

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÖYKÜSEL TERAPİ TEKNİKLERİNİN
UYGULANDIĞI ve DUYGU TEMALİ VİDEO GÖSTERİMİ YAPILAN İKİ GRUBUN
TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK, DAMGALANMA, DUYGU TANIMA ve US-KURAMI
AÇISINDAN GELİŞİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mehmet Buğrahan GÜRCAN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2020

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÖYKÜSEL TERAPİ TEKNİKLERİNİN
UYGULANDIĞI ve DUYGU TEMALİ VİDEO GÖSTERİMİ YAPILAN İKİ GRUBUN
TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK, DAMGALANMA, DUYGU TANIMA ve US-KURAMI
AÇISINDAN GELİŞİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mehmet Buğrahan GÜRCAN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

Etik Kurul Onay Nu: KÜ GOKAEK 2018/129

2020

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

TEŞEKKÜRLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	iv
ÇİZELGE DİZİNİ	v
1.GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER	1
1.1. Şizofreni tanımı	1
1.1.1. Tarihçe	1
1.1.2. Sıklık ve Yaygınlık	1
1.1.3. Klinik Özellikler	2
1.1.4. Şizofreni Sağaltımı	3
1.2. Toplumsal Biliş	4
1.2.1. Us Kuramı (Zihin teorisi, Zihin kuramı)	5
1.2.2. Duygu İşleme	6
1.2.3. Yükleme yanlılığı (atıf yanlılığı)	6
1.2.4. Toplumsal Algı	7
1.2.5. Toplumsal Bilgi	7
1.3. Toplumsal İşlevsellik	7
1.4. Şizofrenide Toplumsal Bilişin İşlevsellik ile İlişkisi	7
1.5. Şizofreni ve Us-kuramı	8
1.6. Şizofreni ve Grup Tedavileri	9
1.7. Anlatı tedavisi	9
1.8. İzleti tedavisi	10
2. AMAÇ	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1. Örneklem	12
3.2. Çalışmada Kullanılan Gereçler	12
3.2.1. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	12
3.2.2. Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGİ-Ş)	12
3.2.3. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD)	12
3.2.4. Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi)	13
3.2.5. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA)	13
3.2.6. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği (DEZİKÖ)	13
3.2.7. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ)	13
3.3. İşlem	14
3.3.1. Grup Tedavileri	14
3.3.2. Öyküsel Terapi Tekniklerinin Kullanıldığı Anlatı Tedavisi	14
3.3.3. Duygu Odaklı Video Gösterimi Yapılan İzleti Tedavisi	15
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	16
4. BULGULAR	17
5. TARTIŞMA	21
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	26
7. ÖZET	27
8. ABSTRACT	28
9. EKLER	29
10. KAYNAKLAR DİZİNİ	39

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini hissettiğim, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Mustafa YILDIZ'a,

Psikiyatri eğitimimde destekleri, katkıları ve emeklerinden dolayı değerli hocalarım; Prof. Dr. Aslıhan POLAT, Doç.Dr. Cem CERİT, Doç. Dr. Elif TATLIDİL YAYLACI, Prof. Dr. Ümit TURAL, Prof. Dr. Bülent Coşkun' a,

Eğitim sürecinde desteğini esirgemeyen, her türlü zorluğu aşmamda bilgi ve beceresi ile yardımcı olan; varlığı sebebi mutlu ve huzurlu hissettiğim eşim Nur EKİMCİ GÜRCAN'a ve sevgili aileme,

Uzmanlık eğitimim sürecinde birlikte çalışmaktan zevk aldığı asistan arkadaşlarıma,

Birlikte çalışarak çok şey öğrendiğim ve birçok konuda paylaşımında bulunduğum psikoz ekibine,

Tezimin her aşamasında desteklerini eksik etmeyen birlikte çalışmaktan ve üretmekten mutlu olduğum Aysel İncedere ve F. Betül Abut' a,

Birlikte çalıştığım için şanslı hissettiğim mesai arkadaşlarıma,

Çok şey öğrendiğim hastalarıma

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

KISALTMALAR DİZİNİ

DEZİKÖ: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği

BDYİ: Birinci Derece Yanlış İnanç

İDYİ: İkinci Derece Yanlış İnanç

TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği

DSM-V: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı 5. Sürümü

EKT: Elektrikli Nöbet Tedavisi

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

KGİ-Ş: Klinik Genel İzlenim-Şiddet

İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi

Gözler Testi: Gözlerden Zihin Okuma Testi

MoCA: Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği

ÇİZELGE DİZİNİ

Çizelge 1: Hastaların sosyodemografik özellikleri	17
Çizelge 2: Psikopatoloji, bilişsel işlevler, us-kuramı ve toplumsal işlevsellik ölçeklerinin ön-test son-test karşılaştırması	17
Çizelge 3: DEZİKÖ alt-ölçekleri ön-test son-test karşılaştırması	19
Çizelge 4: Us-kuramı ve işlevsellik ölçekleri son-test puanları arasındaki bağıntı analizi	19
Çizelge 5: Gözler Testi ve DEZİKÖ alt ölçekleri son-test puanları arasındaki bağıntı analizi	20

1. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

Bu bölümde şizofreni, toplumsal biliş alanları, toplumsal işlevsellik ve alanyazıda bu alanları geliştirmek amacı ile yapılmış çalışmalara değinilecektir.

1.1. Şizofreni Tanımı

Şizofreni genç yaşta başlayan, öz bakım, kişiler arası ilişkiler, bilişsel yetiler, algılama, duygulanım, düşünce ve davranış alanlarında bozulmalarla giden bir hastalıktır.^{1,2}

1.1.1. Tarihçe

Eski çağ Sanskrit ve Hipokrat okuluna bağlı Yunan hekimlerinin yazılarında şizofreni hastalığının belirtilerini gösteren ruhsal hastalıkların tanımlandığı bildirilmektedir. 18. yüzyılda John Haslam ve George Man gençlik çağında başlayan içe kapanma ve düşünce bozukluğu ile giden endojen bir hastalık tanımlamış olup bir isim verememişlerdir.³ “Dementia preacox” (erken bunama) ilk kez Benedict Augustin Morel tarafından 1860’da kullanmıştır. 1871’de Ewald Hecker “hebefreni”yi, 1874’de Karl Kahlbaum “katatoni”yi tanımlamış ve Kraepelin bu iki hastalık tipine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek, hepsini “dementia praecox” tanısı altında toplamıştır.³ Kraepelin 1896’da tanımladığı hastalığın organik etmenlere dayandığını, süregen seyrettiğini, bilinç, duygulanım ve irade alanında yıkıma neden olduğunu belirtmiştir.⁴ İsviçreli Eugen Bleuler ise Kreapelin’in aksine erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını bu hastalıkta kişinin ruhsal hayatında olan yarılmının yani zihnin bölünmesinin olduğunu bu sebeple “şizofreni” isminin kullanılması gerektiğini önerdi.³ İsviçreli Eugen Bleuler ise Kreapelin’in aksine erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını bu hastalıkta kişinin ruhsal hayatında olan yarılmının yani zihnin bölünmesinin olduğunu bu sebeple “şizofreni” isminin kullanılması gerektiğini önerdi.³

1.1.2. Sıklık ve Yaygınlık

Şizofreni dünya üzerinde en önemli 25 yeti yitimi sebebi arasında gösterilmektedir.⁶ Ruhsal hastalıklar ve madde kullanım bozuklukları arasında ise yetiyitimi ağırlığı açısından ilk sırada gösterilmektedir.⁵ Sıklığı üzerine yapılan araştırmalar %11 ile 70/1000/ yıl arasında değişim göstermekte, nokta yaygınlığının %0,21-0,7 arasında olduğunu belirtilmektedir.³ Erkeklerde ve kadınlarda eşit yaygınlıkta görülmekle birlikte, iki cinsiyette hastalığın başlama yaşı ve gidişi farklıdır. En sık ortaya çıktığı yaş dönemi erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşlarıdır. Ortaya çıkma yaşı kadınlarda orta yaşlarda ikinci bir pik yapar. Kadın hastalarda gidiş erkeklere göre daha iyidir.⁷

1.1.3. Klinik Özellikler

Şizofreni kişide algı, düşünce, dikkat, davranış ve duygularda bozulmaya sebep olan bir hastalıktır.³ Hastaların aldırılmaz, donuk, çekingen bir görünümü vardır. Bazı hekimler hasta ile duygusal yakınlık kuramamaktan kaynaklanan “prekoks” hissi olarak ifade edilen sezgisel bir deneyim tarifler.⁸ Bakımsız olan hastaların dağınık ve pis bir görünümüleri ayrıca yıkanmama sebebi ile kötü bir kokuları olabilir. Hastaların şiddetine göre klinik belirtiler değişebilir. Konuşma miktarı azalmış ve ses tonu tekdüze olabilir. Hasta ilişki kurmakta güçlük çekiyor olabilir. Duygulanım aralığı dar veya künt olabilir. Bazı hastalarda ise paniğe benzer bir sıkıntılı durumla ya da yersiz yere gülme, ağlama, taşkınlığın olabildiği uygunsuz duygulanım gözlenebilir.³ Şizofreni hastalarında dikkat, bellek ve yürütücü işlevlerde (problem çözme, plan yapma) bozulmalar mevcuttur.⁹ Şizofreni hastalarında en sık görülen algı bozukluğu varsanılardır. Varsanılar 5 duyumuzu içerebilmekle beraber en sık gözlenen varsanı işitsel varsanıdır.¹ Hastalar çoğu zaman varsanılarını gerçek olarak kabul eder ve varsanılar hastaların dışa vuran davranışlarını etkiler.³ Şizofreni hastalarının temel düşünce içeriği bozukluğu olan sanrılar kişinin kültürü ile açıklanamayan, görünür gerçekliğe uymayan, yanlışlığını gösteren kanıtlar mevcut olmasına karşın sarsılmaz düşünceler olarak ifade edilir.³ Hastaların davranış ve devinimleri göz önünde bulundurulduğunda ağır ilgisizlik, istekli eylemin azalması ve toplumdaki çekilme gözlemlenir.³ Çeşitli varsayımlar olmakla birlikte kişilerin niyetlerini, inançlarını ve davranışlarını doğru anlayamama ile açıklanan uskuramı bozukluğu sanrılarının açıklanmasında yer alır.^{10,11} Kötülük görme sanrıları buna örnek olarak verilebilir. Hasta bir başkasının davranışını yanlış yorumlayarak kendisi için bir tehdit olarak anlayabilir.

Bu bilgiler ışığında şizofreni sanrı, varsanı, bozuk ve dağınık konuşma, katatonik ve dağınık davranışlar ile giden; duygu ifadesi ve istencin azaldığı; iş, insan ilişkileri ve öz bakım alanlarının bozulduğu; bilişsel işlevlerde bozulmanın görüldüğü bir ve her hastada bu belirtilerin şiddetinin geniş bir yelpazede değişebildiği ciddi bir ruhsal hastalıktır.

1.1.4. Şizofreni Sağaltımı

Şizofreni sağaltımı hastalığının belirtilerinin yatıştırılmasının yanı sıra toplumsal uyum sağlamayı ve hastalığın yıkıcı etkilerini olabildiğince önlemeyi hedefler.³ Her hastanın farklı özellikler taşıyabileceği ve sağaltımda çok yanlı bir yaklaşım gerektiği akılda tutulmalıdır.³ Özellikle akut dönem yatıştıktan sonra şizofreni hastasının sağaltımına son verilmemelidir. İlaç tedavisi ve ruhsal iyileştirim yöntemleri ile hastalar uzun yıllar takip edilmelidirler.³ İlaçlarla birlikte uzun süre destekleyici psikoterapi gören hastalarda iyi sonuçlar alınabilmektedir. Hastanın sağaltım planı yapılırken yaşam şartları, maddi durumu, toplumsal ve ailevi destekleri, yeti yitimi ele alınmalıdır.³ Hasta ve yakınları ile sağaltımı artırıcı planlamalar yapılmalıdır.³ Hastanın ailesi en çok zaman geçirilen iyileştirim ortamıdır. Aile bireyleri hastalık ve tedavi sürecinin hemen her aşamasında bulunmaktadır. Bu nedenle ailelerin tedavi süreci içerisinde etkin yer almaları önemlidir.¹² Süreğenleşmiş hastalık hem ekonomik açıdan hem toplum açısından önemli bir sorundur. Bu sebeple bu hastaların toplumsallaştırılmaları ve çalışma hayatında yer almaları oldukça önemli olmaktadır.

İlaç kullanımı şizofreni hastalığının her döneminde olması gereken sağaltım yöntemidir. İlaçsız takip ve sağaltım denemeleri hastalığın belirtilerinde artışa, maddi ve toplumsal olarak olumsuz sonuçlara, hastanın güven kaybına ve hastalığın süreğenleşmesine sebep olabilir.³ İlaçların özellikle artı belirtiler üzerine etkileri yadsınamaz. Hastanın düzenli ilaç kullandığı sürede bile bir yıl içinde depresme olasılığı %40 civarındadır.¹³ Unutulmamalıdır ki şizofreni hastaları ilaç kullanma konusunda oldukça isteksiz ve ilaçlarını kullanmama eğiliminde olabilirler. Hastaların ilaç kullanımını sırasında gördüğü yan etkiler hekimleri tarafından ciddiye alınmalı ilaç kullanımının önemi üzerinde görüşmelerde durulmalıdır.

Sadece ilaç sağaltımı kullanana hastalarda depresme %40 civarı iken hasta ve ailesine yönelik destekleyici psikoterapi ve eğitim uygulanan hastalarda bu oran %20'ye düşmektedir.¹⁴ Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda hastaların tedavilerinde sadece ilaç tedavisinin yetersiz kalması sebebi ile ruhsal eğitim, beceri eğitimi, bilişsel davranışçı tedavi, bilişsel iyileştirim, üstbiliş eğitimi, olgu yönetimi, aile girişimleri, yerinde girişken tedavi, destekli istihdam ve bütün toplumsal biliş alanları ya da belli bir toplumsal biliş alanını hedef alan ilaç dışı tedavi yöntemleri önem kazanmaktadır.¹⁵ Şizofreni hastalarında toplumsal biliş bozukluklarının toplumsal işlevsellik ve davranış alanlarında bozulma ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.^{16,17} Toplumsal bilişin olanzapin ve klozapin ile gelişebileceğini belirten bazı çalışmalar mevcut olmakla birlikte çok etkili olduğu söylenemez.^{18,19} Bu sebeple, duygu ifade ve mimiklerinin taklit edildiği eğitim programları,

video kesitlerinin izletildiği ve duyguların öğretildiği programlar, etkileşimli video bölümlerinin tartışıldığı ve çözümlendiği, toplumsal ipuçlarının değerlendirilmesinin öğrenildiği programlar gibi toplumsal ruhsal eğitim ve tedavi alanları önem kazanmıştır.^{20,21,22}

1.2. Toplumsal Biliş

Toplumsal biliş (sosyal kognisyon), başarılı toplumsal etkileşim için önemlidir, bu yetenek insanların başkalarının niyetlerini ve zihinsel durumlarını anlamalarını, toplumsal durumlar için doğru ve uygun davranışlar sergilemelerini sağlar.²³ Bu bağlamda hastaların “Ben film seyretmeyi sevmiyorum çünkü filmi anlayamıyorum. Filmi anlamıyorum çünkü insanları anlamıyorum. Aynı şeyi tekrar tekrar izliyorum.” şeklinde yakınmalarına sık rastlanır. Bunun gibi günlük etkinliklerle ilgili değerlendirmelerin işlevselliğe etkisi hafife alınmakta, hastaların etkinliklerden uzak durması ve toplumsal yaşama olan ilgisizliği negatif belirtilere bağlanmaktadır.²⁴ Ancak bu belirtilerin toplumsal biliş bozulmasını yansıtabileceği akılda tutulmalıdır.

Frith şizofreni hastalarında olan belirtilerin birçoğunu zihinsel durumları çıkarsama yetisinde olan kusura, kişinin kendi kendisini gözlemleyebilme bozukluğu ve başkalarının niyet ve düşüncelerini gözleme bozukluğuna bağlar. Ve bunun irade dışı davranışlara etki ettiğini belirtir.²⁵ Bu hastalar kendi davranışlarının kendi niyetlerinin sonucunda olduğunu kavrayamadıklarında eylemlerinin kontrol edildiğini düşünebilir ve işitsel varsanılar deneyimleyebilirler.^{25,26} Ve yine kendi zihinsel temsillerini gerçeklik ile karıştırırlar ise diğer insanlardan kötülük görecekları, zehirlenecekleri şeklinde yanlış inançlara sahip olabilirler ve bu düzenek sanrıların oluşumuna hizmet edebilir.^{25,26}

Geçmiş yıllarda yapılan çalışmalar yürütücü işlevler, dikkat ve hafıza gibi hastaların psikososyal becerilerini etkileyen toplumsal olmayan biliş içeren alanları hedef almıştır.^{27,28} Ancak yapılan çalışmalar göstermektedir ki toplumsal işlevselliği etkileyen önemli faktörlerden biri de toplumsal biliştir.^{26,29} Toplumsal biliş ölçümlerinin diğer bilişsel süreçlere göre hastaları hasta olmayanlardan kişilerden daha iyi ayırt edebilmeleri toplumsal biliş öne çıkarmıştır.³⁰

2008 yılında Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health) destekli yapılmış olan bir çalışmada toplumsal bilişin 5 alanda incelenmesi önerilmiştir.³¹ Bu alanlar; 1. Us-kuramı (theory of mind), 2. Duygu işleme, 3. Yükleme yanlılığı (atıf yanlılığı), 4. Toplumsal algı ve 5. Toplumsal bilgidir.³¹

1.2.1. Us Kuramı (Zihin teorisi, Zihin kuramı)

Us-kuramı başkalarının niyetlerini, inançlarını ve davranışlarının altında yatan zihinsel durumları yorumlama gücüdür.³¹ Us-kuramı birçok çalışmada tek bir beceri olarak ele alınmaktadır.^{21,32,33} Ancak başkalarının zihinsel durumlarına ilişkin çıkarımlar, yalnızca düşünceleri ve inançları hakkındaki bilgileri değil aynı zamanda duygusal durumları ve duygular hakkındaki bilgileri de içerir.³⁴ Bu nedenle bazı çalışmalar us-kuramını zihinsel durum çözümlemesi olan algısal us-kuramı ve zihinsel durum muhakemesi olan bilişsel us-kuramı olmak üzere iki bileşenli bir yapı olarak kabul etmektedir.^{32,35} Bilişsel us-kuramı, diğer insanların inanç ve niyetleri hakkında çıkarım yapma kapasitesi anlamına gelirken, algısal us-kuramı karşıdaki kişinin ne hissettiğini anlama yeteneğini ifade eder.²³ Algısal us-kuramı yüz ifadeleri ve devinimler gibi gözlenebilir bilgilere dayanarak başkalarının zihinsel durumlarını çözümlenerek hisleri algılamayı sağlar. Bu kavram, temel duyguları tanıma ile bağlantılı olmakla birlikte karmaşık zihinsel durumların tanınmasını da içerir.^{32,36} Karmaşık zihinsel durumları tanımak temel duyguları tanımaya göre farklıdır, çünkü farklı durumlarda aynı yüz ifadelerinden farklı anlamlar çıkarılabilir; örneğin bazen insanlar mutluluktan ağlayabilir ya da kızgınken gülebilir.³² Bilişsel us-kuramında ise insanların davranışları, kullandıkları sözcükler ve içinde bulunulan durumun kavranması önem taşımaktadır.³⁷ Tarihsel ve bağlamsal verilerle akıl yürütmek, deneyimlerden yararlanmak ve var olan bilgiyi kullanmak bilişsel us-kuramında oldukça önemlidir.³² Her iki us-kuramının birlikte kullanılmış olması toplumsal etkileşimlerde uygun yanıtlar vermeyi sağlar.³⁸

Us-kuramı, ülkemizde geliştirilmiş olan ölçeklerden DEZİKÖ'ye göre 1. derece yanlış inanç (BDYİ), 2. derece yanlış inanç (İDYİ), ironi, metafor ve pot kırmayı kavramadan oluşan 5 başlıkta değerlendirilir.³⁹ BDYİ, bir kişinin inancının bir başkasının inancından farklı olabileceği yani bir başkasına inanç yükleme yetisi; İDYİ ise üçüncü bir kişinin düşüncesi hakkında ikinci kişinin düşüncelerini çıkarsama yeteneğini ifade eder.⁴⁰ Metafor, sözcüğün düz anlamı dışında örtük bir anlam içermesiyle, ironiyi kavramak dinleyicinin, düz anlamının tersinin kastedildiğini anlayabilmesidir.^{41,42,43} Ironiyi saptamak için dinleyicinin önce konuşmacının bildikleriyle ilgili çıkarımlar yapması, sonra konuşmacının niyetini anlaması gerekir.³⁴ Pot kırmayı kavrama, iki zihinsel durumun temsilini içerir (ör. bir kişinin söylememesi gereken bir şeyi söylediğini anlaması ve sonucunda işiten kişinin üzgün hissetmesi) ve hem bilişsel hem algısal us-kuramının bir arada kullanılmasını gerektirir.⁴⁴ Pot kırmayı kavramada kişinin söylememesi gereken bir şeyi söylediğinin farkında olması bilişsel us-kuramı ile açıklanırken karşıdaki kişinin ne hissettiğini anlaması algısal us-kuramı ile açıklanır.⁴⁵ Dinleyici, ifadenin doğru anlamını çıkarmak için sözcüğün anlamını, mevcut

durumun ve geçmiş durumların toplumsal ve duygusal bilgisiyle bütünleştirmeli ve doğru anlama ilişkin bir karara varmalıdır.^{34,39}

1.2.2. Duygu İşleme

Bu işlem duyguları hissetmek ve kullanmayı tarifler.⁴⁶ Yüz ifadesi, ses tonu ve bunların birlikte değerlendirilerek kullanılması duygu işleme sürecini oluşturmaktadır.³¹ Şizofreni hastalarında duygu işleme sürecinde olan bozulmalar yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.^{20,47} Duygu algılamada olan bozukluklar psikoz açısından yüksek risk taşıyan bireylerde daha hastalık ortaya çıkmadan mevcut olabilir.⁴⁸ Duyguları anlamak toplumsal ipuçlarını tanımada, toplumsal bağlar kurma ve karar verme süreçlerinde rol oynar.⁴⁹ Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının duygu tanıma süreçlerinde olan bozulmanın klinik belirtilerden ve kullandıkları tedaviden bağımsız olduğu belirtilmiştir.⁴⁹ Başka bir çalışma ise yüz belleği ile ilgili bozuklukların negatif belirtilerle korelasyonu olduğu vurgulamıştır.⁵⁰ Sach ve ark.⁵⁰ çalışmalarında şizofreni hastalarının yüz belleğinde bozulma olabileceğini; hastaların mutlu ve üzüntülü halin ayrımında zorluk yaşadıklarını belirtmiştir. Hangi duyguyu tanımada bozukluk olduğu, hastalığın hangi bulguları ile ilişkili olduğu tam olarak bilinmemektedir. Yapılan çalışmalarda duygu tanıma alanlarının gelişiminin hedef alındığı çalışmalarda bu alanların gelişiminin toplumsal işlevsellikte iyileşmeye katkı sağladığı belirtilmiştir.^{51,52}

1.2.3. Yükleme yanlılığı (atıf yanlılığı)

Atıflar, “çünkü” içeren veya ima eden ifadelerdir.³¹ Us kuramından farkı insanların belirli olumlu ve olumsuz olayların nedenlerini nasıl çıkardıklarını yansıtır.³¹ Yani durum ya da olayların nedenleri hakkında yargılarıdır.³¹ Kişiler olumlu sonuçları kendilerine dayandırırken (içsel yükleme; içsel atıf), suçluluk, aksaklık ve tehditler gibi olumsuz olayların sonuçlarını başkalarına ya da dışsal durumlara dayandırır (dışsal yükleme, dışsal atıf).⁵³ Özellikle kötülük görme ve alınma sanrılarında hastalar diğerlerinin niyetlerini kişiselleştirme ve olumsuz algılama eğilimindedir.⁵⁴ Mizrahi ve ark.⁵⁵ çalışmalarında psikopatoloji ve yükleme yanlılığı arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Yükleme yanlılığı psikotik atak olan kişilerde ve şizofreni için yüksek risk bulunan kişilerde daha fazladır.^{33,56} Yükleme yanlılığı olan kişilerde başkalarına yaklaşmayarak düşmanca durumlardan kaçınma ve başkalarına suç atma ihtimali mevcuttur.⁵⁶ Yükleme yanlılığında toplumsal ipuçlarının az olduğu durumlar ve belirsizlik hallerinde tehdit algısı oluşur, bu durum kaçınma davranışlarını tetikler, kötülük görme düşüncelerini artırır ve hastaların başkalarının iyi niyetli olmadığı konusunda olan inançları sağlamlaştırır.⁵⁷

1.2.4. Toplumsal Algı

Toplumsal bağlam, toplumsal rol ve kuralları algılama ile ilişkilidir. Sözel ya da sözel olmayan ipuçları ile karmaşık ve belirsiz durumlar hakkında çıkarım yapabilmeyi içerir.³¹ Samimiyet, ruhsal durum, dürüstlük gibi özellikleri tanıyarak kişiler arası ilişkilerin doğasını algılamayı ifade eder.^{31,58} Toplumsal algı, şizofrenide toplumsal işlevsellik ile ilgili toplumsal bilişsel alanlardan biridir ve bu nedenle, işlevselliği artırmak için tasarlanmış müdahaleler için bir odak olabilir.⁵⁹

1.2.5. Toplumsal Bilgi

Toplumsal durumları ve toplumsal etkileşimleri yönlendiren roller, kurallar ve hedefler hakkındaki farkındalığı ifade eder.³¹ Diğer alanlardan biraz daha az çalışılmıştır ve toplumsal algı ile örtüşmektedir; toplumsal bilgi, hangi toplumsal ipuçlarının hangi durumlarda oluştuğu ve kişinin bunlara nasıl yanıt vermesi gerektiği konusunda farkındalık gerektirir.³¹

1.3. Toplumsal İşlevsellik

Kişinin günlük etkinliklerini sürdürebilmesi, topluma uyum sağlayabilmesi, kendisine bakabilmesi için gerekli olan becerilere sahip olması toplumsal rol ve beklentileri karşılaması, kişilerarası ilişkiler kurabilmesi işlevsellik olarak tanımlanır.^{15,60} Toplumsal işlevsellikte bozulma şizofreninin temel özelliklerinden biridir ve günlük işleyiş (fiziksel işlevler, kişisel bakım becerileri, kişiler arası ilişkiler, toplumsal kabul edilebilirlik, toplumsal etkinlikler ve iş becerileri) üzerindeki önemli etkileri nedeniyle hastalar için büyük bir yük oluşturarak yaşam kalitesinde düşmeye neden olur.^{61,62} Toplumsal işlevsellikte olan bozulmalar hastalığın başlangıcından önce ortaya çıkabilir ve toplumsal davranışları etkileyebilir.²⁶

1.4. Şizofrenide Toplumsal Bilişin İşlevsellik ile İlişkisi

Toplumsal bilişsel eksiklikler, şizofrenide günlük eylemler, kişiler arası ilişkiler ve mesleki başarıda kilit bir rol oynar.³¹ Toplumsal biliş becerileri toplumsal çevre ile etkin bir etkileşimde rol oynadığı gibi bu becerilerde olan bozulma toplumsal yanlış anlamalara, uygun olmayan kişilerarası ilişkilere ve toplumsal geri çekilmeye yol açabilir.^{16,63} Toplumsal bilişte olan bozulmaların şizofreni hastalarının toplumsal işlevselliğini bozarak bağımsız yaşama becerilerinin engellediği gösterilmiştir.⁶⁴ Hastaların dünyayı, ilişkileri ve uyarınları yorumlayabilme, kendisi ve başkaları ile olan ilişkilerini algılayabilme kusurları toplumsal biliş ile ilişkilidir.⁶⁴ Hastalar toplumu yorumlayabilme ve bu dünya üzerinde kontrol sağlayabilme becerisinin yokluğu sebebi ile gündelik yaşamda zorluk çekerler.⁶⁴ Toplumsal biliş, toplumsal olmayan bilişten bağımsız olan işlevsel sonlanım varyansına katkıda

bulunur.^{65,66,67} Toplumsal biliş alanları ve işlevsel sonlanım arasındaki ilişki toplumsal biliş hedef alan müdahale çalışmalarına önem kazandırmıştır.^{33,38} Bir çalışmada, toplumsal bilişin duygu işleme, yükleme yanlılığı ve us-kuramı alanlarını hedefleyen “toplumsal biliş ve etkileşim eğitimi” uygulanan hastalarda eğitim sonrası toplumsal biliş alanları, bilişsel esneklik, toplumsal ilişkilerde gelişme ve saldırgan tutumda azalma olduğu gösterilmiştir.⁶⁸ Bir başka çalışma “duygu algılama ve taklit eğitimi” ile duygu tanıma ve us-kuramını çizgi roman, şekil, çizim, fotoğraf kullanarak ve yüzde ifade edilen duyguları taklit ederek geliştirmeyi amaçlamıştır.²¹ Çalışmalar us-kuramı bozukluklarında iyileşme sağlanabileceği ve hastaların başkalarının zihinsel durumlarına yükleme yapma kapasitelerinin gelişebileceğini göstermiştir. Çalışmaların bir kısmında, uygulanacak tedavilerin basit ve ekolojik (zenginleştirilmiş toplumsal bağlam ve gerçek yaşama uygunluk) olması gerektiği vurgulanmaktadır.^{24,38} Bahsi geçen çalışmaların toplumsal biliş ve işlevsellik alanlarında gelişme sağlanabileceğini göstermesi bunların yanında antipsikotik ilaç kullanımının toplumsal bilişte istenilen gelişmeyi sağlamaması psikososyal müdahalelerin önemini arttırmaktadır.¹⁹

1.5. Şizofreni ve Us-kuramı

İlk kez otizm ile şizofreni arasında olan benzerlikler nedeni ile şizofrenide us-kuramı bozuklarına değinilmiştir.⁶⁹ Özellikle negatif belirtiler, sözel ve sözel olmayan iletişim ile toplumsal etkileşim bozuklukları otizm ve şizofreni arasında olan benzerlikler olarak gösterilebilir.⁶⁹ Negatif belirtileri olan hastaların daha yaygın us-kuramı bozukluğu olduğuna dikkat çekilmiştir.^{11,70} Negatif belirtileri şiddetli olan hastaların otizm belirtileri göstermesinin dikkat çekici olduğu belirtilmiştir.³⁷ Şizofreni hastaları ile sağlık kontrol grubu arasında yapılan bir çalışmada hastaların kelimeyi somut anlamı ile anladıkları ironi anlamada başarısız oldukları, ironi anlama ile negatif belirtiler arasında bir ilişki olduğu gösterilmiş ve durumun bilişsel bozulma ile ilişkili bulunmadığına değinilmiştir.⁷¹ Mazza ve ark.⁷⁰ çalışmalarında yürütücü işlevlerden bağımsız olarak şizofreni hastalarında us-kuramı bozukluğunun negatif belirtilerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Herald ve ark.⁷² us-kuramı bozukluğunun remisyonda olan şizofreni hastalarında sürdüğünü belirtmişlerdir. Corcoran ve Frith⁷³ 59 aktif belirtili, 15 remisyonda şizofreni hastası ve 44 kişilik kontrol grubunda yaptıkları çalışmada belirtili şizofreni hastalarında daha kötü us-kuramı performansı bulurken; Randall ve ark.⁷⁴ 18 kötülük görme sanrısı olan, 14 remisyonda şizofreni hasta 18 kişilik sağlıklı kontrol grubu ile yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının us-kuramı performanslarını kontrollere göre daha kötü bulmalarına rağmen aktif sanrıları devam eden ve

remisyonda olan hastalar arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Us-kuramı bozuklukları hastalığın alevlenme dönemlerinde daha yoğun olabilmekle birlikte, remisyon dönemlerinde de varlığını sürdürmektedir.⁵³ Us-kuramının toplumsal davranış için insan farkındalığının en temel boyutlarından biri olması karar verme ve iletişim becerileri için oldukça önemli olduğunun bir göstergesidir.⁵³ Bu çalışmalar bizlere us-kuramı, psikopatoloji ve işlevsellik arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir.

1.6. Şizofreni ve Grup Tedavileri

Grup tedavileri zamandan kazanma, hızlı etki görme, tedavi etkisinin uzun sürmesi ve kişilerarası ilişkilerde olan gelişmeler açısından üstün bir tedavi yöntemidir. Özellikle evrensellik, bilgi paylaşımı, diğerkamlık, toplumsallaşma yöntemlerinin gelişmesi, taklit davranışı ve dayanışma psikotik hastalarda etkili olan etmenlerdir. Grup ortamı hastanın zorluk çektiği toplumun küçük bir örneğini oluşturmaktadır. Grup ortamında hastanın işlevselliğinin artırılması ve sorunlarla baş etme gücünün artırılması amaçlanır. Grup ortamında ilk amaç psikotik düşünce içeriğinin açılması olmakla birlikte ikinci amaç ise kişiler arası ilişkilerin geliştirilmesidir.⁷⁵

Grup tedavisinin yapılacağı yer geniş ferah, geniş, aydınlık olmalı, hastaların dikkatini dağıtabilecek etkenler olmamalı (eşya, hayvan vb.), sessiz olmalıdır. Terapist hastaların yüzünü görebilecek bir şekilde oturmalıdır. Zamanında başlanması ve bitirilmesi tutarlılık açısından oldukça önemlidir.⁷⁵

Grup tedavilerinin ilaç tedavilerine ek olarak yapılabilecek en etkili yöntemlerden olduğu ve bu alanda yapılacak olan çalışmaların bu yöntemin yaygınlaşmasına katkı sağlayacağı unutulmamalıdır.⁷⁵ Bu çalışma grup tedavisi ilkelerinin uygulandığı 2 hasta grubu ile yürütüldü.

1.7. Anlatı tedavisi

1990'lı yılların başında geliştirilen “öyküsel terapi” (narrative therapy) yöntemi her insanın yaşamının, çeşitli bakış açıları ile ele alınabilecek ve herhangi bir sonucu olabilecek öykülerden oluştuğunu kabul eden bir yaklaşımı benimser.^{76,77} Öyküsel terapide tek bir nesnel gerçek yerine birden fazla öznel bakış açısı olabileceği yani mutlak bir gerçekten ziyade toplumsal etkileşimler sonucu bireylerin kendilerinin oluşturduğu gerçeklik vardır.^{78,79} Öyküsel terapi yapılandırmacı terapiler kapsamında bulunur ve kişinin öyküsünde olan soruna karşı umut kazanması ve çözüm odaklı olabilecek şekilde değiştirebilmesi için kişiye

yardımcı olur.⁸⁰ Öyküleme, insanların kendilerini nasıl gördükleri, diğer insanların kendisini nasıl gördüğünü içeren yaşam olaylarına dayanan öykülerdir.⁸⁰

Öyküsel terapi, anlatılarla insanların geçmiş, şimdi ve gelecek arasında anlamlı bağlantılar kurmasını sağlar.^{77,81} Bildiğimiz kadarıyla öyküsel terapi yöntemi us-kuramını geliştirmek amacı ile kullanılmamıştır. Bu çalışmada öyküsel terapi uygulamalarından esinlenerek yöntemini belirlediğimiz anlatı tedavisinde; hastaların yaşam öyküleri ele alınırken kendilerinin olaylara ne anlam yükledikleri, bu olayların nerede, ne zaman, nasıl, hangi koşullar altında gerçekleştiği, varsa diğer kişilerin ne hissetmiş olabileceği, yaşadıkları olayın hazırlayıcılarının konuşulması ve grubun diğer üyelerinin de düşünceleri alınarak farklı bakış açılarının kazandırılmasının us-kuramı yeteneklerini geliştireceği varsayıldı.

1.8. İzleti tedavisi

Us-kuramı gelişimini hedefleyen video gösterim temelli çalışmalar da mevcuttur.^{22,38} Video izletimi sırasındaki etkileşim, duyguların gözlenmesi, ses vurgusu, görsel ayrıntılar, renkler ve müzik gibi bileşenler izletilen sahnelerin anlam kazanmasını sağlamaktadır.³⁸ Kayser ve ark.²² iki oturum ve 12 video gösteriminden oluşan çalışmalarında iletişim becerileri ve başkalarının niyetlerini anlamada gelişim olduğunu göstermiş; Bechi ve ark.⁸² hastaların kültürlerine uygun olan film kesitleri ile yaptıkları çalışmaların ön bulgularında us-kuramında gelişme olduğunu saptamıştır. Bu çalışmalar toplumsal biliş alanlarının geliştirilmesinde video kullanımının önemini göstermektedir. Bu çalışmada etkileşimin olduğu, kendi toplumumuzda karşılaşılabildiğimiz durumları içeren sahnelerden seçilerek hazırlanan video kesitlerinin kullanıldığı izleti tedavisinin us-kuramı yeteneklerini geliştireceği varsayıldı.

2. AMAÇ

Çalışmanın amacı kronik şizofreni hastalarında grup ortamında kendi yaşam öykülerini anlattıkları anlatı tedavisi ve etkileşimin olduğu, duygu temalı, kültürle uyumlu video kesitlerinin kullanıldığı izleti tedavisinin us-kuramı yetenekleri, psikopatoloji ve toplumsal işlevsellik üzerine etkilerini araştırmaktır. Çalışmanın varsayımı duygu temalı video kesitleri kullanılan izleti tedavisinin algısal-us kuramı, anlatı tedavisinin ise bilişsel-us kuramı alanlarını daha fazla geliştireceğidir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Örnekleme

Çalışmanın örneklemini Ağustos 2018- Ocak 2019 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğinden takipli, DSM-5 tanı ölçütlerine (American Psychiatric Association 2013) göre şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk tanısı alan hastalar oluşturdu. Çalışmaya alınma ölçütleri en az ilkokul mezunu olma, 18-65 yaş arasında olma, düzenli ilaç kullanımını olma, klinik olarak stabil olmaydı. Dışlama ölçütleri ise hastaların zekâ geriliği olması, son 6 ay içerisinde elektrikli nöbet tedavisi (EKT) görmesi, alkol madde bağımlılığı olması, alevlenme döneminde olması, anlamayı bozacak düzeyde dil sorunu olması, merkezi sinir sistemini etkileyen nörolojik bir hastalığın olması idi. Ölçütleri karşılayan ve katılmayı kabul eden 30 hasta çalışmaya alındı.

3.2 Çalışmada Kullanılan Gereçler

3.2.1 Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Kay ve ark.⁸³ tarafından 1987'de geliştirilen Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği, 7'si pozitif belirti alt ölçeği, 7'si negatif belirti alt ölçeği ve 16'sı genel psikopatoloji alt ölçeğine ait olmak üzere toplam 30 maddelik bir klinik belirti ölçeğidir. Her belirti 1 ile 7 arasında puanlanır. Yüksek puanlar belirtilerin şiddetli olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve ark.⁸⁴ tarafından 1999'da yapılmıştır.

3.2.2 Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGİ-Ş)

Guy⁸⁵ tarafından 1976 yılında geliştirilen Klinik Genel İzlenim Ölçeğinin Şiddet alt-ölçeği kullanıldı. Bu ölçekte hastalığın şiddeti 1 ile 7 arasında puanlanmaktadır. Yüksek puanlar hastalığın şiddetinin arttığını gösterir.

3.2.3 İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD)

İGD, hastalık belirtilerinin günlük yaşama etkisi göz önünde bulundurularak toplumsal, ruhsal ve mesleki alanlardaki işlevselliğin değerlendirildiği ölçektir. Kişinin genel işlevselliğini 0-100 arasında puanlanır. Alınan yüksek puan, işlevselliğin yüksek olduğunu göstermektedir.⁸⁶

3.2.4 Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi)

Baron-Cohen ve ark.⁸⁷ tarafından 1997 yılında ilk kez 25 soru olarak yayınlanmıştır. Us-kuramı çoğu zaman görsel girdi gerektirmeyen ölçeklerle değerlendirilmiş olup, gözlerden zihin okuma testinde kişinin yüz ifadesinden zihinsel durumun çözümlenmesi beklenir. Gözler testi bu yapısı ile karmaşık duyguların tanınmasını da ölçmekte olduğundan bu yapısı ile us-kuramı yanında duygu tanımayı da değerlendiren bir test olarak değerlendirilir. Yıldırım ve ark.³⁶ tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan test 32 soru içermektedir. Testte 4 resimden kişinin zihinsel durumunu en iyi açıklayan resmin seçilmesi istenir ve her bir madde için 1 tanesi doğru 3 tanesi çeldirici olan 4 seçenek bulunur. Duygu tanıma ve zihin kuramı yeteneğini ölçmeyi hedeflemektedir.

3.2.5 Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA)

Nasreddine ve ark.⁸⁸ tarafından geliştirilen ölçek, dikkat ve yoğunlaşma, yönetici işlevler, bellek, dil, görsel-mekânsal beceriler, soyut düşünme, hesaplama ve yönelimden oluşan farklı bilişsel işlevleri değerlendirmektedir. Testin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını 2010 yılında Selekler ve ark.⁸⁹; 2014 yılında da Kaya ve ark.⁹⁰ yapmıştır.

3.2.6 Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği (DEZİKÖ)

Değirmencioglu³⁹ tarafından us-kuramının incelenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Şizofreni hastalarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek birinci derece yanlış inanç (BDYİ) ölçen dört soru, ikinci derece yanlış inanç (İDYİ) ölçen üç soru, ironi ölçen üç soru, metafor ölçen iki soru, pot kırmayı ölçen bir soru ve empatik anlayışı sorgulayan üç sorudan oluşmaktadır.⁹¹

3.2.7 Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ)

Türkiye’de geliştirilmiş olan bu ölçek şizofreni hastalarında toplumsal işlevselliği 19 madde ve 4 alt boyutta değerlendirmektedir. Faktörlerden kişilerarası ilişkiler ve eğlenti 7 madde, özbakım 7 madde, bağımsız yaşam becerileri 4 madde ve çalışma yaşamı 1 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 19-57 arasında olup yüksek puan toplumsal işlevsellik düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.⁹²

3.3 İşlem

Çalışma öncesinde hasta ve hasta yakınları bilgilendirildi ve onamları alındı. Tedavi başlamadan önceki iki haftalık süreçte hastalarla görüşülerek nüfus ve klinik bilgileri alındı, ön-testler yapıldı. Otuz hastanın rastgele dağıtılmasıyla iki tedavi grubu oluşturuldu. Grup tedavileri 14 hafta boyunca haftada bir kez olmak üzere 40 dakikalık iki oturum şeklinde gerçekleştirildi. Tedavi grupları KOÜ Ruhsal Rehabilitasyon Yüksek Lisans öğrencileri tarafından yürütüldü. Her grubu iki eğitici yönetti. Eğiticiler her oturum öncesi ve sonrasında psikotik bozukluklarda ruhsal iyileştirme tedavileri konusunda uzman bir öğretim üyesinden denetim aldı. Klinik ölçekler ve nöropsikolojik testler çalışmaya kör bir psikolog ve bir klinisyen tarafından uygulandı.

3.3.1 Grup Tedavileri

Geniş, aydınlık ve ferah tüm hastaların birbirlerini rahatça görebilecekleri grup odalarında gerçekleştirildi. Hastalara tedavi süresi verildi ve bu süre içerisinde hastalardan dışarı çıkmamaları ve telefonlarını kapatmalarını istendi. Grupta yaşananların grup dışında konuşulmaması gerektiği, siyasal söylemlerden ve kişisel olarak konu dışı değerlendirmelerden uzak durulması gerektiği her oturum öncesi hatırlatıldı. Şizofreni hastalarının ilaç tedavisi ve hastalıkları ile ilgili soru sorma eğilimi olması sebebi ile grup tedavisi başlamadan önce ve sonra hastalara süre verilerek hastaların soruları yanıtlandı. Grup tedavisi başlamadan grup yöneticisi hastalara haftalarının nasıl geçtiğini paylaşmak istedikleri bir durum olup olmadığını her oturumdan önce sordu. Her oturumun başında kısaca bir önceki haftadan akılda kalınanlar tekrar edildi. Ve tedavi süreci ile ilgili hastaların görüşleri alındı. Grup yöneticisi tedavi içeriği dışında destekleyici ve sıkıntı yaşadığı durumlarla (kimi zaman hastaların fikirlerini söylerken utanmaları ve unutmaları gibi) sorunu aşmalarına yardımcı olan bir tutum sergiledi. Her oturum sonrası grup yöneticileri, çalışmadan sorumlu araştırma görevlisi ve sorum öğretim üyesi toplantı yaparak, süreci değerlendirdi.

3.3.2 Öyküsel Terapi Tekniklerinin Kullanıldığı Anlatı Tedavisi

Gönüllü kişilere öncelik verilerek her hafta bir kişiden yaşam öyküsünü yazarak gruba getirmesi istendi. Hastaların yazıları, grup ortamında okunmadan önce grup yöneticisiyle gözden geçirildi. Bunun nedenlerinden biri hastalar için prova niteliği taşıması bir diğeri ise sanrısız düşünceler yerine diğer yaşam olaylarının yazıda yer almasını sağlamaktır. Yaşam öykülerinde hastaların sadece hastalık dönemlerinden söz etmeleri gerekmediği, yaşadıkları olayları ve anılarını da burada anlatmalarının tedavi açısından önemli olduğu vurgulandı. İlk

aşamada hastanın yaşam öyküsü aralıksız dinlendi ve yöneticinin yönlendirmesiyle ya da grup üyelerinin sorularıyla kişinin yaşam öyküsünde olan insanların kim oldukları, hastanın hayatında nasıl bir rol oynadıkları, olayların yaşandığı yerlerin neresi olduğu ve öykü sahibinin hangi amaç ile orada bulunduğu hakkındaki bilgiler ayrıntılandırıldı. İkinci aşamada yaşanan olayların öncesi ve olayın hazırlayıcıları hakkında hastaya sorular yöneltildi. Üçüncü aşamada hastaya olay sırasındaki duyguları soruldu ve olayın içerisinde olan diğer kişilerin ne düşündüğü, davranışlarının nedenleri ve ne hissetmiş olabilecekleri hakkındaki düşünceleri alındı. Dördüncü aşamada olayların diğer hastaların bakış açısından nasıl anlaşıldığı, yaşanan olaylar karşısında öyküsünü anlatan kişinin nasıl hissetmiş olabileceği, aynı durumda olmuş olsaydı kendisinin ve diğerlerinin davranışlarının nedenlerinin neler olabileceği ele alındı. Bu aşamalarda hastaların yaşam öyküleri sırasında yaşadıkları sorunlar ele alınırken bu sorunun dışsallaştırılmasına, sorunu çıkaran kişinin kendisi olduğu düşüncesi mevcut ise bunu kırmaya çalışmakta tedavinin amaçları arasındaydı. Hastalara özellikle üçüncü aşamada genellenmiş mutlak bir doğrunun olmayabileceği üzerinde duruldu. Bu şekilde hastaların aklından geçen, kendi kabul ettikleri tek doğrudan başka her bir bireyin kendi yaşam deneyimleri, buldukları durum, çevresel şartlar ile bir durumu farklı yorumlayabilecekleri üzerinde duruldu. Üstünde durulan bu konular gruba sorulan sorularla değerlendirildi ve herkesin farklı bir fikri olabileceği ya da aynı durumu farklı yorumlayabileceği deneyimlendi.

Hastaların yaşam öykülerini anlatırken başarı olarak değerlendirdikleri durumlar ve üstesinden gelinen zorluklar fark edildiğinde grup yöneticisi tarafından bu durumun üzerinde durulmasına ve hastanın güçlü yönlerinin ortaya çıkarılmasına dikkat edildi.

3.3.3. Duygu Odaklı Video Gösterimi Yapılan İzletme Tedavisi

Bu tedavi yönteminde Senin-kanalın (Youtube) gibi halka açık olan internet sitelerinden belli duygu teması (korku, mutluluk gibi ana duygular ve kıskançlık, gurur gibi karmaşık duygular) üzerine kurgulanmış senaryoları yansıtan dizi ve film kesitlerinden videolar hazırlandı. Burada etkileşim içerisinde olan iki ya da daha fazla kişiyi gösteren video kesitleri inançlar (kişinin bir durum hakkındaki düşüncesi), hayal kırıklığı, kıskançlık, düşmanlık ve yanlış anlama gibi zihinsel durumları içeren, film ya da dizinin tümünden bağımsız olarak da anlaşılabilen sahneler kullanıldı. On dört haftalık sürede 12 hafta farklı alanlarda video gösterimi yapıldı. Yedinci ve on dördüncü haftalarda işlenmiş olan konular, aynı video kesitleri kullanılarak pekiştirme çalışması yapıldı. İlk aşamada hastalarla bu video kesitleri

aralıksız izlendi. Hastalardan, izlenen sahneler hakkında yorum yapmaları istendi. Hastalar doğrudan olayı anlattılarsa bu olay ile ilgili yönlendirici bir şekilde izlenen videonun konusu hakkında fikir vermeleri istendi. İkinci aşamada video kesitleri duraklatılarak hastaların yaşanan olay sırasındaki toplumsal ipuçlarının toplaması (yer, zaman, kişilerin olay öncesinde ve sonrasında olan durumları, olay hakkında kimin ne kadar bilgi sahibi olduğu, yüz devinimleri, ses tonları, yansıtılan duygu) üzerinde duruldu. Toplumsal ipuçları doğrultusunda videodaki kişilerin duyguları, olaya ne anlam yükledikleri ve kişilerin zihinsel durumları üzerine konuşuldu. Grup ortamında olan eğitimde kişilerin olayları farklı yorumlayabileceği belirtilerek üyenin söz hakkı alması desteklendi. Her oturum öncesinde bir önceki hafta konuşulmuş olan konu üzerinden geçildi.

3.4 İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmanın sayımsal çözümlemesi Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (SPSS) 22 (Armonk, New York, ABD) kullanılarak yapıldı. Hastaların nüfus bilgileri ve klinik durumlarının ortalama ve standart sapmaları hesaplandı. Ölçeklerden alınan puanların normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Simirnov testi ile belirlendi. Verilerin normal dağılıma uymadığı ölçekler arasındaki bağıntı analizinde Spearman testi kullanıldı. Normal dağılıma uyan verilerde, gruplar arası karşılaştırmalar için independent t testi ile, grup içi karşılaştırmalar için paired sample t testi, gruplar arası karşılaştırma için ise karışık desenli ANOVA kullanıldı. Normal dağılıma uymayan verilerde Wilcoxon testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılıma uymayan verilerin gruplar arası karşılaştırmasında Karışık Desenli ANOVA testinde greenhouse-geisser değeri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlendi.

4. BULGULAR

Çalışmaya 30 hasta alındı, 2 hasta çalışmanın 2. ve 3. haftasında ulaşım ve işe başlama nedenleri ile gruplara devam edemedi. 28 hasta çalışmayı tamamladı. Hastaların %71'i erkek, %89'u bekar, yaş ortalaması $40,8 \pm 8,9$, eğitim düzeyleri $10,9 \pm 3,1$ yıl idi. İki grup arasında nüfus özellikleri ve test puanları açısından istatistiksel olarak fark yoktu ($p > 0,05$) (Çizelge 1).

Çizelge 1: Hastaların sosyodemografik özellikleri

	Anlatı (n=14)	İzleti (n=14)	p
Yaş (ortalama \pm SS)	$39,07 \pm 9,48$	$42,43 \pm 8,19$	0.325
Eğitim yılı (ortalama \pm SS)	$11,07 \pm 3,05$	$10,64 \pm 3,17$	0.719
Hastalık başlangıç yaşı (ortalama \pm SS)	$22,00 \pm 5,64$	$21,21 \pm 5,92$	0.712
Hastalık süresi/yıl (ortalama \pm SS)	$16,14 \pm 8,42$	$20,21 \pm 7,74$	0.195
Hastane yatış sayısı (ortalama \pm SS)	$2,07 \pm 2,33$	$2,71 \pm 2,23$	0.463
Hastanede yatış günü (ortalama \pm SS)	$59,57 \pm 61,61$	$68,64 \pm 74,49$	0.728
Hastalığın Tanısı / Şizofreni (sayı, yüzde)	12 (85.7)	13 (92.9)	0.541
Cins / Erkek (sayı, yüzde)	10 (71.4)	10 (71.4)	1.000
Medeni durum / Bekâr (sayı, yüzde)	12 (85.7)	13 (92.9)	0.541
Yaşam biçimi (sayı, yüzde)	Anne-Baba		
Ailenin Desteği ² (sayı, yüzde)	Tam		
Çalışma Durumu (sayı, yüzde)	İşsiz		
	11 (78.6)	10 (71.4)	0.497
	9 (64.3)	12 (85.7)	0.190
	10 (71.4)	11 (78.4)	0.523

Tedavi grupları ön-test ve son-test sonuçları açısından karşılaştırıldı. Anlatı tedavisi uygulanan hasta grubunda PANSS negatif, genel psikopatoloji ve toplam puanda, DEZİKÖ, KGI-Ş, İGD, TİDÖ ve MoCA ölçeklerinden alınan girişim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). İzleti tedavisinin uygulandığı hasta grubunda PANSS negatif, DEZİKÖ, TİDÖ, MoCA ve gözler testi ölçeklerinden alınan girişim öncesi ve sonrası puan ortalamalarında anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Anlatı tedavisi ve izleti tedavisi grupları karışık desenli ANOVA testi kullanılarak tedavi etkinliği açısından karşılaştırıldı. Gruplar arası karşılaştırmada izleti tedavisi uygulanan grubun gözler testi puan ortalamalarının anlatı tedavisi uygulanana göre daha yüksek olduğu bulundu (Çizelge 2).

Çizelge 2. Psikopatoloji, bilişsel işlevler, us-kuramı ve toplumsal işlevsellik ölçeklerinin ön-test son-test karşılaştırması

			Anlatı tedavisi	İzletici tedavisi	ANOVA **		Etki Büyüklüğü
			Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	F	p	η_p^{2***}
PANSS	Pozitif	Ön test	16.85±6.07	15.28±4.00	0.401	0.532	0.015
		Son test	16.42±5.97	15.28±4.08			
		P*	0.319	1.000			
	Negatif	Ön test	21.35±6.49	19.28±4.04	0.403	0.531	0.015
		Son test	19.14±5.09	17.64±3.73			
		P*	0.004	0.003			
	Genel Psikopatoloji	Ön test	39.35±10.86	37.4±7.19	1.087	0.307	0.040
		Son test	37.35±9.62	36.71±8.01			
		P*	0.045	0.475			
Toplam	Ön test	76.92±20.85	71.35±12.56	2.036	0.166	0.073	
	Son test	72.92±19.67	69.57±14.30				
	P*	0.003	0.115				
KGİ-Ş	Ön test	4.00±1.03	3.42±0.75	0.565	0.459	0.021	
	Son test	3.71±1.26	3.28±0.72				
	P*	0.046	0.317				
İGD	Ön test	60.35±6.92	63.21±5.40	0.104	0.750	0.004	
	Son test	62.85±7.26	65.35±5.70				
	P*	0.003	0.028				
MoCA	Ön test	20.42±4.78	22.00±3.63	0.046	0.831	0.002	
	Son test	22.00±5.37	23.78±4.49				
	P*	0.045	0.042				
TİDÖ	Ön test	41.00±6.15	42.21±4.94	0.249	0.622	0.009	
	Son test	42.85±5.33	43.71±4.44				
	P*	0.001	0.019				
DEZİKÖ	Ön test	8.07±3.83	10.00±1.79	0.801	0.379	0.030	
	Son test	9.42±3.91	11.07±2.55				
	P*	0.000	0.008				
Gözler Testi	Ön test	16.07±5.92	18.28±3.66	10.896	0.003	0.295	
	Son test	16.78±3.98	23.64±4.21				
	P*	0.786	0.001				

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, KGİ-Ş: Klinik Genel İzlenim-Şiddet, İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi, MoCA: Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği, TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği, DEZİKÖ: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği, Gözler Testi: Gözlerden Zihin Okuma Testi

* Grup içi karşılaştırma (paired sample t testi), **Karışık Desenli ANOVA,

*** η_p^2 : Partial eta squared.

DEZİKÖ alt-ölçekleri her grup için ön-test ve son-test olarak karşılaştırıldı (Çizelge 2). Anlatı tedavisi grubunda DEZİKÖ toplam puan, 1. ve 2. derece yanlış inanç alt ölçeklerinde anlamlı artış saptandı. İzleti tedavisinde, DEZİKÖ toplam puan, 1. derece yanlış inanç ve pot kırma alt ölçeklerinde anlamlı artış saptandı. Gruplar arası karşılaştırma karışık desenli ANOVA yöntemiyle gerçekleştirildi (Çizelge 3). Yalnızca pot kırma alt ölçeğinde izleti tedavisi grubunun anlatı tedavisi grubundan anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptandı ($F=5,32$, $p=0.02$, $\eta_p^2=0,17$).

Çizelge 3. DEZİKÖ alt-ölçekleri ön-test son-test karşılaştırması

		ANLATI		İZLETİ		ANOVA **		Etki Büyüklüğü
		Ortalama SS	±	Ortalama SS	±	F	p	η_p^2 ***
DEZİKÖ	Ön test	8.07±3.83		10.00±1.79		0.247	0.623	0.009
	Son test	9.42±3.91		11.07±2.55				
	P*	0.000		0.008				
BDYİ	Ön test	2.07±1.20		2.35±1.27		0.937	0.342	0.035
	Son test	2.85±1.35		2.85±0.94				
	P*	0.006		0.013				
İDYİ	Ön test	0.64±0.63		1.50±0.75		2.235	0.147	0.079
	Son test	1.21±0.97		1.57±0.85				
	P*	0.014		0.793				
Metafor	Ön test	1.35±0.74		1.57±0.51		0.134	0.717	0.005
	Son test	1.28±0.72		1.57±0.51				
	P*	0.720		1.000				
İroni	Ön test	1.28±1.43		1.42±1.15		0.000	1.000	0.000
	Son test	1.42±1.34		1.57±1.08				
	P*	0.336		0.583				
Pot kırma	Ön test	0.35±0.49		0.21±0.42		5.328	0.029	0.170
	Son test	0.42±0.51		0.64±0.49				
	P*	0.336		0.008				
Empati	Ön test	2.28±0.99		2.85±0.36		0.634	0.433	0.024
	Son test	2.21±0.97		2.92±0.26				
	P*	0.671		0.072				

DEZİKÖ: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği, BDYİ: Birinci derece yanlış inanç, İDYİ: İkinci derece yanlış inanç

Us-kuramı (DEZİKÖ ve Gözler Testi) ve işlevsellik ölçekleri (TİDÖ ve İGD) son-testleri arasındaki bağıntı Spearman korelasyon analizi ile yapıldı (Çizelge 4).

Çizelge 4. Us-kuramı ve işlevsellik ölçekleri son-test puanları arasındaki bağıntı analizi

	DEZİKÖ	Gözler Testi
Gözler Testi	0.565**	-
TİDÖ	0.428*	0.510**
İGD	0.776**	0.549**

DEZİKÖ: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği, Gözler Testi: Gözlerden Zihin Okuma Testi, TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği, İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi
*p<0.05, **p<0.01

Gözler testi ve DEZİKÖ alt ölçekleri son-testler arasındaki bağıntı Spearman korelasyon analiziyle hesaplandı. Birinci derece yanlış inanç ve ironi dışında tüm alt ölçeklerle gözler testi arasında orta ila yüksek düzeyde ($r_s = 0.38-0.64$) anlamlı pozitif bağıntı saptandı (Çizelge 5).

Çizelge 5. Gözler Testi ve DEZİKÖ alt ölçekleri son-test puanları arasındaki bağıntı analizi

	BDYİ	İDYİ	Metafor	İroni	Pot kırma	Empati
Gözler testi	0,231	0,383*	0,392*	0,225	0,641**	0,454*

BDYİ: Birinci derece yanlış inanç, İDYİ: İkinci derece yanlış inanç, Gözler testi: Gözlerden Zihin Okuma Testi
*p<0.05, **p<0.01

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada ayaktan takipli olan iki grup şizofreni hastasına öyküsel terapi tekniklerinin kullanıldığı anlatı tedavisi ve duygu odaklı video gösteriminin yapıldığı izleti tedavisi uygulandı. Bulgular her iki tedavi yönteminin de us-kuramının bazı alanlarını ve duygu işleme süreçlerini geliştirebileceğini, işlevsellik ve psikopatolojide iyileşme sağlayabileceğini gösterdi. Bu genel bulgu toplumsal bilişsel müdahalelerin işlevselliği arttırdığını gösteren çalışmalarla uyumludur.^{93,94,95}

Toplumsal biliş ve us-kuramında olan bozulmaların negatif belirtilerle ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.^{10,11,70,96} Çalışmamızda anlatı tedavisi grubunda hem PANSS genel psikopatoloji hem de negatif belirtilerde, izleti tedavi grubunda ise sadece negatif belirtilerde iyileşme görüldü. Negatif belirtilerde olan iyileşme her iki grupta us-kuramında gelişme olması ile ilişkilendirilebilir. Negatif belirtilerin toplumsal işlevsellik ve sinirbilis arasında aracı olduğunu belirten ve her ikisi ile ilişkili olduğunu gösteren ya da işlevselliğin belirleyicisi olduğunu gösteren çalışmalar^{97,98}, iki grupta da negatif belirtilerde olan iyileşmenin, bilişsel alanda ve toplumsal işlevsellikte artmaya katkı sağlamış olabileceğini desteklemektedir. Anlatı tedavisinde genel psikopatoloji alanında görülen iyileşme kişilerin yaşam öykülerini anlatırken bir yandan kaygıları, çökkünlük belirtileri, suçluluk duyguları, olağandışı düşünce içeriklerini paylaşmaları ve paylaşımlarının ardından bu konular üzerine konuşmaları terapistin önderliğinde kişinin hatalı düşüncelerinin grubun da yardımı ile düzeltilmeye çalışılmış olmasıyla açıklanabilir. Anlatı tedavisinin umut ve olumlu duygular üzerine katkısı, depresyon üzerinde iyileştirici etkisi olması ile birlikte grup tedavisinde etkileşimli ortamda kişilerin yaşam öykülerini anlatırken akran dayanışması ve deneyim paylaşımının yapılmasının da genel psikopatoloji alanına katkı sağlamış olması olasıdır.^{76,99}

Çalışmamızda duygu tanıma süreçleri ve algısal us-kuramı gözler testi ile değerlendirildi. Gözler testinde hastanın resimde gördüğü kişinin yerine kendisini koyarak kişinin zihinsel durumu hakkında atıf yapması gerekir ve bu şekilde us-kuramı değerlendirilir.¹⁰⁰ Bununla birlikte, kararlar sadece yüz ifadesine dayandığından, test bir duygu tanıma testi olarak da düşünülebilir.¹⁰⁰ Bora ve ark.¹⁰¹ çalışmalarında gözler testi ve yüzde duygu tanıma testleri arasında ilişki saptaması da bunu desteklemektedir. Çalışmamızda izleti tedavisi sırasında gösterilen video kesitlerinde etkileşim içinde olan kişilerin yüz devinimleri ve ses tonlarına dikkat edilmesi; hem temel duygular hem de karmaşık duygular üzerinde durulması hastaların

duygu işleme süreçlerine katkı sağlamış olabilir. İzleti tedavisi grubunun gözler testinde tedavi öncesi ve sonrası anlamlı fark olması bulgularımızı desteklemektedir. Görsel malzeme kullanılarak yapılan izleti tedavisi duygu işleme süreçlerinin gelişmesinin yanında toplumsal işlevselliğin gelişmesine de katkı sağlamış olabilir. Duygu tanımının toplumsal işlevsellik üzerine etkisi olduğunu gösteren çalışmalar görüşlerimizi destekler niteliktedir.^{26,51} Çalışmamıza aldığımız kronik şizofreni hastalarının geçmişte tekrarlayan şekilde “yüzde dışavuran duyguların tanınması” ve “yüzde dışavuran duyguların ayırt edilmesi” gibi testleri yapmış olmaları ve birincil duyguların (neşe, hüznün, öfke, korku, şaşkınlık, utanç) işlendiği eğitimler almış olmaları sebebi ile bu testler uygulanmadı.

Çalışmada dikkat ve konsantrasyon, yönetici işlevler, bellek, dil, görsel-mekânsal beceriler, soyut düşünme, hesaplama ve yönelimden oluşan farklı bilişsel işlevleri değerlendiren MoCA testinin her iki tedavi grubunda da anlamlı oranda artması us-kuramını geliştirmeye yönelik tedavilerin sinirbilis üzerine de faydalı etkileri olabileceğini gösterdi. Her iki grup tedavisi sırasında hastaların ortalama 40 dakikadan oluşan iki oturuma etkin bir şekilde katılım sağlamaları ve bu süre boyunca dikkatlerini toplamaya çalışmaları, toplumsal ipuçlarını toplarken bellek işlevlerini kullanmaları, izletilen video kesitleri ve dinledikleri yaşam olaylarını sorular sorup ayrıntılandırarak değerlendirmelerinin, başkalarının duygu ve deneyimlerini gözlemlemelerinin bilişsel alanda sağlanan düzelmede rolü olmuş olabilir. Mazza ve ark.²¹ duygusal olarak yüklü eylemleri gözleyenlerin de o deneyimi kazandıkları ve benzer duyguları yaşayarak o duyguları algıladıklarını, gözlemcilerin bellek ve özellikle çalışma belleğinde gelişme sağladığını bildiren çalışması çıkarımımızı destekler niteliktedir.

Her iki tedavi yönteminde de Penn ve ark.¹⁰² söz ettiğine benzer olarak hastalar, kişilerin davranışlarını ve buldukları durumu daha iyi açıklayabilmeleri için soru sormaya teşvik edildi ve soruları kimi zaman grup yöneticisi tarafından yönlendirildi. Hastaların tedavi sırasında toplumsal ipuçlarını toplayabilmeleri için uygun soruları bulabilmeleri, gözlemledikleri başka yaşam olayları ile ilişkilendirebilmeleri ve beklenen tepkinin (pişman olma, temkinli olma, küstahlık, kıskançlık vb. haller, kültür ile ilişkili olarak yaşanan olaylar farklı sonuçlar oluşturabilir) tahmin edilebilmesi için uygulanan tedavilerin kültürle uyumlu ve gerçek yaşamla ilişkili olması eğitimin etkinliğini artırarak hastaların us-kuramı alanlarında gösterdikleri gelişmeye katkı sağlamış olabilir. Bechi ve ark.⁸² toplumsal bilis müdahale çalışmalarının hastaların kültür ve çevreleri ile uyumlu olmasının yararlarına dikkat çekmiştir. Her iki grupta da us-kuramını tüm yönleri ile değerlendiren DEZİKÖ ölçeğinde anlamlı değişim ortaya çıkarken, algısal us-kuramını ölçen Gözler Testi'nde ve DEZİKÖ'nün

pot kırma alt ölçeğinde sadece izleti tedavisinde anlamlı bir fark oluştu. İki grup karşılaştırıldığında izleti tedavisinde bu iki ölçümde anlatı tedavisine üstünlük oluştu. İzleti tedavisinin bu üstünlüğünde tedavi sırasında video kesitlerinin kullanılması ve toplumsal ipuçlarının toplanmasının yanı sıra karmaşık duygularla birlikte yüz ifadelerinin de üzerinde durulmasının katkısı olmuş olabilir. Hastalarda us-kuramını değerlendirme ve geliştirme için kullanılan gereçlerde video kullanımının daha avantajlı olduğunu belirten çalışmalar bu görüşü desteklemektedir.^{22,24,82} Anlatı tedavisinde ise duygular hakkında konuşulmasına karşın görsel bir malzeme kullanılmadı. Alt ölçeklere bakıldığında izleti tedavisinde pot kırma ve BDYİ alanlarında, anlatı tedavisinde ise BDYİ ve İDYİ değerlendirmesinde anlamlı gelişme görüldü. BDYİ’de kişi kendi bilgisinin diğer kişi tarafından bilinmediğini ve diğer kişinin inancı doğrultusunda ne yapacağını fark edebilmelidir.⁴⁰ Her iki tedavi şeklinde BDYİ’nin gelişmiş olması, iki grupta da toplumsal ipuçlarının incelenmesi ve bir başka kişinin kendisinden farklı bir inanca sahip olabileceğinin üstünde durulması ile açıklanabilir. İDYİ ölçümlerinde soruyu cevaplayanın yalnızca karakterlerin zihinsel durumlarını anlaması değil, ayrıca bir karakterin diğer karakterin inanç durumuna ilişkin yanlış inancını da aklında canlandırması gerekmektedir; yani üçüncü bir kişinin düşüncesi hakkında ikinci kişinin düşüncelerini çıkarsama söz konusudur.^{40,44,103} Anlatı tedavisinin dördüncü aşamasında hastalar tarafından olayların nedenlerinin yorumlanması İDYİ’nin gelişmesini sağlamış olabilir. İzleti tedavisinde ise olay örüntüsünün öncesi-sonrası şeklinde ele alınması nedeniyle hastaların İDYİ’ye dikkat etmeleri gereken bir ara olayı gözlemleyememeleri bu alanda anlamlı bir gelişime yol açmamış olabilir. Pot kırma iki kişilik bir toplumsal etkileşim sırasında uygunsuz veya hakaret içeren bir şeyin istemeden söylenip söylenmediğini anlama yeteneğini inceler ve algısal us-kuramı ile ilişkilidir.⁴⁵ Pot kırmanın sadece izleti tedavisinde gelişmiş olması bu tedavi sırasında algısal us-kuramının gelişmesi ile açıklanabilir. DEZİKÖ’nün pot kırma alt ölçeği ile Gözler Testi arasında kuvvetli korelasyon olması da çıkarımımızı desteklemektedir. Empati alt ölçeğinin grup içi karşılaştırmalarında her iki grupta anlamlı bir fark olmamasına karşın izleti tedavisinde anlamlıya yakın bir gelişme olması ve yapılan bağıntı analizinde gözler testi ile korelasyon saptanmış olması empati yeteneğinin algısal-us kuramıyla ilişkisi çerçevesinde açıklanabilir. Başka bir kişinin hissine empatik bir tepki vermenin ilk adımı diğerinin duygularını algılamak ve yorumlamak olsa da gerçek bir empatik tepki için, fizyolojik ve otonom bir tepki gerekmesi kronik şizofreni hastalarında empati alt ölçeğinde gelişme olmamasını açıklayabilir.¹⁰⁴ Şizofreni hastalarının ironi ve metaforu sözcük anlamı doğrultusunda yorumlama eğilimi ve sözcüğün örtük anlamını kavrayamamasına dikkat çekilmektedir.^{41,71} Örneğin bazı hastalar; “Yıl sonunda,

derslerinden çok düşük notlar alan Ahmet'in karnesine bakan annesi Ahmet'e "Ne kadar da başarılı bir öğrencisin!" der." hikayesi ile karşılaştıklarında, Ahmet'in annesinin doğru söylemediğini bilmekte fakat Ahmet'i üzmemek ya da teşvik etmek için böyle söylediğini ifade etmektedir. İroni ve metafor sorularında hastaların ölçekte ifade edilen hikayelerde durumun uygun olmadığını anlamış olmalarına karşılık sözcüğün anlamının ötesine geçememeleri ve durumu düz anlam doğrultusunda yorumlama eğilimleri nedeni ile bu alanlarda belirgin bir düzelme sağlanamamış olabilir.

Yapılan çalışmalar us-kuramı ve işlevsellik arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir.^{33,67,105} Zayıf us-kuramının kötü toplumsal işlevselliğin öngörücüsü olduğu, bilişsel us-kuramını ölçen ipucu görevleri ile genel toplumsal becerilerin ilişkili olduğu ve us-kuramı ve toplumsal davranışlar arasında genel olarak ilişki olduğu gösterilmiştir.^{26,65,105} Her iki tedavi grubunda görülen toplumsal işlevsellik düzeyi artışı us-kuramı alanlarındaki gelişme ile açıklanabilir. Gözler Testi ve DEZİKÖ ölçeklerinin her ikisinin de TİDÖ ve İGD ile pozitif korelasyon göstermesi bu görüşü desteklemektedir. Yine her iki tedavi grubunda da psikopatolojinin azalması ve bilişsel alanda artışın olması toplumsal işlevselliğin düzelmesine katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamızın sonuçları algısal us-kuramı gelişiminin sağlanması için video kesitlerinin kullanımının anlatı tedavisine göre daha etkin olduğunu, görsel verilerin kullanılmadığı eğitimlerde bilişsel us-kuramı alanlarında gelişme olmakla birlikte buna algısal us-kuramı alanlarının eşlik etmeyebileceğini gösterdi. İzleti tedavisinde algısal us-kuramını ölçen Gözler Testi ve algısal us-kuramının DEZİKÖ'nün pot kırma alt ölçeğinde anlatı tedavisi ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olması görsel malzemelerin kullanıldığı yöntemlerde algısal us-kuramının daha fazla gelişeceği yönünde olan varsayımımızı destekler nitelikteydi. Bilişsel us-kuramının anlatı tedavisinde daha fazla gelişeceği yönünde olan öngörümüz BDYİ ve İDYİ görevlerinde anlatı tedavisinde anlamlı artış olmakla birlikte gruplar karşılaştırıldığında birbirine üstünlüğü olamaması nedeniyle doğrulanmadı.

Bu çalışmada toplumsal bilişin us-kuramı ve duygu tanıma dışında kalan diğer alanlarının değerlendirilmemiş olması ve sinirbilis alanlarının genel bir ölçekle (MoCA) değerlendirilmiş olması, kontrol grubunun olmaması, bilişsel us-kuramının yalnızca DEZİKÖ ile değerlendirilmiş olması, DEZİKÖ'nün içerisinde bir çok us-kuramı alanını bulundurması, duygu tanıma da olan gelişimin gözler testi dışında bir test ile değerlendirilmemiş olması, hasta sayısının azlığı olan ölçeklerde kısıtlılıklar olarak ele alınabilir. Bir diğer kısıtlılık ise uygulanan terapi yöntemlerinde diğer us-kuramı alanlarına ve toplumsal işlevselliğe katkı

sağlama olasılığı olan ironi ve metafor ile ilgili bir eğitim verilmemiş olmasıdır. Hastaların kronik hastalar olması sebebi ile geçmişte başka eğitimlere katılmış olmaları sonuçları etkilemiş olabilecek bir kısıtlılık olarak sayılabilir. Hastalara çalışmanın başlığında da bulunan damgalama ölçeğinin daha önce çok defa yapılmış olması ve hastaların bu konu ile ilgili daha fazla ölçek doldurmak istememeleri sebebi ile damgalama ile ilgili değerlendirme çalışmadan çıkarılmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, anlatı ve izletici tedavisinin us-kuramının farklı alanlarına katkı sağlayabileceğini, psikopatoloji ve sinirbilim alanlarını geliştirebileceğini söyleyebiliriz. Grup tedavilerinin de katkısı ile bu alanların gelişiminin toplumsal işlevselliği arttırabileceği söylenebilir. Us-kuramı alanları ayrı ayrı incelendiğinde toplumsal işlevselliğe hangi alanın daha fazla katkı sağladığının bulunması için daha fazla çalışma yapılması ve daha özel tedavi hedeflerinin ortaya konması gerekmektedir. Tedavi yöntemlerinin kronik hastalar üzerine etkisinin incelenmiş olduğu göz önünde bulundurulduğunda daha az hastalık süresine sahip hastalar üzerine etkisini gözlemlemek için çalışmalara başka çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir. İyileştirim çalışmalarında us-kuramı, sinirbilim, psikopatoloji ve toplumsal işlevselliği geliştirici etkileri göz önüne alındığında her iki tedavi yönteminin de kullanılmasının faydalı olacağı ileri sürülebilir.

7. ÖZET

Şizofreni Hastalarında Öyküsel Terapi Tekniklerinin Uygulandığı ve Duygu Temalı Video Gösterimi Yapılan İki Grubun Toplumsal İşlevsellik, Damgalanma, Duygu Tanıma ve Us-Kuramı Açısından Gelişimlerinin Değerlendirilmesi

Amaç: Çalışmanın amacı kronik şizofreni hastalarında grup ortamında kendi yaşam öykülerini anlattıkları, öyküsel terapi tekniklerinin kullanıldığı anlatı tedavisi ve etkileşimin olduğu, duygu temalı, kültür ile uyumlu video kesitlerinin kullanıldığı izletici tedavisinin us-kuramı yetenekleri, psikopatoloji ve toplumsal işlevsellik üzerine etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya şizofreni tanısı olan 30 hasta dahil edildi. Hastalar rastgele örneklem yöntemiyle 2 gruba ayrıldı. Bir gruba anlatı diğer gruba izletici tedavisi uygulandı. Grup tedavileri başlamadan önce ve tamamlandıktan sonra us-kuramını değerlendirmek için Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği (DEZİKÖ) ve Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler testi), toplumsal işlevselliği değerlendirmek için Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) ve İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD), psikopatolojiyi değerlendirmek için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGİ-Ş), bilişsel işlevselliği değerlendirmek için Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA) kullanıldı. Her iki tedavinin grup-içi ön-test ve son-test sonuçları Wilcoxon testi ile karşılaştırıldı. Tedavi etkinliği açısından gruplar arası karşılaştırma için karışık desenli ANOVA testi kullanıldı.

Bulgular: Anlatı tedavisi uygulanan hasta grubunda PANSS'ın tüm alanlarında, DEZİKÖ, KGİ-Ş, İGD, TİDÖ ve MoCA ölçeklerinde girişim öncesi ve sonrası puan ortalamalarında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). İzletici tedavisi uygulanan grupta PANSS negatif, DEZİKÖ, TİDÖ, MoCA ve GZOT puanlarında girişim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Gruplar arası karşılaştırmada izletici tedavisi grubunun Gözler Testi ve DEZİKÖ'nün pot kırma alt ölçeği puan ortalamalarının anlatı tedavisi grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Anlatı ve izletici tedavisi us-kuramının farklı alanlarına katkı sağlayabilmekte, psikopatolojide azalma, nörobiliş alanlarında gelişme ve toplumsal işlevsellikte artmaya yol açabilmektedir. İzletici tedavisinin algısal us-kuramı alanında daha etkin olduğu söylenebilir.

Anahtar sözcükler: Şizofreni, us-kuramı, anlatı tedavisi, izletici tedavisi, toplumsal işlevsellik

8. ABSTRACT

The Evaluation Of Narrative Therapy and Movie Therapy Groups In Patients With Schizophrenia With Regards To Their Improvements In Social Functioning, Stigmatization, Emotion Recognition, and Theory Of Mind

Objective: The purpose of this study to investigate the effects of narrative therapy (NT) in which the patients tell their own life story in a group environment, and the movie therapy (MT), which is an interaction based, emotion themed, culturally compatible video screening activity, on theory of mind abilities, psychopathology, and social functioning of chronic schizophrenia patients.

Method: This study involves 30 patients diagnosed with DSM-V schizophrenia. The patients were randomly assigned into two groups: one group received narrative treatment, and the other group had movie treatment. In the study, Dokuz Eylül Theory of Mind Index (DEZİKO) and Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) tests were applied to evaluate the theory of mind, Social Functioning Assessment Scale (SFAS), and Global Assessment of Functioning (GAF) were applied for the evaluation of social functioning, the Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) and Clinical Global Impression-Severity (CGI-S) tests were used for assessment of psychopathology, and the Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA) scale were applied for the evaluation of cognitive domains of the patients.

Results: In patients that received NT are found significantly altered comparing the results before and after the treatment, according to PANSS, DEZİKO, CGI-S, GAF, SFAS and MoCA scales ($p<0.05$). In patients that received MT there are significant changes between before and after scores in PANSS negative, DEZİKÖ, SFAS, MoCA and RMET scales ($p<0.05$). Mean RMET scores and DEZİKO foux pas sub-scale scores are higher than in MT group comparing to NT group ($p<0.05$).

Conclusion: This study suggests that NT and MT could be beneficial on different domains of theory of mind, may lead decrease in psychopathology, improvement of neurocognition and increase in social functioning. MT could be more effective on perceptual theory of mind domain.

Keywords: Schizophrenia, theory of mind, narrative therapy, movie therapy, social functioning

EKLER
EK 1
KOÜ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
HASTA BİLGİ FORMU

Hastanın ismi:	Tarih:
Tel no:	Ev adresi:
Doğum tarihi:	Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Doğum yeri (Şehir):	Eğitim (başarıyla tamamladığı yıl):
Medeni durum: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış /ayrılı / dul	Şu anki çalışma durumu: <input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> Malulen emekli <input type="checkbox"/> Denetimli çalışıyor <input type="checkbox"/> Düzenli çalışıyor <input type="checkbox"/> Öğrenci
Askerlik durumu: <input type="checkbox"/> Muaf <input type="checkbox"/> Yaptı <input type="checkbox"/> Yarıda bıraktı <input type="checkbox"/> Henüz Yapmadı	El tercihi: <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol
Evde kişi başına düşen gelir: TL / ay:	Sosyal Güvence: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Yaşam biçimi (kimlerle yaşıyor, bakıcıları): <input type="checkbox"/> Aile <input type="checkbox"/> Eş/Çocuk <input type="checkbox"/> Akraba <input type="checkbox"/> Yalnız <input type="checkbox"/> Arkadaşlarıyla <input type="checkbox"/> Bakım evi	Ailede ruhsal hastalık (Sch, ŞAB, Sanrılı boz., İUB) <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var/kimde.....
Hastalığın başlangıç yaşı:	Toplam hastane yatış sayısı:
Hastalığın süresi (yıl):	Toplam yatış günü:
Aile desteği: <input type="checkbox"/> Tam <input type="checkbox"/> Kısmen <input type="checkbox"/> Yetersiz	Son yatış günü:
Günlük sigara tüketimi (son 6 ay): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var, sayı/gün:	Esrar kullanımı (son 6 ay): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Arada alıyor <input type="checkbox"/> Düzenli kullanıyor.
Alkol kullanımı (son 6 ay): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Arada içiyor <input type="checkbox"/> Düzenli içiyor	Diğer madde kullanımı (son 6 ay): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Arada kullanıyor <input type="checkbox"/> Düzenli kullanıyorsa nedir:
Başkasına fiziksel şiddet davranışı (hastalık sonrası) <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Özkıyım girişimi (hastalık sonrası): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
EKT uygulaması (son 6 ayda): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Adli olay (hastalık sonrası): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Tanı: <input type="checkbox"/> Şizofreni <input type="checkbox"/> Şizoaffektif boz <input type="checkbox"/> İki uçlu boz <input type="checkbox"/> Sanrılı boz <input type="checkbox"/> Şizofreniform boz <input type="checkbox"/> BTA psikotik boz	
Ek ruhsal hastalık: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> MDB <input type="checkbox"/> OKB <input type="checkbox"/> YGB <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Başka Ruh. Hast.	
Ek tıbbi hastalık:	Boy..... Kilo..... BKG:.....
Şimdiki kullanılan ilaçlar:	
Görüşme notları:	

EK 2

Pozitif Ve Negatif Belirtili Ölçeği (PNBÖ)

(Şiddet: 1: Yok, 2: Çok hafif, 3: Hafif, 4: Orta, 5: Orta/ağır, 6: Ağır, 7: Çok ağır)

P1	Sanrılar	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
P2	Düşünce dağınıklığı	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
P3	Varsanılar	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
P4	Taşkınlık	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
P5	Büyüklik duyguları	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
P6	Şüphencilik / kötülük görme	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
P7	Düşmanca tutum	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
N1	Duygulanımda küntleşme	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
N2	Duygusal içe çekilme	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
N3	İlişki kurmada güçlük	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
N4	Pasif / kayıtsız biçimde kendini toplumdan çekme	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
N5	Soyut düşünme güçlüğü	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
N6	Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
N7	Stereotipik düşünme	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G1	Bedensel kaygı	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G2	Anksiyete	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G3	Suçluluk duyguları	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G4	Gerginlik	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G5	Manyerizm ve vücut duruşu	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G6	Depresyon	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G7	Motor yavaşlama	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G8	İşbirliği kuramama	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G9	Olağandışı düşünce içeriği	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G10	Yönelim bozukluğu	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G11	Dikkat azalması	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G12	Yargılama ve içgörü eksikliği	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G13	İrade bozukluğu	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G14	Dürtü kontrolsüzlüğü	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G15	Zihinsel aşırı uğraşı	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G16	Aktif biçimde sosyal kaçınma	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
	TOPLAM PUAN	

EK 3

Klinik Genel İzlenim –Şiddet (KGİ-Ş)

Hastalık Şiddeti

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

EK 4

İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD)

Ruhsal sağlık-hastalığın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. Ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanılardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

EK 5

TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TİDÖ)

Adı Soyadı:

Tarih: /..... /.....

Bireylerin özbakım alışkanlıkları, aile/çevre ile ilişkileri, toplumsal davranış özellikleri ve çalışma durumunu değerlendiren bu ölçeği doldururken **son birkaç aydaki** durumunuzu en iyi şekilde yansıtan seçenekleri işaretleyiniz.

1. **El-yüz yıkama sıklığınız nedir?**
() Haftada 1 ya da daha az () Haftada 3 – 5 kez () Her gün
2. **Dış fırçalama sıklığınız nedir?**
() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Günde en az 1 kez
3. **Banyo yapma sıklığınız nedir?**
() Ayda 1-2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Haftada 3 ya da daha fazla
4. **Tırnak kesme sıklığınız nedir?**
() Ayda 1-2 kez ya da daha az () İki haftada bir () Haftada 1 kez
5. **İç çamaşırını değiştirme sıklığınız nedir?**
() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Hemen her gün
6. **Çorap değiştirme sıklığınız nedir?**
() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Hemen her gün
7. **(Kadınlar için) Cilt bakımı ve makyaj yapma, kaş ve bıyık alma sıklığınız nedir?**
() Sadece özel günlerde () 2- 3 ayda bir () Haftada bir
(Erkekler için) Sakal tıraşı olma sıklığınız nedir?
() Haftada 1 ya da daha az () Haftada 2-3 kez () Her gün
8. **Birlikte yaşadığınız kişilerle piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığınız nedir?**
() Hiç () 2-3 ayda bir () Ayda 1 – 2 kez
9. **Birlikte yaşadığınız kişilerle duygu ya da sorunlarınızı paylaşır mısınız?**
() Hiç paylaşmam () Sorulduğunda paylaşırım () Genellikle paylaşırım
10. **Kafe/çay bahçesi gibi yerlere gitme sıklığınız nedir?**
() Hiç () 2-3 ayda bir () Ayda birden fazla
11. **Akrabalar dışında kaç yakın arkadaşınız var?**
() Hiç yok () 1– 3 kişi () 4 ve üzeri
12. **Arkadaşlarla birlikte piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinlik yapma sıklığınız nedir?**
() Hiç yapmam () 2- 3 ayda bir () Ayda en az 1 kez
13. **Spor amaçlı etkinlik (halı saha maçı, tempolu yürüyüş, bisiklete binme, yüzme vb.) yapma sıklığınız nedir?**
() 2-3 ayda bir ya da daha az () Ayda 1- 2 kez () Haftada en az 1 kez
14. **Gazete, dergi okuma (internet ve TV haberleri dahil) sıklığınız nedir?**
() Ayda 1- 2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Hemen her gün
15. **Tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma sıklığınız nedir?**
() Ayda 1- 2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Hemen her gün
16. **Toplu taşıma araçlarını ya da özel aracınızı (yardımsız) kullanma sıklığınız nedir?**
() Ayda 1- 2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Hemen her gün
17. **İhtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma durumunuz nedir?**
() Yapmam () Yardımla yaparım () Kendim yaparım
18. **Gelirinize göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumunuz nedir?**
() Yapmam () Yardımla yaparım () Kendim yaparım
19. **Çalışma durumunuz nedir?**
() Çalışmıyorum () Destekli çalışıyorum () Düzenli bir işte çalışıyorum
(Öğrenci ise derslere katılma)
() Katılmıyorum () Arada katılıyorum () Düzenli katılıyorum
(Ev hanımı ise ev işleriyle ilgili sorumlulukları)
() Yerine getiremiyorum () Yardıma ihtiyaç duyuyorum () Kendim yerine getiriyorum

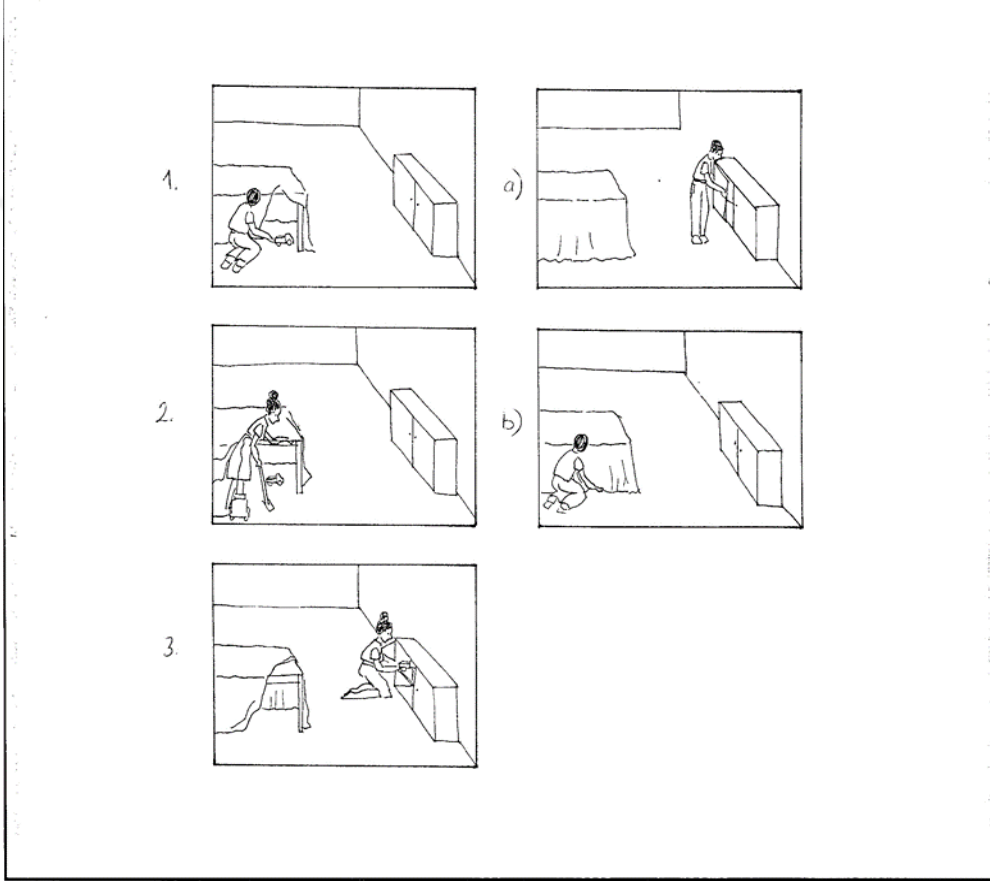
Kaynak: Yıldız M, Kıras F, İncedere A, Esen D, Gürçan MB, Abut B, İpçi K, Tural Ü. Development of Social Functioning Assessment Scale (SFAS) for People with Schizophrenia: Validity and Reliability Study. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2018; 19(Suppl 2):29-38

EK 6

DOKUZ EYLÜL ZİHİN KURAMI ÖLÇEĞİ

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.

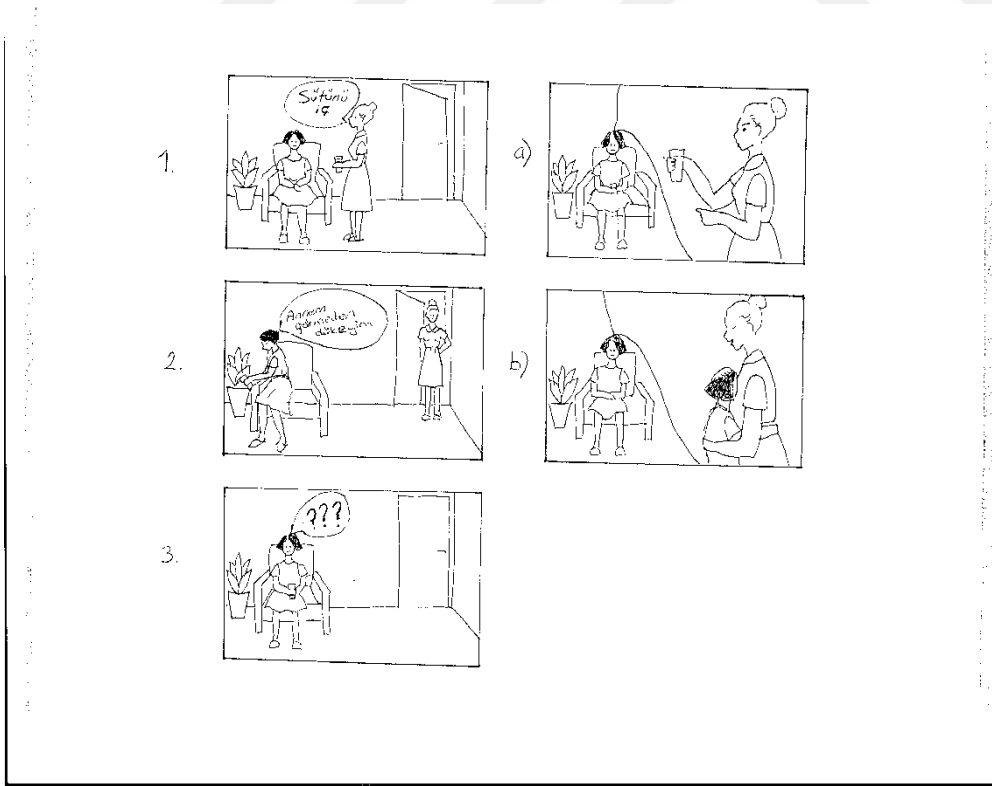


HİKAYE 2

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

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

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



HİKAYE 3

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

HİKAYE 4

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

HİKAYE 5

Osman ve Zeynep, evli bir çifttir. Her hafta sonu, birlikte gezmeye gitmek isterler. Ancak, farklı yerlere gitmekten hoşlandıkları için, bu konuda sürekli tartışıp nereye gideceklerine karar veremezler. Osman, deniz kıyısına gidip balık tutmak ve mangal yapmaktan hoşlanmaktadır. Zeynep ise, alışveriş merkezlerinde gezmeyi ve sinemaya gitmeyi sevmektedir. Zeynep, Osman'ı mutlu etmek için çoğunlukla, deniz kıyısına gitmeyi kabul eder. Bu hafta sonu için ne yapacaklarını konuşurken, Osman Zeynep'e alışveriş merkezine gitmeyi teklif eder. Osman ve Zeynep evden çıkmak üzere hazırlanırlar. Osman arka odaya sobayı söndürmeye gider. Bu sırada Zeynep, unutmamak için araba anahtarını, Osman'ın anahtarı her zaman bıraktığı vestiyerden alarak çantasına koyar. Evden çıkıp arabalarına binen Osman ve Zeynep, alışveriş merkezine gider. Arabayı kullanmakta olan Osman, arabayı park etmek için uzun bir süre yer bulamayınca çok sinirlenir. Arabayı park ettikten sonra alışveriş merkezine girerler. Zeynep, büyük bir keyifle gezerken, bir süre sonra Osman söylenmeye başlar. Kapalı yerlerde gezmekten hoşlanmayan Osman, Zeynep'in hala hevesle her dükkana girmek istemesi üzerine Zeynep'e " İnan hiç bu kadar eğlenmemiştim! " der.

HİKAYE 6

Selim ve Ali bir dergide çalışan iki yazardır. Selim, uzun yıllardır yazarlık yapmaktadır ve işe yeni başlayan Ali'den daha deneyimlidir. Ali yazılarında sık sık hata yapar. Bu nedenle Selim, Ali'nin yazılarını sürekli kontrol eder. Akşam müdürle yapacakları toplantıdan önce, Selim Ali'nin yazısını kontrol etmiş ve her zaman olduğu gibi birçok hata bulmuştur. Bu durumla ilgili olarak Ali'ye dönerek : " Yine kusursuz bir iş çıkarmışsın! " der. Selim düzeltmeleri yaptıktan sonra, tüm yazıları masasının üstünde bırakarak odadan ayrılır. Ali, yazılara herhangi bir zarar gelmemesi için, hepsini bir dosyaya koyarak kendi çekmecesine kaldırır. Toplantı saati geldiğinde Ali ve Selim

müdürün odasına gider. Müdür toplantı boyunca yazarlıkla ilgili konuşur. Bir yazarın her zaman yaratıcı olması gerektiğini söyler. Her yazının, yepyeni bir eser olduğunu açıklar ve şöyle der: “ Sizler birer bebek dünyaya getiriyorsunuz! ” Toplantı bittikten sonra herkes odadan çıkar. Selim Ali’ye Orhan’ın odasına gideceğini söyler ve Ali’nin yanından ayrılır. Ali, Selim ile birlikte paylaştıkları odasına vardığında, oda telefonu çalar. Arayan kişi Selim’in karısıdır. Ali’ye, Selim’in bir an önce eve gelmesi gerektiğini, çok önemli olduğunu söyler ve telefonu kapatır. Ali telaşla Selim’e haber vermek ister. Bu sırada Selim Orhan’ın odasındadır. Karısının Ali ile konuştuğundan habersiz olarak karısını arar. Hemen eve gitmesi gerektiğini öğrenen Selim apar topar iş yerinden ayrılır ve evine gitmek üzere yola çıkar.

HİKAYE 7

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

EK 7

Adı Soyadı:

MONTREAL BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

Eğitim:

Cinsiyet:

Tarih:

GÖRSEL MEKANSAL / YÖNETİCİ İŞLEVLER		SAAT çizme (On biri on geçe) (3 puan)		PUAN			
		<p>Küp Kopyalama</p>					
[]		[]					
		Çevresi	Rakamlar	Kollar			
		[]	[]	[]			
				___/5			
ADLANDIRMA							
[]		[]		[]			
				___/3			
BELLEK							
Kelime listesini okuyun ve hastaya tekrar ettirin. İki deneme yapın. 5 dakika sonra tekrar sorun.		BURUN	KADİFE	CAMİ	PAPATYA	MOR	Puan yok
1.deneme							
2.deneme							
DİKKAT							
Sayı listesini okuyun (1 sayı / san.) Hasta sayıları baştan sona doğru saymalı		[] 2 1 8 5 4					
Hasta sayıları sondan başa doğru saymalı		[] 7 4 2		___/2			
Harf listesini hastaya okuyun. Hastaya her A harfi okunduğunda masaya eli ile vurmasını söyleyin. İki veya daha fazla hata var ise puan vermeyin.		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB		___/1			
100 den başlayarak yedişer çıkarma		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3
4 veya 5 doğru çıkarma: 3 puan, 2 veya 3 doğru çıkarma: 2 puan, 1 doğru :1 puan, 0 doğru 0 puan.							
LİSAN							
Tekrar ettirin: Tek bildiğim bugün yardıma ihtiyacı olan kişinin Ahmet olduğudur.		[]					
Köpekler odadayken kedi hep kanapenin altında saklanırdı.		[]		___/2			
Akıcılık / 1 dakikada K harfi ile başlayan maksimum sayıda kelime saydın.		[] _____ N ≥ 11 kelime		___/1			
SOYUT DÜŞÜNME							
Benzerlik. Örn. muz-portakal = meyve.		[] tren - bisiklet	[] saat - cetvel	___/2			
GECİKMELİ HATIRLAMA							
Kelimeleri İPUCU OLMADAN hatırlama	BURUN	KADİFE	CAMİ	PAPATYA	MOR	Sadece İPUCUSUZ hatırlanan kelimeler için puan verin	
[]	[]	[]	[]	[]	[]		
SEÇMELİ							
Kategori ipucu							
Çoklu seçmeli ipucu							
YÖNELİM							
[] Gün	[] Ay	[] Yıl	[] Gün adı	[] Yer	[] Şehir	___/6	
© Z.Nasreddine MD Version November 7, 2004		www.mocatest.org		Normal 21 / 30	TOPLAM	___/30	
Türkçe versiyon 2009. K. Selekler & B. Cangöz							

KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Mete L. Şizofrenide Muayene. Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC ve ark. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, 2. Basım. Ankara: Türk psikiyatri Derneği Yayınları. 2018; 51-60.
2. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med. 2005;e141:413-433.
3. Öztürk O, Uluşahin A. Şizofreni. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 13. Basım. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. 2015:189-248.
4. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi, 1. Basım. Ankara: Güneş kitabevi. 2003.
5. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J ve ark. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013; 382:1575–86
6. Vos T, Barber RM, Bell B ve ark. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study. Lancet. 2013; 386(9995): 743–800
7. Black DW ve Andreasen NC. Introductory Textbook of Psychiatry. Washington. 7.2.1.1 D.C.:American Psychiatric Publishing Inc. 2011.
8. SADOCK BJ. Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Çeviri ed. Bozkurt A. 11. Basım. Ankara: Güneş Tıp Kitap Evleri. 2016; 300-329
9. Goldberg TE, Gold JM. Neurocognitive Deficits in Schizophrenia. Schizophrenia. Oxford: Blackwell Science Ltd. 1997; 146-162.
10. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating ‘theory of mind’ in people with schizophrenia. Schizophrenia Res. 1995; 17: 5–13
11. Corcoran R, Frith CD. Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia. Cognitive Neuropsychiatry. 1996; 1, 305–18

12. Arieti S. Understanding and Helping The Schizophrenic. Çev: Aylin Eti. Bir Şizofreni Anlamak: Aile ve Arkadaşlar İçin Rehber. İstanbul: Doruk Yayımcılık. 2003;139-161.
13. Wiersma D, Nienhuis FJ, Sloof CJ ve ark. *Natural course of schizophrenic disorders. A 15-year follow-up of a Dutch incidence cohort.* *Schizophr Bull.*1998;24:75-85
14. Doering S, Muller E, Kopcke W ve ark. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull.* 1998; 24:87–98.
15. Yıldız M, İncedere A, Özaslan Z ve ark. Şizofrenide Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi ve Üstbiliş Eğitiminin Toplumsal ve Bilişsel İşlevsellik Üzerine Etkisi *Arch Neuropsychiatry.* 2019; 2056:139–143
16. Penn DL, Corrigan PW, Bentall RP ve ark. Social cognition in schizophrenia. *Psychol Bull.* 1997;121:114–132.
17. Roncone R, Falloon IR, Mazza M ve ark. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology.* 2002; 35(5):280–288.
18. Mizrahi R, Korostil M, Starkstein SE ve ark. The effect of antipsychotic treatment on theory of mind. *Psychol Med.* 2007; 37:595-601.
19. Sergi MJ, Green MF, Widmark C ve ark. Social cognition and neurocognition: effects of risperidone, olanzapine, and haloperidol. *Am J Psychiatry.*2007;164:1585-1592.
20. Penn DL, Sanna LJ, Roberts D. Social cognition in schizophrenia: an overview. *Schizophr Bull.* 2008; 34:408-411.
21. Mazza M, Lucci G, Pacitti F ve ark. Could schizophrenic subjects improve their social cognition abilities only with observation and imitation of social situations? *Neuropsychol Rehabil.*2010; 20:675-703
22. Kayser N, Sarfati Y, Besche C ve ve ark. Elaboration of a rehabilitation method based on a pathogenetic hypothesis of “theory of mind” impairment in schizophrenia. *Neuropsychol Rehabil.* 2006; 216:83-95.
23. Pino M C, Pettinelli M, Clementi D ve ark. Improvement in cognitive and affective theory of mind with observation and imitation treatment in subjects with schizophrenia. *Clinical Neuropsychiatry.* 2015; 12:64–72

24. Bazin N, Brunet-Gouet E, Bourdet C ve ark. Quantitative assessment of attribution of intentions to others in schizophrenia using an ecological video-based task: a comparison with manic and depressed patients. *Psychiatry Res.*2009; 167:28-35.
25. Frith CD. *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum assoc. 1992.
26. Brüne M. Emotion recognition, “theory of mind,” and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2005; 133:135-47.
27. Cirillo MA, Seidman LJ. Verbal declarative memory dysfunction in schizophrenia: from clinical assessment to genetics and brain mechanisms. *Neuropsychological Review* . 2003; 13,43– 77.
28. Evans JJ, Chua S E, McKenna PJ ve ark. Assessment of the dysexecutive syndrome in schizophrenia. *Psychological Medicine*. 1997; 27:635–646.
29. Bora E, Eryavuz A, Kayahan B ve ark. Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding maybe a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatr Res.*2006; 145:95-103
30. Penn DL, Corrigan PW, Bentall RP ve ark. Social cognition in schizophrenia. *Psychol Bull.* 1997;121:114–132.
31. Green MF, Penn DL, Bentall R ve ark. Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr Bull.* 2008; 34:1211-20.
32. Bora E, Gökçen S, Kayahan B ve ark. Deficits of social-cognitive and social-perceptual aspects of theory of mind in remitted patients with schizophrenia: effect of residual symptoms. *J Nerv Ment Dis.* 2008; 196: 95-9.
33. Combs DR, Adams SD, Penn DL ve ark. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. *Schizophr Res.* 2007; 91:112-6.
34. Shamay-Tsoory SG, Tomer R, Berger BD ve ark. Impaired “affective theory of mind” is associated with right ventromedial prefrontal damage. *Cogn Behav Neurol.* 2005;18:55-67.
35. Tager-Flusberg H, Sullivan K. A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition.* 2000; 76: 59-89.

36. Yildirim EA, Kaşar M, Gdk M ve ark. Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin Türkçe gvenirlik alışması. Investigation of the reliability of the "Reading the Mind in the Eyes Test" in a Turkish population. *Türk Psikiyatri Derg.* 2011; 22:177-86.
37. Bora E. Şizofreni spektrum bozukluklarında zihin kuramı. *Türk Psikiyatr Derg* 2009; 20: 269-81.
38. Bechi M, Spangaro M, Bosia M ve ark. Theory of Mind intervention for outpatients with schizophrenia. *Neuropsychol Rehabil.* 2013; 23:383-400.
39. Değirmencioğlu B. İlk kez geliştirilecek olan Dokuz Eylül Zihin Teorisi leęinin (DEZT) geçerlik ve güvenirlik alışması. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstits Sinir Bilimler Anabilim Dalı, İzmir. 2008.
40. Baron-Cohen S. The autistic child's theory of mind: case of specific developmental delay. *J Child Psychol Psyc.* 1989; 30:285-7.
41. Fine C, Lumsden J, Blair RJR. Dissociation between 'theory of mind' and executive functions in a patient with early left amygdala damage. *Brain.* 2001; 124:287-98.
42. Shamay-Tsoory SG, Tomer R, Aharon-Peretz J. The neuroanatomical basis of understanding sarcasm and its relationship to social cognition. *Neuropsychology.* 2005; 19:288-300.
43. Winner E. The point of words: Children's understanding of metaphor and irony. Massachusetts: Harvard University Press. 1988;215-222.
44. Bach LJ, Happe F, Fleminger S ve ark. Theory of mind: Independence of executive function and the role of the frontal cortex in acquired brain injury. *Cognit Neuropsychiatry.* 2000; 5:175-92.
45. Giannakou M, Kosmidis MH, Nazlidou EI ve ark. Understanding of Faux Pas in patients with schizophrenia. *Psychiatr Psychiatr.* 2019; 30:17-23.
46. Feldman-Barrett L, Salovey P. The Wisdom in Feeling: Psychological Processes in Emotional Intelligence. New York: Guilford Press. 2002
47. Kohler CG, Walker J, Martin EA, Healey KM, Moberg PJ. Facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophr Bull.* 2010; 36:1009-1019.
48. Thompson AD, Bartholomeusz C, Yung AR. Social cognition deficits and the 'ultra high risk' for psychosis population: a review of literature. *Early Interv Psychiatry.* 2011; 5(3): 192-202.

49. Parr LA, Waller BM, Fugate J. Emotional communication in pri-mates: Implications for neurobiology. *Curr Opin Neurobiol* 15. 2005;716–720.
50. Sachs G, Steger-Wuchse D, Kryspin-Exner I, Gur RC, Katschnig H. Facial recognition deficits and cognition in schizophrenia. *Schizophr Res* 2004;68:27-35.
51. Sachs G, Winklbaaur B, Jagsch R ve ark. Training of affect recognition (TAR) in schizophrenia-impact on functional outcome. *Schizophrenia Research*. 2012; 138:262-67
52. Rose A, Vinogradov S, Fisher M ve ark. Randomized controlled trial of computerbased treatment of social cognition in schizophrenia: the TRuSST trial protocol. *BMC Psychiatry*. 2015; 15(1): 1-16.
53. Balıkçı K, Aydın O, Esen-Danacı A. Şizofrenide Sosyal Biliş ve Metabiliş. Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC ve ark. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, 2. Basım. Ankara: Türk psikiyatri Derneği Yayınları. 2018; 321-347.
54. Janssen I, Versmissen D, Campo JA ve ark. Attribution style and psychosis: evidence for an externalizing bias in patients but not in individuals at high risk. *Psychol Med*. 2006; 36:771–778.
55. Mizrahi R, Addington J, Remington G ve ark. Attribution style as a factor in psychosis and symptom resolution. *Schizophr Res*. 2008; 104(1-3):220-7
56. An SK, Kang JI, Park JY ve ark. Attribution bias in ultra-high risk for psychosis and first-episode schizophrenia. *Schizophr Res*. 2010; 118(1-3):54-61
57. Bentall RP, Corcoran R, Howard R ve ark. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev*. 2001; 21:1143–1192
58. Fiske AP. The four elementary forms of sociality: framework for a unified theory of social relations. *Psychol Rev*. 1992; 99:689–723.
59. Sergi MJ, Rassovsky Y, Nuechterlein KH ve ark. Social perception as a mediator of the influence of early visual processing on functional status in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:448–454.
60. Liberman RP. Recovery From Disability, Manual of Psychiatric Rehabilitation. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc. 2008
61. Bottlender R, Strauß A, Möller H J. Social disability in schizophrenic, schizoaffective and affective disorders 15 years after first admission. *Schizophrenia Res*. 2010; 116: 9–15.

62. Schneider LC, Struening EL. SLOF: a behavioral rating scale for assessing the mentally ill. *Soc Work Res Abstr.* 1983; 19: 9-21.
63. Green MF, Nuechterlein KH. Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophr Bull.* 1999; 25:309–319.
64. Brown, E. C., Tas, C., Can, H ve ark. A closer look at the relationship between the subdomains of social functioning, social cognition and symptomatology in clinically stable patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry.* 2014; 55(1), 25–32.
65. Pinkham AE, Penn DL. Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2006; 143:167-78.
66. Penn DL, Spaulding WD, Reed D ve ark. The relationship of social cognition to ward behavior in chronic schizophrenia. *Schizophr Res.* 1996; 20:327–335
67. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull.* 2006; 32 (Suppl. 1): 44-63.
68. Combs DR, Penn DL, Wicher M ve ark. The ambiguous intentions hostility questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social- cognitive biases in paranoia. *Cogn Neuropsychiatry.* 2007; 12:128-143
69. Frith CD, Frith U. Elective affinities in schizophrenia and childhood autism. *Social Psychiatry: Theory, Methodology and Practice.* New Jersey: Transactions Press. 1988.
70. Mazza M, De Risio A, Surian L ve ark. Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2001; 47:299-308.
71. Mitchley NJ, Barber J, Gray JM ve ark. Comprehension of irony in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry.* 1998; 3: 127-38.
72. Herold R, Tenyi T, Lenard K, Trixler M. Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychological Medicine.* 2002; 32, 1125– 1129.
73. Corcoran R, Frith CD. Autobiographical memory and theory of mind: evidence of a relationship in schizophrenia. *Psychol Med.* 2003; 33: 897-905.
74. Randall F, Corcoran R, Day J ve ark. Attention, theory of mind and casual attributions in people with persecutory delusions: a preliminary investigation. *Cognit Neuropsychiatry.* 2003; 8: 287-294.
75. Sarandöl A. Şizofreni ve Grup Tedavileri. Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC ve ark. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, 2. Basım. Ankara: Türk psikiyatri Derneği Yayınları. 2018; 581-596.

76. Seo M, Kang HS, Lee YJ ve ark. Narrative therapy with an emotional approach for people with depression: Improved symptom and cognitive-emotional outcomes. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015; 22: 379-89.
77. White M, Epston D. Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton Press. 1990; s. 9-37
78. Gergen K J. The social constructivist movement in modern psychology. *American Psychologist.* 1985; 40, 26-75.
79. Murdock NL. Narrative therapy. *Theories of counseling and psychotherapy: A case approach.* UK: Allyn & Bacon /Merrill Education. 2009.
80. Payne M. Narrative therapy: an Introduction for counsellors. London: Sage Publications. 2006.
81. Marlowe M. Narrative approaches to recovery-oriented psychotherapy with individuals with schizophrenia. *Smith College School for Social Work, Northampton, Theses, Dissertations, and Projects.* 2009; s. 7-8.
82. Bechi M, Riccaboni R, Ali S ve ark. Theory of mind and emotion processing training for patients with schizophrenia: preliminary findings. *Psychiatry Res.* 2012; 198: 371-7.
83. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 1987; 13: 261-76.
84. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Turk Psikol Derg.* 1999; 14: 23-32
85. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised US Dept Health, Education and Welfare publication (ADM), Rockville, National Institute of Mental Health. 1976; s. 76-338.
86. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Tam Metin (DSM-IV), 4.basım. Köroğlu E, çev. ed. Ankara:Hekimler Yayın Birliği. 1996.
87. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C ve ark. Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997; 38: 813-22.

88. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53: 695-9.
89. Selekler K, Cangöz B, Uluç S. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği'nin (MOBİD) hafif bilişsel bozukluk ve Alzheimer hastalarını ayırt edebilme gücünün incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics.* 2010; 13: 166-71.
90. Kaya Y, Aki OE, Can UA ve ark. Validation of Montreal Cognitive Assessment and Discriminant Power of Montreal Cognitive Assessment Subtests in Patients With Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Dementia in Turkish Population. *J Geriatr Psychiatry Neurol Jun.* 2014; 27:103-9.
91. Değirmencioğlu B, Alptekin K, Akdede BB ve ark. Şizofreni hastalarında Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği'nin (DEZİKÖ) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 2018; 29: 193-201
92. Yıldız M, Kiras F, İncedere A ve ark. Şizofreni hastaları için Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2019; 20(Suppl. 2): 29-38
93. Fett A-KJ, Viechtbauer W, Dominguez M-G ve ark. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011; 35: 573-88.
94. Grant N, Lawrence M, Preti A ve ark. Social cognition interventions for people with schizophrenia: a systematic review focussing on methodological quality and intervention modality. *Clin Psychol Rev.* 2017; 56: 55-64.
95. Kurtz MM, Gagen E, Rocha NBF ve ark. Comprehensive treatments for social cognitive deficits in schizophrenia: A critical review and effect-size analysis of controlled studies. *Clin Psychol Rev.* 2016; 43: 80-9.
96. Lincoln TM, Mehl S, Kesting ML ve ark. Negative symptoms and social cognition: identifying targets for psychological interventions. *Schizophr Bull.* 2011; 37 (Suppl. 2): 23-32.
97. Breier I, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D. National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia: prognosis and predictors of outcome. *Archives of General Psychiatry.* 1991; 48: 239– 246.

98. Ventura J, Helleman GS, Thames AD ve ark. Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2009; 113: 189-99.
99. Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in Social Skills Training for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2006; 32 (Suppl. 1) 12-23.
100. Vellante M, Baron-Cohen S, Melis M ve ark. The “Reading the Mind in the Eyes” test: Systematic review of psychometric properties and a validation study in Italy. *Cogn Neuropsychiatry.* 2013; 18(4): 326–354.
101. Bora E, Vahip S, Gonul A S ve ark. Evidence of theory of mind deficits in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2005; 112, 110– 116.
102. Penn D, Roberts DL, Munt ED ve ark. A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophr Res.* 2005; 80: 357-9.
103. Stone VE, Baron-Cohen S, Knight RT. Frontal lobe contributions to theory of mind. *J Cogn Neurosci.* 1998; 10: 640-56.
104. Bora E, Gökçen S, Veznedaroğlu B. Empathic abilities in people with schizophrenia. *Psychiat Res.* 2008; 160:23-9.
105. Pollice R, Roncone R, Falloon IRH ve ark. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology.* 2002; 35: 280–8.