

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİDE ZİHİN TEORİSİ, EMPATİ VE
İÇGÖRÜ YETENEKLERİNİN KLİNİK
DEĞİŞKENLER İLE İLİŞKİSİ**

NUR ERDİL

**KLİNİK SINIRBİLİMLER
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2008

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİDE ZİHİN TEORİSİ, EMPATİ VE
İÇGÖRÜ YETENEKLERİNİN KLİNİK
DEĞİŞKENLER İLE İLİŞKİSİ**

**KLİNİK SINIRBİLİMLER
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

NUR ERDİL

Danışman Öğretim Üyesi: PROF. DR. KÖKSAL ALPTEKİN

(Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından 99.3456.23 sayı ile desteklenmiştir.)

ÖNSÖZ

Şizofreni ile ilgili bir çalışmayı yürütmek, bilimsel bir uğraş içerisinde olmanın hazzını yaşattığı gibi, bu hastalıktan yakınan kişilerin dünyalarını tanıma fırsatı verdiği için heyecan verici bir süreç olmuştur. Pek çok araştırmada olduğu bu çalışmada da sıkıntılı süreçler olmuş, hastalarla detaylı bir görüşme gerektiğinden, yeterli sayıda hasta sayısına ulaşmak çalışmanın daha uzun bir süreye yayılmasına yol açmıştır. Kapsamlı bir çalışma tek kişinin yürütebileceğinden fazla sorumluluk, bilgi ve zaman gerektirmektedir. Bu nedenle kişisel emeklerim kadar bu projede bana yardımcı olan herkese teşekkür etmek isterim.

Bu araştırmanın tasarlanması ve sonraki aşamalarında yapıcı yönlendirmeleriyle bana yol gösteren tez danışmanım Prof. Dr. Köksal Alptekin'e, Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Tunç Alkın'a, Doç. Dr. Berna Akdede'ye, ihtiyaç duyduğum konularda yardımlarını esirgemeyen Uzm. Dr. Halis Ulaş ve tüm Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı doktor ve asistanlarına, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi Klinik Şefi Doç. Dr. Levent Mete'ye, Başasistanı Dr. Almıla Erol'a, Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda görev yapan Prof. Dr. Ali Saffet Gönül ve Ar. Gör. Burcu Yüçetürk'e, yüksek lisans eğitimim boyunca destek ve hoşgörüsünü esirgemeyen Karşıyaka Adliyesi 2. Aile Mahkemesi Hakimi Turgay Tokay'a, tüm eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi yanımda olan aileme teşekkür ederim.

Nur ERDİL

İÇİNDEKİLER

ÖZET	1
SUMMARY	2
GİRİŞ	3
1.1. Zihin Teorisi	6
1.1.1. Şizofrenide Zihin Teorisi Araştırmaları	6
1.1.2. Zihin Teorisinin Ölçümü	8
1.1.3. Zihin Teorisi İle Şizofreni Belirtileri Arasındaki İlişki	9
1.1.4.Şizofrenide Zihin Teorisi Bozukluğu: Yapısal Bir Bozukluk mu? Yoksa Durumsal Bir Bozukluk mu?.....	10
1.2. İçgörü (Ruhsal Bozukluğun Farkındalığı)	11
1.2.1. İçgörü İle Şizofreni Belirtileri Arasındaki İlişki	14
1.2.2. İçgörü ve Zihin Teorisi	17
1.3. Empati	18
1.3.1. Şizofrenide Empati Araştırmaları.	18
1.3.2. Empati ve Şizofreni Belirtileri Arasındaki İlişki	19
1.3.3. Empati ve Zihin Teorisi	19
1.4. Sosyal İşlev ve Semptomatoloji	21
1.5. Amaç	21
YÖNTEM	
2.1. Katılımcılar	23

2.2. Araçlar	25
--------------------	----

2.3. Veri analiz işlemleri	26
----------------------------------	----

BULGULAR

3.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Eşleşmesi	27
--	----

3.2. Şizofreni Hastalarının Zihin Teorisi Düzeyleri	28
---	----

3.3. Şizofreni Hastalarının Empatik Beceri Düzeyleri	29
--	----

3.4. Zihin Teorisi ile Empati ve İçgörü Becerileri Arasındaki İlişki	30
--	----

3.5. Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Değişkenlerin Zihin Teorisi Üzerindeki Etkisi ..	31
--	----

3.6. Empati ve Şizofreni Belirtileri Arasındaki İlişki	36
--	----

3.7. İçgörü ve Şizofreni Belirtileri Arasındaki İlişki	37
--	----

TARTIŞMA

4.1. Şizofreni ve Sosyal Biliş	40
--------------------------------------	----

4.2. Sosyal Bilişsel Bozulmada Sosyodemografik ve Klinik Etkenler	41
---	----

4.3. Sosyal Biliş ve Şizofreni Belirtileri Arasındaki İlişki	43
--	----

4.4. Zihin Teorisi, Empati ve İçgörü Arasındaki İlişki	45
--	----

SONUÇ	48
KAYNAKLAR	50
EK 1	63
EK 2	65
EK 3	66
EK 4	81
EK 5	86
EK 7	88

TABLULAR

Tablo 1	Şizofreni hastaları ve sağlıklı gönüllülerin sosyodemografik özellikleri	24
Tablo 2	Klinik değişkenler, DEZTÖ, EBÖ, AHİÖ ve PANSS ortalamaları	27
Tablo 3	Şizofreni hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun DEZTÖ ortalamalarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 4	Şizofreni hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun DEZTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	29
Tablo 5	Şizofreni hastaları ve sağlıklı gönüllülerin EBÖ ortalamalarının karşılaştırılması	30
Tablo 6	DEZTÖ, EBÖ ve AHİÖ skorları arasındaki korelasyon	30
Tablo 7	EBÖ ve DEZTÖ alt boyutları performansları arasındaki korelasyon	30
Tablo 8	Öğrenim durumunun Zihin Teorisi üzerine etkisi.....	32
Tablo 9	Eğitim süresinin Zihin Teorisi becerisi üzerine etkisi	33
Tablo 10	Öğrenim durumu ve eğitim süresinin Zihin Teorisi üzerindeki etkisi	34
Tablo 11	DEZTÖ puanları ve PANSS maddeleri arasındaki korelasyon katsayıları	35
Tablo 12	P3, N1, G3, pozitif belirtiler toplam ve PANSS toplam puanının Zihin Teorisi üzerindeki etkisi	35
Tablo 13	P3, N1 ve G3 puanlarının Zihin Teorisi üzerindeki etkisi	36
Tablo 14	P3 ve N1 puanlarının Zihin Teorisi üzerindeki etkisi	36
Tablo 15	Öğrenim durumu, toplam eğitim süresi, P3, N1, G3 ve PANSS toplam puanının Zihin Teorisi üzerindeki etkisi	37
Tablo 16	DEZTÖ puanları ve PANSS maddeleri arasındaki korelasyon katsayıları	37
Tablo 17	AHİÖ boyutlarının pozitif belirtiler ile korelasyon katsayıları	38

Tablo 18	PANSS Genel psikopatoloji (G) maddeleri ve AHİÖ boyutları korelasyon katsayıları	39
Tablo 19	AHİÖ puanları ve PANSS toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları	40
Şekil 1	Roc Eğrisi	28

KISALTMALAR

ZT - Zihin Teorisi

DEZTÖ – Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği

EBÖ- Empatik Beceri Ölçeği

AHIÖ – Akıl Hastalarında İçgörüsüzlük Ölçeği

PANSS – Positive and Negative Symptom Scale (Positif ve Negatif Semptom Skalası)

ÖZET

Amaç: Şizofreni psikososyal işlev bozulmasına yol açan bir hastalıktır. Şizofrenideki psikososyal işlev bozulmasının sosyal bilişsel (social cognition) bozulma ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Sosyal bilişin önemli bir boyutunu oluşturan Zihin Teorisi, bir kişinin kendisinin ve diğer kişilerin zihinsel durumlarını temsil edebilme için gerekli bilişsel kapasitesiyi ifade eder. Bu araştırmanın amacı şizofrenide Zihin Teorisi işlev bozukluğunu, ve Zihin Teorisi işlev bozukluğu ile klinik değişkenler, içgörü ve empati ile ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 89 şizofreni hastası ve 89 sağlıklı kontrol alındı. Her iki grubun Zihin Teorisi ve empati yetenekleri, şizofreni hastalarının hastalığa yönelik içgörüsü ölçüldü. İki grubun Zihin Teorisi ve empati performansları karşılaştırıldı. Klinik etkenlerin sosyal biliş üzerindeki etkisine ve zihin teorisi işlev bozulmasına yol açabilen klinik risk etkenlere bakıldı.

Bulgular: Şizofreni hastalarının Zihin Teorisi ve empatik becerilerinde sağlıklı kontrollere göre bozulma olduğu görüldü. Hastaların kısmi içgörüye sahip oldukları bulundu. Zihin Teorisi ve empati arasında daha güçlü olmakla beraber üç beceri arasında doğru orantılı ilişki olduğu saptandı. Zihin Teorisi'nin öğrenim düzeyinden etkilendiği, varsanılar, duygulanımda küntlük, suçluluk duyguları ve pozitif belirtilerle ilişkili olduğu bulundu. PANSS ölçeğinde duygulanımda küntlük ve varsanılar maddelerinde şiddetli puan alan hastaların diğer hastalara oranla 2 katı oranında Zihin Teorisi işlevinde bozulma gösterdiği saptandı.

Tartışma: Şizofrenide sosyal bilişsel işlevle ilişkili olan Zihin Teorisi becerisinde bozulma vardır. Bu bozulma empati ve içgörü yetenekleri ile doğrudan ilişkilidir. Şizofrenide Zihin Teorisi becerisi öğrenim düzeyinden doğrudan etkilenmektedir. Varsanı ve duygulanımda küntleşme belirtileri Zihin Teorisi becerisinin yordayıcıları olabilir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Sosyal Biliş, Zihin Teorisi, Empati, İçgörü, Pozitif belirtiler, Negatif belirtiler, Duygulanımda küntleşme, Varsanılar

SUMMARY

Aim: Schizophrenia is a disorder which causes impairment in psychosocial functions. Psychosocial dysfunction in schizophrenia is thought to be related to social cognition. Theory of Mind (ToM), the cognitive capacity to represent the mental states of one and others, constitutes an important aspect of social cognition. The aim of this study was to assess social cognition in schizophrenia determined by ToM deficits and to identify the relation between ToM and effects of clinical correlates, predictor factors, empathy and insight in schizophrenia.

Method: Eighty nine schizophrenia patients and 89 healthy controls were included into the study. ToM and empathic abilities of all subjects, and patients' insight for their illness were assessed. Correlations between ToM, empathy and insight scores in schizophrenia, and predictors for ToM disabilities were evaluated.

Results: Theory of Mind and empathic abilities of schizophrenia patients were found to be impaired compared to controls. Patients were found to have moderate levels of insight. Correlations between ToM, empathy and insight in patients with schizophrenia were positively correlated whereas correlation between ToM and empathy was very strong. It was found that Theory of Mind was strongly related to education level and clinical correlates such as hallucinations, flat affect, feelings of guilt and sum of positive symptoms. Patients who had higher scores on PANSS items of hallucinations and flat affect were two times more likely to show impairment in Theory of Mind function compared to patients with lower PANSS items.

Discussion: Theory of mind, which is related to social cognition, is impaired in schizophrenia. This impairment is positively correlated to empathy and insight. Education level of schizophrenia patients, hallucination and flat affect symptoms are the predictors of ToM ability.

Keywords: Schizophrenia, Social Cognition, Theory of Mind, Empathy, Insight, Positive symptoms, Negative symptoms, Flat affect, Hallucinations

GİRİŞ

Şizofreni, hastaların algısal ve bilişsel bozulma, duygu, düşünce ve davranış alanlarında işlev kaybı gösterdiği bir bozukluktur. Bu belirtiler genel olarak pozitif, negatif ve dezorganize olmak üzere, birbirinden ayrı ama kısmen örtüşen üç gruba ayrılır. Pozitif belirtileri halisünasyonlar, sanrılar ve pozitif düşünce bozukluğu; negatif belirtileri duygusal küntleşme, yoksullaşmış düşünce ve biliş, zevk alamama, duygusal içe çekilme ve dikkat bozuklukları; dezorganize belirtileri ise fikir uçuşması, enkoherans, perseverasyon, ekolali, ekopraksi ve eksitasyon gibi dezorganize konuşma ve davranış ile rijidite, balmumu belirtisi ve negativizm gibi katatonik motor davranışlar oluşturur. Ayrıca şizofrenide depresyon da sık görülür; birçok kişi psikotik evrenin çözülmesiyle depresif belirtiler gösterir.

Sosyal işlevsellikteki eksiklik, şizofreninin en engelleyici klinik özelliklerinden biridir ve hastaların sosyal izolasyon yaşamalarına neden olabilir. Geçmiş yıllarda, nöropsikiyatrik çalışmaların pek çoğu şizofrenideki yönetici işlevler, dikkat ve bellek gibi sosyal olmayan bilişsel işlevler üzerinde yoğunlaşmışlardır. Ancak daha yakın zamanda araştırmacılar dikkatlerini şizofrenideki sosyal biliş alanına çevirmiş, sosyal sinyallerin algılanmasındaki ve sosyal bilişteki bozulmanın ne dereceye kadar şizofrenideki sosyal işlevsellikle ilişkili olabileceğini sorgulamışlardır (Brüne, 2005). Sosyal işlevi en iyi yordayan bilişsel mekanizmanın sosyal biliş olduğu düşüncesiyle bu alan üzerinde giderek artan sayıda çalışmaya rastlanmaktadır (Penn ve ark., 1997, Pinkham ve ark., 2003). Sosyal biliş, insanların kendilerini ve diğer kişileri anlamasını sağlayan süreçler olarak nitelendirilir. Sosyal biliş, sosyal dünya ile ilgili çıkarımlar yapabilmek için gerekli bilişsel kapasiteyi içerir. Diğer kişilerin ruhsal ve duygusal durumlarının algılanabilmesi sosyal bilişin ve dolayısıyla sosyal işlevin kaçınılmaz bir gereksinimidir.

Sosyal bilişin önemli bir bileşeninin de “Benlik” olduğu, diğer insanlar kadar benliğin de anlaşılması gereken bir sosyal nesne olduğu açıklanmıştır (Adolphs ve ark., 2001). Kişisel deneyimler başkalarının zihinsel ve duygusal durumlarını anlayabilmek ve bu durumlardan anlam çıkarabilmek için kullanılmaktadır. Benliğin ve diğerlerinin algılanması olgunlaştığında, kişinin kendisinin ve diğerlerinin perspektiflerinin farklı olabileceğini anlayacağı bildirilmiştir. Özetle sosyal biliş, diğer kişilerin zihinsel ve duygusal durumlarının

algılanması kadar Benliğin de algılanması (Beer & Oschsner, 2006) ve Benlik ile diğerleri arasındaki örtüşme ve farklılaşmayı tanımlayabilme becerisidir (Sergi ve ark., 2007).

Sosyal bilişte gelişim sağlamak için kişinin bir başkasının davranış ve duygularını yorumlarken “benim gibi” şeklinde düşünebilme kapasitesine sahip olması gerekmektedir. Bu kapasitenin temelinde yatan nörofizyolojik mekanizmanın ise Ayna Nöron Sistemi-ANS (Mirror Neuron System) olabileceği varsayılmıştır (Gallese ve ark., 2001). İlk kez maymun premotor korteksi F5 alanında keşfedilen bu nöronların, maymunun hem bir davranışı yaptığında hem de aynı davranışı yapan bir maymun ya da insanı gözlemlediğinde aktive olduğu bulunmuştur. Bu sistem aracılığı ile kişinin kendi deneyimlerini temel alarak bir başkasının zihninden geçen düşünce ya da hissettiği duyguyu algılayabildiği düşünülmüştür (Carr ve ark., 2003).

Cutting & Murphy (1990) şizofreni hastalarının araştırmacıların ürettiği sosyal hayatla ilgili senaryolara tepkilerinde bozulma olduğunu bulmuş; Corcoran & Frith (1996) hastaların temel iletişim kurallarını ihlal ettiklerini göstermiş; Sullivan & Allen (1999) ve Mazza ve ark., (2003) hastaların stratejik sosyal yargılama becerisi isteyen görevlerde başarısız olduklarını ortaya çıkarmıştır (Brüne, 2005). Bütün bu sonuçlar sosyal işlevsellik için sağlam bir sosyal bilişin olması gerektiğine işaret etmektedir. Sosyal bilişin şizofreni araştırmalarındaki artan öneminin bir işareti olarak, NIMH Initiative Measurement and Treatment Research to Improve Cognition (MATRICS) araştırmacılarının sosyal biliş, şizofreni çalışmalarında rutin olarak ölçülmesi gereken yedi alandan biri olarak saymaları gösterilmektedir (Green ve ark., 2004).

Sosyal biliş kapasitesi ve günlük hayattaki sosyal davranış becerileri arasında kuvvetli bir ilişki bulunduğu ortaya koyulmuş (Rancore ve ark., 2002), bu becerileri en iyi öngören sosyal biliş yeteneğinin ise Zihin Teorisi olduğu sonucuna varılmıştır (Brüne, 2005). Edinilen bu sonuçların ardından Brüne (2005), sosyal bilişteki bozulmaların ne dereceye kadar şizofreninin farklı alt gruplarını tanımladığının ve bu bozulmaların ilaç ve cinsiyet gibi değişkenlerle ne şekilde ilişkili olacağını araştırılması yönünde tavsiyede bulunmuştur. Hazırlanan bu projede de bu sorulara ışık tutulması düşünülmüştür.

Sosyal bilişin şizofreninin klinik değişkenleri ile ilişkisini inceleyen bazı çalışmalarda negatif belirtiler ve sosyal biliş arasında orta düzeyde ama anlamlı ilişki gösterilmiş, anhedoni veya duygulanımda küntleşme gibi negatif belirtilerin sosyal biliş ile daha fazla ilgili olabileceği hipotezinin araştırılması tavsiye edilmiştir (Sergi ve ark., 2007). Bazı araştırmalar sosyal bilişsel bozulmanın hastalığın akut safhasıyla ilgili değişken bir durum olabileceğini gösterirken (Corcoran ve ark., 1995; Pickup & Frith, 2001; Corcoran & Frith, 2003), kronik şizofreni hastalarının en kötü performansı sergiledikleri de öne sürülmüş (Kucharska-Pietura ve ark., 2005) ancak eksikliklerin remisyon safhasında da var olduğunun gösterilmesi yapısal bir özellikten bahsedilmesine yol açmıştır (Edwards ve ark., 2001; Janssen ve ark., 2003).

O’Sullivan ve Guilford’un (1976) geliştirdiği Dört Faktörlü Sosyal Zeka Testi (Four Factor Test of Social Intelligence), sosyal bilişin sözel ve sözel olmayan taraflarını inceleme fırsatı sunduğu düşüncesiyle ilk kez şizofreni hastalarında kullanılmıştır. Bu testin kullanıldığı bir çalışmada, ilk atak psikotik hastalarda sosyal biliş alanıyla ilgili daha genel bozulmalar olduğu gösterilmiştir (Bertrand ve ark., 2007). “Hinting Task” (imalı konuşmanın ardındaki asıl niyeti anlama) olarak isimlendirilen ölçüm aracının genellikle kronik hastalarda kullanılmış olması (Corcoran ve ark., 1995; Corcoran, 2003) ve sonuçların daha iyi karşılaştırılabileceği gerekçesiyle aynı çalışmada Hinting Task da kullanılmış ve sonuçlar karşılaştırıldığında, hastaların performanslarının ilk atak hastaları ve kronik hastalar için benzer olduğu gösterilmiştir. Her ne kadar ilk atak hastaları için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç duyulsa da bulunan bu benzerlik kronikliğin sosyal bilişsel eksiklikleri arttırmadığını düşündürmüştür. Sosyal bilişin kronik hastalarda (Harrington ve ark., 2005; Bertrand ve ark., 2007) ve hastaların birinci derecede psikotik olmayan akrabalarında (Janssen ve ark., 2003) bozulduğunun gösterildiği sonuçlar ile birlikte değerlendirildiğinde, sosyal biliş eksiklerinin durumsal değil yapısal oldukları sonucuna varılabilmektedir.

Başkalarının duygu ve niyetlerini algılayabilme, ben/diğeri ayırımı yapabilme, sosyal çıkarımlar yapabilme gibi sosyal işlevi ilgilendiren sosyal biliş becerileri geniş bir anatomik sahayı kapsamaktadır. Fusiform girus ve superior temporal sulcus gibi temporal lob alanları, amigdala, orbitofrontal korteks, sağ somatosensör korteks, anterior ve posterior cingulate korteks gibi yapıların oluşturduğu bir sistem ile birlikte hareket ederek sosyal biliş aracılığıyla etmektedir (Adolph, 2001).

Sosyal bilişin şizofreni hastalarında bozulup bozulmadığını anlamak üzere tasarlanan bu araştırmada incelenecek olan sosyal biliş alanlarının (Zihin Teorisi, içgörü, empati) bağımsız alt kavramlar mı oldukları yoksa hepsinin ağırlıklı olarak bir faktör üzerine mi yığıldıkları ise cevap bekleyen sorulardan biridir.

1.1. Zihin Teorisi

Sosyal işlev eksikliğine yol açan bir etken diğerleri ile iletişim kuramamaktır. Bu iletişim bozukluğunu en iyi tanımlayan sosyal biliş yeteneği *Zihin Teorisi*'dir. **Zihin teorisi** (ZT) terimi bir kişinin kendisinin ve diğer kişilerin zihinsel durumlarını temsil edebilme için gerekli bilişsel kapasitesi ile ilgilidir. Bu terim ilk olarak primatolog ve psikolog olan Premack ve Woodruff (1978) tarafından, şempanzelerin ZT'ye sahip olup olmadıklarını sorgularken kullanılmıştır (Brüne, 2005). Takip eden yıllarda, evrimsel bakış açısından "kişinin kendisinin ve diğerlerinin düşünceleri teorisi"nin, evrim sürecinde artan karmaşık sosyal çevreye karşı adaptif bir tepki olduğu tartışılmıştır. Zamanla, düşünce okuma becerileri iyi olan bireylerin kötü olanların sosyal başarı anlamında önüne geçtiklerini ve bunun da onların üreme başarılarını arttırdığı söylenebilir.

İnsan ZT'sinin, diğer kişilerin niyetleri ile ilgili yanlış varsayımlarda bulanabilme riski taşıdığı kuşkusuzdur. Diğerlerine zihinsel durumlar yükleyen her kişi gerçekliğe karşı kendi çıkarılarının sağlamasını yapabilmelidir; bu da sosyal çevreden gelen sinyalleri kendi varsayımını destekleyecek ya da çürütecek şekilde çevirebilmektir. Ancak ZT'nin altında yatan nöral mekanizmaların işlevsel ya da yapısal olarak bozulması şizofreni de dâhil olmak üzere çeşitli psikopatolojilere neden olabilir.

1.1.1 Şizofrenide Zihin Teorisi Araştırmaları

Klinik sonuçlar, şizofreni hastalarının etkili iletişimlere içine girmelerindeki azalmış kapasiteleriyle ilgili olarak sosyal etkileşimlerinin bozulduğuna kuvvetle işaret etmektedir. Otizmde zihinsel durumlara atıf yapmanın bozulduğunu gösteren çok sayıda araştırmaya (Baron-Cohen, 1989; Baron-Cohen ve ark., 1985; Perner ve ark., 1989) karşılık olarak Frith (1992) Zihin Teorisi ve şizofreni arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara öncülük etmiştir. Sosyal işlevsizlik ve içe çekilme gibi bazı şizofreni belirtilerinin otizme benzediğini düşünerek, şizofrenide de benzer bir ZT eksikliği olabileceğini öne sürmüştür. Ancak öne

sürülen bu eksiklikle, otizmde var olan eksikliğin arasındaki fark, otizmde var olan eksikliğin doğuştan gelmesidir. Oysa şizofrenideki eksiklik, zihinsel durumlara ilişkin atıfların yanlış olarak hala yapılabildiği, başta sağlam olan ZT'nin yıkımını içerir.

Frith, şizofreni hastalarındaki ZT'nin, şizofreni hastalarının kendilerinin ve diğerlerinin zihinsel durumu ve davranışlarını denetlemedeki başarısızlıkları nedeniyle düşük olduğunu ve bunun da şizofrenideki birçok pozitif ve negatif belirtilere yol açabileceğini öne sürmüştür. Dahası diğer kişinin sosyal sinyalleri ve niyetlerinin ihmal edilmesi, iletişimin kopmasına ve düşünce bozukluğuna yol açmaktadır. Ayrıca, davranışlarını kendi kişisel niyetlerinin sonucu olarak görmekte güçlük çeken hastalar, kendi davranışlarını yabancı bir varlık kontrolünde gibi yorumlayabilmektedirler. Bu nedenlerle Frith şizofrenide kişinin kendisi ve diğerlerinin zihinleri için olan bir teorinin, 1) iradeli hareket bozuklukları (negatif ve dezorganize belirtiler); 2) kendini kontrol etme bozuklukları (yabancı kontrolünde olma sanrıları, emir veren ses varsanları veya diğer pasivite belirtileri) ve 3) diğerlerinin düşünce ve niyetlerini yönetme bozuklukları (referans ve perseküsyon sanrıları) için işe yarayabileceğini düşünmüştür.

Frith hastaların belirtilerine göre ZT'deki bozulmayı derecelendirmiştir. Frith'e göre en düşük performansını, gözlemlenebilir belirtiler olan duygulanımın donuklaşması, konuşma içeriğinin fakirleşmesi ve sosyal içe çekilme belirtilerini taşıyan hastalar göstermektedir. Paranoid hastalar diğer kişilerin zihinsel durumlarının olduğunu bilmeleri bakımından daha iyi bir ZT'ye sahiptirler. Ancak hastalar bu zihinsel durumların ne olduğuna dair yanlış anlam çıkarttıklarından ZT becerileri sağlıklılarından daha düşüktür. Diğerlerinin zihinsel durumlarını temsil edebilmekteki becerilerinden ötürü pasivite belirtileri (yabancı kontrolünde olma sanrıları, işitsel halisünasyonlar, kendine yabancılaşıma ve kişinin kendi üzerinde kontrolü olmadığını hissettiği diğer belirtiler) gösteren ve remisyonda olan hastalar ZT görevlerinde normal performans sergileyeceklerdir.

Hardy-Bayle (1994) şizofrenideki bozulmuş ZT'nin yönetici ya da planlama eksikliğine bağlı olduğunu savunmuştur. Kendi hareketlerini denetlemekte, diğer kişilerin zihinsel durumlarını algılamakta ve durumsal bilgiyi bütünleştirmekte zorluk çektikleri için, dezorganize düşünce, dil ve iletişim becerileri olan hastaların ZT görevlerinde en düşük

performansı sergileyecekleri öngörülmüştür. Yukarıdaki modellerin kısmen tersine, Abu-Akel (1999) pozitif belirtileri olan şizofreni hastalarının hiper ZT'si olabileceğini önermiştir. Sanrılarda yansıdığı gibi niyetlerin hastanın kendisine ya da diğerlerine fazlaca atfedildiği düşünülmüştür.

1.1.2. Zihin Teorisinin Ölçümü

Gelişimsel olarak zihin teorisinde 3 düzeyden bahsedilir:

1. Birinci derecede yanlış inanç, kişinin kendisinin bildiğini diğer kişinin bilmediğini kavrayabilme
2. İkinci derecede yanlış inanç, üçüncü bir kişinin, diğer kişinin bildiğini bilmediğini kavrayabilme
3. “Faux pas” (Fransızcadan “yanlış adım” olarak tercüme edilebilen, en basit anlamıyla “gaf” manasına gelen), bir kişinin söylememesi gereken bir sözü, söylememesi gerektiğini bilmeden söylediğini kavrayabilme algılayışı (Baron & Cohen,1995).

İkinci derecede yanlış inançla “faux pas” arasında ironi ve metafor algılama süreçleri de bulunmaktadır (Frith, 1992). Tüm bu aşamaların sağlıklı bir şekilde tamamlanması 9-10 yaşını bulmakta ve normal şartlarda sabit kalmaktadır.

Şizofrenide uygulanan birçok ZT testi, çocukların diğer kişilerin zihinsel durumlarını anlama kabiliyetlerini test etmek için geliştirilmiş psikolojik görevlerden uyarlanmıştır. Klasik Sally ve Anne testi (Wimmer ve Perner,1983) test edilen kişinin kendi bilgisiyle, Anne karakteri tarafından Sally'nin yokluğunda saklanan nesneyle ilgili Sally'nin bilgisini ayırt edebilmesini gerektiren bir olaydan oluşmaktadır. Testi geçebilmek için gerekli bilişsel kapasite Sally'nin zihinsel durumun algılanmasını gerektirir. Sally ve Anne testi 1. düzey yanlış inancı (first order false belief) anlamayı kapsar.

Yıllar içinde şizofrenide kullanılan ZT görevleri, dikkat, bellek ve genel zeka ile çakışmanın daha iyi kontrol edilmesi için değiştirilmiştir. Daha önceki çalışmalarda, hastalar sadece ZT görevlerinde zayıf performans göstermemişler, kontrol ya da gerçek sorulara doğru tepki vermekte de başarısız olmuşlardır. Bu nedenle özellikle ZT eksikliklerinin özgül olup

olmadığının araştırılması için zihinsel durumları anlama gerektirmeyen, benzer karmaşıklık içeren fiziksel kontrol görevleri ortaya çıkarılmıştır.

Zihin teorisini ölçmek için kullanılan ölçek ya da benzeri test araçlarının geçerlik ve güvenilirlikleri bulunmamakta, her araştırmada birbirine benzer görevleri içeren ancak genel olarak farklı araçlar kullanılmaktadır. Bunlardan Hinting Task-imalı konuşmanın ardındaki asıl niyeti anlama- zihinselleştirme becerilerini ölçmek için sıkça kullanılmıştır (Corcoran ve ark., 1995; Rendall ve ark., 2003; Bora ve ark., 2005). Ayrıca deception (aldatma) testleri (Frith & Corcoran, 1997; Harrington ve ark., 2005), ironi ve metafor anlama (Drury ve ark., 1998; Herold ve ark., 2002), özdeyiş anlama (Corcoran & Friht, 1996), resim sıralama (Langdon ve ark., 1997, 2001), karikatürler (Sarfati ve ark., 1997, 1999) ve Eyes Test-gözlerden emosyon tanımlama- (Baron-Cohen ve ark., 2001) kullanılan diğer araçlar olmuştur. Literatürde geçerli ve güvenilir bir ölçek bulunmamasından doğan boşluğun fark edilmesi üzerine Değirmencioğlu ve Erdil (2008) tarafından tüm çalışmalarda kullanılan ölçüm araçları ve görevlerin değerlendirilmesi ile DEZTÖ (Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği) geliştirilmiştir. Bu ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışması Değirmencioğlu (2008) tarafından yapılmaktadır.

1.1.3. Zihin Teorisi İle Şizofreni Belirtileri Arasındaki İlişki

Şizofrenideki ZT çalışmaları, şizofreni hastalarının ZT yeteneklerinin normal kişilere göre bozulduğunu (Corcoran ve ark., 1995; Frith and Corcoran, 1996; Langdon ve ark., 1997; Sarfati ve ark., 1997; Drury ve ark., 1998; Doody ve ark., 1998) ve özellikle ikinci derecede yanlış inanç seviyesinde bozulmalar göstermeye başladıklarını ortaya koymuştur (Corcoran ve ark., 1995; Sarfati ve ark., 1999). Ancak, ZT bozulmasının şiddeti farklı tanınal alt gruplarla ilişkilendirilmiştir. Örneğin negatif belirtili hastalarda prefrontal kortekse bağlı nörogelişimsel bir hasarlanma söz konusu olduğu için, bu hastaların daha fazla bir ZT bozulmasına sahip olabilecekleri öngörülmüştür (Corcoran ve ark., 1995). Aynı araştırmada paranoid belirtiler gösteren hastaların pasivite adı verilen belirtileri gösterenlere göre daha şiddetli bir bozulma yaşadıkları gösterilmiştir. Corcoran ve ark. (1997) davranışsal belirtilerde ise (sosyal içe çekilme, konuşma içeriğinde fakirlik, uygunsuz ya da tutarsız konuşma içeriği, duygulanımda küntleşme) ZT bozulmasının paranoid belirtilere oranla daha şiddetli olduğunu göstererek Frith'in bulgularını desteklemiştir. Pickup ve Frith'in (2001) sonuçları da ZT'deki

bozulmanın şizofrenideki davranışlara yansıyan belirtileri daha fazla yordadığı yönünde olmuştur. Mazza ve ark. (2001) yaptığı araştırmada ise psikomotor yoksulluk gösteren hastalarda davranış dezorganizasyonu ve gerçeği değerlendirmede bozulma belirtilerini gösteren hastalara oranla zihin teorisinde daha şiddetli bozulma olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçların aksine Drury ve ark. (1998) ZT hasarlanmasındaki şiddetin şizofreni belirtilerine göre farklılık göstermediğini ancak hastalık geçmişinde persekütif sanrı hikâyesi bulunan remisyon hastalarının, persekütif sanrı hikâyesi olmayanlara göre daha düşük ZT performansı sergilediklerini göstermiştir. Edinilen sonuçlar ve bu sonuçlarla ilgili değerlendirmelere göre ZT sosyal biliş yeteneği ve sosyal davranışlar ile ilişkilidir. Sosyal davranıştaki soruna işaret eden sosyal içe çekilme, konuşma içeriğinde fakirlik, uygunsuz ya da tutarsız konuşma içeriği, duygulanımda küntleşme belirtileri gibi şizofreni belirtileri, şizofrenide ZT becerisinin düşük olabileceğini düşündürmektedir.

Şizofreni belirtileri ile ZT arasındaki ilişkiye bakan çalışmaların sonuçlarındaki farklılığın, bu çalışmalarda farklı belirti gruplama yöntemi kullanılmasından kaynaklanabileceği öne sürülmüştür (Frith& Corcoran, 1996).

1.1.4. Şizofrenide Zihin Teorisi Bozukluğu: Yapısal Bir Bozukluk mu? Yoksa Durumsal Bir Bozukluk mu?

Şizofrenide zihin teorisi bozulmasının yapısal veya durumsal bir özellik mi gösterdiği konusu tartışmalıdır. Zihin teorisi eksikliğin durumsal (state-dependent) bir bozukluk olabileceği öne sürülmüş (Corcoran ve Frith, 1996), akut dönemde görülen ZT bozulmasının iyileşmenin ardından görülmediği görülerek bu düşünce desteklenmiştir (Drury ve ark., 1998). Zihin teorisinin yapısal bir özellik olduğuna dair en güçlü destek ise Johnson ve arkadaşlarının (2005) remisyondaki şizofreni ya da şizoaffektif bozukluğu olan hastalardaki ZT performansının, bu hastaların 1.derecede yakınları ya da sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı çalışmadan gelmiştir. Sonuçlar, IQ ve birkaç nöropsikolojik olgudan bağımsız olarak, remisyondaki grubun akrabalarından daha kötü, akrabaların ise sağlıklı kontrollerden daha kötü bir performans sergilediklerini göstermiştir. Bu bulgular sadece remisyondaki hastalarda değil, bu hastaların yakınlarında da var olan düşük ZT performansının şizofreninin altında yatan yapısal bir özellik olduğu yönünde kuvvetli bir kanıt oluşturmuştur.

Zihin Teorisi eksikliği ve hastalığın kronikliği arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar ise ilişkinin pozitif olduğunu göstermiş (Brüne, 2005; Drury ve ark., 1998; Sarfati ve ark., 2003), Pickup ve Frith (2001) daha uzun süreli hastalık hikâyesi olanların ZT görevlerinde daha başarısız olduklarını bulmuştur. Ancak Pilowsky ve ark. (2000) çocukluk çağı şizofrenisinde de ZT'nin bozulmuş olduğunu göstermiş ZT eksikliğinin kronik şizofreninin bir sonucu olmaktan çok, hastalığın daha kronik şekilleri için bir risk faktörü olduğunu düşündürmüştür. Günümüze kadar yapılan çalışmalar ZT eksikliğinin hastalığın sabit yapısal bir özelliği olduğunu öne sürse de iyi hazırlanmış uzunlamasına çalışmalarla bu konuyu netleştirilmesi gerekmektedir.

Şizofrenideki ZT araştırmalarının en önemli sorularından biri eksikliğin genel bilişsel hasarlanmanın bir sonucu olup olmadığı üzerinedir. Pek çok çalışma ZT'nin bilişsel işlevlerden tamamen bağımsız bir kavram olduğunu göstermişse de (Corcoran ve Frith, 1996; Doody, 1998; Pickup ve Frith, 2001) bunun aksine sonuçlar da bulunmaktadır (Drury, 1998; Pilowsky, 2000). Ancak ZT eksikliğinin genel entelektüel beceri, bellek ve yönetici işlevlerden bağımsız olduğunu bulan 26 çalışmada, eksikliğin genel bilişsel bozuklukla ilişkili olmadığı kanıtlanmıştır (Bach ve ark., 2000).

Anksiyete, öğrenme, duygulanım ve kişilik bozukluklarını da içeren toplam 13 çalışmanın sonuçları, şizofreni gruplarında diğer psikiyatrik kontrollere göre daha fazla bir ZT bozulması olduğunu ortaya koymuş ve bunlar şizofrenideki ZT eksikliğinin genel psikopatolojiyle açıklanamayacağını göstermiştir (Harrington ve ark., 2005).

1.2. İçgörü (Ruhsal Bozukluğun Farkındalığı)

Psikoz tedavisinde önemli adımlar atan farmakolojideki gelişmeler, içgörü kavramının daha iyi anlaşılması gerektiğinin altını çizmiştir. Son 20 yıl içinde araştırmacılar içgörünün doğasını, etiyojisini ve klinik ya da yordayıcı değerini keşfetmeye başlamışlardır.

Birçok psikiyatrik ve nörolojik durumlarda değişen derecelerde farkındalık mevcut olsa da, içgörü eksikliğine özellikle şizofrenide sık rastlanır. Ruhsal bozukluğun farkında olamama, şizofreninin belirgin bir işaretidir. Zayıf içgörü olarak da isimlendirilen bu durumdan, hastalığın ilk tanımlandığı zamanlardan beri söz edilmiştir. Şizofrenide içgörüyü

ölçmek için geliştirilen yöntemler bu yeteneğin daha iyi keşfedilmesine olanak sağlamıştır. İçgörünün tanı koydurucu değeri tartışılmış, özellikle de tedaviye yanıtındaki önemli etkisi üzerinde durulmuştur. Ayrıca araştırmalar, zayıf içgörünün şizofreniyi alt tiplere ayırmada kullanılabilir, tanımlayıcı geçerliğe sahip bir belirti olduğunu göstermiştir (Carpenter ve ark., 1976).

Birçok hastada, bozukluğun doğasına, belirtilerine, sosyal sonuçlarına ve tedavi ihtiyacına karşı farkındalık yoktur. DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukları Sınıflama Sistemi) şizofrenide içgörü konusundan şöyle söz eder: “Şizofreni hastalarının çoğu psikotik bir hastalıkları olduğu gerçeğine karşı zayıf bir içgörüyü sahiptirler. Kanıtlar zayıf içgörünün bir savunma mekanizması değil, hastalığın bir belirtisi olduğunu öne sürer.” Güncel tanımında çok boyutlu bir kavram olarak içgörü;

- 1) Ruhsal bozukluğun farkındalığı,
- 2) Bozukluğun sosyal sonuçlarının farkındalığı,
- 1) Tedaviye olan ihtiyacın farkındalığı,
- 2) Hastalığın belirtilerinin farkındalığı,
- 3) Belirtileri bozukluğa atfetme boyutlarını içermektedir.

İçgörünün kavramsal sınırları ile ilgili genel bir fikir birliğine varılmış olsa da, şizofrenideki içgörü eksikliğinin doğası ve belirtilerle ilişkisi henüz netlik kazanmamıştır. İçgörünün etiyolojisi ile ilgili, içgörünün pozitif, negatif ya da dezorganize bir belirti olduğu, nöropsikolojik, metabilişsel veya nöroanatomik bir eksiklik olduğu ya da bunların 2 ya da daha fazlasının bir kombinasyonu olduğunu öne süren teoriler bulunmaktadır.

1. *Pozitif bir belirti olarak içgörü eksikliği:* pozitif belirtiler açısından içgörü eksikliği “sağlık sanrısı” olarak düşünülmüş hastanın günlük yaşamında kanıtlar olmasına rağmen hastalığın varlığını reddettiği bir sanrı tipi olarak kabul edilmiştir..
2. *Negatif bir belirti olarak içgörü eksikliği:* İçgörü eksikliği “kişinin dünya ile ilgili kendi fenomenolojik deneyimini anlamada zihinsel içe-çekilme” olarak değerlendirilmiştir (Osatuke ve ark., 2008’den alınmıştır).

3. *Dezorganize bir belirti olarak içgörü eksikliği:* Şizofrenideki dezorganizasyonun, kişinin kendi işlevi ile ortalama sağlıklı biri arasındaki kıyaslamayı yapabilmesi için gerekli soyut düşünmeyi gerçekleştirebilmesini engelleyeceği düşünülmüştür.
4. *Nörolojik ya da nöropsikolojik bir eksik olarak içgörü eksikliği:* Bu teori içgörü yoksunluğunu, anosognazide olduğu gibi nörolojik hastalığı farkında olamamak şeklinde değerlendirilmiştir (Young ve ark., 1993; Marks ve ark., 2000).
5. *Nöroanatomik bir eksik olarak içgörü eksikliği:* Şizofreninin tipik özelliği olan nöroanatomik eksikleri içgörü eksikliğinin kaynağı olarak gören bu teori temelinde yapılan çalışmalarda ventriküler hacim genişlemesi içgörüyle ilişkili bulunmuştur (Takai ve ark., 1992). Dorsolateral prefrontal korteksin hastalığı farkında olamama boyutu ile, orbitofrontal alanın ise belirtileri yanlış atfetme boyutu ile daha yakın bağlantılı olduğu düşünülmüştür (Shad ve ark., 2006)
6. *Psikolojik savunma olarak içgörü eksikliği:* Zayıf içgörünün bilinçaltı bir savunma mekanizması olarak reddetme veya kendini kandırma şeklinde ortaya çıktığını ileri süren bu teori, içgörü eksikliğinin, kronik bir hastalıktan yakınan kişiyi, farkındalığın ortaya çıkartabileceği depresif belirtilerden koruduğu söylenmektedir (Schwartz, 2000; Carroll ve ark., 1999; Moore ve ark., 1999; Freudenreich ve ark., 2004). Bu modele destek vermeyen sonuçlar da bulunmaktadır (Amador ve ark., 1994). Duygulanım belirtileri (depresyon, anksiyete ve gerginlik) ile içgörü eksikliği arasında negatif korelasyon olduğunu destekleyen çalışmaların aksine (Mintz ve ark., 2004; Carrol ve ark., 1999) Tirupati ve ark. (2007) herhangi bir ilişki saptayamamıştır. Psikolojik savunma modeline destek olarak yüksek içgörünün çaresizlik (Carroll ve ark., 2001) ve intihara eğilimlilik ile (Schwartz & Smith, 2004) ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Kronik şizofreni hastalarında içgörünün sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisini inceleyen çalışmalarda genel olarak tutarlı sonuçlar elde edilmemiştir. Zayıf içgörünün, kadınlarda daha fazla olduğu (Peralta ve Cuesta.,1998), zayıf işlevsellik (Dickerson ve ark., 1997), kronik gidiş (Drake ve ark., 2000), düşük (Carroll ve ark., 1999; Moore ve ark., 1999) ve yüksek (Collins ve ark., 1997) depresyon düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Keshovan ve ark. (2004) birçok değişkeni değerlendirdikleri çalışmalarında ise şizofrenide içgörünün, yaş, cinsiyet, başlangıç yaşı ve eğitim düzeyi ile alakalı olmadığı

sonuçlarına varılmış ve bu sonuçlar desteklenmiştir (Bora ve ark., 2006). Birçok çalışma içgörü ve yaş arasında ilişki bulamamışken Collins ve ark. (1997) daha yaşlı kişilerin daha fazla içgörü sahibi olduklarını bulmuştur.

Temel olarak frontal korteksin aracılık ettiği içgörünün OFC ve DLPFK ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Shad ve ark., 2006). İçgörü eksikliği ile frontal kortikal atrofi arasında bağlantıya rastlanılmış, ruhsal hastalığı farkındalık boyutu başta olmak üzere, içgörü eksikliği prefrontal gri madde hacmindeki küçülme ile ilişkili bulunmuştur (Sapora ve ark., 2006).

1.2.1 İçgörü İle Şizofreni Belirtileri Arasındaki İlişki

İçgörünün şizofreni belirtileri ile olan ilişkisini inceleyen tüm çalışmaların genel hipotezi pozitif, negatif ya da genel belirtiler ile içgörü arasında negatif bir korelasyon olduğudur. Ancak depresif belirtileri inceleyen çoğu çalışma ise içgörü ile pozitif bir korelasyon olacağını varsaymıştır. Yapılan araştırmaların bir kısmı anlamlı ilişkiler bulmuşken, bir kısmı ise anlamlı sonuçlar elde edememiştir.

İçgörü ile pozitif belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların birinde akut psikopatoloji ile içgörü arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken (McEvoy ve ark., 1989), başka çalışmalar sanrılar, düşünce bozukluğu ve dezorganize davranış gibi bazı belirtilerin şiddeti ile içgörü arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varmıştır (Amador ve ark., 1994, Kim ve ark., 1997, Carroll ve ark., 1999). Sanrıların içgörü ile olan bağlantısını pek çok araştırma belirgin olarak göstermiştir (Dickerson ve ark., 1997; Kim ve ark., 1997; Sanz ve ark., 1998; McCabe ve ark., 2002).

Yakın zamanlı bir çalışma içgörünün en fazla ilişkili bulunduğu PANSS (positive and negative symptom scale) genel psikopatoloji maddesinin, “olağandışı düşünce içeriği”(unusual thought content) olması dikkat çekicidir (Keshavan ve ark., 2004). Bu maddenin en çok pozitif ve dezorganize belirtilerle bağlantılı olması, bu belirtilere sahip şizofreni hastalarının içgörü yeteneklerinin önemli ölçüde azalmış olacağını düşündürmektedir. Duygusal iç çekilme ve soyut düşünme güçlüğüne içgörüyü en iyi

yordayan maddeler olduklarının gösterilmiş olması (Tirupati ve ark., 2007) ise negatif belirtilerin içgörüdeki rolünü akla getirmektedir.

İçgörü ile negatif belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen birkaç çalışmada da çelişkili sonuçlar vardır. Örneğin Amador ve ark. (1994) iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulamamışken anlamlı bir ilişkiye daha sıklıkla rastlanılmıştır (Tirupati ve ark., 2007; Smith ve ark., 2000; Nakaro ve ark., 2004). Azalmış içgörünün negatif ve dezorganize belirtilerle korele olup, pozitif belirtilerle korelasyonunun olmadığını (Cuesta ve ark., 1998; Arduini ve ark., 2003) bulan çalışmaların aksine içgörünün sadece pozitif belirtilerle korele olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Bora ve ark., 2006). Birbirine tamamen zıt sonuçlar içeren bu sonuçlara ek olarak içgörüyü hem negatif hem pozitif belirtilerle ilişkili bulan bir çalışmaya (Debowska ve ark., 1998) karşıt hiçbir belirti grubu ile ilişkili bulmayan başka bir çalışma daha bulunmaktadır (Schwartz ve Peterson, 1999). Ancak içgörüyü hem pozitif, hem negatif hem de genel belirtilerle ilişkili olarak (Keshavan, 2004) gösteren sonuçların da mevcut olması içgörü ile semptomatoloji arasındaki ilişkinin belirsizliğinin nedenlerini düşündürmektedir. Sonuçlardaki bu değişkenlik kısmen örneklem sayısının azlığına, çalışılan gruplardaki hastalığın saflarına, örneklemin heterojenliğine, istatistiksel metodların uygun seçilmemesine ve rasgele örneklem seçimi yapılmamasına bağlı olabileceği tartışılmıştır (Schwartz., 2000).

Mintz ve arkadaşlarının (2003) yaptığı meta-analiz çalışmasında genel belirtiler ve içgörü arasındaki ilişkiyi inceleyen toplam 19 araştırmanın meta-analizi genel belirtilerin artması ile içgörü arasında negatif korelasyon olduğunu ve içgörüdeki varyansın % 7.2'sinin genel belirtilerdeki varyans ile açıklanabileceğini göstermiştir. Aynı meta-analiz çalışması, pozitif belirtileri inceleyen toplam 22 çalışmada, pozitif belirtiler ve içgörü arasında yine negatif korelasyon olduğunu ve içgörüdeki varyansın %6.3'ünün pozitif belirtilerdeki varyansla açıklanabileceğini öne sürmüştür. Negatif belirtileri inceleyen 20 çalışmanın meta-analizi ise negatif korelasyon ve %5.2 varyansa işaret etmiştir. Meta-analiz göstermiştir ki, içgörü eksikliği ve negatif belirtiler arasındaki ilişki, hastalığın daha geç başlangıç yaşına göre artmaktadır. Depresif belirtilerin içgörü ile arasındaki ilişkiye bakan toplam 15 çalışmanın meta-analizi ise depresif belirtilerin artması ile içgörünün de arttığını ve içgörüdeki varyansın %3.2'sinin depresif belirtilerdeki varyansa bağlı olduğunu ortaya koymuştur.

Akut ataklarda pozitif belirtiler ve azalmış içgörü arasında yüksek bir pozitif korelasyon (David ve ark., 1992; Rossel ve ark., 2003; Tirupati ve ark. 2007), özellikle de sanrıların varsanılara oranla daha yordayıcı olduğu gösterilmiştir (Rossel ve ark., 2003; Tirupati ve ark. 2007). Hasta daha durağan hale geldiğinde ve akut ataklar çözüldüğünde, bu ilişkinin daha az belirginleştiği tartışılmıştır. İlk atak hastalarında içgörüyü inceleyen az sayıda çalışmalardan birini gerçekleştiren Thompson ve ark. (2001), ilk epizod hastalarında, birkaç epizod geçiren hastalara göre içgörünün daha fazla bozulmuş olduğunu bunun da içgörünün ilk atağı takiben hastalık süresince iyileşme gösterebileceğini öne sürmüştür. Ancak hastaneye yatış sayısındaki artışın içgörünün daha fazla bozulmasıyla ilişkili olduğunu bulan sonuçlar da vardır (Moore, 1999; Bora ve ark., 2006). Özellikle duygulanım ile ilgili olanlar başta olmak üzere belirtilerin şiddetinin zayıf içgörüyü yordayan en iyi klinik veri olduğu bulunmuştur. Belirtilerin hastalığa atıf boyutu klinik değişkenlerden bağımsız bulunmuşken, hastalığı farkındalık boyutunun içgörüyü en tanımlayıcı boyut olduğu gösterilmiştir (Varga ve ark., 2007).

Özetlemek gerekirse, sonuçlar içgörü ile genel, pozitif ve negatif semptomatoloji arasında negatif bir korelasyon olduğunu göstermektedir. Buna karşın, depresif belirtiler ile içgörü arasındaki korelasyon pozitifdir. İçgörüdeki varyansın ortalama %3-%7'si semptomatolojinin şiddeti ile açıklanabilmekte, bu da semptomatolojinin içgörünün derecesinde büyük bir rol oynamadığını göstermekte ve başka klinik faktörlerin etkileyici olabileceğini düşündürmektedir. Son olarak, içgörü-belirtiler ilişkisine farklı bir bakış açısı getiren Breibon ve arkadaşlarının (2002) çalışması, içgörünün farklı öğelerinin şizofreninin farklı belirtileri ile ilişkili olabileceğini öngörmüştür. Ayrıca ilişkiye anatomik açıdan da bakıp semptomatolojiye göre içgörü ilişkisini şu şekilde düşünmüşlerdir: Frontal lob işlevine bağlı olarak negatif belirtili hastalarda içgörü “genel farkındalık” düzeyinde hasarlanır; temporal loba bağlı olarak da pozitif belirti gösterenlerde içgörü “psikiyatrik belirtilerini yanlış atfetme” ögesiyle koreledir.

Semptomatoloji ve içgörü ilişkisi hakkında edinilen çelişkili sonuçlar içgörünün belirtilerle ilişkisini öngörmek için tatminkâr sayılmayabilir. Ancak “olağandışı düşünce içeriği” maddesinin içgörü ile yüksek korelasyonu göstermiş olduğu sonucu göz önüne

alındığında, başta sanrılar olmak üzere pozitif belirtilerin içgörü ile en fazla korelasyon gösteren belirti grubu olacağı bu projede elde edileceği beklenen sonuçlardan bir diğeridir

1.2.2 İçgörü ve Zihin Teorisi

İçgörüü “*kendimizi başkalarının görebildiği gibi görebilmek*” kapasitesi olarak da tanımlayabileceğimizden, diğer kişilerin zihinsel durumlarını algılayabilmedeki genel kapasitenin, yani Zihin Teorisi'nin bozulmasının içgörüü de bozabileceği akla gelmektedir. Bunun üzerine yapılan bir çalışma zihin teorisini ölçen bazı görevlerin içgörüü öngörebileceği sonucuna ulaşmış, içgörü ve zihin teorisi arasındaki olası bir ilişkinin, ya da bu iki yeteneğinin ayrıştıkları noktaların tespit edilmesinin, şizofrenide tanı koymayı, tedaviye yanıtı ve sosyal işlevi yordayacak ipuçları vereceği düşünülmüştür (Langdon ve ark., 2005). ZT ve içgörü arasındaki ilişkiye dikkat çeken az sayıda çalışmadan en önemlisi ZT'nin içgörüdeki varyansı yordayan bir beceri olduğunun gösterildiği Bora ve arkadaşlarının (2006) çalışması olmuştur. Diğer kişinin duygu ve düşüncelerini anlama becerisi olan sağlam bir ZT'ye sahip olan birinin, diğerlerinin kendisi hakkındaki düşüncelerini de anlayabileceği öne sürülmüştür. Araştırmacılar ayrıca kişinin kendisini endişelendiren düşüncelerini uygun olmayan şekilde başkalarına atfetmesiyle farkındalığın etkilendiğini söyleyerek bu ilişkiyi açıklamaya çalışmışlardır.

Tegner & Marcel (1993) anasognazi hastalarına paralize olmuş vücut kısımları ile ilgili performanslarına yönelik sorular yönelmiş ve hastalar bu kısımlarının “normal” olduğu şeklinde cevap vermiştir. Ancak araştırmacı soruyu kolu felçli olan bir hastanın eliyle kağıt destesini karıştırmasının mümkün olup olamayacağı şeklinde yönelttiğinde hastaların bir kısmı bunun mümkün olamayacağını söylemiştir. Burada 1. kişiden 3. kişiye doğru bir perspektif değişikliği olması hastanın farkındalığını artırabilmiştir. Bu uygulamanın ZT göreviyle yakın bir ilişki taşıdığı düşüncesiyle aynı teknikle şizofrenik delüzyonel hastalar test edilmiş ve 30 kişiden yedisi perspektif değişimi sonucu tam bir içgörü kazanmıştır (Gambini ve ark., 2002).

1.3. Empati

Empati kurma, başkalarının zihinsel ve duygusal durumlarını algılamayı gerektiren (Baron-Cohen & Wheelwright, 2006) ve sosyal işlevselliğin boyutlarıyla kuvvetle ilişkili olan (Cliffordson, 2002) bir beceridir (Lough ve ark., 2002). Empatinin sosyal işlevle yakın ilişkisini destekleyen bir bulgu empati konusunda eğitilmiş kişilerin daha uygun sosyal davranışlar sergilediklerinin gösterilmesi olmuştur (Eisenberg & Fabes, 1990).

Zihin teorisinin bir yönü olarak da düşünülebilen empatinin terim olarak anlamı farklı alanlarda çok değişik kullanılmış olsa da, burada bahsettiğimiz empatinin tanımı “*gözlemlenen kişi ile gözleyicinin duyguları arasında örtüşme*” olmasındır.

1.3.1 Şizofrenide Empati Araştırmaları

Birkaç çalışma şizofrenide empati eksikliğini öne sürmüş olsa da (Shamay-Tsoory ve ark., 2007; Montag ve ark., 2007; Jackson & Carr, 2007,), empatik yeteneğin doğrudan incelendiği çalışma sayısı fazla değildir. Şimdiye kadar yapılan çalışmalar genel olarak şizofreni hastalarının değişik yüz ifadeleri içeren resimleri değerlendirirken doğru duyguyu tanımlamada hasarlanma (Hooker ve Park, 2002) ve farklı duyguları birbirinden ayırt edebilmede bozulma (Walker ve ark., 1980, Mueser ve ark., 1997; Gooding ve Tallent, 2002) yaşadıkları gösterilmiştir. Bu bozulmaların antipsikotik seçimi ve dozuna, yaş ve cinsiyete bağlı olmadığı gösterilmiştir (Kline ve ark., 1992; Mates ve ark., 1995).

Nöropsikolojik çalışmalar hem prefrontal hem de temporal kortekslerin empatik yetenekte görev aldığını göstermiş, ancak bağlantıların düzeneklerinin empatinin bilişsel veya emosyonel boyutuna bağlı olarak farklılaştığına dikkat çekmiştir. Şizofreni hastalarının beyin aktivasyonunu inceleyen Lee ve arkadaşları (2003) ZT benzeri görevlerde sol orta ve medyal ön girusta aktivasyon düşüklüğünü göstermiştir. Sonuçlar ayrıca empatide temporal korteksin rolünü vurgulamış, şizofreni hastalarının temporal korteksindeki düşük aktivasyonun, empati becerisinin azalmasının nöral temeli olabileceğini öne sürmüştür. Inferior frontal girus, ventral premotor korteks ve anterior inferior parietal lobları içeren Ayna Nöron Sistemi empatinin boyutları (duygulanımsal, bilişsel) ile ilişkili bulunmuştur (Gazzola ve ark., 2006). Pfeifer ve arkadaşları (2007) ise Ayna Nöron Sistemi ile birlikte anterior insula, inferior frontal girus ve amigdalanın duygulanımsal empatiye hizmet ettiklerini göstermiştir.

1.3.2 Empati ve Şizofreni Belirtileri Arasındaki İlişki

Empatinin de ZT gibi bilişsel ve duygulanımsal boyutları olduğu öne sürülmüş (Frith, 2004), şizofreni hastalarında, “empatik kaygı”yı içeren duygulanımsal empatinin normal olduğu ancak ZT ile daha yakın bir anlamı ifade eden ve “perspektif alabilme” becerisini kapsayan bilişsel empatinin düşük olduğu bulunmuştur (Montag ve ark., 2007). Bu bulgunun kısmen aksine, Shamay-Tsoory ve arkadaşları (2007) şizofreni hastalarının hem bilişsel hem de duygulanımsal empatisinin düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bilişsel empatinin negatif belirtilerle (Shamay-Tsoory ve ark., 2007), dezorganize belirtilerle (Frith, 2004; Brüne, 2005) ve hastalığın süresi ile (Drury ve ark., 1998; Sarfati ve ark., 2000; Brüne, 2003) de ilişkili olduğu açıklanmıştır.

Paranoid düşünceler, persüküsyon sanrıları ve varsanıları olmayan şizofreni hastalarının yüz ifadelerinden daha iyi sosyal yargılar yapabildikleri de öne sürülmüştür (Hall ve ark., 2004). Paranoid belirtileri olan hastaların muhakeme ve yargılama süreçlerinde bozulma bulunduğu gösterilmiştir (Iqbal ve ark., 2000). Abu-Akel ve Abushua’leh (2004) şiddete meyilli olan paranoid şizofreni hastalarının olmayanlara göre daha fazla zihinselleştirme gerektiren ikinci derecede yanlış inanç testlerinde daha başarılıyken, faux pas görevlerinde daha başarısız olduklarını göstermiştir. Bunun açıklaması olarak temel yanlış inanç görevlerine göre, faux pas’ın hem bilişsel hem de empatik parçalar içerdiğini tartışmışlardır. Bu nedenle de şiddete meyilli olanların duygulanım içeren zihinsel durumları temsil etmede bozulmalar yaşadıkları yönünde açıklamada bulunmuşlardır. Bu çalışma sosyal bilişin farklı boyutlarının şizofreni belirtileriyle benzer ilişkiler sergilemediklerini göstermesi bakımından bu araştırmada önemli bir dayanak noktası olmuştur.

1.3.3 Empati ve Zihin Teorisi

Zihin teorisi görevlerinde iyi bir performans göstermenin empati gelişimiyle yakından ilgili olduğu düşünülebilir. Örneğin Charman ve ark. (1998) 20 aylık otistik çocukların empati görevlerinde, ZT görevlerinde olduğu gibi bozulma gösterdiklerini bulmuştur. Ancak ZT ile empati arasındaki ilişki henüz kesinleşmemiş, ZT’nin empati için bir ön koşul mu yoksa tam tersinin mi doğru olduğu bilinmemektedir.

Empatik tepkinin diğerk kişinin zihinsel durumunun temsil edilebilmesi halinde harekete geçebildiğı savunulmuş (Abu-Akel& Abushhua'lel, 2004), ZT ile empatik beceri arasındaki ilişkiyle ilgili kanıtlar elde edilmiştir (Gillberg, 1992; Dyck ve ark., 2001). İroni ve faux pas'nın empatik, yanlış inançların ise bilişsel bir anlama gerektiriyor olması nedeniyle empatik beceri ile Zihin Teorisinin birbiriyle ilişkili olduğu savunulmuştur (Shamay-Tsoory ve ark., 2005). Diğerklerinin zihinlerinin temsil edilmesinde empatinin rolü göz önüne alındığında, şizofrenide hastaların genel bir ZT eksikliği yerine ZT'nin uygulanımla ilgili bölümü ve empatide yetersizlikler yaşadığı varsayımı gündeme getirilmiş ve bu yönde kanıt elde edilmiştir (Shamay-Tsoory ve ark., 2007). Bozulmuş empati ile empatik beceri içeren ZT görevlerindeki zayıf performans arasında korelasyon bulunmuş (Adoph ve ark., 2000) ve bu tarz ZT görevlerindeki performansın empatik beceri gerektirdiğı tartışılmıştır (Shamay-Tsoory ve ark., 2007).

Empati ve zihin teorisinin ortak bir sistemi paylaşıp paylaşmadıklarına dair Völlm ve arkadaşlarının (2005) bulduğu sonuçlar, her iki yetenek için ortak olan ve olmayan alanları göstermiştir. Ortak beyin alanları medial prefrontal korteks (mPFK), temporal parietal kavşak, orta ve inferior temporal giruslar, orbitofrontal korteks ve fusiform girus olarak belirtilmiştir. mPFK, superiortemporal lob ve temporal kutbun, diğerklerinin zihinsel durumları ile ilgili atıflar yapmak için aktive olan alanlardır. Ancak başkalarının duygusal durumlarını değerlendirmek için özellikle amigdalayla içeren ağlara gereksinim vardır. Frith (1999) başkalarının duygusal durumlarının algılanmasından sorumlu amigdala ve orbitofrontal korteksi içeren ventral ağın, ZT ile ilişkili ağdan farklı olduğunu, bu ağın da anterior cingulate korteksin kısımlarını da içeren medial prefrontal korteks, inferior frontal bölgeler ve superior temporal sulcundan oluştuğunu belirtmiştir. Bu sonuçları kısmen destekleyen Farrow ve ark. (2001), empatiyi oluşturma yapılarının ZT'ye hizmet eden yapılardan farklı olduğunu göstermiştir. Her ne kadar ZT ve empati sistemleri dikkate değer ölçüde keşisseler de empatiye daha çok temporal ve amigdala aktivitelerinin aracılık ettiği (Rankin ve ak., 2006; Lee ve ark., 2004) görülmektedir. Frontal korteksin belli alanlarının empati ve ZT yetenekleri ile ilişkisine bakıldığında ise, orbitofrontal korteksin empati ile (Völlm. ve ark., 2005; Rankin ve ark., 2006), orta frontal korteksin ise ZT yeteneğı (Gallagher ve Frith, 2003; Siegal ve Varley, 2002) ile daha ilişkili olduğu söylenebilir.

1.4. Sosyal İşlev ve Semptomatoloji

Kanıtlar sosyal işlevdeki bozulmanın şizofreninin belli bazı tiplerinde olabileceğini yordamıştır. Sosyal işleve istinaden şizofreninin farklı klinik görünümünü açıklamak üzere modeller öne sürülmüştür. Örneğin Strauss ve ark. (1974) zayıf sosyal ilişkiler ile tanımlanan “kişisel ilişki bozukluğu”nu, pozitif ve negatif alt tiplerden bağımsız bir alt tip olarak vurgulamıştır. Hoffman ve Kupper (1997) dezorganizasyon ile duygusal içe çekilmenin sosyal işlevdeki bozulmayı yordadığını bulmuşlardır. Frith (1992) şizofrenide Zihin Teorisine göre belirtileri gruplandırarak 3 boyutlu bir model önermiştir. Bütün bu çalışmalar şizofreni psikopatolojisinin pozitif ve negatif semptomatolojisi kadar sosyal alanı üzerinde de durulması gerektiğini göstermiştir.

Hastalığıdaki sosyal işlevsizliğin varlığı üzerine pek fazla çelişki bulunmasa da sosyal biliş ve belli bazı şizofreni alt tipleri veya belirtileri arasındaki ilişkiye yeteri kadar dikkat çekilmemiştir. Bu nedenle, sosyal işlevi oluşturduğu düşünülen yeteneklerin bir arada değerlendirileceği ve sosyal işlevsizlikle alakalı olabilecek şizofreni belirtilerini hedef alacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

1.5. Amaç

Sosyal bilişsel bozulma şizofrenide yeterince araştırılmamış yeni bir alandır. Sosyal bilişsel bozulma özellikle “Zihin Teorisi” çerçevesinde geliştirilmiş olan kavramlar ve bilişsel testlerle araştırılmaktadır. Bu çalışmanın temel amacı şizofrenide Zihin Teorisi kuramı tarafından belirlenmiş olan sosyal bilişsel bir bozulmanın olup olmadığını araştırmak, sosyal bilişsel bozulma ile klinik değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyerek hangi klinik değişkenlerin sosyal bilişsel bozulma üzerinde etkisi olduğuna bakmaktır. Ayrıca içgörü ve empati gibi becerilerin şizofrenideki sosyal bilişsel bozulma ile ilişkisi araştırılacaktır.

Açıklanan amaçları gerçekleştirmek üzere aşağıdaki varsayımlar test edilmek istenmiştir:

1. Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında şizofreni hastalarında sosyal bilişsel yetilerde belirgin bir bozulma vardır.
2. Şizofrenideki sosyal bilişsel bozulma yaş, cinsiyet, eğitim süresi gibi sosyodemografik ve hastalığın başlangıç yaşı, hastaneye yatış sayısı ve belirtilerin şiddeti gibi klinik etkenlerden etkilenmektedir.
3. Empati yeteneği bozuk olan şizofreni hastalarında sosyal bilişsel işlevler daha bozuktur.
4. İçgörü yeteneği azalmış olan şizofreni hastalarının sosyal bilişsel işlevleri daha bozuktur.
5. Pozitif belirtiler empati ve içgörü yetenekleri ile koreledir.
6. Negatif belirtiler sosyal bilişsel bozulma ile koreledir.

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Araştırmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniği ve psikiyatri servisi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kapalı Erkek Psikiyatri Servisi ve Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kapalı Erkek Servisi'ne başvuran toplam 89 şizofreni hastası alınmıştır. Hastaların araştırmaya dahil edilmesi ve dışlanması için göz önüne alınan kriterler, hastalarla psikiyatrik görüşmede DSM-IV'e göre şizofreni tanısı almış olmak, 18-65 yaş aralığında olmak, herhangi bir dejeneratif nörolojik hastalık, mental retardasyon, epilepsi, serebral tümör ya da serebro- vasküler hastalığı bulunmamak, eş zamanlı başka bir psikiyatrik eksen I tanısı almamak, son 1 yıl içinde alkol-madde kullanım bozukluğu ya da kötüye kullanımı tanı ölçütlerini karşılamıyor olmak ve yazılı bilgilendirilmiş olur (bkz. Ek1) verebilmek olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunu oluşturmak üzere 18-60 yaş arası, herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olan ve bilgilendirilmiş olur verebilen (bkz. Ek2) 89 sağlıklı gönüllü seçilmiştir.

Hastaların erkek ve kadın olarak dağılımı sırasıyla % 62.9 ve % 37.1 olmuştur. Yaşları 19 ile 65 arasında değişen hastaların (M=36, sd=11.2) yaş aralığına göre dağılımı ise; 19-25 yaş aralığında % 12.4, 26-30 yaş aralığında % 27, 31-40 yaş aralığında % 27, 41-50 yaş aralığında % 23.6 ve 51-65 yaş aralığında % 10.1 şeklinde olmuştur. Eğitim düzeyleri ise en az 5 yıllık ilköğretim eğitimi ile 21 yıllık lisansüstü eğitim süresi arasında değişen hastaların toplam eğitimi süresi ortalaması 11 olarak gösterilmiştir (sd=3.8). Toplam eğitim sürelerine göre de gruplandırılan hastaların %29,2'si 5-8 yıl, %33,7'si 9-12 yıl, %37,1'i 9 ve üzeri yıl eğitim görmüştür. Hastaların %37'si ilköğretim mezunu, % 35'i lise ve %28'i üniversite ve üzeri bir okul mezunu olduğu görülmüştür.

Sağlıklı kontrol grubunda % 51.7 erkek ve % 48.3 kadın katılımcı olmuştur. Yaşları 18 ile 59 arasında değişen kontrol grubunun yaş ortalaması 33'tür (sd=9.5). Eğitim düzeyleri ilköğretim ve üniversite arasında değişen kişilerin toplam eğitim sürelerinin ortalaması ise 10 yıl (sd=3.8), eğitim düzeylerinin dağılımı ise % 34.8 ilköğretim, % 34.8 lise ve % 30.3 üniversite şeklinde olarak görülmüştür. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1

Sizofreni hastaları ve sağlıklı gönüllülerin sosyodemografik özellikleri:

	Şizofreni Grubu		Sağlıklı Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Erkek	56	62.9	46	51.7
Kadın	33	37.1	43	48.3
Öğrenim Durumu				
İlköğretim	33	37.1	31	34.8
Lise	31	34.8	31	34.8
Üniversite	25	28.1	27	30.3
Eğitim Süresi (ort yıl)	11		10	
Yaş (ort)	36.43		33.46	

Zihin Teorisi ile ilişkisini incelenmek üzere analizleri yapılan diğer sosyo-demografik özellikler; medeni hal, çalışma durumu, ailede şizofreni öyküsü, ailede psikotik hastalık öyküsü ve adli öyküdür. Klinik değişkenler ise; suisid, sigara, alkol, hastalığın başlangıç yaşı, tedavisiz geçen süre, hastaneye yatış sayısı, alt tip, kullanılan antipsikotik tipi, klorpromazin eş değerine göre hesaplanmış olan kullanılan ilaç dozu ve PANSS belirtilerinin şiddetidir.

İleride yapılacak olan çalışmalarda kullanılması ihtimali göz önüne alınarak hastaların kullandıkları ilaçların dağılımı da araştırmaya dâhil edilmeden bilgi olarak veriler arasına kaydedilmiştir.

2.2. Araçlar

Hasta ve sağlıklı deneklerin sosyal biliş yeteneklerini Zihin Teorisi çerçevesinde incelemek amacıyla araştırmada geçerlik ve güvenilirlik çalışması Değirmencioğlu (2008) tarafından yapılan Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ) kullanılmıştır (bkz. Ek3). Zihin Teorisi'nin 1. derece yanlış inanç, 2. derece yanlış inanç, ironi, metafor, empati ve faux pas (gaf) boyutlarını ölçmek üzere tasarlanan, 5 resim ve 7 hikaye görevinden oluşan ölçek toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçekte puanlama cevap anahtarına göre her soru için doğru olarak kabul edilebilecek cevaba bir puan verilmesi ile yapılır. Doğru cevapladığı her soru için 1 puan alan kişilerin alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan ise 18'dir.

Her iki gruba kişilerin empati becerilerini ölçmek üzere Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)-A Formu (Dökmen, 1990) uygulanmıştır (bkz. Ek4). Empatik Beceri Ölçeği-A Formu'nda günlük yaşamda empati kurabilme düzeyini ölçme amacıyla 6 örnek durum verilmiş ve bu duruma ilişkin bireyin verebileceği sözel tepkiler sorulmuştur. Empatik beceri puanının hesaplanmasında, her bir duruma verilen yanıt Dökmen (1990) tarafından geliştirilen Aşamalı Empati Sınıflamasına göre 1 den 10'a kadar puan verilerek hesaplanmıştır. Bu ölçeğin hesaplanmasında elde edilebilecek en alt puan 66 (düşük empatik beceri), en üst puan ise 219'dur (yüksek empatik beceri).

Akıl hastalığına karşı içgörüyü ölçmek için sadece hasta grubuna uygulanan Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği'nin (AHİÖ) kısaltılmış formunun orijinali Amador ve ark. (1994) tarafından yayınlanmış, Türkçe kısaltılmış formunun geçerlik ve güvenilirliği Bora ve ark. (2006) tarafından yapılmıştır (bkz. Ek5). 9 sorudan oluşan kısaltılmış formda ilk üç soru ile hastalığın farkında olma, ilaç tedavinin etkilerini farkında olma ve hastalığın sosyal sonuçlarının farkında olma sorgulanır. İlk üç soru için ayrı ayrı altı tane skor (şimdi ve geçmiş) hesaplanır. Daha sonra var olan belirtilerin her birinin farkındalığı ve neye atfedildiği sorgulanır. Ölçek bu haliyle üç giriş ve yedi belirti sorusu içermektedir. Hastanın tüm boyutlar için yanıtları 1-5 puan arası kodlanır (1 puan, sağlam içgörü, 2-3 puan kısmi içgörü, 4-5 bozulmuş içgörü) Ölçekte sorgulanan 7 belirti pozitif ve negatif olmak üzere 2 belirti grubu altında değerlendirilmiş, hastaların mevcut belirtilerine göre pozitif belirtilerden aldıkları puanın ortalaması pozitif belirtilerin farkındalığı, negatif belirtilerinin puanlarının ortalaması da negatif belirtilerin farkındalığı olarak hesaplanmıştır. Aynı gruplandırma

belirtilerin atfı için de uygulanmıştır. Belirtilerin farkındalığı kısmından 4 ve üzeri puan alan hastalar ölçeğin kuralları gereği atıfla ilgili sorgulanmamışlardır. Böylelikle her hasta içgörünün 5 boyutu ile değerlendirilmiş, ilk üç boyut tüm hastalarda olmak üzere hastanın pozitif ve/veya negatif belirtileri olmasına bağlı olarak her hasta için en az 4 en fazla 7 skor elde edilmiştir.

Hastalara şizofreninin pozitif ve negatif bulgularını değerlendirmede en sık kullanılan ölçeklerden biri olan Pozitif ve Negatif Semptom Skalası, yaygın kullanımıyla PANSS (Kay ve ark., 1987) uygulanmıştır. Türkçeye Kostakoglu ve ark. (1999) tarafından uyarlanmıştır. Bu ölçek 7 pozitif belirti, 7 negatif belirti, 16 genel psikopatoloji belirtisi olmak toplam 30 belirtinin yedi puanlı şiddet değerlendirmesini içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. 1'in en az 7'nin en yüksek belirti şiddetini ifade ettiği bu ölçek, her hasta için ayrıntılı bir görüşme ile bir psikiyatrist tarafından uygulanmıştır.

2.3. Veri analiz işlemleri

Araştırma verilerinin tümü SPSS 11.0 for Windows programında incelenmiştir. Sağlıklı ve hasta gruplarının yaş, cinsiyet ve eğitimi düzeyi açısından eşleşmeleri ki-kare (chi-square) ile araştırılmıştır. Hangi DEZTÖ kesme puanlarının en büyük duyarlık ve özgüllüğü oluşturduğunu bulmak amacıyla receiver operating characteristic analizi (ROC) uygulanmıştır. İki grubun sosyal biliş açısından farklılık gösterip göstermediğini anlamak üzere bağımsız t-testi (independent t-test) yapılmış ve anlamlılık düzeyi 0.05 alınmıştır.

Ölçekler arası ve ölçeklerin şizofreni belirtileriyle Pearson korelasyon katsayılarını hesaplamak için bivariante korelasyon (çift uçlu) uygulanmıştır. ZT ve klinik değişkenlerin arasındaki ilişkiyi incelemek üzere her değişken ve ZT skorları arasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve değişkenler içindeki gruplarla ZT ve ZT'nin boyutları arasında Tukey HSD uygulanmış, anlamlılık düzeyi 0.05 alınmıştır. Anlamlı çıkan ilişkiler regresyon analizi ile karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

3.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Eşleşmesi:

Araştırma kapsamına alınan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu ki-kare (chi square) testi ile karşılaştırıldı. İki grubun cinsiyet ve eğitim bakımından eşleştiği ($p=.59$; $p=.13$, $p>.05$) ancak yaş açısından farklılık gösterdiği ($p= .045$) görüldü. Hastaların ortalama DEZTÖ, EBÖ, AHIÖ, PANSS puanları Tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 2

Klinik değişkenler, DEZTÖ, EBÖ, AHIÖ* ve PANSS ortalamaları

	N	Ortalama ± sd
Hastalık süresi (yıl)	89	13.08 ±10.17
Başlangıç yaşı	89	22.96 ± 7.29
Tedavisiz geçen süre (ay)	89	18.83 ± 45.44
Hastaneye yatış sayısı	89	2.37 ± 2.89
DEZTÖ		
Şizofreni	89	9.60 ± 4.00
Sağlıklı kontrol	89	12.68 ± 2.96
EBÖ		
Şizofreni	89	121.37 ± 25.78
Sağlıklı kontrol	89	130.60 ± 18.15
İÇGORU1	89	2.57 ± 1.62
İÇGORU2	89	2.18 ± 1.56
İÇGORU3	89	2.36 ± 1.66
İÇGORU4	89	2.71 ± 1.64
İÇGORU5	89	2.79 ± 1.49
İÇGORU6	89	2.23 ± 1.45
İÇGORU7	89	2.22 ± 1.48
PANSS Pozitif bel. top.	89	16.83 ± 7.94
PANSS Negatif bel. top.	89	20.76 ± 6.43
PANSS Genelpsi bel.top.	89	35.89 ± 12.59
PANSS Toplam	89	74.11 ± 22.78

*AHIÖ boyutları: İÇGÖRÜ1: hastalığın farkındalığı

İÇGÖRÜ2: ilaç tedavisinin sonuçlarının farkındalığı

İÇGÖRÜ3: hastalığın sosyal sonuçlarının farkındalığı

İÇGÖRÜ4: pozitif belirtilerin farkındalığı

İÇGÖRÜ5: negatif belirtilerin farkındalığı

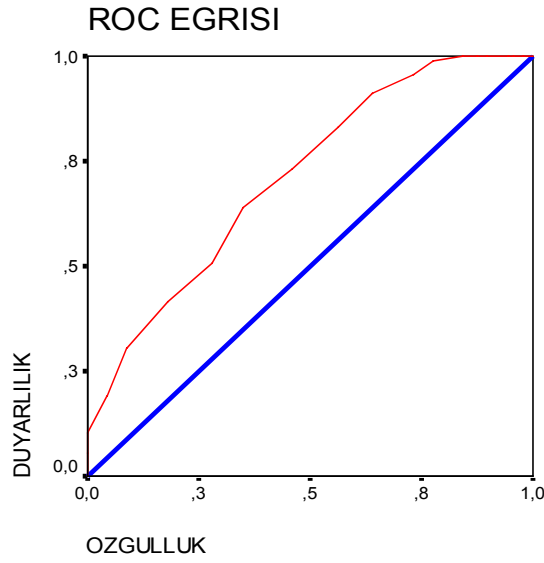
İÇGÖRÜ6: pozitif belirtilerin hastalığa atfı

İÇGÖRÜ7: negatif belirtilerin hastalığa atfı

3.2. Şizofreni Hastalarının Zihin Teorisi Düzeyleri:

DEZTÖ için ROC eğrisi altında kalan alan 0.71 (SE 0.01) olarak bulundu. Dokuzun üzerindeki bir DEZTÖ kesme puanı %83 duyarlık ve %56 özgüllük olacak şekilde Zihin Teorisi becerisinin hasarlanıp hasarlanmadığını ayırt etmede maksimum klinik etkinlik gösterdi (Şekil 1).

Şekil 1: Roc Eğrisi



Şizofreni hastalarında sosyal bilişsel yetilerde bir bozulma olacağı hipotezini test etmek için iki grubun DEZTÖ puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığına dair yapılan bağımsız t-testi sonucunda anlamlı fark bulundu ($p=.001$). Bu sonuçlara ilişkin veriler Tablo 3'de gösterilmiştir. Ayrıca DEZTÖ'de incelenen ZT'nin alt boyutlarının iki grup arasındaki farklılıklarına bakıldı, 1. ve 2. derece yanlış inanç, empati ve faux pas boyutlarında hastaların sağlıklılara oranla daha düşük performans sergiledikleri saptandı (hepsi için $p<.001$). Sonuçlar Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 3

Şizofreni hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun DEZTÖ ortalamaları ve F oranları:

GRUP	N	Ortalama	sd	F	p
Şizofreni	89	9.6	4.00	6.999	.001
Sağlıklı Kontrol	89	12.68	2.97		

p<.05

Tablo 4

Şizofreni hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun DEZTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

ZT görevleri	Ortalama farkı	sd farkı	F	p
1.derecede yanlış inanç	-.84	.175	3.311	.001
2.derecede yanlış inanç	-.70	.128	.211	.001
Ironi	-.27	.166	.295	.105
Metafor	-.18	.112	1.599	.110
Faus pas	-.43	.104	43.505	.001
Empati	-.64	.192	19.119	.001

p<.05

3.3. Şizofreni Hastalarının Empatik Beceri Düzeyleri:

Hasta ve sağlıklı grubun Empatik Beceri Ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları sırasıyla 121.2 (sd=25.8) ve 130.5 (sd=18.1) olarak hesaplandı. Hastalardan oluşan grubun puanları sağlıklı gruptan istatistiksel anlamlılık gösteren şekilde daha düşüktü (p=.006). Tablo 5’de bulgulara ilişkin veriler sunulmuştur.

Tablo 5

Sizofreni hastaları ve sağlıklı gönüllülerin EBÖ ortalamalarının karşılaştırılması:

GRUP	N	Ortalama	sd	F	p
Şizofreni	89	121.37	25.78	5.253	.006
Sağlıklı Kontrol	89	130.60	18.15		

p<.05

3.4. Zihin Teorisi ile Empati ve İlgörü Becerileri Arasındaki İlişki:

DEZTÖ ve EBÖ skorları arasındaki ilişkinin orta düzeyde olduğu görüldü (p<.001). DEZTÖ toplam puanı ile ölçekte empatik yaklaşımın sorgulandığı 5 sorunun toplam puanı arasında da güçlü bir ilişki saptandı (r=.84, p<.01). Empatik beceri ile ZT arasındaki ilişkinin tartışılabilmesi için DEZTÖ'nin alt boyutları ile EBÖ arasındaki korelasyonlar katsayıları hesaplanmış ve Tablo 6'da sunulmuştur. Yine DEZTÖ ve AHIÖ boyutları arasında zayıf ancak anlamlı ilişki olduğu anlaşıldı (p<.05). Korelasyon katsayıları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 6

DEZTÖ, EBÖ ve AHIÖ skorları arasındaki korelasyon

	DEZTÖ	EBÖ	İÇGÖRÜ1	İÇGÖRÜ2	İÇGÖRÜ3	İÇGÖRÜ4	İÇGÖRÜ5	İÇGÖRÜ6	İÇGÖRÜ7
DEZTÖ	1	.42**	-.21*	-.09	-.22*	-.25*	-.08	-.09	.02
EBÖ	.42	1	-.26*	-.11	-.16	-.27*	-.27*	-.087	-.27*

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

Tablo 7

EBÖ ve DEZTÖ alt boyutları performansları arasındaki korelasyon

	1.derece yanlış inanç	2.derece yanlış inanç	İroni	Metafor	Faus pas	Empati
EBÖ	.28*	.41*	.32*	.09	.04	.40*

*p<.01

3.5. Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Değişkenlerin Zihin Teorisi Üzerindeki Etkisi:

Sonuçlar ZT ile yaş, cinsiyet, medeni hal, çalışma durumu, ailede şizofreni öyküsü, ailede psikotik hastalık öyküsü, adli öykü, suisid, hastalığın başlangıç yaşı, tedavisiz geçen süre, hastaneye yatış sayısı, alt tip, sigara, alkol ve kullanılan ilaç dozu arasındaki ilişki araştırıldı ancak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Şizofrenide ZT ile öğrenim düzeyi arasında istatistiksel anlamlılık gösteren ilişki olduğu görüldü. Öğrenim düzeyi daha ileri olan hastaların ZT puanları belirgin olarak daha yüksekti ($p=.005$). DEZTÖ'nün alt boyutlarının da değişkenlerle ilişkisine bakıldığında, ironi ve metafor anlamada ilköğretim ve üniversite mezunları arasında ($p=.003$) ve metafor anlamada lise ile üniversite mezunları arasında ($p=.011$) anlamlı farklılık olduğu bulundu. Bu sonuçlar Tablo 8'de gösterilmiştir. Faux pas kavramada düşük fakat anlamlı sayılan ($p=.044$) bir ilişki Tukey HSD analizinde ilköğretim ve lise mezunları arasında kaydedildi.

Toplam eğitim süresinin ZT üzerinde pozitif şekilde etkili olduğu saptandı ($p=.003$). Zihin Teorisi becerisi özellikle 9 yıldan az ve 12 yıldan fazla eğitim gören şizofreni hastaları arasında anlamlı bir fark gösterdi ($p=.002$). Aynı ilişki metafor anlamada da tespit edildi. 1. derece yanlış, 2. derece yanlış inanç, empati ve faux pas için eğitim süresinin etkili olmadığı anlaşıldı. Bu bulgulara ilişkin veriler Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 8**Öğrenim durumunun Zihin Teorisi üzerine etkisi**

Ölçek alt boyut	Eğitim Süresi	Ortalama	F	p
DEZTÖ toplam (18 soru)	ilköğretim	8.00		
	lise	9.97	5.460	.006
	üniversite	11.28		
1. derece yanlış inanç (4 soru)	ilköğretim	1.88		
	lise	2.13	.740	.480
	üniversite	2.28		
2. derece yanlış inanç (3 soru)	ilköğretim	.85		
	lise	1.29	3.067	.052
	üniversite	1.28		
İroni (3 soru)	ilköğretim	1.24		
	lise	1.65	5.773	.004
	üniversite	2.20		
Metafor (2 soru)	ilköğretim	.73		
	lise	.81	6.656	.002
	üniversite	1.40		
Faux pas (1 soru)	ilköğretim	0		
	lise	.16	2.964	.057
	üniversite	.08		
Empati (5 soru)	ilköğretim	3.33		
	lise	3.90	2.122	.126
	üniversite	4.08		

* p<.05

Tablo 9**Eğitim süresinin Zihin Teorisi becerisi üzerine etkisi**

Ölçek alt boyut	Eğitim Süresi	Ortalama	F	p
DEZTÖ toplam (18 soru)	1-8 yıl	7.92	6.36	.003
	9-12 yıl	9.13		
	13- üzeri	11.36		
1. derece yanlış inanç (4 soru)	1-8 yıl	1.85	.609	.546
	9-12 yıl	2.17		
	13- üzeri	2.18		
2. derece yanlış inanç (3 soru)	1-8 yıl	.85	2.645	.077
	9-12 yıl	1.13		
	13- üzeri	1.33		
İroni (3 soru)	1-8 yıl	1.08	10.93	.001
	9-12 yıl	1.47		
	13- üzeri	2.27		
Metafor (2 soru)	1-8 yıl	.77	7.47	.001
	9-12 yıl	.67		
	13- üzeri	1.33		
Faux pas (1 soru)	1-8 yıl	0	1.77	.176
	9-12 yıl	.13		
	13- üzeri	.09		
Empati (5 soru)	1-8 yıl	3.42	6.36	.096
	9-12 yıl	3.53		
	13- üzeri	4.18		

p<.05

Öğrenim düzeyi ve toplam eğitim süresinin ZT üzerindeki etkisi regresyon analizi ile araştırıldı. Öğrenim düzeyi daha yüksek olanların ZT puanlarının, daha düşük olanlardan 2.2 kat daha iyi olduğu görüldü.

Tablo 10

Öğrenim durumu ve eğitim süresinin Zihin Teorisi üzerindeki etkisi

	B	sh	β	t	p
Sabit	5.043	1.112		4.536	
Öğrenim düzeyi	2.234	1.000	.469	2.233	.27
Eğitim süresi	-4.224E-02	.213	-.042	-.198	.843

$p < .05$ $R^2 = .16$ ($p < .05$)

Tipik, atipik ve ikisini bir arada kullanan hastaların ZT skorları karşılaştırıldı. Faux pas kavramada tipik ve atipik ilaçları bir arada kullanan hastaların yalnız atipik kullananlara göre daha başarılı oldukları görüldü ($p = .003$).

Sosyal biliş ile hangi şizofreni belirtilerinin ilişkili olduğunu anlamak amacıyla, DEZTÖ, Empatik Beceri Ölçeği ve Akıl Hastalarında İçgörüsüzlük Ölçeği ile PANSS maddeleri arasındaki korelasyonlara bakıldı.

DEZTÖ puanları ile P3 varsanı ($r = .28$), N1 duygulanımda küntleşme ($r = .28$) ve G3 suçluluk duyguları ($r = .30$) arasında orta düzeyde negatif ilişkili bulundu ($p < .05$). ZT ile pozitif belirtiler toplamı arasında istatistiksel anlamlılık gösteren ancak zayıf bir ilişki saptandı. Korelasyonlar Tablo 11’de gösterilmektedir.

Tablo 11

DEZTÖ puanları ve PANSS maddeleri arasındaki korelasyon katsayıları

	P3	N1	G3	Ptop.	Ntop.	Gtop.	PANSStop.
DEZTÖ	-.28 *	-.28*	-.30*	-.21*	-.20	-.18	-.22*

*p<.05

Elde edilen tüm anlamlı ilişkilerde geçen değişkenler regresyon analizi yapılarak Zihin Teorisi üzerindeki etkilerine bakıldı. N1 “duygulanım küntleşme” tüm etkenler arasında ZT’yi 2.7 kat oranında etkileyen değişken olarak görüldü (p=.009). Sonuçlar Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12

Öğrenim durumu, toplam eğitim süresi, P3, N1, G3 ve PANSS toplam puanının

Zihin Teorisi üzerindeki etkisi

	B	sh	β	t	p
Sabit	9.778	2.101		4.654	
Öğrenim düzeyi	.200	.250	.188	.797	.428
Eğitim süresi	.5881	.170	.118	.502	.617
P3	-1.032E-02	.025	-.059	-.412	.682
N1	-.481	.278	-.210	-1.732	.087
G3	-.953	.356	-.280	-2.673	.009
PANSS top.	.592	.365	.1801	.622	.109

p<.05, R²=.26 (p<.05)

Zihin teorisi ile ilişkili olduğu görülen P3, N1, G3 ve PANSS pozitif ile PANSS toplam puanları için regresyon analizi uygulandı. P3 ve N1 belirtilerinin şiddeti daha düşük olan hastaların, daha yüksek olanlara göre sırasıyla 2.3 ve 2.6 kat daha iyi ZT puanı elde ettikleri görüldü. P3, N1 ve G3 maddelerinin ZT ile ilişkisinde, P3 ve N1 şiddetinin ZT puanlarını 3 kat etkilediği görüldü. P3 ve N1 birlikte değerlendirildiğinde her iki belirtinin şiddetinin ZT performansını 2.7 kat etkilediği bulundu. Bu sonuçla ilgili veriler Tablo13’de sunulmuştur.

Tablo 13

P3 ve N1 puanlarının Zihin Teorisi üzerindeki etkisi

	B	sh	β	t	p
Sabit	14.192	1.280		11.083	
P3	-.622	.228	-.271	-2.727	.008
N1	-.920	.339	-.270	-2.717	.008

$p < .05$, $R^2 = .18$ ($p < .05$)

3.6. Empati ve Şizofreni Belirtileri Arasındaki İlişki:

Empatik becerinin pozitif belirtiler ve genel psikopatoloji ilişkisi ($r = .30$; $r = .35$) Empatik Beceri Ölçeği skorları ve PANSS pozitif belirtiler toplamı ile genel psikopatoloji belirtileri toplamı skorlarının korelasyonu ile elde edildi ($p < .01$). Empatik beceri puanları P1 sanrı, N1 duygulanımda küntleşme ve G13 irade bozukluğu zayıf fakat anlamlı korelasyon gösterdi ($p < .05$). P6 şüphencilik ve kötülük görme, G5 manyerizm, G9 olağandışı düşünce içeriği, G12 yargılama ve içgörü eksikliği ve G16 aktif biçimde sosyal kaçınma maddeleri empati ile orta düzeyde ilişkili bulundu ($p < .01$). İlgili veriler Tablo 14’da gösterilmiştir.

Tablo 14

DEZTÖ puanları ve PANSS maddeleri arasındaki korelasyon katsayıları

	P1	P6	N1	G5	G9	G12	G16	Ptop.	Ntop.	Gtop.	PANSSStop.
EBÖ	-.23*	-.34*	-.23*	-.29**	-.34**	-.35**	-.23*	-.30**	-.21	-.35**	-.37**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

3.7. İçgörü ve Şizofreni Belirtileri Arasındaki İlişki:

Akıl Hastalarında İçgörüsüzlük Ölçeğinde hastalığın farkındalığı sorusundan alınan puanların ortalamasının 2.6 (sd=1.6) olması hastaların kısmi içgörüye sahip olduklarını gösterdi. Hastalar en kötü performansı 2.8 ortalama ile negatif belirtilerin farkındalığı ve 2.7 ortalama ile pozitif belirtilerin farkındalığında sergiledi. İçgörünün tüm boyutlarından alınan puanların ortalamaları Tablo 15’de sunulmuştur

İçgörünün tüm hastalara uygulanan ilk 3 boyutunun PANSS maddeleri ile olan ilişkisinde de anlamlı sonuçlar elde edildi. P1 “sanrı”maddesi ilaç tedavisinin sonuçlarının farkındalığı arasında orta düzeyde bir ilişki ($p<0.01$) bulundu. Sanrılar hastalığın farkındalığı ile de orta düzeyde korelasyon gösterdi. P2 “düşünce dağınıklığı” maddesinin ilaç tedavisinin sonuçlarının farkındalığı ile orta, hastalığın farkındalığı ve sosyal sonuçların farkındalığı ile zayıf ilişki içinde olduğu görüldü. P3 “varsanı” maddesi ilaç tedavisinin sonuçlarının farkındalığı ile orta düzeyde ilişkili bulundu ($p<0.01$). P4 “taşkınlık” maddesi hastalığın farkındalığı ve ilaç tedavisinin sonuçlarının farkındalığı ile orta düzeyde korelasyon gösterdi ($p<0,01$). P5 “büyüklük duyguları” maddesi ilaç tedavisinin sonuçlarının farkındalığı ile orta düzeyde ilişkili bulundu ($p<0.01$). P6 “şüphencilik ve kötülük görme” hastalığın, ilaç tedavisinin sonuçlarının ve sosyal sonuçların farkındalığı ile orta düzeyde ilişkili bulundu. Analizlerde P7 “düşmanca tutum” maddesi ilaç tedavisinin sonuçlarının farkındalığı ile orta, hastalığın farkındalığı ile zayıf bir ilişki gösterdi ($p<0.01$, $p<0.05$). Tüm sonuçlar Tablo 16’de özetlenmiştir.

Tablo 15

AHIÖ boyutlarının pozitif belirtiler ile korelasyon katsayıları

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
İÇGÖRÜ1	.26*	.23*	.10	.28**	.19	.25*	.23*
İÇGÖRÜ2	.40**	.32**	.39**	.42**	.42**	.44**	.33**
İÇGÖRÜ3	.09	.25*	.01	.04	.13	.26*	.09

* $p<0.01$, ** $p<0.01$

Farkındalığın ilaç tedavisi ve sosyal sonuçlarla ilgili boyutları negatif belirtilerden sadece N7 “stereotipik düşünme” maddesi ile orta düzeyde ilişkili bulundu ($r=.25$; $r=.25$, $p<0.05$).

İçgörü birçok genel psikopatoloji belirtisi ile de ilişkili görüldü. Kaydedilen anlamlı korelasyon katsayıları Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 16
PANSS Genel psikopatoloji (G) maddeleri* ve AHİÖ boyutları korelasyon**

katsayıları

Belirti	İÇGÖRÜ1	İÇGÖRÜ2	İÇGÖRÜ3	İÇGÖRÜ4	İÇGÖRÜ5	İÇGÖRÜ6	İÇGÖRÜ7
G2	.03	.28**	.03	.04	-.01	.10	-.12
G4	.13	.26*	-.02	.05	-.01	.20	-.05
G8	.26*	.26*	.11	.10	.31**	.26	.12
G9	.19	.42**	.13	.19	.19	.23	.01
G11	-.02	.22*	.03	0	.05	.28*	-.20
G12	.35**	.37**	.26*	.38**	.35**	.29*	.19
G13	.29**	.26*	.01	.25*	.23*	.16	-.02
G14	.20	.31**	.03	.10	.14	.22	-.15

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

*** PANSS Genel Psikopatoloji Maddeleri :

G2 : Anksiyete

G4 : Gerginlik

G8 : İşbirliği kuramama

G9 : Olağandışı düşünce içeriği

G11 : Dikkat azalması

G12 : Yargılama ve içgörü eksikliği

G13 : İrade bozukluğu

G14 : Dürtü kontrolsüzlüğü

Hastalığın farkındalığı PANSS pozitif belirtiler toplamı ve genel psikopatoloji belirtileri toplamı ile ilişkili bulundu ($r=.28$, $p<.01$; $r=.23$, $p<.05$). İlaç tedavisinin sonuçlarının farkındalığı ve pozitif belirtiler arasında güçlü, genel psikopatoloji arasında orta düzeyde ilişki olduğu görüldü ($p<.01$). Bu sonuçlar Tablo 17’de özetlenmiştir. Tabloda yer almayan AHİÖ boyutları ile belirti grupları toplam puanları arasında ilişkiye rastlanılmadı. Anlamli olan tüm ilişkiler doğru orantılı olup, belirtilerin şiddeti arttıkça ölçekten alınan skorun arttığı, diğere bir deyişle farkındalığın azaldığı anlaşıldı.

Tablo 17

AHIÖ puanları ve PANSS toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları

	Ptop.	Ntop.	Gtop.	PANSStop.
İÇGÖRÜ1	.28**	.02	.23*	.23*
İÇGÖRÜ2	.50**	.14	.37**	.43**
İÇGÖRÜ5	.18	.18	.20	.23*

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

TARTIŞMA

4.1. Şizofreni ve Sosyal Biliş

Şizofrenide zihin teorisi kuramı tarafından belirlenmiş olan sosyal bilişsel bir bozulmanın olup olmadığını anlamak üzere tasarlanan bu araştırmada, şizofrenide sosyal bilişin bozulduğu hipotezi desteklenmiştir. Şizofreni hastalarının ZT becerilerinin sağlıklıları göre daha düşük çıkmasının, şizofrenideki sosyal işlevsellik kaybının nedenlerini anlamak için önemli bir dayanak noktası olacağı düşünülmektedir. Sosyal biliş ile ilgili bir alt kavram olduğu kuvvetli destek gören empatik becerinin (Cliffordson, 2002; Lough ve ark., 2002) de şizofreni hastalarında azalmış olduğu gösterilmiştir. Empatik beceri ile ZT becerileri arasında anlamlı ilişki olduğunun bulunması, bu kavramların birbirleriyle bağlantılı olarak sosyal bilişi oluşturduklarını düşünmek için bir kanıt oluşturmuştur. Sosyal biliş ile alakalı olduğu öngörülen içgörü yeteneğinin araştırmaya alınan hastalarda beklenenden daha iyi düzeyde bulunması ancak yine de hastaların sağlam bir içgörüyeye sahip olmadıklarının gösterilmesi, özellikle hastalığın farkındalığının, ZT ve empatik beceri ile ilişkisinin ortaya koyulması, içgörünün de sosyal bilişin bir bileşeni olduğu varsayımını desteklemiştir. Zihin Teorisi ve içgörünün birbirleriyle ne kadar ilişkili olabileceği konusu şizofreni çerçevesinde fazla çalışılmamış olduğundan bu araştırma sonucunda böyle bir ilişkinin varlığından söz edebilmek araştırmacının şizofrenideki sosyal biliş ile ilgili alana getirdiği yeni bir tartışma olabilmıştır.

Hasta ve sağlıklı grubunun DEZTÖ ortalamaları ile ölçeğin kesme noktasına bakıldığında ölçeğin hasta ve sağlıklıları net olarak birbirinden ayırmadığına işaret etmektedir. ZT'nin şizofreni hastaları ile sağlıklı insanları birbirinden net olarak ayırt edecek şekilde hazırlanan bir ölçekle ölçülmesi gerekliliği ise tartışmaya açıktır. Nitekim hastaların taşıdıkları belirtilere göre ZT düzeylerinin fark edeceği, bazı hastalarda ZT'nin kısmen ya da tamamen korunmuş olduğu belirtilmiş, bu konuya giriş bölümünde ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Ölçek bu haliyle performanslar üzerinden iki grubun birbirinden anlamlı şekilde farklılaştığını ortaya koyabilmiştir. Ölçeğin olası bir yeniden düzenlemesinde eğitim etkisi üzerinde çalışılması daha doğru olacaktır.

4.2. Sosyal Bilişsel Bozulmada Sosyodemografik ve Klinik Etkenler

Sosyal bilişsel bozulmanın sosyodemografik ve klinik değişkenlerden etkilenebileceği hipotezini test etmek amacıyla DEZTÖ puanları ve klinik değişkenler karşılaştırıldığında, öğrenim durumu ve süresi ile tedavide kullanılan antipsikotik tipinin (atipik, tipik) ZT ve dolayısıyla sosyal biliş üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Öğrenim durumu ve eğitim süresi ZT becerisi üzerinde en etkili sosyodemografik değişkenler olarak dikkat çekmiştir. Zihin Teorisi becerisi özellikle 9 yıldan az ve 12 yıldan fazla eğitim görenler arasında anlamlı bir fark göstermiştir. Eğitimi süresi arttıkça ironi anlamada hastaların daha başarılı oldukları, 13 ve üzeri yıl eğitim görenlerin 9-12 ve 5-8 yıl eğitim görenlerden daha iyi ironi anladıkları bulunmuştur. Aynı ilişki metafor anlamada da tespit edilmiş, 1. derece yanlış, 2. derece yanlış inanç, empati ve faux pas için eğitim süresinin etkili olmadığı anlaşılmıştır. ZT'nin 9-10 yaşlarında gelişimini tamamlamış olması ZT'nin gelişiminde eğitim süresinin bir etken olamayacağını akla getirmektedir. Nitekim araştırmada yer alan tüm katılımcılar en az 5 yıllık ilköğretim mezunu olduklarından ZT gelişimini tamamlamadan hala eğitimleri devam etmiştir. O halde ZT'nin bir sosyal bilişsel beceri olarak gelişimi sürecinde değil, gelişimi tamamlandıktan sonra kayba uğramamasında eğitimin etken olduğu söylenebilir. ZT görevlerinin hikaye okuma, anlama ve soru cevaplama içermesi, bu tarz görevler ile çok daha fazla karşılaşan eğitim düzeyi yüksek kişilerin bu görevleri iyi başardıkları çıkarımı yapılabilir. ZT görevlerinin literatürde farklılık göstermiş olması, uygulanan görevlerin de performanslar üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. DEZTÖ, literatürde uygulanmış tüm görevlerden esinlenerek ve bu görevlerin sentezi olacak şekilde oluşturulmuş bir ölçektir. Ölçek için hazırlanan hikâye konularının günlük yaşamdan alınmış, basit ve anlatımının yalın olmasına dikkat edilmiştir. Ayrıca resimli görevler ile metin takip etmede zorlanan kişilerin görsel olarak daha iyi performans sergileyebilecekleri ihtimali de atlanılmamıştır. Bulgular ironi ve metafor anlamının eğitim süresi ile ilişkili alt boyutlar olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ölçekte ironi ve metafor soruları ya çok kısa bir hikayenin ardından ya da başka alt boyutların da sorgulandığı daha uzun hikayelerin arasında gelmiştir. Bu açıdan sadece metne dayanarak sorgulanan bu boyutların görsel görevlerdeki performansla karşılaştırılması mümkün değildir. Ancak görsel görevlerin yanı sıra çoğunluğu metne dayalı olarak sorgulanan birinci ve ikinci derecede yanlış inançla, empatik beceri performanslarının eğitimden etkilenmemiş olması, ironi ve metaforun daha çok entelektüel

kapasite ile ilişkilendirilmesi ihtimalini ortaya çıkarmaktadır. Özellikle de metaforun yazarların sıklıkla kullandığı bir teknik olması, daha çok edebi eser, makale vb. okuyan kişilerin metafor anlamada daha ustalaştıklarını düşündürtebilir. Öğrenim düzeyi yükseldikçe kişilerin okuma alışkanlığının da arttığı göz önüne alındığında, eğitim süresi ve metafor anlamadaki pozitif ilişki nedenselleştirebilir. İroni ve metafor günlük konuşma içinde çoğu zaman fark edilmeden kullanılan ve anlaşılan kavramlar olsa da, her ikisini de kullanım oranının eğitim seviyesi yükseldikçe artıyor olması ve bunun da bu kavramların algılanmasındaki performansı yükseltiyor olabileceğinin araştırılması bu konuya ışık tutacaktır.

Eğitimin ZT üzerindeki etkisinin daha net anlaşılması için yapılan regresyon analizinde öğrenim ve eğitim süresinin aynı anda etken olarak kabul edilmesi halinde ZT performansını öğrenim durumunun yordadığı görülmüştür. Bu sonuç toplamda görülen eğitim yılından ziyade mezun olunan okul derecesinin etkisini vurgulamıştır. Varyans analizi ve post-hoc testinden çıkan sonuçlar anımsandığında DEZTÖ toplam puanının ilköğretim ve üniversite mezunları arasında farklılaştığı dikkati çekmektedir. Değirmencioğlu'nun (2008) DEZTÖ geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında sağlıklı kişilerde de öğrenim durumunun yükselmesiyle ZT performansının artışı arasında doğru orantı bulunmuştur. Bu iki bulgu birlikte değerlendirildiğinde, ZT'nin, kişide psikopatoloji bulunmasa da düşük olabileceğini düşündürmüştür.

ZT ile ilişkili bulunan bir klinik değişken hastaların kullandığı antipsikotik ilaç tipi olmuştur. Ancak burada ilişki sadece faux pas için gösterilmiş, atipik ve tipik antipsikotik kullananların sadece atipik kullananlara göre faux pas görevinde daha başarılı oldukları bulunmuştur. Kullanılan antipsikotik tipinin ölçekte sadece bir soru ile ölçülen faux pas görevinde etkili çıkması, ZT üzerinde antipsikotik tipinin etkisinden bahsedebilmek için yetersiz bulunmuştur.

4.3. Sosyal Biliş ve Şizofreni Belirtileri Arasındaki İlişki

Şizofreni belirtileri ile sosyal biliş becerilerinin arasındaki ilişkiye bakıldığında ZT'nin varsanı, duygulanımda küntleşme ve suçluluk duyguları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. ZT performansı pozitif belirtilerin toplamı ile negatif korelasyon göstermiş, negatif ya da genel belirtiler toplamı ile korele çıkmamıştır. Bu sonuç, negatif davranış belirtileri gösteren hastaların en düşük performansı sergileyecekleri yönünde bir model oluşturan Frith'in (1992) sonuçlarıyla yeteri kadar örtüşmemektedir. Sosyal davranıştaki soruna işaret eden sosyal iç çekilme, konuşma içeriğinde fakirlik, uygunsuz ya da tutarsız konuşma içeriği, duygulanımda küntleşme gibi negatif belirtiler taşıyan hastaların ZT becerisinin düşük olacağı projede test edilmek istenen önemli hipotezlerden biri olmuştur. Bu hipotezin destek gördüğü çalışmaların (Corcoran ve ark., 1997; Sarfati ve ark., 1997; Pickup & Frith, 2001) aksine sonuçlar sadece duygulanımda küntleşme için anlamlı çıkmış, duygulanımda küntleşme belirtisinin şiddeti arttıkça ZT performansının düştüğü görülmüştür. Ancak ZT üzerinde etkili olan tüm değişkenler arasında yapılan regresyon analizi ile ZT'yi en iyi yordayan değişkenin duygulanımda küntleşme olarak çıkması, ZT'nin negatif belirtiler ile daha fazla yordanabileceğini öne süren varsayımları kuvvetlendirmiştir. Frith'in ileri sürdüğü belirti gruplandırma modelinde göre negatif davranış belirtileri taşıyan hasta grubunun en düşük ZT performansını sergilerken, persekütif veya referans sanrısı ya da varsanı belirtileri olan hastaların bu gruptan daha iyi performans sergileyecekleri belirtilmiştir. Bu çalışmada sanrıların türü ile ilgili bir ayırım yapılmadığı gibi, sanrılar ve ZT arasında ilişkiye rastlanılmamıştır. ZT varsanı ile ilişkili bulunmuş, varsanların duygulanımda küntleşme kadar ZT performansını etkileyen bir belirti olduğu regresyon analizlerinden anlaşılmıştır. Duygulanımda küntleşme ve varsanların ZT üzerindeki etkisine bakıldığında, iki belirtinin ZT becerisinin yordayıcıları olduğu görülmüştür.

Empatik beceri ile ilişkili bulunan belirtiler sanrı, şüphencilik ve kötülük görme, duygulanımda küntleşme, manyerizm, olağandışı düşünce içeriği, yargılama ve içgörü eksikliği, irade bozukluğu ve aktif biçimde sosyal kaçınma olarak bulunmuştur. Empatinin sanrılar ve şüphencilik ve kötülük görme belirtileriyle ilişkili olması, ayrıca, empati ve pozitif belirtiler toplam puanı arasında korelasyon görülmesi araştırmanın bu yöndeki hipotezini destekler nitelikte olmuştur. Bu sonuç, paranoid düşünceler ve persekütif sanrılar olmayan

şizofreni hastalarının daha iyi sosyal yargılar yapabildiğini bulan Hall ve arkadaşlarının (2004) bulgularıyla örtüşmektedir. Paranoid belirtileri olan hastaların muhakeme ve yargılama süreçlerinde bozulma bulunduğu, bunun da empatik beceri için gerekli bilişsel kapasiteyi azalttığı gösterilmesi (Iqbal ve ark., 2000), bu belirtileri taşıyan hastaların empati düzeylerinin düşüklüğünü açıklayan bir neden olabileceği düşünülebilir. Persekütif sanrıları olan kişilerin, başkalarının niyetlerini yanlış yorumluyor olmaları nedeniyle başkalarıyla empatik ilişkiyi sağlayamadıkları yönünde bir varsayım ise empatik beceri için sağlam bir ZT olması gerektiğini akla getirmektedir. Oysaki sonuçlar sanrılar ya da şüphecilik ve kötülük görme belirtileri ile ZT arasında bir ilişki olmadığını göstermekte bu da böyle bir varsayımı geçersiz kılmaktadır. Empati ve ZT pozitif belirtilerle ilişkili olsa da, ayrı ayrı farklı belirtilerle ilişkili bulunmaları iki beceri için farklı mekanizmaların etkili olduğu ihtimalini kuvvetlendirmektedir. Ancak empatik becerinin ZT ile yakın düzeylerde duygulanımda küntleşme ile ilişkili olması dikkat çekmiştir. İki becerinin aynı negatif belirti ile ilişkili çıkması, empatinin negatif belirtilerle daha fazla ilişkisinin gösterildiği bilişsel boyutunun (Shamay-Tsoory ve ark., 2007) ZT ile daha yakın bir sistemi paylaştığını düşündürmektedir.

İçgörü yoğunluklu olarak pozitif belirtilerle ilişkili çıkmıştır. Tüm sonuçlar belirtilerin şiddeti ile farkındalık arasında ters orantı olduğu yönündedir. Negatif belirtilerden sadece “stereotipik düşünme” ile anlamlı ilişki gösteren içgörünün değişik boyutlarının farklı pozitif belirtilerle ilişkili çıkması ve tüm pozitif belirtilerin en az bir içgörü boyutu ile ilişki göstermesi, pozitif belirtilerle içgörü ilişkisini gösteren çalışmaları (Bora ve ark., 2006, Mintz ve ark., 2003) desteklemiştir. Özellikle sanrıların içgörü ile olan bağlantısını olarak gösteren birçok sayıda çalışmanın (Dickerson ve ark., 1997; Kim ve ark., 1997; Sanz ve ark., 1998; McCabe ve ark., 2002) sonuçları bu araştırmada elde edilen, sanrıların şiddetinin farkındalığı azalttığı bulgusuyla örtüşmektedir. Hastalığın farkındalığı ve ilaç tedavisinin sonuçlarının farkındalığı en kuvvetli ilişkiyi PANSS pozitif belirtiler toplamı ile göstermiş, içgörünün hiçbir boyutu negatif belirtiler toplamı ile ilişkili bulunmamıştır. Pozitif belirtiler toplamı ile ilişkili çıkan aynı içgörü boyutları genel psikopatoloji belirtileri toplamı ile de korelasyon göstermiştir. Bu sonuç içgörüyü pozitif ve genel psikopatoloji ile ilişkili ve negatif belirtilerle ilişkisiz bulan Dankı ve arkadaşlarının (2007) sonuçlarını desteklemiştir. Bu sonuçlar ışığında, pozitif ve genel belirtilerin şiddeti arttıkça hastalığa ve ilaç tedavisinin sonuçlarına

içgörüsüzlüğü de arttığı gösterilmiş, içgörünün pozitif belirtilerle ilişkili olduğu yönündeki hipotez kanıtlanmıştır.

4.4. Zihin Teorisi, Empati ve İçgörü Arasındaki İlişki

ZT kavramı ile tanımsal benzerlik gösteren ve sosyal bilişin parçaları olduğu yönünde destek gören empati ve içgörü becerilerinin şizofreni hastalarında düşük çıkması, şizofrenide sosyal biliş eksikliği varsayımını kuvvetlendirmiştir. ZT, empati ve içgörünün bir arada incelendiği herhangi bir çalışmanın olmaması bu araştırmanın özgünlüğü açısından önemli olmuştur. Her üç beceri için hastaların performansları arasındaki ilişkinin gösterilmesi, hem çalışmanın bu anlamdaki hipotezini desteklemekte, hem de ileriye dönük olarak, sosyal biliş tanımlamasına katkıda bulunmaktadır.

Her ne kadar hangisinin bir diğerinin alt boyutu olduğu yönünde kesin yargı oluşturmak bu aşamada mümkün olmasa da, ZT ve empati becerilerinin arasındaki ilişkinin, bu iki becerinin birbiriyle olan yakın ilişkisini bir kez daha vurgulamıştır. DEZTÖ’de toplam puanın en yüksek ilişkiyi empati ile ilgili 5 sorunun toplam puanı ile göstermiş olması DEZTÖ’de bir alt boyut olarak ele alınan empatinin ZT ile gösterdiği yakın ilişkinin diğer bir kanıtıdır. Empatik becerinin ZT’nin duygulanımsal boyutu ile ilişkili olduğu ve ZT’nin duygulanım içeren görevlerde empatik becerideki eksiklik nedeniyle düşük performans sergilendiği öne sürülmüştür (Shamay-Tsoory ve ark., 2007). Ancak bulgular empatik beceri performansının, ZT’nin daha duygulanımsal beceri gerektiren faux pas görevleriyle değil, bilişsel beceri gerektiren 1. ve 2. derece yanlış inanç görevleriyle korele olduğunu göstermiştir. Duygulanımsal ZT görevi olarak değerlendirilen ironi (Shamay-Tsoory ve ark., 2005) de empatik beceri ile ilişkili bulunmuş ancak aradaki ilişkinin düzeyi 1. ve 2. derece yanlış inançlarla olan ilişkiye göre daha düşük çıkmıştır. Bu bulgular hastaların genel bir ZT eksikliği yerine ZT’nin duygulanımsal bölümünde sorunlar yaşadıkları varsayımını geçersiz kılmaktadır. Ayrıca hastalar ve sağlıklıların farklı ZT görevlerindeki skorlarının bağımsız t-testi ile yapılan karşılaştırılmasında da hastalar ve sağlıklılar arasında 1. ve 2. derece yanlış inanç, faux pas ve empati görevlerinde anlamlı fark görülmüştür. Bu sonuç şizofreni hastalarının duygulanımsal değil genel bir ZT eksikliği yaşadığı yönünde düşünülmesini sağlamıştır. Empati ve ZT’nin birlikte çalışıldığı araştırmalarla (Montag ve ark., 2007; Brüne, 2005) bu projenin sonuçları değerlendirildiğinde, empati ve ZT becerilerinin birbirini yordayıcı iki

kavram olduklarını söylemek yanlış olmayacaktır. Hangi becerinin bir diğersinin alt boyutu olduğunu anlamak içinse empatik beceri ve ZT yeteneğinin gelişimsel çerçevede karşılaştırılması önerilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların içgörü düzeyleri AHİÖ'nün tüm sorularının ortalamasına bakıldığında orta düzeyde bulunmuştur. Ölçeğin puanlama ile ilgili tanımlamasına göre kısmi içgörüyeye sahip oldukları anlaşılan hastalar için bu düzey pek çok çalışmada elde edilen ortalama içgörü skorları ile örtüşmektedir (Buckley ve ark., 2001; Freudenreich ve ark., 2004; Trupati ve ark., 2007). Bu sonuçların içgörünün tanımsal özellikleri ile birlikte değerlendirilmesi doğru olacaktır. İçgörünün ya tamamen korunmuş ya da tamamen bozulmuş iki uçlu bir kavram olmayıp, tümüyle inkardan, kısmi bir farkındalığa ve kısmi farkındalıktan tamamen farkında olmaya kadar değişen seviyeleri olan bir kavram olduğu literatürde en çok kabul gören tanım olmuştur (Cooke ve ark., 2005). Çok boyutlu bir kavram olarak içgörünün birçok boyutunun her hasta için değişkenlik göstermesi de içgörü ile ilgili varılan sonuçların değerlendirilmesinde göz önüne alınmış diğers bir noktadır. Bu bağlamda araştırmada içgörünün tüm boyutlarından hastaların aldığı puanların kısmi içgörü düzeyinde bulunması içgörünün kavramsallaştırılması ile ilgili yorumlara ters düşmemektedir.

İçgörünün hastalığın farkındalığı, hastalığın sosyal sonuçlarının farkındalığı ve pozitif belirtilerin farkındalığı boyutları sosyal biliş kapasitesi (ZT) ile ilişkili bulunmuşken diğers boyutlar ZT ile ilişki göstermemiştir. İçgörü ile ZT arasında kaydedilen bu ilişki Bora ve arkadaşlarının (2006) içgörüdeki varyansın %18-%39'unun ZT performansı ile açıklanabileceği bulgusunu desteklemiştir. Lysaker ve ark. (1998) elde ettiği sonuçlara dayanarak başkalarının perspektiflerini almakta zorlanılmasının hem zayıf içgörüyeye hem de sosyal işlevsizliğe yol açtığı yönünde bir kuram oluşturmuştur. Tüm bunlar, şizofrenideki sosyal biliş eksikliğini yorumlarken, hastaların içgörü kapasitelerinin de göz önüne alınması gerektiğinin altını çizmektedir. Hastalığın, pozitif ve negatif belirtilerin farkındalığı ile negatif belirtilerin hastalığa atfının empatik beceri ile de ilişkili çıkması, içgörü eksikliğinin empatik becerinin azalmasına yol açabileceğine işaret etmektedir. Tersinden ziyade böyle bir neden-sonuç ilişkisi kurabilmenin altında yatan teorik bilgi ise sosyal biliş ile ilgili tanımlamadan gelmektedir. Giriş bölümünde de anlatıldığı üzere, Adolph ve ark. (2001) Benliğin, diğers kişilerin algılanmasında bilişsel bir filtre olarak görev yaptığını, kişisel deneyimlerin

başkalarının zihinsel ve duygusal durumlarını anlayabilmek için kullanıldığını savunmuştur. Bu düşünceden yola çıkarak empatik ilişkinin kurulabilmesi için kişinin önce kendi duygu ve düşüncelerini algılayabilmesi, bu algılama olgunlaştığında ise Benliğini diğerlerinin algılanmasında kullanabilmesi gerektiği söylenebilir.

Sosyal biliş ve sosyal işlev ile ilgili tanımlamalar bir arada değerlendirildiğinde ZT, empati ve içgörünün birbirleriyle kısmen örtüşen ve sosyal biliş oluşturan yetiler oldukları düşünülmekte, çalışmanın ortaya koyduğu bulgular da bu düşünceyle örtüşmektedir.

SONUC

Bu proje şizofreninin sosyal bilişsel boyutunu anlamak üzere tasarlanmış ve şizofreni hastalarının sosyal bilişsel eksikler gösterdiğini ortaya koymayı amaçlamıştır. Sosyal biliş, Zihin Teorisi çerçevesinde incelenmiş sosyodemografik ve klinik değişkenlerin sosyal biliş üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Ayrıca sosyal bilişi oluşturduğu düşünülen empati ve içgörü becerilerinin sosyal bilişsel bozulma ile ilişkisine bakılmıştır. Sosyal biliş ile ilgili becerilerin şizofreni belirtileri ile olan ilişkisine de bu çalışma ile dikkat çekilmiştir.

Şizofrenide yeni bir alan olarak üzerinde yeterli araştırmanın yapılmadığı sosyal bilişin şizofreni hastalarında bozulmuş olduğu gösterilmiştir. Bu bozulmanın yaş, cinsiyet, hastalık başlangıç yaşı, tedavisiz geçen süre gibi sosyodemografik ve klinik değişkenlerden etkilenmediği ancak öğrenim düzeyi düştükçe sosyal bilişin daha fazla bozulduğu anlaşılmıştır.

Zihin Teorisi ile içgörü ve empatik beceri arasında ilişkinin kaydedilmesi, bu üç becerinin sosyal bilişi oluşturduğu yönündeki varsayımı kuvvetlendirmiş, içgörü düzeyi ve empatik becerisi düşük olan şizofreni hastalarının sosyal bilişsel işlevlerinin de düşük olduğu hipotezi desteklenmiştir. Üç yeteneğin bir arada araştırılarak şizofrenideki sosyal bilişin incelendiği bir çalışmanın bulunmaması bu araştırmanın alandaki özgünlüğünü ortaya koymuştur. Üç yetenek arasındaki ilişkinin gösterilmesi ile de sosyal bilişsel eksiliğin neden olduğu öne sürülen sosyal işlevsizliğin nedenlerini anlamak üzere yeni bir bakış açısı kazandıracağı ön görülmektedir.

Zihin Teorisi pozitif belirtilerin, empatik beceri ve içgörü pozitif ve genel psikopatoloji belirtilerinin şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. ZT'nin negatif belirtiler ile korele olacağı varsayımı negatif belirtilerin toplam puanına göre doğrulanamamışken, empati ve içgörünün pozitif belirtilerle ilişkili olacağı varsayımı doğrulanmıştır. ZT'nin varsanılarla ilişkili bulunması bu alanda varılan sonuçlarla örtüşmekteyken, duygulanımda küntleşme ile olan ilişkinin gösterilmesi hem projenin hipotezlerinden birini kısmen desteklemiş hem de alandaki bulgularla tutarlılık göstermiştir.

Araştırma sonuçlarını etkilemiş olma ihtimali göz önüne alındığında, bu çalışmadaki en önemli sınırlılık hastalara PANSS uygulamakta yaşanan sıkıntıdan gelmiştir. Serviste yatan hastalara detaylı bir görüşme sonucunda PANSS uygulanmışken, poliklinik hastalarının PANSS formları daha kısa bir sürede doldurulmuştur. Bu durum da belirtilerin şiddeti ile ilgili doğru teşhiste bulunulmasını zorlayıcı bir etken olarak sonuçlara yansımış olabileceği göz önüne alınmalıdır.

Belirtilerin sosyal bilişsel becerilerle ilişkisini incelerken, belirtilerin şiddeti esas alınmış ve aradaki ilişkinin Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Oysaki bir belirtinin hastada olup olmamasının sosyal biliş üzerindeki etkisinin de ölçülmüş olmasının sosyal bilişsel işlevsizliği anlayabilmede daha aydınlatıcı olacağı fark edilmiştir. Bu nedenle sosyal biliş ile ilişkili bulunan belirtileri taşıyan hastalarla taşımayanlar arasında yapılacak bağımsız t-test analizleri ile skorların karşılaştırılması önerilmektedir. Böylelikle ZT, empati ve içgörünün sadece sosyal bilişi anlamak üzere temel alınan beceriler olmakla kalmayıp, şizofreni belirtilerin de gruplanmasını sağlayacak yordayıcılar olabilecekleri öngörülmektedir.

Şizofrenide sosyal biliş üzerine dikkat çekilmesinin hastaların sosyal işlevselliğini iyileştirmek için önemli olduğu bu çalışmanın altını çizmeye çalıştığı bir konu olmuştur. Sosyal bilişin Zihin Teorisi, içgörü ve empati kavramları çevresinde incelenmesinin sosyal biliş ile ilgili daha kapsamlı bir bilgiye sahip olunmasını sağlayacağına inanılmaktadır. Her üç kavramın şizofreni belirtilerinin süresi ve şiddeti ile olan ilişkilerinin uzunlamasına çalışmalarla incelenmesinin sosyal bilişin daha iyi anlaşılmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Abu-Akel, A (1999). Impaired theory of mind in schizophrenia. *Pragmatics and Cognition*; 7,247–282 (Brüne, 2005'ten alınmıştır).
- Abu-Akel, A. & Abushua'leh, K. (2004). Theory of mind' in violent and nonviolent patients with paranoid schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 69, 45– 53.
- Abu-Akel, A., Bailey, A.L., 2000. The possibility of different forms of theory of mind. *Psychol. Med.*; 30, 735– 738.
- Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*; 11, 231–239.
- Adolphs, R. (2006). How do we know the minds of others? Domain-specificity, simulation, and enactive social cognition. *Brain Research*;1079, 25-35
- Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N.C. ve ark. (1994) Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*; 51, 826–836. (özet).
- Amador, X. F. & Gorman, J. M. (1998) Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am*; 21, 27–42.
- Arduini, L., Kalyvoka, A., Stratta, P., ve ark. (2003). Insight and Neuropsychological Function in Patients With Schizophrenia and Bipolar Disorder With Psychotic Features. *Can J Psychiatry*; 48, 338–341.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. & Frith, U. (1985). Does the autistic-child have a theory of mind. *Cognition*; 21, 37–46 (Frith, 2004'ten alınmıştır).

Baron-Cohen, S. (1989). The autistic child's theory of mind: a case of specific developmental delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 30, 285-297.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. & Firth, U. (1995). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*; 21, 37-46.

Bartko, G., Herczeg, I., Zador, G., (1988). Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta. Psychiatr. Scand*; 77, 74–76 (özet).

Beer, J. S. & Oschner K. N. (2006). Social cognition: A multi level analysis. *Brain Research*; 1079, 98-105.

Bertrand, M.C., Sutton, H., Achim, A.M. ve ark. (2007). Social cognitive impairments in first episode psychosis. *Schizophrenia. Research*; 95, 124–133.

Bora, E., Özdemir, F. & Özaşkinlı, S. (2006). Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği'nin Kısaltılmış Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Psychiatry in Türkiye*; 8 (2).

Bora, E., Şehitoğlu, G., Aslier, M. ve ark. (2006). Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia: is poor insight a mentalising deficit? *Eur. Arch. Psych Clin Neurosci.*; 1-9

Brebion, G., Gorman, J. M., Amador, X., Malaspina, D. & Sharif, Z. (2002). Source monitoring impairments in schizophrenia: characterisation and associations with positive and negative symptomatology. *Psychiatry Res*; 112 (1), 27-39 (www.Schizophrenia.com 'dan alınmıştır).

Brüne, M. (2005). "Theory of Mind" in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*; 31 (1), 21-42.

Carpenter, W. T., Bartko J.J., Carpenter C.L. ve ark. (1976). Another view of schizophrenia subtypes. *Archives of General Psychiatry*; 33, 508-516, (Schwartz, 1998'den alınmıştır.)

Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M., ve ark. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. www.pnas.org/ycgiydoi/10.1073/ypnas.0935845100

Carroll, A., Fattah, S., Clyde, C. ve ark. (1999). Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 35, 247–253.

Charman, T., Swettenham, J., Baron-Cohen, S., Cox, A., Baird, G. & Drew, A. (1998). An experimental investigation of social-cognitive abilities in infants with autism: clinical implications. *Infant Mental Health Journal*; 19, 20-275.

Collins, A. A., Remington, G. Y., Coulter, K. & Birkett, K. (1997). Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia; *Schizophrenia Research*; 27, 37-44.

Cooke, M.A., Peters, E.R., Kupiers, E., Kumari, V. (2005). Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.*; 117–1124.

Corcoran, R., Mercer, G. & Frith C. D. (1995). Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 17, 5-13 (özet).

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

Corcoran, R. & Frith C. D. (1996). Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*; 1 (4), 305-318.

Corrigan, P.W., Liberman, R.P., Engel, J.D., (1990). From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp. Community Psychiatry*; 41, 1203–1211 (özet).

Cuesta, M.J., Peralta, V., Zarzuela, A., (1998). Psychopathological dimensions and lack of insight in schizophrenia. *Psychol. Rep*; 83, 895– 898 (özet).

Cutting, J., Murphy, D. (1990). Impaired ability of schizophrenics, relative to manics or depressives, to appreciate social knowledge about their culture. *British Journal of Psychiatry*; 157, 355– 358 (Brüne 2005'ten alınmıştır).

Dankı, D., Dilbaz, N., Okay, İ. T. & Telci, Ş. (2007). Şizofreni tanısı olan hastalarda içgörünün aile öyküsü, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 8(2), 129-136.

Debowska, G., Grzywa, A., Kucharska-Pietura, K., (1998). Insight in paranoid schizophrenia its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Comp. Psychiatry*; 39, 255– 260 (özet).

Değirmencioğlu, B. (2008). Tamamlanmamış yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi.

Dickerson, F.B., Boronow, J.J., Ringel, N. & Parente, F., (1997). Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 48, 195–199. (Keshavan ve ark., 2004'den alınmıştır.).

Doody, G. A., Goetz, M. ve ark. (1998). Theory of mind and psychoses. *Psychological Medicine*; 28, 397-405 (özet).

Dökmen, Ü. (1990). Yeni bir Empati Modeli Ve Empatik Becerinin İki Farklı Yaklaşımla Ölçülmesi. *Psikoloji Dergisi*; 7 (24), 42-50 (Toy, S. (2007) Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezinden alınmıştır).

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

Drury, V. M., Birchwood, M. & Robinson (1998). Theory of mind skills in an acute episod of psychosis and following recovery. *Psychological Medicine*; 28, 1101-1112 (özet).

Dyck, M.J., Ferguson, K., Shochet, M., (2001). Do autism spectrum differ from each other and from non-spectrum disorders on emotion recognition tests. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*; 10, 105– 116 (Abu-Akel, A. & Abushua'leh, K., 2004'den alınmıştır).

Edwards, J., Pattison, P.E., Jackson, H.J. (2001). Facial affect and affective prosody recognition in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia. Research*; 48 (2–3), 235–253.

Farrow, T. F., Zheng, Y., Wilkinson, I. D., Spence, S. A. ve ark. (2001). Investigating the functional anatomy of empathy and forgiveness. *Neuroreport*; 12, 2433–2438 (özet).

Fine, C., Lumsden, J. & Blair, R. J. (2001). Dissociation between 'theory of mind' and executive functions in a patient with early left amygdala damage. *Brain*; 124, 287–298.

Freudenreich, O., Deckersbach, T. & Goff, D. C. (2004). Insight into current symptoms of schizophrenia. Association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatr Scand*; 110, 14–20.

Frith, C. D. (1992). The cognitive neuropsychiatry of schizophrenia. Hove, UK. Psychology Press. (Harrington, 2005'ten alınmıştır).

Frith, U. (2001). Mind blindness and the brain in autism. *Neuron*; 32, 969–979(özet).

Frith, U. (2001). The biological basis of social interaction. *Curr. Dir. Psychol. Sci*; 10, 151–155 (özet).

Frith, C. D. (2004). Schizophrenia and theory of mind. *Psychological Medicine*; 34: 385-389.

Gallagher, H. L. Frith, C. (2003). Functional İmaging of "ToM". *Trends in Cognitive Sciences*; 7(2), 77-83.

Gallese, V. (2001) The "shared manifold" hypothesis: from mirror neurons to empathy. To appear in *Journal of Consciousness Studies*.

Gillberg, C. L. (1992). Autism and autistic-like conditions: subclasses among disorders of empathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*; 33, 813–842 (Lee ve ark., 2004'den alınmıştır).

Gooding, D. & Tallent, K. (2002). Schizophrenia patients' perceptual biases in response to positively and negatively valenced emotion chimeras. *Psychological Medicine*; 32, 1101-1107.

Grattan, L. M., Bloomer, R. H., Archambault, F. X. & Eslinger, P. J. (1994). Cognitive flexibility and empathy after frontal lobe lesion. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*; 7, 251–259 (Lee ve ark., 2004'ten alınmıştır).

Green, M. F., Nuechterlein, K. H., Gold, J. M. ve ark. (2004). Clinical Trials in Schizophrenia: The NIMH-MATRICES Conference to Select Cognitive Domains and Test Criteria. *Bio. Psychiatry*; 56, 301–307.

Hardy-Bayle, M. C. (1994). Organisation de l'action, pheanomeanes de conscienceetrepreasentation mentale de'laction chez des schizophrenes. *Actualities psychiatriques*; 20, 393-400 (Hardy-Bayle ve ark., 1997'den alınmıştır).

Harrington, L., Siegert, R. J. & McClure, J. (2005). Theory of mind in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*; 10 (4), 249.

Hoffmann, H. & Kupper, Z. (1997). Relationships between social competence, psychopathology and work performance and their predictive value for vocational rehabilitation of schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Research*; 23, 69–79

Hooker, C. & Park, S. (2002). Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*; 112, 41–50.

Kasapis C, Amador X. F., Yale S. A., Strauss D. & Gorman J. M. Poor Insight in Schizophrenia: Neuropsychological and Defensive Aspects. *Schizophrenia Research*; 20,123 (özet).

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bul*; 13, 261-275.

Kemp, R., David, A., (1996). Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Br. J. Psychiatry*;169, 44– 450 (özet).

Keshavan, M. S., Rabinowitz, J., DeSmedt, G. ve ark (2004). Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*; 70, 187– 194.

Kim, Y., Sakamoto, K., Kamo, T., Sakamura, Y., Miyaoka, H., (1997). Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Comp. Psychiatry*; 38, 117–123 (Keshavan ve ark., 2004'ten alınmıştır).

Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. (1999) Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*;14, 23-32.

Langdon, R., McLaren, J. (2005). Insight in schizophrenia: The role of theory of mind. *Aust&New Zealand J of Psyc*; 39 (2), 133 (özet).

Langdon, R., Michie, P.T., Ward, P.B., ve ark. (1997). Defective self and/or other mentalising in schizophrenia: A cognitive neuropsychological approach. *Cognitive Neuropsychiatry*; 2, 167–193 (Brüne, 2005'ten alınmıştır.).

Lee, K. H., Farrow, T. F. D., Spence, S. A. & Woodruff, P. W. R. (2004). Social cognition, brain networks and schizophrenia. *Psychological Medicine*; 34, 391-400.

Lysaker P.H., Carcione A., Dimaggio G. ve ark., (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: association with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *ACTA Psychiatr Scand.*; 112, 64–71 (Bora ve ark., 2006'dan alınmıştır).

Marks, K.A., Fastenau, P.S., Lysaker, P.H., Bond, G.R. (2000). Self- Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 27, 203–211.

Mazza, M., DeRisso, A. ve ark. (2001). Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 47, 299-308.

Mazza, M., De Risio, A., Tozzini, C. ve ark., (2003). Machiavellinism and theory of mind in people affected by schizophrenia. *Brain and Cognition*; 51, 262–269 (Brüne 2005'ten alınmıştır)..

McEvoy, J. P., Apperson, L. J. & Appelbaum P. S. (1989). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis*; 177 (1), 43-7 (Mintz ve ark., 2003'ten alınmıştır).

Mccabe, R., Quayle E., Beirne, A. D. & Duane M. M. (2002). Insight, Global Neuropsychological Functioning, and Symptomatology in Chronic Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*; 190, 519 –525.

McGlashan T. H., Carpenter W. T. (1981). Does attitude towards psychosis relate to outcome? *Am J Psychiatry*; 138, 97-801 (Moore ve ark.,1999'dan alınmıştır).

Mintz, A. R., Dobson, K. S. & Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*; 61 (1), 75-88.

Montag, C., Heinz, A., Kunz, D. & Gallinat, J. (2007). Self-reported empathic abilities in schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 92, 85-89.

Moore, O., Cassidy, E., Carr A. & O'Callaghan E. (1999). Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European Psychiatry*; 14, 264-9.

Mueser, K. T. ve ark. (1996). Emotion Recognition and Social Competence in Chronic Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*; 105 (2), 271-275.

Mueser, K. T., Penn, D. L., Blanchard, J. J. & Bellack, A. S. (1997). Affect recognition in schizophrenia: a synthesis of findings across three studies. *Psychiatry*; 60, 301-308 (özet).

Novak-Grubick, V. & Tavcar, R. (1999). Treatment compliance in first episod schizophrenia. *Psyhatriq service*; 50, 190 (özet).

Osatukea, K., Cieslaa, J., Kasckowb, J. W. ve ark. (2008). Insight in schizophrenia: a review of etiological models and supporting research. *Comprehensive Psychiatry*; 49 (1), 70-7

O'Sullivan, M., Guilford, J.P. (Eds.) (1976). Four Factor Tests of Social Intelligence (Behavioral Cognition): Manual of Instructions and Interpretations. Sheridan Psychological Services, Inc., Orange, CA. (Bertrand ve ark., 2007'den alınmıştır.)

Penn, D.L., Corrigan, P.W., Bentall, R.P., Racenstein, J.M., Newman, L., (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*;121, 114–132.

Perner, J., Frith, U., Leslie, A.M. and Leekham, S.R (1989). Exploration of the autistic child's theory of mind: knowledge, belief and communication. *Child Development*; 60, 689-700 (Corcoran ve ark., 1997'den alınmıştır).

Pinkham, A.E., Penn, D.L., Perkins, D.O., Lieberman, J., (2003). Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*; 160, 815– 824.

Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behavioral and Brain sciences*; 1, 515-526 (Harrington ve ark., 2005'ten alınmıştır).

Peralta, V., Cuesta, M.J., (1998). Factor structure and clinical validity of competing models of positive symptoms in schizophrenia. *Biological Psychiatry*; 44, 107–114 (Keshavan, 2004'ten alınmıştır.)

Pickup, G. J. & Frith, C.D. (2001). Theory of mind impairments in schizophrenia: Symptomatology, severity and specificity. *Psychological Medicine*; 31, 207–220 (özet).

Pilowsky, T., Yirmiya, N. ve ark. (2000). Theory of mind abilities of children with schizophrenia, children with autism and normally developing children. *Schizophrenia Research*; 42, 145-155.

Rankin, K. P., Gorno-Tempini, M. L., Allison, S. C. ve ark. (2006). Structural anatomy of empathy in neurodegenerative disease. *Brain*; 129, 2945-2956.

Roncone, R., Falloon, R. H., Mazza, M. ve ark. (2002). Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology* 35:280–288.

Rossell SL, Coakes J, Shapleske J, Woodruff PW, David AS. Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychol Med*; 33, 111-119

Sanz M., Constable G., Lopez-Ibor I., Kemp R., David A.S. (1998). A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol. Medicine*; 28, 437–446 (McCabe ve ark.,2002'den alınmıştır.).

Sarfati, Y., Hardy-Bayle, M. C., Nadel, J. ve ark. (1997). Attribution of mental states to others by schizophrenic patients. *Cognitive neuropsychiatry*; 2 (1), 1-7.

Sarfati, Y., Hardy-Bayle, M. C. ve ark. (1999). How the people with schizophrenia explain the behavior of others? A study of mind and its relationship to thought and speech disorganisation in schizophrenia. *Psychological Medicine*; 29, 613-620 (özet).

Schwartz R. C. (1998). The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*; 69 (1).

Schwartz R. C. (2000). Insight and Suicidality in Schizophrenia: A Replication Study. *J of nervous and mental disease*; 188(4), 235-237.

Schwartz, R.C., Petersen, S., (1999). The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.*; 187, 376– 378.

Sergi, M. C., Rassovsky, Y., Widmark, C. Ve ark. (2007). Social cognition in schizophrenia: Relationships with neurocognition and negative symptoms. *Schizophrenia Research*; 90, 316–324.

Siegal, M. & Varley, R. (2002). Neural systems involved in ‘theory of mind’. *Nature Reviews Neuroscience*; 3, 463–471(Lee ve ark.,2004’ten alınmıştır).

Shad, M. U., Tamminga, C. A., Cullum, M. ve ark. (2006). Insight and frontal cortical function in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Research*; 86, 54–70.

Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., ve ark. (2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*; 149, 11–23.

Smith, T. E., Hull, J. V. & Santos, L. (1998). The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophrenia Research*; 33, 63–67.

Smith T.E., Hull J.W., Israel L.M., Willson D.F. (2000). Insight, symptoms and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder *Schizophr Bulletin*; 26,193–200 (özet).

Stone, V. E., Baron-Cohen, S. & Knight, R. T. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*; 10, 640–656.

Strauss, J. S., Carpenter, W. T. Jr. & Bartko, J. J. (1974). The diagnosis and understanding of schizophrenia. Part III. Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin*;11, 61–69 (Lee ve ark.,2004'ten alınmıştır).

Sullivan, RJ and Allen, JS.(1999) Social deficits associated with schizophrenia in terms of interpersonal Machiavellianism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 99,148–154 (Brüne 2005'ten alınmıştır).

Takai A, Uematsu M, Ueki H, Sone K, Kaiya H. Insight and its related factors in chronic schizophrenic patients: a preliminary study. *Eur J Psychiatry* 1992;6:159-70.

Tirupati, S., Padmavati, R., Thara, R. & McCreadie, R. G. (2007). Insight and psychopathology in never-treated schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*; 48, 264– 268.

Thompson, K.N., McGorry, P.D., Harrigan, S.M., (2001). Reduced awareness of illness in first-episode psychosis. *Comp. Psychiatry*; 42, 498– 503 (Keshavan ve ark, 2004'ten alınmıştır).

The Neurological Basis for Impaired Insight in Schizophrenia: A Review of the Research. www.Schizophrenia.com

Varga, M., Magnusson, A., Flekkoy, K. ve ark. (2007). Clinical and neuropsychological correlates of insight in schizophrenia and bipolar I disorder: does diagnosis matter? *Comprehensive Psychiatry*; 48, 583–591.

Völlm, B. A. Taylor, A. N., Richardson, P. ve ark. (2005). Neuronal correlates of theory of mind and empathy:A functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. *NeuroImage*; 29, 90 – 98.

Walker, E. F., Marwit, S. J. & Emory, E. (1980). A cross-sectional study of emotion recognition in schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*; 89, 428-426 (Gooding & Tallent, 2002'den alınmıştır).

Young, D. A., Davila, R. & Scher, H. (1993). Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*;10 (2), 117-124 (özet).

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (HASTALAR İÇİN)

Şizofreni; düşünce, algı, duygu, hareket ve davranış bozukluklarına yol açabilecek ruhsal bir bozukluktur. Şizofreninin toplumda yaşam boyu görülme sıklığı yaklaşık % 1'dir. Şizofreni hastalarında sosyal işlev bozuklukları sık olarak gözlenmektedir. Empati, içgörü ve zihin teorisi sosyal işlevselliği oluşturan önemli parçalardır. Daha önce birçok araştırmada bu yeteneklerin şizofreni hastalarında bozulduğu bulunmuştur. Ancak bu üç kavramın bir arada araştırıldığı bir çalışma yoktur. Buradan yola çıkarak, bu araştırmada şizofreni hastalarının empati, içgörü ve zihin teorisi yetenekleri düzeylerini incelemeyi amaçlıyoruz.

Bu araştırmaya şizofreni tanısı almış 100 hasta ile 100 sağlıklı gönüllü alınacaktır. Hasta grubu ile benzer yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyinde; herhangi psikiyatrik bir hastalığı olmayan sağlıklı gönüllüler, kontrol grubunu oluşturacaktır.

Hastalara uygulanacak işlemler şöyle olacaktır : Önce ayrıntılı bir psikiyatrik görüşme gerçekleştirilecek; ardından DSM - IV tanı kriterlerine göre şizofreni alt tipi, sanrı tipleri, hastalığın süresi, hastalığın başlangıç yaşı, tedaviye verdiği yanıt, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsünü içeren hastalık ve sosyodemografik bilgi formu; empati yeteneğini ölçmek amacıyla Empatik Beceri Ölçeği; hastalığın farkında olmasıyla ilgili olarak Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği; zihin teorisi yeteneğini ölçmek için Zihin Teorisi Ölçeği uygulanacaktır. Testler sırayla uygulanacak; hasta istediği takdirde 15'er dakikalık molalar verilecektir. Testler herhangi bir bedensel temas ya da girişimi gerektirmeyen testler olup uygulayıcı ile karşılıklı ve sözel olarak gerçekleşecektir.

(Sağlıklı gönüllülere ise sosyodemografik bilgi formu; Empatik Beceri Ölçeği ve Zihin Teorisi Ölçeği uygulanacaktır.)

Yapılan çalışma şu anda size veya ailenize bir tanı hizmeti vermeyebilir, ancak uzun vadede hastalığınızla ilgili elde edilebilecek sonuçlar etkilenmiş kişi ve ailelere 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 aldığımız süre içerisinde kayıtlarımızın 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 red etme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahiptir. Bu çalışmaya katılmanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan, gereklilik ortaya çıkarsa olguyu araştırma dışı bırakabilir.

Hastanın beyanı

...Nur ERDİL.....tarafından “Şizofrenide Zihin Teorisi, Empati ve İçgörü Yeteneklerinin Klinik Değişikler ile Değerlendirilmesi: Şizofreni Belirtilerinin Gruplanması Belirleyecek Özgün Bir Model Oluşturma” isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmanın amacı ve uygulanma biçimi ile verdiğim bilgiler ile ilgili gizliliğin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında temas kuracağım05398699281...telefon numarası verildi. İstedğim zaman kendisiyle temasa geçebilirim. İstedğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmamam veya katılıp daha sonra araştırmadan çekilmem durumunda tedavi ve tetkiklerimin bundan etkilenmeyeceği belirtildi. Bu araştırmaya kendi gönüllü olurumla katılmayı kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı Doğum tarihi Adres/Tel İmza

Veli/Vasi Adı Soyadı Doğum tarihi Adres/Tel İmza

Tanık Adı Soyadı Doğum tarihi Adres/Tel İmza

Hekim Adı Soyadı Adres/Tel İmza

Görüşme tarihi ve saati:

EK 2 BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (SAĞLIKLI LAR İÇİN)

Şizofreni; düşünce, algı, duygu, hareket ve davranış bozukluklarına yol açabilecek ruhsal bir bozukluktur. Şizofreninin toplumda yaşam boyu görülme sıklığı yaklaşık % 1'dir. Şizofreni hastalarında sosyal işlev bozuklukları sık olarak gözlenmektedir. Empati, içgörü ve zihin teorisi sosyal işlevselliği oluşturan önemli parçalardır. Daha önce birçok araştırmada bu yeteneklerin şizofreni hastalarında bozulduğu bulunmuştur. Ancak bu üç kavramın bir arada araştırıldığı bir çalışma yoktur. Buradan yola çıkarak, bu araştırmada şizofreni hastalarının empati, içgörü ve zihin teorisi yetenekleri düzeylerini incelemeyi amaçlıyoruz.

Bu araştırmaya şizofreni tanısı almış 100 hasta ile 100 sağlıklı gönüllü alınacaktır. Hasta grubu ile benzer yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyinde; herhangi psikiyatrik bir hastalığı olmayan sağlıklı gönüllüler, kontrol grubunu oluşturacaktır.

Hastalara uygulanacak işlemler şöyle olacaktır : Önce ayrıntılı bir psikiyatrik görüşme gerçekleştirilecek; ardından DSM - IV tanı kriterlerine göre şizofreni alt tipi, sanrı tipleri, hastalığın süresi, hastalığın başlangıç yaşı, tedaviye verdiği yanıt, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsünü içeren hastalık ve sosyodemografik bilgi formu; empati yeteneğini ölçmek amacıyla Empatik Beceri Ölçeği; hastalığın farkında olmasıyla ilgili olarak Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği; zihin teorisi yeteneğini ölçmek için Zihin Teorisi Ölçeği uygulanacaktır. Testler sırayla uygulanacak; hasta istediği takdirde 15'er dakikalık molalar verilecektir. Testler herhangi bir bedensel temas ya da girişimi gerektirmeyen testler olup uygulayıcı ile karşılıklı ve sözel olarak gerçekleşecektir.

(Sağlıklı gönüllülere ise sosyodemografik bilgi formu, Empatik Beceri Ölçeği ve Zihin Teorisi Ölçeği uygulanacaktır.)

Yapılan çalışma şu anda size veya ailenize bir tanı hizmeti vermeyebilir, ancak uzun vadede hastalığınızla ilgili elde edilebilecek sonuçlar etkilenmiş kişi ve ailelere 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 çalışmaya katılmayı red etme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan, gereklilik ortaya çıkarsa olguyu araştırma dışı bırakabilir.

EK 3

DOKUZ EYLÜL ZİHİN TEORİSİ ÖLÇEĞİ (DEZTÖ)

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 oyuncasını 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 ziyaret 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, ziyaret 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 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 hissedirdi?

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 olmalıdır?

CEVAP SÜTUNU VE PUANLAMA

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: Üzülmiştir 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: Çekmece, dosyada gibi, doğru cevabın dışındaki herhangi bir cevap.

15. GÖREV:

Doğru Cevap: Yaratıcılık, yazarların yaratıcı olması gerektiği, her yazının yepyeni olduğu 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 harcıyıp 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, aşağılanmış gibi duyguları içeren herhangi bir cevap.

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

EK 4

EMPATİK BECERİ ÖLÇEĞİ (EBÖ)

Aşağıda altı durum ve her duruma ilişkin on iki tepki verilmiştir. Bu durumları ve bunlara ait tepkilerin her birini okuduktan sonra, her durum için, verilen on iki tepkiden sorun sahibine söylemeyi tercih edeceğiniz dört tepkiyi seçiniz ve işaretleyiniz. Sorunun dışına çıkmadan anlatıldığı kadarıyla değerlendiriniz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

I. Kişi (ev hanımı)

Yemek, çamaşır, temizlik, dikiş, alış-veriş, çocuklar... Bütün gün tek başıma koşturuyorum, yine de yetişemiyorum. Kendime ayıracak beş dakikam yok. Kendimi mutfakla banyo arasında hapsolmuş hissediyorum.

1. Ev işlerine yardım edecek bir yardımcı kadın tutmayı hiç düşündün mü?
2. Bütün bu işler günde kaç saatini alıyor?
3. Eşin hiç yardım ediyor mu?
4. Anladığım kadarıyla ev işleri sana çok ağır geliyor.
5. Ev işlerini yapan, dünyada bir tek sen değilsin, bu durumu böyle mesele yapmak doğru değil.
6. Haklısın, bu kadar iş insanı gerçekten bunalır.
7. Bence senin problemin, işleri becerememen değil, işlerin çok olması.
8. Senin yerinde olsam, ben de bunalırdım.
9. Sanırım bunca iş karşısında kendini çaresiz ve yalnız hissediyorsun.
10. Sana katılıyorum, ev işleri gerçekten kolaydır.
11. Annem de (veya bir başka yakınınız), senin gibi sürekli ev işi yapmaktan bunalıyor.
12. Sanırım, bu kadar çok işi tek başına yapmak zorunda kalman seni öfkeliyor.

II. Kişi (bir arkadaşınız)

Bir miras meselesi yüzünden babamla amcam kavga ettiler. Aslında ben ikisini de severim. Aralarını bulmaya çalıştım daha da kötü oldu. Babam dün “bir daha o adamla konuşmayacaksın” dedi. Gerçi, miras konusunda babam haklı gibi, ama amcamdan da vazgeçemem ki. Bunca yıl bize ikinci baba oldu. Üç kuruş için, bu çektiğimize değer mi?

1. Her ailede böyle problemler olabilir, kardeş kardeşin ne öldüğünü istermiş ne güldüğünü.
2. Bence üzülmen gereksiz, sonunda nasıl olsa barışırsınız.
3. Anladığım kadarıyla bu kavga seni çok üzmüş.
4. Senin yerinde olsaydım ben de çok üzülürdüm.
5. Kendini iki sevdiğin kişinin arasında kalmış hissediyorsun, bu da seni çaresizliğe itiyor.
6. İki kardeşin problemini anlaşılarak çözümlerine sevindim.
7. Bence güvenilir bir hukukçu bulup onun hakemliğine başvurmalısınız.
8. İki sevdiğin kişi arasında seçim yapmak zorunda kalman seni öfkeliyor.

9. Parayla mutluluk olmaz, dostluk her şeyden önemlidir.
10. Eğer babanın tarafını tutarsan amcana karşı haksızlık ettiğini düşüneceksin.
11. Baban “amcanla konuşma” sözünü geçici bir öfke anında söylemiş olabilir.
12. Bu kavganın sebebi, aslında para değil, babanla amcanın ailede üstünlük kurma istekleri olabilir.

III. Kişi (bir dostunuz)

Son günlerde canım sıkılıyor, belli bir sebebi yok ama içimin daraldığını hissediyorum, canım hiçbir şey yapmak istemiyor, amaçsız dolanıyorum. Üstelik bu sıkıntımı kimse ile paylaşamıyorum.

1. Sıkıntının nedenini araştırdın mı?
2. Senin böyle sıkılıyor olmana üzüldüm.
3. Bence kendini meşgul edecek bir hobi bulmalısın.
4. İçinde tanımlayamadığın bir heyecan hissediyorsun ve kötü bir şeyler olacakmış gibi geliyor.
5. Bazen ben de senin gibi sıkıntı hissederim.
6. Sanırım şu sıralarda kendini yalnız hissediyorsun.
7. Herhalde bilinç altındaki bir takım duygular böyle hissetmene yol açıyordur.
8. Sebebini bilmediğin yoğun bir sıkıntı içindesin.
9. Geceleri sıkıntılı rüyalar gördüğün de oluyor mu?
10. Kendini böylesine bırakman doğru değil.
11. Dünyada öyle büyük dertleri olan insanlar var ki, onlar senin bu sebepsiz sıkıntını dertten saymazlar.
12. Son günlerde istediğini elde etmen beni sevindirdi.

IV. Kişi (bir genç)

Başımın yan tarafında bir tutam saç var, ne yapsam yatıramıyorum. İslatıyorum olmuyor, bağıyorum olmuyor. Ne zaman aynaya baksam neşem kaçıyor.

1. Bu önemli bir problem değil, kafanı takma.
2. Kafanın dışı değil, içi önemlidir; sen kişiliğini geliştirmeye çalış.
3. Saçının yatmaması seni üzüyor.
4. Saçının dökülmesi beni üzdü.
5. Berber halledemiyor mu?
6. Başkalarının yanında her zaman derli-toplu gözükme istiyorsun.
7. Her zaman kusursuz bir insan olmak istiyorsun.
8. Saçınla bu kadar uğraşmak zorunda kalman seni sinirlendiriyor.
9. Bence bu önemli bir sorun değil ama bu işin seni rahatsız etmesine üzüldüm.
10. Bunu sakın arkadaşlarına söyleme seninle dalga geçebilirler, sen de üzülürsün.
11. Küçük bir şey için bile olsa, başkaları tarafından eleştirilmek seni üzüyor.
12. Bence seni asıl kızdıran, saçının yatmaması değil, bu işe çok zaman harcıyor olman.

V. Kişi (bir genç kız)

Annem geçen hafta doğum günümde, bana nefis bir atkı hediye etti. Verirken de “sana özel bir şey bulabilmek için şehrin altını üstüne getirdim” dedi. Dün ne öğrensem beğenirsin? Başka şehirde oturan bir ablam var. Annem, bana aldığıının aynısını üç ay önce ona da almış. Bunu öğrenince perişan oldum. Şu anda son derece kötü hissediyorum kendimi.

1. Annene niçin böyle davrandığını sordun mu?
2. Annen, hem sana hem de ablana “özel” bir hediye alabilir, çünkü ikinizi de seviyordur. Bence olaya bu açıdan bakmalısın.
3. Bence bu konuda bencillik ediyorsun.
4. Bu olay seni üzmüş.
5. Bu olay karşısında, sanırım kendini aldatılmış hissetmişsin.
6. Galiba ablanı biraz kıskanıyorsun.
7. İki atkının tamamen benzer olduğundan emin misin?
8. Annenin sana, senin sandığın kadar değer verip vermediğini merak ediyorsun.
9. Senin yerimde olsaydım ben de üzülürdüm.
10. Annenin gözünde özel bir yerin olmasına sevinmişsin, şimdi bu sevincinin yerini üzüntü aldı.
11. Annen ablanı her zaman böyle eleştirir mi?
12. Annene oldukça öfkелisin.

VI. Kişi (bir öğrenci)

Son zamanlarda hiç ders çalışmıyorum. Sürekli kahvedeyim. Kağıt oynamak zevk veriyor ama kahveden çıkarken her seferinde derin bir pişmanlık duyuyorum, böyle giderse okulu bitiremeyeceğim. Bitiremezsem halim ne olur? Ne iş yaparım? Sonra anama-babama, konuya-komşuya ne derim?

1. Bu durumu ailen öğrenirse, her halde çok üzülürler.
2. Sınıfınızda senin durumunda olan başka arkadaşların da var mı?
3. Hayatta başarılı olmanın tek yolu okul bitirmek değildir. Okul bitirmemiş nice başarılı insan var.
4. İçinde bulunduğun durum seni çok sıkıyor, kaygılanmana yol açıyor.
5. Çalışmak istediğin halde çalışmıyorsun, kendi kendine söz geçiremiyor olman seni huzursuz ediyor.
6. Bence rahatlamak için bir psikoloğa başvurmalısın.
7. Konu komşunun ne düşüneceklerini kafana takma, kendini derslere ver.
8. Bu problemin beni üzdü.
9. Hem gelecekte iyi bir yaşantı elde edememekten hem de ana babanı incitmekten korkuyorsun.
10. Hiçbir derse mi çalışmıyorsun yoksa bazı derslere mi?
11. Bence kendine fazla yükleniyorsun, telaşın ve sıkıntın bu yüzden.
12. Çok çalıştığın halde dersleri başaramaman üzücü.

Açıklama ve puanlama:

Denek, altı sorundan her birisini okuduktan sonra, bu sorunun altındaki on iki tepkiyi teker teker okuyacak, bu on iki tepkiden “sorun sahibine söylemeyi tercih edebileceği” dört tepkiyi seçip yanlarına işaret koyacak. Seçtiği dört tepkiyi önem sırasına koyması gerekli değil. Denek $6 \times 4 = 24$ tepki seçmiş olacak. Seçtiği tepkilerden her birisine daha sonra siz birer puan vereceksiniz. (Hangi maddeye kaç puan verileceğine ilişkin anahtar aşağıdadır.) Sonuçta, bir denek, seçtiği 24 adet tepkinin her birisi için bir puan alacak; bu puanların toplamı o deneğin Empatik Beceri Ölçeği’nden aldığı puan olacak. Puanın yüksek olması, empatik becerinin yüksek olduğu, düşük olması ise düşük olduğu anlamına geliyor.

Her sorunun altındaki on iki tepkiden bir tanesi anlamsızdır; eğer denek bu anlamsız tepkilerden bir tanesini bile seçerse, “ölçeği yeterince okumadan cevap verdiği” gerekçesiyle denekliği iptal edilir. Her durumdaki anlamsız tepki, yanına puan yazılmayıp boş bırakılarak belirtilmiştir.

Prof. Dr. Üstün Dökmen

Madde	I. Kişi	II. Kişi	III. Kişi	IV. Kişi	V. Kişi	VI. Kişi
1	3	1	3	3	8	1
2	8	7	6	3	3	3
3	3	9	3	9	2	3
4	9	6	10	-	7	9
5	2	10	5	3	10	10
6	7	-	10	10	4	3
7	4	3	4	4	3	3
8	6	10	9	10	10	6
9	10	1	3	6	6	10
10	- (ilgisiz)	8	2	1	9	8
11	5	4	1	4	-	4
12	10	4	-	4	9	-

EK 5

AKIL HASTALARINDA İÇGÖRÜSÜZLÜK ÖLÇEĞİ'NİN KISALTILMIŞ FORMU (AHİÖ)

Bu ölçeğin uygulanması için hastanın aşağıdaki semptomlardan birine sahip olması gerekir.

Öncelikle hastanın araştırılan dönemde hangi semptomları olduğu saptanmalıdır. Semptomların şiddetinden çok açıkça bulunması önemlidir. Ölçek doldurulmadan önce semptom tarama çizelgesi doldurulmalıdır. Güncel sütununa hastanın semptomlarına görüşme sırasındaki farkındalık düzeyi işaretlenir. Geçmiş sütununa daha önceki bir dönemdeki semptomların farkındalık düzeyi işaretlenir. Geçmişte seçilen bir zamanda (Örneğin son psikotik alevlenmesini yaşadığı dönem) hastanın semptomların ne kadar farkında olduğu sorgulanır. Araştırmanın amacına göre incelenen dönem değişebilir.

Semptomların farkındalık düzeyinden sonra 1-3 arası puan alan (en azından kısmi içgörüsü korunmuş) maddelerin ne ölçüde hastalığa atfedildiği sorgulanır. Semptom tarama çizelgesi

Semptomların hangi dönemde görüldüğü şimdi (Ş) ya da geçmiş (G) harfleri yuvarlak içine alınarak işaretlenir.

Madde

4 Ş G Varsanı

5 Ş G Sanrı

6 Ş G Düşünce bozukluğu

7 Ş G Aloji

8 Ş G Künt duygulanım

9 Ş G Apati

10 Ş G Anhedoni/Asosyallik

1- Ruhsal bozukluğun farkında olma düzeyi

Hasta bir ruhsal bozukluğu ya da psikiyatrik bir sorunu olduğunu kabul ediyor mu?

Ş G

0 0 Değerlendirilemedi.

1 1 Farkında: Hasta açık bir şekilde ruhsal bir hastalığı olduğuna inanıyor.

2 2

3 3 Kısmi: Bir ruhsal bozukluğu olabileceği konusunda şüphe içinde ama hasta olabileceği düşüncesini dikkate alabiliyor.

4 4

5 5 Farkında değil: Bir ruhsal bozukluğu olmadığını düşünüyor.

2- İlaç tedavisinin etkilerinin farkında olma düzeyi

Hasta ilacın etkisiyle ilgili ne düşünüyor? Hasta ilaçların semptomlarının yoğunluğu ve sıklığını azalttığını

düşünüyor mu?

Ş G

0 0 Değerlendirilemedi ya da uygun değil.

1 1 Farkında: Hasta açık bir şekilde ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet

ve sıklığını azalttığını düşünüyor.

2 2

3 3 Kısmi: Hasta ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azaltıp azaltmadığı konusunda şüpheli ama ilaçların etkili olmuş olabileceği fikrini dikkate alabiliyor.

4 4

5 5 Farkında değil: Hasta ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azaltmadığını düşünüyor.

3- Ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının farkında olma düzeyi

Hastanın hastaneye yatırılması, isteği dışında tedavi edilmesi, tutuklanması, kovulması, yaralanması ve yaşadığı

diğer sosyal sorunlar hakkındaki düşüncesi nedir?

Ş G

0 0 Değerlendirilemedi ya da uygun değil.

1 1 Farkında: Hasta açık bir şekilde yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu

olduğuna inanıyor.

2 2

3 3 Kısmi: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığıyla ilgili olduğu konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor.

4 4

5 5 Farkında değil: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanmıyor.

4- 10 farkında olma düzeyi

Hasta farkında mı ?

Ş G

0 0 Değerlendirilemedi ya da uygun değil.

1 1 Farkında: Hasta açık bir şekildeinanıyor.

2 2

3 3 Kısmi: Hasta..... konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor.

4 4

5 5 Farkında değil: Hasta.....inanmıyor.

Atf: Hasta bu yaşantısını nasıl açıklıyor? (İlk soruda 1-3 arası puan alırsa uygula)

Ş G

0 0 Değerlendirilemedi ya da uygun değil.

1 1 Doğru: Semptom ruhsal bozukluğa bağlı.

2 2

3 3 Kısmi: Emin değil fakat ruhsal bozukluğun sonucu olabileceği olasılığını dikkate alıyor.

4 4

5 5 Doğru değil: Semptom ruhsal bozuklukla ilgili değildir.