyolojik çalışmaların şizofreni etiyolojisine ilave ettiği diğer faktörler arasında erkek cinsiyet (McGrath ve ark.,2004), annenin gebelik sırasındaki folat ve D vitamini depolarının durumu (McGrath ve ark.,2004; Brown ve ark.,2007;) , doğum travması ve bilhassa hipoksiye neden olan doğum kompliksyonları (Cannon ve ark., 2002), gebelik esnasında maruz kalınan antijenler (Brown, 2006), çocukluk dönemi travması ve erken ebeveyn kaybı gibi olaylar (Read ve ark., 2005) yer almaktadır.

Yukarıda verilen bilgiler ışığında şizofreni epidemiyolojisiyle ilgili bilgilere kısaca değinilecektir Şizofreninin nokta yaygınlığı binde 5 dolayında olup hayat boyu morbidite riski ise binde 7'dir (Eaton ve Chen, 2006). Yaşam boyu prevalansı ise %0.5-1 arasında değişmektedir (Harris ve Barraclough, 1998).

ABD'de şizofreninin yıllık insidansının binde 0.3-0.6, yaşam boyu prevalansının ise %1-1.5 olduğu ileri sürülmektedir (Hinterhuber ve Liensberger, 1998; Sadock ve Sadock, 2007). Yakın tarihte gerçekleştirilen iki ayrı çalışma, şizofreninin sıklığının erkek ve kadınlar arasında farklı olduğunu ve erkek/kadın oranın 1.4 olduğunu bildirmiştir (Jablensky ve ark., 1992). Aleman ve ark. (2003), 1980 öncesi yapılan çalışmalarda farkın daha küçük olduğunu, erkek ve kadınlar arasındaki farkın son 30-40 yıllık süreçte daha bariz hale geldiğini, ifade etmişlerdir. Şizofreni sıklığı erkek bireylerde 25-35 yaş arasında, kadınlarda ise 30-40 yaş aralığında pik yapmaktadır (Aleman ve ark., 2003).

Şizofreni sıklığı ve yaşam boyu yaygınlığının bütün dünyada eşit olduğu söylenmesine karşın İsveç, İrlanda ve Hırvatistan'ın bazı bölgeleri ile Kanadalı Katoliklerde yüksek, Tayvan ve Gana'daki bazı kabilelerde is düşük yaygınlık oranları bildirilmiştir. Şizofreni insidansı ise yıllık 100 binde 10-54 olarak bildirilmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007; Işık, 2006).

Şizofreni prevalansının sosyo-ekonomik açıdan düşük seviyedeki bireylerde daha yüksek olduğu; evlilerde bekar ve dullara göre daha düşük olduğu iddia edilmekte, aynı zamanda göç, viral enfeksiyonlar, doğum mevsimi, stres verici yaşam olayları da hastalığı tetikleyici unsurlar arasında kabul edilmektedir (Bonora ve ark., 2004; Boyd ve ark., 1986).

Şizofreni hastalarında ölüm oranı genel popülasyona göre iki kat daha yüksek olup bu hastalarda en başta gelen ölüm nedenleri intihar, kazalar ve diğer hastalıklardır. Bazı araştırmalar, hastaların %80'ininden fazlasında ek bir tıbbi hastalık olduğunu ve bunların yarısından fazlasına tanı konulamadığını bildirmişlerdir (Herman ve ark., 1986; Ford ve ark., 2002)

2.1.3. Şizofreni Tanı Ölçütleri

2.1.3.1. DSM IV tanı ölçütleri

Tablo 1: Şizofrenide DSM IV tanı ölçütleri

A) Karakteristik Belirtiler: Bir aylık bir süre boyunca, bu süreni önemli bir bölümünde aşağıda verilenlerden ikisinin veya daha fazlasının bulunması:

1-Sanrılar (Hezeyanlar)

2-Varsanılar (Halüsinasyonlar)

3-Dezorganize konuşma

4-İleri düzeyde dezorganize veya katatonik davranış

5-Affektif donukluk, aloji veya avolisyon gibi negatif semptomlar

Not: *Sanrılar (hezeyanlar) bizar ise veya varsanılar (halüsinasyonlar) kişinin davranış veya düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden veya iki ya da daha fazla sesin birbirleriyle konuşmasından oluşuyor ise A Tanı Ölçütünden yalnızca bir semptomun bulunması yeterlidir.*

B) Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişiler arası ilişkiler veya kendine bakım gibi işlevsellik alanlarından bir veya daha fazlası, bu bozukluğun başlangıcından itibaren geçen sürenin önemli bir bölümünde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin açık bir şekilde altında kalmıştır. Başlangıcı çocukluk yahut ergenlik dönemine kadar uzanıyor ise kişiler arası ilişkilerde, eğitimle ilgili yahut mesleki başarıda beklenen seviye erişilememiştir.

C) Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri minimum 6 ay süreyle kalıcı oluo bu 6 aylık süre, en az bir ay süre ile A Tanı Ölçütüni karşılayan semptomları içermelidir; prodromal veya rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri içine alabilir. Bu bozukluğun belirtileri prodromal veya rezidüel dönemlerde, yalnızca negatif semptomlarla veya A Tanı Ölçütünde sıralanan iki veya daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle kendilerini gösterebilir.

D) Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun Dışlanması: Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü; ya (1) aktif-evre semptomları ile birlikte aynı zamanda Major Depresif, Manik ya da Mikst Epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif-evre semptomları sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E) Madde kullanımının/genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F) Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi: Otistik Bozukluk ya da diğer bir "Yaygın Gelişimsel Bozukluk" öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa Şizofreni ek tanısı konabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007).

2.1.3.2. ICD-10 tanı ölçütleri

Tablo 2: Şizofrenide ICD-10 tanı ölçütleri

A) Aşağıda (1) numara altında sıralanmış semptom ve belirtilerden en az birisinin ya da (2) numara altında sıralanmış semptom ve belirtilerden en az ikisinin, en az bir ay boyunca devam etmiş olan psikoz atağında zamanın çoğunda görülmüş olması.

(1) Aşağıdakilerden en az birisi

a-Düşüncenin yankılanması, sokulması veya çekilmesi ya da düşüncenin yayınlanması

b-Kontrol edilme, etkilenme veya edilgenlik (passivity) hezeyanları (bunlar ekstremite hareketlerine veya özel düşünce ve eylemlere, duyumlara ait olabilir), hezeyanlı algılama

c-Hastanın davranışına kumanda eden veya hasta hakkında kendi aralarında tartışan işitsel halüsinasyonlar veya vücudun bazı kısımlarından gelen başka tipte halüsinatuar sesler

d-Olması tamamen gayrimümkün (örneğin havayı kontrol etmek veya başka dünyalardan gelenlerle ilişki içinde olmak gibi) ve kültüre uygunsuz nitelikte devamlı hezeyanlar.

(2) veya aşağıdakilerden en az ikisi.

a-Herhangi bir affektif içeriği olmayan hezeyanlarla (geçici ya da yarı şekilli) veya sürekli aşırı değerlilik fikirleriyle birlikte giden en az bir ay süreyle her gün görülen herhangi bir modalitedeki (işitsel, görsel, dokunsal v.b.) devamlı halüsinasyonlar

b-Neolojizm; ilgisiz ya da enkoheran bir konuşmaya neden olan düşüncenin devamlılığındaki kopuşlar

c-Balmumu yumuşaklığı, negativizm, mutizm, postür alma (posturing), stupor, galeyan hali (excitement) ve balmumu yumuşaklığı (waxy flexibility) ile giden katatonik davranış

d-Apati, konuşma fakirliği, emosyonel cevaplarda uygunsuzluk veya körelme (nöroleptik tedavisine veya depresyona bağlı değildir) gibi "negatif" belirtiler

B) Eğer hasta manik epizod veya depresif epizod kriterlerini karşılarsa yukarıdaki A1 ve A2 kriterlerinin mizaç bozukluğu gelişmeden daha önce bulunması gerekir.

C) Bozukluk, organik beyin hastalığına, alkol veya ilaç entoksikasyon, bağımlılık ya da yoksunluğuna bağlı değildir (Dünya Sağlık Örgütü, 1993).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ICD-10 tanı kılavuzunda şizofreni tanı kriterleri DSM-IV'e büyük ölçüde benzemekle beraber DSM-IV'ten farklı olarak şizofreni tanısı için psikotik belirtilerin bir aydır devam ediyor olmasının yeterli olduğu kabul edilmekte, 6 aylık süre şartı bulunmamaktadır. Fakat tipik şizofreni belirtileri ortaya çıkmadan önce prodromal bir dönemin olabileceği kabul edilmektedir. ICD-10'da aynı zamanda işlevsellikte bozulma şizofreni için bir tanı ölçütü değildir (sosyal veya mesleki performansta belirgin bozulma oluşturan basit şizofreni dışında) (Dünya Sağlık Örgütü, 1993).

2.2. Zihin Teoremi

Zihin Teoremi yetisi, bireyin kendi zihni ve başkalarının zihinlerinde gelişen duygu, düşünce, inanış ve istek gibi durumları "çıkarsama yetisini" ifade eden ve bireylerarası bağlamda kavramlaştırılan bir özelliktir. Zihin Teoremi (ZT) terimi ile, gerçekte bilinçli olarak düşünülen bir kuramdan söz edilmemektedir; ZT, zihinsel durumlarla ilgili atıflar yapabilen otomatik bir yetiyi ifade eden bir terimdir.

Karşımızdaki kişilerin duyguları, düşünceleri, inanışlarıyla ilgili çıkarımlarda bulunabilmek için çeşitli ipuçları, istemsiz ve otomatik olarak kullanılır. Duygularını fark etmek için karşıdakinin öncelikli olarak yüz ifadesi, ses tonu, vücut hareketleri incelenir. İstek, amaç ve niyet de yine vücut hareketleri, gözlerin bakış yönü gibi bilgiler ile anlaşılabilir. Karşımızdakinin inanışlarıyla ilgili bir fikir sahibi olmak için de yaşantılar ve deneyimler ile yeni bilgiyi birlikte düşünerek aktif bir süreç olarak kullanırız (Wimmer ve ark., 1998).

ZT'nin gelişimsel açıdan aşağıdaki gibi 3 basamağı olduğu düşünülmektedir:

1. *Birinci derece zihin teoremi işlevi:* 4-5 yaşlarında gelişmekte olup başkalarının yanlış düşüncelerini kavrama becerisine işaret eder (Wellman, 1990). Son dönemde 12-15 aylık infantların dahi sosyal olayları bakışlarıyla takip ettikleri, bu durumun da örtük zihinselleştirme diğer bir ifadeyle mentalizasyon kabiliyeti gerektirdiği gösterilmiştir (Onishi ve Baillargeon, 2005).
2. *İkinci derece zihin teoremi işlevi***:** 6-7 yaşlarında gelişmekte olup düşünce hakkındaki düşünce olarak kavramlaştırılabilir. Bir kişinin, "başka bir kişi hakkındaki yanlış düşüncesine ilişkin bizim düşüncemiz", ikinci derece zihin teoremini ifade eder (Perner ve Davies, 1991).
3. *Üçüncü derece zihin teoremi işlevi:* 9-11 yaşlarında gelişmekte olup pot kırmayı fark etme ve imayı anlama becerilerini içerir. Pot kırmayı fark etme, başka birinin uygunsuz davranması yahut yanlış bir şey söylemesi halinde diğer kişinin kendisini küçük düşmüş hissedeceğini kavrama yetisidir. Dolayısıyla bu özellik empatiyi de içine almaktadır (Stone ve ark., 1998). İmayı anlama ise, bir konuşma içerisinde dolaylı olarak ifade edilen gerçek niyetin farkına varabilme kabiliyeti olup bu bilgi, karşıdakinin ima yoluyla gerçekte ne söylemek istediğini, yani neti ima ettiğini çıkarsama yaparak elde edilir (Corcoran ve ark., 1995). Sosyal konuşma esnasında da konuşulan hususun literal içeriğine ilaveten karşımızdakilerin zihinsel durumlarını, diğer bir deyişle ne hissettiklerini, ne düşündüklerini, ilgi gösterip göstermediklerini devamlı olarak takip halinde oluruz. Günlük konuşmalar içerisinde konuşulan dilin barındırdığı gaf, ironi, metafor gibi kavramlar da zihin kuramı yetisiyle ayrımlanır.

2.2.1. Tarihçesi

ZT terimi ilk olarak 1978'de primatolog ve psikolog olan Premack ve Woodruff tarafından, şempanzelerin aynı türden canlıların zihinsel durumlarını anlayabilme kabiliyetlerinden söz ettikleri çalışmada kullanılmıştır (Brüne ve Brüne-Cohrs, 2006). Adı geçen bilim adamları, şempanzelerin sosyal ortamda zihinsel olarak insanlara benzer şekilde türdeşlerinin isteklerini, inançlarını ve tutumlarını anlayıp, tepkilerini buna göre verim vermedikleri sorusunun cevabını araştırmışlar fakat bu soruya açık bir şekilde yanıt bulamamışlardır. Bu çalışma üzerine yapılan diğer pek çok çalışmada insan haricindeki türlerde zihinselleştirme yetisinin varlığı araştırılmış fakat gelinen noktada bunun diğer sosyal-bilişsel becerilerle beraber insanların sahip olduğu önemli bir yeti olduğu düşünülmüştür (Stone ve ark., 1998).

Premack ve Woodruff'un bu alanda yapmış olduğu önemli katkılardan sonra diğerlerinin zihinsel durumunu yordamaya gönderme yapan pek çok farklı tanım yapılmış olup benzer durumu tanımlamak için zihinselleştirme, mentalizasyon, metareprezentasyon, zihin okuma ve ötekinin zihnini anlama gibi farklı terimler kullanılmıştır.

Baron-Cohen ve ark. (1985), ZT'yi kişinin diğer insanların isteklerini, inançlarını ve duygularını anlayabilme şeklinde tanımlamış, bunun kişilerarası iletişimce önemli bir sosyal yeti olduğunu ifade etmiş ve otistik çocuklarda ZT becerilerinde bozulma olduğunu göstermiştir.

Leslie (1987), ZT'yi küçük çocuklardaki zihinsel bakış açısının gelişimini tanımlamak üzere kullanmış, ontogenetik gelişim sürecinde gerçeklikten ayrıştırılan hayali durumların temsiline dayalı bir mekanizma ile var olduğunu ileri sürmüştür.

Youmans (2004), ZT'yi inançlar, niyetler ve istekler gibi durumları temsil etme kabiliyeti şeklinde tanımlamış; bireyin belirtilen bu soyut temsilleri kendi hareketlerini ve inançlarını oluşturma ve bunlara kılavuzluk etmede kullandığını ifade etmiştir.

Farklı terim ve tanımlamalarının bulunmasının, ZT'nin pek çok farklı süreci yansıtabileceğinin bir göstergesi olabileceği savunulmaktadır (Harrington ve ark., 2005).

2.2.2. Zihin Teoremi Teorileri

Günümüzde geçerli olan ve farklı nöral mekanizmalar ile ilişkili 3 temel ZT teorisi bulunmakta olup bunlar gelişim psikolojisinin farklı kuramlarından esinlenilerek oluşturulmuştur (Youmans, 2004). Bu teoriler aşağıda başlıklar halinde kısaca açıklanmıştır.

2.2.2.1. Modüler Teori

Modüler teori, beyinde sosyal bilişe ilişkin bilginin işlendiği ayrı bir ZT modülü bulunduğunu iddia etmektedir. Youmans'a (2004) göre ZT, diğer bilişsel fonksiyonlardan farklı bir yeti olup bu yeti için özgül nöral mekanizmalar söz konusudur. Bu teorinin savunucuları beyin bölgelerinin gelişmesine bağlı olarak ZT becerilerinin geliştiğini savunmaktadırlar (Youmans, 2004; Brüne ve Brüne-Chors, 2006).

2.2.2.2. Simülasyon Teorisi

Simülasyon teorisine göre kişiler, sahip oldukları zihinsel durumları simülasyon vasıtasıyla diğerlerinin zihinsel durumlarını anlamak için kullanırlar. Buna göre birey, kendini zihinsel olarak yerine koyduğu diğer bireylerin bakış açısından gerçekliği yorumlamakta, bu yorumlamaya bağlı olarak kendini yerine koyduğu bireyin mevcut durumda ne yapacağını ve nasıl davranacağını çıkarsamaya çalışır. Simülasyon teorisi ZT'ye has ayrı bir nöroal yapıdan ziyade genel perspektif alma kabiliyetini destekleyen nöral yapılar olduğunu iddia etmektedir (Youmans, 2004; Brüne, 2005).

2.2.2.3. Teori-Teori

Teori-teori görüşüne göre kişiler doğuştan ZT kabiliyetine sahip olup bu kabiliyet zamanla gelişerek nitelik açısından da farklılaşmaktadır. Bu görüş ZT'nin gelişmesinde kişisel deneyimin önemli paya sahip olduğunu savunmaktadır. Teori-teori görüşü ZT'nin varoluş biçimi açısından modüler teori ile benzerlik arz etmekle beraber modüler teorinin aksine ZT'ye has bir nöral mekanizma varlığının olduğunu iddia etmemekte ve simülasyon teorisine benzer biçimde daha genel çıkarım yapma becerilerini destekleyen nöral yapılar olduğunu iddia etmektedir (Youmans, 2004; Brüne ve Brüne-Chors, 2006).

2.2.3. Zihin Teorisi ve Psikopatoloji

ZT becerilerindeki bozulmanın pek çok psikopatolojik durum ile ilişkili olduğu, bilhassa da sosyal etkileşim ve iletişim alanlarında sorunlarla beraber olduğu gösterilmiştir (Brüne ve Brüne-Chors, 2006). İlk olarak Baron-Cohen ve ark. (1985) tarafından gerçekleştirilen çalışmada otistik çocuklarda zihinsel durumları temsil etmede yetersizlik söz konusu olduğu, otizmin temel belirtilerinden iletişim ve sosyal etkileşimdeki sorunların ZT bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Adı geçen araştırmacıların yapmış olduğu bu çalışmanın ardından yaygın gelişimsel bozukluklar ile ZT becerileri arasındaki ilişkiyi incelemek üzere çok sayıda çalışma gerçekleştirilmiştir (Tager-Flusberg, 2007). Daha sonra ZT beceriler ile duygudurum bozuklukları, frontal lob lezyonları, frontotemporal demans, Alzheimer demansı, antisosyal kişilik bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu, şizofreni gibi klinik durumlarda ZT becerilerinde bozulmaların olduğunu gösteren pek çok çalışma yapılmıştır (Brüne, 2001; Kerr ve ark., 2003; Richell ve ark., 2003; Bora ve ark., 2005; Murphy, 2006; Fertuck ve ark., 2009).

2.2.4. Zihin Teoremiyle İlgili Beyin Bölgeleri

ZT becerilerinin beynin hangi nöral mekanizmalar ile ilişkili olduğunu ortaya çıkarmak adına pek çok çalışma gerçekleştirilmiştir (Gallagher ve Frith, 2003). İlk olarak maymunlar üzerinde yapılan araştırmalarda tanımlanan "ayna nöron"ların taklit ve zihinselleştirme kabiliyetleri ile ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Öncelikli olarak maymunda premotor kortekste keşfedilen ayna nöronların maymunların el hareketi yaptığında ve aynı hareketin başka birisi tarafından yapılması halinde aktive olduğu gözlenmiştir. İnsanlarda Broca alanına denk gelen ve dil becerisinin gelişimiyle alakalı olduğu düşünülen bu bölgede ve başka alanlarda da varlığı tespit edilen ayan nöronların başkalarının zihinsel durumlarını temsilleştirebilme becerisiyle alakalı temel mekanizmayı meydana getirdiği düşünülmüştür (Gallese ve ark., 1996).

Ayna nöronların ZT kabiliyetleriyle ilişkisi ve ZT kabiliyetleri ile ilişkili nöroanatomik bölgeleri incelemek üzere gerçekleştirilen pek çok nörogörüntüleme çalışması söz konusudur (Grezes ve Decety, 2001). Konuyla ilgili olarak gerçekleştirilen bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar, beyinde pek çok bölgenin katkıda bulunduğu geniş bir nöral ağın ZT kabiliyetlerinin temelindeki mekanizmayı meydana getirdiği düşünülmektedir.

Öncelikli olarak kişinin kendisinin ve başkalarının zihinsel durumlarını temsilleştirmesi sırasında benzer ya da farklı beyin bölgelerinin mi rol oynadığı sorusu konuyla ilgili olarak gerçekleştirilen çalışmalar sayesinde büyük ölçüde aydınlatılmıştır. Yapılan çalışmalar neticesinde zihinselleştirme sürecinde etkili olan beyin bölgelerinin aşağıdaki gibi 3 grup altında sınıflandırılabileceği görülmüştür:

1. *Sadece kişinin kendi zihinsel durumunu temsilleştirmesinde görevli olan bölgeler:* Konuyla ilgili gerçekleştirilen bazı çalışmalar, sağ posterior parietal sistemde, bilhassa sağ inferior parietal lobülün, bireyin kendi zihinsel durumunu temsilleştirmesi esnasında özgül rol oynadığını göstermiştir. Vogely ve arkadaşları, yapmış oldukları fMRI çalışmasında bireyin kendi zihinsel durumunu temsilleştirmesi sırasında bu bölgede özgül aktivite olduğunu tespit etmişlerdir (Brüne ve Brüne-Chors, 2006; Sayın ve Candansayar, 2008).
2. *Sadece başkalarının zihinsel durumlarını temsilleştirme sırasında görevli olan bölgeler:* İnsanlar ve insan dışı primatlar üzerine gerçekleştirilen bazı çalışmalarda başkalarının zihinsel durumlarının temsilinde superior temporal sulcusun özgül rol oynadığı gösterilmiştir (Sayın ve Candansayar, 2008; Abu-Akel, 2003).
3. *Kişinin kendisinin ve başkalarının zihinsel durumunu temsili esnasında görevli olan ortak beyin bölgeleri:* ZT kabiliyetlerinin nörobiyolojisini araştırmak amacıyla gerçekleştirilen pek çok çalışmada mentalizasyon sürecinde ortak çalışan beyin bölgelerinin iki temel grup altında sınıflandırılabileceği ileri sürülmüş olup bunlar amigdala, orbitofrontal korteks, ventral medial prefrontal korteks ve anterior singulat girusu içine alan "limbik-paralimbik sistem" ve dorsal medial prefrontal korteks ile inferolateral frontal korteksi içine alan "prefrontal korteks"tir (Sayın ve Candansayar, 2008; Abu-Akel, 2003).

2.3. Şizofrenide Zihin Teoremi

Bleuler'e göre şizofrenin 4 temel özelliğinden birinin otizm olması, otizmin belirleyici özelliğinin sosyal etkileşimde nitel bozulma olması ve otizmde ZT işlevi bozulmalarının bilgi işleme süreçlerindeki anormalliklerden kaynaklandığının düşünülmesi gibi durumlar şizofrenide ZT işlevlerinde bozulma olup olmadığı sorusunu akla getirmiştir (Frith, 2004).

Şizofreni ile ZT problemleri arasında olduğu düşünülen ilişkinin temelinde, şizofrenide görülen çeşitli davranışların, gerçeğin öznel temsilleri olmalarına karşın gerçeğin kendisi olarak algılandığı bilgisi yatmaktadır. Öznellik ve nesnel gerçek arasında ayrım yapılamadığı ve bu inanışların sanrıya dönüşebileceği iddia edilmektedir. Aynı zamanda şizofreni seyrinde, klinik olarak sosyal ipuçlarına dikkat etmeme ve sosyal işlevselliğin bozulması gibi durumlar da gözlendiği için hastalık ile ZT becerisi arasında ilişki olabileceğine yönelik varsayımlar kuvvetlenmiştir.

Zihin kuramı, başkalarının, kişinin kendisinden farklı mental durumları olduğunu anlama yeteneği ve başkalarının niyetlerini, inançlarını anlama gibi, bu mental durumların içeriği hakkında doğru çıkarımlar yapabilme kabiliyetini içermektedir (Couture,2006). Zihin kuramı, yanlış inançları, imaları, niyetleri, metaforları, ironileri, potları anlamayı içerir (Penn, 2008). Şizotipi değerlendirmesinde yüksek değer alan şizofreni hastalarının 1. derece akrabalarında da zihin kuramı bozukluğu olması, zihin kuramının şizofreni için potansiyel bir endofenotip olabileceği görüşünü desteklemektedir (İrani, 2006).

Literatürde ilk olarak Diamond (1956), şizofreni tanısı almış olanların başkalarının görüşlerini içselleştirmediğini belirmiştir. Frith ve Done (1989), kontrol edilme sanrıları gibi pasiflik belirtileri ve işitsel varsanıları bulunan hastaların kendi duygu, niyet ve isteklerini takip etme becerisinin bozulduğunu ileri sürmüşlerdir. 1995'te ilk olarak Corcoran ve arkadaşlarının öncülük ettikleri, şizofreni hastalarında belirti grupları ile ZT ilişkisini değerlendiren çalışmalar gerçekleştirilmeye başlanmış olup hastalığın farklı özellikleri ve dönemleri ile ZT arasındaki ilişki araştırılmıştır. Farklı ZT testlerinin kullanıldığı, sağlıklı kontrol grubu olan ve olmayan pek çok çalışma gerçekleştirilmiş olup bu çalışmaların ortak sonucu, şizofreni hastalarının ZT performanslarının sağlıklı bireylere göre daha kötü olduğudur. Konuyla ilgili çok sayıda çalışmada ZT bozuklukları bilhassa negatif ve dezorganize belirtiler ile ilişkilendirilmiştir (Corcoran ve ark., 1995; Mitchley ve ark., 1998; Kelemen ve ark., 2005; Abdel-Hamid ve ark., 2009; Özgüven ve ark., 2010). ZT bozukluğunun sadece belirtilerle ilişkili, durumsal bir belirteç olduğuna yönelik yorumlar yapan çalışmaların yanı sıra (Drury ve ark., 1998; Harrington ve ark., 2005), hastalığın hem aktif hem de remisyon döneminde devamlı bir belirteç olarak ZT becerisinin bozuk olduğunu ifade eden çalışmalar da bulunmakta ve bunlar çoğunluğu teşkil etmektedir (Sarfati ve ark. 2000; Herold ve ark., 2002; Janssen ve ark., 2003; Kelemen ve ark., 2005; Bertrand ve ark., 2007; Bora, 2009; Koelkebeck ve ark., 2010; Biedermann ve ark., 2012). Konuyla ilgili

yapılan çalışmalardan birbiriyle tutarlı olmayan bulgular elde edilmesinin öncelikli nedenleri; şizofrenide remisyon kavramının yeteri kadar açık tanımlanmamış olması, kullanılan ilaçların muhtemel etkilerinin pek çok araştırmada dikkate alınmamış olması ve bilişsel belirtilerin karıştırıcı etkilerinin tam manasıyla dışlanamamış olmasıdır (Bora, 2008).

Çalışmalar ilk başta hastalık belirtileri ile ZT becerisi arasındaki ilişki üzerine yoğunlaşmış fakat daha sonra yön değiştirerek bilişsel belirtilerin ZT ile ilişkisi üzerine odaklanmaya başlamıştır. Şizofrenide yürütücü işlevler ve işlem belleği kuruşları gibi bilişsel bozuklukların olduğu bilinmektedir. ZT bozukluğunun diğer bilişsel işlevlerdeki bozulmanın bir yan ürünü veya sonucu olup olmadığı çok defa araştırılmıştır. ZT bozukluğunun dikkat, çalışma belleği, yürütücü işlevler gibi bilişsel işlev bozukluklarına ikincil olarak geliştiği yönünde bulguların elde edildiği çalışmaların yanı sıra **(**Bora ve ark., 2006; Bell ve ark., 2009), bilişsel işlevlerden bağımsız olarak bozuk olduğu yönünde bulguların elde edildiği çalışmalar da söz konusudur (Bertrand ve ark., 2007; Bora ve ark., 2007a; Koelkebeck ve ark., 2010; Özgüven ve ark., 2010; Bozikas ve ark., 2011).

Bilhassa yakın zamanda, bilişsel bulgular ile ZT becerisindeki bozulma arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışmalardan elde edilen genel sonuç, ZT becerisindeki bozulmanın bilişsel işlevlerden bağımsız olduğu yönündedir. Şizofrenide sosyal işlevsellikteki azalmanın, ZT bozukluğuyla ilişkili olabileceğine dair düşünce son yıllarda araştırılmaya başlanmış ve ZT'nin sosyal işlevsellikle ilişkili önemli bir yordayıcı olabileceğini bildiren çalışmaların yanı sıra (Roncone ve ark., 2002; Brüne, 2005; Brüne ve ark., 2007; Bell ve ark., 2009; Sparks ve ark., 2010), ZT bozukluğu ile sosyal işlevsellik arasında ilişkinin tespit edilmediği çalışmalar da bulunmaktadır (Kern ve ark., 2009). ZT'nin sosyal performansı nörobilişsel performanstan daha iyi yordadığı (Mehl ve ark., 2010) ve şizofreni hastalarında sosyal işlevsellikteki bozulmanın rehabilitasyon açısından da negatif bir gösterge olabileceği ifade edilmiştir (Bell ve ark., 2009).

Şizofrenide hastalığa içgörü ve ZT becerisindeki bozulma arasındaki ilişki yapılan çeşitli çalışmalar ile araştırılmıştır. Bu konuyla ilgili ilk olarak Drake ve ark. (2003), akut dönemdeki şizofreni hastalarında semptom düzeyleri, frontal işlevler, içgörü seviyesi ve ZT testleri arasındaki ilişkiyi araştırmışlar ve yapılan çalışma neticesinde ZT işlevleri ile içgörü arasında ilişki bulunmadığını, ancak içgörü ile perseveratif hata arasında ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Konuyla ilgili olarak Langdon ve ark. (2006), kötülük görme sanrıları bulunan 34

şizofreni hastası ile 21 sağlıklı kontrol üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada ZT bozukluğunun içgörü eksikliğiyle ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Bora ve ark. (2007b), iyilik durumundaki şizofreni hastalarında içgörü bozukluğu ve ikinci derece yanlış inanç testi arasında kuvvetli bir ilişki tespit etmişler fakat elde ettikleri bu bulgunun tekrar edilmesini gerektiğini ifade etmişlerdir.

2.4. Şizofrenide Düşünce ve Dil Bozuklukları

Psikiyatride dil hem tanı hem de tedavi aracıdır. Dil, insan davranışının biyolojik, psikolojik ve sosyal yönünün birleştiği yerde olup dil davranışı açısından ilk akla gelen ve en fazla dikkat çeken tanı grubu şizofrenidir.

Şizofrenide düşünce bozukluğunun en önemli tarihi Kraepelin ve Bleuler ile başlamaktadır. Kraepelin, şizofreninin temelde bir düşünce bozukluğu olduğunu ifade etmiş iken Bleuler ise şizofreninin 4 temel belirtisinden birisi olarak çağrışım çözüklüğünü tanımlamış ve düşünce bozukluğunu şizofreninin en önemli belirtilerinden birisi olduğunu ifade etmiştir. Bleuler'in bu görüşünün etkisi ABD ve Avrupa'da oldukça destek bulmuş olup uzun yıllar boyunca etkisini devam ettirmiştir. Fakat konuyla ilgili olarak daha sonraki yıllarda gerçekleştirilen araştırmalar, düşünce bozukluğunun şizofreniye has bir durum olmadığı, aynı zamanda bipolar hastalarında manik atakta da görülebileceği gösterilmiştir.

Silvano Arieti, şizofrenide bilişin özelliklerini; i) Kavramın somutlaştırılması, algılanabilir hale geştirilmesi, ii) benzerliğe dayalı özelleştirme (Von Domarus ilkesi), iii) yan anlamlar ile sözelleştirme arasındaki ilişkinin değiştirilmesi şeklinde sıralamıştır. Sözcükler, kavramlar ve işaretlerin gerçek hayatta hiçbir zaman açık bir şekilde tanımlanmış bazı şeylerin veya olguların düz anlamları olmadığını, çoğunlukla bir anlamlar paketi, yani yan anlam taşıdıklarını, şizofrenide bunun genel olarak dikkate alınmadığını ifade etmiştir (Erol, 1998).

Şizofrenide görülen düşünce ve dil bozukluklarının tanımlanabilmesi için; düşünce bozukluğu, formal düşünce bozuklu, dil bozukluğu, konuşma bozukluğu, düşünce kayması, çağrışım çözüklüğü, iletişim bozukluğu, dezorganize konuşma gibi pek çok farklı tanım kullanılmıştır (Erol, 1998).

Düşünce bozukluğu Thomas ve Frazer (1994) tarafından dil süreçleri ve sosyal bilişteki anormallikleri içine alan pek çok düzeydeki bozulma şeklinde tanımlanmış olmakla birlikte düşünce bozukluğunun tanımıyla ilgili klinisyenler ve araştırmacılar arasında uzlaşma bulunmamaktadır. Holzman'a (1986) göre düşünce bozukluğu alanında gelişmeyi engelleyen en önemli unsurlardan birisi araştırmacıların düşünce bozukluğu tanımı ve tespitindeki belirsizlikleri ortadan kaldırmaktan ziyade altta yatan patolojiyi yahut şizofrenin düşünceyi tam manasıyla açıklayacak ortak bir düşünce özelliğini belirleme eğilimi içerisinde olmalarıdır ki bu amaç doğrultusunda "çağrışım çözüklüğü, aşırı detaylı düşünce, soyut düşünce yokluğu, egosentrik düşünce, paleolojik düşünce, regresyon, dikkat bozukluğu, ebeveynlerden öğrenilmiş bozuk iletişim, semantik bozukluk, kavram oluşturma bozukluğu, parolojik düşünce, primer süreç düşünce bozukluğu" gibi çok sayıda kuram geliştirilmiştir. Geliştirilen bu kuramlar bağlamında şizofreni hastalarında düşünce bozukluğunu varlığı, diğer tanı grupları ve sağlıklı bireylerle çeşitli testler geliştirilmek suretiyle ayırt edilmeye çalışılmış fakat beklenen sonuçlar elde edilememiştir (Akt. Erol, 1998).

Andreasen (1982), düşünce bozukluğu teriminin oldukça geniş kullanımından ötürü anlamsızlaştığını vurgulamış ve kullanılan terimlerin tanım ve içerik sınırlarını belirlemeye çalışmıştır: *Konuşma;* konuşma seslerinin ve sözün üretimine neden olan gözlenebilir fiziksel bir süreçtir. Konuşma bozuklukları, kekemelik yahut baskılı konuşma gibi bozuklukları kapsar. Konuşma bozukluğu kavramı en nesnel ve ölçülebilir olanı olmasına karşın hastada gözlenen sapmaları tanımlama konusunda yeteri kadar geniş değildir. *Dil;* linguistik yapılar ve anlamların soyut sistemidir. Konuşma nesnel ve gözlenebilir olmasına karşın dil, kurallara bağlı olup soyut bir kavramdır. Dildeki bozuklukların tespit edilebilmesi için gramer ve kullanıma ilişkin soyut kurallara başvurulur. Dil bazen söz dizimsel (sentaks), anlam bilimsel (semantik) ve metin alt gruplarına bölünerek incelenmektedir ki bu şekilde ele alınması durumunda kapsamı konuşmaya oranla daha geniş olur. Dil bozuklukları afazi ya da enkoherans gibi bozuklukları kapsar. *İletişim;* öncelikli olarak dil temelli olmak üzere, belirli bir kural dahilinde kişiler arasında bilgi paylaşımı olup dil ve konuşmadan daha geniş bir kavramdır ve temelde konuşma ve dili içine alır. Bu sebepten ötürü iletişim bozuklukları kekemelik ya da afazi gibi konuşma yahut dil anormalliklerini içermesinin yanı sıra konuşma içeriğinde yoksulluk gibi anormallikleri de kapsar. *Düşünce;* bilişsel süreçlerin kompkeks yapısı olup dil ve dil dışı süreçleri kapsadığı düşünülmektedir. Düşünce direkt olarak

gözlemlenemez. Düşünce kavramı anıldığında düşünce sürecinin düşünce içeriğinden ayrıştırılması gerektiği vurgulanmıştır.

1979 yılında Andreasen tarafından Düşünce, Dil ve İletişim Ölçeği geliştirilmiş ve Şizofreni hastalarında düşünce bozukluğu bu sayede değerlendirilmiştir.. Andreasen' in yanı sıra Johnston & Holzman tarafından düşünce bozukluklarını saptamak amacıyla "Düşünce Bozukluğu Ölçeği" geliştirilmiştir. Fakat Johnson ve Holzman'ın geliştirdiği bu ölçeğin özgül olmayan alt kategorilerinin olması ve uygulamanın uzun zaman alması ve ölçeğin değerlendirmesinin oldukça karmaşık olmasından dolayı; Liddle ve arkadaşları tarafından Düşünce ve Dil Ölçeği geliştirilmiştir.

2.5. Şizofrenide Zihin Teoreminin Dil -Düşünce Bozuklukları İle İlişkisi

Düşünce ve dil bozuklukları, şizofreninin en önemli bulgu ve belirtilerinden görülmektedir. Şizofrenide görülen düşünce-dil bozuklukları, araştırmacılar tarafından geniş ölçüde kabul edilmiş, standart bir tanım içermese de, düşünce bozukluğuna yüklenen anlam, düşünce içeriğinin garip ve alışılmadık olması, konuşmada gözlemlenebilen bozuklukların ve mantık hatalarının olması olarak tanımlanmıştır. Bu doğrultuda, dil, hem tanı hem de tedavi aracı olarak kabul edilmektedir. Şizofrenide zihnin filtreleme sistemi yani beynimizdeki Thalamus bölgesi işlevini yitirdiği için ilgisiz çağrışımların bastırılamayıp araya karıştığı; uyaranlar filtre edilemediği için dikkatin belirli bir konuya odaklanamamasının da çağrışım çözüklüğüne sebep olduğu da bulgular arasında literatürde görülmektedir. Şizofreni hastalarında düşüncenin ve dilin erken dönemlere gerilemeye başladığı ileri sürülmektedir. Bunun sonucunda, soyut düşünce bozulmakta, soyut düşüncenin bozulması da dile yansımaktadır. Bu durum, şizofreninin iletişim alanındaki çalışmalarının çok fazla olmasını açıklamaktadır. Şizofreni hastalığının belirtilerinden olan sosyal becerilerdeki işlev bozulmalarının yordayıcılarından biri olan Zihin Teoreminin de şizofrenideki dil düşünce bozukluklarıyla ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar literatürde yer almaktadır. Bu çalışmalarda zihin teoremi alanında performans düşüklüğünün olduğu hastalarda dil-düşünce ölçeklerinde de performanslarının düşük olduğu gösterilmiştir. (Bowie, 2008.; Brüne, 2005.; Hardy- Bayle, 2003).

Düşünce süreci bozukluğu olarak da nitelendirilen iletişim bozukluklarının şizofreninin temel semptomlarından biri olduğu bilinmektedir (Bowie, 2008). Literatüre bakıldığında şizofreni hastalarında iletişim bozukluklarını açıklamak için önerilen bilişsel anormalliklerden biri olan "Zihin Teorisi"nin hastaların iletişimde yaşadıkları sorunların semptomatik yansımasının altında yatan neden olduğu ileri sürülmüştür (Hardy-Bayle, 1994). Sözel az üretkenlik ve bağlantısız konuşma olarak adlandırılan iki tür iletişim anormalliğinin şizofrenide sosyal ve adaptif sonuçlar ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmada (Bowie, 2008), bağlantısız konuşma özelliği sosyal olarak kibar olmayan davranış ile anlamlı olarak ilişkili bulunurken, sözel az üretkenliğin ise, sosyal kopukluk ve yetersiz arkadaşlık ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

İdiosenkratik yanıtlar, uyarana ilişkin uygunsuz ve yetersiz yanıtlardır ve genellikle başkaları tarafından anlaşılması ve empati kurulması güçtür (Marengo, 1986). Şizofreni hastalarının sosyal kognisyon alanındaki eksikliklerinin iki tür formal düşünce bozukluğu (bizar-idiosenkratik düşünce ve somut düşünce)nun altında yattığı görüşünün araştırıldığı çalışmada (Subotnik, 2006), şizofreni hastalarının, sağlıklı kontrollere kıyasla, daha fazla idiosenkratik yanıtlar verdikleri ve daha fazla somut düşünme bozukluğu gösterdikleri gösterilmiştir (Sponheim, 2003). Durumsal Özellik Tanıma Testi, katılımcıların dört farklı sosyal ortam hakkındaki bilgilerini değerlendirmektedir: restoranda yemek yeme, doktor randevusuna gitme, psikiyatri hastanesinde hasta olma ve operaya gitme. Her sosyal durum için 14 davranış, 14 rol, 14 kural, 14 amaç içeren bir liste (6 hedef, 8 dikkat dağıtıcı) verilmiş; katılımcılardan her sosyal durumla ilgili uygun davranış, rol, kural ve amacı işaretlemeleri istenmiştir (Corrigan, 1993). Düşünce ve dil bozukluğunu değerlendirmek için kullanılan atasözleri testinde (Gorham, 1956) yanıtların bizar olması, sosyal durumların kurallarını doğru belirlemedeki zayıf performans ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Buna ek olarak, somut yanıtların da, amaçları doğru belirlemedeki performans ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Subotnik, 2006). Bu bulgular, sosyal özellikleri, rolleri tanımanın bizar yanıtlar ile ilişkili olduğunu göstermektedir ki, bu da Harrow'un 1989 ortaya attığı herhangi bir durumda sosyal açıdan uygun bilgiye ulaşmadaki zorluğun bizar konuşmaya katkısı olduğu hipotezini desteklemektedir. Ayrıca, sosyal öğeler hakkında bilgi sahibi olmanın da somut düşünme ile ilgili olması, somut yanıtların, test edilen ortamdan ne beklenileceği ile ilgili farkındalığın olmamasını yansıtması ile açıklanmıştır (Subotnik, 2006).

Dezorganize düşünce, dil ve iletişim becerileri olan hastaların en çok zihin kuramı görevlerinde başarısız olacakları öngörülmüştür (Hardy-Bayle, 2003). Çünkü bu hastalar kontekstsel bilgiye bütünlük kazandırma, başkalarının mental durumlarını doğru şekilde betimleme ve kendi hareketlerini monitör etmede düşük performans göstermektedirler (Hardy-Bayle, 2003). Hardy-Bayle'in zihin kuramı modeline göre, zihin kuramı eksikliklerinin düşünce ve dil dezorganizasyonu olan hastalarda belirgin olarak gözlemlenebilirken; dezorganizasyon belirtileri olmayan hastaların zihin kuramı yeteneklerinin daha yüksek performansta olacağı hipotez edilmiştir (Brüne, 2005; Hardy-Bayle, 2003), Hardy-Bayle'in bu modeli çeşitli çalışmalarda hipotez ederek onaylamış; düşünce ve dil dezorganizasyonu olan hastaların zihin kuramı görev performanslarının bozulmuş olduğu saptanmıştır (Sarfati, 1999; Sarfati, 1997). Hardy-Bayle modelinin diğer hipotezi, düşünce ve dil dezorganizasyonu olmayan hastaların zihin kuramı ölçümlerinin görece bozulmamış olması ise çalışmalarla desteklenmemiştir. Mazza ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada psikomotor yavaşlama semptomları olan hastaların dezorganize hastalara kıyasla zihin kuramı görevlerinde performanslarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Mazza, 2001).

1970'li yıllardan beri yapılan pek çok çalışma şizofreni hastalarının dili çözümleme ve pragmatik olarak kullanma becerilerinin bozuk olduğunu göstermiştir. Dilbilimciler, dil kullanımının, anlamı yararlı bir şekilde transfer etmek için bir dizi konuşma kuralı anlamına gelen pragmatik kullanım içerdiğini ve hem kodlama hem de kodu çözümleme anlamında dilin pragmatik kullanımının, başkalarının mental durumlarını çıkarsama yeteneği gerektirdiğini ileri sürmüşlerdir (Brüne, 2005). Şizofrenide görülen konuşma bozukluklarının dilin ifadesindeki pragmatik eksiklikleri yansıtabileceği düşünülmektedir. Başkalarının düşüncelerini anlamada zorluk yaşama gibi zayıf "akıl okuma"nın şizofreni hastalarında hem ifade etmeyi hem de anlayışı içeren pragmatik dil bozukluklarına neden olup olmadığının araştırıldığı çalışmada, şizofreni hastalarının zihin kuramı görevlerindeki performanslarına bağlı olarak metaforları ve ironileri anlamalarını incelenmiştir (Langdon, 2002). Zihin kuramı defisitleri ironi anlamadaki bozulma ile ilişkili bulurken; metafor kavrama ile ilişkilendirilmemiştir (Langdon, 2002). Zihin kuramı ve ironi kavrama, formal düşünce bozukluğunun şiddeti ile ilişkili bulunurken; metafor anlamanın negatif semptomlar ve zayıf yürütücü işlevler ile bağlantılı olduğu vurgulanmıştır (Brüne, 2005). İroni anlama güçlüğü, hastaların zayıf pragmatik kullanma yeteneklerine bağlı açıklanmaya çalışılmıştır. Şizofreni

hastalarının metaforları gerçek gibi algıladıkları bilinmektedir. Metafor anlamadaki bu yetersizliğin ise, zayıf semantik kullanımı ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Langdon, 2002). Hastaların sentaks ve semantikten çok, pragmatik anlamda dilde bozulmaları olduğu düşünülmektedir (Brüne, 2005).

Şizofreni hastaları kendi söylediklerini konuşmanın geleneksel normlarına uygun olarak ayarlayamamalarına bağlı olarak linguistik becerilerde başarısız olmaktadırlar ki, bu durum, kendileri ve iletişimde oldukları kişiler arasında bilgi paylaşımını engellemektedir (Harrow, 1985). Örneğin, şizofreni hastalarının nitelik, nicelik, konuyla ilgililik, nezaket, anlayış gibi evrensel konuşma kurallarına uymadıkları ifade edilmiştir (Corcoran, 1996). Benzer şekilde, şizofreni hastalarının görsel şakalar, çizgi filmler (Corcoran, 1997) ve ironi içeren ifadeleri anlamadıkları bildirilmiştir. Sarfati, yaptığı çalışmada sadece belirli bazı şizofreni hastalarının çizgi film karakterlerinin niyetlerini tanımlamada zorluk yaşadıklarını göstermiştir ki; bu hastaların, Andreasen'in düşünce ve dil ölçeğinden 7 puan ve daha üstü değer alan düşünce ve dil bozukluğu olan hastalar olması dikkat çekici olmuştur (Hardy-Bayle, 2003).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma şizofreni hastalarında Zihin Teoremi ve Düşünce-Dil arasındaki ilişkiyi göstermeyi amaçlayan tanımlayıcı ve kesitsel türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde, Eylül 2014- Ağustos 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Gerekli literatür araştırması ve yapılacak istatistiksel uygulamalar göz önünde bulundurularak, çalışmaya, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 18-55 yaş arası, DSM-IV tanı ölçütleriyle şizofreni tanısı konulmuş 46 hasta ve yaş, cinsiyet ve eğitim durumu bakımından eşleştirilen 46 gönüllü sağlıklı kontrol alınmıştır

Çalışmada kullanılan örneklem sayısını belirlemek amacıyla, NCSS (Number Cruncher Statistical System) yazılımının PASS (Power and Sample Size) 2000 programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Yapılan analizde, bu örneklem sayısı ile yapılacak olan istatiksel analizlerin güvenilir sonuçlar vereceği sonucuna varılmıştır.

Çalışmaya alınma ölçütleri;

Hasta grubu için Dahil olma kriterleri:

- 18-55 yaş arasında olma
- En az ilkokul mezunu olma
-Okur yazar olma
- DSM-IV'e göre şizofreni hastalığı tanısı almış olma
- katılımcıların gönüllü olarak çalışmaya katılmak istemesi
- son 6 ay içinde EKT uygulaması almamış olma

-Son 3 aydır aynı tedaviyi alıyor olma

Hasta grubu için Dışlama kriterleri:

- son 6 ay içinde çalışmada kullanılacak olan testlerden herhangi birini yapmış olma

- herhangi bir nörolojik bozukluğa sahip olma

- herhangi bir major medikal hastalığa sahip olma

Sağlıklı gönüllü grubu için Dahil olma kriterleri;

-18-55 yaş arasında olma

- En az ilkokul mezunu olma

-Okur yazar olma

- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olmaması

-katılımcıların gönüllü olarak çalışmaya katılmak istemesi

Sağlıklı gönüllü grubu için Dışlama kriterleri;

- son 6 ay içinde çalışmada kullanılacak testlerden herhangi birini yapmış olma

- herhangi bir nörolojik hastalık tanısına sahip olma

- herhangi bir major medikal hastalığa sahip olma

Çalışmaya katılan tüm gönüllü hastalar ve sağlıklılar sözlü olarak bilgilendirildi ve hepsinden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

3.4. Çalışma Materyali

Çalışmaya, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 18-55 yaş arası, DSM-IV tanı ölçütleriyle Şizofreni tanısı konulmuş 46 hasta ve yaş, cinsiyet ve eğitim durumu bakımından eşleştirilen 46 gönüllü sağlıklı kontrol alınmıştır. Araştırmaya katılan Şizofreni hastalarına, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Andersen Negatif Belirtlileri Değerlendirme Ölçeği (SANS) ve Andersen Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS), Calgary Şizofrenide Depresyon ölçeği (CŞDÖ), Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZİTÖ), Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ) uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan sağlıklı gönüllü katılımcılara da Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği(DEZİTÖ) ve Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ) uygulanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenler, Klinik ölçeklerin sonuçları; Zihin Teorisi Ölçeği sonuçları, ve Düşünce ve Dil Ölçeği sonuçlarıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; grup yani şizofreni hastalığına sahip olma ve bu hastalığa sahip olmamadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Polikliniği bilgi formu ile katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile ilgili veriler toplanmıştır (Ek-1, Ek-2)

Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu: Çalışamaya katılacak olan sağlıklı gönüllülerin ve hasta gönüllülerin çalışma ile ilgili bilgileri okudukları ve imzaladıkları belgedir. Bu form çalışma başlamadan önce katılımcılara okumaları ve imzalamaları için verilmiştir (Ek-3, Ek-4).

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS): Şizofreni hastalarının son bir hafta içerisindeki belirtilerini ve işlevselliğini değerlendirmeyi amaçlayan yarı yapılandırılmış bir ölçek olup toplam 30 madde ve 3 alt ölçekten meydana gelmektedir (Pozitif Belirtiler Ölçeği, Negatif Belirtiler Ölçeği ve Genel Psikopatoloji Ölçeği). Her madde görüşmeci tarafından, belirti şiddetine göre, 1-7 arası puanla değerlendirilir.

PANSS Pozitif Belirtiler Ölçeği: P1 Sanrılar, P2 Düşünce Dağınıklığı, P3 Varsanılar, P4 Taşkınlık, P5 Büyüklük Duyguları, P6 şüphecilik ve Kötülük Görme, P7 Düşmanca Tutum; PANSS Negatif Belirtiler Ölçeği de N1 Duygulanımda Küntleşme, N2 Duygusal içe Çekilme, N3 ilişki Kurmada Güçlük, N4 Pasif Biçimde Kendini Toplumdan Çekme, N5 Soyut Düşünme Güçlüğü, N6 Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı, N7 Stereotipik Düşünmeyi içermektedir.

PANSS Genel Psikopatoloji Ölçeği ise G1 Bedensel Kaygı, G2 Anksiyete, G3 Suçluluk Duyguları, G4 Gerginlik, G5 Manyerizm, G6 Depresyon, G7 Motor Yavaşlama, G8 İşbirliği Kuramama, G9 Olağandığı Düşünce içeriği, G10 Yönelim Bozukluğu, G11 Dikkat

Azalması, G12 Yargılama ve içgörü Eksikliği, G13 İrade Bozukluğu, G14 Dürtü Kontrolsüzlüğü, G15 Zihinsel Aşırı Uğraş, G16 Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma maddelerini içermektedir (Kay,1987; Kostakoğlu,1999) (Ek-7).

Andreasen Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS) *:* Bu ölçek, temel olarak şizofrenide ortaya çıkanlar olmak üzere, negatif belirtileri değerlendirmek için geliştirilmiştir. Negatif belirtiler; varolan bazı yetilerin kaybolması, affektif küntleşme, sosyal içekapanıklık, düşünce içeriğinin yoksulluğu, bilişsel işlev bozuklukları olarak tanımlanmıştır. Bu ölçek toplam 25 item ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Her item 0=belirti yok, 1=şüpheli, 2=hafif, 3=orta, 4=belirgin, 5=şiddetli olarak derecelendirilmektedir. Ölçek Andersen ve arkadaşları tarafında 1984 yılında geliştirilmiş ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Erkoç ve arkadaşları tarafından 1991 yılında tamamlanmıştır (Andersen, 1984; Erkoç, 1991) (Ek-8).

Andreasen Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS): Bu ölçek, temel olarak şizofrenide ortaya çıkanlar olmak üzere, pozitif belirtileri değerlendirmek için geliştirilmiştir. Negatif belirtileri değerlendirme ölçeğini tamamlayıcı bir araç olarak hizmet etmesi amaçlanmıştır. Söz konusu pozitif belirtiler, hezeyanları, varsanıları, garip davranış ve pozitif biçimsel düşünce bozukluklarını içerir. Bu ölçek toplam 34 item ve 4 altölçekten oluşmaktadır. Her item 0=belirti yok, 1=şüpheli, 2=hafif, 3=orta, 4=belirgin, 5=şiddetli olarak derecelendirilmektedir. Ölçek Andreasen ve arkadaşları tarafında 1984 yılında geliştirilmiş ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Erkoç ve arkadaşları tarafından 1991 yılında tamamlanmıştır (Andreasen, 1984; Erkoç, 1991) (Ek-9).

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ)*:* Şizofreni tanısı almış hastalarda depresyon yönünde değerlendirme yapmak, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Addington ve arkadaşları tarafından 1994'te geliştirilmiştir. Temel uygulama grubu şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hasta gruplarıdır. Toplam 9 maddeden oluşur. Ölçek maddelerin değerlendirilmesine yönelik kendi içinde görüşme yönergesini bulundurmaktadır. Her madde 0-3 puan arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanmasından elde edilir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 2000 yılında tamamlanmış olup, kesme puanının 11/12 olarak kullanıldığı belirtilmiştir (Addington,1994; Aydemir,2000) (Ek-10).

Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ): 2002 yılında Liddle ve ark. tarafından geliştirilen ölçek, düşünce fakirleşmesi ve düşünce dağınıklığı olmak üzere 2 kategori ve toplam 8 maddeden oluşmaktadır. Düşünce fakirleşmesi kategorisi, konuşmanın fakirliği, amacın zayıflaması ve düşüncenin tekrarı (perseverasyon) maddelerini; düşünce dağınıklığı kategorisi ise çözülme, olağandışı kelime kullanımı, olağandışı cümle yapısı, olağandışı mantık ve çelinebilirlik maddelerini içerir. Test materyali, Tematik Algı Testi (Thematic Apperception Test) kartlarından seçilmiş 8 resimlik setten oluşur. Kişiden her bir resim için 1 dakika boyunca konuşması istenir. Tüm uygulama ses kayıt cihazı ile kaydedilir ve Liddle tarafından geliştirilen protokole göre değerlendirilir. DDÖ'nün Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Dr. Halis Ulaş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Liddle, 2002; Ulaş, 2005) (Ek-6).

Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZİTÖ): Yetişkin bireylerde zihin teorisi yeteneğini ölçmek için geliştirilen DEZİTÖ, 7 hikaye ve 3 resim görevinden oluşmaktadır. Hikaye görevlerinde, bireyin hikaye boyunca hikaye ile ilgili sorulacak sorulara yanıt vermesi istenmektedir. Hikaye görevlerinden beş tanesi yalnızca tek bir yetenek gerektirmekte (1. ve 2. derece yanlış inanç, ironi, metafor ve pot kırma) ancak geri kalan iki hikayede aynı hikaye içerisinde farklı sorularla zihin teorisi yeteneğinin çeşitli yönlerini (empati, ironi, 1. ve 2. derece yanlış inanç ve metafor) değerlendirmektedir. Puanlama, cevap anahtarına göre verilecek doğru cevaba 1 puan, yanlış cevaba 0 puan şeklinde olup; hikaye görevlerinden 0-15 puan aralığı arasında puan alınabilmektedir. Resim görevleri, bir hikaye anlatan 3 resimden oluşmakta, hikayeye uygun olacak şekilde gelebilecek olan 4. resmi, iki resim arasından seçebilmeyi gerektirmektedir. Bu resimlerden biri 1. derece yanlış inancı, biri 2. derece yanlış inancı ve biri de empati yeteneğini değerlendirmektedir. Puanlamada doğru resmi seçme 1 puan, yanlış resmi seçme 0 puan olarak puanlanmakta ve resim görevlerinden 0-3 puan aralığı arasında puan alınabilmektedir. Bu ölçekten elde edilebilecek toplam puan 0-18 puan arasındadır. Uygulama yaklaşık 15-20 dakika sürmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2008 yılında tamamlanmıştır (Değirmencioğlu, 2008) (Ek-5).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Ocak 2014 – Ağustos 2015

Kaynak Tarama

Eylül 2015

Çalışma Materyalinin hazırlanması ve uygulayıcının eğitimi

Ekim 2014- Şubat 2015

Katılımcı ve uygulamaların planlanması ve verilerin toplanması

Şizofreni Hastası		Sağlıklı Katılımcı
N: 46	⬇	N: 46

-Katılımcı Onam Formu

-Sosyodemografik Bilgi Formu

-DEZİTÖ

-DDÖ

-PANSS /SANS/SAPS/CALGARY

N: 92

Mart 2015

Verilerin bilgisayara aktarılması

Nisan 2015

Araştırma verilerinin analizi

Mayıs 2015- Haziran 2015- Temmuz 2015-Ağustos 2015- Eylül 2015

Araştırma verilerinin bilimsel yayın haline getirilmesi

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya başlamadan önce alınacak katılımcı sayısının belirlenmesi amacı ile güç analizi uygulanarak çalışmaya alınacak katılımcı sayılarına karar verildi. İstatistiksel analizler SPSS-15 sürümü ile yapıldı. Dataların normal dağılıp dağılmadığını görmek adına öncelikle normallik testi olan Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Parametrik olan datalara; kategorik değişkenleri değerlendirirken ki kare testi, sürekli değişkenleri değerlendirirken t-testi ve değişkenler arası korelasyonu incelemek için de Pearson korelasyon testi uygulandı. Verileri incelemek için öncelikle tanımlayıcı istatistik kullanıldı. Gruplar arası Zihin Kuramı ve Dil-Düşünce farklılıklarını görebilmek adına verilere bağımsız gruplar için t-testi uygulandı. Zihin Kuramı ve Dil-Düşünce ölçekleri arasındaki ilişkiyi görebilmek için de Pearson korelasyon testi uygulandı. Kullanılan klinik ölçekler ile diğer ölçeklerin arasındaki ilişkiyi inceleyebilmek için de Pearson korelayon testi uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamında hastalarda herhangi bir tedavi yaklaşımı uygulanmayacak olup uygulanan ölçekler hastalar üzerinde herhangi bir risk oluşturmamaktadır. Yapılacak çalışmanın herhangi bir sınırlılığı saptanmamıştır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.05.2014 tarih ve 1447-GOA protokol numaralı ve 2014/19-15 karar numarası ile görüşülen "Şizofreni Hastalarında Zihin Teoremi ve bu Teoremin Düşünce-Dil Yapısı ile İlişkisi" konulu araştırmanın etik kurul onayı alınmıştır (Ek-11).

4-BULGULAR

4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler

Çalışmada 46 şizofreni hastası (%50) ve 46 sağlıklı (%50) gönüllü olmak üzere toplam 92 katılımcı mevcuttur. Hastaların ve sağlıklı katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te verildi. İkili değişkenleri incelemek için ki-kare testi, sayısal değişkenleri incelemek için ise t-test uygulandı.

Yaş ortalamaları, cinsiyet, toplam eğitim yılı ve öğrenim durumları açısından hastalar ve sağlıklılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Hastaların yaş ortalaması 39.46, sağlıklıların yaş ortalamalarının ise 39.54 dür. Kadın hastaların sayısı ile sağlıklı kadın katılımcıların sayısı 21 olmak üzere çalışmada toplam 42 kadın (%45.6) bulunmaktadır. Erkek hastaların ve sağlıklı erkeklerin sayısı ise 25 olup toplam 50 erkek katılımcı (%54.3) çalışmaya dahil edilmiştir. Öğrenim durumlarına göre hastaların 14'ünün ilköğretim mezunu (%30.4), 18'inin lise mezunu (%39.1), 14'ünün yüksekokul mezunu (%30.4) olduğu saptandı. Sağlıklıların öğrenim durumları da hastalarınki ile örtüşmektedir. Hasta katılımcıların 12'si evli (%26), 31'i bekar (%67.3), 3'ü boşanmış (%6.5) tır. Sağlıklı katılımcıların ise 27'si evli (%58.6), 14'ü bekar (%30.4), 5'i boşanmış (%10.8) tır. Medeni durumları açısından şizofreni hastaları ile sağlıklı bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.002). Ayrıca, hasta ve sağlıklı gruplar karşılaştırıldığında son 6 ayda çalışabilme açısından istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0.001). Hastaların %13.04'ü çalışıyorken sağlıklılarda bu oran % 89.1 dir.

Tablo 3. Hasta ve Sağlıklıların Sosyodemografik Özellikleri

		Tüm Katılımcılar (N=92)	Şizofreni Hasta Grubu (N=46)	Sağlıklı Grup (N=46)	Gruplar arası karşılaştırma
Yaş (Ortalama / ±SS)		39.46 ± 9.22	39.54 ± 9.10	39.37 ± 9.45	F=0.136 p= 0.90
Cinsiyet					x^2= 0.000
	Erkek	50 (%54.3)	25 (%54.3)	25 (%54.3)	df= 1
	Kadın	42 (%45.6)	21 (%45.6)	21 (%45.6)	p= 1.000
Eğitim Yılı (Ortalama / ±SS)		12,97 ± 4.12	13.27 ± 0.61	12,67 ±0.60	F=0.26 p=0.49
Öğrenim Durumu					
	İlköğretim	28 (%30.4)	14 (%30.4)	14 (%30.4)	x^2= 0.000
	Lise	36 (%39.1)	18 (%39.1)	18 (%39.1)	df= 2
	Yüksekokul	28 (%30.4)	14 (%30.4)	14 (%30.4)	p= 1.000
Medeni Durum					
	Evli	39 (%42.3)	12 (%26.0)	27 (%58.6)	x^2= 12.691
	Bekar	45 (%48.9)	31 (%67.3)	14 (%30.4)	df= 2
	Boşanmış	8 (%8.6)	3 (%6.5)	5 (%10.8)	**p=0.002****
Son 6 ayda çalışabilme					x^2= 53.286
	Çalışıyor	47 (%51)	6 (%13.04)	41 (%89.1)	df= 1
	Çalışmıyor	45 (%49)	40 (%86.9)	5 (% 10.9)	**p= 0.001****

N: Hasta sayısı
SS: Standart sapma

Klinik Özellikler

Yapmış olduğumuz çalışmaya dahil edilen şizofreni tanısı almış hastaların çeşitli klinik özelliklerine ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda görülmektedir. Buna göre hastalık başlangıç yaşı en düşük 11, en yüksek 41 olup ortalama hastalık başlangıç yaşı ise 22.78 ±7.208'dir. Çalışmaya dahil edilen hastaların minimum hastalık süresi 1, maksimum hastalık süresi ise 52 yıl olup ortalama hastalık süresi ise 17.217±10.9136 yıldır. Çalışmaya dahil edilen hastaların tedavisiz hastalık süresi en düşük sıfır (0), en yüksek ise 936 hafta olup ortalama tedavisiz hastalık süresi

ise 80.33±195.465 hafta olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının PANSS genel toplam puanı ortalama 68.57±18.36, pozitif belirtiler toplam puanı ortalama 17.13±6.872, negatif belirtiler toplam puanı ortalama 16.91±5.738 ve genel psikopatoloji toplam puanı da ortalama 34.52±8.627 olarak hesaplanmıştır. Yine Tablo 4'de görüleceği üzere çalışmaya dahil edilen hastalardan 17'sinde intihar girişimi olduğu, 29'unda (%63) ise herhangi bir intihar girişimi olmadığı görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen 46 şizofreni hastasından 29'u (%63) sigara, 2'si (%4.3) esrar, 1'i de diğer maddelerden birisini kullanmakta iken hastalardan hiçbiri alkol kullanmamaktadır. Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarından 16'unun (%41.3) 1. Derece akrabasında psikotik bozukluk bulunmakta iken 27'sinde ise (%58.7) bulunmamaktadır.

Tablo 4. Şizofreni Hastalarının Klinik Özellikleri

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama
Hastalık Başlangıç Yaşı	46	11	41	22.78±7.208
Hastalık Süre Yılı	46	1.0	52.0	17.217±10.913
Tedavisiz Hastalık Süresi (Hafta)	46	0	936	80.33±95.465
PANSS Genel Toplam Puanı	46	33	110	68.57±18.366
Pozitif Belirtiler Toplamı	46	7	29	17.13±6.872
Negatif Belirliler Toplamı	46	7	33	16.91±5.738
Genel Psikopatoloji Toplam Puanı	46	18	55	34.52±8.627
Suisid (İntihar girişimi)		N		Yüzde (%)
Var		17		37.0
Yok		29		63.0
Sigara				
Var		29		63.0
Yok		17		37.0
Alkol				
Var		0		0.0
Yok		46		100.0
Esrar				
Var		2		4.3
Yok		44		95.7
Diğer Madde				
Var		1		2.2
Yok		45		97.8
Ailesel Özellik				
1.derece akrabada psikotik bozukluk var			19	41.3
1.derece akrabada psikotik bozukluk yok			27	58.7

4.2. Hasta Grubunda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Cinsiyete Göre Karşılaştırma

Hasta grubunda cinsiyete göre ölçeklerden elde edilen puanlar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 5'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde ölçeklerin genelinde kadınların erkeklere göre daha yüksek skor elde ettiği, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 5. Cinsiyete göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ortalama	SS (±)	t	P
PANSS Genel Toplam	Erkek	25	67.76	17.379	-.321	.750
	Kadın	21	69.52	19.869		
Pozitif Belirtiler Toplamı	Erkek	25	16.88	6.900	-.261	.791
	Kadın	21	17.43	6.997		
Negatif Belirliler Toplamı	Erkek	25	16.88	4.790	-.042	.967
	Kadın	21	16.95	6.823		
Genel Psikopatoloji Toplam	Erkek	25	34.00	8.367	-.444	.660
	Kadın	21	35.14	9.096		
DEZİTÖ GenelToplam	Erkek	25	8.24	3.778	-.959	.343
	Kadın	21	9.29	3.566		
1. Derece Yanlış İnanç	Erkek	25	1.64	1.150	.055	.956
	Kadın	21	1.62	1.431		
2. Derece Yanlış İnanç	Erkek	25	.72	.843	-1.440	.157
	Kadın	21	1.05	.669		
İroni kavrama	Erkek	25	1.12	1.130	-.926	.360
	Kadın	21	1.43	1.121		
Metafor kavrama	Erkek	25	1.00	.816	.599	.552
	Kadın	21	.86	.793		
Empatik anlayış	Erkek	25	3.08	1.077	-1.663	.104
	Kadın	21	3.62	1.117		
Faux pas	Erkek	25	.68	.476	-.246	.807
	Kadın	21	.71	.463		
Empatisiz	Erkek	25	5.16	3.158	-.502	.618
	Kadın	21	5.62	3.008		
CALGARY-TOPLAM	Erkek	25	4.44	4.840	-.451	.654
	Kadın	21	5.05	4.189		
SANS-TOPLAM	Erkek	25	37.40	18.581	-.390	.699
	Kadın	21	39.86	24.154		

SANS-Duygulanımsal düzleşme/küntleşme	Erkek	25	8.72	4.792	-.022	.982
	Kadın	21	8.76	7.886		
SANS-Alogia (düşünce/fikir yoksulluğu)	Erkek	25	6.24	5.754	.083	.934
	Kadın	21	6.10	6.090		
SANS-Avolution-apati/iradesizlik/ilgisizlik	Erkek	25	7.52	3.293	-1.457	.152
	Kadın	21	9.00	3.592		
SANS-Anhedoni-asosyallik/zevk almama-toplumsal ilişki kuramama	Erkek	25	11.92	6.589	.130	.897
	Kadın	21	11.67	6.560		
SANS-Dikkat	erkek	25	3.00	2.872	-1.417	.164
	kadın	21	4.33	3.512		
SAPS-TOPLAM	erkek	25	28.08	25.040	.157	.876
	kadın	21	27.00	20.890		
SAPS-Varsanılar	erkek	25	7.32	9.100	.146	.885
	kadın	21	6.95	7.781		
SAPS-Hezeyanlar	erkek	25	13.16	12.456	.730	.469
	kadın	21	10.81	8.600		
SAPS-Garip (Bizar) Davranış	erkek	25	2.16	2.809	-.143	.887
	kadın	21	2.29	3.165		
SAPS-Pozitif formal düşünce bozukluğu	erkek	25	5.56	4.900	-.762	.450
	kadın	21	6.90	7.021		
DDÖ TOPLAM	erkek	25	12.8500	4.71699	.529	.600
	kadın	21	11.9881	6.32528		
DDÖ düşünce farkirleşmesi toplam puan	erkek	25	8.5200	4.12558	1.884	.066
	kadın	21	6.3571	3.55894		
DDÖ düşünce dağınıklığı toplam puan	erkek	25	4.3300	2.22523	1.518	.136
	kadın	21	5.6190	3.48893		

Yaş İle Ölçekler Arasındaki Korelasyon

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının yaşları ile ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan korelasyon analizi neticesinde yaş ile Genel Psikopatoloji Toplam Puanı arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Diğer tüm ölçeklerden elde edilen skorlar ile yaş arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Yaş ile ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişki

		Genel Psikopatoloji Toplam Puanı
Yaş	r	-.346*
	p	.018
	N	46

Medeni Duruma Göre Ölçeklerden Elde Edilen Skorların Karşılaştırılması

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının medeni durumlarına göre ölçeklerden elde ettikleri skorlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde PANSS genel toplam puanı, Genel Psikopatoloji puanı, Calgary toplam puanı, SANS toplam puanı, SANS ölçeği alt boyutlarından duygulanımsal/düzleşme/küntleşme, avolution-apati/iradesizlik/ilgisizlik ve anhedoni-asosyallik/zevk almama/toplumsal ilişki kurama alt boyutlarının medeni duruma göre anlamlı şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 7. Medeni duruma göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırılması

	Medeni durum	N	Sıra Ortalama	χ^2	p
PANSS GENEL TOPLAM	Evli	12	15.08	6.409	.041*
	Bekar	31	26.37		
	Boşanmış	3	27.50		
GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM	Evli	12	15.00	6.642	.036*
	Bekar	31	26.74		
	Boşanmış	3	24.00		
CALGARY-TOPLAM	Evli	12	20.88	1.406	.495
	Bekar	31	25.05		
	Boşanmış	3	18.00		
SANS-TOPLAM	Evli	12	14.29	8.222	.016*
	Bekar	31	27.29		
	Boşanmış	3	21.17		
SANS-Duygulanımsal Düzleşme/Küntleşme	Evli	12	14.92	8.344	.015*
	Bekar	31	27.45		
	Boşanmış	3	17.00		
SANS-Avolution-Apati/İradesizlik/İlgisizlik	Evli	12	14.62	7.338	.026*
	Bekar	31	26.90		
	Boşanmış	3	23.83		
SANS-Anhedoni-Asosyallik/Zevk Almama-Toplumsal İlişki Kuramama	Evli	12	13.08	9.854	.007*
	Bekar	31	27.31		
	Boşanmış	3	25.83		

İş Durumuna Göre Ölçeklerden Elde Edilen Skorların Karşılaştırılması

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının ölçeklerden elde ettikleri skorların son 6 aydır çalışıp çalışmama durumlarına göre farklılık arz edip etmediğini tespit etmek için

parametrik olmayan analizlerden Mann Whitney U test uygulanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde PANSS ölçeğinin "negatif belirtiler" alt ölçeğinden son 6 aydır çalışmadığını ifade edenler çalışanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek skor elde etmişlerdir ($U = 49.000$; $p<0.05$) (Tablo 8).

Yapılan analiz neticesinde son 6 aydır çalışmakta olan hastaların DEZİTÖ genel toplam puanları çalışmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($U = 53.500$; $p<0.05$). Bu bulguyla ilişkili olarak DEZİTÖ altboyutlarından 2. Derece yanlış inanç ve empatisiz altboyutlarından da son 6 aydır çalışmakta olan şizofreni hastaları anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$) (Tablo 8).

Yapılan istatistiksel analiz neticesinde son 6 aydır çalışmakta olanların Calgary depresyon ölçeğinden elde ettikleri ortalama skor son aydır çalışmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($U = 57.500$; $p<0.05$) (Tablo 8).

Yapılan istatistiksel analiz neticesinde negatif belirtiler değerlendirme ölçeğinden (SANS) son 6 aydır çalışmakta olanlar, çalışmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük skor elde etmişlerdir ($U = 52.000$; $p<0.05$). Elde edilen bu bulguyla ilişkili olarak SANS ölçeği altboyutlarından "duygulanımsal düzleşme/küntleşme" ve "anhedoni-asosyallik/zevk almama-toplumsal ilişki kuramama" alt boyutlarından da son 6 aydır çalışmakta olanlar anlamlı şekilde daha düşük skor elde etmişlerdir ($p<0.05$) (Tablo 8).

Yapılan istatistiksel analiz neticesinde son 6 aydır çalışmakta olan şizofreni hastalarının dil-düşünce ölçeğinden (DDÖ) elde ettikleri toplam puan çalışmayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($U = 38.500$; $p<0.05$). Bu bulguyla ilişkili olarak DDÖ alt boyutlarından "düşünce fakirleşmesi" ve "düşünce dağınıklığı" altboyutlarından da son 6 aydır çalışmayan şizofreni hastalarının anlamlı şekilde daha yüksek skor elde ettikleri tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. İş durumuna göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırılması

	son 6 aydır iş durumu	N	Sıra Ortalama	U	p
PANSS-Negatif Belirtiler Toplam	Çalışıyor	6	11.67	49.000	.020*
	Çalışmıyor	40	25.28		
DEZİTÖ-GENEL Toplam	Çalışıyor	6	34.58	53.500	.030*
	Çalışmıyor	40	21.84		
2. Derece Yanlış İnanç	Çalışıyor	6	33.25	61.500	.042*
	Çalışmıyor	40	22.04		

Empatisiz	Çalışıyor	6	34.58	53.500	.029*
	Çalışmıyor	40	21.84		
CALGARY- TOPLAM	Çalışıyor	6	13.08	57.500	.039*
	Çalışmıyor	40	25.06		
SANS- TOPLAM	Çalışıyor	6	12.17	52.000	.026*
	Çalışmıyor	40	25.20		
SANS-Duygulanımsal Düzleşme/Küntleşme	Çalışıyor	6	12.83	56.000	.036*
	Çalışmıyor	40	25.10		
SANS-Anhedoni-asosyallik/zevk almama-toplumsal ilişki kuramama	Çalışıyor	6	12.58	54.500	.032*
	Çalışmıyor	40	25.14		
DDÖ toplam puan	Çalışıyor	6	9.92	38.500	.008*
	Çalışmıyor	40	25.54		
DDÖ düşünce farkirleşmesi toplam puan	Çalışıyor	6	12.92	56.500	.038*
	Çalışmıyor	40	25.09		
DDÖ düşünce dağınıklığı toplam puan	Çalışıyor	6	8.67	31.000	.004*
	Çalışmıyor	40	25.72		

Eğitim Durumuna Göre Ölçeklerden Elde Edilen Skorların Karşılaştırılması

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının öğrenim durumlarına bağlı olarak ölçeklerden elde ettikleri skorların farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) uygulanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde DEZİTÖ genel toplam puanı, DEZİTÖ alt boyutlarından ironi kavrama ve empatisiz altboyutlarında gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yapılan analiz neticesinde öğrenim durumundaki artışa bağlı olarak DEZİTÖ ölçeğinden ve alt boyutlarından elde edilen skorların da arttığı görülmüştür (Tablo 9).

Yapılan istatistiksel analiz neticesinde öğrenim durumuna göre Calgary depresyon ölçeğinden elde edilen toplam puanların anlamlı şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Analiz neticesinde öğrenim durumundaki artışa bağlı olarak Calgary depresyon ölçeğinden elde edilen skorların da arttığı görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 9. Öğrenim durumuna göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırılması

		N	Ortalama	SS (±)	F	P
DEZİTÖ-Genel Toplam	İlköğretim	14	6.79	3.309	3.517	.038*
	Lise	18	9.06	3.506		
	Yüksekokul	14	10.21	3.641		
İroni Kavrama	İlköğretim	14	.57	.756	5.044	.011*
	Lise	18	1.39	1.195		
	Yüksekokul	14	1.79	1.051		

Empatisiz	İlköğretim	14	3.64	2.763	3.801	.030*
	Lise	18	5.83	2.875		
	Yüksekokul	14	6.50	3.032		
CALGARY-Toplam	İlköğretim	14	2.57	4.127	3.374	.044*
	Lise	18	4.78	4.008		
	Yüksekokul	14	6.79	4.791		

Toplam Eğitim Yılı İle Ölçeklerden Elde Edilen Skorlar Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının toplam eğitim yılı ile ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan korelasyon analizi neticesinde elde edilen sonuçlar Tablo 10'da görülmektedir. Buna göre eğitim yılı ile DEZİTÖ genel toplam puanı, DEZİTÖ altboyutlarından "ironi kavrama" ve "empatisiz" altboyutları arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamı bir ilişki söz konusudur. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde Calgary depresyon ölçeğinden elde edilen skorlar ile toplam eğitim yılı arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam skor ile DDÖ altboyutlarından "düşünce fakirleşmesi" arasında ise negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Toplam eğitim yılı ile ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişki

		DEZİTÖ Genel Toplam	İroni kavrama	Empatisiz	CALGARY Toplam	DDÖ Toplam	Düşünce Fakirleşmesi
Toplam Eğitim Yılı	R	.377**	.326*	.390**	.368*	-.366*	-.312*
	P	.010	.027	.007	.012	.012	.035
	N	46	46	46	46	46	46

Hastalık Süresi İle Ölçeklerden Elde Edilen Skorlar Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının hastalık süreleri ile ölçeklerden elde ettikleri ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi neticesinde yalnızca DEZİTÖ altboyutlarından "1. Derece yanlış inanç" ve "2. Derece yanlış inanç" altboyutları ile hastalık süresi arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup ($p<0.05$) diğer ölçeklerden elde edilen skorlar ile hastalık süresi arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Hastalık süresi ile ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişki

		1. Derece Yanlış İnanç	2. Derece yanlış inanç
Hastalık Süresi	r	-.327*	-.319*
	P	.026	.031
	N	46	46

Tedavisiz Geçen Hastalık Süresi İle Ölçeklerden Elde Edilen Skorlar Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının tedavisiz geçirdikleri hastalık süresi ile ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi neticesinde PANSS- Negatif belirtiler ve SANS-Duygulanımsal düzleşme/küntleşme boyutları ile hastalık süresi arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Tedavisizi hastalık süresi ile ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişki

		PANSS-Negatif Belirliler	SANS- duygulanımsal düzleşme/küntleşme
Tedavisiz Hastalık Süresi (Hafta)	r	-.305*	-.330*
	P	.039	.025
	N	46	46

Suisid (İntihar Girişimi) Varlığına Göre Ölçeklerden Elde Edilen Skorların Karşılaştırılması

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının suisid (intihar girişimi) varlığına göre ölçeklerden elde ettikleri skorların farklılık arz edip etmediğini tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Calgary depresyon ölçeğinden daha önce intihar girişimi olan hastaların anlamlı şekilde daha yüksek skor elde ettikleri tespit edilmiştir ($t = 2.736$; $p<0.05$).

Yapılan analiz neticesinde negatif belirtiler değerlendirme ölçeği (SANS) altboyutlarından "avolution-apati/iradesizlik/ilgizlik1 alt boyutu ile "dikkat" alt boyutundan intihar girişimi olan şizofreni hastalarının anlamlı şekilde daha yüksek skor elde ettikleri görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13. İntihar girişimi varlığına göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırılması

	Suisid	N	Ortalama	SS (±)	t	P
CALGARY-TOPLAM	Var	17	6.94	4.710	2.736	.009*
	Yok	29	3.41	3.914		
SANS-Avolution-apati/iradesizlik/ilgisizlik	Var	17	9.88	1.996	2.690	.010*
	Yok	29	7.21	3.793		
SANS-Dikkat	Var	17	4.94	2.794	2.247	.030*
	Yok	29	2.83	3.230		

Sigara Kullanımına Göre Ölçeklerden Elde Edilen Skorların Karşılaştırılması

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının sigara kullanma durumlarına göre ölçeklerden elde ettikleri skorların farklılık arz edip etmediğini tespit etmek için yapılan t testi neticesinde sadece negatif belirtiler değerlendirme ölçeğinin "dikkat" altboyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde sigara kullananların sigara kullanmayanlardan daha düşük skor elde ettikleri görülmüştür ($t= -2.587$; $p<0.05$).

Tablo 14. Sigara kullanımına göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırılması

	Sigara	N	Ortalama	SS (±)	t	P
SANS-dikkat	Var	29	2.72	2.802	-2.587	.013*
	Yok	17	5.12	3.389		

Yapmış olduğumuz istatistiksel analizler neticesinde esrar kullanımı ve diğer madde kullanımına göre şizofreni hastalarının ölçeklerden elde ettikleri skorlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yine yapılan istatistiksel analiz neticesinde ailesel özellik durumunun katılımcıların ölçeklerden elde ettikleri skorlar üzerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Hasta ve Sağlıklı Bireyler Arası Karşılaştırmalar

Şizofreni tanısı almış olan hastalar ile sağlıklı bireylerin ölçeklerden elde ettikleri skorlar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde elde edilen bulgular Tablo 15'de görülmektedir. Tablo incelendiğinde Dokuz Eylül Zihin Teoremi Ölçeği'nden (DEZİTÖ) sağlıklı bireylerin şizofreni hastalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek skor elde ettikleri

görülmektedir (t = -9.253; p<0.05). Bu bulguyla ilişkili olarak DEZİTÖ'nün alt boyutlarında da sağlıklı bireylerin hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek skor elde etmişlerdir (p<0.05).

Yapılan istatistiksel analiz neticesinde sağlıklı bireylerin Dil Düşünce Ölçeği'nden (DDÖ) elde ettikleri ortalama skorun hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.05). Bu bulguyla ilişkili olarak DDÖ alt boyutlarından da sağlıklı bireyler hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük skor elde etmişlerdir (p<0.05) (Tablo 15).

Tablo 15. Ölçeklerden elde edilen skorların gruplara göre karşılaştırılması

	Sağlı durumu	N	Ortalama	Ss (±)	t	P
DEZİTÖ GenelToplam	Hasta	46	8.72	3.680	-9.253	.001**
	Sağlıklı	46	14.54	2.168		
Yanlış inanç1	Hasta	46	1.63	1.271	-8.773	.001**
	Sağlıklı	46	3.52	.722		
Yanlış inanç2	Hasta	46	.87	.778	-5.704	.001**
	Sağlıklı	46	1.78	.758		
İroni kavrama	Hasta	46	1.26	1.124	-3.749	.001**
	Sağlıklı	46	2.09	.985		
Metafor kavrama	Hasta	46	.93	.800	-5.083	.001**
	Sağlıklı	46	1.65	.526		
Empatik anlayış	Hasta	46	3.33	1.117	-7.022	.001**
	Sağlıklı	46	4.61	.537		
Faux pas	Hasta	46	.70	.465	-2.363	.020
	Sağlıklı	46	.89	.315		
empatisiz	Hasta	46	5.37	3.065	-8.349	.001**
	Sağlıklı	46	9.89	2.025		
DDÖ toplam puan	Hasta	46	12.4565	5.46232	5.994	.001**
	Sağlıklı	46	6.9292	3.04532		
DDÖ düşünce farkirleşmesi toplam puan	Hasta	46	7.5326	3.98665	4.535	.001**
	Sağlıklı	46	4.4130	2.42282		
DDÖ düşünce dağınıklığı toplam puan	Hasta	46	4.9185	2.91073	5.045	.001**
	Sağlıklı	46	2.5163	1.39483		

4.3. Hasta Grubunda Ölçekler Arasındaki İlişki

PANSS ile DEZİTÖ Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının PANSS ölçeğinden elde ettikleri skorlar ile DEZİTÖ ölçeğinden elde ettikleri skorlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi neticesinde Tablo 16'da görülen sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo incelendiğinde PANSS genel toplam, pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji altboyutları ile DEZİTÖ altboyutlarından "empatik anlayış" altboyutu arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 16. PANSS ile DEZİTÖ arasındaki ilişki

		PANSS Genel Toplam	Pozitif Belirtiler	Negatif Belirliler	Genel Psikopatoloji
DEZİTÖ GenelToplam	R	-.114	.018	-.289	-.065
	P	.451	.905	.052	.667
	N	46	46	46	46
1. Derece Yanlış İnanç	r	-.070	.044	-.230	-.031
	p	.645	.773	.124	.840
	N	46	46	46	46
2. Derece Yanlış İnanç	r	.021	.049	-.107	.077
	p	.891	.746	.478	.613
	N	46	46	46	46
İroni kavrama	r	.042	.079	-.131	.114
	p	.781	.602	.386	.451
	N	46	46	46	46
Metafor kavrama	r	.022	.066	-.025	.011
	p	.883	.662	.867	.940
	N	46	46	46	46
Empatik anlayış	r	-.303*	-.107	-.353*	-.325*
	p	.041	.479	.016	.028
	N	46	46	46	46
Faux pas	r	-.159	-.105	-.268	-.076
	p	.292	.485	.072	.616
	N	46	46	46	46
Empatisiz	r	-.033	.065	-.238	.036
	p	.828	.667	.111	.811
	N	46	46	46	46

PANSS ile DDÖ Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarına uygulanan *PANSS* ölçeği ile *DDÖ* ölçeğinden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi neticesinde Tablo 17'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre PANSS ölçeği altboyutlarından negatif belirtiler ile DDÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p= 0.028$; $p<0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17. PANSS ile DDÖ arasındaki ilişki

		PANSS Genel Toplam	Pozitif Belirtiler	Negatif Belirtiler	Genel Psikopatoloji
DDÖ Toplam	r	.086	-.118	.325*	.061
	p	.570	.433	.028	.686
	N	46	46	46	46
Düşünce Fakirleşmesi	r	.033	-.172	.251	.041
	p	.826	.254	.093	.786
	N	46	46	46	46
Düşünce dağınıklığı	r	.112	.005	.264	.059
	p	.458	.972	.076	.696
	N	46	46	46	46

CALGARY ile DEZİTÖ Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının Calgary depresyon ölçeğinden elde ettikleri puan ile DEZİTÖ ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan korelasyon analizi neticesinde gruplar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18. CALGARY ile DEZİTÖ Arasındaki İlişki

		DEZİTÖ Genel Toplam	1. Derece Yanlış inanç	2. Derece Yanlış inanç	İroni kavrama	Metafor kavrama	Empatik anlayış	Faux pas	Empatisiz
CALGARY	r	.156	.113	.034	.124	.272	-.017	.138	.200
	P	.302	.454	.825	.410	.068	.913	.360	.182
	N	46	46	46	46	46	46	46	46

CALGARY ile DDÖ Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının Calgary depresyon ölçeğinden elde ettikleri puanlar ile DDÖ ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan korelasyon analizi neticesinde gruplar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Tablo 19. CALGARY ile DDÖ Arasındaki İlişki

		DDÖ Toplam	Düşünce fakirleşmesi	Düşünce dağınıklığı
CALGARY	R	-.030	-.011	-.040
	P	.841	.943	.791
	N	46	46	46

SANS ile DEZİTÖ Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının negatif belirtileri değerlendirme ölçeğinden (SANS) elde ettikleri puanlar ile DEZİTÖ ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi neticesind Tablo 20'de görülen sonuçlar elde edilmiştir.

Yapılan korelasyon analizi neticesinde DEZİTÖ ölçeğinin genelinden elde edilen puan ile SANS ölçeğinin altboyutlarından "duygulanımsal düzleşme/küntleşme" ve "Alogia (düşünce/fikir yoksulluğu" altboyutları arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 20).

Yine yapılan istatistiksel analiz neticesinde DEZİTÖ altboyutlarından "empatik anlayış" ile SANS ölçeği altboyutlarından "duygulanımsal düzleşme/küntleşme" ve "Alogia (düşünce/fikir yoksulluğu" altboyutları arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 20).

Yapılan korelasyon analizi neticesinde DEZİTÖ altboyutlarından "Faux pas" ile SANS ölçeği altboyutlarından "duygulanımsal düzleşme/küntleşme" arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 20).

Yapılan korelasyon analizi neticesinde DEZİTÖ altboyutlarından "empatisiz" ile SANS ölçeği altboyutlarından "duygulanımsal düzleşme/küntleşme" arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 20).

Tablo 20. SANS ile DEZİTÖ arasındaki ilişki

		SANS-Toplam	Duygulanımsal düzleşme/küntleşme	Alogia(düşünce/fikir yoksulluğu)	Avolution-apati/iradesizlik/ilgisizlik	Anhedoni-asosyallik/zevk almama-toplumsal ilişki kuramama	Dikkat
DEZİTÖ Genel Toplam	r	-.245	-.338*	-.300*	-.121	-.026	-.212
	P	.101	.022	.042	.424	.866	.156
	N	46	46	46	46	46	46
1. Derece Yanlış İnanç	r	-.188	-.231	-.236	-.154	-.036	-.112
	P	.210	.123	.114	.306	.813	.457
	N	46	46	46	46	46	46
2. Derece Yanlış İnanç	r	-.103	-.170	-.166	.001	.092	-.225
	P	.497	.259	.270	.992	.545	.132
	N	46	46	46	46	46	46
İroni kavrama	r	-.040	-.128	-.129	.066	.068	.017
	P	.794	.397	.393	.662	.654	.913
	N	46	46	46	46	46	46
Metafor kavrama	r	-.076	-.206	-.074	-.011	.113	-.174
	P	.617	.170	.627	.941	.455	.247
	N	46	46	46	46	46	46
Empatik anlayış	r	-.325*	-.331*	-.326*	-.217	-.233	-.187
	P	.027	.025	.027	.147	.120	.214
	N	46	46	46	46	46	46
Faux pas	r	-.242	-.300*	-.234	-.155	-.057	-.289
	P	.106	.043	.118	.304	.707	.051
	N	46	46	46	46	46	46
Empatisiz	r	-.189	-.300*	-.259	-.072	.049	-.199
	P	.209	.043	.082	.636	.744	.184
	N	46	46	46	46	46	46

SANS ile DDÖ Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının negatif belirtileri değerlendirme ölçeğinden (SANS) elde ettikleri puanlar ile Dil-Düşünce Ölçeği'nden (DDÖ) elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi neticesinde Tablo

21'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre SANS ölçeğinden elde edilen toplam puan ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Yapılan korelasyon analizi neticesinde SANS altboyutlarından "duygulanımsal düzleşme/küntleşme" altboyutu ile DDÖ toplam puanı ve DDÖ altboyutlarından "düşünce fakirleşmesi" arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Korelasyon analizi neticesinde SANS altboyutlarından "Alogia (düşünce/fikir yoksulluğu)" altboyutu ile DDÖ toplam puanı ve tüm altboyutları arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 21. SANS ile DDÖ arasındaki ilişki

		DDÖ Toplam	Düşünce fakirleşmesi	Düşünce dağınıklığı
SANS Toplam	R	.319*	.281	.207
	P	.031	.059	.167
	N	46	46	46
Duygulanımsal düzleşme/küntleşme	R	.418**	.359*	.283
	P	.004	.014	.057
	N	46	46	46
Alogia (düşünce/fikir yoksulluğu)	R	.432**	.357*	.314*
	P	.003	.015	.033
	N	46	46	46
Avolution-apati/iradesizlik/ilgisizlik	R	.051	.012	.069
	P	.737	.935	.648
	N	46	46	46
Anhedoni-asosyallik/zevk almama-toplumsal ilişki kuramama	R	.095	.156	-.033
	P	.531	.302	.828
	N	46	46	46
Dikkat	R	.238	.160	.225
	P	.111	.289	.134
	N	46	46	46

SAPS İle DEZİTÖ Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının SAPS (Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği) ölçeğinden elde ettikleri puanlar ile DEZİTÖ ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan korelasyon analizi neticesinde SAPS

altboyutlarından "pozitif formal düşünce bozukluğu" ile DEZİTÖ altboyutlarından "1. Derece Yanlış İnanç" altboyutu arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 22).

Tablo 22. SAPS ile DEZİTÖ arasındaki ilişki

		DEZİTÖ Genel Toplam	1. Derece Yanlış inanç	2. Derece Yanlış inanç	İroni kavrama	Metafor kavrama	Empatik anlayış	Faux pas	Empatisiz
SAPS-Toplam	R	.134	.214	.146	.038	.171	-.065	.000	.188
	P	.375	.154	.333	.803	.255	.669	.998	.211
	N	46	46	46	46	46	46	46	46
Varsanılar	R	.135	.134	.176	.061	.199	-.043	.023	.178
	P	.370	.375	.242	.685	.185	.776	.877	.236
	N	46	46	46	46	46	46	46	46
Hezeyanlar	R	.122	.208	.099	.089	.175	-.100	-.043	.189
	P	.418	.166	.512	.554	.244	.509	.776	.208
	N	46	46	46	46	46	46	46	46
Garip (Bizar) Davranış	R	-.165	-.168	.149	-.145	-.050	-.245	-.064	-.113
	P	.275	.264	.324	.336	.739	.101	.672	.456
	N	46	46	46	46	46	46	46	46
Pozitif formal düşünce bozukluğu	R	.184	.330*	.048	-.034	.091	.125	.092	.180
	P	.222	.025	.749	.824	.546	.406	.543	.232
	N	46	46	46	46	46	46	46	46

SAPS İle DDÖ Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının SAPS ölçeğinden elde ettikleri puanlar ile DDÖ ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi neticesinde SAPS ölçeği altboyutlarından "pozitif formal düşünce bozukluğu" ile DDÖ altboyutlarından "düşünce fakirleşmesi" arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 23).

Tablo 23. SAPS ile DDÖ arasındaki ilişki

		DDÖ Toplam	Düşünce fakirleşmesi	Düşünce dağınıklığı
SAPS-Toplam	r	-.229	-.264	-.073
	P	.126	.076	.631
	N	46	46	46
Varsanılar	r	-.147	-.140	-.096
	P	.328	.354	.525

	N	46	46	46
Hezeyanlar	R	-.228	-.243	-.097
	P	.127	.103	.521
	N	46	46	46
Garip (Bizar) Davranış	R	.023	.001	.037
	P	.881	.996	.806
	N	46	46	46
Pozitif formal düşünce bozukluğu	R	-.268	-.380**	.019
	P	.071	.009	.903
	N	46	46	46

DEZİTÖ İle DDÖ Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının Dokuz Eylül Zihin Teoremi Ölçeği'nden (DEZİTÖ) elde ettikleri puanlar ile Dil-Düşünce Ölçeği'nden (DDÖ) elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi neticesinde Tablo 24'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre DEZİTÖ ölçeğinden elde edilen genel puan ile DDÖ genel puanı arasında negatif yönlü, kuvvetli; DDÖ altboyutları ile de negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Yapılan korelasyon analizi neticesinde DEZİTÖ altboyutlarının "1. Derece Yanlış İnanç" altboyutu ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ve altboyutlarından elde edilen puanlar arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

DEZİTÖ altboyutlarından "2. Derece Yanlış İnanç" altboyutu ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ve altboyutlarından elde edilen puanlar arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

DEZİTÖ altboyutlarından "İroni Kavrama" altboyutu ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ve "düşünce dağınıklığı" altboyutundan elde edilen puanlar arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

DEZİTÖ altboyutlarından "metafor kavrama" altboyutu ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ve altboyutlarından elde edilen puanlar arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

DEZİTÖ altboyutlarından "empatik anlayış" altboyutu ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ve altboyutlarından elde edilen puanlar arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

DEZİTÖ altboyutlarından "empatisiz" altboyutu ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan arasında negatif yönlü, kuvvetli ve anlamlı bir ilişki; DDÖ altboyutları ile de negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 24).

Tablo 24. DEZİTÖ İle DDÖ Arasındaki İlişki

		DDÖ Toplam	Düşünce fakirleşmesi	Düşünce dağınıklığı
DEZİTÖ Genel Toplam	r	-.744**	-.587**	-.584**
	P	.000	.000	.000
	N	46	46	46
1. Derece Yanlış İnanç	r	-.636**	-.573**	-.400**
	P	.000	.000	.006
	N	46	46	46
1. Derece Yanlış İnanç	r	-.438**	-.327*	-.375*
	P	.002	.027	.010
	N	46	46	46
İroni kavrama	r	-.384**	-.221	-.418**
	P	.008	.139	.004
	N	46	46	46
Metafor kavrama	r	-.552**	-.403**	-.472**
	P	.000	.005	.001
	N	46	46	46
Empatik anlayış	r	-.503**	-.438**	-.337*
	P	.000	.002	.022
	N	46	46	46
Faux pas	r	-.327*	-.252	-.265
	P	.027	.091	.075
	N	46	46	46
Empatisiz	r	-.724**	-.545**	-.606**
	P	.000	.000	.000
	N	46	46	46

4.4. Sağlıklı Grupta Sosyodemografik Özellikler İle Ölçekler Arasındaki İlişki

Cinsiyete Göre Karşılaştırma

Çalışmaya dahil edilen sağlıklı bireylerin cinsiyetine bağlı olarak Dokuz Eylül Zihin Teoremi Ölçeği (DEZİTÖ) ve Dil-Düşünce Ölçeği'nden (DDÖ) elde ettikleri puanların

farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde gruplar arasında her iki ölçek açısından da anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 25).

Tablo 25. Sağlıklı grupta cinsiyete göre ölçeklerden elde edilen puanların karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ortalama	SS (±)	t	p
DEZİTÖ Genel Toplam	Erkek	25	14.28	2.151	-.898	.374
	Kadın	21	14.86	2.197		
1. Derece Yanlış İnanç	Erkek	25	3.44	.768	-.895	.408
	Kadın	21	3.62	.669		
2. Derece Yanlış İnanç	Erkek	25	1.60	.764	-1.830	.074
	Kadın	21	2.00	.707		
İroni kavrama	Erkek	25	2.12	.881	.246	.807
	Kadın	21	2.05	1.117		
Metafor kavrama	Erkek	25	1.64	.490	-.170	.866
	Kadın	21	1.67	.577		
Empatik anlayış	Erkek	25	4.56	.507	-.667	.508
	Kadın	21	4.67	.577		
Faux pas	Erkek	25	.92	.277	.671	.506
	Kadın	21	.86	.359		
Empatisiz	Erkek	25	9.64	2.158	-.917	.364
	Kadın	21	10.19	1.861		
DDÖ Toplam	Erkek	25	6.6900	3.18221	-.577	.567
	Kadın	21	7.2140	2.92541		
Düşünce fakirleşmesi	Erkek	25	4.2600	2.68336	-.463	.645
	Kadın	21	4.5952	2.12202		
Düşünce dağınıklığı	Erkek	25	2.4300	1.34923	-.454	.652
	Kadın	21	2.6190	1.47398		

Yaş İle Ölçekler Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen sağlıklı bireylerin yaşı ile ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan korelasyon analizi neticesinde yaş ile ölçekler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 26).

Tablo 26. Sağlıklı grupta yaş ile ölçekler arasındaki ilişki

		Yaş
DEZİTÖ Genel Toplam	r	.151
	P	.318
	N	46
1. Derece Yanlış İnanç	r	.010
	P	.946

	N	46
2. Derece Yanlış İnanç	R	.095
	P	.529
	N	46
İroni kavrama	R	.149
	P	.322
	N	46
metaforkavrama	R	.219
	P	.144
	N	46
Empatik anlayış	R	.064
	P	.672
	N	46
Faux pas	R	-.158
	P	.294
	N	46
Empatisiz	R	.148
	P	.325
	N	46
DDÖ Toplam	R	-.117
	P	.439
	N	46
Düşünce fakirleşmesi toplam puan*	R	-.105
	P	.486
	N	46
Düşünce dağınıklığı toplam puan*	R	-.073
	P	.632
	N	46

Medeni Duruma Göre Karşılaştırma

Çalışmaya dahil edilen sağlıklı bireylerin medeni durumlarına bağlı olarak ölçeklerden elde ettikleri puanların farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) neticesind elde edilen sonuçlar Tablo 27'de görülmektedir. Buna göre medeni durumun ölçeklerden elde edilen puanlar üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Sağlıklı grupta medeni duruma göre ölçeklerden elde edilen puanların karşılaştırılması

		N	Ortalama	SS (±)	F	P
DEZİTÖ Genel Toplam	Evli	27	14.26	2.246	.567	.572

	Bekar	14	15.00	2.112		
	Boşanmış	5	14.80	2.049		
1. Derece Yanlış İnanç	Evli	27	3.48	.849	.100	.905
	Bekar	14	3.57	.514		
	Boşanmış	5	3.60	.548		
2. Derece Yanlış İnanç	Evli	27	1.74	.859	.106	.900
	Bekar	14	1.86	.663		
	Boşanmış	5	1.80	.447		
İroni kavrama	Evli	27	1.93	1.072	.894	.416
	Bekar	14	2.29	.825		
	Boşanmış	5	2.40	.894		
Metafor kavrama	Evli	27	1.59	.572	.458	.636
	Bekar	14	1.71	.469		
	Boşanmış	5	1.80	.447		
Empatik anlayış	Evli	27	4.63	.565	.416	.662
	Bekar	14	4.64	.497		
	Boşanmış	5	4.40	.548		
Faux pas	Evli	27	.89	.320	.300	.743
	Bekar	14	.93	.267		
	Boşanmış	5	.80	.447		
Empatisiz	Evli	27	9.59	2.223	.708	.498
	Bekar	14	10.29	1.773		
	Boşanmış	5	10.40	1.517		
DDÖ Toplam	Evli	27	6.9813	2.95877	.138	.871
	Bekar	14	7.0714	3.50196		
	Boşanmış	5	6.2500	2.62797		
Düşünce fakirleşmesi	Evli	27	4.5370	2.31602	.215	.808
	Bekar	14	4.4107	2.93783		
	Boşanmış	5	3.7500	1.57123		
Düşünce dağınıklığı	Evli	27	2.4444	1.31254	.107	.899
	Bekar	14	2.6607	1.62199		
	Boşanmış	5	2.5000	1.42522		

İş Durumuna Göre Karşılaştırma

Çalışmaya dahil edilen sağlıklı bireylerin son 6 aydır çalışıp çalışmama durumlarına göre ölçeklerden elde ettikleri puanlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U test kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 28).

Tablo 28. Sağlıklı grupta iş durumuna göre ölçeklerden elde edilen puanların karşılaştırılması

	son 6 aydır iş durumu	N	Sıra Ortalama	U	P
DEZİTÖ Genel Toplam	Çalışıyor	41	22.57	64.500	.175
	Çalışmıyor	5	31.10		
1. Derece Yanlış İnanç	Çalışıyor	41	22.46	60.000	.079
	Çalışmıyor	5	32.00		
2. Derece Yanlış İnanç	Çalışıyor	41	23.16	88.500	.588
	Çalışmıyor	5	26.30		
İroni kavrama	Çalışıyor	41	23.16	88.500	.599
	Çalışmıyor	5	26.30		
Metafor kavrama	Çalışıyor	41	23.13	87.500	.517
	Çalışmıyor	5	26.50		
Empatik anlayış	Çalışıyor	41	23.01	82.500	.401
	Çalışmıyor	5	27.50		
Faux pas	Çalışıyor	41	23.20	90.000	.413
	Çalışmıyor	5	26.00		
Empatisiz	Çalışıyor	41	22.70	69.500	.236
	Çalışmıyor	5	30.10		
DDÖ Toplam	Çalışıyor	41	22.63	67.000	.210
	Çalışmıyor	5	30.60		
Düşünce fakirleşmesi	Çalışıyor	41	23.09	85.500	.548
	Çalışmıyor	5	26.90		
Düşünce dağınıklığı	Çalışıyor	41	22.56	64.000	.173
	Çalışmıyor	5	31.20		

Öğrenim Durumuna Göre Karşılaştırma

Çalışmaya dahil edilen sağlıklı bireylerin öğrenim durumlarına bağlı olarak ölçeklerden elde ettikleri puanlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) neticesinde DEZİTÖ ölçeğinden elde edilen toplam puanın öğrenim durumuna göre anlamlı şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir ($F = 4.505$; $p<0.05$). Yine yapılan analiz neticesinde DEZİTÖ altboyutlarından "Faux pas" ve "empatisiz" altboyutlarında da katılımcıların öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 29).

Tablo 29. Sağlıklı grupta öğrenim durumuna göre ölçeklerden elde edilen puanların karşılaştırılması

		N	Ortalama	SS (±)	F	P
DEZİTÖ Genel Toplam	İlköğretim	14	13.43	1.828	4.505	.017*
	Lise	18	14.50	2.526		

	Yüksekokul	14	15.71	1.326		
1. Derece Yanlış İnanç	İlköğretim	14	3.21	.893	1.901	.162
	Lise	18	3.67	.594		
	Yüksekokul	14	3.64	.633		
2. Derece Yanlış İnanç	İlköğretim	14	1.50	.855	1.484	.238
	Lise	18	1.94	.725		
	Yüksekokul	14	1.86	.663		
İroni kavrama	İlköğretim	14	2.00	.961	2.852	.069
	Lise	18	1.78	1.114		
	Yüksekokul	14	2.57	.646		
Metafor kavrama	İlköğretim	14	1.50	.519	1.764	.184
	Lise	18	1.61	.608		
	Yüksekokul	14	1.86	.363		
Empatik anlayış	İlköğretim	14	4.50	.519	1.145	.328
	Lise	18	4.56	.616		
	Yüksekokul	14	4.79	.426		
Faux pas	İlköğretim	14	.71	.469	3.704	.033*
	Lise	18	.94	.236		
	Yüksekokul	14	1.00	.000		
Empatisiz	İlköğretim	14	8.86	2.107	4.182	.022*
	Lise	18	9.89	2.193		
	Yüksekokul	14	10.93	1.072		
DDÖ Toplam	İlköğretim	14	8.1607	3.41181	2.997	.060
	Lise	18	7.0969	2.47209		
	Yüksekokul	14	5.4821	2.92283		
Düşünce fakirleşmesi	İlköğretim	14	5.2679	2.56542	2.147	.129
	Lise	18	4.5139	2.44268		
	Yüksekokul	14	3.4286	2.02254		
Düşünce dağınıklığı	İlköğretim	14	2.8929	1.86752	1.320	.278
	Lise	18	2.5833	1.02182		
	Yüksekokul	14	2.0536	1.22152		

Toplam Eğitim Yılına Göre Karşılaştırma

Çalışmaya dahil edilen sağlıklı bireylerin toplam eğitim yılı ile ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi neticesinde DEZİTÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ile toplam eğitim yılı arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan korelasyon analizi neticesinde DEZİTÖ ölçeği altboyutlarından "Faux pas" ve "empatisiz" altboyutları ile toplam eğitim yılı arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 30).

Tablo 30. Sağlıklı grupta toplam eğitim yılı ile ölçekler arasındaki ilişki

		Toplam eğitim yılı
DEZİTÖ Genel Toplam	R	.416**
	P	.004
	N	46
1. Derece Yanlış İnanç	R	.253
	P	.090
	N	46
2. Derece Yanlış İnanç	R	.212
	P	.158
	N	46
İroni kavrama	R	.204
	P	.173
	N	46
Metafor kavrama	R	.275
	P	.065
	N	46
Empatik anlayış	R	.182
	P	.226
	N	46
Faux pas	R	.366*
	P	.012
	N	46
Empatisiz	R	.414**
	P	.004
	N	46
DDÖ Toplam	R	-.281
	P	.059
	N	46
Düşünce fakirleşmesi	R	-.215
	P	.151
	N	46
Düşünce dağınıklığı	R	-.240
	P	.109
	N	46

4.5. Sağlıklı Grupta Ölçekler Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen sağlıklı bireylerin ölçeklerden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi neticesinde Tablo 31'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre DEZİTÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ve DDÖ altboyutlarından "düşünce fakirleşmesi" altboyutu arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki söz konusudur ($p<0.05$).

Yapılan korelasyon analizi neticesinde DEZİTÖ altboyutlarından "2. Derece Yanlış İnanç" ile DDÖ toplam puanı ve DDÖ altboyutlarından "düşünce fakirleşmesi" altboyutu arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Yapılan korelasyon analizi neticesinde DEZİTÖ altboyutlarından "Metafor Kavrama" ile DDÖ toplam puanı arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). DEZİTÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ve DDÖ altboyutları ile arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki söz konusudur ($p<0.05$).

Tablo 31. Sağlıklı bireylerde DEZİTÖ ve DDÖ ölçekleri arasındaki ilişki

		DDÖ Toplam	Düşünce fakirleşmesi	Düşünce dağınıklığı
DEZİTÖ Genel Toplam	r	-.357*	-.309*	-.242
	P	.015	.037	.105
	N	46	46	46
1. Derece Yanlış İnanç	r	-.251	-.164	-.262
	P	.093	.276	.078
	N	46	46	46
2. Derece Yanlış İnanç	r	-.303*	-.319*	-.107
	P	.041	.031	.479
	N	46	46	46
İroni kavrama	r	-.139	-.092	-.143
	P	.358	.542	.344
	N	46	46	46
Metafor kavrama	r	-.335*	-.290	-.227
	P	.023	.050	.129
	N	46	46	46
Empatik anlayış	R	.034	.012	.053
	P	.824	.938	.725
	N	46	46	46
Faux pas	R	-.217	-.231	-.072
	P	.148	.122	.635
	N	46	46	46
Empatisiz	R	-.404**	-.333*	-.304*
	P	.005	.024	.040
	N	46	46	46

5-TARTIŞMA VE SONUÇ

Şizofreni dünyanın tüm bölgelerinde hemen hemen eşit insidans ve prevalansa sahip, en sık görülen ruhsal bozukluklar arasında yer almaktadır (Sadock and Sadock, 2003). Şizofreni tanısı bulunan bireylerin yakın akrabalarında, hastalık sıklığının genel topluma göre fazla olduğu ve ailesel birikmelerin bulunduğu bilinmektedir (Haukka et al., 2003; Hans et al., 2004). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda genel popülasyonda şizofreni görülme oranı %1.3 şeklinde iken şizofreni tanılı hastaların kardeşlerinde bu oran %2.8 olup (Haukka et al., 2003) bu durum ailesel birikmeyi desteklemektedir. Öte yandan Hans ve ark. (2004) yapmış oldukları çalışmada ebeveynlerinden en az birinde şizofreni tanısı olan çocuklarda şizofrenin bozukluğu tanısının %17.1 olduğunu bildirmişlerdir ki bu da şizofrenide ailesel birikimin önemini ortaya koyan bir başka bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde zihin kuramı çalışılırken ailesel özelliklere bakılan çalışmalar vardır ve bu çalışmalarda şizofreni hastalarının 1. Derece akrabalarının da zihin kuramı performanslarının sağlıklı bireylerden farklı olarak düşük olduğu bulunmuştur (Corcoran, 1995; Frith, 1996; Janssen, 2003; Casetta, 2014). Bizim çalışmamızda ailesel özelliğe bakılmamıştır. Bu çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır. Zihin teoreminin hastalığın bir yordayıcısı olup olmadığı güçlendirmek adına ilerleyen çalışmalarda aileselliğe de bakılmalıdır.

Şizofrenide işlem hızı, dikkat/uyanıklık, çalışma belleği, sözel öğrenme ve bellek, görsel öğrenme ve bellek, yargılama, problem çözme ve sözel kavrama alanları olmak üzere 7 farklı bilişsel alanda tekrarlanan bozuklukların varlığından söz edilmektedir (Nuechterlein et al., 2004). Reichenberg ve ark. (2009) konuyla ilgili yapmış oldukları çalışmada şizofreni hastalarının nöropsikolojik değerlendirilmesi sonuçlarını incelemişler ve hastaların %80'inde bellek, yürütücü işlevler, dikkat ve işlem hızı alanında bozukluk tespit etmişlerdir. Şizofreni hastalarında yürütücü işlev, bellek gibi bilişsel alanda olduğu gibi zihin kuramı alanında da bozuklukların olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakta (Bora et al., 2009) ve yürütücü işlevler, bellek, çalışan bellek gibi bilişsel işlevlerin zihin kuramıyla ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Bora et al., 2007b). Bizim çalışmamızda da dil ve düşünce işlevlerinin zihin teorisi ile anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Bora ve arkadaşlarının çalışmasında da yürütücü işlevler içinde değerlendirilen düşünce işlevinin zihin kuramı ile ilişkisinin bulunması bu çalışmanın sonuçları ile tutarlıdır.

Şizofreni düşünce, algı, duygu, hareket ve davranış bozukluklarına neden olabilen ruhsal bir bozukluk olup şizofrenide görülen düşünce bozuklukları, şizofreninin en çarpıcı ve en az anlaşılmış özellikleri arasında yer almaktadır (Andreasen and Grove, 1979).

Şizofreni hastalarında görülen düşünce bozukluğu, şizofreninin temel belirtileri arasında yer almaktadır. Düşünce bozuklukları, düşünce süreci bozuklukları ve düşünce içeriği bozuklukları şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Düşünce bozukluğu kavramının düşünce içeriğindeki bozukluğa değil düşünce sürecindeki bozukluğa işaret ettiği ifade edilmiş olmasına karşın düşünce içeriği ve sürecinin birbirinden tamamen bağımsız olarak ele alınamayacağı, düşünce içeriğindeki ciddi bozulmaların düşüncenin yapısını da etkileyebileceği ifade edilmiştir (Barrera et al., 2009).

Düşünce bozuklukları hastalar arasında önemli değişkenlik göstermekte olduğu için karakterize edilmeleri de oldukça zordur (Covington et al., 2005). Konuyla ilgili yapılmış olan çalışmalarda düşünce bozukluklarının standart bir tanım içermediği, düşünce bozukluğunun formal düşünce bozukluğu, dil bozukluğu, konuşma bozukluğu, iletişim bozukluğu gibi farklı terimler ile belirtildiği görülmektedir (Andreasen, 1979). Farklı kavramlarla belirtilmeye çalışılsa da düşünce bozukluğuna yüklenen mana, düşünce içeriğinin garip ve alışılmadık olması, konuşmada gözlemlenebilen bozuklukların ve mantık hatalarının olmasıdır (Erol, 1998).

Yukarıda da ifade edildiği gibi şizofreninin önemli belirtileri arasında düşünce ve dil bozuklukları yer almaktadır. Düşünce ve dil bozuklukları, düşünce içeriğinin garip ve alışılmadık olması, konuşmada gözlemlenebilen bozuklukların olması özellikleri ile açıklanabilir. Düşünce ve dilde işlevselliğin azalması da şizofreni hastalarının zihin kuramıyla ilgili yaşadıkları zorluklar gibi günlük iletişimlerini ve aynı zamanda bu kişilerin iletişim halinde oldukları kişiler arasında bilgi paylaşımını kısıtlayan unsurlar arasında yer almaktadır. Bu çalışmada şizofrenin hastalarının zihin kuramı ve düşünce ve dil ölçeklerinden elde ettikleri puanları, sağlıklı bireylerin bu ölçeklerden elde ettikleri puanlar ile karşılaştırarak zihin teorisi ile düşünce-dil yapısı arasındaki ilişkinin incelenip, şizofreni hastalığıyla ilgili daha bütünleyici ve sistematik bir bakış açısıyla detaylı bulgular ortaya koymak amaçlanmıştır.

Çalışma 46'sı şizofreni tanısı almış, 46'sı ise gönüllü sağlıklı bireylerden meydana gelen 92 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Hasta ve kontrol grubu arasında yaş ortalamaları, cinsiyetleri, toplam eğitim yılı ve öğrenim durumları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir

farklılık tespit edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının %26'sı (n = 12) evli, %67.3'ü (n=31) bekar iken %6.5'i de (n=3) bekar iken, kontrol grubunda yer alan sağlıklı bireylerin ise %58.6'sı evli, %30.4'ü bekar ve %10.8'i de boşanmıştı. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde hasta ve sağlıklı bireyler arasında medeni durum açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışmada aynı zamanda her iki grup arasında son 6 ayda çalışabilme bakımından da anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ulaş ve ark. (2007), yapmış oldukları çalışmada şizofreni hastalarında evlilik oranının %20, sağlıklı bireylerde ise %71 olduğunu bildirmişlerdir. Yapmış olduğumuz çalışmadan elde edilen bulgu ile literatürün paralellik arz ettiği görülmektedir.

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının hastalık başlangıç yaşı ortalama 22.78 ±7.208 olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların tedavisiz hastalık süresi ise ortalama 80.33±195.465 hafta olarak hesaplanmıştır. Hastalarının PANSS genel toplam puanı ortalama 68.57±18.36, pozitif belirtiler toplam puanı ortalama 17.13±6.872, negatif belirtiler toplam puanı ortalama 16.91±5.738 ve genel psikopatoloji toplam puanı da ortalama 34.52±8.627 olarak hesaplanmıştır. Hastalardan 17'sinde intihar girişimi olduğu, 29'unda (%63) ise herhangi bir intihar girişimi olmadığı görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen 46 şizofreni hastasından 29'u (%63) sigara, 2'si (%4.3) esrar, 1'i de diğer maddelerden birisini kullanmakta iken hastalardan hiçbiri alkol kullanmamaktadır. Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarından 16'sında (%41.3) 1. Derece akrabasında psikotik bozukluk bulunmakta iken 27'sinde ise (%58.7) bulunmamaktadır. Yalınçetin (2014), yapmış olduğu çalışmada hastalık başlangıç yaşını ortalama 24.07, hastalık süresini ortalama 11.97 yıl, tedavisiz geçen süreyi ortalama 12.65 ay olarak bildirmiştir. Adı geçen araştırmacı yapmış olduğu çalışmada hastaların %18.8'inde ailesel özellik bulunduğunu bildirmiştir. Çalışmadan elde edilen bu bulgular ile Yalınçetin (2014) tarafından yapılan çalışmadan elde edilen bulguların paralellik arz ettiği görülmektedir.

Çalışmada her ne kadar kadınların genel itibariyle ölçeklerden erkeklere daha yüksek ortalama puan elde ettikleri tespit edilmiş olsa da şizofreni hastalarında cinsiyete göre ölçeklerden elde edilen puanlar açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Erdil (2008), yapmış olduğu çalışmada cinsiyete göre kullandığı ölçeklerden elde edilen puanlar açısından anlamlı bir farklılık olduğunu bildirmiştir. Değirmencioğlu (2008), şizofreni hastalarında cinsiyete göre DEZİTÖ ölçeğinden elde edilen puanlar açısından anlamlı bir farklılık

olmadığını tespit etmiştir. Bizim çalışmamızda da cinsiyetler arasında farklılık bulunmamıştır. Bunun sebebinin çalışmanın örnekleminin az olması olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya dahil edilen şizofrenin hastalarının yaşlarındaki artışa bağlı olarak PANSS ölçeği boyutlarından Gelen Psikopatoloji puanının anlamlı şekilde düştüğü tespit edilmiş olup yaş ile diğer ölçeklerden elde edilen puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Erdil (2008) ve Değirmencioğlu (2008) de çalışmalarında yaş ile DEZİTÖ ölçeğinden elde edilen puanlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir.

Bu çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının medeni durumlarına göre ölçeklerden elde ettikleri skorların farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla yapılan analiz neticesinde PANSS genel toplam puanı, Genel Psikopatoloji puanı, Calgary toplam puanı, SANS toplam puanı, SANS ölçeği alt boyutlarından duygulanımsal/düzleşme/küntleşme, avolution-apati/iradesizlik/ilgisizlik ve anhedoni-asosyallik/zevk almama/toplumsal ilişki kurama alt boyutlarının medeni duruma göre anlamlı şekilde farklılaştığı tespit edilmiş olup DDÖ ve DEZİTÖ ölçeğinden elde edilen skorların medeni duruma göre farklılaşmadığı görülmüştür. Ulaş ve ark. (2015) yapmış oldukları çalışmada medeni duruma göre şizofreni hastalarının DDÖ ölçeğinden elde ettikleri puanların anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını bildirmişlerdir. Erdil (2008) de medeni durumun zihin teoremi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını bildirmiştir. Bu bağlamda çalışmamızdan elde edilen bu bulgunun literatür ile paralellik arz ettiği görülmektedir.

Yapılan çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının son 6 aydır çalışıp çalışmama durumlarına bağlı olarak ölçeklerden elde ettikleri puanların farklılık arz edip etmediğini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde PANSS ölçeğinin "negatif belirtiler" alt ölçeğinden son 6 aydır çalışmadığını ifade edenlerin, çalıştıklarını ifade edenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek skor elde ettikleri saptanmıştır. Yapılan analiz neticesinde son 6 aydır çalışmakta olan hastaların DEZİTÖ genel toplam puanları çalışmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulguyla ilişkili olarak DEZİTÖ altboyutlarından 2. Derece yanlış inanç ve empatisiz altboyutlarından da son 6 aydır çalışmakta olan şizofreni hastaları anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde son 6 aydır çalışmakta olanların Calgari depresyon ölçeğinden elde ettikleri ortalama skor son aydır çalışmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde negatif belirtiler değerlendirme ölçeğinden (SANS) son 6 aydır çalışmakta

olanlar, çalışmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük skor elde etmişlerdir. Elde edilen bu bulguyla ilişkili olarak SANS ölçeği altboyutlarından "duygulanımsal düzleşme/küntleşme" ve "anhedoni-asosyallik/zevk almama-toplumsal ilişki kuramama" alt boyutlarından da son 6 aydır çalışmakta olanlar anlamlı şekilde daha düşük skor elde etmişlerdir. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde son 6 aydır çalışmakta olan şizofreni hastalarının dil-düşünce ölçeğinden (DDÖ) elde ettikleri toplam puan çalışmayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Bu bulguyla ilişkili olarak DDÖ alt boyutlarından "düşünce fakirleşmesi" ve "düşünce dağınıklığı" altboyutlarından da son 6 aydır çalışmayan şizofreni hastalarının anlamlı şekilde daha yüksek skor elde ettikleri tespit edilmiştir. Ekonomik durum tüm insanlar açısından son derece önemlidir. Bu bağlamda ekonomik kaygı içerisinde olmayanların ruh halinin ekonomik sıkıntı çekenlerle aynı olmadığı yadsınamaz bir gerçektir. Özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde bu durum daha açık bir şekilde kendini hissettirmektedir. Dolayısıyla bir iş sahibi olanların, düzenli bir gelire sahip olanların ruhsal durumları daha iyi olacaktır ki çalışmamızdan elde edilen bulgular da bu durumu açık bir şekilde göstermektedir. Bununla birlikte Ulaş ve ark. (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada son 6 aydır düzenli çalıştıklarını ifade eden şizofreni hastaları ile son 6 aydır düzenli çalışmadığını ifade edenler arasında dil-düşünce bozukluğu açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında eğitim düzeyindeki artışa bağlı olarak DEZİTÖ puanlarının arttığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Yapmış olduğumuz çalışmayla benzer şekilde Erdil (2008) ve Değirmencioğlu (2008) da eğitim durumunun DEZİTÖ toplam puan ortalamalarını anlamlı şekilde farklılaştırdığını bildirmişlerdir. Aynı zamanda öğrenim düzeyindeki artışa bağlı olarak Calgary depresyon ölçeğinden alınan puanların da arttığı görülmüş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Çalışmada şizofreni hastalarının toplam eğitim yılı ile DEZİTÖ genel toplam puanı ve DEZİTÖ altboyutlarından "ironi kavrama" ve "empatisiz" altboyutları arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamı bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde Calgary depresyon ölçeğinden elde edilen skorlar ile toplam eğitim yılı arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam skor ile DDÖ altboyutlarından "düşünce fakirleşmesi" arasında ise negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Değirmencioğlu (2008), yapmış olduğu çalışma neticesinde

eğitim süresi ile DEZİTÖ altboyutlarından "2. Derece yanlış inanç boyutu", "İroni boyutu", "empati boyutu" ve "metafor boyutu" arasında anlamlı ilişki olduğunu tespit etmiştir. Ulaş ve ark. (2015), hastaların eğitim süresi ile DDÖ toplam puanı ve DDÖ'nün düşüncenin yoksullaşması alt ölçeği arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir.

Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının hastalık süreleri ile ölçeklerden elde ettikleri ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda yalnızca DEZİTÖ altboyutlarından "1. Derece yanlış inanç" ve "2. Derece yanlış inanç" altboyutları ile hastalık süresi arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup diğer ölçeklerden elde edilen skorlar ile hastalık süresi arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Ulaş ve ark. (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışma neticesinde düşünce bozukluğu ile hastalığın başlangıç yaşı, süresi ve hastaneye yatış sayısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Şizofreni hastalarının tedavisiz geçirdikleri hastalık süresi ile ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi neticesinde PANSS- Negatif belirtiler ve SANS-Duygulanımsal düzleşme/küntleşme boyutları ile hastalık süresi arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Değirmencioğlu (2008) yapmış olduğu çalışmada tedavisiz geçen sürenin DEZİTÖ puanları üzerinde anlamlı bir farklılığa yol açmadığını bildirmiştir.

İntihar davranışı şizofrenide sık karşılaşılan bir durumdur (Heila et al., 1997; Heila et al., 1999). Henrikson ve ark. (1993), şizofrenide %25 oranında intihar girişimi olduğunu bildirmişlerdir. Şizofreni hastalarında oynak, beklenmedik zamanlarda ortaya çıkan depresif duygudurum intiharın önemli belirtileri arasında yer almaktadır. İntihar davranışı ve düşüncesi genç, ilk epizoddaki hastalarda daha yoğun gözlenmektedir (Nordentoft et al., 2002). Yapılan çalışmada intihar girişimi olan hastaların Calgari depresyon ölçeğinden intihar girişimi olmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları, dolayısıyla da depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışma neticesinde aynı zamanda SANS ölçeği altboyutlarından "avolution-apati/iradesizlik alt boyutu ile "dikkat" alt boyutundan intihar girişimi olan şizofreni hastalarının anlamlı şekilde daha yüksek skor elde ettikleri görülmüştür.

Yapmış olduğumuz çalışmada sigara kullanan şizofreni hastalarının sigara kullanmayanlara göre SANS ölçeğinin "dikkat" boyutundan sigara kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük puan elde ettikleri tespit edilmiş, diğer ölçeklerden elde edilen

puanların ise sigara kullanıp kullanmamaya göre farklılaşmadığı görülmüştür. Sigaranın şizofreni hastalarında özellikle uyanıklığı ve dikkati artırdığına yönelik bulguların elde edildiği çalışmalar bulunmaktadır (Javitt et al., 2008; Ahlers et al., 2014).

Yapılan çalışma neticesinde sağlıklı bireylerin DEZİTÖ ölçeği ve altboyutlarından şizofreni tanısı almış olan hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek puan elde ettikleri tespit edilmiştir. Yine sağlıklı bireylerin DDÖ ölçeğinden elde ettikleri puanların şizofreni tanısı almış olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Şizofren hastalarının PANSS ölçeğinden elde ettikleri puanlar ile DEZİTÖ ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan korelasyon analizi neticesinde PANSS genel toplam, pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji altboyutları ile DEZİTÖ altboyutlarından "empatik anlayış" altboyutu arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Erdil (2008), yapmış olduğu çalışmada DEZİTÖ puanları ile varsanı, duygulanımda küntleşme, suçluluk duyguları arasında da orta düzeyde ve negatif bir ilişki tespit etmiştir. Zihin teoremi ile pozitif belirtiler toplamı arasında istatistiksel anlamlılık gösteren fakat zayıf bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızda dasadece PANSS ile empatik anlayış boyutunun ilişkili çıkmasının, diğer altboyutlarla ilişki bulunamamasının sebebinin

Şizofreni hastalarına uygulanan pozitif-negatif belirtiler değerlendirme ölçeği (PANSS) ile DDÖ arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ulaş ve ark. (2015), yapmış oldukları çalışmada PANSS ile DDÖ arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Negatif belirtileri değerlendirme ölçeğinden (SANS) şizofreni hastalarının elde ettikleri puanlar ile DEZİTÖ ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan istatistiksel analiz neticesinde DEZİTÖ ölçeğinin genelinden elde edilen puan ile SANS ölçeğinin altboyutlarından "duygulanımsal düzleşme/küntleşme" ve "Alogia (düşünce/fikir yoksulluğu" altboyutları arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde aynı zamanda DEZİTÖ altboyutlarından "empatik anlayış" ile SANS ölçeği altboyutlarından "duygulanımsal düzleşme/küntleşme" ve "Alogia (düşünce/fikir yoksulluğu" altboyutları arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit. Yine analiz neticesinde DEZİTÖ altboyutlarından "Faux pas" ile SANS ölçeği altboyutlarından "duygulanımsal düzleşme/küntleşme" arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan korelasyon analizi neticesinde DEZİTÖ altboyutlarından "empatisiz" ile

SANS ölçeği altboyutlarından "duygulanımsal düzleşme/küntleşme" arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Hardy-Bayle da şizofrenide bozulmuş zihin kuramının birincil olarak yönetici işlevlerde veya planlamada bir bozukluktan kaynaklandığını düşünmüştür. Özellikle dezorganize düşünce, dil bozuklukları ve bozulmuş iletişim becerileri olan şizofrenlerin zihin kuramı testlerinde başarısız olması beklenir çünkü sadece kendi eylemlerini gözlemede değil, ötekilerin zihinsel durumlarını temsil etmede ve kavramsal bilgiyi entegre etmede de yetersizlikleri vardır (Sarfati, 2003).

Çalışmada şizofreni hastalarının SANS ölçeğinden elde ettikleri toplam puan ile DDÖ ölçeğinden elde ettikleri toplam puan arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde SANS altboyutlarından "duygulanımsal düzleşme/küntleşme" altboyutu ile DDÖ toplam puanı ve DDÖ altboyutlarından "düşünce fakirleşmesi" arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yine yapılan korelasyon analizi neticesinde SANS altboyutlarından "Alogia (düşünce/fikir yoksulluğu)" altboyutu ile DDÖ toplam puanı ve tüm altboyutları arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Şizofreni hastalarının SAPS (Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği) ölçeğinden elde ettikleri puanlar ile DEZİTÖ ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan korelasyon analizi neticesinde SAPS altboyutlarından "pozitif formal düşünce bozukluğu" ile DEZİTÖ altboyutlarından "1. Derece Yanlış İnanç" altboyutu arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Şizofreni hastalarının SAPS ölçeğinden elde ettikleri puanlar ile DDÖ ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi neticesinde SAPS ölçeği altboyutlarından "pozitif formal düşünce bozukluğu" ile DDÖ altboyutlarından "düşünce fakirleşmesi" arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Şizofreni hastalarının DEZİTÖ puanları ile DDÖ puanları arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi neticesinde DEZİTÖ ölçeğinden elde edilen genel puan ile DDÖ genel puanı arasında negatif yönlü, kuvvetli; DDÖ altboyutları ile de negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan korelasyon analizi neticesinde DEZİTÖ altboyutlarının "1. Derece Yanlış İnanç" altboyutu ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ve altboyutlarından elde edilen puanlar arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. DEZİTÖ altboyutlarından "2. Derece Yanlış İnanç" altboyutu ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ve altboyutlarından elde edilen

puanlar arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. DEZİTÖ altboyutlarından "İroni Kavrama" altboyutu ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ve "düşünce dağınıklığı" altboyutundan elde edilen puanlar arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. DEZİTÖ altboyutlarından "metafor kavrama" altboyutu ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ve altboyutlarından elde edilen puanlar arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. DEZİTÖ altboyutlarından "empatik anlayış" altboyutu ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan ve altboyutlarından elde edilen puanlar arasında negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. DEZİTÖ altboyutlarından "empatisiz" altboyutu ile DDÖ ölçeğinden elde edilen toplam puan arasında negatif yönlü, kuvvetli ve anlamlı bir ilişki; DDÖ altboyutları ile de negatif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada şizofreni hastalarının zihin teoremi ölçeği ve düşünce-dil ölçeğinden aldıkları puanlar, sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırıldığında, hastaların sağlıklılara göre performansının daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca hastaların Zihin Teoremi performansı ile düşünce-dil performansı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. Zihin teoremi ölçeğindeki performansı düşük olan hastaların düşünce-dil ölçeğindeki performansları da düşük bulunmuştur. Literatürde de zihin kuramı ile düşünce dil arasındaki ilişkiye bakan çalışmalar vardır fakat bu çalışmada kullanılan ölçeklerle bakılmış çalışma yoktur. Sonuçlar literatür ile tutarlılık göstermiş olup kullanılan yeni ölçeklerle uygulanıp literatüre katkı sağlanmıştır. Bu bulguları tutarlı kılabilmek adına bu alanda ilerleye zamanlarda yeni çalışmalar yapılmalıdır. Zihin kuramını ölçmek için kullanılan Dokuz Eylül Zihin Teoremi Ölçeği Türkiye'de geçerlilik güvenilirliği yapılmış olan özgün bir testtir. Zihin teoremi ile düşünce dil arasındaki ilişki literatürde çok fazla araştırılmış bir alan değildir bu yüzden bu çalışmada özgün testlerin kullanılması ve araştırmada yeni olan bir alanın çalışılmış olması bu çalışmanın özgünlüğü olup şizofrenide sosyal biliş çalışmalarına yeni bir bakış açısı kazandıracağı düşünülmektedir.

Ayrıca Zihin Kuramı şizofreni hastaları için dikkat gerektiren çalışma alanlarından birisidir ve bu alanda cinsiyet farklılıkların çalışılması şizofreninin doğasını daha iyi anlamamıza yardımcı olabilir.

Çalışmanın sınırlılıklarından olan örneklem büyüklüğü ilerleyen çalışmalarda arttırılırsa literatürde daha fazla veri olacaktır. Küçük bir grup çalışılarak cinsiyet farklılıklarını görebilme gücü düşmüş olabilir. İleriki çalışmalarda örneklem büyüklüğü araştırmada geniş tutularak daha genellenebilir sonuçlara ulaşılabilir. Ayrıca ilerleyen çalışmalarda, katılımcılara nörokognitif testlerin de uygulanması ile gruplar arasında klinik özelliklerin farklılıkları daha belirgin şekilde gözlenebilir. İleriki çalışmalar beyin görüntüleme çalışmalarıyla da desteklenirse zihin teoreminden sorumlu ve düşünce dil bozukluklarından sorumlu beyin bölgeleri de incelenip daha detaylı veriler toplanabilir.

7-KAYNAKÇA

Abdel-Hamid, M., Lehmkämper, C., Sonntag, C., Juckel, G., Daum, I., & Brüne, M. Theory of mind in schizophrenia: The role of clinical symptomatology and neurocognition in understanding other people's thoughts and intentions. *Psychiatry research*, 2009;165(1-2): 19–26.

Abu-Akel A. A neurobiological mapping of theory of mind. Brain Res Brain Res Rev 2003;43:29-40.

Addington J, Saeedi H, Addington D. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis. Br J Psychiatry 2006;189:373-378.

Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia:evidence from meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 2003;60(6):565-71.

Allardyce J, Boydell J. Review: the wider social environment and schizophrenia. Schizophr Bull, 2006;32: 592-598.

Alptekin K, Ulas H, Akdede BB ve ark. Prevalence and risk factors of psychotic symptoms: in the city of Izmir, Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2009;44: 905-910.

Andreasen NC: Should the term "Thought Disorder" be revised? 1982. Comprehensive Psychiatry, 23:291-299

Andreasen, NC: Thought, language and communication disorders: I. Clinical assesment, definition of terms, and evaluation of their reliability. Archives of General Psychiatry; 1979, 36, 1315-1321.

Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a 'theory of mind'?. Cognition 1985;21:37-46.

Bell, M., Tsang, H. W. H., Greig, T. C., & Bryson, G. J. Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 2009;35(4): 738–47.

Bertrand, M.C., Sutton, H., Achim, A. M., Malla, A. K., & Lepage, M. Social cognitive impairments in first episode psychosis. *Schizophrenia research*, 2007;95(1-3): 124–33.

Biedermann, F., Frajo-Apor, B., & Hofer, A. Theory of mind and its relevance in schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*, 2012.

Bonora E, Targher G, Formentini G, Calcaterra F, Lombardi S, Marini F. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease in type 2 diabetic subjects. Prospective data from the Verona. Diabetes Complications Study.Diabet Med 2004; 21:52-58.

Bora, E. [Theory of mind in schizophrenia spectrum disorders]. *Türk psikiyatri dergisi Turkish journal of psychiatry*, 2009;20(3): 269–281.

Bora, E., Eryavuz, A., Kayahan, B., Sungu, G., & Veznedaroglu, B. Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry research*, 2006;145(2-3): 95–103.

Bora E, Vahip S, Gönül AS, et al. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. Acta Psychiatr Scand 2005;112(2),110-116.

Bora, E., Vahip, S., Akdeniz, F., Gonul, A. S. S., Eryavuz, A., Ogut, M., & Alkan, M. The effect of previous psychotic mood episodes on cognitive impairment in euthymic bipolar patients. *Bipolar disorders*, 2007a;9(5): 468–477.

Bora, Emre, Sehitoglu, G., Aslier, M., Atabay, I., & Veznedaroglu, B. (2007). Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia: is poor insight a mentalizing deficit? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 2007b;257(2), 104–111

Boyd JH, Pulver AE, Stewart W Season of birth: Schizophrenia and bipolar disorder. Schizophr Bull,1986; 12:173-185.

Bozikas, V. P., Giannakou, M., Kosmidis, M. H., Kargopoulos, P., Koseoglou, G., Liolios, D., & Garyfallos, G. Insights into theory of mind in schizophrenia: the impact of cognitive impairment. *Schizophrenia research*, 2011;130(1-3): 130–136.

Bowie, C, R., Harvey, P. D. (2008). Communication abnormalities predict functional outcomes in chronic schizophrenia: Differential associations with social and adaptive functions. Schizophrenia Research; 103 (1): 240-247.

Brown AS. Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. Schizophr Bull, 2006;32: 200-202.

Brown AS, Bottiglieri T, Schaefer CA ve ark. Elevated prenatal homocysteine levels as a risk factor for schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 2007;64: 31-39.

Brüne M. Social cognition and psychopathology in an evolitionary perspectivecurrent status and proposals for research. Psychopathology 2001;34:85-94.

Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. Schizophrenia Research;60:57–64.

Brüne M. "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. Schizophr Bull 2005;31(1):21-42.

Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind - evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. Neurosci Biobehav Rev 2006; 30(4):437-455.

Brüne, Martin, Abdel-Hamid, M., Lehmk a mper, C., Sonntag, C., & Lehmkämper, C. Mental state attribution, neurocognitive functioning, and psychopathology: What predicts poor social competence in schizophrenia best? *Schizophrenia research*, 2007;92(1-3): 151–159.

Buchanan, R. W., & Carpenter, W. T. Comprehensive Textbook of Psychiatry. In B. J. Saddock & V. A. Saddock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Eight edit., pp. 1329–1331). Lipincott Williams Wilkins, 2005.

Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. Am J Psychiatry, 2002;159: 1080-1092.

Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. Am J Psychiatry, 2005;162: 12-24.

Ceylan ME, Çetin M (Ed.). Genel bilgiler. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni-1. 3. Baskı, İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş., 2005, 83-123.

Corcoran, R, Mercer, G., ve Frith, C. D. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 1995;17(1): 5–13.

Corcoran, R., and Frith, C.D. (1996). Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia. Cognitive Neuropsychology;1:305–318.

Corcoran, R., Cahill, C., and Frith, C.D. (1997). The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia. A study of 'mentalizing' ability. Schizophrenia Research; 24:319–327.

Corrigan, P., Gren, M. (1993). The Situational Feature Recognition Test: a measure of schema comprehension for schizophrenia. International Journal of Methods in Psychiatric Research; 3:29-35.

Couture, S. M., Penn, D. L., Roberts, D. L. (2006). The Functional Significance of Social Cognition in Schizophrenia: A Review. Schizophrenia Bulletin; 32 (S1):44–S63.

Crow TJ. Schizophrenia as the price that homo sapiens pays for language: a resolution of the central paradox in the origin of the species. Brain Res Brain Res Rev 2000;31(2-3): 118-129.

Diamond, M. D. The ability of schizophrenics to modify responses in an interpersonal situation. *Journal of consulting psychology*, 1956;20(6): 441–4.

Drake, R.J.J., & Lewis, S.W. Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 2003;62(1-2): 165–173.

Drukker M, Krabbendam L, Driessen G ve ark. Social disadvantage and schizophrenia. A combined neighbourhood and individual-level analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2006;41: 595-604.

Drury, V. M., Robinson, E. J., & Birchwood, M. "Theory of mind" skills during an acute episode of psychosis and following recovery. *Psychological medicine*, 1998;28(5): 1101–1112.

Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlar ve Tanı Kılavuzları. Öztürk O, Uluğ B (Çev. Ed.) Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 1993

Eaton WW, Chen C. Epidemiyology. In; Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, eds. The Amercan Psychiatric Publishing textbook of schizophrenia. 1st ed.ed. Washington, DC. American Psychiatric Pub; 2006;17-37.

Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi, Birsöz S, Karaman T (Çeviri Ed.) 1. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2003, 260-278.

Erdil N. (2008). Şizofrenide Zihin Teorisi, Empati ve İçgörü Yeteneklerinin Klinik Değişkenler İle İlişkisi. Tamamlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinir Bilimler Anabilim Dalı. İzmir

Erkoç Ş, Aker T. Tarihçe. Şizofreni 1998;1:6-21.

Erol A. Şizofrenide Dil. Şizofreni dizisi 1998;2:54-63.

Fertuck EA, Jekal A, Song I, et al. Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in borderline personality disorder compared to healthy controls. Psychol Med 2009;39(12):1979-1988.

Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA 2002;287:356-359.

Frith, C D. Schizophrenia and theory of mind. *Psychological medicine*, 2004;34(3), 385–9.

Frith, C D, ve Done, D. J. Experiences of alien control in schizophrenia reflect a disorder in the central monitoring of action. *Psychological medicine*, 1989;19(2): 359–63.

Gallagher HL, Frith CD. Functional imaging of "theory of mind". Trends Cogn Sci 2003;7(2):77-83.

Gallese V, Fadiga L, Fogassi L, Rizzolatti G. Action recognition in the premotor cortex. Brain 1996;119(2):593-609

Goldberg TE, Mark SA, Monica LG. Cognitive Substrates of Thought Disorder, I. The Semantic System. Am. J. Psychiatry 1998;155:12.

Gorham, D. R. (1956). A proverbs test for clinical and experimental use. Psychological Reports; 2:1-12.

Grezes J, Decety J. Functional anatomy of execution, mental simulation, observation, and verb generation of actions: a meta-analysis. Hum Brain Mapp 2001;12:1-19.

Hanssen M, Peeters F, Krabbendam L ve ark. How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2003;38: 149-154.

Hardy-Bayle, M. C., Passerieux, C., Claudel, B., Olivier, V., Chevalier, J. F. (1994). Communication disorders in schizophrenic patients. Cognitive explanation and clinical reconsideration. Encephale. 20(4):393-400.

Hardy-Bayle, M. C., Sarfati, Y., Passerieux, C. (2003). The Cognitive Basis of Disorganization Symptomatology in Schizophrenia and Its Clinical Correlates: Toward a Pathogenetic Approach to Disorganization. Schizophrenia Bulletin; 29(3):459-471.

Harrington L, Siegert RJ, McClure J. Theory of mind in schizophrenia: a critical review. Cogn Neuropsychiatry 2005;10(4):249-286.

Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry 1998;173:11-53.

Herman HE, Baldwin JA, Christie D. A record linkage study of Mortality and general hospital discharge in patients diagnosed as schizophrenic. Psychol Med,1983; 13:581-593.

Harrow, M., and Miller, J.G. (1985). Schizophrenic thought disorders and impaired perspective. Journal of Abnormal Psychology;89:717–727.

Herold, R., Tenyi, T., Lenard, K., & Trixler, M. Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychological medicine*, 2002;32(6): 1125–1129.

Hinterhuber H, Liensberger D. Epidemiology of schizophrenic disorders. Wien Med Wochenschr 1998;148(11-12):253-258.

Hofer A, Benecke C, Edlinger M, et al. Facial emotion recognition and its relationship to symptomatic, subjective and functional outcomes in outpatients with chronic schizophrenia. Eur Psychiatry 2009;24:27-32.

Irani, F., Platek, S. M., Panyavin, I. S., et al. (2006). Self-face recognition and theory of mind in patients with schizophrenia and firstdegree relatives. Schizophr Res;88:151–160.

Işık E. Güncel Şizofreni. 1. Baskı, Format Matbaacılık, Ankara, 2006:18-62.

Jablensky A, Sartorius N, Emberg G, ve ark. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in diffrent cultures. A World Health Organization ten-country study. Psychol Med Monogr Suppl 1992; 20: 1-97.

Janssen, I., Krabbendam, L., Jolles, J., ve van Os, J. Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 2003;108(2):110–117.

Javitt DC, Spencer KM, Thaker GK, Winterer G, Hajós M. (2008). Neurophysiological biomarkers for drug development in schizophrenia. Nat Rev Drug Discov 2008; 7:68-83.

Kelemen, O., Erdelyi, R.,Pataki, I., Benedek, G. G., Janka, Z. Z., Kéri, S., Erd e lyi, R., et al. Theory of Mind and Motion Perception in Schizophrenia. *Neuropsychology*, 2005;19(4): 494–500.

Kern, R. S., Green, M. F., Fiske, A. P., Kee, K. S., Lee, J., Sergi, M. J., Horan, W. P., ve ark. Theory of mind deficits for processing counterfactual information in persons with chronic schizophrenia. *Psychological medicine*, 2009;39(4): 645–54.

Kerr N, Dunbar RI, Bentall RP. Theory of mind in bipolar affective disorder. J Affect Disord 2003;73(3):253-259.

Kirkbride JB, Boydell J, Ploubidis GB ve ark. Testing the association between the incidence of schizophrenia and social capital in an urban area. Psychol Med, 2008;38: 1083-1094.

Koelkebeck, K., Pedersen, A., Suslow, T., Kueppers, K. A. A., Arolt, V., & Ohrmann, P. Theory of Mind in first-episode schizophrenia patients: correlations with cognition and personality traits. *Schizophrenia research*, 2010;119(1-3): 115–123.

Koroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı (2. baskı), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007; 184-204

Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence-conditional on genetic risk. Schizophr Bull, 2005;31: 795-799.

Kültür S, Mete L. Şizofreni. Güleç C, Köroğlu (Ed.). Psikiyatri Temel Kitabı. 1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997, 321-353.

Langdon, R., Corner, T., McLaren, J., Ward, P. B., ve Coltheart, M. Externalizing and personalizing biases in persecutory delusions: the relationship with poor insight and theory-of-mind. *Behaviour research and therapy*, 2006;44(5): 699–713.

Langdon, R., Coltheart, M., Ward, P. B., Catts, S. V. (2002). Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind-reading. Psychol Med. 32(7):1273-84.

Lauriello, J., Bustillo, J. R., & Keith, S. J. Comprehensive Textbook of Psychiatry. In B. J. Saddock & V. A. Saddock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Eight Edit., p. 1349). Lipincott Williams Wilkins, 2005.

Leslie AM. Pretense and representation: the origins of 'theory of mind'. Psychol Rev 1987;94:412-426.

Liddle PF, Elton TC, Stephanie L. Thought and Language Index: an instrument for assesing thought and language in schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 2002;181:326-330.

Malaspina D, Harlap S, Fennig S ve ark. Advancing paternal age and the risk of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 2001;58: 361-367.

Marengo, J. T., Harrow, M., Lanin-Kettering, I., Wilson, A. (1986). Evaluating bizarre-idiosyncratic thinking: a comprehensive index of positive thought disorder. Schizophrenia Bulletin; 12:497-511.

Mazza, M., DeRisio, A., Surian, L., Roncone, R., Casacchia, M. (2001). Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. Schizophrenia Research; 47:299–308.

McGrath J, Saha S, Welham J ve ark. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. BMC Med, 2004;2:13.

McGrath J, Scott J. Urban birth and risk of schizophrenia: a worrying example of epidemiology where the data are stronger than the hypotheses. Epidemiol Psichiatr Soc, 2006;15: 243-246.

McGuire PK, Quested DJ, Spence SA, Murray RM ve ark. Pathophysiology of 'positive' thought disorder in schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 1998;173:231-235.

Mitchley, N., Barber, J., Gray, J., Brooks, N., & Livingston, M. Comprehension of irony in schizophrenia. *Cognit Neuropsychiatry*, 1998;3:127–138.

Murphy D. Theory of mind in Asperger's syndrome, schizophrenia and personality disordered forensic patients. Cogn Neuropsychiatry 2006;11(2):99-111.

Murray RM, Morrison PD, Henquet C ve ark. Cannabis, the mind and society: the hash realities. Nat Rev Neurosci, 2007;8: 885-895.

Onishi, K. H., & Baillargeon, R. Do 15-month-old infants understand false beliefs? *Science (New York, N.Y.)*, 2005;308(5719): 255–8.

Özgüven, H., Öner, Ö., Baskak, B., Öktem, F., Ölmez, Ş., ve Münir, K. Theory of mind in schizophrenia and Asperger`s syndrome: relationship with negative symptoms. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2010;20(1): 5–13.

Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 7. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997, 175-419.

Penn, D. L., Sanna, L. J., Roberts, D. L. (2008). Social Cognition in Schizophrenia: An Overview. Schizophrenia Bulletin; 34(3): 408–411.

Perner, J., ve Davies, G. Understanding the mind as an active information processor: do young children have a “copy theory of mind”? *Cognition*, 1991;*39*(1): 51–69.

Read J, van Os J, Morrison AP ve ark. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatr Scand, 2005;112: 330-350.

Richell RA, Mitchell DG, Newman C, ve ark. Theory of mind and psychopathy: can psychopathic individuals read the ‘language of the eyes’. Neuropsychologia 2003;41(5):523-526.

Roncone, R., Falloon, I. R., Mazza, M., De Risio, A., Pollice, R., Necozione, S., Morosini, P., ve ark. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology*, 2002;35(5): 280–288.

Sadock BJ, Sadock V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2007, Cilt 2: 1329-1512.

Saha S, Chant D, Welham J ve ark. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med, 2005;2: e141.

Sarfati, Y., Passerieux, C., & Hardy-Baylé, M. Can verbalization remedy the theory of mind deficit in schizophrenia? *Psychopathology*, 2000;33(5): 246–251.

Sarfati, Y., and Hardy-Bayle, M.C. (1999). How do people with schizophrenia explain the behaviour of others? A study of theory of mind and its relationship to thought and speech disorganisation in schizophrenia. Psychological Medicine; 29:613–620.

Sarfati, Y., Hardy-Bayle´, M.C., Besche, C., Widlocher, D. (1997). Attribution of intentions to others in people with schizophrenia: A non-verbal exploration with comic strip. Schizophrenia Research; 25:199–209.

Sarfati, Y., Hardy-Bayle, M.C., Brunet, E., Widlocher, D. (1999). Investigating theory of mind in schizophrenia: Influence of verbalization in disorganized and non-disorganized patients. Schizophrenia Research; 37:183–190.

Sarfati, Y., Hardy-Bayle´, M.C., Nadel, J., Chevalier, J.F., Widlocher, D. (1997). Attribution of mental states to others in schizophrenic patients. Cognitive Neuropsychiatry; 2:1–17.

Sayın A, Candansayar S. Şizofrenide zihin kuramı. Yeni Symposium 2008;46(2):74-80.

Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Ed.). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007.

Sparks, A., McDonald, S., Lino, B., O'Donnell, M., & Green, M. J. (2010). Social cognition, empathy and functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 2010;122(1-3):172–178.

Sponheim, S. R., Surerus-Johnston, C., Leskela, J., Dieperink, M. E. (2003). Proverb interpretation in schizophrenia: the significance of symptomatology and cognitive processes. Schizophrenia Research; 65:117-123.

Stone, V. E., Baron-Cohen, S., & Knight, R. T. Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of cognitive neuroscience*, 1998;10(5): 640–56.

Subotnik, K. L., Nuechterlein, K. H., Gren, M. F., Horan, W. P., Nienow, T. M., Ventura, J., Nguyen, A. T. (2006). Neurocognitive and social cognitive correlates of formal thought disorder in schizophrenia patients. Schizophrenia Research; 85 (1): 84-95.

Tager-Flusberg H. Evaluating the theory-of-mind hypothesis of autism. Current Directions in Psychological Science 2007;16(6):311-315

Thomas P, Frazer W. Linguistics, human communication and psychiatry. Br J Psychiatry, 1994;165:585-592.

Ulaş H, Alptekin K, Özbay D. Akdede BB. Çakır E. Tümüklü M. Şimşek S. Arkar H. Akvardar Y. Düşünce ve Dil Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri 2007;10:77-85.

Wellman, H. M., & Woolley, J. D. From simple desires to ordinary beliefs: the early development of everyday psychology. *Cognition*, 1990;35(3): 245–75.

Wimmer, H., Hogrefe, J., & Perner, J. Children's understanding of informational access as a source of knowledge. *Child Development*, 1998;59: 386–396.

Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I ve ark. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. Psychol Med, 2009;39: 179-195.

Veling W, Susser E, van Os J ve ark. Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. Am J Psychiatry, 2008a; 165: 66-73.

Veling W, Hoek HW, Mackenbach JP. Perceived discrimination and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: a case-control study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2008b;43: 953-959.

Veling W, Hoek HW, Wiersma D ve ark. Ethnic identity and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: A case-control study. Schizophr Bull, 2009.

Youmans GL. Theory of mind in individuals with Alzheimer-type dementia profiles. PhD Thesis of College of Communication at the Florida State University, 2004.

8-EKLER

Ek – 1: Sağlıklı Katılımcı Veri Kayıt Formu

AD SOYAD: DOSYA NO

CİNSİYET: 1. Erkek ( ) 2. Kadın ( ) TARİH:

ADRES:

TELEFON:

BEL-KALÇA ÖLÇÜSÜ:

BOY: KİLO:

YAŞ:

EL DOMİNANSI: 1. sağ ( ) 2 sol ( ) 3. mikst ( )

MEDENİ DURUM:1- Evli ( ) 2- Bekar ( ) 3- Boşanmış ( ) 4. Dul ( )

MESLEK:

KİMİNLE BİRLİKTE YAŞIYOR:

İŞ: Son 6 aydır 1. çalışıyor ( ) 2. çalışmıyor ( )

ÖĞRENİM DURUMU: 1- Okur yazar değil ( ) 2- İlköğretim ( ) 3- Lise ( ) 4- Yüksekokul ( )

Toplam eğitim yılı: ( ) yıl

Psikiyatrik Tedavi: 1.Var ( ) 2.Yok ( )

SUİSİD: 1.Var ( ) 2.Yok ( )

ALIŞKANLIKLAR: Sigara:……paket / gün / yıl

Alkol: 1. Abuse ( ) 2. bağımlılık ( ) 3. yok ( )

Esrar: 1.Var ( ) 2.Yok ( )

Diğer:

Ek – 2: Hasta Katılımcı Veri Kayıt Formu

AD SOYAD: DOSYA NO:

CİNSİYET: 1. Erkek ( ) 2. Kadın ( ) TARİH:

ADRES:

TELEFON:

BEL-KALÇA ÖLÇÜSÜ:

BOY: KİLO:

YAŞ:

EL DOMİNANSI: 1. sağ ( ) 2 sol ( ) 3. mikst ( )

MEDENİ DURUM:1- Evli ( ) 2- Bekar ( ) 3- Boşanmış ( ) 4. Dul ( )

MESLEK:

KİMİNLE BİRLİKTE YAŞIYOR:

İŞ: Son 6 aydır 1. çalışıyor ( ) 2. çalışmıyor ( )

ÖĞRENİM DURUMU: 1- Okur yazar değil ( ) 2- İlköğretim ( ) 3- Lise ( ) 4- Yüksekokul ( )

Toplam eğitim yılı: ( ) yıl

SUİSİD: 1.Var ( ) 2.Yok ( )

BAŞLANGIÇ YAŞI:

HASTALIK SÜRESİ:

TEDAVİYE BAŞLAMAK İÇİN GEÇEN SÜRE: ( ) ay

(Hastalığın başlangıcından ilk ilacı alana dek geçen süre)

ALIŞKANLIKLAR: Sigara:……paket / gün / yıl

Alkol: 1. Abuse ( ) 2. bağımlılık ( ) 3. yok ( )

Esrar: 1.Var ( ) 2.Yok ( )

Diğer:

DAHA ÖNCE KULLANILAN İLAÇLAR VE YANIT: (son 6 ay)

1. Tipik ( )
2. Atipik ( )
3. Tipik+atipik ( )
4. atipik+atipik ( )
5. depo+atipik ( )
6. depo+tipik ( )

EKLEME TEDAVİSİ:

1. kombine antidepresan ( )
2. kombine mood stab. ( )
3. BDZ kull: ( )

4. Antikolinerjik kullanımı: ( )
5. Antidepresan+mood stab. ( )

EKT (SON 6 AY): 1. var ( ) 2.yok ( )

AİLESEL ÖZELLİK: 1° akrabalarda şizofreni : 1.var ( ) 2. yok( )

1° akrabalarda diğer psikotik bozukluklar: 1. var ( ) 2. yok( )

TANI: 1. Şizofreni ( )

2. Şizofreniform B ( )

3. Şizoaffektif B. ( )

4. Sanrısal B. ( )

5. Kısa Psikotik B ( )

6. Paylaşılmış Psikotik B. ( )

7. GTD'a bağlı Psikotik B ( )

8. BTA Psikotik B ( )

HASTANE YATIŞ SAYISI: ( )

ADLİ ÖYKÜ: 1.Var ( ) 2.yok: ( )

Ek – 3: Sağlıklı Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu

SAĞLIKLI GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Toplumda yaşam boyu görülme sıklığı yaklaşık %1 olan şizofreni hastalığı; kronik seyirli, sosyal ve bilişsel işlevselliğin yitimi temelli, düşünce, algı, duygu, hareket ve davranış bozukluklarına yol açabilecek ruhsal bir bozukluktur. Şizofrenide temel işlevsellikte bozulmaların hastaların günlük yaşamlarında ve klinik seyirlerinde belirli bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Şizofrenide görülen sosyal bilişteki bozulmalar, hastaların yaşam kalitesini çok etkilemesine rağmen hastalığın yeterince araştırılmamış ve buna bağlı olarak en az anlaşılmış özelliklerindendir. Bu bağlamda, sosyal bilişin bir bileşeni olarak zihin kuramının ve hastalığın diğer bir önemli boyutu olan dil-düşünce ile ilişkisinin en sistematik biçimde açıklanması, şizofreni hastalarının sağlık tutumlarını anlamak, bu popülasyonda hastalığın şiddetini azaltan klinik tedavi ve programları geliştirmek açısından gereklidir. Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarında zihin kuramı ve dil-düşünceyi araştırmak, bunların klinik bulgularla ve birbirleriyle olan ilişkilerine dair daha detaylı bir altyapı oluşturarak hastaların yaşam kalitesini ve işlevselliğini arttırmak, toplumda bireysel ve sosyal olarak daha etkin olmalarını sağlamaktır.

Bu araştırmaya şizofreni tanısı almış 46 hasta ve 46 sağlıklı gönüllü alınacaktır. Sağlıklı gönüllüler ile önce sosyodemografik bilgi formu doldurulacak, ardından zihin kuramını ölçmek için Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ), düşünce-dil performansını ölçmek için ise Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ) uygulanacaktır. Testler sırayla uygulanacak; yaklaşık olarak 1 saat sürecek, katılımcı istediği takdirde 15'er dakikalık molalar verilecek ve uygulayıcı ile karşılıklı, sözel olarak gerçekleşecektir.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer işlemlerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz

yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size herhangi bir yaptırımı olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Gönüllünün beyanı

Psikolog Damlacan Güneyer tarafından "Şizofreni Hastalarında Zihin Kuramı ve Bu Kuramın Düşünce-Dil Yapısı ile İlişkisi " isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmanın amacı ve uygulanma şekli ile verdiğim bilgilerin gizliliğin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında temas kuracağım 533 9655714 telefon numarası verildi. İstediğim zaman kendisiyle temasa geçebilirim. İstediğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmamam veya katılıp daha sonra araştırmadan çekilmem durumunda bana yönelik herhangi bir yaptırım olmayacağı belirtildi. Bu araştırmaya kendi gönüllü olurumla katılmayı kabul ediyorum.

Görüşme tarihi ve saati:

Gönüllü Adı Soyadı / Tel / İmza:

Uygulayıcı Adı Soyadı / İmza:

Damlacan Güneyer

Ek – 4: Hasta Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Toplumda yaşam boyu görülme sıklığı yaklaşık %1 olan şizofreni hastalığı; kronik seyirli, sosyal ve bilişsel işlevselliğin yitimi temelli, düşünce, algı, duygu, hareket ve davranış bozukluklarına yol açabilecek ruhsal bir bozukluktur. Şizofrenide temel işlevsellikte bozulmaların hastaların günlük yaşamlarında ve klinik seyirlerinde belirli bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Şizofrenide görülen sosyal bilişteki bozulmalar, hastaların yaşam kalitesini çok etkilemesine rağmen hastalığın yeterince araştırılmamış ve buna bağlı olarak en az anlaşılmış özelliklerindendir. Bu bağlamda, sosyal bilişin bir bileşeni olarak zihin kuramının ve hastalığın diğer bir önemli boyutu olan dil-düşünce ile ilişkisinin en sistematik biçimde açıklanması, şizofreni hastalarının sağlık tutumlarını anlamak, bu popülasyonda hastalığın şiddetini azaltan klinik tedavi ve programları geliştirmek açısından gereklidir. Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarında zihin kuramı ve dil-düşünceyi araştırmak, bunların klinik bulgularla ve birbirleriyle olan ilişkilerine dair daha detaylı bir altyapı oluşturarak hastaların yaşam kalitesini ve işlevselliğini arttırmak, toplumda bireysel ve sosyal olarak daha etkin olmalarını sağlamaktır.

Bu araştırmaya şizofreni tanısı almış 46 hasta ve 46 sağlıklı gönüllü alınacaktır. Hastalarla önce ayrıntılı bir psikiyatrik görüşme gerçekleştirilecek, ardından sosyodemografik bilgi formu; klinik bulgularını değerlendirmek için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Andersen Negatif Belirtlileri Değerlendirme Ölçeği (SANS), Andersen Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS) ve Calgary Depresyon ölçeği uygulanacaktır. Testler sırayla uygulanacak; yaklaşık olarak 1,5 saat sürecek, katılımcı istediği takdirde 15'er dakikalık molalar verilecek ve uygulayıcı ile karşılıklı, sözel olarak gerçekleşecektir.

Yapılan bu araştırma, şu anda size veya ailenize bir tanı hizmeti vermeyebilir, ancak uzun vadede hastalığınızla ilgili elde edilebilecek sonuçlar yeni tedavi yöntemleri ve koruyucu önlemlerin geliştirilmesi amaçlı yarar sağlayabilecektir.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve

araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer işlemlerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde tedavi ve kliniğimizde takibinize yönelik bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Gönüllünün beyanı

Psikolog Damlacan Güneyer tarafından "Şizofreni Hastalarında Zihin Kuramı ve Bu Kuramın Düşünce-Dil Yapısı ile İlişkisi " isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmanın amacı ve uygulanma şekli ile verdiğim bilgilerin gizliliğin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında temas kuracağım 533 9655714 telefon numarası verildi. İstediğim zaman kendisiyle temasa geçebilirim. İstediğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmamam veya katılıp daha sonra araştırmadan çekilmem durumunda tedavi ve klinik takibime yönelik bir değişiklik olmayacağı belirtildi. Bu araştırmaya kendi gönüllü olurumla katılmayı kabul ediyorum.

Görüşme tarihi ve saati:

Gönüllü Adı Soyadı / Tel / İmza:

Uygulayıcı Adı Soyadı / İmza:

Damlacan Güneyer

Veli/Vasi Adı Soyadı / Tel / İmza:

Ek – 5: Dokuz Eylül Zihin Teoresi Ölçeği

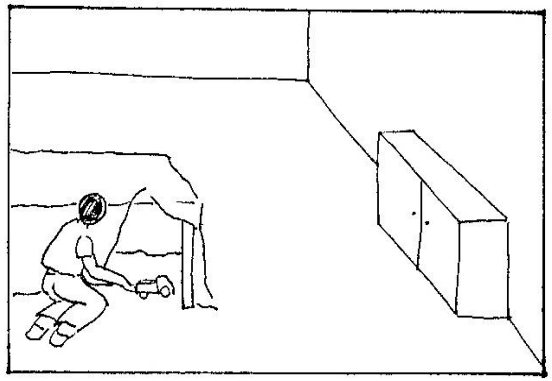
DOKUZ EYLÜL
ZİHİN TEORİSİ ÖLÇEĞİ

DEZİTÖ

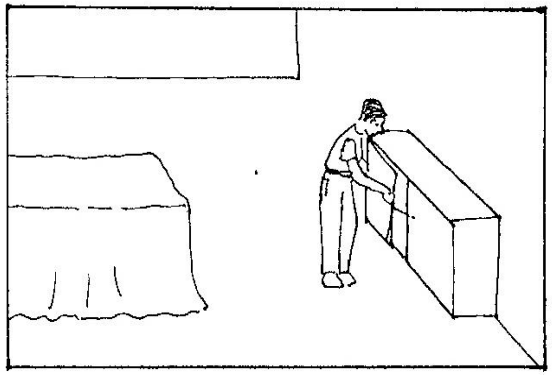
HİKAYE 1

Selma Hanım mutfakta, pişirdiği börekleri bir kap içinde masanın üstüne koyar. O sırada çalan telefona bakmak için salona gider. Selma Hanım, mutfakta değilken, mutfağa giren kızı Gül, masanın üstünde duran börek kabını, böreklerin bozulmaması için buzdolabına kaldırır ve mutfaktan çıkıp, kendi odasına gider.

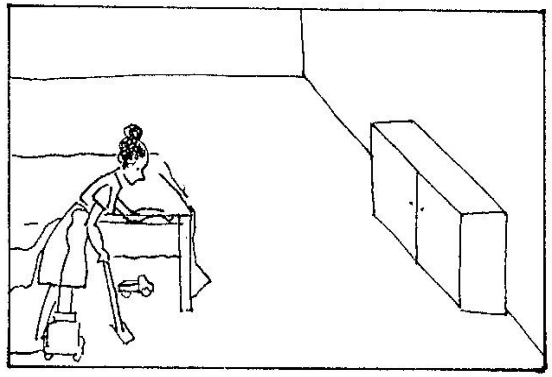
1.



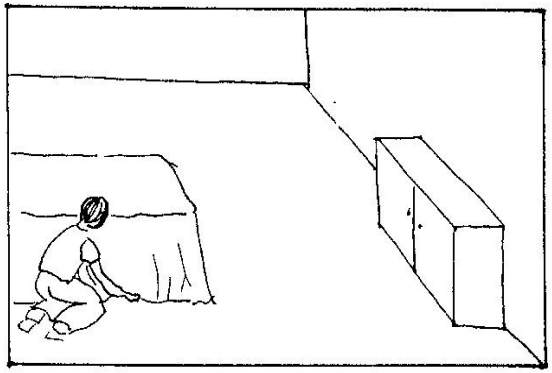
a)



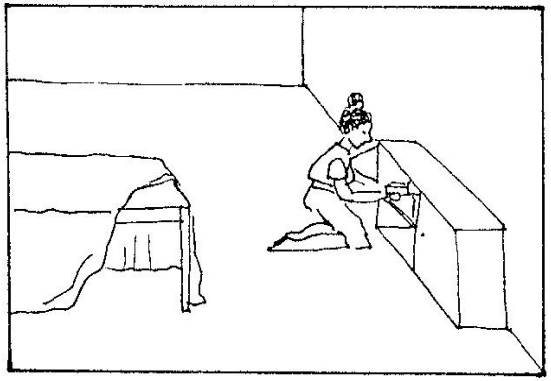
2.



b)



3.



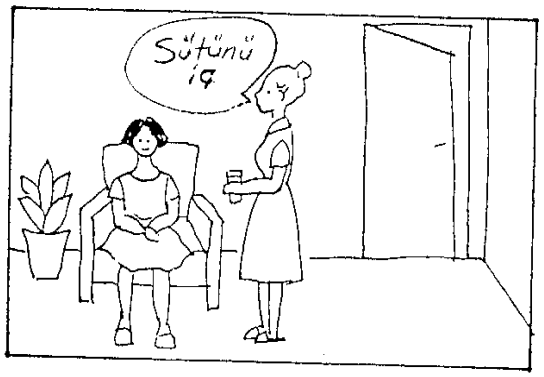
HİKAYE 2

Ayşe Hemşire ve Mine Hemşire, doktorlar odasında yapacakları işler hakkında konuşmaktadır. Ayşe Hemşire, Doktor Ahmet Bey'in, o günkü hastalara ait tahlil sonuçlarını doktorlar odasından alacağını söyler. Ayşe Hemşire: " Ben şimdi, Doktor Ahmet Bey ile vizite çıkacağım. Sen de sonuçlarını laboratuardan alıp, buraya getirir misin? " der. Mine Hemşire laboratuara, Ayşe Hemşire vizite gitmek üzere odadan ayrılır.

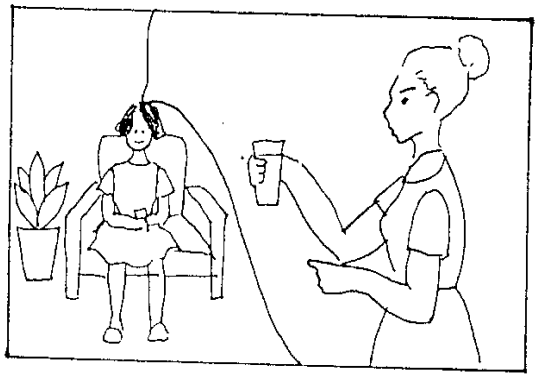
Ayşe Hemşire vizit sırasında, Doktor Ahmet Bey ile karşılaşır. Doktor Ahmet Bey, vizitin bitiminde, tahlil sonuçlarının hemen polikliniğe getirilmesini ister ve polikliniğe doğru yola çıkar. Doktor Ahmet Bey, yolda tahlil sonuçlarını almaya giden Mine Hemşire'yi görür. Mine Hemşire, sonuçları almaya gittiğini söyler. Doktor Ahmet Bey, Mine Hemşire'ye sonuçları hemen polikliniğe getirmesini söyler ve polikliniğe gider. Ayşe Hemşire, Mine Hemşire'nin Doktor Ahmet Bey ile konuştuğunu bilmemektedir.

Laboratuardan çıkmadan Mine Hemşire'yi bulmak için, vizit sonrası acele ile laboratuara giden Ayşe Hemşire, laboranta Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alıp almadığını sorar. Laborant, Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alarak çıktığını söyler.

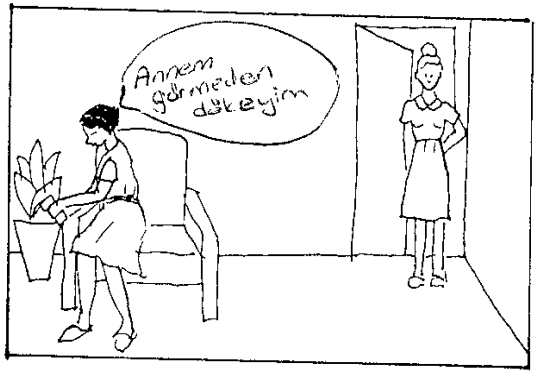
1.



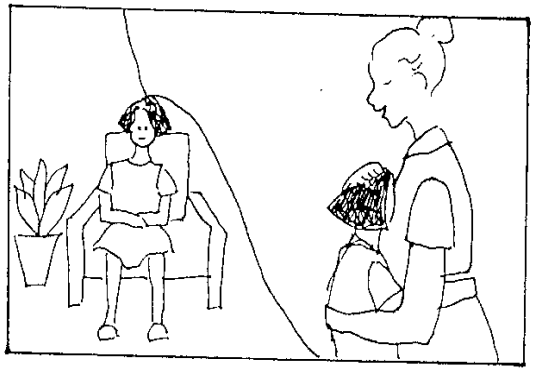
a)



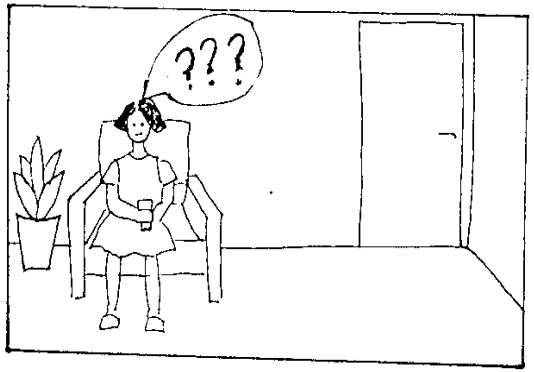
2.



b)



3.



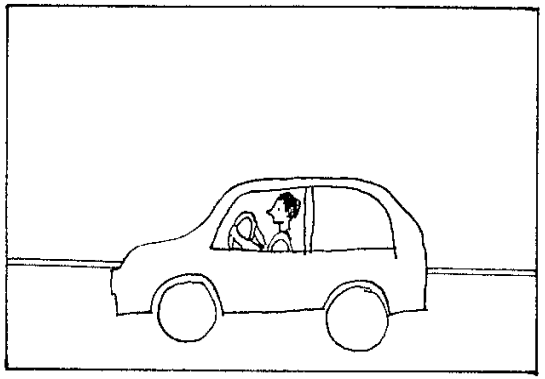
HİKAYE 3

Yıl sonunda, derslerinden çok düşük notlar alan Ahmet'in karnesine bakan annesi Ahmet'e " Ne kadar da başarılı bir öğrencisin! " der.

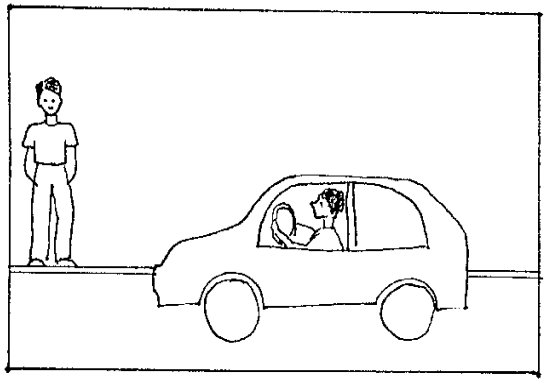
HİKAYE 4

Melek iş dönüşü, yolda gördüğü bir dilenci çocuğun ağladığını fark eder. Çocuğun ağlamasından çok etkilenen Melek, eve geldiğinde bu çocuktan eşine bahseder : " Küçük dilenci bir çocuk gördüm; gözlerinde dev dalgalar vardı. "

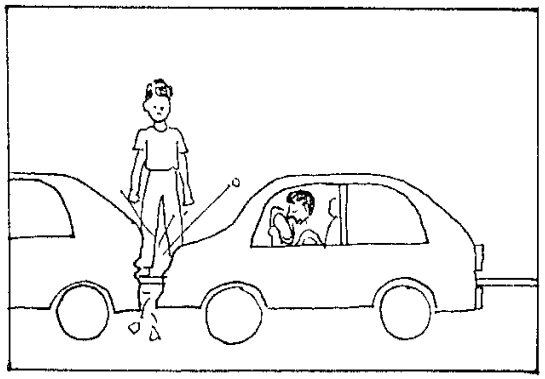
1.



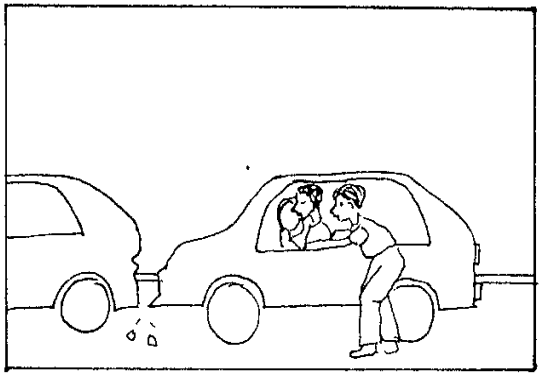
2.



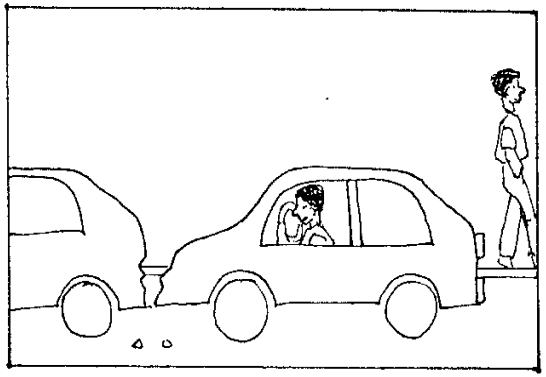
3.



a)



b)



HİKAYE 5

Osman ve Zeynep, evli bir çifttir. Her hafta sonu, birlikte gezmeye gitmek isterler. Ancak, farklı yerlere gitmekten hoşlandıkları için, bu konuda sürekli tartışıp nereye gideceklerine karar veremezler. Osman, deniz kıyısına gidip balık tutmak ve mangal yapmaktan hoşlanmaktadır. Zeynep ise, alışveriş merkezlerinde gezmeyi ve sinemaya gitmeyi sevmektedir. Zeynep, Osman'ı mutlu etmek için çoğunlukla, deniz kıyısına gitmeyi kabul eder.

Bu hafta sonu için ne yapacaklarını konuşurken, Osman Zeynep'e alışveriş merkezine gitmeyi teklif eder.

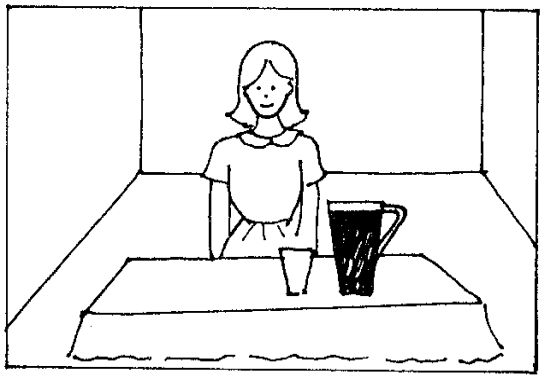
Osman ve Zeynep evden çıkmak üzere hazırlanırlar. Osman arka odaya sobayı söndürmeye gider.

Bu sırada Zeynep, unutmamak için araba anahtarını, Osman'ın anahtarı her zaman bıraktığı vestiyerden alarak çantasına koyar.

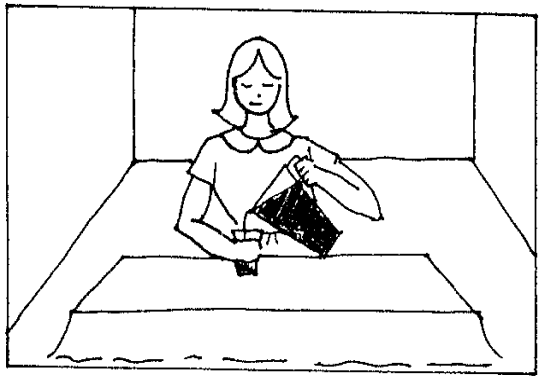
Evden çıkıp arabalarına binen Osman ve Zeynep, alışveriş merkezine gider. Arabayı kullanmakta olan Osman, arabayı park etmek için uzun bir süre yer bulamayınca çok sinirlenir.

Arabayı park ettikten sonra alışveriş merkezine girerler. Zeynep, büyük bir keyifle gezerken, bir süre sonra Osman söylenmeye başlar. Kapalı yerlerde gezmekten hoşlanmayan Osman, Zeynep'in hala hevesle her dükkana girmek istemesi üzerine Zeynep'e " İnan hiç bu kadar eğlenmemiştim! " der.

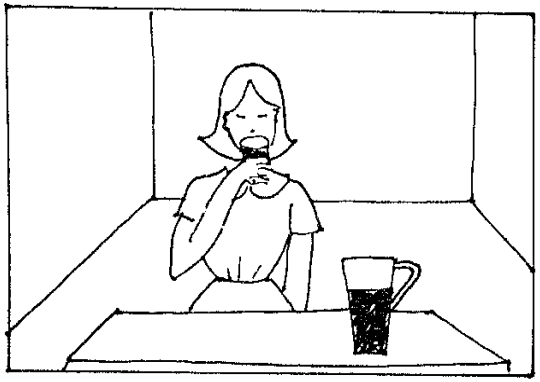
1.



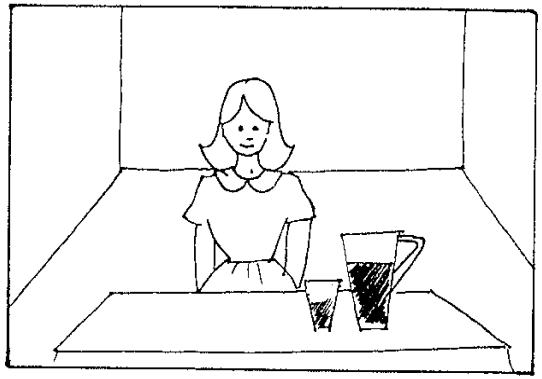
2.



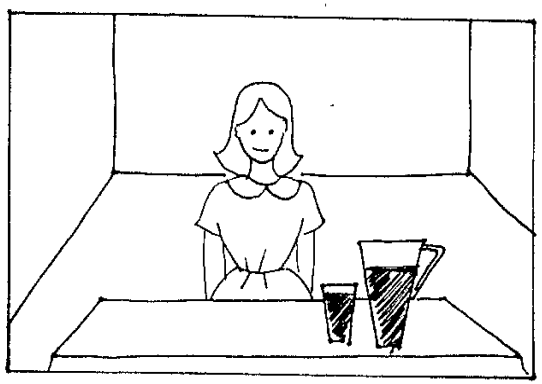
3.



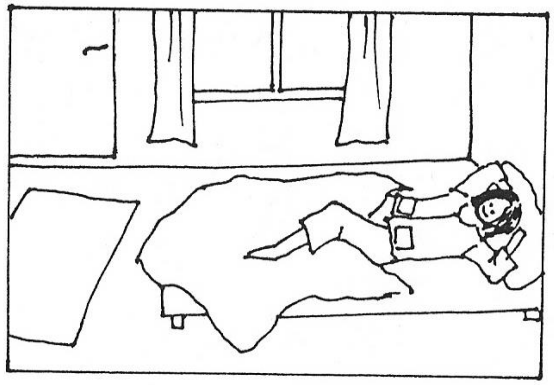
a)



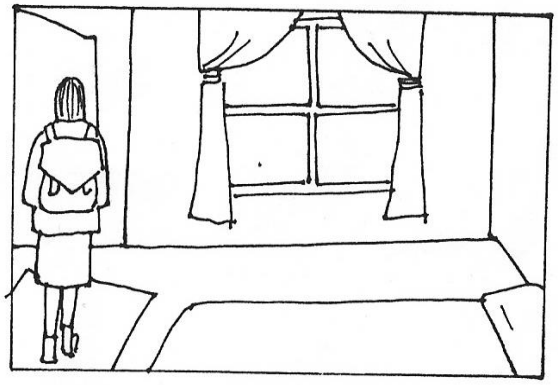
b)



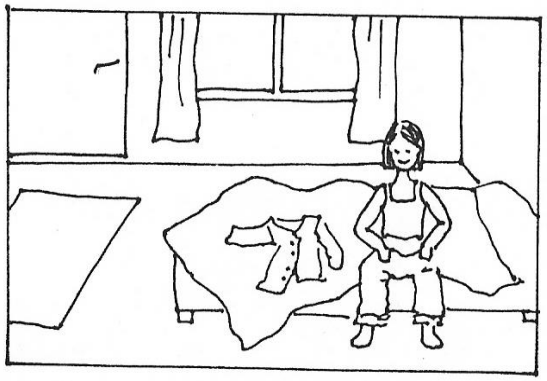
1.



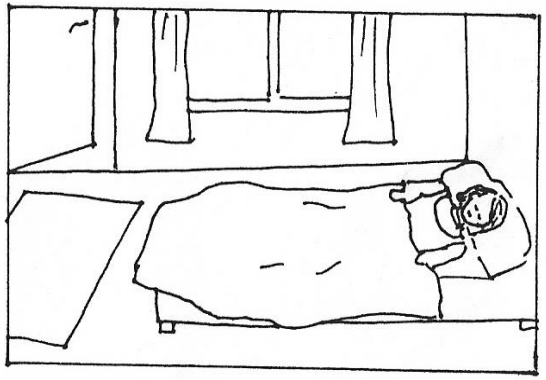
a)



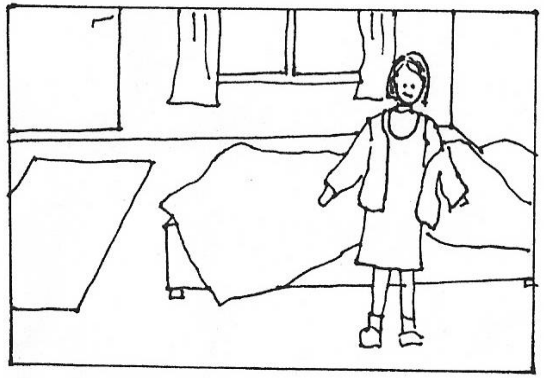
2.



b)



3.



HİKAYE 6

Selim ve Ali bir dergide çalışan iki yazardır. Selim, uzun yıllardır yazarlık yapmaktadır ve işe yeni başlayan Ali'den daha deneyimlidir. Ali yazılarında sık sık hata yapar. Bu nedenle Selim, Ali'nin yazılarını sürekli kontrol eder. Akşam müdürle yapacakları toplantıdan önce, Selim Ali'nin yazısını kontrol etmiş ve her zaman olduğu gibi birçok hata bulmuştur. Bu durumla ilgili olarak Ali'ye dönerek : " Yine kusursuz bir iş çıkarmışsın! " der.

Selim düzeltmeleri yaptıktan sonra, tüm yazıları masasının üstünde bırakarak odadan ayrılır. Ali, yazılara herhangi bir zarar gelmemesi için, hepsini bir dosyaya koyarak kendi çekmecesine kaldırır.

Toplantı saati geldiğinde Ali ve Selim müdürün odasına gider. Müdür toplantı boyunca yazarlıkla ilgili konuşur. Bir yazarın her zaman yaratıcı olması gerektiğini söyler. Her yazının, yepyeni bir eser olduğunu açıklar ve şöyle der: " Sizler birer bebek dünyaya getiriyorsunuz! "

Toplantı bittikten sonra herkes odadan çıkar. Selim Ali'ye Orhan'ın odasına gideceğini söyler ve Ali'nin yanından ayrılır. Ali, Selim ile birlikte paylaştıkları odasına vardığında, oda telefonu çalar. Arayan kişi Selim'in karısıdır. Ali'ye, Selim'in bir an önce eve gelmesi gerektiğini, çok önemli olduğunu söyler ve telefonu kapatır. Ali telaşla Selim'e haber vermek ister. Bu sırada Selim Orhan'ın odasındadır. Karısının Ali ile konuştuğundan habersiz olarak karısını arar. Hemen eve gitmesi gerektiğini öğrenen Selim apar topar iş yerinden ayrılır ve evine gitmek üzere yola çıkar.

HİKAYE 7

Canan, bayramda bir arada olmak için bütün akrabalarını evinde yemeğe davet eder. Canan'ın o kadar kalabalığa yetecek miktarda yemek yapması mümkün olmayacağından, her gelen kendi evinde pişirdiği bir çeşit yemeği getirir. Yemekten sonra bulaşıkları yıkayan Canan'a kuzeni Merve yardım eder. İki bayan, yapılan yemeklerin ne kadar lezzetli olduğundan bahsederken; Canan, bilmeden, Merve'nin getirmiş olduğu " karnıyarık " yemeğini kast ederek: " Ama o karnıyarığı kim yaptıysa o kadar yağlı yapmış ki görüntüsü bile midemi bulandırdı! " der.

DOKUZ EYLÜL ZİHİN TEORİSİ ÖLÇEĞİ

(DEZİTÖ)

UYGULAYICI BÖLÜMÜ

YÖNERGE - HİKAYELER - SORULAR

1. YÖNERGE :

Şimdi ben size sırayla bazı hikayeler okuyacağım ve bazı resimler göstereceğim.

Ben hikayeleri size yüksek sesle okuyacağım. Ama, takip edebilmeniz için de hikayelerin bir örneğini size vereceğim. Yani ben hikayeyi okurken, siz bir yandan bu hikayeleri gözünüzle takip edebileceksiniz. Bu hikayelerle ilgili, hikayelerin arasında ya da sonunda size bazı sorular soracağım ve sizden cevaplamanızı isteyeceğim. Hikayelerle ya da sorularla ilgili soru sormayınız, ihtiyaç duyduğunuzda elinizde bulunan hikayeye ve resme tekrar bakabilirsiniz; hikayeleri yeniden okuyabilirsiniz. Herhangi bir süre kısıtlaması yoktur. Doğru olduğuna karar verdiğiniz anda cevabınızı verebilirsiniz.

Size gösterilen resimli hikayelerde ise, 1 – 2 – 3 şeklinde numaralandırılmış üç tane resim vardır. Bu üç resim sırayla bir hikaye anlatmaktadır. Bu hikayeyi doğru bir şekilde anlayıp, bu hikayeyi tamamlayacak olan dördüncü resmi bulmanız istenecektir. Bunun için de, bu üç resmin yanında yer alan a ve b seçenekli iki resimden doğru olduğunu düşündüğünüz birini seçmeniz gerekmektedir.

Uygulama sırasında hikayeler, resimler ya da sorularla ilgili soru sormayınız,. Uygulamayla ilgili olarak aklınıza takılan bir soru varsa, başlamadan önce sorabilirsiniz. Hazırsanız başlayalım.

2. HİKAYELER - SORULARI:

HİKAYE 1 : Selma Hanım mutfakta, pişirdiği börekleri bir kap içinde masanın üstüne koyar. O sırada çalan telefona bakmak için salona gider. Selma Hanım, mutfakta değilken, mutfağa giren kızı Gül, masanın üstünde duran börek kabını, böreklerin bozulmaması için buzdolabına kaldırır ve mutfaktan çıkıp, kendi odasına gider.

SORU 1 : Selma Hanım bir parça börek yemek için mutfağa geri döndüğünde, börek kabını nerede arayacak?

RESİM 1 :

SORU 2 : Şimdi resimlere dikkatli bakarak (ilk üç resmi göstererek) çocuğun oyuncağını nerede arayacağını gösteren resmin seçeneğini (a ve b resimlerini göstererek) söyleyiniz.

HİKAYE 2 : Ayşe Hemşire ve Mine Hemşire, doktorlar odasında yapacakları işler hakkında konuşmaktadır. Ayşe Hemşire, Doktor Ahmet Bey'in, o günkü hastalara ait tahlil sonuçlarını doktorlar odasından alacağını söyler. Ayşe Hemşire: "Ben şimdi, Doktor Ahmet Bey ile vizite çıkacağım. Sen de sonuçlarını laboratuardan alıp, buraya getirir misin?" der. Mine Hemşire laboratuara, Ayşe Hemşire vizite gitmek üzere odadan ayrılır.

Ayşe Hemşire vizit sırasında, Doktor Ahmet Bey ile karşılaşır. Doktor Ahmet Bey, vizitin bitiminde, tahlil sonuçlarının hemen polikliniğe getirilmesini ister ve polikliniğe doğru yola çıkar. Doktor Ahmet Bey, yolda tahlil sonuçlarını almaya giden Mine Hemşire'yi görür. Mine Hemşire, sonuçları almaya gittiğini söyler. Doktor Ahmet Bey, Mine Hemşire'ye sonuçları hemen polikliniğe getirmesini söyler ve polikliniğe gider. Ayşe Hemşire, Mine Hemşire'nin Doktor Ahmet Bey ile konuştuğunu bilmemektedir.

Laboratuardan çıkmadan Mine Hemşire'yi bulmak için, vizit sonrası acele ile laboratuara giden Ayşe Hemşire, laboranta Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alıp almadığını sorar. Laborant, Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alarak çıktığını söyler.

SORU 3 : Ayşe Hemşire, Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını nereye götürdüğünü düşünmektedir?

RESİM 2 :

SORU 4 : Şimdi resimlere dikkatli bakarak (ilk üç resmi göstererek) çocuğun ne hayal ettiğini ettiğini gösteren resmin seçeneğini (a ve b resimlerini göstererek) söyleyiniz.

HİKAYE 3 : Yıl sonunda, derslerinden çok düşük notlar alan Ahmet'in karnesine bakan annesi Ahmet'e " Ne kadar da başarılı bir öğrencisin! " der.

SORU 5 : Ahmet'in annesinin söylediği doğru mudur?

Ahmet'in annesi ne demek istemiştir?

HİKAYE 4 : Melek iş dönüşü, yolda gördüğü bir dilenci çocuğun ağladığını fark eder. Çocuğun ağlamasından çok etkilenen Melek, eve geldiğinde bu çocuktan eşine bahseder : "Küçük dilenci bir çocuk gördüm; gözlerinde dev dalgalar vardı."

SORU 6 : Melek, eşine çocuk ile ilgili ne anlatmak istemiştir?

RESİM 3 :

SORU 7 : Şimdi resimlere dikkatli bakarak (ilk üç resmi göstererek) sizce adamın ne yapacağını gösteren resmin seçeneğini (a ve b resimlerini göstererek) söyleyiniz.

HİKAYE 5 : Osman ve Zeynep, evli bir çifttir. Her hafta sonu, birlikte gezmeye gitmek isterler. Ancak, farklı yerlere gitmekten hoşlandıkları için, bu konuda sürekli tartışıp nereye gideceklerine karar veremezler. Osman, deniz kıyısına gidip balık tutmak ve mangal yapmaktan hoşlanmaktadır. Zeynep ise, alışveriş merkezlerinde gezmeyi ve sinemaya gitmeyi sevmektedir. Zeynep, Osman'ı mutlu etmek için çoğunlukla, deniz kıyısına gitmeyi kabul eder.

KONTROL SORU 1: Hafta sonları Osman ne yapmaktan hoşlanmaktadır?

KONTROL SORU 2: Hafta sonları Zeynep ne yapmaktan hoşlanmaktadır?

Bu hafta sonu için ne yapacaklarını konuşurken, Osman Zeynep'e alışveriş merkezine gitmeyi teklif eder.

SORU 8 : Osman neden alışveriş merkezine gitmeyi istemiştir?

SORU 9 : Zeynep, Osman'ın bu teklifi karşısında nasıl hissetmiş olabilir?

Osman ve Zeynep evden çıkmak üzere hazırlanırlar. Osman arka odaya sobayı söndürmeye gider.

KONTROL SORU 3: Osman şu anda nerededir?

Bu sırada Zeynep, unutmamak için araba anahtarını, Osman'ın anahtarı her zaman bıraktığı vestiyerden alarak çantasına koyar.

KONTROL SORU 4: Osman anahtarı her zaman nereye bırakır?

SORU 10 : Şu anda, Osman arabanın anahtarının nerede olduğunu düşünmektedir?

Evden çıkıp arabalarına binen Osman ve Zeynep, alışveriş merkezine gider. Arabayı kullanmakta olan Osman, arabayı park etmek için uzun bir süre yer bulamayınca çok sinirlenir.

SORU 11 : Osman kolaylıkla park yeri bulabilmiş olsaydı ne hissederdi?

Arabayı park ettikten sonra alışveriş merkezine girerler. Zeynep, büyük bir keyifle gezerken, bir süre sonra Osman söylenmeye başlar. Kapalı yerlerde gezmekten hoşlanmayan Osman, Zeynep'in hala hevesle her dükkana girmek istemesi üzerine Zeynep'e "İnan hiç bu kadar eğlenmemiştim!" der.

SORU 12 : Osman'ın söylediği doğru mudur?

Osman neden böyle söylemiştir?

RESİM 4 :

KONTROL SORU 5: Şimdi resimlere dikkatli bakarak (ilk üç resmi göstererek) son resmin hangisi olması gerektiğini gösteren resmin seçeneğini (a ve b resimlerini göstererek) söyleyiniz.

RESİM 5 :

KONTROL SORU 6: Şimdi resimlere dikkatli bakarak (ilk üç resmi göstererek) kızın ne yapacağını gösteren resmin seçeneğini (a ve b resimlerini göstererek) söyleyiniz.

HİKAYE 6: Selim ve Ali bir dergide çalışan iki yazardır. Selim, uzun yıllardır yazarlık yapmaktadır ve işe yeni başlayan Ali'den daha deneyimlidir. Ali yazılarında sık sık hata yapar. Bu nedenle Selim, Ali'nin yazılarını sürekli kontrol eder. Akşam müdürle yapacakları toplantıdan önce, Selim Ali'nin yazısını kontrol etmiş ve her zaman olduğu gibi birçok hata bulmuştur. Bu durumla ilgili olarak Ali'ye dönerek : "Yine kusursuz bir iş çıkarmışsın!" der.

SORU 13 : Selim'in söylediği doğru mudur?

Selim neden böyle söylemiştir?

Selim düzeltmeleri yaptıktan sonra, tüm yazıları masasının üstünde bırakarak odadan ayrılır. Ali, yazılara herhangi bir zarar gelmemesi için, hepsini bir dosyaya koyarak kendi çekmecesine kaldırır.

SORU 14 : Şu anda Selim, yazıların nerede olduğunu düşünmektedir?

Toplantı saati geldiğinde Ali ve Selim müdürün odasına gider. Müdür toplantı boyunca yazarlıkla ilgili konuşur. Bir yazarın her zaman yaratıcı olması gerektiğini söyler. Her yazının, yepyeni bir eser olduğunu açıklar ve şöyle der: "Sizler birer bebek dünyaya getiriyorsunuz!"

SORU 15 : Müdür burada ne anlatmak istemiştir?

Toplantı bittikten sonra herkes odadan çıkar. Selim Ali'ye Orhan'ın odasına gideceğini söyler ve Ali'nin yanından ayrılır. Ali, Selim ile birlikte paylaştıkları odasına vardığında, oda telefonu çalar. Arayan kişi Selim'in karısıdır. Ali'ye, Selim'in bir an önce eve gelmesi gerektiğini, çok önemli olduğunu söyler ve telefonu kapatır. Ali telaşla Selim'e haber vermek ister. Bu sırada Selim Orhan'ın odasındadır. Karısının Ali ile konuştuğundan habersiz olarak karısını arar. Hemen eve gitmesi gerektiğini öğrenen Selim apar topar iş yerinden ayrılır ve evine gitmek üzere yola çıkar.

SORU 16 : Ali, Selim'in nerede olduğunu düşünmektedir?

HİKAYE 7: Canan, bayramda bir arada olmak için bütün akrabalarını evinde yemeğe davet eder. Canan'ın o kadar kalabalığa yetecek miktarda yemek yapması mümkün olmayacağından, her gelen kendi evinde pişirdiği bir çeşit yemeği getirir. Yemekten sonra bulaşıkları yıkayan Canan'a kuzeni Merve yardım eder. İki bayan, yapılan yemeklerin ne kadar lezzetli olduğundan bahsederken; Canan, bilmeden, Merve'nin getirmiş olduğu " karnıyarık " yemeğini kast ederek: " Ama o karnıyarığı kim yaptıysa o kadar yağlı yapmış ki görüntüsü bile midemi bulandırdı! " der.

SORU 17 : Bu hikayede söylememesi gereken bir şeyi söyleyen kimse var mı?

Söylememesi gereken bir şeyi söyleyen kimdir?

Canan'ın söylediği neden söylenmemesi gereken bir şeydir?

SORU 18 : Merve nasıl hissetmiş olmalıd

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

14		
15		
16		
17		
18		
Kontrol Cevapları	1. 2. 3. 4. 5. 6.	Kontrol Toplam

(Uygulayıcı tarafından doldurulacaktır.)

DEZTÖ TOPLAM

PUANLAMA İÇİN

DOĞRU VE YANLIŞ CEVAPLAR

Her bir görevdeki doğru cevap 1, yanlış cevap 0 olarak puanlanır:

1. **GÖREV:**
   Doğru Cevap: Masanın üzeri, masa, masada. (Bıraktığı yerde cevabı verilirse, neresi olduğu sorulur.)

   Yanlış Cevap: Buzdolabı, fırın gibi, doğru cevap dışındaki herhangi bir cevap.

2. **GÖREV:**
   Doğru Cevap: b

   Yanlış Cevap: a

3. **GÖREV:**
   Doğru Cevap: Doktorlar odası (Konuştukları yere cevabı verilirse, neresi olduğu sorulur.)

   Yanlış Cevap: Doktor Ahmet Bey'e, laboratuara, polikliniğe gibi, doğru cevap dışındaki herhangi bir cevap.

4. **GÖREV:**
   Doğru Cevap: b

   Yanlış Cevap: a

5. **GÖREV:**
   Doğru Cevap: Yanlış (Bu cevaba henüz puan verilmez)

   Ahmet'in annesi aslında Ahmet'in başarısız olduğunu söylemiştir. (Bu yorumu, yani ironik ifadenin düz anlamını içermeyen, ironi durumunu yansıtan herhangi bir cevap.)

   Yanlış Cevap: Ahmet'in annesi Ahmet'in aslında başarılı olduğunu söylüyor, Ahmet'i motive etmek istiyor gibi ironik ifadenin düz anlamını içeren herhangi bir cevap.

6. **GÖREV:**

   Doğru Cevap: Çocuğun gözyaşları, çocuğun ağladığı, çocuğun çok üzgün olduğu gibi metaforu gözyaşları ya da ağlamakla açıklayan herhangi bir cevap.

   Yanlış Cevap: Çocuğun hırslı olduğu, çocuğun umutları olduğu gibi, çocuğun gözyaşlarını içermeyen herhangi bir cevap.

7. **GÖREV:**

   Doğru Cevap: a

   Yanlış Cevap: b

8. **GÖREV:**

   Doğru Cevap: Zeynep mutlu olsun diye, eşini mutlu etmek için, Zeynep hoşlandığı için gibi, Zeynep'in duygularını içeren herhangi bir cevap.

   Yanlış Cevap: Alışveriş yapmak için, balık malzemesi almak için gibi Zeynep'in duygularını içermeyen herhangi bir cevap.

9. **GÖREV:**

   Doğru Cevap: Sevinmiştir, mutlu olmuştur, kendini iyi hissetmiştir gibi duygu ifadelerini içeren herhangi bir cevap.

   Yanlış Cevap: Üzülmüştür gibi, doğru cevapların tam tersi duygu ifadelerini içeren ya da sevildiğini düşünmüştür gibi duygu ifadeleri içermeyen herhangi bir cevap.

10. **GÖREV:**

    Doğru Cevap: Vestiyerde

    Yanlış Cevap: Zeynep'in çantasında gibi, doğru cevabın dışındaki herhangi bir cevap.

11. **GÖREV:**

    Doğru Cevap: Sinirlenmezdi, mutlu olurdu, sevinirdi, normal olurdu, sakin olurdu gibi duyguları içeren herhangi bir cevap.

    Yanlış Cevap: Hiçbir şey hissetmezdi ya da şanslı olduğunu düşünürdü gibi duygu içermeyen herhangi bir cevap.

12. GÖREV:

Doğru Cevap: Yanlış (Bu cevaba henüz puan verilmez)

Osman aslında eğlenmediğini anlatmıştır. (Bu yorumu, yani ironik ifadenin düz anlamını içermeyen, ironi durumunu yansıtan herhangi bir cevap.)

Yanlış Cevap: Osman aslında eğlendiğini söylüyor, eşini kırmamak için yalan söylüyor gibi ironik ifadenin düz anlamını içeren herhangi bir cevap.

13. GÖREV:

Doğru Cevap: Yanlış (Bu cevaba henüz puan verilmez)

Selim aslında Ali'nin çok hata yaptığını anlatmıştır. (Bu yorumu, yani ironik ifadenin düz anlamını içermeyen, ironi durumunu yansıtan herhangi bir cevap.)

Yanlış Cevap: Selim aslında Ali'nin hatasız bir iş çıkardığını söylüyor, arkadaşını kırmamak, utandırmamak için hatası olmadığını söylüyor gibi ironik ifadenin düz anlamını içeren herhangi bir cevap.

14. GÖREV:

Doğru Cevap: Masanın üstü, masasının üstü, masasında, masada.

Yanlış Cevap: Çekmecede, dosyada gibi, doğru cevabın dışındaki herhangi bir cevap.

15. GÖREV:

Doğru Cevap: Yaratıcılık, yazarların yaratıcı olması gerektiği, her yazının yepyeni olduğu gibi gibi metaforu yaratıcılık ya da yenilikle açıklayan herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Yazıların değerli olduğu, yazıların bebek gibi emek istediği gibi, yaratıcılık ya da yenilik açıklaması içermeyen herhangi bir cevap.

16. GÖREV:

Doğru Cevap: Orhan'ın odası, Orhan'ın yanında.

Yanlış Cevap: Evine gittiği, çıktığı, eşinin yanına gittiği, toplantı odasında olduğu gibi, doğru cevabın dışındaki herhangi bir cevap.

17. GÖREV:

Doğru Cevap: Var (Henüz puan verilmez. Eğer yok şeklinde cevap verildiyse, diğer iki soru sorulmadan, 0 puan verilir.)

Canan (Henüz puan verilmez. Eğer Merve şeklinde cevap verildiyse diğer soru sorulmadan, 0 puan verilir.)

Canan karnıyarığı getirenin kim olduğunu bilmediğinden, Merve'nin getirmiş olabileceğini düşünmeden söylediği için, söylememesi gerekirdi yorumunu içeren herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Merve'ye ayıp olacağı, Merve emek harcayıp getirdiğinden saygısızlık olacağı, Merve'nin yemek yapmayı bilmiyor oluşu, Merve'nin üzüleceği gibi, doğru cevap dışındaki herhangi bir cevap.

18. GÖREV:

Doğru Cevap: Üzülmüştür, kırılmıştır, kendini kötü hissetmiştir, sinirlenmiştir, aşağılanmıştır gibi duyguları içeren herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Utanmıştır, sıkılmıştır ya da kendini beceriksiz hissetmiştir gibi, doğru cevaplar dışındaki herhangi bir cevap.

Ek – 6: Düşünce ve Dil Ölçeği

Düşünce ve Dil Ölçeğinin Yönergesi:

DDÖ'de anormallik olarak tanımlanan kategoriler şunlardır:

1-Düşünce Fakirleşmesi

a-Konuşmanın fakirliği
b-Amacın zayıflaması

c-Perseverasyon (Tekrarlar)

2-Düşünce Dağınıklığı

a-Çözülme
b-Olağandışı kelime kullanımı

c-Olağandışı cümle yapısı

d-Olağandışı mantık
e-Çelinebilirlik

Konuşmayı başlatmak için Tematik Algı Test'inden (TAT) resimler kullanılır. Standart TAT rakamlandırmasına göre resimler:

1. 2 çiftlik sahnesi
2. 6GF pipolu adam, küçük altıgen masanın yakınında kadın.
3. 17GF rıhtımın yanında köprüdeki kadın
4. 13B kulübe girişinde genç çocuk
5. 4 uzaklara bakan bir adamın omzuna elini koymuş kadın
6. 5 salonun kapısını açan kadın
7. 12BG su ve kayığın bulunduğu ormanlık arazi.
8. 20 sokak feneri direğine doğru eğilmiş insan figürü.

DDÖ Görüşmesini Uygulama Protokolü

Test materyali sabit bir sırada bulunan, ters yüzünde numaralandırılmış, 8 resimlik setten oluşur. Deneğe her resim için 1 dakika konuşması söylenir. Bir dakikalık serbest yanıt, deneğin söylediği sıra dışı veya idiosenkratik yanıtları açıklamasını içeren soruşturma evresi ile devam eder.
Uygulayıcı testi şu sözlerle başlatır:

“ Size her defasında bir resim göstereceğim. Her resmi önünüze koyduğumda, sizden resmi bana mümkün olduğu kadar anlatmanızı isteyeceğim. Bana resimde ne gördüğünüzü ve ne olabileceğini anlatınız.”

Daha sonra uygulayıcı ilk resmi deneğin önüne koyar ve der ki:

“İşte ilk resim. Lütfen bana resmi anlatınız.”

Deneğe resme yanıt vermesi için 1 dakika süre tanınır. Denek spontan olarak durursa, deneğin devam etmesini cesaretlendirmek için yönlendirici olmayan uyarıda bulununuz.

“Başka bir şey var mı?”

“Daha fazla bir şey söyleyebilir misiniz?”

“Ne olduğunu düşünüyorsunuz?”

“Daha ayrıntılı bir tanım yapabilir misiniz?”

Gereken uyarı sayısını not ediniz.

Serbest yanıt süresince uygulayıcı, deneğin verdiği sıra dışı veya idiyosenkratik yanıtlar gibi düşünce bozukluğu örneklerini kaydeder. Belli bir cevabın anormal olarak derecelendirilip derecelendirilmeyeceğine dair son yargı soruşturma aşamasından sonra yapılır ve uygulayıcı serbest yanıt evresinde olası anormallikleri kaydederken eşiğini düşük tutmalıdır.
1 dakikadan sonra incelemeci der ki:

“Teşekkür ederim. Şimdi size birkaç soru sormak istiyorum.”

Daha sonra uygulayıcı deneğin yanıtlarının nedenlerine ilişkin kısa bir soruşturma yapar. Bu soruşturma tüm anlaşılmaz temaları, tüm alışılagelmedik veya idiyosenkratik cevapları içeren temaları kapsamalıdır.

Uygulayıcı cevabın anormalliğini değerlendirmek için sorgulanan cevapları kullanır. Soruşturma sırasında ortaya konan düşünce bozukluğuna ilişkin ek örnekler bozukluğun geçerli tipi için skorlanır.

Uygulayıcı sonra ilk resmi kaldırır. Yukarıdaki işlem kalan 7 resim için şu giriş yönergesi kullanılarak tekrarlanır:

"Burada bir sonraki resim var. Lütfen bana resmi anlatınız."

Maddelerin Tanımlanması Ve Derecelendirme İçin Protokol:

1-Düşüncenin Fakirleşmesi

a-Konuşmanın Fakirleşmesi:

Bu madde konuşma miktarında azalmayı yansıtır. Resimlere verilen tepkiler ve sorulara verilen yanıtlar kısadır ve ayrıntıdan yoksundur. (Eğer sıfat, zarf veya niteliksel bilgi eksikliği varsa; konuşma fakirleşme puanına ek olarak amacın zayıflaması da 0,25 olarak puanlanabilir.)

DDÖ'nün diğer maddelerinden farklı olarak bu madde, her bir soru ya da uyarıya verilen yanıtın uzunluğuna ilişkin anormalliğin ortaya koymak yerine, niceliksel bir değerlendirme gerektirir.

Her bir resme verilen genel cevap için 0, 0.25, 0.5, 0.75 ya da 1 şeklinde puan verilir.

0 Birey uzun duraklamalar olmaksızın 1 dakika boyunca konuşur, en az dakikada 50 sözcük hızını başarır. 1 uyarıya kadar izin verilir.

0.25 1 dakikada konuşulan kelime sayısı 40 ile 49 arasındadır. Bir uyarı kabul edilebilir.

0.5 Cümleler kısadır. Konuşma akışını sağlayabilmek için bir veya daha fazla uyarı gerekir.

0.75 Birkaç kısa cümle veya cümlecikten sonra ilk uyarı gerekir ve uyarıların çoğuna tek bir cümle ya da daha azı ile cevap alınır.

1.0 Tek bir kısa cümleden sonra ilk uyarı gerekli olur ve tüm uyarılara kısa bir cümleyle cevap alınır ya da hiç cevap alınmaz.

b-Amacın Zayıflaması:

Amacın zayıflaması; düşünce dürtüsünün kaybını yansıtır ve düşünceler olması gereken ayrıntılardan yoksundur. Bilgi vermeyen genellemeler kullanılır ve çok az bilgi içeren boş konuşmalar olur. Çok sayıda birbiriyle yarışan hedeften birine odaklanamama sorunu olan amacın istikrarsızlığından (çağrışım çözüklüğü gibi olgularda kendini gösterir) farklı bir durumdur. Aksine, amacın zayıflaması düşünce miktarında azalmayla ilişkilidir. Böylece amacı zayıflamış hastanın konuşmasının başlıca özelliği, gerekli detayların olmaması ve/veya az bilgi içeren boş cümleciklerin aşırı kullanılmasıdır.

Normal konuşmada çok az bilgi taşıyan kalıplar bir dizi bilgilendirici kalıplar arasına serpiştirilmiştir. Bu ise düşünceler sıralanırken konuşan ile dinleyici arasındaki iletişimin sürekliliğini sağlar. Böylesi boş cümleciklerin kullanımı ancak tüm konuşmanın büyük bir kısmını oluşturduğunda anormal olarak kabul edilir. Amacın zayıflamasına konuşma fakirliği de eşlik edebilir, (konuşma miktarının azalması) ama bu gerekli değildir. Asıl gereken; konuşulan kelime sayısına oranla çok az bilginin aktarılmasıdır.

Değerlendirme yaparken; aşağıdaki ölçeğe göre her resme verilen tüm cevaplar için tek bir puan veriniz.

0 *Normal:*

Söylenenlerin çoğunluğu özgün bilgi taşır ve bazı niteliksel bilgiyi içerir.

0.25 *Ayrıntılandırılmamış düşünceler:*

Düşünceler normal gelişimden yoksundur. Konuşmada az sayıda sıfat, zarf veya değiştirici cümlecik kullanılır. Örneğin bir resmi tanımlarken, hasta, bir seri cümleyle resmin içeriğini listeler: “burada ……. vardır.”, ancak nesnelere ait hiçbir niteliği tanımlamaz. (Düzeltilen yanlış başlangıçları değerlendirmeyiniz)

0.5 *Genelleme:*

Konuşma özgül değildir ve az bilgi içeren üstü kapalı genellemelerle karakterizedir. Örneğin bir resmi tanımlarken hasta, “bir şeyler oluyor” diyebilir; ancak ne olduğuna dair hiçbir fikir bildirmemektedir.

1.0 *Boş konuşma:*

Neredeyse bütün konuşma, normalde düşünceler sıralanırken dinleyenle konuşan arasındaki iletişimi sürdürmekte kullanıldığı gibi bilgi içermeyen kalıplardan oluşur("biliyorsunuz", "durun/bir dakika" gibi). Denek açık bir amacı olmaksızın cümleye başlayabilir ve sonra cümleyi tamamlamayı başaramaz. Ancak, deneğin yanlış başlayıp, ardından cümleye yeniden başlayıp açıklanacak düşünceyi açıkça ortaya koyduğu durumları dışlayınız.

c-Düşüncelerin Tekrarlanması:

Düşüncelerin veya temaların anlamsız biçimde tekrarı. Tekrarların gösterilen resme bağlı uyarıdan bağımsız olarak geliştiği anlara ağırlık veriniz.

Tekrarın bir dayanağı olup olmadığına karar vermek gereklidir. Örneğin, aşağıdaki koşullarda düşüncelerin ya da sözcüklerin tekrarı genellikle düşünce perseverasyonu olarak puanlanmaz:

1.hemen ardından düzeltilen yanlış başlamaların tekrarında (kekemeliği değerlendirmeyin)
2.vurgulamak amacı ile kasıtlı yapılan tekrar
3.yeni materyalin eklenmesi ile oluşan düşüncelerin tekrarında
4.bilinçli özetlemede
5.görüşmecinin uyarısı düşünceye itiraz gibi yorumlanarak hasta tarafından aynı düşüncenin tekrar edilmesi

0.25 Basit Tekrar:

Resme cevap verirken daha önce açıklanan düşüncenin tekrarı. Bir düşünce defalarca tekrarlanıyorsa, her tekrarı ayrı bir durum olarak sayınız. Daha önceden açıklanmış bir düşünce ayrıntılandırılıyorsa bunu saymayınız. Örneğin aşağıdaki durum tekrar sayılamaz. "Adam tarlayı sürüyor. Adam tarlayı düz arıklarla sürüyor." Ayrıca uyarı sonrası daha fazla bilgi vermek için bilinçli olarak fikrin tekrarlaması durumlarını da dışlayınız. Örnek "daha önce söylediğim gibi."

0.5 Desteksiz Tekrar:

Resmin bir bölümüne ilişkin (ya da önceki herhangi bir resmin) daha önceden dile getirilen özgün bir düşüncenin, resmin başka bir bölümü ya da parçasına yeterli bir gerekçe olmadan uygulanması. Ancak, bu yanlış uygulama resimdeki kanıtla çelişmez. Örnek, (resim

1) mantıklı bir gözlemle “ağaca dayanan kadın hamile”, " şu cümleyi iddia ediyor, "kitabı tutan kız hamile". Her ne kadar bu iddiayı destekleyecek ya da yadsıyacak kanıt olmasa da.

1.0 Karşıt tekrar:

Resmin bir bölümüyle (veya daha önceki resimle) bağlantılı olarak önceden açıklanmış bir düşünce, resimde görülene zıt olmasına veya resimle ilgili olmamasına rağmen tekrarlanır. Örneğin; 3. resme karşılık verirken (köprüde insan figürü) "kadın ata biniyor" (açıkça görüldüğü gibi birinci resimden türetilmiş bir fikrin tekrarı: "adam ata biniyor")

2-Düşünce Dağınıklığı:

a-Çözülme:

Düşünceler arası bağlantı çok azdır veya yoktur ya da düşünce akışına konudışı düşünceler girer. Çözülme, spontan konuşma akışı sırasında ortaya çıkabilir; (Andreasen tarafından raydan çıkmak olarak adlandırılmıştır.) veya sorulara uygunsuz veya teğetsel cevaplar vermek şeklinde görülebilir (Andreasen tarafından teğetsellik-teğet geçme olarak adlandırılmıştır).

0.25 Rastgele Yorumlar

Bağlantıları çok az olan veya bağlantısız düşüncelerin doluşması, ancak denek hızla orijinal düşünce akışına döner. Saplantının dış bir uyaran tarafından oluşması durumundaki dikkat dağılmasını dahil etmeyiniz, (aşağıya bakın).

0.5 Sapma

Denek; yavaş biçimde konunun dışına sürüklenerek resimle ilgisi olmayan maddeleri konuşmaya başlar. Gerekirse, uygulamacı deneği resme dönmesi konusunda uyarmalıdır. . Uyarıdan sonra sapmanın tekrarlaması ayrı bir sapma olarak derecelenmelidir.

0.75 Mantıksal Olmayan Bağlantılar

Denek; aralarında yeterli mantıksal bağlantı olmaksızın bir düşünceden diğerine atlar; ancak düşünceler arasında bazı bağlantılar fark edilebilir. Uyaklı (clang) çağrışımlar bu maddenin örneği olarak kabul edilir.

1.0 İlgisiz Yanıtlar

Resimle cevaplar (veya sorgulama) arasında fark edilebilir bir bağlantı yoktur. Karşıt tekrarlar olarak değerlendirilmesi gereken bir önceki resme ait düşünce tekrarlarını dışlayın.

b-Kelimelerin Olağan Dışı Kullanımı

Kelimelerin kullanımı alışılagelmedik biçimdedir veya uydurulmuştur. Tek bir resme cevap verirken bir kelime bir kereden daha çok sayıda kullanılmışsa sadece ilk kullanımı derecelendiriniz, ancak uygunsuz kelime tekrar tekrar kullanıldığında düşünce tekrarları olarak değerlendirmeyi göz önüne alınız.

0.25 Olağan Dışı Kelime Kullanımı

Sıradan kelimeler konu dışında kullanılır veya daha sık kullanılan ve anlamı daha net ortaya koyan kelime yerine daha ender kullanılan bir kelime seçilir.

0.5 *Özel Terminoloji*

Gerçek bir kelimenin geleneksel anlamı dışında kullanılanımı ya da kelimelerin geleneksel olmayan bir şekilde eklenip bir araya getirilmesi ve yeni bir sözcük oluşturulması. Örneğin, "elayakkabı" eldiven anlamında. Kabul gören argo veya konuşma diline ait ifadeleri dışlayınız.

1.0 Neolojizm

Deneğin yarattığı yanlış kelimeler. Yanlış söyleyişleri dışlayın.

c-Olağan Dışı Cümleler:

Cümlelerin yapısı alışılmadıktır. Anlamı ayırt etmeyi zorlaştıran cümle yapılarının olağan dışılığına daha büyük bir ağırlık verilmelidir. Düşük eğitime bağlanabilecek dilbilgisi yanlışlıkları ile oluşturulan cümleler olağan dışı olarak derecelendirilmemelidir.

0.25 Çok resmi veya ukalaca ifadeler

0.50 Cümlelerin tuhaf yapısı

1.0 Anlaşılmaz Cümleler

Cümlelerin uygunsuz bir şekilde yan yana gelmiş parçalardan meydana gelmiş olması nedeniyle anlam taşımaması. Sözcük salatası

d-Mantıksal Olmayan nedenselleştirme (Olağan Dışı Mantık)

Yetersiz kanıtlara veya hatalı mantığa dayanarak sonuçlara ulaşmak. Bir ifadenin olağan dışı bir mantığı yansıttığına, sorgulama evresinden sonra karar verilmelidir. Araştırıcı, serbest yanıt evresindeki tüm alışılagelmedik cevapları not etmeli ve bu düşüncelere dayanarak bir sorgulama yürütmelidir. Akla yatkın spekülasyonlara (tahminlere) izin veriniz. (Örneğin Resim 3'de köprü üstündeki kadının depresif olduğu spekülasyonu akla uygundur). Eğer uygun olmayan bir ifade sadece tekrara dayanıyorsa olağan dışı mantık olarak derecelendirilmez. . Bununla birlikte, eğer bir denek bir tekrar durumu için akla uygun olmayan bir açıklama veriyorsa tekrar ve olağan dışı mantığın ikisi birden kaydedilmelidir.

0.25 Doğrulanmamış Sonuçlar

Denek çok az bir kanıta dayanarak kesin bir iddiada bulunur. Örnek, resim 1 (çiftlik sahnesi) "çiftçiye zarar veren şiddetli bir kuraklık mevcuttur". Deneğin düşüncesinin bir spekülasyon olduğunu kabul ettiği durumları dışlayınız.

0.5 Mantığa Sığmayan Usa Vurma

Herhangi bir mantıksal temeli olmaksızın veya yanlış mantıksal çıkarsamalara dayanarak, denek bir sonuca ulaşır.

1.0 Karşıtlık

Sonuçlar kanıtlarla çelişir.

e-Çelinebilirlik

Dış bir uyarandan kaynaklanan konu dışı fikirlerin zihne doluşması. Çelinebilirliğin kesin olduğu tüm durumlar 1.0 ağırlığındadır.

Dil-Düşünce Ölçeği TA Kartları

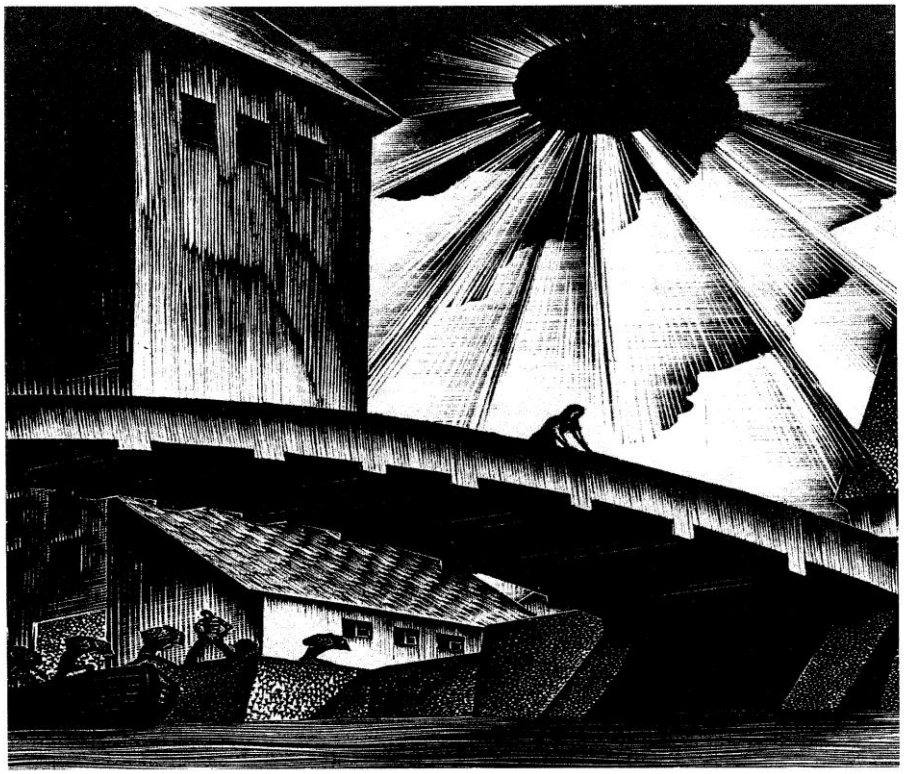
Kart 1



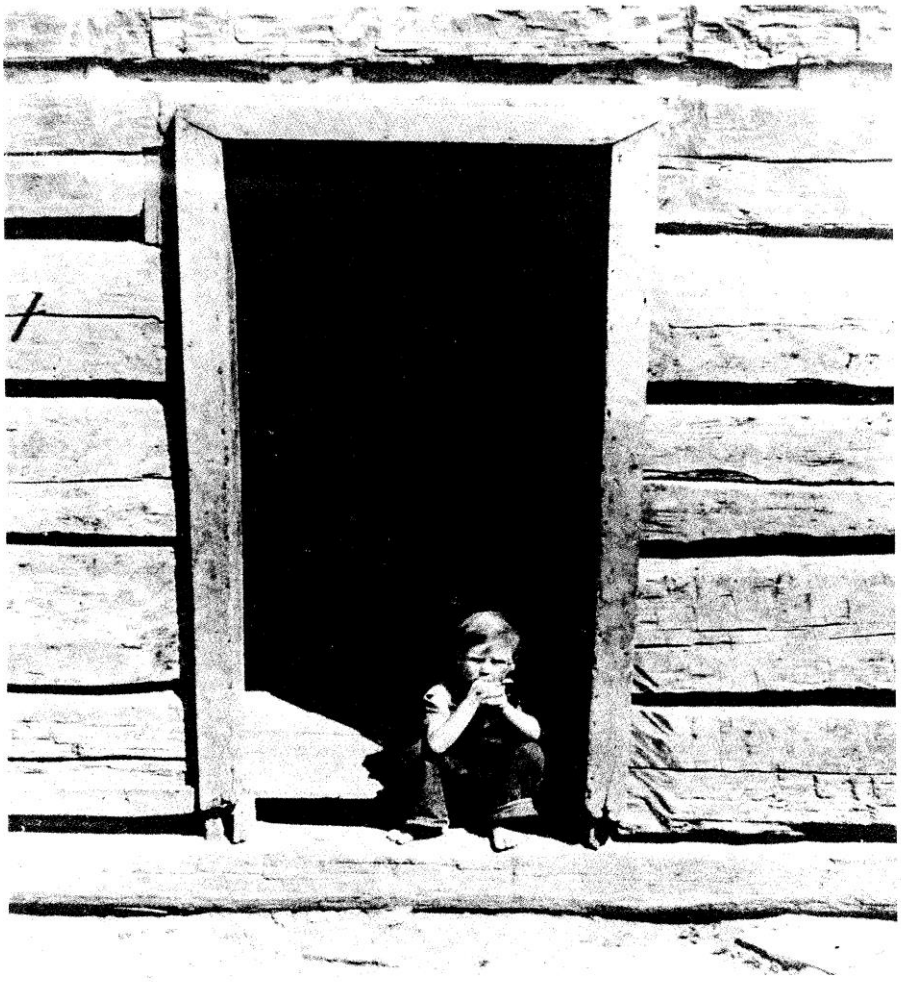
Kart 2



Kart 3



Kart 4



Kart 5



Kart 6



Kart 7



Kart 8



Ek – 7: PANSS

POZİTİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
P1 Sanrılar							
P2 Düşünce dağınıklığı							
P3 Varsanılar							
P4 Taşkınlık							
P5Büyüklük Duyguları							
P6 Şüphecilik ve kötülük görme							
P7. Düşmanca Tutum							
POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
NEGATİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
N1. Duygulanımda Küntleşme							
N2. Duygusal İçeçekilme							
N3. İlişki Kurmada Güçlük							
N4. Pasif Biçimde Kendini Toplumdan çekme							
N5. Soyut Düşünme Güçlüğü							
N6. Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı							
N7. Stereotipik Düşünme							
NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
GENEL PSİKOPATOLOJİ							
	1	2	3	4	5	6	7

G1. Bedensel Kaygı							
G2. Anksiyete							
G3. Suçluluk Duyguları							
G4. Gerginlik							
G5. Manyerizm							
G6. Depresyon							
G7. Motor Yavaşlama							
G8. İşbirliği Kuramama							
G9. Olağandışı Düşünce İçeriği							
G10. Yönelim Bozukluğu							
G11. Dikkat Azalması							
G12. Yargılama ve İçgörü Eksikliği							
G13. İrade Bozukluğu							
G14. Dürtü Kontrolsüzlüğü							
G15. Zihinsel Aşırı Uğraş							
G16. Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma							
GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI							
PANSS GENEL TOPLAM PUANI							

Ek – 8: SANS

(SANS / NBDÖ) NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hasta Adı: ..... Tarih: ..... Vizit: ..... Değerlendiren:.....

0= Yok 1= Şüpheli 2= Hafif 3= Orta 4= Belirgin 5= Şiddetli

DUYGULANIMSAL DÜZLEŞME VEYA KÜNTLEŞME

1. Değişmeyen Yüz İfadesi **0 1 2 3 4 5**

Hastanın yüzü cansız görünür ve konuşmasının duygusal içeriğine bağlı olarak beklenenden daha az değişir.

2. Kendiliğinden Hareketlerde Azalma **0 1 2 3 4 5**

Hastanın kendiliğinden hareketleri çok azalmıştır veya hiç yoktur. Konumunu değiştirmez, ekstremitelerini oynatmaz.

3. Anlamlı Jestlerin Yokluğu veya Azalması **0 1 2 3 4 5**

Hasta fikirlerini ifade etmede bir yardımcı olarak vücut konumunu değiştirmez ve el jestlerini kullanmaz.

4. Zayıf Göz İlişkisi **0 1 2 3 4 5**

Hasta göz ilişkisinden kaçınır ve konuşması esnasında bile boşluğa dalgın dalgın bakar.

5. Duygulanımsal Yanıtsızlık **0 1 2 3 4 5**

Hasta uyarıldığında gülmez veya gülümsemez.

6. Uygunsuz Duygulanım **0 1 2 3 4 5**

Hastanın duygulanımı basit bir biçimde düz veya küntleşmiş olmaktan daha çok uygunsuz veya uyumsuzdur.

AVOLUTION – APATİ / İRADESİZLİK / İLGİSİZLİK
İnisiyatif veya Hedefin Olmaması

14. Öz bakımı ve Temizlik **0 1 2 3 4 5**

Hastanın elbiseleri dökük saçık yada kirli olabilir, saçları yağlanmış, kendisi temizlenmemeye bağlı kokuyor olabilir.

15. İş veya Okulda Sebatsızlık **0 1 2 3 4 5**

Hastanın iş arama ve sürdürmede, okul ödevlerini tamamlamada, evi temizlemede güçlükleri vardır. Eğer hasta hastanede yatıyorsa, örneğin toplu oyun oynama gibi koğuş etkinliklerini sürdüremez.

16. Fiziksel Anergia (Hareketsizlik) **0 1 2 3 4 5**

Hasta fiziksel olarak hareketsiz olma eğilimindedir. Saatlerce oturabilir ve hiçbir kendiliğinden hareket göstermez.

17. İradesizlik/İlgisizliğin Bütünsel Derecelendirilmesi **0 1 2 3 4 5**

Eğer özellikle belirgin ise, asıl ağırlık bir veya iki önemli belirtiye verilmelidir.

ANHEDONİ-ASOSYALLİK/ZEVK ALAMAMA-

TOPLUMSAL İLİŞKİ KURAMAMA **0 1 2 3 4 5**

18. Oyalanıcı İlgi ve Etkinlikler

Hastanın ilgileri çok az veya hiç yoktur. Bu ilgilerin hem niteliği hem de niceliği dikkate alınmalıdır

7. Sesteki Esnekliğin Eksikliği **0 1 2 3 4 5**

Hasta normal sesle ilgili vurgu kalıplarını kullanmada başarısızdır ve genellikle monoton bir biçimde konuşur.

8. Duygulanımsal Düzleşmenin Bütünsel Derecelendirilmesi **0 1 2 3 4 5**

Bu derecelendirilme, özellikle yanıtsızlık, göz ilişkisi, yüz ifadesi ve sesteki esneklik başta olmak üzere belirtilerin ayrıntılı şiddeti üstüne yoğunlaşmalıdır.

ALOGİA (Düşünce / Fikir Yoksulluğu) **0 1 2 3 4 5**

9. Konuşma Yoksulluğu

Hastanın sorulara yanıtları miktar olarak kısıtlıdır; kısa somut ve özensiz olma eğilimi gösterir.

10. Konuşma İçeriğinin Yoksulluğu **0 1 2 3 4 5**

Hastanın yanıtları miktar olarak yeterlidir; fakat muğlak, aşırı somut veya aşırı genelleme eğilimindedir ve çok az bilgi aktarır.

11. Blokaj **0 1 2 3 4 5**

Hasta, kendiliğinden veya konuştuğu konu

hatırlatıldığında, düşünce dizisinin kesintiye uğradığını ifade eder.

12. Yanıt Süresinde Uzama **0 1 2 3 4 5**

duyar. Bu konu hatırlatıldığında, hastanın sorunun

farkında olduğu görülür.

13. Alogianın Bütünsel Derecelendirilmesi **0 1 2 3 4 5**

Alogianın çekirdek özellikleri, konuşma ve düşünce

içeriğinin yoksulluğudur.

19. Cinsel İlgi ve Etkinlik **0 1 2 3 4 5**

Hasta cinsel ilgi ve etkinlikte bir azalma gösterebilir

veya etkin olduğunda da zevk almada bir azalma

vardır.

20. Yakınlık ve Dostluk Kurma Yeteneği **0 1 2 3 4 5**

Hasta, özellikle karşı cins ve ailesiyle başta olmak üzere yakın ve dostça ilişkiler kurmada bir yetersizlik sergiler.

21. Arkadaş ve Akranlar ile İlişkiler **0 1 2 3 4 5**

zamanını yalnız geçirmeyi tercih eder.

22. Anhedoni - Asosyalitenin Bütünsel Derecelendirilmesi **0 1 2 3 4 5**

Bu derecelendirme hastanın yaşı, aile durumu vb.

durumları da hesaba katarak ayrıntılı şiddeti

yansıtmalıdır.

DİKKAT **0 1 2 3 4 5**

23. Sosyal Dikkatsizlik

Hasta ilgisiz görünür. Uyuşturucu madde etkisindeymişçesine bir görünüm içindedir.

24. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik **0 1 2 3 4 5**

7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemli olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi

25. Dikkatin Bütünsel Derecelendirilmesi **0 1 2 3 4 5**

Bu derecelendirilme, klinik olarak ve testler açısından hastanın ayrıntılı yoğunlaşmasını değerlendirmelidir

PUANLAMA:

Duygulanımsal düzleşme / küntleşme:..... **Alogia:.....**

Avolution/Apati:.....

Anhedoni/Asosyallik:..... **Dikkat:.....**

Ek – 9: SAPS

(S A P S / P B D Ö) P O Z İ T İ F B E L İ R T İ L E R İ D E Ğ E R L E N D İ R M E Ö L Ç E Ğ İ

0= Yok 1= Şüpheli 2= Hafif 3= Orta 4= Belirgin 5= Şiddetli

Hasta Adı: Tarih: Vizit: Değerlendiren:

VARSANILAR 0 1 2 3 4 5

1. İşitme Varsanıları

Hasta başkalarının duymadığı sesler, gürültüler veya başka sesler duyduğunu bildirir.

2. Yorumlayıcı Sesler 0 1 2 3 4 5

Hasta, davranış ve düşüncelerini yorumlayan sesler duyduğunu bildirir.

3. Kendi Aralarında Konuşan Sesler 0 1 2 3 4 5

Hasta iki veya daha fazla kişinin aralarında konuştuklarını duyduğunu bildirir.

4. Somatik veya Dokunma Varsanıları 0 1 2 3 4 5

Hasta, vücudunda acayip fizik duyumsamalar olduğunu bildirir.

5. Koku Varsanıları 0 1 2 3 4 5

Hasta, başkalarının fark etmediği olağan dışı kokular duyduğunu bildirir.

6. Görme Varsanıları 0 1 2 3 4 5

Hasta, gerçekte var olmayan şekil veya insanları görür.

7. Varsanıların Bütünsel Derecelendirilmesi 0 1 2 3 4 5

Bu Derecelendirme varsanın süresi, şiddeti ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.

19. Düşünce Çekilmesi 0 1 2 3 4 5

Hasta, düşüncelerinin kafasından alındığına inanır.

20. Hezeyanların Bütünsel Derecelendirilmesi 0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirilme hezeyanların süresi, ısrarlılığı ve hastanın yaşamına olan etkisi gözönüne alınarak yapılmalıdır.

GARİP (BİZAR) DAVRANIŞ 0 1 2 3 4 5

21. Giyim ve Görünüş

Hasta olağandışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görünüşünü değiştirir.

22. Sosyal ve Cinsel Davranış 0 1 2 3 4 5

Hasta, olağan sosyal normlara göre, uygunsuz şeyler yapabilir. Örn. Ortalıkta mastürbasyon yapma

23. Saldırgan ve Taşkın Davranış 0 1 2 3 4 5

Hasta, sıklıkla önceden tahmin edilemeyen saldırgan ve taşkın davranışlar gösterebilir.

24. Tekrarlayıcı veya Basmakalıp (Stereotipik) Davranış 0 1 2 3 4 5

hareketler veya merasimler geliştirebilir.

25. Garip Davranışın Bütünsel Derecelendirilmesi 0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme, davranış tipi ve sosyal normlardan sapma miktarının yansıtmalıdır.

HEZEYANLAR 0 1 2 3 4 5

8. Kötülük Görme Hezeyanları

Hasta, kendine yönelik komplo hazırlandığına veya bir yolunun bulunup kendine kötülük yapılacağına inanır.

9. Kıskançlık Hezeyanları 0 1 2 3 4 5

Hasta eşinin bir başkası ile ilişkisi olduğunu düşünür.

10. Suçluluk ve Günahkarlık Hezeyanları 0 1 2 3 4 5

Hasta bazı kötü günahlar veya affedilemez suçlar işlediğine inanır.

11. Büyüklük Hezeyanları 0 1 2 3 4 5

Hasta, özel güç veya yeteneklerinin varlığına inanır.

12. Dinsel Hezeyanlar 0 1 2 3 4 5

Hasta, dinsel nitelikli yanlış inançları ile aşırı uğraşır.

13. Somatik Hezeyanlar 0 1 2 3 4 5

Hasta, her nasılsa vücudunun hasta, anormal veya değişmiş olduğuna inanır.

14. Alınma Düşünceleri ve Hezeyanları 0 1 2 3 4 5

Hasta, önemsiz işaret veya olayları üzerine alınır veya özel anlamlar çıkarır.

15. Kontrol Edilme Hezeyanları 0 1 2 3 4 5

Hasta, duygularının ve karakterinin bazı dış güçlerce kontrol edildiğini hisseder.

16. Düşünce Okunması Hezeyanları 0 1 2 3 4 5

Hasta insanların düşüncelerini okuyabildiği veya düşüncelerini bildiğini hisseder.

17. Düşünce Yayınlanması 0 1 2 3 4 5

Hasta, düşüncelerinin yayınlandığını hisseder, böylece kendisi veya diğerleri bunları duyabilir.

POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU 0 1 2 3 4 5

26. Düşüncenin Raydan Çıkması (Derailment)

Fikirlerin bir diziden diğerine dolaylı bağlantılı veya bağlantısız olarak kayıp gittiği konuşma şekli.

27. Teğetleme (Tangentiality) 0 1 2 3 4 5

Dolaylı veya konu dışı tarzda sorulara yanıt verme.

28. Dikişsizlik (Kelime Salatası, Şizofazi) 0 1 2 3 4 5

Zaman zaman esas olarak anlaşılmayan konuşma şekli

29. Mantık Dışılık 0 1 2 3 4 5

Mantıklı olarak izlenemeyen sonuçlar çıkarılan konuşma şekli

30. Çevresel Konuşma(Circumstantiality) 0 1 2 3 4 5

Hedef Düşünceye ulaşması çok dolambaçlı olan ve geceiken konuşma şekli.

31. Basınçlı Konuşmalar 0 1 2 3 4 5

Hastanın konuşması hızlı ve durdurulması güçtür. Konuşma miktarı normalden çok fazladır.

32. Çelinebilir Konuşma (Distractible Speech) 0 1 2 3 4 5

Hasta konuşma akımını kesintiye uğratan yakın uyaranlarca çelinebilir.

33. Klang Çağrışım 0 1 2 3 4 5

Kelime seçimine anlamsal ilişkilerden çok seslerin yön verdiği konuşma şekli.

34. Pozitif Formal Düşünce Bozukluğunun Bütünsel Derecelendirilmesi 0 1 2 3 4 5

Bu bütünsel derecelendirilme, anormalliği ve kişinin ilişki kurma yeteneği etkileme derecesini yansıtmalıdır.

18. Düşünce Sokulması 0 1 2 3 4 5

Hasta, düşüncelerinin kendisine ait olmadığını,

dışarıdan aklına sokulduğuna inanır.

Ek – 10: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

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: Israrlı 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 sanrılarını 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 kabahatlı hisseder

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 uğraşılmış 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 sıkkın, 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 – 11: Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk. 363
Sayı:

20 .05.2014

Sayın Prof.Dr.Berna Binnur AKDEDE,

Kurulumuz tarafından 15.05.2014 tarih ve 1447-GOA protokol numaralı 2014/19-15 karar numarası ile görüşülen **"Şizofreni Hastalarında Zihin Teoremi ve Bu Teoremin Düşünce-Dil Yapısı ile İlişkisi"** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**etikkurul@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1447-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Şizofreni Hastalarında Zihin Teoremi ve Bu Teoremin Düşünce-Dil Yapısı ile İlişkisi**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Berna Binnur AKDEDE Psikiyatri A.D	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/19-15	Tarih: 15.05.2014
	Prof.Dr.Berna Binnur AKDEDE'nin sorumlusu olduğu "Şizofreni Hastalarında Zihin Teoremi ve Bu Teoremin Düşünce-Dil Yapısı ile İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E☐	H☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E☐	H☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E☐	H☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E☐	H☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E☐	H☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E☐	H☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E☐	H☒	Katılmadı
Prof.Dr.Mukaddes GÜNEL	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E☐	H☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E☐	H☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E☐	H☒	Katılmadı
Prof.Dr.Işıl TEKMEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E☐	H☒	
Doç.Dr.Müge KİRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E☐	H☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E☐	H☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E☐	H☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E☐	H☒	

Ek – 12: Özgeçmiş

Damlacan Güneyer

TC Kimlik No / Pasaport No:	31711872426
Doğum Yılı:	1989
Yazışma Adresi :	Merkez Mah. 109 sok. No: 8G Flamingo 2 sitesi Sasalı/İzmir
Telefon :	0533 965 57 14
Faks :	0232 381 02 08
e-posta :	damla_guneyer@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
TR	Bilkent Üniversitesi	İktisadi,İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi	Psikoloji Bölümü	3.30	2012

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Ulusal MR Araştırma Merkezi (UMRAM)	Türkiye	Ankara	Araştırma	Stajyer Araştırmacı (Mezuniyet tezimi bu kurumda tamamladım: fMRI deneyi)	2011 Ekim-2012 Mayıs
Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi	Türkiye	Ankara	Çocuk Psikiyatrisi	Stajyer	2012 Şubat-Mayıs
Ege Üniversitesi Hastanesi	Türkiye	İzmir	Yetişkin Psikiyatrisi	Stajyer	2011 Temmuz-Ağustos

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

<table>
<tr><td colspan="3">Son Bir Yılda Uluslararası İndekslere Kayıtlı Makale/Derleme İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Son Bir Yılda Projeler İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Yayınlara Alınan Toplam Atıf Sayısı</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">Danışmanlık Yapılan Öğrenci Sayısı</td><td></td><td>Tamamlanan</td><td>Devam Eden</td></tr>
<tr><td>Yüksek Lisans</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Doktora</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Uzmanlık</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/ sorumluluk/olay/üyelik vb.)</td><td colspan="3">▪ 2012-2011: Bilkent Üniversitesi CS-121 Bilgisayar Laboratuar Dersi Asistanlığı
▪ 2012–2011: Bilkent Toplumsal Duyarlılık Projesi
▪ 2011–2012: Lisans Bitirme Tezi: Retinotopik Haritalamada Dikkatin Etkisi: fMRI Deneyi
▪ 2006-2009 : Unesco- South Eastern Mediterranean Environment Project
▪ 2012: 24 Mayıs- 26 Mayıs Türk Manyetik Rezonans Derneği 17.Yıllık Toplantısı, Sheraton Hotel& Convention Center, Ankara
▪ 2012: 23 Temmuz- 28 Temmuz Summer School and Workshop on Brain Dynamics, ITAP, Turunç, Marmaris
▪ 2011: 4 Eylül- 10 Eylül International Summer School on Pscyhosocial Support and Vulnerable Groups in Disasters and Emergencies/ European Natural Disaster Training Center(AFEM), Antalya
▪ 2011: Etkili Konuşma ve Hitabet Sanatı Eğitimi / Şendağ Albayrak
▪ Depresyon ve klinik uygulamada terapi teknikleri eğitimi” Panik Atak Ve Anksiyete Dostları Derneği/ Psikiyatrist Dr. Muzaffer Uyar
▪ “Obsesif Kompulsif Bozukluk Eğitim ve Uygulama Çalışması” Panik Atak Ve Anksiyete Dostları Derneği / Dr. Muzaffer</td></tr>
</table>

	Uyar ▪ Çocuklarda Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite ▪ Bipolar Bozukluk Tanı Ve Tedavi ▪ Etkili İletişim Ve Motivasyon ▪ Anksiyete Bozuklukları Ve Tedavi ▪ Anksiyete Bozuklukları Workshop ▪ Depresyon Atölye Çalışması ▪ Panik Bozukluk Atölye Çalışması ▪ Obsesif Kompulsif Atölye Çalışması ▪ Bilişsel Psikoterapi Kuram Eğitimi

ÖDÜLLER

	Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
☐			

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

2011-2012 Senior Thesis: "The Effects of Attention on Retinotopic Mapping": Türk Manyetik Rezonans Derneği 17.Yıllık Kongresi, Ankara, 2012